

MARINHA DO BRASIL
HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS
ESCOLA DE SAÚDE DA MARINHA

1T (Md) CAROLINE TOBIAS

“ O IMPACTO DA ABORDAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS NA QUALIDADE DE
VIDA: RELATO DE CASO”

RIO DE JANEIRO

2024

O IMPACTO DA ABORDAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS NA QUALIDADE DE
VIDA: RELATO DE CASO

Projeto do Trabalho de Conclusão de Curso, enviado ao Conselho Avaliador de Projetos de
Pesquisa, Diretor do Hospital Naval Marcílio Dias e Comitê de Ética em Pesquisa para
aprovação.

RIO DE JANEIRO

2024

RESUMO

Enquanto o câncer de mama é o segundo em incidência na população feminina, atrás apenas do câncer de pele não melanoma, representando cerca de 30,1% com 73.610 novos casos em 2023, conforme a base de dados do INCA⁶, essa mesma patologia acomete menos de 1% da população masculina. É considerado um câncer raro, que em geral é descoberto tardiamente e que possui um pior prognóstico nesse gênero. Possui como fator de risco alterações nos genes (BRCA2) e história familiar; condições que aumentem o nível de estrogênio no corpo e radioterapia prévia em região de tórax², excesso de peso, ausência de atividade física, excesso de ingestão de gordura saturada e álcool. O objetivo desse trabalho é, através de um exemplo prático, ajudar médicos e equipe multidisciplinar acerca da necessidade de um olhar individualizado para cada paciente, levando-se em consideração sua história de vida, seus valores e desejos individuais e de sua família. Ressaltando-se a importância na implementação de uma visão mais humanizada do atendimento, com foco no bem-estar do indivíduo e de seus familiares, acima de tudo. A metodologia utilizada foi a coleta de dados por meio do prontuário eletrônico, entrevista com o paciente, registros fotográficos dos métodos diagnósticos e exames de imagem e laboratoriais, os quais a paciente foi submetido durante a internação e posteriormente consultas médicas ambulatoriais. A discussão incide sobre, apesar de uma condição relativamente rara, com aumento anual no número de diagnóstico e óbitos, saber reconhecer precocemente é inquestionável, porém mais que isso, saber tratar o indivíduo e sua unidade, com respeito e observando seus desejos e valores é imprescindível.

Palavras-chaves: Cuidados Paliativos; Qualidade de vida; Prática assistencial

ABSTRACT

While breast cancer is the second in incidence in the female population, behind only non-melanoma skin cancer, representing about 30.1% with 73,610 new cases in 2023, according to the INCA⁶ database, this same pathology affects less than 1% of the male population. It is considered a rare cancer, which is usually discovered late and has a worse prognosis in this population. Has as a risk factor alterations in genes (BRCA2) and family history; conditions that increase the level of estrogen in the body and previous radiotherapy in the chest region², overweight, absence of physical activity, excess intake of saturated fat and alcohol. The objective of this work is, through a practical example, to help physicians and multidisciplinary teams about the need for an individualized look at each patient, taking into account their life history, their values and individual and family desires. Emphasizing the importance of implementing a more humanized view of care, focusing on the well-being of the individual and their families, above all. The methodology used was data collection through electronic medical records, interviews with the patient, photographic records of diagnostic methods and imaging and laboratory tests, which the patient underwent during hospitalization and later outpatient medical consultations. The discussion focuses on, despite a relatively rare condition, with an annual increase in the number of diagnoses and deaths, knowing how to recognize early is unquestionable, but more than that, knowing how to treat the individual and his unit, with respect and observing his desires and values is essential

Keywords: Palliative Care; Quality of Life; Care Practice

1. INTRODUÇÃO

O câncer de mama é uma patologia caracterizada por multiplicação de células anormais formando tumoração que pode vir a se proliferar e invadir outros órgãos. É mais prevalente em mulheres acima de 50 anos, entretanto também ocorre em indivíduos do sexo masculino em 1% dos casos¹, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA). Nos casos de câncer de mama (CM) em homens, este se apresenta mais tardiamente e possui um pior prognóstico associado. Além de ter aumentado sua incidência na última década⁴ com uma mortalidade de 0,2/100.000 habitantes no Brasil³.

Os tipos de câncer de mama em indivíduos masculinos são: Carcinoma Ductal In Situ; Carcinoma Ductal Invasivo; Carcinoma Lobular Invasivo; Doença de Paget e Câncer de Mama Inflamatório. É importante levar em considerações os fatores de riscos associados a tal, como: alterações nos genes (BRCA2) e história familiar; condições que aumentem o nível de estrogênio no corpo e radioterapia prévia em região de tórax², excesso de peso, ausência de atividade física, excesso de ingestão de gordura saturada e álcool.

O caso clínico em questão refere-se a um paciente do sexo masculino, com histórico de câncer de mama diagnosticado no ano de 2018, evoluindo com metástase óssea e pulmonar e submetido a diversas terapias hormonais para controle de doença, nenhuma, entretanto, capaz de efetiva cura e com comprometimento significativo da qualidade de vida do paciente. Iniciado uma abordagem em Cuidados Paliativos, pautado pelo respeito a história do indivíduo e seus valores, na estruturação de um plano de cuidado integrado. A observação do paciente para além de sua patologia permite um atendimento centrado na pessoa, com enfoque no controle de sintomas e respeito aos seus desejos, proporcionando um atendimento mais humanizado.

2. OBJETIVOS

O objetivo desse relato de caso é ajudar médicos e equipe multidisciplinar acerca da necessidade de um olhar individualizado para cada paciente. O entendimento da equipe sobre a história de vida, valores e desejos individuais do paciente e de sua família permitem uma maior receptividade dos cuidados paliativos, e conseqüentemente uma melhora na qualidade de vida. Ressalta-se a importância na implementação de uma visão mais humanizada, com foco no bem-estar do indivíduo acima de tudo.

3. RELATO DE CASO

Paciente com história de percepção de assimetria mamária esquerda associado a retração areolar em fevereiro de 2018. Ao exame físico inicial, apresentava nodulação de consistência firme, em mama esquerda, não aderido a planos profundos. Realizada ultrassonografia de mamas em abril de 2018 onde evidenciou-se "nódulo hipoeecóico, heterogêneo, com contorno irregular medindo 1,6 x 1,0 x 1,0 cm localizado entre os QSE/QIE peri-areolar da mama esquerda, com discreto fluxo periférico ao Doppler Colorido....BIRADS CAT 4...", (o que sugere um achado suspeito com chances de 3-94% de se confirmar o diagnóstico de câncer). Prosseguida investigação com realização de ressonância de mamas em maio de 2018 que mostrou " ...Nódulo irregular, isodense em todas as seqüências, apresentando realce interno heterogêneo, medindo 1.4 x 1,6 x 1,2 cm; Categoria BIRADS 5 (achado altamente suspeito, com risco de câncer superior a 95%), em mama esquerda.

Foi então indicado a realização de mastectomia radical com retirada de linfonodos ambos à esquerda. Procedimento inicialmente agendado, entretanto, suspenso e remarcado por quadro de bradicardia e arritmia. Avaliado pela equipe de cardiologia com ajuste de antiarrítmicos e marcado nova data para o procedimento que decorreu sem intercorrências. Caso clínico foi apresentado à comissão de oncologia em agosto de 2018, após resultado de biópsia que indicava “Carcinoma invasivo de mama de tipo não especial (OMS 2012), grau nuclear 2, positivo para receptores de estrogênio e progesterona e negativo para sobre expressão do produto oncogene HER 2; Linfonodo sentinela: carcinoma mamário metastático, com extravasamento capsular e comprometimento da gordura perinodal”, sendo indicado tratamento com quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia, e iniciado quatro ciclos com Doxorubicina associado a Ciclofosfamida, e posteriormente mais quatro ciclos de Docetaxel, com consultas a cada vinte e um dia junto a oncologia, com programação de 8 ciclos iniciados ainda em agosto de 2018.

Paciente com boa resposta aos ciclos iniciais, porém cursando com neutropenia, realizou o tratamento proposto e em fevereiro de 2019 iniciou uso de Tamoxifeno. Entretanto paciente apresentou edema bilateral de membros inferiores, após início da medicação, e foi diagnosticado com tromboflebite aguda e, portanto, indicado a suspensão do Tamoxifeno.

Paciente realizou consulta com oncologista extra-MB que orientou manter Tamoxifeno associado a diurético ou iniciar hormonioterapia (HT) com IA e análogo LH-RH. Foram solicitados exames laboratoriais e avaliação da nefrologia antes de prescrição de qualquer esquema de HT. Em maio de 2019 paciente apresentou novamente edema em membros inferiores, sendo descartado trombose venosa profunda (TVP). Posteriormente evoluiu com ascite, derrame pleural, função renal alterada e microalbuminúria maciça. Retorna em dezembro de 2019 com melhora do quadro, sendo realizado tomografia de tórax, abdome e pelve sem evidências de recidivas ou metástases, e orientado controle semestral. Em

fevereiro de 2023 paciente retorna trazendo resultado de Ressonância magnética de coluna cervical, torácica, coxo femoral D realizadas em janeiro de 2023, evidenciando corpos vertebrais alinhados com altura mantida, apresentando pequenos osteófitos marginais; pequenos focos com baixo sinal em T1 e T2 e realce após venoso, na porção inferior esquerda do corpo vertebral de C4 e na porção superior direita do corpo vertebral de C7, sugerindo implantes secundários; acometimento secundário em D3, D5, D9, D10, D11 e D12; lesões focais em arcos costais; sacro com lesão de 2,3cm, íliaco direito medindo 1,5cm. A partir do resultado foi indicado radioterapia em lesão dorsal devido ao risco alto de fratura, pesquisa genética BRCA1 e BRCA2 e novo PET- CT. Indicado início de quimioterapia paliativa (QT), com prescrição de Paclitaxel e Zometa (ácido zoledrônico), além do uso de colete de Putti devido ao alto risco de fratura. Paciente realizou as sessões previstas de Paclitaxel e seguiu em uso de ácido zoledrônico conforme orientado. Em julho de 2023, após consulta com oncologista extra - MB, foi indicado por médico assistente o uso de Goserelina associado a Anastrozol e Abemaciclibe. Realizada revisão de literatura pela equipe de oncologia, que corroborou indicação da terapia, e paciente iniciou tais medicações e seguiu acompanhamento em paralelo com equipe de oncologia do Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD).

Em novembro de 2023 paciente deu entrada na emergência do HNMD com quadro de anemia e sangramento ativo onde foi avaliado e indicado transfusão sanguínea e realização de endoscopia digestiva alta (EDA) em caráter de urgência. Na EDA foi visualizado enantema petequial subepitelial difuso, entremeado com hematina e coágulos esparsos aderidos, e realizada eletro fulguração com plasma de argônio. Devido ao quadro de sangramento e astenia, associado a edema de membros inferiores e periorbital foi orientado a suspensão do anticoagulante oral e iniciado acompanhamento com o serviço de hematologia. Foi então indicado o uso de carboximaltase porém mesmo com seu uso manteve queixa de

dispneia, fadiga e queda do estado geral, sendo novamente admitido na emergência em janeiro de 2024. Realizada tomografia de tórax que mostrou a presença de pequeno volume de derrame pleural, sem indicação de drenagem pela equipe de Cirurgia torácica. Em nova EDA realizada em janeiro de 2024 mantinha o quadro de pangastrite atrófica moderada; ectasia antral gástrica com nova sessão de eletro fulguração com plasma de argônio, contraindicando o uso de anticoagulantes. Em março de 2024 esteve internado na unidade de pacientes graves (UPG) devido quadro de dispneia e dessaturação. Nessa ocasião foi aventada a suspeita de tromboembolismo pulmonar, devido ao caráter de piora súbita dos sintomas, porém foi descartada tal hipótese após realização de exames de imagem. Optado por alta da UPG para enfermaria aos cuidados da ginecologia e marcada reunião familiar com a equipe assistente e a clínica de Geriatria/ Cuidados Paliativos.

O processo de adoecimento foi acompanhado por uma psicóloga que teve extrema importância no processo de elaboração das informações recebidas pelo paciente. Durante a reunião familiar, estavam presentes a equipe médica e familiares que eram importantes para o paciente (esposa, filho, nora). Durante a conferência foram retiradas dúvidas acerca do quadro clínico atual e repercussões dos tratamentos oncológicos instituídos. Nessa ocasião o paciente falou sobre seu processo de doença e o quanto o tratamento, mesmo que paliativo, o estava debilitando e o impedindo de viver o tempo que lhe restava com qualidade, uma vez que com frequência apresentava intercorrências relacionadas a terapia vigente. Relatou que desejava viajar, ficar com seus entes queridos e principalmente que precisava de tempo para conhecer seu neto, e mantendo o tratamento quimioterápico era provável que isso não fosse possível. Nesse momento expressou seu desejo por suspender o tratamento quimioterápico, que foi recebida com certo receio pelos familiares, mas que foi entendido os motivos para tal e acordado, juntamente com a equipe médica, a suspensão. Foi possível escutar os desejos dos membros da família e principalmente do paciente, mantendo a todo o momento o foco

em sua qualidade de vida. Foram abordados aspectos físicos, existenciais, emocionais e proporcionado a ruptura do círculo do silêncio que havia se instituído durante o curso da doença. O paciente tinha vontade de conversar sobre o quadro clínico, sobre seus medos, angústias e vontades, porém para não magoar sua família se privava de tal, uma vez que até a conversa abstrata sobre finitude gerava ansiedade e tristeza aos seus entes. Fez questão de frisar a importância do apoio de sua família, da equipe médica e de sua psicóloga acerca do entendimento do processo de finitude o qual já estava vivenciando. Após finalizar a conferência, foi optado por alta hospitalar após ajuste medicamentoso, adaptações em domicílio e seguimento ambulatorial junto as clínicas de ginecologia, oncologia, hematologia e geriatria (Cuidados paliativos).

No decorrer dos meses seguintes paciente seguiu em acompanhamento regular com boa resposta ao tratamento paliativo oferecido. Durante esses meses o paciente foi capaz de viajar, aproveitar momentos em família e com amigos, participar da festa da sua turma, lhe proporcionando momentos de felicidade em meio as adversidades e adaptações necessárias. Por ser sempre uma pessoa de muita autonomia, a necessidade de ajuda para atividades básicas foi um desafio. Foram propostos ajustes na estrutura domiciliar que inicialmente foram recusadas, porém com o passar dos dias, percebidas como necessárias para manter sua autonomia e dignidade pelo maior tempo possível.

Em outubro de 2024, paciente interna novamente devido quadro de dispneia aos mínimos esforços, mesmo em uso de oxigenioterapia domiciliar já crônico devido derrame pleural neoplásico bilateral, com piora evolutiva (relato de que dormia sentado, devido dispneia ao se deitar). Foi avaliado pela equipe cirúrgica após relato de rebaixamento do nível de consciência e piora da dispneia, sem melhora dos sintomas com medidas clínicas (diurético, suporte de oxigênio), sendo submetido a toracocentese de alívio em hemitórax

direito com retirada de 1500ml de líquido pleural de coloração amarelo citrino, com melhora dos sintomas após.

Figura 1: derrame pleural volumoso, bilateral, elevação bilateral de cúpulas diafragmáticas



Figura 2- pós toracocentese: Mantém derrame pleural bilateral, com padrão radiográfico melhor, com parênquima pulmonar em ápice e metade superior dos lobos médios livres

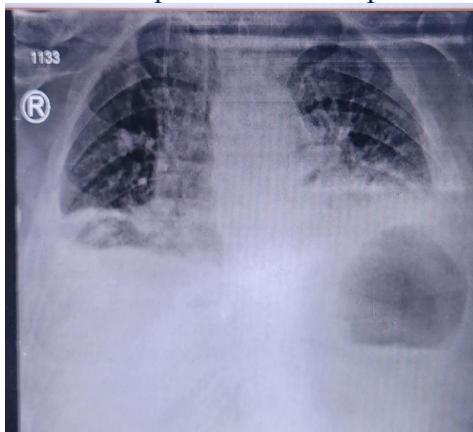
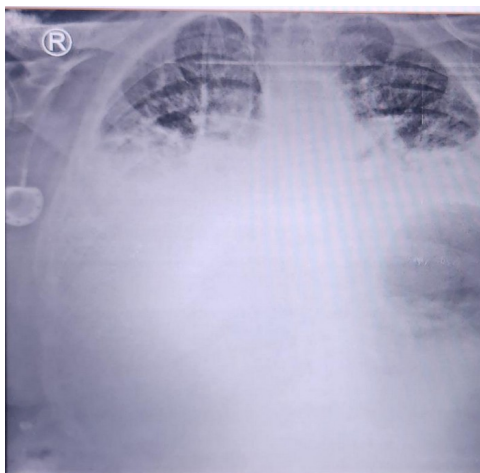


Figura 3: Mantém derrame pleural bilateral, com aspecto radiográfico melhor, com parênquima pulmonar em ápices livres



Apesar do quadro de limitação funcional em decorrência do derrame pleural crônico, essa intercorrência mostrou a progressão de doença, evidenciando queda no escore de Palliative Performance Scale (PPS) - 40%, e Karnofsky Palliative Score (KPS).

Figura 4- Escala de Karnofsky (KPS)

Escala de Karnofsky	
100%	Sem sinais ou queixas; sem evidência de doença.
90%	Mínimos sinais e sintomas; capaz de realizar suas atividades com esforço.
80%	Sinais e sintomas maiores; realiza suas atividades com esforço.
70%	Cuida de si mesmo mas não é capaz de trabalhar.
60%	Necessita de assistência ocasional; não é capaz de trabalhar.
50%	Necessita de assistência considerável e cuidados médicos frequentes.
40%	Necessita de cuidados médicos especiais.
30%	Extremamente incapacitado, necessita de hospitalização, mas sem iminência de morte.
20%	Muito doente, necessita de suporte.
10%	Moribundo, morte iminente.

Figura 5- Palliative Performance Score (PPS)

%	Deambulação	Atividade e evidência de doença	Autocuidado	Ingesta	Nível da consciência
100	Completa	Atividade normal e trabalho, sem evidência de doença	Completo	Normal	Completo
90	Completa	Atividade normal e trabalho, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
80	Completa	Atividade normal com esforço, alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completo
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho, doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completo
60	Reduzida	Incapaz para <i>hobbies</i> / trabalho doméstico, doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completo ou períodos de confusão
50	Maior parte do tempo sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho, doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completo ou períodos de confusão
40	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maioria das atividades, doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completo ou sonolência, +/- confusão
30	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Normal ou reduzida	Completo ou sonolência, +/- confusão
20	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Mínima a pequenos goles	Completo ou sonolência, +/- confusão
10	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Sonolência ou coma, +/- confusão
0	Morte	–	–	–	–

As escalas PPS e KPS são instrumentos utilizados para avaliar a funcionalidade do indivíduo, e a partir da sua classificação pode-se ter uma dimensão do avanço da doença em questão. São avaliados aspectos como deambulação, auto – cuidado, atividade e evidência de doença, ingestão oral e nível de consciência. Quanto menor sua pontuação, maior auxílio o paciente necessita, significando a presença de doença ativa em progressão.

Foram realizados ajustes medicamentosos de modo a proporcionar um melhor controle de sintomas, principalmente da dispneia. Durante toda a internação foi instituído um trabalho multidisciplinar com atendimento por fisioterapia, psicologia, enfermagem, nutrição e medicina, todos com intuito de proporcionar um maior conforto e tentativa de progredir nível funcional de modo a proporcionar alta hospitalar. Paciente e familiares demonstraram estar cientes acerca da evolução de doença, com entendimento do processo de terminalidade e com vivência de luto antecipatório.

Durante a internação foi necessário a utilização do “Cartas na Mesa” como forma de relembrar os desejos e as vontades do paciente. Inicialmente foi feita a abordagem à esposa, que estava em franco sofrimento diante do quadro e posteriormente com o próprio paciente. O dispositivo foi utilizado como forma de reiterar as decisões tomadas durante os atendimentos ambulatoriais, em momentos de maior tranquilidade e fora de situações de estresse emocional como o que se encontravam no momento. Nesse processo, a confecção de um Testamento Vital (Diretriz Antecipada de Vontade) durante as consultas ambulatoriais com a clínica de geriatria/ cuidados paliativos, permitiu que o paciente expusesse valores e desejos inegociáveis (controle de dor, da dispneia, estar alerta enquanto fosse confortável, abordagem religiosa, quem gostaria que estivesse presente no momento do óbito, o que gostaria que fosse feito em seu funeral), que em momento de forte emoção, poderiam não ter sido respeitados. Durante todo o processo a equipe pautou suas decisões levando em consideração o registro em prontuário médico, observando o respeito a dignidade humana, a tentativa de minimizar sofrimento e proporcionar maior conforto. Após manejo adequado dos sintomas e realinhamento de expectativas foi viabilizado alta hospitalar com retorno ambulatorial.

4. DISCUSSÃO

O câncer de mama é um dos mais prevalentes na população mundial. Em geral, no Brasil é o de maior incidência, excluindo o câncer de pele não melanoma, no sexo feminino sendo a primeira causa de morte em mulheres no Brasil. Entretanto, apesar de não tão comum,

também pode acometer o sexo masculino em cerca de 1% dos casos. devido a baixa taxa de incidência não há muitos dados acerca do câncer de mama masculino.

Sua etiologia é composta por fatores hormonais, comportamentais, ambientais e genéticos. Indivíduos que possuem histórico familiar de câncer de ovário, mama em homens, e mama em parentes de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com menos de 50 anos também tem maior propensão a desenvolver. A presença dos genes BRCA1 e BRCA2 mostra risco elevado para desenvolvimento da doença.

Os sinais de sugerem uma necessidade de investigação mais aprofundada em geral são o aparecimento de nódulo endurecido, fixo e indolor; alterações em região de mamilo, tanto estruturais quanto saída de secreção espontânea; presença de pele avermelhada e retraída.

O paciente do relato de caso notou o aparecimento de assimetria em mama esquerda em 2018, e iniciou investigação. Há histórico de familiares de primeiro grau com câncer de pâncreas (irmão) e falecimento de outro familiar em decorrência de câncer. Foram instituídas diversas terapias e abordagem cirúrgica com intenção curativa, porém sem sucesso. Paciente com múltiplas internações em decorrência de complicações tanto por parte da doença em progressão quanto das terapias realizadas. Importante ressaltar que durante todo esse tempo desde o início da doença, paciente sempre se mostrou confiante no processo curativo, apoiado por familiares e profissionais que estiveram presente em cada etapa do tratamento.

Uma vez que as terapias curativas não eram mais cabíveis, iniciou-se um ciclo de tratamento paliativo, com foco em controle e manejo de sintomas, entretanto não houve relato de conferência familiar nessa ocasião para elucidação de dúvidas, alinhamento de expectativas e estabelecimento de um plano de cuidados.

Estudos nos mostram que discussões acerca do cuidado de fim de vida proporcionou uma maior qualidade do cuidado, sendo frequentemente evitado intervenções agressivas, principalmente nos últimos 30 dias de vida⁶. O estabelecimento de um plano de cuidado no

fim de vida teve impacto positivo na redução da hospitalização e no uso de artifícios para suporte artificial de vida além de uma maior concordância com os desejos do paciente⁶. Há relatos de que pacientes que possuíam indicação de uma abordagem com foco no plano de cuidados e que não foram realizados quanto o paciente se mantinha capaz de decidir por si, sendo essas decisões tomadas por terceiros posteriormente, receberam um tratamento para suporte de vida mais agressivo. Analisando o caso, é provável que se o paciente não tivesse suas diretivas firmadas, o tratamento teria sido diferente do que foi implementado, resultando em um maior sofrimento para a unidade paciente-família. Uma vez que o profissional de saúde possui a ciência de que não há possibilidade de melhora clínica, e que o desfecho final é imutável, cabe a ele iniciar a conversa sobre o estabelecimento de um plano de cuidados. É preciso que essa conversa se inicie o quanto antes, de preferência no momento do diagnóstico, entretanto não é o que se vê na prática clínica. Profissionais tem a dificuldade de encarar a morte como algo natural, apesar de terem a certeza de que em algum momento ela se apresentará.

Durante a faculdade médica, há uma propagação da ideia de que o profissional deve sempre manter o paciente vivo, independente de todos os esforços, e que a morte é vista como uma derrota pessoal. Essa ideia errônea, nos impossibilita enxergar com clareza os sinais de deterioração clínica do paciente e aceitar que esse momento do óbito é algo previsto e que deve ser encarado com seriedade, com foco na dignidade da pessoa e de seus familiares. Em contraponto a essa ausência de esclarecimentos, a unidade paciente - família se vê absorva em pensamentos irrealis de cura. Assim, acabam por focar em assuntos que não mudarão o prognóstico e desfecho ao invés de focarem em assuntos importantes como tempo de qualidade, resolução de conflitos, manejo adequado de sintomas.

Quando a equipe médica e multidisciplinar se propõe a adotar uma atuação com foco no indivíduo, em seus desejos, medos e no alinhamento de expectativas, evidencia-se uma

melhora no posicionamento do paciente frente à sua doença. Obviamente uma perspectiva mais positiva dos envolvidos não o impede de viver o luto em todos os seus estágios (negação, raiva, barganha, depressão e aceitação), e de oscilar entre eles, mas permite que se atente ao que lhes é valioso e se permitam viver aquele momento com todas as suas dores e alegrias. Outra dificuldade percebida ao se iniciar a conversa sobre um mau prognóstico é a falsa ideia de que falar sobre um desfecho ruim, não favorável fará com o que paciente desista de seu tratamento ou que perca a esperança e assim, sucumba mais rapidamente. Pensamento equivocado, pois ao passar pelos estágios do luto junto de seus familiares, é possível que consiga identificar os seus valores e ressignificá-los.

Um dos dispositivos que permite nortear o planejamento de um plano de cuidados, tanto para o paciente quanto para sua equipe médica, é o Testamento Vital ou as Diretrizes Antecipadas de Vontade (DAV). Esses dispositivos consistem em deixar registrado, de preferência em prontuário, os desejos dos pacientes para que a equipe possa se basear neles para a tomada de decisões em momentos críticos. Esses instrumentos podem ser feitos por qualquer profissional de saúde, e deve conter informações claras e precisas sobre os procedimentos a serem adotados em caso de situação ameaçadora da vida. Para redigi-lo o paciente precisa gozar de plena faculdade mental, em posse de todas as informações acerca de sua doença e esclarecidos sobre tal, na vigência de doença progressiva e incurável. Quando o paciente não possui esses requisitos, ou quando não for capaz de decidir por si, pode-se instituir um procurador de saúde, que irá tomar as decisões por ele. Há uma dificuldade no acesso a informações em prontuário médico, por não haver prontuário integrado, e uma vez que em ocasiões de emergência o paciente pode ser levado a uma unidade de saúde diferente da que é atendido regularmente, é importante que seus acompanhantes tenham ciência de suas vontades e se proponham a defender os interesses do paciente conforme acordado. Ainda existe certo desconforto acerca da questão ética sobre a

suspensão de tratamentos, entretanto a legislação do Conselho Federal de Medicina (CFM) publicada em 2012 ampara bioeticamente o respeito as orientações expressas na DAV, desde que essas estejam de acordo com os preceitos da ética médica⁷. É importante que as informações sejam de fácil acesso, e que os profissionais se empenhem em respeitar o que está redigido, mesmo que haja divergência de posicionamento, não ultrapassando os limites da ética.

5. CONCLUSÃO

Assim, na vigência de doença complexa e desafiadora como câncer de mama ou outro câncer em geral, o diagnóstico precoce e a identificação de fatores de risco são essenciais para o tratamento eficaz. Quando o tratamento curativo não é mais viável, o cuidado paliativo se torna crucial, destacando a importância do estabelecimento de um plano de cuidados, que deve ser iniciado o mais cedo possível. A comunicação clara entre o paciente, a família e a equipe médica é fundamental para alinhar expectativas e assegurar que as decisões tomadas estejam de acordo com os desejos do paciente, promovendo qualidade de vida e dignidade. O Testamento Vital ou as Diretrizes Antecipadas de Vontade são ferramentas importantes para garantir que as escolhas do paciente sejam respeitadas, e é essencial que os profissionais de saúde estejam preparados para lidar com a morte de forma ética e humanizada. Por fim, é necessário desmistificar a ideia de que falar sobre a morte acelera o processo de falecimento; ao contrário, a comunicação aberta pode proporcionar uma morte mais tranquila e alinhada aos valores do paciente e sua família.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Cartilha sobre câncer de mama: 6ª edição [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2021 [citado 2025 Jan 4]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/cartilha-mama-6-edicao-2021.pdf>
2. Ministério da Saúde. Brasil registrou 207 óbitos de homens por câncer de mama em 2020 [Internet]. 2022 Out [citado 2025 Jan 3]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/outubro/brasil-registrou-207-obitos-de-homens-por-cancer-de-mama-em-2020>
3. de Oliveira Frederice R, Pereira AAL, Arruda GV, Gouveia AG, de Andrade FEM, Mori LJ, Linck RDM, Shimada AK, Hanna SA, de Moraes FY, Marta GN. Characteristics and Survival Outcomes of Male Breast Cancer in Brazil: A Large Population-Based Study. *Clin Oncol (R Coll Radiol)*. 2024 Oct 5:S0936-6555(24)00415-1. doi: 10.1016/j.clon.2024.10.002. Epub ahead of print. PMID: 39443191.
4. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Atlas On-line de Mortalidade [Internet]. 2025 [citado 2025 Jan 4]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/MortalidadeWeb/pages>
5. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Estatísticas de câncer [Internet]. 2022 [citado 2025 Jan 4]. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros>
6. Brighton LJ, Bristowe K. Communication in palliative care: talking about the end of life, before the end of life. *Postgrad Med J*. 2016 Aug;92(1090):466-70. doi: 10.1136/postgradmedj-2015-133368. Epub 2016 May 6. PMID: 27153866.
7. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo [Internet]. 2025 [citado 2025 Jan 4]. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=10938&tipo=RESOLU>

