

Estudo bioético da informação sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico de pacientes com câncer ginecológico e mamário

Bioethics study on the diagnosis, treatment and prognostic information of patients with gynecological and breast cancer

Walquíria Quida Salles Pereira Primo¹
Volnei Garrafa²

¹ Hospital de Base do DF – Secretaria de Estado de Saúde – Distrito Federal, Brasil

² Universidade de Brasília – Distrito Federal, Brasil

Correspondência

Walquíria Quida Salles Pereira Primo
SHIS QI 21 Conj 4 Casa 7. Lago Sul.
Brasília – DF - Cep: 71655-240
walquiriaqpp@uol.com.br

Recebido em 04/janeiro/2007
Aprovado em 19/abril

RESUMO

O câncer é um dos maiores causadores de óbito da história da humanidade, sendo o responsável por 12,5% dos óbitos por ano no mundo. Cerca de 11 milhões de pessoas são diagnosticadas com câncer a cada ano. Considerando a frequência, a gravidade e todo o processo do câncer ginecológico e mamário, desde o diagnóstico, passando pelo tratamento e a avaliação prognóstica, essas pacientes precisam da confiança dos profissionais de saúde, para fornecer-lhes suporte social, interpessoal, informativo e decisório. Desse modo, a comunicação, no sentido de troca de informações e na facilitação da paciente na tomada de decisão tem, certamente, um impacto positivo na saúde das mulheres. Além disso, a assimilação da informação varia significativamente de indivíduo para indivíduo e envolve os diversos fenômenos da doença. A relação entre a bioética e o câncer pode envolver inúmeros aspectos: a relação profissional de saúde-paciente, a prudência na informação do diagnóstico, a confidencialidade, a aplicação dos seus princípios tradicionais, o paciente terminal e os aspectos socioeconômicos que envolvem a pessoa doente. Portanto, desde a prevenção até os cuidados paliativos, existem vários pontos vulneráveis, os quais podem ser analisados, à luz da bioética. A bioética, por meio de suas diferentes e valiosas ferramentas teóricas e metodológicas, tem proporcionado meios concretos para o estabelecimento de discussões e estimulado reflexões sobre a importância da comunicação na relação profissional de saúde e seu paciente. O componente bioético é tão importante nesse contexto, quanto o componente técnico; conseqüentemente, torna-se essencial à integração do conhecimento científico no combate ao câncer ginecológico e mamário, além da indispensável competência clínica e da sensibilidade humana do médico, a bioética.

Palavras-chave: bioética, câncer ginecológico e mamário, relação profissional de saúde e paciente.

ABSTRACT

Cancer is the one of the greatest causes of death in the history of humankind, being responsible for 12.5% of deaths per year in the world. Nearly 11 million people are diagnosed with cancer every year. Considering the frequency, the severity and all the gynecological and breast cancer processes, from the diagnosis, going through the treatment and the prognostic evaluation, these patients need the confidence of health professionals, in order to provide them with social, interpersonal, informative and decisive support. In that way, communication, in the sense of exchange of information and of patients facilitation in the decision making has, certainly, a positive impact in the health of women. In addition, information assimilation significantly varies from individual to individual and involves the various phenomena of the disease. The relationship between bioethics and cancer can involve innumerable aspects: the professional relationship of health-patient, caution with the information on the diagnosis, confidentiality, application of bioethics traditional principles, the terminal patient and the *socioeconomic* aspects that involve ill person. Therefore, from the prevention up to the palliative care, there are several vulnerable points, which can be analyzed, in light of bioethics. Bioethics, by means of its different and valuable theoretical and *methodological* tools, has provided concrete ways for the establishment of discussions and stimulated reflections on the importance of communication in the health professional – patient relationship. The bioethical component is as important in this context as the technical component. Consequently, besides the indispensable clinical competence and the sensitivity of the physician, the integration of scientific knowledge on the fight to gynecological and breast cancer to bioethics, becomes indispensable.

Key words: bioethics, gynecological and breast cancer, health professional – patient relationship

INTRODUÇÃO

O câncer é um dos maiores causadores de óbito da história da humanidade, sendo o responsável por 12,5% dos óbitos por ano no mundo. Cerca de 11 milhões de pessoas são diagnosticadas com câncer a cada ano e calcula-se mais de 16 milhões de casos novos de câncer para 2020¹.

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimou 237.830 casos novos de câncer e 56.610 óbitos para o sexo feminino, no Brasil, no ano 2005. No Distrito Federal, a taxa estimada de câncer mamário é de 53,41/100.000 e de 20,15 casos novos para cada 100.000 mulheres de câncer do colo do útero. Ou seja, esperava-se 650 e 240 casos novos, em 2005, de câncer de mama e do colo do útero, respectivamente². Além de esses tumores malignos ginecológicos avaliados pelo INCA, existem os cânceres do ovário, do corpo do útero,

das tubas uterinas, da vagina e da vulva, que não são estimados. Portanto, ao se considerar a população de mulheres que terá câncer, é importante refletir não apenas com relação à quantidade de mulheres em número absoluto que estarão doentes, mas também sobre as questões relacionadas à comunicação, a informação, ao acesso à saúde e aos juízos éticos que orientam a prática médica no diagnóstico, no tratamento e no prognóstico do câncer³.

O processo da oncogênese surge a partir de alterações genéticas (mutações) que interferem nos mecanismos de controle da reprodução celular. Estas alterações podem ser herdadas, quando acontecem em células reprodutivas, ou adquiridas somaticamente, durante a vida do indivíduo. Não ocorre um único evento, mas uma multiplicidade

deles que levam à transformação maligna. A carcinogênese é de caráter evolutivo e a história natural do câncer começa a partir de uma célula, que de maneira descoordenada se multiplica, originando a neoplasia pré-invasiva, que progride para neoplasia francamente invasiva e por último, câncer metastático⁴.

Câncer ginecológico e mamário

O câncer de colo do útero é o segundo mais comum entre mulheres no mundo, cerca de 470 mil casos novos por ano. A incidência por câncer de colo de útero torna-se evidente na faixa etária de 20 a 29 anos e o risco aumenta rapidamente até atingir seu pico, geralmente na faixa etária de 45 a 49 anos. Quase 80% dos casos novos ocorrem em países em desenvolvimento onde, em algumas regiões, é o câncer mais comum entre as mulheres². Incide preferencialmente em mulheres de nível socioeconômico baixo, vida sexual precoce, múltiplos parceiros sexuais, baixa imunidade, carências nutricionais, múltiparas e fumantes⁵. A grande maioria dos casos (95%) tem como agente causal certos sorotipos do papiloma vírus humano (HPV), um vírus de transmissão preferencialmente sexual, que infecta a célula e pode resultar em lesões pré-cancerosas até o câncer invasivo⁶.

A história do câncer do colo do útero é bem conhecida e com etapas definidas. Programas de prevenção e diagnóstico precoce desta neoplasia são capazes de interromper o seu curso e são de fácil execução, pois o colo do útero é bastante acessível. A doença, quando detectada precocemente e tratada, apresenta elevado índice de cura. Em países desenvolvidos, programas de rastreamento com citologia cervical realizados anualmente ou a cada 2-5 anos, têm resultado em declínio na taxa de mortalidade e na incidência do câncer do colo do útero, pois se faz o diagnóstico e se tratam as lesões pré-cancerosas antes destas se tornarem invasoras.

O câncer do endométrio é o tumor ginecológico mais freqüente nos Estados Unidos da América da América do Norte (EUA), porém é menos freqüente no Brasil. Ocorre mais nos países industrializados, exceto no Japão. A incidência é maior em mulheres pós-menopausadas com pico na 6ª década de vida. Vinte e cinco por cento dos casos ocorrem antes da menopausa, 5% antes dos 40 anos, sendo muito raro em mulheres com menos de 35 anos. Quase sempre estão associados aos estados hiperestrogênicos. Cerca de 90% das mulheres com carcinoma endometrial tem sangramento uterino anormal que varia de serosangüinolento ao san-

gramento franco, o que possibilita o diagnóstico em fase precoce, por conseguinte com melhores taxas de cura⁷.

O câncer de ovário é o sétimo colocado em incidência, no mundo, entre a população feminina. No entanto, sua incidência varia conforme o local, sendo mais elevada no noroeste da Europa e na América do Norte, e, mais baixa nos outros continentes. A incidência é crescente com a idade, com pico entre os 75 e 79 anos nos EUA. O câncer do ovário é 4ª causa de óbito nas mulheres dos EUA, ou seja, uma mulher a cada 45 minutos morre nos EUA devido essa neoplasia. Estimaram-se para 2004, nos EUA, 25.580 casos novos e 16.090 óbitos. A incidência anual aproximada é de 61,3/100.000 mulheres que alcançam à idade de 75 anos⁸. Os registros no Brasil são incompletos, contudo existe documentado que houve 5.470 casos novos e 2.614 óbitos por câncer do ovário em 1999⁹. A localização do ovário na pelve profunda dificulta o diagnóstico precoce do câncer na região e por estar em contato com o peritônio é facilitada a disseminação dessa neoplasia na forma típica de implantes. Além de suas características topográficas, não existe um exame para rastreamento, como é a colpocitologia oncológica em relação ao câncer do colo do útero; os sintomas são vagos na fase inicial da doença. A sobrevida em cinco anos para a doença avançada é de 5% a 20%. E quando se consideram todos os estádios é de apenas 52%⁷.

Os cânceres de trompa uterina e vagina são raros. O carcinoma primário de trompa representa apenas de 0,33% a 1% de todos os cânceres do trato genital feminino¹⁰. O carcinoma primário de vagina é, também, um tumor raro e corresponde de 1 a 2% dos cânceres ginecológicos⁷.

O câncer de vulva é uma doença tipicamente pontuada pela demora no diagnóstico, geralmente pouco cogitada pelos médicos e desconhecida ou negligenciada pelas pacientes. Apesar de infreqüente, sua incidência aumenta na mesma proporção em que aumenta a expectativa de vida da mulher e a disseminação do HPV. Representam 0,3% dos cânceres na mulher e 3 a 5% das neoplasias ginecológicas malignas, chegando até 8% devido ao aumento da expectativa de vida. Sua história natural pode ter origem viral e não viral. Quando acomete pacientes mais jovens está relacionado ao HPV, mas em pacientes mais idosas geralmente está associado a processo inflamatório crônico. O diagnóstico precoce do câncer de vulva permite que o tratamento cirúrgico tenha resulta-

do estético e funcional mais satisfatório, ou seja, menos mutilador¹¹.

Pela incidência crescente, o câncer de mama em mulheres tem hoje uma importância considerável em saúde pública em todo mundo. Nos EUA e Europa setentrional incide em maior proporção que na Ásia e África, sendo que no primeiro corresponde a 32% dos casos de cânceres das mulheres; estimaram-se para 2005, 211.240 casos novos e 40.410 óbitos por câncer de mama¹².

No Brasil a estimativa de câncer de mama para o ano 2005 foi de 49.470 casos novos. Na região Sudeste, o câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres com um risco estimado de 73 casos novos por 100.000. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, este tipo de câncer também é o mais freqüente nas mulheres das regiões Sul (71/100.000), Centro-Oeste (38/100.000) e Nordeste (27/100.000). Na região Norte é o segundo tumor mais incidente (15/100.000), onde o câncer mais freqüente é o do colo do útero².

Considerando a freqüência e a gravidade do câncer ginecológico e mamário, seu diagnóstico desencadeia nas pacientes inúmeros sentimentos e a incerteza sobre o controle de suas vidas, influenciando de forma negativa sobre sua saúde. Adicionalmente, o tratamento do câncer pode comprometer de forma penosa a qualidade de vida dessas pacientes. Por isso, durante todo o processo do câncer, desde o diagnóstico, passando pelo tratamento e a avaliação prognóstica, as pacientes confiam nos profissionais de saúde, para fornecer-lhes suporte social, interpessoal, informativo e decisório. Desse modo, a comunicação, no sentido de troca de informações e na facilitação da paciente na tomada de decisão tem, certamente, um impacto positivo na saúde das mulheres¹³. Além disso, a assimilação da informação varia significativamente de indivíduo para indivíduo e envolve os diversos fenômenos da doença, como o patológico, o psicossocial, o antropológico e o sociocultural, que merecem ser entendidos.

Comunicação profissional-paciente e câncer

A comunicação é base de qualquer relação, inclusive na relação profissional de saúde-paciente, apresentando um papel importante no decurso da cura do paciente^{14,15}. Neuwirth afirma que a habilidade em se comunicar, nem sempre é um talento natural, porém pode ser desenvolvida resultante da aprendizagem contínua¹⁴. Zachariae *et al.* sugeriram que a comunicação é o núcleo da habilidade

clínica em oncologia¹⁶. Quando se trabalha com pacientes com câncer avançado, problemas de comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes se tornam evidentes, e o aspecto que mais chama à atenção é a vulnerabilidade do paciente, no que se refere ao conteúdo da comunicação e a sensibilidade deste devido à própria informação comunicada¹⁷. Quando se trata da informação sobre o prognóstico da doença, o paciente que quer menos informação é aquele com pior prognóstico e que evita pensar na morte¹⁸.

No Brasil foi feito recentemente um estudo que concluiu após entrevistar 38 médicos responsáveis por pacientes com neoplasias malignas terminais em um hospital terciário do Distrito Federal, que apenas 31,6% deles preferiam passar a informação sobre prognóstico fatal diretamente ao paciente; nada menos que 63,1% dos entrevistados dessa amostra preferiam comunicar essa informação somente à família. Segundo a mesma pesquisa, é significativo o número de médicos que acredita no paternalismo como forma de beneficência; nesses casos, a atitude paternalista surge, principalmente, quando os recursos terapêuticos tornam-se não resolutivos¹⁹.

Outro estudo sobre as dificuldades dos médicos em comunicarem uma má notícia aos pacientes, também mostrou que o momento mais difícil para o médico é informar que não existem mais condições de tratamento e sim apenas de cuidados paliativos²⁰. Considerando esses aspectos, nos cuidados paliativos, deve-se ponderar a dimensão e o limite da verdade²¹.

A relação entre o profissional de saúde e o doente deve ser de parceria e a transmissão da informação realizada com clareza e veracidade²². Não existem regras ou normas a serem seguidas nessas situações; depende da sensibilidade de cada profissional para abordar o diagnóstico, de acordo com cada caso, ou seja, sua percepção de como aquela pessoa poderá entender a sua informação. Avaliá-lo se está pronto para ouvir uma má notícia e o quanto ele deseja saber, alcançando com o paciente uma percepção comum do problema²¹.

O termo comunicação pode ser definido de vários modos de acordo com o contexto em que está inserido. No presente estudo é entendido como qualquer situação de inter-relação entre atores sociais, que dialogam entre si. A principal questão verificada no âmbito complexo da comunicação é a oposição entre o aspecto lingüístico propriamente dito (transmissão da informação) e o aspecto

existencial (emoções e valores). Essa polarização prejudica o próprio processo comunicativo entendido em sua integralidade. Uma maneira de sair dessa polaridade é uni-los, mas sem confundi-los. Por conseguinte, a comunicação passa a ser entendida como uma forma de agir e pode ser pensada em sua dimensão bioética²³.

Conforme Cegala *et al.* descrevem que é importante a percepção do potencial de diferenças entre profissional de saúde e paciente²⁴. O ser humano doente se torna frágil e é nesse momento, que se inicia o relacionamento do ser humano doente com o profissional de saúde.

O diálogo entre o paciente e o seu cuidador pode ter valor informativo: carregado de valores e de responsabilidades; valor terapêutico: quando é escuta e palavra ao mesmo tempo; e valor decisório: no qual deve estar consciente o direito primário do paciente sobre sua saúde. Por conseguinte, o diálogo deverá ter essas finalidades para ser eticamente completo²⁵.

A comunicação é um componente importante do cuidado do paciente. Tradicionalmente, nos currículos de estudo universitários, a comunicação profissional-paciente é incorporada de maneira informal, sem um foco específico ou intenso, no treinamento das habilidades de se comunicar²⁶. Por outro lado, o papel da comunicação na saúde é fundamental e não há efetiva assistência à saúde sem uma comunicação adequada com os doentes²⁷.

Para Engelhardt existem três maneiras de ser bem informado. Sua proposta tem a finalidade de articular o equilíbrio adequado entre os interesses dos profissionais de saúde e dos pacientes, considerando vários padrões legais para uma quantidade suficiente de informação, cada uma delas refletindo uma visão moral particular²⁸:

■ Padrão profissional: o médico seria capaz de determinar com precisão qual a quantidade de revelação que não teria efeito adverso de maneira a prejudicar o tratamento, e qual informação é verdadeiramente relevante para a tomada de decisão pelo paciente. Esse padrão é justificado com base no fato de que a decisão a respeito da quantidade de informação a ser revelada é uma decisão médica que exige conhecimentos especializados. Os princípios da beneficência e da permissão são respeitados, não infringem a moralidade do respeito mútuo, desde que o paciente conheça os limites gerais sobre a revelação.

■ Padrão objetivo: é o padrão de revelação baseado na responsabilidade de explicar ao paciente os procedimentos a serem realizados e seus riscos, para que este tome a decisão consciente e livre. O direito de ser informado não implica em uma obrigação de ser informado, requer apenas que seja oferecida essa oportunidade, permitindo que exerça autonomia em sua decisão sobre o tratamento médico.

■ Padrão subjetivo: é o padrão mais preocupado com a autonomia. Implica em satisfazer as preocupações e os interesses especiais dos pacientes, ou seja, um compromisso com certos valores de autodeterminação (agir de acordo com os próprios julgamentos a as próprias convicções da pessoa doente).

O filósofo alemão Jürgen Habermas postula a linguagem como o novo paradigma da filosofia, sendo a forma de expressão da representação e do pensamento. A comunicação, no seu conjunto, engloba: a situação da fala; a aplicação da linguagem e seus contextos; as pretensões da validade das tomadas de posições; os papéis dialogais dos falantes e não apenas o aspecto semântico da lingüística. Por conseguinte, a linguagem como forma de comunicação, busca necessariamente alcançar um entendimento. Entre a fala e o entendimento não há relação de meio e fim, mas de interpretação recíproca²⁹. Habermas questiona a validade da proposta positivista, de postular a objetividade, a verdade do conhecimento apenas em função do método, ou melhor, do procedimento lógico-formal³⁰.

O conceito positivista de razão não se aplica, pois, no campo da moral e da prática que pressupõe concepções mais abrangentes da razão, que pode ser encontrada no conceito da razão comunicativa ou dialógica. A teoria da ação comunicativa espelha a transparência das relações sociais e a intersubjetividade possível a cada um dos sujeitos nela envolvidos³¹. Portanto, a comunicação se encontra no ponto de intersecção de três mundos: o mundo objetivo das coisas (fato), o mundo social das normas (norma) e o mundo subjetivo dos afetos (valor).

A interação entre os sujeitos precisa se fazer sem os recursos de pressões típicas do sistema econômico ou do sistema político. A ação comunicativa supõe o entendimento entre os indivíduos que procuram, pelo uso do argumento racional, convencer o outro a respeito da validade da norma: instaura-se

aí o mundo da sociabilidade, da espontaneidade, da solidariedade e da cooperação³².

Bioética, responsabilidade pública e câncer

A relação entre a bioética e o câncer pode envolver inúmeros aspectos: a relação profissional de saúde-paciente, a prudência na informação do diagnóstico, a confidencialidade, a aplicação dos seus princípios tradicionais (autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça), o paciente terminal e os aspectos socioeconômicos que envolvem a pessoa doente³³. Portanto, dentro da oncologia, desde a prevenção até os cuidados paliativos, existem vários pontos vulneráveis, os quais podem ser analisados, à luz da bioética. Desse modo, a bioética - como ética aplicada - pode atuar como instrumento contributivo na análise processual desses conflitos. Seu estatuto epistemológico está pautado no respeito ao pluralismo moral, na liberdade com responsabilidade e com compromisso, além da multiintertransdisciplinaridade³⁴.

A história contemporânea da ética médica começou após a Segunda Guerra Mundial, pois a partir dessa época que começaram a surgir inquietações acerca do desenvolvimento técnico-científico, em particular com as pesquisas em seres humanos, após as atrocidades cometidas pelos médicos e cientistas nazistas nos campos de concentração, configurando crime contra a humanidade. Esses profissionais foram julgados em 1946 por um Tribunal Militar em Nuremberg e, na seqüência, foi elaborada a Declaração de Nuremberg, em 1947, a qual trouxe uma nova mentalidade de respeito à vulnerabilidade e autonomia das pessoas. Todavia, parece que a Declaração teve pouco impacto nos Estados Unidos. Os estadunidenses provavelmente acreditaram que o documento fora elaborado apenas para condenar médicos nazistas.

Em 1966, Henry Beecher, médico anestesista, da Universidade de Harvard, publicou o estudo intitulado *Ethics and clinical research*, na revista científica *New England Journal of Medicine*, relatando 22 experimentos envolvendo seres humanos em condições inaceitáveis de pesquisa, demonstrando que a imoralidade não era exclusiva dos tempos do nazismo. Esses estudos aconteceram quase exclusivamente com indivíduos vulneráveis: judeus, negros, crianças, doentes mentais, homossexuais, testemunhas de Jeová etc. Foi nesse contexto que surgiu a bioética, como nova disciplina acadêmica, nos principais centros de pesquisa nos Estados Unidos, nos anos 70³⁵.

Van Rensselaer Potter, médico oncologista e biólogo da Universidade de Wisconsin, EUA, em 1970, com a publicação do artigo *Bioethics, the science of survival*, em 1971 e do livro *Bioethics: bridge to the future*, criou e construiu o neologismo, como uma nova disciplina que combina o conhecimento biológico com o conhecimento dos sistemas de valores humanos, ou seja, estabeleceria uma “ponte” entre ciências biológicas e valores morais indispensáveis à vida humana no seu amplo sentido. Potter se referia à importância das ciências biológicas na melhoria da qualidade de vida; quer dizer, a bioética seria a ciência que garantiria a sobrevivência humana no planeta, incluindo uma acepção holística e ecológica da disciplina. Após alguns meses, o termo bioética foi novamente mencionado pelo médico André Hellegers que utilizou o mesmo neologismo de Potter, contudo, com outro sentido, relacionado aos problemas da área biomédica. Portanto, Potter e Hellegers foram os pioneiros na designação do nome Bioética³⁵.

Em 12 de julho de 1974, o Congresso estadunidense resolveu constituir uma comissão com a finalidade de identificar os princípios éticos básicos necessários às pesquisas com seres humanos, para fazer frente aos abusos que vinham se verificando, segundo relatado acima. A comissão ficou conhecida *Comissão Nacional para a Proteção de Pessoas Humanas em Pesquisa Biomédica* e resultou na elaboração do Relatório Belmont, que levou esse nome, por ter sido elaborado no Centro de Convenções em Belmont, estado de Maryland. O relatório Belmont foi aprovado em 1978 e publicado oficialmente em 18 de abril de 1979. Apesar de ter surgido devido à necessidade de se identificar os princípios éticos básicos nas pesquisas com seres humanos, acabou sendo também utilizado para a reflexão bioética em geral. Foram identificados os princípios da autonomia, da beneficência e da justiça³⁵.

Tom Beauchamp (filósofo utilitarista) e James Childress (deontologista) propuseram a aplicação do sistema de princípios do Relatório Belmont (para pesquisas em seres humanos) ao campo da ética biomédica, ou seja, na área clínico-assistencial, que foi publicado em sua obra *Principles of biomedical ethics*, em 1979. Esses autores remodelaram os três princípios em quatro, distinguindo beneficência e não-maleficência. Além disso, passaram a considerar a ética biomédica como ética aplicada, no sentido de que a sua especificidade é aplicar os princípios éticos gerais aos problemas da prática médica²².

O principialismo, corrente hegemônica, mas não única, do pensamento bioético, é constituída de quatro princípios, centrados especificamente na ética biomédica e de forte conotação anglo-saxônica. Os princípios elencados são: a) o princípio da autonomia: liberdade, privacidade e ação, o agir de acordo com a própria intenção; ou seja, o indivíduo deve ser respeitado em suas decisões vitais básicas; b) o princípio da beneficência: todo ato deve ser benéfico tanto para o agente como para o paciente, beneficiando o mais frágil; c) o princípio da não-maleficência: evitar danos; mesmo que um ato não beneficie, pode ser eticamente positivo na medida em que não cause dano: a omissão, por exemplo, pode desencadear danos; d) o princípio da justiça: tem um tom político, no sentido das relações do Estado com a atenção médica e em relação à equidade. Os princípios da não-maleficência e beneficência têm desempenhado um papel histórico importante na ética médica, enquanto a autonomia e a justiça foram negligenciadas, mas tornaram-se proeminentes nas últimas décadas²².

A aplicação eticamente correta dos quatro fundamentos da bioética principialista é resultado do exercício da prudência, que deveria acompanhar toda atividade e decisão do profissional da saúde, ou seja, a prudência como sabedoria prática³⁶. A prudência exerce um juízo de razão prática que abrange todas as circunstâncias e dimensões de ação³⁷.

Não existe um conceito simples e absolutamente único para a bioética, devido à complexidade e a diversidade das sociedades. Reich a definiu como o estudo sistemático da conduta humana no âmbito das ciências da vida e da saúde, considerada à luz de valores e dos princípios morais³⁸. Para Kottow a bioética se ocupa dos atos humanos que alteram de forma irreversível, os processos também irreversíveis, dos sistemas vivos. Os atos humanos têm conseqüências irreversíveis que podem ser avaliadas como boas ou más³⁹. No entender de Bellino ela é definida como um território de confronto de saberes sobre problemas surgidos do progresso das ciências biomédicas, das ciências da vida e, em geral, das ciências humanas, ocasionando uma conotação multidisciplinar, para desenvolver a correta compreensão e resolução dos problemas⁴⁰.

Na ótica de alguns autores brasileiros, a bioética é uma nova ferramenta teórica e metodológica entendida como a resultante moral do conjunto de decisões e medidas, políticas e sanitárias, indi-

viduais e coletivas, que proporcionam aumento da cidadania e diminuição da exclusão social⁴¹. Conforme Anjos a bioética nasceu de um sentimento de responsabilidade diante dos desafios de sustentar e melhorar as condições de vida humana nos processos contemporâneos⁴². Segundo Segre & Cohen é a parte da ética que enfoca os problemas inerentes à vida e à saúde humana. A ética, como parte da filosofia, é a busca de escala de valores para a solução de situações existenciais, a partir da análise dos sentimentos gerados por essas situações³³.

A mudança do paradigma nas ciências biomédicas, atualmente, está cada vez mais em direção a uma abordagem sistêmica, ecológica, relacional, assinalando um modo mais adequado de pensar a complexidade e a interdependência entre os fatores genéticos, bioquímicos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais do sistema-homem. O enfoque multidimensional não só está construindo outra concepção de indivíduo-cidadão, como está promovendo uma nova concepção da ciência e da medicina, mais aberta e mais humana. A ética deve garantir à ciência o máximo de liberdade compatível com o respeito devido aos outros valores em jogo, não provocando abusos, danos e injustiças à coletividade e aos indivíduos isolados⁴⁰.

As bases principialistas da bioética, no entanto mostraram se insuficientes principalmente diante dos macroproblemas sanitários e sociais constatados cotidianamente nos países periféricos, inclusive o Brasil. Por conseguinte, surge a necessidade de contextualizar os substratos conceituais da bioética com as diferentes realidades nacionais. As dificuldades residem, sobretudo, na análise contextualizada dos conflitos e nos problemas de exclusão social⁴³.

O estatuto epistemológico da bioética, descrito por Garrafa, Kottow & Saada, contempla a relevância do respeito ao pluralismo moral verificado nas sociedades democráticas contemporâneas, a multiintertransdisciplinaridade, o diálogo e a argumentação, além de tomar como referência a teoria da complexidade, base do pensamento de Edgar Morin, que vem instigando as pesquisas sobre novas formas de focar o saber, apontando o pensamento complexo e o método transdisciplinar como possíveis caminhos de busca para o conhecimento em sua totalidade concreta⁴⁴. O pensamento complexo é apto a reunir, contextualizar, globalizar, mas, ao mesmo tempo, a reconhecer o singular, o individual e o concreto⁴⁵.

O enfraquecimento de uma percepção global do ser humano leva ao enfraquecimento do senso de responsabilidade, assim como ao enfraquecimento da solidariedade. A compreensão humana é alcançada quando sentimos e concebemos os humanos como sujeitos; conseqüentemente, nos tornamos abertos aos seus sofrimentos e alegrias⁴⁶.

A saúde do ser humano não é comparável puramente ao equilíbrio fisiológico dos animais, mas é o produto de múltiplos fatores (biopsíquicos, culturais, sociais, espirituais) e é uma virtude, considerada uma conquista pessoal⁴⁰. A corrente teórica denominada *Bioética de Intervenção*, criada na América Latina⁴⁷, considera a doença como um fenômeno socialmente produzido, decorrendo das circunstâncias históricas e culturais que condicionam a vida social, as relações de produção e consumo de bens, além das questões ambientais⁴⁸. Assim, esta linha de estudo e investigação vem sendo pensada como um instrumento que permite ir além das implicações em pesquisas e das relações verificadas entre profissionais e usuários dos serviços de saúde, rompendo então com o modelo principialista hegemônico, de raiz anglo-saxônica⁴³.

Ao considerar as populações excluídas do processo desenvolvimentista, os dilemas rotineiramente detectados pelos especialistas periféricos da bioética passam a ser enfrentados com mais objetividade, a partir da introdução uma “bioética forte”, que defende a legitimidade do papel interventivo do Estado na proteção das maiorias desfavorecidas; trata-se, portanto, de uma perspectiva periférica às abordagens bioéticas tradicionais. A expressão “países periféricos” e “países centrais” foram introduzidos no léxico da bioética pela Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília. Países periféricos são considerados aqueles países onde os problemas básicos como a saúde, educação, alimentação, habitação e transporte, entre outros, ainda não têm solução visível; já nos países tidos como centrais, esses problemas estão resolvidos ou bem encaminhados⁴⁹.

A proposta de uma bioética forte ou de intervenção foi inicialmente submetida à discussão pela Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília, na América Latina e, posteriormente, na Europa, em congressos realizados no Brasil (1998), Argentina (1999), Panamá (2000), Bolívia e México (2001), Itália (2003) e Espanha (2004). O marco teórico da Bioética de Intervenção tem como documento referencial um texto apresentado como conferência de abertura do *Sixth World*

Congress of Bioethics promovido pela *International Association of Bioethics* e realizado em Brasília, em novembro de 2002⁵⁰.

A Bioética de Intervenção pretende legitimar, no campo de estudo das moralidades e da aplicação dos valores éticos, uma perspectiva ampla, que envolva os aspectos sociais da produção das doenças, contribuindo para a construção de uma bioética social e mais crítica, que possa ser aplicada aos países periféricos, especialmente, ao Brasil.

A Bioética de Intervenção defende, no campo público e coletivo, as tomadas de decisões que beneficiem o maior número de pessoas, pelo maior espaço de tempo possível e que resultem nas melhores conseqüências; e, no campo privado e individual, a busca de soluções viáveis e práticas nos próprios contextos onde se dão os conflitos. Por conseguinte, a bioética de intervenção não se apresenta de maneira dogmática e fechada. Sua base de sustentação está consolidada no conhecimento multiintertransdisciplinar, no pluralismo moral e na ética aplicada⁵⁰. Essa nova proposta teórica propõe uma aliança concreta com o lado historicamente mais frágil da sociedade, incluindo a reanálise de diferentes dilemas, entre os quais: autonomia *versus* justiça/equidade; benefícios individuais *versus* benefícios coletivos; individualismo *versus* solidariedade; omissão *versus* participação; mudanças superficiais e temporárias *versus* transformações concretas e permanentes⁵⁰.

A equidade, ou seja, o reconhecimento de necessidades diferentes, de sujeitos também diferentes, para atingir objetivos iguais, é um dos caminhos da ética prática frente à realização dos direitos humanos universais, entre eles o direito a uma vida digna, representado nessa discussão pela possibilidade de acesso à saúde e demais bens indispensáveis à sobrevivência humana no mundo contemporâneo⁵¹.

Portanto, a questão fundamental dos juízos éticos é orientar a prática clínica, incluindo as controvertidas questões sociais, com a obrigação de ajudar os outros⁵². Por isso, o aprofundamento da discussão sobre a comunicação da informação ao paciente com câncer é necessário para transformar a relação médico-paciente, elencar os conflitos e estabelecer um consenso de normas para que a comunicação o beneficie⁵³. Por outro lado, não se pode esquecer, ainda, o respeito à autonomia do paciente e a responsabilidade pública do Estado em oferecer recursos necessários para a saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão bioética surge na oncologia com o intuito de aprimorar a qualidade do atendimento aos pacientes. No caso específico do câncer ginecológico e mamário, deve contribuir nas discussões públicas objetivando a instituição de programas de prevenção e rastreamento dos mesmos e do tratamento mais adequado consolidado pela ciência, e não apenas o tratamento disponível. Além disso, a bioética pode contribuir na ênfase à importância da educação como meio de se fazer valer a autonomia das mulheres vitimadas pela doença.

As questões socioeconômicas e a educação são determinantes de grande número de patologias, e se refletem na saúde das pessoas com um todo, expondo-as a fatores de riscos evitáveis, dificultam o diagnóstico precoce de câncer, comprometem seu tratamento e, por conseguinte, seu prognóstico. Adicionalmente, são relevantes na construção da visão de mundo das pessoas, influenciando de forma concreta na percepção das informações recebidas.

O enfoque da bioética, no Brasil, leva em consideração o individual e o coletivo, aproveitando o paradigma da complexidade, que enfoca a importância da “pessoa” e da “sociedade” na sua totalidade. O adequado estudo do câncer ginecológico e mamário, por sua vez, pode ser alcançado quando avaliado o “todo” e pensados os “porquês” da sua ocorrência e elevada incidência no Brasil. Quando diagnosticados, tem a implícita idéia de morte, o que não é correto. As doenças oncológicas, quando adequadamente diagnosticadas e tratadas, no seu devido tempo e com qualidade, têm elevado índice de cura.

Os cânceres ginecológicos e mamários têm grande impacto sobre a saúde da mulher. Hoje em dia, quando se leva em consideração o papel social da mulher, deve-se levar em conta que muitas delas são o estio de sua família, figura de peso na política, na educação e em outros setores da sociedade. Percebe-se, principalmente nesses últimos anos, que o drama vivido por essas mulheres poderia ser menor. Neste sentido, é necessário que o rastreamento do câncer ginecológico e mamário abranja todas as camadas sociais do país, para que os diagnósticos sejam feitos na fase pré-invasiva ou incipiente da doença e não na fase avançada, como ocorre na prática clínica diária.

Diante dessa realidade, é de grande importância a firme vontade de mudar tal situação; e, uma von-

tade pode ser concretizada na esfera da ação, entre outros aspectos, aperfeiçoando a habilidade de se comunicar uma informação e levando em conta o contexto no qual a paciente está inserida.

A bioética, por meio de suas diferentes e valiosas ferramentas teóricas e metodológicas, tem proporcionado meios concretos para o estabelecimento de discussões e estimulado reflexões sobre a importância da comunicação na relação profissional de saúde e seu paciente e do reflexo das condições socioeconômicas na vida da pessoa. O componente bioético é tão importante nesse contexto, quanto o componente técnico referente ao assunto; conseqüentemente, torna-se essencial à integração do conhecimento científico integral no combate ao câncer ginecológico e mamário, além da indispensável competência clínica e da sensibilidade humana do médico, a bioética.

A bioética brasileira do século XXI tem como uma das suas metas o aprimoramento e o estabelecimento dos direitos humanos e da justiça social, propondo, também, um pacto de forma palpável com a população vulnerável⁴³. A população desprovida de recursos financeiros tem maior risco de adoecer e, quando doente, menor acesso a assistência médica adequada⁴⁴.

A ética não trata apenas de ações, mas também de hábitos (virtudes) e de atitudes (caráter). Muitos pontos precisam ser pensados: que a atenção individual e pública às pacientes se torne um compromisso e um hábito; que a atitude, ou seja, o modo de agir, se aprimore em quantidade e qualidade; enfim, para que o resultado final seja uma ação benéfica, não-maleficente, responsável e que respeite também a autonomia das pacientes. Não há dúvida que as lentes da bioética podem contribuir significativamente para o aprimoramento da abordagem das pacientes com câncer ginecológico e mamário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO cancer control programme. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/en/>. Acessado em: 30/jan/2006.
2. Instituto Nacional do Câncer – INCA – Estimativa 2005. Incidência de câncer no Brasil. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2005/>. Acessado em: 30/mar/2005.

3. Temporão JG. Estimativa 2005 – INCA. Disponível em: www.inca.gov.br. Acessado em: 30/jan/2005.
4. Brentani MM, Coelho FRG, Iyeyasu H, Kowalski LP. Bases da Oncologia. São Paulo: Lemar; 1998. p 640.
5. Peyton CL, Gravitt PE, Hunt WC, Hundley RS, Zhao, MF, Apple RJ, Wheeler CM. Determinants of genital human papillomavirus detection in a US population. *J Infect Dis* 2001; 183:1554-1564.
6. Wallboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol* 1999; 189:12-19.
7. DiSaia PJ, Creasman WT. *Clinical Gynecology*. 6th ed. Missouri: Mosby; 2002. 674 p.
8. American Cancer Society. Disponível em: www.cancer.org/CancerFactsFigures2004. Acessado em: 10 de novembro de 2004.
9. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Estimating the world cancer burden: Globocan 2000. *Int J Cancer* 2001; 94(2):153-6.
10. Rosenblatt KA, Weiss NS, Schwartz SM. Incidence of malignant fallopian tube tumors. *Gynecol Oncol* 1989; 35:236-239.
11. Hart WR. Vulvar intraepithelial neoplasia: historical aspects and current status. *Int J Gynecol Pathol* 2001; 20:16-30.
12. Cancer Facts and Figures 2005. Disponível em: <http://www.cancer.org/downloads/STT/CAFF2005f4PWSecured.pdf>. Acessado em: 1/nov/2005.
13. Arora NK. Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. *Soc Sci Méd* 2003; 57(5):791-806.
14. Neuwirth ZE. An essential understanding of physician-patient communication Part II. *J Med Pract Manage* 1999;15:68-72.
15. Zoppi K Epstein RM. Is communication a skill? Communication behaviors and being in relation. *Fam Med*. 2002; 34:319-324.
16. Zachariae R, Pedersen CG, Jensen AB, Ehrnrooth E, Rossen PB, von der Maase H. Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *Br J Cancer* 2003 Mar 10; 88(5):658-65.
17. Coyle N, Sculco L. Communication and the patient/physician relationship: a phenomenological inquiry. *J Support Oncol* 2003; 1(3):206-15.
18. Kaplowitz AS, Campo S, Chiu WT. Cancer patients' desires for communication of prognosis information. *Health Commun* 2002; 14(2):221-41.
19. Trindade ES, Azambuja LOE, Andrade JP, Garrafa V. Beneficência, paternalismo e autonomia frente a pacientes graves. *Rev. Assoc.Méd.Bras.* 2007; aguardando publicação.
20. Baile WF, Lenzi R, Parker PA, Buckman R, Cohen L. Oncologists' Attitudes Toward and Practices in Giving Bad News: An Exploratory Study. *Journal of Clinical Oncology* 2002; 20(5): 2189-2196.
21. Townsend RN, Quill TE. Bad news: delivery, dialogue, and dilemmas. *Arch Intern Med* 1991; 151:463-8.
22. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 5th ed. New York: Oxford University Press; 2001. 454 p.
23. Schramm FR. Bioética e Comunicação em Oncologia. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2001; 47(1): 25-32.
24. Cegala DJ, Gade C, Lenzmeier Broz S, McClure L. Physicians' and patients' perceptions of patients' communication competence in a primary care medical interview. *Health Commun* 2004;16(3):289-304.
25. Sgreccia E. *Manual de Bioética. Fundamentos e Ética Biomédica*. 2.ed. São Paulo: Loyola; 1998. v.1, 686 p.
26. Teutsch C. Patient-doctor communication. *Med Clin North Am* 2003; 87(5):1115-45.
27. Visser A, Herbert CP. *Communication in Medicine: A new impetus*. Elsevier 1999; 38:1-2.
28. Engelhardt HTJ. *Fundamentos da Bioética*. São Paulo: Loyola; 1998. 425 p.
29. Aragão LMC. *Razão comunicativa e teoria social em Jürgen Habermas*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1997. 148 p.

30. Habermas J. Teoria da ação comunicativa. In: Freitag, Barbara. A teoria crítica: Ontem e Hoje. 3. ed. São Paulo: Editora brasiliense; 1990. p. 52-65.
31. Freitag B. A Teoria Crítica: Ontem e Hoje. 3. ed. São Paulo: Editora Brasiliense; 1990. 183 p.
32. Aranha MLA, Martins MHPM. Filosofando: introdução à Filosofia. 2. ed. São Paulo: Moderna; 2000. 289 p.
33. Segre M, Cohen C. Bioética. 2.ed. São Paulo: Edusc; 1999. p. 190.
34. Garrafa V. Bioética e ética profissional: esclarecendo a questão. *Jornal do Conselho Federal e Medicina* 1998; 12 (98):28.
35. Jonsen AR. *The Birth of Bioethics*. New York: Oxford Press; 1998. 431 p.
36. Kipper DJ, Clotet J. Princípios da Beneficência e Não-maleficência. In: Costa SIF, Garrafa V, Oselka G. (orgs). *Iniciação a Bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 37-51.
37. Lepargneur H. Força e Fraqueza dos princípios da bioética. *Bioética* 1996; 4:131-143.
38. Reich WT. *Encyclopedia of Bioethics*. In: Sgreccia, Elio. *Manual de Bioética. Fundamentos e Ética Biomédica*. 2.ed. São Paulo: Loyola; 1998. p. 43.
39. Kottow M. *Introducción a la Bioética*. Santiago: Editorial Universitária; 1995. 169 p.
40. Bellino F. *Fundamentos da bioética*. São Paulo: Edusc; 1997. p. 145.
41. Garrafa V. *Dimensão da Ética em Saúde Pública*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública USP/ Kello-gg Foundation; 1995, p, 09.
42. Anjos MF. *Bioética: Abrangência e Dinamismo*. *O Mundo da Saúde* 1997; 21 (21):4-12.
43. Garrafa V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. *Bioética* 2005; 13(1): 125-134.
44. Garrafa V, Kottow M, Saada A. *Bases conceituais da Bioética enfoque latino-americano*. São Paulo: Editora Gaia; 2006. 289 p.
45. Morin E, Le Moigne JL. *A inteligência da complexidade*. São Paulo: Peirópolis; 2000. p. 263.
46. Morin E. *A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2002. p. 128.
47. Garrafa V, Porto D. *Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice*. *Bioethics (London)*, 2003a, 17 (5-6): 399-416.
48. Garrafa V. *O processo saúde-doença*. *Humanidades* 1990; 7 (1) : 68-75.
49. Garrafa V, Porto D. *Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção*. *Mundo da Saúde* 2002; 26 (26):6-15.
50. Garrafa V, Porto D. *Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção*. In: Garrafa V, Pessini L (orgs). *Bioética: poder e injustiça*. São Paulo: Edições Loyola; 2003b. p 35-44.
51. Garrafa V, Oselka G, Diniz D. *Saúde pública, bioética e equidade*. *Bioética (CFM)* 1997; 5 (1):27-33.
52. Singer P. *Ética prática*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes; 1998. 399 p.
53. Lazcano-Ponce E, Angeles-Llerenas A, Alvarez-del Río A, Salazar-Martínez E, Allen B, Hernández-Avila M, Kraus A. *Ethics and communication between physicians and their patients with cancer, HIV/AIDS, and rheumatoid arthritis in Mexico*. *Arch Med Res* 2004; 35(1):66-75.