

# O dilema da decisão de Mastectomia Bilateral como prevenção do Câncer de Mama: aspectos éticos e bioéticos

*The Dilemma of the decision of Bilateral Mastectomy as Breast Cancer preventive procedure: ethical and bioethical aspects*

*El dilema de la decisión de Mastectomía Bilateral como procedimiento preventivo del Cáncer de Mama: aspectos éticos y bioéticos*

Gabriela Alves Monteiro\*  
 Jana Regis Novaes\*  
 João Dantas de Carvalho Júnior\*\*  
 Juliana Abreu Rio\*  
 Lais Lucrecia de Sales Ribeiro\*  
 Larissa Porto da Silva\*

Marina Vieira Silva\*  
 Natan Lourenço Luz Pereira\*  
 Rogerio Anton Faria\*  
 Yuri Goodwin Kerner\*  
 Nedy Maria Branco Cerqueira Neves\*\*\*

**RESUMO:** A descoberta de que a paciente é portadora ou não mutações nos genes BRCA1 e BRCA2 está se tornando uma prática cada vez mais comum entre as mulheres. Ao saber o resultado desse exame, a paciente fica ciente de suas probabilidades futuras em desenvolver um câncer de mama – já que essas alterações são as principais responsáveis pela neoplasia – deparando-se com um grande dilema: esperar o câncer desenvolver-se submetendo-se à quimioterapia, ou realizar a mastectomia profilática que as poupará de um difícil tratamento sofrido e que dará a certeza de não possuir a neoplasia pelo resto da vida, entretanto essa opção poderá trazer alguns transtornos psicológicos. A mastectomia possui um caráter agressivo, mutilante e traumatizante para a vida e saúde da mulher, já que prejudica sua dimensão bio-psicossocio-espiritual. Em pacientes submetidas a essa técnica são notórias as alterações em sua imagem corporal, identidade e autoestima, sendo que tais alterações refletem em aspectos sociais como: a crise na sexualidade (após esse procedimento, é comum a negação do companheiro ou da própria mulher em relação a seu corpo), depressão e ansiedade. Para os médicos, a mastectomia profilática traz fortes questionamentos divergentes no âmbito ético e bioético, sendo o maior deles o dilema de ser o único meio capaz de prover cura, assim como a causa de relevantes problemas psicológicos, mesmo que a decisão da paciente tenha sido consciente. Enfim, a mastectomia profilática é circundada de muitas incertezas e pensamentos divergentes em vários setores, fazendo-se necessários mais estudos conclusivos, para que a comunidade científica possa entrar em um consenso sobre qual o melhor meio de salvar vidas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Mastectomia. Saúde das Mulheres. Neoplasias da Mama.

**ABSTRACT:** Discovering whether one has or not mutations in genes BRCA1 and BRCA2 is becoming a practice increasingly common among women. When she knows the result of this examination, the patient becomes aware of her probabilities of developing a breast cancer – since these alterations are the main responsible factors of neoplasias – she comes across with a great dilemma: to wait cancer to develop and then receive chemotherapy or to carry through a prophylactic mastectomy that will spare her from this suffering-creating treatment and will give her the certainty not to possess the neoplasia for the rest of her life, but which may bring some psychological disturbances. Mastectomy is by itself an aggressive, mutilating and traumatizing procedure as regards the life and health of women, since it harms their bio-psycho-social-spiritual dimension. In patients submitted to this technique there are well known alterations in their body image, their identity and their self-esteem, in addition to social modifications as: crisis in sexuality (after this procedure, it is common to happen a negation of partners or the woman herself in relation to her body), depression and anxiety. For doctors prophylactic mastectomy has brought strong divergent questions regarding the ethical and bioethical dimension, mainly the dilemma of this being the only procedure capable to provide cure but bringing at the same time important psychological problems, even when the decision of the patient has been conscientious. In addition, prophylactic mastectomy is surrounded by many uncertainties and divergent thoughts in some sectors, and this makes necessary to do more conclusive studies so that the scientific community can reach a consensus on which is the best life-saving procedure.

**KEYWORDS:** Mastectomy. Women's Health. Breast Neoplasms.

\* Graduando(a) em Medicina pela EBMSP.

\*\* Bacharel em Direito pela Estácio de Sá. Graduando em Medicina pela Escola Bahiana de Medicina. E-mail: joaodantasjr@gmail.com

\*\*\* Doutora em Medicina pela Universidade Federal da Bahia – UFBA.

**RESUMEN:** El descubrimiento de la presencia o no de mutaciones en los genes BRCA1 y BRCA2 se está convirtiendo en una práctica cada vez más común entre mujeres. Cuando saben el resultado de este examen, las pacientes son enteradas de sus probabilidades de desarrollar un cáncer de mama - puesto que estas alteraciones son los factores responsables principales de las neoplasias - y tienen que afrontar un gran dilema: esperar el cáncer se desarrollar y recibir quimioterapia o someterse a una mastectomía profiláctica que la exente de este tratamiento doloroso y le dé la certeza de no poseer la neoplasia el resto de su vida, pero que trae algunos disturbios psicológicos. La mastectomía es por sí mismo un procedimiento agresivo, mutilando y traumatizando a la vida y a la salud de mujeres, puesto que daña su dimensión bio-psico-social-espiritual. En las pacientes sometidas a esta técnica hay alteraciones bien conocidas en su imagen del cuerpo, su identidad y su amor propio, además de modificaciones sociales como: crisis en la sexualidad (después de este procedimiento, es común suceder una negación de los aparceros o de la propia mujer respecto su cuerpo), depresión y ansiedad. Para los doctores la mastectomía profiláctica ha traído hondas cuestiones divergentes respecto a la dimensión ética y bioética, principalmente el dilema de este ser el único procedimiento capaz de proporcionar la curación pero traer a la vez problemas psicológicos importantes, incluso cuando la decisión del paciente ha sido concienzuda. Además, la mastectomía profiláctica es rodeada de muchas incertidumbres y pensamientos divergentes en algunos sectores, y eso hace necesario realizar estudios más concluyentes como para la comunidad científica lograr un consenso acerca cual es el mejor procedimiento salvavidas.

**PALABRAS-LLAVE:** Mastectomía. Salud de la Mujer. Neoplasias de la Mama.

Com a identificação dos genes de suscetibilidade do câncer de mama BRCA1 e BRCA2 surgiu entre as mulheres com risco (decorrente de histórico familiar da doença) de serem portadoras dessa mutação, um largo interesse em fazer um mapeamento genético. Mulheres com a mutação nesses genes têm um risco cumulativo (50% a 85%) ao longo da vida de ter uma neoplasia mamária invasiva, principalmente a partir dos 70 anos de idade. Nessas mulheres, o risco de se desenvolver câncer de mama começa aos 25 anos e a chance de sobreviver à doença é de 50% em 10 anos (mesmo risco das mulheres sem a mutação). Dessa maneira, observa-se que a descoberta desses genes mutantes foi crucial para determinar novos tipos de conduta e abordagens, no que tange ao tratamento das Neoplasias Malignas da Mama em mulheres, sobretudo, em virtude das chances altíssimas do desenvolvimento de uma doença, muitas vezes, mortal<sup>1</sup>.

Ante a constatação de serem portadoras das mutações, as mulheres, juntamente com seus médicos, podem seguir algumas estratégias para reduzir o risco de desenvolver a doença e/ou mesmo descobri-la em estágios iniciais. A estratégia mais comumente usada é o acompanhamento regular, o qual deve ser mais detalhado e completo, do que atualmente é preconizado para as mulheres sem mutação. Além do acompanhamento detalhado, algumas mulheres fazem também uso de medicamentos que ajudam a prevenir neoplasias, a chamada quimioprevenção<sup>1</sup>. Além disso, é importante estar atento aos outros fatores que predis põem as mulheres ao desenvolvimento de câncer, dentre eles: a menarca precoce, primípara em idade avançada, obesidade na

pós-menopausa, elevada densidade mamária, exposição ao tabaco, às radiações ionizantes e pesticidas/organo-clorados. Esses fatores causam alterações que, muitas vezes, podem vir a desencadear mudanças significativas na quantidade de hormônio do tecido mamário ou nos genes que podem levar ao desenvolvimento da doença.

Desde o final do século XIX, a cirurgia tem sido o tratamento tradicional do câncer de mama, e a mastectomia radical clássica permaneceu como o tratamento de escolha por aproximadamente 60 anos. A mastectomia possui um caráter agressivo, mutilante e traumatizante para a vida e saúde da mulher, já que prejudica sua dimensão bio-psicossocio-espiritual. Ademais, proporciona alterações em sua imagem corporal, identidade e autoestima, podendo repercutir na expressão de sua sexualidade e também despertar sintomas de depressão e ansiedade. Ante esse histórico de problemas psicológicos em mulheres que tiveram sua mama retirada, até que ponto é válido fazer uma mudança tão radical na anatomia feminina como medida de profilaxia? Portanto, tornam-se pertinentes os questionamentos acerca de tais alterações e fazer um acompanhamento psicológico para verificar como as mulheres se adaptam a essa nova realidade<sup>2</sup>.

Estudos<sup>3</sup> comprovaram que a maioria das mulheres mastectomizadas profilaticamente, não apresenta mudanças significativas em relação a sua autoestima, à satisfação com a aparência, à sensação de feminilidade, e em relação ao estresse e estabilidade emocional. Observou-se, portanto, um panorama diferente da mastectomia usada como tratamento do câncer, em que as mulheres

já se encontram previamente fragilizadas pelo risco vigente de morrer em virtude da doença. Por outro lado, a Mastectomia Bilateral Profilática também tem efeitos psicológicos favoráveis, como a “perda” da preocupação com o “fantasma” câncer de mama, haja vista a mastectomia bilateral preventiva trazer uma redução em 90% desse risco, o que resulta em um significativo ganho na qualidade de vida de mulheres mastectomizadas.

Diante desse cenário, é de suma importância a análise desse tema, para que se desenvolva um senso crítico a respeito do uso desse procedimento profilático. Desse modo, pretendemos discutir a possibilidade das pacientes portadoras das mutações BRCA1 e BRCA2 decidirem por tratamentos mais radicais como: a Mastectomia Bilateral Profilática, a qual pretendemos analisar à luz da Bioética. É importante salientar que neste artigo discutiremos os efeitos não do tratamento com mastectomia, mas sim a profilaxia mediante mastectomia, o que são situações bem diferentes.

## METODOLOGIA

O artigo elaborado configurou-se a partir da reportagem de título: *Raros em jovens, câncer de mama impõe desafios a pacientes – Congelar óvulos e remover a mama são dilemas na conversa com médico. Doença acomete apenas 2% das mulheres antes da menopausa*, publicada no site Ciência de Saúde do G1, em janeiro de 2011, de autoria de Mário Barra, repórter do site. Para elaboração da matéria, o autor se baseou em uma pesquisa feita a partir do caso de duas mulheres, uma com 27 e a outra com 31 anos, que tiveram câncer de mama, e viveram a polêmica relacionada a retirada de mama, discutida neste artigo. O autor também fez uso da opinião de médicos da área, do Hospital Sírio-Libanês e do Hospital A.C. Camargo.

Para a elaboração do artigo fizemos uma revisão bibliográfica tomando como base as seguintes publicações: *Bilateral Prophylactic Mastectomy Reduces Breast Cancer Risk in BRCA1 Mutation Carriers: The PROSE Study Group*, publicado no *Journal of clinical oncology*, em 2004; *Long-term Satisfaction and Psychological and Social Function Following Bilateral Prophylactic Mastectomy*, publicado no *Journal of the American Medical Association*, em julho de 2000.

## OS GENES BRCA1 E BRCA2

O câncer de mama (CM) representa um problema de saúde pública por ser a neoplasia maligna de maior incidência entre as mulheres e a primeira causa de mortalidade por neoplasia entre as brasileiras. Sabe-se, hoje, que a maior parte dos cânceres faz parte de um grupo de doenças, chamadas de multifatoriais, nas quais fatores genéticos e ambientais interagem para produzi-las. No câncer de mama, descobriu-se, com base em estudos de ligação, em membros de famílias com múltiplos casos desses cânceres, que o principal fator genético envolvido é a alteração de genes supressores de tumor (BRCA1, BRCA2).

Acredita-se que BRCA1 seja responsável por cerca de 45-50% de todos os casos de CM hereditário. Portadoras de mutação germinativa nesse gene têm um Risco Cumulativo Vital (RCV) de desenvolver CM de 40-65% até os 80 anos de idade<sup>4,5</sup>.

Com relação ao BRCA2, acredita-se que mutações germinativas nesse gene estão associadas ao desenvolvimento de múltiplos tumores, sendo responsável por cerca de 30-40% de todos os casos de CM hereditário. O RCV para CM em mulheres portadoras de mutações germinativas nesse gene é similar ao risco de portadoras de mutações germinativas em BRCA1 (40-65% até os 80 anos de idade)<sup>5,6</sup>.

A função de ambos os genes (BRCA1 e BRCA2) está relacionada a aspectos centrais do metabolismo celular, tais como reparo de danos ao DNA, regulação da expressão gênica e controle do ciclo celular<sup>7,8</sup>. Variações patológicas nesses genes acarretam alterações na transcrição e, especialmente, em vias de reparo a danos no DNA, levando ao conseqüente acúmulo de mutações e à instabilidade cromossômica. Dessa forma, mutações em BRCA1/2 conferem um alto risco de câncer, mas não ocasionaram diretamente o seu surgimento, atuando como genes “cuidadores do genoma” (“caretakers”), preservando a estabilidade cromossômica e, quando inativados, facilitando o acúmulo de mutações em múltiplos genes.

Os conhecimentos adquiridos a partir dos estudos dos genes BRCA, mostrando que há predisposição genética para o desenvolvimento do câncer de mama, tem aumentado a preocupação entre pacientes e familiares de portadores desses tipos de genes, levando-os a buscar alternativas para conhecer e minimizar seus riscos.

## **PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA EM PORTADORAS DOS GENES BRCA1 E BRCA2**

A prevenção primária ocorre antes da instalação do processo patológico:

“alguns estilos de vida têm sido sugeridos como associados a uma redução no risco de desenvolver câncer de mama: amamentar, ter um número elevado de partos, residir em área rural, praticar exercícios físicos e ingerir bebidas alcoólicas com moderação, manter uma alimentação adequada e controlar o peso”<sup>9</sup>.

Assim, entende-se que a prevenção secundária insere-se depois que a doença já se iniciou, mas ainda não há sintomas, podendo ser descoberta por meio de exames profiláticos de rotina como: a Mamografia (MMG), Exame Clínico das Mamas (ECM) e Autoexame das Mamas (AEM).

A prevenção terciária tem início quando a paciente já apresenta os sintomas da doença, podendo ser feita a mastectomia total ou subcutânea profilática, a ooforectomia bilateral profilática ou a quimioprevenção para reduzir as complicações da doença. A ooforectomia bilateral profilática reduz o risco de câncer do ovário, uma vez que é removido o epitélio ovariano, e possui um benefício adicional que é a diminuição da exposição das mamas aos hormônios ovarianos, reduzindo o risco para o câncer da mama. Mulheres com mutação para BRCA1 ou BRCA2 são beneficiadas com o rastreamento e 80% podem ter o câncer diagnosticado precocemente<sup>9</sup>.

Quimioprevenção é definida como o uso sistêmico de agentes químicos naturais ou sintéticos para reverter ou suprimir a passagem de lesões pré-malignas para carcinomas invasores. Entre esses, se destacam os moduladores seletivos de receptor de estrogênio (SERM), os inibidores da aromatase, os fitoestrogênios e os agonistas de GnRH na prevenção dos tumores mamários receptores de estrogênio (RE) positivos<sup>10</sup>.

## **DEFINIÇÃO DE MASTECTOMIA RADICAL E SEU HISTÓRICO**

A mastectomia profilática é uma opção para prevenir o câncer de mama em mulheres com alto risco para a doença, mas sua efetividade não está bem determinada. O estudo ideal seria randomizar, comparando em mulheres de igual risco, os resultados da mastectomia profilática

com a vigilância ou a quimioprevenção. A mastectomia profilática é uma decisão pessoal, em virtude de haver complicações cirúrgicas e problemas psicológicos, embora seja altamente protetora. Das mulheres que se submetem à cirurgia, 30% têm complicações no momento e no seguimento cirúrgico. Alguns estudos mostram um arrependimento em 49% das pacientes<sup>11</sup>.

Na época renascentista, muitos cirurgiões europeus propuseram a retirada total da mama conjuntamente com os gânglios axilares, surgindo assim os primórdios do tratamento cirúrgico do câncer de mama da era moderna. Em 1894 Halsted “alguns estilos de vida têm sido sugeridos como associados a uma redução no risco de desenvolver câncer de mama: amamentar, ter um número elevado de partos, residir em área rural, praticar exercícios físicos e ingerir bebidas alcoólicas com moderação, manter uma alimentação adequada e controlar o peso – William Stewart Halsted, cirurgião americano que introduziu a mastectomia radical para o câncer de mama – usou pela primeira vez a técnica cirúrgica de mastectomia radical, que consistia na remoção do tumor e de toda a mama, inclusive dos músculos peitorais, aumentando significativamente a taxa de sobrevida dos pacientes<sup>12</sup>.

Na segunda metade do século XX, algumas alterações foram introduzidas na mastectomia clássica, sendo que as técnicas com preservação do músculo grande peitoral ou de ambos os peitorais passaram a ser conhecidas como mastectomia radical modificada. Em virtude da prevenção e da evolução dos métodos diagnósticos, especialmente mamografia e ultrassonografia, começou-se a diagnosticar tumores menores, o que possibilitou aos cirurgiões da época desenvolverem cirurgias cada vez menores e menos mutilantes, por isso, em 1963, Veronesi desenhou um tratamento para pequenos tumores, ao qual foi dado o nome de quadrantectomia, que mostrava ser muito eficaz para tratar cânceres pequenos<sup>12</sup>.

## **CONSEQUÊNCIAS DA MASTECTOMIA: DADOS E ASPECTOS PSICOSSOCIAIS**

O câncer de mama é uma das doenças mais temidas pelas mulheres, em virtude de sua alta incidência, e dos efeitos psicológicos que afetam tanto a percepção da sexualidade, como a própria imagem corporal. Essa neoplasia é rara em mulheres com menos de 35 anos, mas após essa

idade, sua incidência cresce com rapidez. No Brasil, é a maior causa de morte entre as mulheres, e o segundo câncer mais incidente na população feminina.

O câncer de mama possui um estigma social importante, que se relaciona ao íntimo vínculo que é estabelecido pela sociedade entre essa neoplasia e o sofrimento prolongado, a dor e a mutilação corporal. A mama é um símbolo de feminilidade e muitas pessoas têm receio que sua retirada possa criar problemas na relação sexual, na satisfação da mulher com seu corpo, aumentar o nível de estresse e reduzir a autoestima das pacientes.

O recurso da mastectomia profilática, nesse contexto, gera um complexo conflito psicológico nas pacientes e cria uma interrogação: as pacientes avaliam positivamente os resultados dessa medida tão invasiva e irreversível? Várias pesquisas foram feitas com o objetivo de se avaliar a viabilidade da cirurgia e a opinião das mulheres que a fizeram.

Foram divulgados alguns estudos realizados por Rebeck e al<sup>3</sup>, feitos em um grupo de 483 mulheres com risco de desenvolver câncer de mama. Das 483 participantes 105 fizeram mastectomia, e dessas, apenas duas (1,9%) foram diagnosticadas com câncer de mama após a cirurgia. Das 378 que não fizeram a cirurgia, 184 (48,7%) desenvolveram câncer de mama. Dados dessa pesquisa sugerem que a mastectomia bilateral profilática esta associada com a redução de 90% da incidência de câncer de mama. Já os resultados de estudos como o de Ghosh<sup>13</sup>, citado por Rebeck, apontam para os riscos cirúrgicos que devem ser levados em conta, na realização da mastectomia preventiva. Das 112 mulheres que realizaram a cirurgia, 21% tiveram problemas como hematomas, infecção, ruptura de implante.

Em outra pesquisa<sup>2</sup> 639 mulheres sem câncer de mama, mas com histórico familiar foram operadas na Clínica Mayo para mastectomia profilática entre 1960 e 1993. Dessas, 572 (≈ 89,5%) participaram de uma pesquisa feita para avaliar as consequências da cirurgia na vida das pacientes. Como resultado dessa pesquisa, não foi identificada nenhuma relação importante entre os efeitos psicológicos e sociais, e a idade em que foi feita a mastectomia. A maioria das mulheres notificou satisfação (70%), além da diminuição da preocupação emocional com desenvolvimento de câncer (74%), e afirmaram que fariam o procedimento novamente (67%). A maioria também reportou efeitos favoráveis ou nenhuma alteração na autoestima, satisfação com a aparência do corpo, sentimento de feminilidade, normalidade na relação sexual, nível normal de

estresse e estabilidade emocional. Mas, algumas mulheres responderam negativamente, 36% das mulheres notificaram diminuição da satisfação com a aparência do corpo e 19% estavam insatisfeitas com o procedimento.

A grande incidência do câncer de mama constitui um fator de acentuada preocupação para as mulheres com histórico familiar e/ou portadoras de mutações relacionadas à neoplasia. Por conta disso, a busca para a prevenção da mesma é intensa, sendo a mastectomia uma opção bastante relevante para quem teme o desenvolvimento da doença. As pesquisas mostram que o procedimento vem tendo bons resultados, ao mesmo tempo em que não influencia na autoestima feminina, visto que próteses de silicone são colocadas logo após a cirurgia. Porém, visto que as opiniões convergem bastante a respeito do procedimento, cabe uma avaliação muito cuidadosa do médico e da paciente antes de ser tomada uma decisão de medida profilática, tão radical como a mastectomia preventiva.

## **OPINIÃO MÉDICA E DISCUSSÃO ÉTICA**

A realização preventiva da mastectomia ainda causa muita polêmica e controvérsias no meio médico, mas em alguns pontos há um consenso; principalmente com relação ao fato de que essa prática reduz a incidência do carcinoma mamário em mulheres com mutação no gene BRCA. É certo também que a cirurgia só deve ser feita após uma análise profunda do caso pelo oncologista, geneticista, mastologista e cirurgião plástico (no caso de uma reconstrução de mama associada), e também considerando a necessidade de um psicólogo, tendo em vista os efeitos psicológicos que esse procedimento pode acarretar.

A opinião mais geral e que menos se contesta é de que o procedimento cirúrgico profilático só deve ser feito em pacientes que apresentam histórico familiar positivo, ou confirmada à mutação nos genes BRCA1 e BRCA2. No entanto, as opiniões médicas prevalecem divergentes quanto a essa recomendação.

Um estudo feito na França, em 2000, com 700 médicos cirurgiões, ginecologistas e obstetras revelou que cerca de 90% recomenda a mamografia no rastreamento do câncer de mama, por outro lado, 18,7% acha aceitável realizar a mastectomia profilática em casos de mulheres com mutação no gene para o câncer de mama, mas somente 10,9% acha aceitável propor esse procedimento a partir dos 30

anos. Em casos de risco de câncer pelo histórico familiar, 25,4% já haviam sugerido a mastectomia profilática para, pelo menos, um de seus pacientes antes de qualquer teste genético estar disponível<sup>14</sup>.

Nos Estados Unidos há aparentemente, uma maior aceitação à mastectomia profilática, já que 29% de um grupo de obstetras/ginecologistas e cerca de 50% de um grupo de cirurgiões gerais declararam que recomendariam essa opção para mulheres que tivessem teste positivo para os genes do câncer de mama. A aceitabilidade desse procedimento está associada a diversos, fatores tais como maior nível de conhecimento sobre câncer de mama, confiança no teste genético e experiência com pacientes com câncer de mama, e também varia de acordo com a especialidade médica<sup>15</sup>.

O determinante principal nas recomendações profiláticas foi a especialidade médica. Os cirurgiões são os mais favoráveis à mastectomia e isso está relacionado aos efeitos do conhecimento especializado. Um maior conhecimento sobre a genética do câncer de mama está provavelmente associado com um alto índice de aceitação da cirurgia profilática, principalmente, por um melhor entendimento das limitações da mamografia pelos médicos mais experientes. Ainda há uma deficiência em boas referências de diretrizes a respeito da cirurgia profilática, o que gera uma concordância pouco homogênea. A conduta médica frente a pacientes de risco para o câncer, seja com o histórico familiar positivo e/ou teste positivo para os genes BRCA1/2, deve ser sugestiva ao invés de diretiva. É importante que haja uma discussão sobre as possíveis opções.

A partir do contato com profissionais médicos e das experiências éticas disponibilizadas por eles, podemos constatar que a mastectomia profilática tem um efeito extremamente relevante, no que tange a tranquilizar a mulher com relação ao desenvolvimento da patologia cancerígena. Um dos principais problemas dessa patologia é a incerteza da cura e o sofrimento do prognóstico cruel. Dessa forma, a cirurgia profilática tem um efeito maior do que simplesmente afastar o câncer, mas também amenizar o medo e o sofrimento que é atrelado socialmente ao câncer. A partir dessa visão multidimensional, a cirurgia torna-se como um recurso relativamente positivo do ponto de vista ético.

No entanto, apesar de ser uma cirurgia efetiva, deve-se ressaltar a viabilidade ética, levando em conta a in-

dividualidade da paciente – histórico familiar, condição bio-psicossocial, personalidade, entre outros – com relação a sua capacidade de superação. Há possibilidade da mulher se sentir menos feminina com a perda da mama, mesmo após a sua reconstrução, podendo gerar uma autorrejeição, por receio de abandono por parte de seu parceiro.

Dessa forma, o médico se vê em um conflito ético entre a prevenção de uma doença muitas vezes fatal e a possibilidade de gerar um transtorno psicológico por meio de uma mutilação. É de fundamental importância pesar os prós e contras que envolvem esse procedimento antes de realizá-lo, buscando beneficiar única e exclusivamente a paciente, tanto em sua saúde física, como na psicológica, utilizando-se dos princípios bioéticos.

A mastectomia, quando realizada de forma profilática, alivia a mulher, por ser uma conduta menos invasiva do que a cirurgia para retirada do tumor, por gerar menos sofrimento e, se feita com reconstrução imediata, possivelmente tem um resultado estético superior, podendo inclusive superar a aparência anterior da paciente.

Com base em uma entrevista com uma oncologista, uma mastologista e um cirurgião plástico, podemos confirmar o que nossa revisão de artigos já indicava: os aspectos benéficos se sobrepõem aos maléficos. A mastectomia profilática com reconstrução mamária imediata tem ainda vantagens do ponto de vista cirúrgico e estético. Por ser um procedimento menos invasivo, deixa menos sequelas e tem resultados esteticamente superiores. No entanto, a indicação da mastectomia profilática traz à tona diversas questões éticas. Ainda são necessários mais estudos que consolidem os resultados já obtidos, para que a mastectomia profilática se torne uma das opções nas diretrizes do tratamento do câncer de mama. Esse cenário associado ao potencial alto de efeitos psicológicos negativos torna a mastectomia profilática uma indicação de difícil escolha para os médicos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As reflexões anteriores demonstraram que a mastectomia preventiva constitui um método que tem grande aceitação, como medida profilática em mulheres predispostas ao desenvolvimento do câncer de mama. Se encaixam nesse grupo, mulheres que possuem um histórico familiar favo-

rável ou que tiveram, em sua análise genética, uma confirmação de mutação dos genes BRCA1 e BRCA2.

Ao serem diagnosticadas como grupo de risco para câncer de mama, as mulheres procuram médicos na tentativa de realizar um possível diagnóstico precoce ou de evitar o desenvolvimento do carcinoma. Dentre as maneiras mais utilizadas como forma de prevenção observou-se “quimio-prevenção”, o acompanhamento médico regular, os exames complementares e, principalmente, a mastectomia preventiva.

Desde o emprego da mastectomia como medida profilática, várias modificações ocorreram na realização da cirurgia, antes chamada “mastectomia radical” e agora “mastectomia radical modificada” de caráter menos invasivo e agressivo. Foi visto que, por ser um processo cirúrgico, a retirada da mama tem consequências físicas, que fazem com que muitas mulheres fiquem insatisfeitas com o procedimento e o julguem como desnecessário. Além disso,

foram constatados alguns efeitos psicossociais, dentre eles: perda da feminilidade, dificuldade na aceitação da imagem corporal e problemas nas relações sexuais.

Vale ressaltar, no entanto, que a maioria das pacientes declara ser mais significativos os efeitos positivos, dentre eles o afastamento do risco de desenvolvimento de câncer de mama. Durante a cirurgia, muitas mulheres também optam por colocar próteses de silicone, reduzindo os efeitos psicológicos e eventualmente elevando a autoestima.

À luz da bioética, a mastectomia profilática é ainda um assunto polêmico. A decisão por realizar o procedimento não deve ser imperativa por parte do médico. Este, deve apenas apresentar as opções e alternativas, junto com suas consequências, para que a escolha seja feita de forma consciente pela paciente. O dilema se deve, ainda, à falta de consenso na prevenção do câncer de mama, na qual não há diretrizes padronizadas divulgadas para a prevenção dessa afecção.

## REFERÊNCIAS

1. Meijers-Heijboer H, et al. Breast cancer after prophylactic bilateral mastectomy in women with a BRCA1 or BRCA2 Mutation [acessado 27 Feb 2011]. *N Engl J Med*. 2001 Jul 345:159-64. Disponível em: [www.nejm.org](http://www.nejm.org)
2. Frost MH, et al. Long-term satisfaction and psychological and social function following bilateral prophylactic mastectomy [acessado 14 Abril 2011]. *Rev Associação Médica Americana*. 2000 Jul 284:319-24. Disponível em: [jama.ama-assn.org](http://jama.ama-assn.org)
3. Rebbeck TR, et al. Bilateral Prophylactic Mastectomy reduces breast cancer risk in BRCA1 and BRCA1 mutation carrier: the PROSE study group [acessado 27 Feb 2011]. *J Clin Oncology*. Mar 2004;1055-62. Disponível em: [jco.ascopubs.org](http://jco.ascopubs.org)
4. Cass I, Baldwin RL, Varkey T. Improved survival in women with BRCA - associated ovarian carcinoma. *Cancer* 97. 2003;2187-95.
5. Risch HA, McLaughlin JR, Cole DE, Rosen B, Bradley L, Fan I, Tang J, Li S, Zhang S, Shaw PA, Narod SA. Population BRCA1 and BRCA2 mutation frequencies and cancer penetrances: a kin-cohort study in Ontario, Canada. *J Natl Cancer Inst*. 2006;98(23):1694-706.
6. Antoniou AC, Pharoah PD, Easton DF, Evans DG. BRCA1 and BRCA2 Cancer Risks. *J Clin Oncol*. 2006;24(20):3312-3.
7. Tutt A, Ashworth A. The relationship between the roles of BRCA Genes in DNA repair and cancer predisposition. *Trends Mol Med*. 2002;8(12):571-6.
8. Quaresima B, Faniello MC, Baudi F, Crugliano T, Cuda G, Costanzo F, Venuta S. In vitro analysis of genomic instability triggered by BRCA1 missense mutations. *Hum Mutat*. 2006;27(7):715.
9. Thuler LC. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. *Rev Bras Cancerologia*. 2003;49(4):227-23.
10. Oliveira VM, Aldrighi JM, Rinaldi JF. *Rev Assoc Med Bras*. 2006 Nov/Dec 52(6).
11. Ejzenberg D, Favero GM, Amorim ATR, Aguiar LM. Influência da mastectomia profilática na expectativa de vida de mulheres com mutação nos genes BRCA1 ou BRCA2. *Rev Bras Mastectomia*.
12. Castilho RS, Amorim WC, Santos JL, Rezende CAL. Cirurgia Conservadora da Mama. *Rev Médica Minas Gerais*. 2008;18(1).
13. Ghosh K, Hartmann LC. Current status of prophylactic mastectomy. *Oncology (Hunting)*. 2002;16: 1319-25.
14. Julian-Reyner C, et al. Physicians' attitudes towards mammography and prophylactic surgery for hereditary breast/ovarian cancer risk and subsequently published guidelines. U.S. National Library of Medicine. National Institutes of Health. 2000 Mar 8(3):204-8.
15. Geller G, et al. Decision-making about breast cancer susceptibility testing: how similar are the attitudes of physicians, nurse practitioners, and at-risk women. *J Clin Oncol*. 1998;16(8):2868-76.

---

#### **BIBLIOGRAFIA CONSULTADA**

Amendola LCB, Vieira RA. Contribuição dos genes BRCA na predisposição hereditária ao câncer de mama. Rev Bras Cancerologia. 2005;51(4):325-33.

Freitas RJ, et al. Linfedema em Pacientes Submetidas à Mastectomia Radical Modificada. Rev Bras Ginecologia Obstetrícia. 2001 Mai 23.

Petroni I. Rastreamento de mutações patogênicas nos genes BRCA1 e BRCA2 em pacientes brasileiras em risco para a síndrome de câncer de mama e ovário [dissertação de mestrado]. UFRS; 2008.

Segal S, Bittelbrun AC, Biazús JV, Menke CH, Carvalheiro JA, Xavier NL, et al. Genética e câncer de mama. Rev HCPA. 2001 Ago 21(2):191.

---

Recebido em: 2 de agosto de 2011.  
Versão atualizada em: 12 de setembro de 2011.  
Aprovado em: 29 de setembro de 2011.