

Bioética e câncer de mama

Cícero de Andrade Urban



Professore Titolare nelle
Discipline di Metodologia
Scientifica e Bioetica,
Centro Universitario
Positivo - Unicenp,
Curitiba, Brasile

Poucas doenças agregam tanta complexidade do ponto de vista científico, psicológico, terapêutico, ético e social como o câncer de mama. O profissional que se dedica a este campo tão delicado, confronta-se diariamente com situações clínicas difíceis, onde apenas o embasamento científico não traz todas as respostas para decidir a melhor conduta para cada paciente na sua individualidade.

As decisões clínicas nesta área necessitam de um aprofundamento ético maior. Seus efeitos são sentidos no indivíduo e na sociedade como um todo, pois o câncer de mama é um problema de saúde pública mundial. Diagnóstico pré-natal de suscetibilidade genética, testes genéticos em famílias de risco, câncer de mama na gestação, pacientes terminais, autonomia do paciente, autonomia do médico, erro médico, processos éticos profissionais, uso de informações privadas dos pacientes por empresas e seguros de saúde, pesquisa com seres humanos, são alguns dos campos onde a conexão entre o conhecimento científico, a Ética, a Bioética e o Direito devem trabalhar juntos.

A autonomia do paciente, salvo poucas exceções onde o mesmo esteja incapacitado para tomar decisões, deve ser respeitada. E respeitar o paciente em sua autonomia significa informá-lo, em linguagem acessível, sobre todas as alternativas existentes (baseando-se em evidências científicas claras), riscos e benefícios de cada intervento e também das suas conseqüências físicas, emocionais e econômicas. A verdade é a base para qualquer relacionamento humano autêntico e estável. Sem ela não existe confiança. O paciente, neste modelo, participa ativamente

do processo decisório. Ele é um colaborador e se torna co-responsável pela conduta a ser tomada.

O emprego de apenas 2 a 3% do Produto Interno Bruto (PIB) na saúde no Brasil (nos EUA correspondem a 15%), traz um dilema ético importante. Nosso sistema de saúde é universalista (garantido pelo artigo 196 da Constituição Federal de 1988 – “a saúde é um direito de todos e um dever do estado”), entretanto, não consegue, como em qualquer outro país do mundo, manter os seus custos de maneira indefinida, sob o risco real de falência. Com isso, ficam evidentes as dificuldades de possibilitar o acesso a todos os pacientes para o rastreamento mamográfico, cirurgias reconstrutivas e tratamento quimioterápico, hormonioterápico ou radioterápico adequados. Esbarram em uma série de problemas de distribuição irregular dos recursos financeiros, físicos e de profissionais médicos e para-médicos tecnicamente capacitados, existentes no nosso meio. Assim, mesmo sendo universalista, não consegue atingir a todos igualmente e garantir regularidade de distribuição de serviços.

Os objetivos das políticas de saúde em câncer devem ser concentrados predominantemente na sua prevenção e diagnóstico precoce. O novo *European Code Against cancer*, instituído em 2003 como linha guia para a União Européia, contém uma série de medidas preventivas de baixo custo e complexidade. Entre estas, estão o rastreamento mamográfico e o exame clínico de rotina, que podem reduzir em 25 a 30% a mortalidade por câncer de mama nas mulheres acima de 50 anos. Possibilitam diagnosticar tumores de tamanhos cada vez menores,

onde o tratamento necessário é menos custoso e agressivo e os resultados bem mais efetivos. Um bom exemplo disso é o Carcinoma Ductal In Situ (CDIS), que é o tipo tumor de mama mais precoce e com maior crescimento em incidência nos países desenvolvidos, onde existe rastreamento mamográfico adequado. O seu aumento entre 1982 e 1992 nos Estados Unidos foi de 557%, sendo responsável por aproximadamente 17% de todos os tumores de mama diagnosticados (cerca de 37000 novos casos a cada ano). Em sua maioria são impalpáveis e o seu achado é apenas na mamografia. É interessante notar que, neste estágio, não há necessidade de tratamento com quimioterapia, a cirurgia é menos mutilante e os índices de cura se aproximam a 100%.

Por outro lado, os tumores avançados implicam na aplicação de recursos terapêuticos com custos bem mais elevados, não apenas econômicos, mas também emocionais e sociais. Os resultados são bem menos satisfatórios e implicam no emprego de técnicas cirúrgicas, esquemas de quimioterapia, hormonioterapia e radioterapia adicionais e de complexidade maior do que nos tumores iniciais. Além disto, diminuem a capacidade para o trabalho destas pacientes e necessitam longos períodos de reabilitação física e emocional.

Outro problema, quando o diagnóstico é feito em fases mais avançadas, é o de selecionar terapias que possam trazer algum tipo de benefício para os pacientes, pois isto nem sempre é claro. As novas terapias que surgem habitualmente tem custos bastante elevados, efeitos colaterais importantes e nem sempre possuem evidências científicas suficientes de melhoria em termos de sobrevida.

É preciso prudência no emprego dos recursos de saúde e cuidado para não lesar o paciente com o tratamento mais do que a doença já o faz. A agressividade de determinados tipos de tratamento além de não alterarem o tempo de sobrevida, ainda pioram a qualidade de vida de um paciente já bem debilitado. Além disso, infelizmente, no nosso meio ainda são poucas as unidades especializadas em cuidados paliativos. A re-

cente diminuição da mortalidade por câncer de mama, inicialmente registrada nos Estados Unidos e, em seguida, na Suécia, Inglaterra e outros países da União Européia, é fruto de muitos anos de investimentos voltados para detecção precoce e acesso da maioria da população aos avanços no diagnóstico e na terapêutica oncológica. O diagnóstico precoce além de beneficiar as mulheres, reduz os custos finais do tratamento. Além disto, mantém economicamente ativa uma faixa importante da população de pacientes com câncer de mama.

No Brasil, por outro lado, se espera um aumento tanto na incidência quanto na mortalidade pelo câncer de mama nos próximos anos. Em virtude desses fatos, é importante tornar acessível os recursos diagnósticos e terapêuticos necessários, evitar desperdícios dos escassos recursos existentes e direcionar as ações para as prioridades. Sem dúvida, com este enfoque, o diagnóstico precoce do câncer de mama é um dos grandes desafios da saúde pública brasileira. Não apenas do ponto de vista econômico, mas principalmente sob o enfoque da Ética e da Bioética. A preocupação e o respeito com a dignidade de mulheres que estão morrendo de câncer de mama por não terem tido acesso à informação e ao diagnóstico em uma fase curável, deverá entrar na pauta como prioridade na saúde pública nacional.

A Bioética é a ponte que une o conhecimento científico à Filosofia. Proporciona uma visão global do ser humano. Humanizar e direcionar a medicina para o homem e não esquecer de que esta arte é, sobretudo, a arte de servir. Dentro deste espírito podemos afirmar que não precisamos tanto de mais médicos, quanto de médicos mais humanos. Não existem dúvidas de que o universo tecnológico melhorou muito as possibilidades terapêuticas no câncer de mama. E o médico deve ter a humildade de reconhecer seu papel e seus limites: cuidar, mais do que curar.

Os objetivos das políticas de saúde em câncer devem ser concentrados predominantemente na sua prevenção e diagnóstico precoce

BIBLIOGRAFIA

- G. BONADONNA, *La cura possibile: nascita e progressi dell'Oncologia*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2003, 188.
- P. BOYLE et al., «European Code Against cancer and scientific justification: third version, (2003)», *Ann. Oncol.* 14 (2003), 973-1005.
- D. CALLAHAN, *La Medicina impossibile: le utopie e gli errori della Medicina moderna*, Baldini & Castoldi, Milano 1999, 23-355.
- JE. DALEN, «Health care in America: The good, the bad, and the ugly», in *Arch. Int. Med.*, 160 (2000), 2573-2576.
- G. HORTOBAGYI, «Treatment of breast cancer», in *NEJM* 339 (1998), 974-984.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, *Estimativa de incidência e mortalidade por câncer no Brasil*, Instituto Nacional do Câncer, Rio de Janeiro 1999, 1-20.
- KA. PHILIPS, G. GLENDON, JA. KNIGHT, «Putting the risk of breast cancer in perspective», in *NEJM* 340 (1999), 141-144.
- M. SILVERSTEIN, «Ductal carcinoma in situ: Controversial issues», in *The Oncologist*, 3 (1998), 94-103.
- CA. URBAN, *Bioética Clínica*, Revinter, Rio de Janeiro 2003.