

CÂNCER MAMÁRIO SEGUIDO DE METÁSTASES ÓSSEA, PULMONAR E CEREBRAL: ESTUDO DE CASO.

Breast Cancer Follwed metástases Bone, Lung and Brain: A Case Study

COSTA, Kamyly Soares¹
SANDOVAL, Renato Alves²

1. Fisioterapeuta graduada pela PUC Goiás.
2. Fisioterapeuta, Educador Físico, Mestre em Fisioterapia pela UNITRI, Doutorando em Ciências da Saúde pela UFG, Bolsista pela FAPEG, Docente do curso de Fisioterapia da PUC Goiás, Diretor do Departamento de Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia e Gastronomia da PUC Goiás.

Resumo: Estudo de caso de paciente do sexo feminino com histórico de câncer de mama, seguido de metástase óssea, pulmonar cerebral e hepática. Que foi tratada no Hospital Araújo Jorge de Goiânia e Santa Casa de Misericórdia de Goiânia. Caso acompanhado desde o ano de 2006, quando paciente realizou mastectomia radical associado à quimioterapia e radioterapia. No avançar da doença paciente passou por pleurodese, quimioterapia paliativa, radiocirurgia, até o fechamento do caso no ano de 2012, quando paciente já se encontrava fora de possibilidades terapêuticas.

Palavras-chave: câncer de mama, metástase, tratamento paliativo.

Abstract: Case study of a female patient with a history of breast cancer, followed by bone metastasis, lung brain and lever. That was treated at the hospital Araújo Jorge de Goiânia and Santa Casa de Misericórdia de Goiânia. If followed fron 2006, when the patient held radical mastectomy associated with chemotherapy, radiosurgery, until the closure of the case in 2012, when the patient was abready out of therapeutic possibilities.

Key-words: breast cancer, metastasis, palliation.

INTRODUÇÃO

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores malignos, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo. As causas de câncer são variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando inter-relacionadas. As causas externas referem-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de uma sociedade. As causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente pré-determinadas, e estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das

agressões externas. Os tumores podem ter início em diferentes tipos de células. Quando começam em tecidos epiteliais, como pele ou mucosas, são denominados carcinomas. Se o ponto de partida são os tecidos conjuntivos, como osso, músculo ou cartilagem, são chamados sarcomas¹.

O câncer é uma doença relativamente comum no mundo. Nos países desenvolvidos, atualmente e em média, cerca de uma pessoa em cinco morre de câncer. Esta proporção nos países em desenvolvimento é de uma morte para cada 15 indivíduos, porém deve-se considerar a estrutura etária mais jovem das populações destes países². De acordo com estes dados, nota-se que o câncer deixou de ser uma doença rara, para cada vez mais comum, porém ainda com um índice alto de morte, trazendo para o paciente com diagnóstico de câncer um maior grau de insegurança, assim como estigmatização dos mitos em torno de uma doença ainda cheia de preconceitos e dificuldades ao longo do tratamento.

Como decorrência da constante queda da mortalidade por doenças cardiovasculares observadas em diferentes partes do mundo desde os anos 60, o câncer já assumiu em alguns países o papel de principal causa de morte na população. Sendo este índice preocupante já que o câncer é uma doença que vem crescendo. Voltando a atenção para os atendimentos prestados e satisfação dos pacientes em tratamento².

No Brasil, as estimativas para o ano de 2006 apontavam que ocorreriam 472 mil casos novos de câncer, sendo 234 mil casos novos para brasileiros do sexo masculino e 238 mil para sexo feminino. Apesar dos diversos avanços tecnológicos obtidos pela moderna oncologia e possibilitarem maior índice de cura de neoplasias malignas, as taxas de incidência e mortalidade chamam a atenção das autoridades em saúde pública¹. Sendo que o último dado atual de 2011 segundo o INCA¹ esse dado já subiu para 489.270 mil novos casos, no Brasil.

Atualmente, o câncer é um dos problemas de saúde pública mais complexos que o sistema de saúde brasileiro enfrenta, dada a sua magnitude epidemiológica, social e econômica. Ressalta-se que pelo menos um terço dos casos novos de câncer que ocorre anualmente no mundo poderia ser prevenido¹. A prevenção ainda é o meio mais eficaz para toda e qualquer moléstia, para reduzir a incidência de novos casos, e conferiria diretamente impacto positivo nas mais diversas áreas tanto social e econômica.

Apesar dos avanços tecnológicos alcançados na Medicina, o câncer ainda é uma doença estigmatizante. Tanto para muitos profissionais médicos quanto para o doente e sua família o diagnóstico de câncer continua sendo uma sentença de morte. Pouca ênfase tem sido direcionada ao treinamento de habilidades e técnicas em comunicação e avaliação do fator psicossocial, requisitos essenciais para um atendimento adequado de pacientes oncológicos. Os profissionais dependem de suas experiências e julgamentos pessoais em relação à decisão de informar ao paciente, e qual melhor maneira de fazê-lo³.

Discorrendo ainda sobre o assunto, o profissional de saúde deve ter o cuidado no momento da comunicação com este paciente a fim de sanar as suas dúvidas, prestar um atendimento humanizado, com respaldo de não interferir todos os seus preceitos psicossociais, adequando ao tipo de perfil de cada paciente sendo atento ao falar, tomando o cuidado com as colocações, prestando atendimento de forma cordial, além do que em contrapartida o paciente tem muitas dúvidas e inseguranças, cabe ao profissional auxiliar passando a segurança adequada ao paciente, não omitindo do paciente sua real situação, mas dispondo dos recursos de saúde para auxiliar na cura total, ou parcial com menor perda possível, ou até mesmo quando é o caso de cuidados paliativos, contribuir com a melhor morte para este paciente³.

A quimioterapia é o método que utiliza compostos químicos, chamados quimioterápicos, no tratamento de doenças causadas por agentes biológicos. Quando aplicada ao câncer, a quimioterapia é chamada de quimioterapia antineoplásica ou quimioterapia antilblástica. A quimioterapia pode ser feita com a aplicação de um ou mais quimioterápicos. O uso de drogas isoladas (monoquimioterapia) mostrou-se ineficaz em induzir respostas completas ou parciais significativas, na maioria dos tumores, sendo atualmente de uso muito restrito¹.

A quimioterapia pode ser utilizada em combinação com a cirurgia e a radioterapia. De acordo com as suas finalidades, a quimioterapia é classificada em: Curativa - quando é usada com o objetivo de se conseguir o controle completo do tumor, como nos casos de doença de Hodgkin, leucemias agudas, carcinomas de testículo, coriocarcinoma gestacional e outros tumores. Adjuvante - quando se segue à cirurgia curativa, tendo o objetivo de esterilizar células residuais locais ou circulantes, diminuindo a incidência de metástases à distância¹.

O tratamento quimioterápico pode ser interrompido ou sanado durante o período de tratamento se ocorrer a falha da quimioterapia antineoplásica devido à resistência às drogas. Esta resistência ocorre ou porque as populações celulares desenvolvem nova codificação genética (mutação) ou porque são estimuladas a desenvolver tipos celulares resistentes ao serem expostas às drogas, o que lhes permite enveredar por vias metabólicas alternativas, através da síntese de novas enzimas. É também observada resistência nos casos em que o tratamento é descontinuado, quando a população tumoral é ainda sensível às drogas, em que a quimioterapia é aplicada a intervalos irregulares e em que doses inadequadas são administradas¹. Ainda sobre a quimioterapia, ter uma prescrição correta e administração em tempo certo, cabe ao profissional de saúde tanto para o médico que prescreve a combinação dos fármacos ideais para o paciente, quanto para o laboratório que tem a responsabilidade de preparar este medicamento de forma correta, e também para o profissional enfermeiro que administra a aplicação deste medicamento. Este momento deve ser cauteloso, bem executado em todo processo, para não trazer ao paciente, complicações além dos efeitos adversos do próprio tratamento.

A Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção (PNH) é uma estratégia de fortalecimento do Sistema Público de Saúde, em curso no Brasil desde meados de 2003. Seu propósito é o de contribuir para a melhoria da qualidade da atenção e da gestão da saúde no Brasil, por meio do fortalecimento da Humanização como política transversal na rede e afirmando a indissociabilidade do modelo de atenção e de gestão⁴. Tende dessa forma a contribuir para melhor evolução possível para o portador de câncer em tratamento de quimioterapia.

Segundo Diefenbach⁵ sendo ainda um fator que possa contribuir de forma negativa; como conseqüência a dor decorrente do câncer é a segunda causa mais comum de medo nos doentes recentemente diagnosticados, estimando-se que 50% dos pacientes com câncer avançado experimentam dor.

Costa et al⁶ cita que se faz necessário à valorização da sua fala e discussão da vida cotidiana, reinserção no contexto familiar e social e reconstrução da cidadania, enfim que seja dado enfoque biopsicossocial.

O câncer de mama é o mais frequente sendo responsável por cerca de 10% de todos os tipos de câncer no mundo. No Brasil o câncer de mama é a neoplasia de maior incidência entre as mulheres. Alguns fatores prognósticos para sobrevida com

observações global em câncer de mama são: o tamanho do tumor, o status dos linfonodos e dos receptores hormonais, o grau histológico e a idade^{7,8,9}.

Metástase cerebral tende a causar grande impacto social, mais do que outras metástases hematogênicas, e deve ser tratada rapidamente. O tratamento paliativo da metástase cerebral deve proporcionar rápido retorno e manutenção da função cerebral, ter mínimo efeito colateral, ser breve e de fácil execução^{8,9,10}.

A radiocirurgia estereotáctica é uma técnica de radioterapia na qual alta dose de radiação é dada em pequenos volumes intracranianos, em um único tratamento, de forma ambulatorial, sem praticamente nenhuma agressão a tecidos vizinhos. É técnica relativamente nova, mas já bem estabelecida e crescente em serviços de radioterapia do mundo todo. Esta característica acaba fazendo da radiocirurgia uma atraente alternativa de tratamento para pacientes, com metástases cerebrais, particularmente aqueles com lesões únicas e/ou recidivas, após tratamento com a radioterapia tradicional, fracionada, de todo cérebro^{8,10,11}.

Sendo um dos tipos de câncer de maior frequência o CA de mama, foi realizado o estudo de caso de uma paciente com câncer mamário tipo IV, seguido de recidiva, com metástase óssea e cerebral. Acompanhando o caso desde seus primórdios até a conclusão deste trabalho a fim de analisar de forma holística todo processo de tratamento da paciente, bem como todos os procedimentos adotados pela equipe de saúde ao longo do tratamento^{8,11}.

O objetivo do presente estudo é analisar caso de uma paciente com câncer de mama, com recidiva de metástase óssea e cerebral e hepática, e suas repercussões decorrentes da doença. Para isto foi necessário coletar todos os dados desde a descoberta do tumor, descrever o levantamento de resultados dos exames, e procedimentos adotados pela equipe de saúde para definir o tratamento. E relacionar os resultados, com os procedimentos adotados pela equipe de saúde para definir o tratamento, e relacionar os resultados, com os procedimentos adotados, seguido do que foi benefício para a paciente.

RELATO DO CASO

Paciente sexo feminino 47 anos, nascida em 16 de julho de 1964, Natural de Jeoraquara GO, domiciliada em Goiânia há 40 anos, possui ensino Médio

Incompleto, Viúva, aposentada por invalidez há 2 anos, com profissão anterior de comerciária. Apresenta histórico de carcinoma mamário em 2006, após notar o crescimento de um nódulo com aspecto endurecido de tamanho considerável na mama direita, em janeiro de 2006, procurou auxílio médico no Hospital Samaritano de Goiania-GO, onde passou por consulta médica, instruindo a paciente a fazer o exame de mamografia para análise do presente nódulo. Paciente realizou o exame e levou em retorno médico onde não foi detectada nenhuma anormalidade, aconselhada pela médica a apenas observar se o nódulo aumentaria de tamanho com o tempo. Em abril de 2006, paciente observou que o nódulo havia aumentado de tamanho, e decidiu procurar novo auxílio médico em outra unidade de saúde, Hospital Araújo Jorge de Goiânia, onde realizou uma biópsia para estudo citopatológico. O resultado da biópsia foi positivo para neoplasia maligna metastática grau IV na mama direita. Após o diagnóstico foi submetida à mastectomia radical com esvaziamento axilar, no dia 24 de Abril 2006, no próprio Hospital Araújo Jorge, e reconstrução da mama direita no instante da mastectomia, com utilização para reconstrução tecidos do abdômen. Permanecendo por seis dias internada, fez uso de dreno, retirando-o no sexto dia de internação. Teve boa resposta á cirurgia, e associado ao tratamento cirúrgico, fez quimioterapia, na unidade de saúde INGOH de Goiânia, seis sessões com intervalo de 21 dias entre elas. Associado a Radioterapia diária por 25 dias, totalizando 25 sessões de radioterapia. Relatou desconforto e vômitos nas sessões de quimioterapia, acentuando os sintomas nos 3 dias posteriores a sessão com quimioterápico. A radioterapia não houve necessidade de interrupção por queimadura, porém o local teve lesão cutânea com aspecto escurecido. Entre o período de tratamento houve retorno médico quinzenalmente, após todo processo paciente recebeu alta parcial, sendo agendado retorno para exames rotineiros a cada seis meses devido à boa recuperação e resposta a todo o tratamento.

Após este período paciente relata que voltou a rotina normal de trabalho, onde executava sua função de comerciária, proprietária de restaurante. A única limitação que a mesma cita foi a de presença de linfedema leve, quando exercia esforço acentuado, ou quando dirigia por longos períodos. Chegou a fazer algumas sessões de fisioterapia no Hospital Araújo Jorge relatando melhora.

Em dezembro de 2009, paciente sentiu uma forte dispnéia durante um passeio, seguido de piora ao retornar para casa. Procurou novamente uma unidade

de saúde, onde ao realizar raios-X de tórax, foi diagnosticado derrame pleural no terço inferior do pulmão direito. Foi definido que realizassem a punção do líquido para análise da citologia. Neste período o médico que a acompanhava entrou de férias, não ficando nenhum outro responsável pelo setor na unidade, transferindo assim a paciente para prosseguir o tratamento na Santa Casa de Misericórdia de Goiânia.

Ao resultado da citologia o quadro demonstrou blocos de células epiteliais em arranjar acinar, mostraram anisocitose e hiper Cromatismo. A conclusão do quadro foi condizente com carcinoma mamário metastático, disseminação neoplásica secundária, atelectasia completa do lobo inferior direito. Devido a presença de células cancerígenas na região, foi retomado tratamento para a nova patologia.

A primeira instancia a paciente foi internada para uma drenagem, seguida de pleurodese na região, devido à extensão do derrame pleural. Permaneceu internada durante 10 dias internada na Santa Casa de Misericórdia, com utilização de dreno torácico com saída de 4,5 litros de líquido pulmonar. Recebendo alta após este período.

Foi submetida a novas sessões de quimioterapia, porém por período indeterminado, para manutenção do quadro e tentativa de diminuir a progressão da doença, fazendo todo acompanhamento médico. Do período de janeiro de 2010 á abril do mesmo ano, havia apenas a presença do quadro de metástase pulmonar. Porém houve piora do quadro com progressão da doença para novas regiões após exame de cintilografia óssea com contraste. Houve aumento de concentração de células metastáticas nas regiões: corpo esternal e na face posterior do nono arco costal direito e grau moderado na face lateral do oitavo arco costal direito (duas lesões focais) e em área focal na região intertrocantérica direita.

Determinando a continuação do tratamento quimioterápico, agora semanalmente. Paciente relata da dificuldade enfrentada durante o tratamento. Todo processo de sensação de fracasso a cada progressão da doença. Além de toda dificuldade durante as consultas médicas, ligeiras, e pouco se falava do tratamento e do real quadro. Relata também da inacessibilidade do atendimento da recepção muita das vezes, frio, desumanizado, sem qualidade de atendimento ao público. Houve, porém grande elogio ao atendimento prestado no ambiente da quimioterapia, recebido pelas enfermeiras que realizavam a aplicação do medicamento. Prestavam um serviço dedicado, com muita simpatia e bom humor.

A cada 3 sessões de quimioterapia, era necessário novo retorno a consulta médica, para entrega de novos exames e também prescrição de novas sessões de quimioterapia. Durante esta fase de realização de novos exames, a uma nova cintilografia óssea, agravando ainda mais o caso da paciente agora com novas lesões: Corpo do esterno e nono arco costal direito posteriormente, ombros, carpos, acetábulos, joelhos e tarsos. Paciente relata forte desespero durante a progressão da doença, porém relata que a espiritualidade e a religião a proporcionaram grande força e vontade de continuar o tratamento. Relata que mesmo com a quimioterapia continuava a exercer suas funções dentro de sua limitação, continuava trabalhando e isso segundo a paciente servia de estímulo e de distração para o momento difícil do tratamento.

Durante todo o ano de 2010 á julho de 2011, paciente continuou sob tratamento quimioterápico, semanalmente com intervalo de 1 semana a cada 3 sessões para retorno médico. Fazia uso de quimioterapia forte, teve queda de cabelos, sentiu vômitos, diarréia, porém não perdeu peso, havia presença de inchaço, porém o trefismo muscular se manteve normal. Nesta fase, houve algumas interrupções do tratamento devido á falta de medicação na unidade hospitalar, a paciente faz seu tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), onde devido à falta de condição de comprar a medicação, pelo seu alto custo, retornava ao tratamento assim que a medicação chegava. Há interrupção do tratamento durava às vezes de 15 dias á um mês.

Devido ao tempo extenso de tratamento, foi determinada pelo médico da paciente uma interrupção do tratamento quimioterápico, substituindo apenas por medicação oral, para dar um período de pausa para paciente. Este período durou de julho de 2011 á outubro de 2011. Esta determinação do médico pareceu de bom senso a primeira visão, porém este período a doença progrediu absurdamente, para outros locais considerados delicados.

A dificuldade que a paciente começou a sentir devido ao tempo prolongado de tratamento há mais de um ano, impossibilitou de a mesma continuar a exercer sua função profissional, aposentou-se por invalidez e vendeu o comércio em que trabalhava em outubro de 2011, dedicando-se única e exclusivamente ao tratamento.

Novo exame de cintilografia óssea realizado em novembro de 2011 observou-se aumento de concentração neoplásica, na região parietal esquerda em vértebras

da coluna cervical alta, nas vértebras D2, D6, D9 a D 12, L1 a L5, no sacro, nos ilíacos, no esterno, na cabeça do úmero direito, na porção do quarto ao décimo primeiros arcos costais á esquerda e do sexto ao nono arcos costais á direita e nas cabeças dos fêmures.

Em dezembro de 2011, realizado nova ressonância magnética do crânio, não citado anteriormente devido estar dentro dos parâmetros normais, porém esta com alteração e progressão novamente da doença, o exame mostrou presença de lesão com isossinal T2 e hipossinal T1 com edema e efeito de massa situada na substancia branca adjacente ao corno posterior do ventrículo lateral direito apresentando realce periférico pós-contraste, para magnético medindo 1,2 cm de diâmetro. Observa-se também realce no hemisfério cerebelar direito próximo a linha média medindo 1,3 cm em seu maior diâmetro. Concluindo lesões nodulares com edema, efeito de massa e realce pós-contraste para-magnético na substancia branca adjacente ao corno posterior do ventrículo lateral direito e outra no hemisfério cerebelar também a direita sugestiva de implantes cerebral e cerebelar. Devido a este novo laudo foi retomado ao tratamento de quimioterapia semanal em novembro de 2011, com a paciente, porém esta relata que o atual fármaco é mais fraco, devido a este não proporcionar a queda de cabelo da paciente, que havia crescido durante os 3 meses que ficou suspensa da quimioterapia. Paciente foi encaminhada para o Hospital Araújo Jorge, passando por avaliação para uma possível radiocirurgia craniana. Que segundo a equipe médica, foi aconselhado a passar pelo processo a fim de diminuir os nódulos cerebrais, segundo a equipe o risco benefício era positivo, pois há necessidade de combater o tumor cerebral evitando lesões maiores como perda de memória, e lesões neurológicas. Sendo agendado o procedimento para a data 09 de janeiro de 2012.

A paciente relata que ficou apreensiva quanto ao diagnóstico atual e tamanha a progressão da doença, relata também que ao longo do tratamento perdeu várias amigas e amigos que conheceu no ambiente hospitalar. Neste momento o medo da morte que antes era distante passou a ser algo possivelmente próximo, porém revertido quando a mesma relata que não perde a esperança de cura.

Em novembro de 2011 após um engasgo, passou a relatar disфонia e aumento da frequência de novos engasgos. Ao ser realizado exames de videolaringoscopia flexível, aos achados clínicos, revelaram paralisia da prega vocal esquerda em posição paramediana sem retenção salivar. Sugerindo acometimento do nervo

recorrente esquerdo devido à lesão pulmonar de base. Esta lesão concomitou que a paciente ficasse com a voz mais disfonica. Algo que o médico disse ser irreversível, porém aconselhou acompanhamento com fonoaudióloga para que possa trabalhar outras cordas vocais, tentando assim amenizar esta lesão.

Em 09 Janeiro de 2012 paciente deu entrada no Hospital Araújo Jorge, para realização da radiocirurgia. Procedimento que requeriu internação de apenas 1 dia na unidade recebendo alta nesse mesmo dia. Foi colocado capacete para direcionamento dos raios na região exata dos tumores, aplicado 4 anestésias locais, duas na região parietal, e 2 na região occipital, sendo encaminhada para sala de radiocirurgia onde permaneceu por 50 minutos sob radiação. A expectativa da radiocirurgia é a mesma da cirurgia, porém sem cortes, e o paciente é mantido acordado durante todo procedimento. Paciente recebeu alta no mesmo dia, acompanhada pelos familiares. Relata que sentiu muita dor na colocação do capacete e na retirada do mesmo no momento em que havia necessidade de apertar os parafusos e encaixar o capacete. Em casa relata que passou bem.

Apresentou novo quadro de derrame pleural no final de Janeiro de 2012, porém agora em lóbulo inferior esquerdo, devido à dispnéia mesmo em repouso, procurou auxílio no pronto atendimento da Santa Casa em Janeiro de 2012, onde ficou internada por 11 dias, sob tratamento farmacológico, sem a necessidade de dreno torácico, porém era necessário controle, devido a um aumento grande dos leucócitos, a equipe médica entrou com medicação, para tentar controlar o aumento deste líquido e punção pulmonar, para alívio imediato, foi requerida uma dieta especial, pois a paciente apresentou falta de apetite e perda de peso. Prescrito suplemento oncológico, adicionado às refeições. Após estes 11 dias a paciente recebeu alta da unidade.

Paciente prossegue tratamento quimioterápico na Santa Casa de Misericórdia, faz acompanhamento médico a cada 21 dias, e ao resultado da última cintilografia óssea realizada em 05 março de 2012, observaram-se nos achados múltiplas áreas focais de aumento da radioconcentração, em grau predominantemente acentuado, na região parietal esquerda, na coluna vertebral, em múltiplos arcos costais, em ambos os ombros, pelve óssea e cabeças femorais bilateralmente.

A relação familiar da paciente desde a descoberta do primeiro tumor em 2006 é de companheirismo, todos se mantiveram do lado em vários momentos do

tratamento, houve momentos em que a paciente relata esconder de alguns membros da família o real quadro a fim de diminuir a preocupação dos mesmos. A paciente perdeu 12 kg em 3 meses saindo do peso de 55 kg para 43 kg, sente falta de apetite, e tem tido vários episódios de vômitos. Quanto à equipe médica foi orientado somente continuar com o suplemento alimentar. Nesta fase, tem se sentido com á aparência devido a perda de peso, mudança de seu corpo e tem evitado sair de casa devido a mudança de aparência em pouco tempo (SIC). A quimioterapia não gerou dessa vez a queda dos cabelos, devido a outra formulação da medicação.

Ao último exame de abdômen total, o fígado apresentou-se com volume normal, contornos regulares, e parênquima heterogêneo, porém com múltiplas metástases hepáticas. E ainda há presença do derrame pleural á esquerda. O resultado da Radiocirurgia foi à redução significativa dos nódulos. Aguarda nova consulta médica para entrega de exames e tomada de decisões no tratamento.

No final do mês de março de 2012, paciente relata maior dispnéia e muita falta de apetite, sente desconforto respiratório mesmo em repouso. Prossegue tratamento quimioterápico semanal. Nesta fase paciente se comportava de forma reclusa, procurava estar sozinha e descrevia como se sentia às vezes e como gostaria que fosse procedido caso viesse a falecer, relata sentimento de medo, e muita das vezes prefere o silêncio (SIC).

No dia 30 de março de 2012 paciente deu entrada na Santa Casa de Misericórdia para realização da quimioterapia semanal, porém estava se sentindo mal. Foi atendida pela médica do local que a encaminhou para internação na própria unidade. Permaneceu internada sendo medicada para dor, e com suporte ventilatório. Ao início da manhã paciente ainda relatava grande dispnéia, mesmo com suporte. No dia 31 de março paciente passou do suporte ventilatório para VNI, com uso de máscara ainda no leito da enfermaria do hospital, onde estava com acompanhante. Às 14:30 do mesmo dia paciente teve uma nova crise respiratória, onde foi chamado auxílio médico plantonista e equipe de enfermagem, onde na tomada de decisões foi chamar a equipe da UTI para prestar atendimento imediato. No momento da chegada da equipe paciente estava consciente e com muita dificuldade de verbalizar devido a dispnéia, ainda pode ver os familiares que chegaram ao momento para a visita hospitalar. Ainda em 31 de março paciente deu entrada na UTI da unidade, ficando sob VNI, ventilação mecânica não invasiva com uso de máscara aguardando nova conduta.

Ao parecer médico para família não foi dado perspectiva positiva de melhora, sendo relatado para os mesmo que o caso é fora de possibilidades terapêuticas. No momento em que a paciente adentrou a UTI, estava acompanhada de uma de suas filhas, paciente estava consciente, apresentava grande agitação devido à dispnéia e chorava bastante. Porém respondia a todo estímulo verbal que lhe era dado pela filha.

Na madrugada do dia 01 de Abril de 2012, foi necessário entubar a paciente para maior suporte ventilatório. O quadro agravou paciente encontrava-se taquicárdica, não era possível aferição de PA, não respondia a estímulos verbais nem sensitivos, paciente neste momento encontrava-se em coma espontâneo.

No dia 02 de abril, paciente passou por procedimento de drenagem do pulmão sendo retirados 1,5 lts de líquido com característica de transudato. Porém não respondeu para melhora, mantendo o mesmo quadro, grave.

Às 07:45 minutos, no dia 03 de Abril de 2012 paciente veio á falecer na UTI da Santa Casa de Misericórdia de Goiânia. O atestado de óbito firmado dando como causa da morte: choque refratário, parada cardiorrespiratória prévia, insuficiência respiratória, metástase pleural, câncer de mama.

CONSIDERAÇÕES

Câncer de mama além de ser o câncer de maior frequência e com maior incidência entre as mulheres, é um dos precursores das causas de recidivas e metástases. O estudo presente mostrou um caso iniciado em 2006, que se prolongou até 2012, aonde chegou ao seu final. Percebe-se que ainda hoje câncer é uma doença estigmatizada, onde a atenção à saúde por muitas vezes acerta, porém ainda há negligencia, e desumanização no atendimento de pacientes cujo tratamento não é para cura e sim paliativo. A equipe médica agiu dentre as possibilidades que estavam ao seu alcance, porém houve falha na detecção inicial da doença onde não foi investigado a fundo o nódulo no início. Nota-se algum despreparo em relação ainda a equipe que recebe estes pacientes nas recepções dos hospitais. E percebe-se grande ganho em contrapartida no tratamento oferecido pela equipe de enfermagem, elogiada sempre pela paciente de forma humanizada e atenciosa para com todos os pacientes. O estudo acompanhado mostrou que ainda

pode-se sim melhorar o atendimento há necessidade de oferecer maior preparo aos profissionais. Proporcionando melhor qualidade de vida e assim prolongar o tempo de vida de pacientes com câncer sem perspectiva de cura.

REFERÊNCIAS

1. INCA. Instituto Nacional de Câncer. Câncer o que é? 2011 Disponível em: <www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/oquee>.
2. Wunsch Filho V, Moncau EJ. Mortalidade por Câncer no Brasil 1980-1995 Padrões Regionais e Tendências Temporais. Rev. Assoc Méd, 2002; 48(3):250-257.
3. Gomes RHC, Silva VP, Mota FF. Comunicação do diagnóstico de câncer: análise do comportamento médico. Revista Brasileira de Cancerologia, 2009; 55(2):139-143.
4. Pasche FD, Passos E. A importância da Humanização a partir do Sistema Único de Saúde. Rev. Saúde Públ, 2008; 1(1).
5. Diefenbach FDG. Dor em Oncologia: percepção da família da criança hospitalizada. [Dissertação] Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2011.
6. Costa PAF et al. Cotidiano de portadores de doença renal crônica: percepções sobre a doença. Rev. Med. Minas Gerais, 2009; 19(14):12-17.
7. SUS, Sistema Único de Saúde, Política Nacional de Humanização. A Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Série B. Textos Básicos de Saúde, Brasília, 2004.
8. Pasche FD. Humanização nos hospitais: Reforma na gestão e nas práticas de saúde no contexto de produção de novos sujeitos. Rev. Med. Minas Gerais, 2009; 19(4):33-41.
9. Lopes MF, Brito SE. Humanização de assistência de fisioterapia: estudo com pacientes no período pós-internação em unidade de terapia intensiva. Rev. Bras. Ter. Intensiva, 2009; 21(3):283-291.
10. Siqueira MK, Barbosa AM, Boemer RM. O Vivenciar a situação de ser com câncer: alguns desvelamentos. Rev. Latino-Am Enfermagem, 2007; 15(4).
11. Trindade SE et al. O médico frente ao diagnóstico e prognóstico de câncer avançado. Rev. Assoc Méd. Bras, 2007; 53(1):68-74.