



CUIDADOS PALIATIVOS COMO ALTERNATIVA PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTE IDOSA, COM CÂNCER GÁSTRICO, ABORDADA NA SALA VERMELHA DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Roberta Duarte Pinheiro; Vitória Chaves de Souza Dantas de Barros; Valderi Luiz Pereira Neto.

*Universidade Federal de Pernambuco – Curso de medicina campus agreste (UFPE/CAA) –
robertaduartepinheiro8@gmail.com*

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida, devido à diminuição das taxas de mortalidade e intervenções em saúde pública, fez crescer a proporção de pacientes nas faixas mais altas de idade. À medida que o indivíduo envelhece, aumenta a chance de ocorrer e desenvolver-se algum tipo de câncer, uma vez que mais da metade de todos os casos de tumores malignos são diagnosticados em pessoas com mais de 65 anos de idade. O câncer gástrico, mais especificamente, é uma doença maligna comum e continua sendo a terceira causa mais frequente de mortes por câncer no mundo (TONETO, 2004; TORRE LA, 2012; BERTUCCIO P, 2009).

Historicamente, os cuidados paliativos têm sido focados naqueles com câncer, apesar de estar presente no cuidado de pacientes com doenças comuns não-cancerígenas (BOSTWICK, 2017). Pois, o câncer é uma doença que causa além da dor e de outros desconfortos físicos, impactos tanto de ordem psíquica como também social e econômica para o indivíduo e familiares. Devido ao estigma que a doença põe à vida em risco, os transtornos psíquicos são frequentes, levando à diminuição da qualidade de vida (FERREIRA, 2011).

De maneira geral, a Organização Mundial de Saúde conceituou cuidados paliativos como cuidados ativos e totais do paciente cuja doença não responde mais ao tratamento curativo (WHO, 2006). Trata-se de uma abordagem de cuidado diferenciada que visa melhorar a qualidade de vida do paciente e seus familiares, por meio da adequada avaliação e tratamento para alívio da dor e sintomas, além de proporcionar suporte psicossocial e espiritual (AGRA, 2015).

Assim, os cuidados paliativos ressaltam a morte como um processo normal do viver que não apressa nem adia a morte, mas sempre procura



aliviar a dor e outros sintomas angustiantes, integrando aspectos psicológicos, sociais e espirituais no cuidado do paciente, bem como de seus familiares.

É importante disponibilizar uma rede de apoio para auxiliar o paciente a viver tão ativamente quanto possível até sua morte, oferecendo um sistema de apoio para a família do paciente na vivência do processo de finitude da vida e do luto (PESSINI, 2004). Já que, uma das consequências da utilização do modelo médico curativo para pacientes com doenças avançadas e terminais é a perpetuação de intervenções e de tratamentos que não agregam benefícios relevantes para estes pacientes, prolongando o tempo de internamento e o sofrimento do paciente e familiares (FLORIANI, 2008; FERREIRA, 2011).

Portanto, a temática foi escolhida em decorrência de sua relevância, pois mesmo com toda tecnologia disponível e aplicada no sentido de curar, ou prolongar a vida, encontramos uma diversidade de pacientes que não se beneficiam com essa medicina avançada. Ou seja, não se beneficiam da cura, só lhe restando receber um cuidar baseado nos cuidados paliativos, que assume importância na área da saúde, como um cuidar específico para os pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de caso abordado no Hospital Regional do Agreste (HRA). M.J.S., sexo feminino, 92 anos de idade, diagnosticada com câncer gástrico avançado classificado como Borrmann III de antro. Parecer cirúrgico não indicou realização de procedimento cirúrgico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Paciente internada no hospital regional do agreste há nove dias. Encaminhada pela Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com queixa de melena, vômito escurecido, perda de peso, aumento do volume abdominal, sintomas percebidos por familiares inicialmente trinta dias antes de procurar atendimento na unidade. No HRA, realizou endoscopia digestiva alta que evidenciou câncer gástrico avançado classificado como Borrmann III de antro.

A classificação do câncer gástrico avançado de acordo com os critérios de Borrmann é atualmente aceita por muitos cirurgiões, endoscopistas e radiologistas em todo o mundo. De acordo com essa classificação, o câncer gástrico Borrmann tipo III é definida como uma lesão ulcerada, infiltrativa em parte ou em todas as suas bordas (ACCETTA, 2011; BORRMANN



R, 1926).

Dessa forma, quando solicitado, o parecer cirúrgico não indicou realização de procedimento invasivo, tendo em vista que o processo de envelhecimento envolve praticamente todos os órgãos, com alterações que podem afetar negativamente a resposta de pacientes idosos submetidos a procedimentos cirúrgicos (TONETO, 2004).

A cirurgia, com ressecção completa do tumor gástrico seria o tratamento curativo para os pacientes com esse tipo de neoplasia, como M.J.S. As comorbidades existentes no idoso podem levar a maior taxa de complicações no per e pós-operatórios, sobretudo correlacionaram cirurgia gástrica e idade, mostrando que os idosos têm alta incidência de fatores de risco pré-operatório, em particular hipertensão arterial, apresentada pela paciente (COSTA, 2004).

Deve-se ainda considerar que a população idosa enfrenta riscos quando se submete às internações hospitalares, pois a permanência no serviço de saúde, o repouso prolongado no leito, a exposição contínua a procedimentos invasivos e os demais fatores que influenciam negativamente a capacidade funcional, precedem alterações da qualidade de vida. No caso, M.J.S nos últimos dois dias, apresentou piora no estado de consciência, antes estava consciente e agora passou a não estar responsiva/ interativa, que pode indicar, inclusive, uma infecção adquirida no ambiente hospitalar (BÔAS, 2004; IZAIAS, 2014).

Além disso, se, por um lado, os idosos, de maneira geral, apresentam maior carga de doenças e incapacidades e, por conseguinte, utilizam grande parcela dos serviços de saúde, na outra ponta, destacam-se a ineficiência e os altos custos relacionados aos modelos vigentes de atenção à saúde ao idoso, o que se torna um outro questionamento a respeito da internação hospitalar de idosos (VERAS, 2012).

Desse modo, manter a paciente em internamento seria fazer uso continuado e persistente de medidas que sustentam a vida de uma pessoa com doença avançada, com prolongada manutenção dos sistemas vitais biológicos e consequente retardo da morte, configurando-se um quadro conhecido como obstinação terapêutica, no qual estas medidas se mostram de pouca ou de nenhuma utilidade operacional (FLORIANI, 2008)

Então, foi conversado com a família sobre a não realização de procedimentos invasivos e a possibilidade da aplicação dos cuidados paliativos para M.J.S. É importante o médico conhecer sobre cuidados paliativos para que este



consiga oferecer a possibilidade desses cuidados aos familiares do paciente, identificando a filosofia envolvida nesses cuidados, bem como o processo de melhoria da qualidade de vida. Tendo em vista que cuidar dos pacientes e suas famílias com cuidados paliativos e de vida é uma parte essencial do trabalho da maioria dos médicos (WALKER, 2016).

CONCLUSÕES:

Foi possível verificar a importância dos cuidados paliativos no atendimento à pacientes idosos fora de possibilidades terapêuticas de cura, onde o processo de cuidar tem maior relevância em detrimento ao processo de tratar.

Em pacientes idosos com câncer gástrico avançado deve-se levar em consideração que as internações da população idosa são mais onerosas do que aquelas condicionadas pela população adulta. Consideram-se as complicações de saúde associadas ao próprio processo de envelhecimento, como as doenças crônicas, as possíveis falhas nas ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos.

Por fim, observa-se a necessidade do cuidado como a prática de cuidados paliativos durante a formação de profissionais, além da criação de serviços de cuidados paliativos, para melhor atender aos pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura, sendo esta a melhor opção para a paciente M.J.S.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ACCETTA, Antonio Carlos et al . Adenocarcinoma gástrico Borrmann tipo IV: análise dos resultados da ressecção curativa. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro , v. 38, n. 4, p. 237-244, Aug. 2011.

AGRA, Glenda et al. CUIDADOS PALIATIVOS DE ENFERMAGEM A PACIENTE COM CARCINOMA BASOCELULAR TEREBRANTE: ESTUDO DE CASO. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 9, n. 11, 2015.

BERTUCCIO P, Chatenoud L, Levi F, Praud D, Ferlay J, Neqri E, et al. Recent patterns in gastric cancer: a global overview. **Int J Cancer**. 2009.

BÔAS, P. J. F. V.; RUIZ, Tânia. Ocorrência de infecção hospitalar em idosos internados em



hospital universitário. **Rev Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 372-378, 2004.

BORRMANN R. Geschwulste des Magens und des Duodenums. In: Henke F, Lubarsch O, editors. *Handbuch Spez Pathol Anat und Histo*. Berlin: Springer Verlag; 1926. pp. 812–1054.

BOSTWICK, Doran et al. Comparing the palliative care needs of those with cancer to those with common non-cancer serious illness. **Journal Of Pain And Symptom Management**, [s.l.], abr. 2017.

COSTA, Patrícia Burda et al. Câncer gástrico em idosos. **Rev Bras Cancerol**, v. 50, p. 211-217, 2004.

FERREIRA, Ana Paula de Queiroz; LOPES, Leany Queiroz Ferreira; MELO, Mônica Cristina Batista de. O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer*. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 2, p. 85-98, dez. 2011 .

FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 2123-2132, 2008.

IZAIAS, Érika Maria et al . Custo e caracterização de infecção hospitalar em idosos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 8, p. 3395-3402, Aug. 2014 .

PESSINI L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In: Pessini L, Bertachini L. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola; 2004. p. 181-208.

TONETO, Marcelo Garcia et al . Gastrectomia em pacientes idosos: análise dos fatores relacionados a complicações e mortalidade. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro , v. 31, n. 6, p. 373-379, Dec. 2004 .

TORRE LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global cancer statistics, 2012. **CA Cancer J Clin**. 2015.

VERAS RP. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2012;17(1):231-8. 4.

World Health Organization (WHO). WHO Definition of Palliative Care [text on the Internet]. Geneva; 2006. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/em>.

WALKER, Steven et al. Palliative care education for medical students: Differences in course evolution, organisation, evaluation and



II CONBRACIS
II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde

funding. **Palliative Medicine**, [s.l.], v. 31, n. 6, p.575-581, 6 out. 2016.

