



Gestante com câncer de mama em tratamento quimioterápico: um relato de caso clínico

Pregnant woman with breast cancer undergoing chemotherapy: a clinical case report

Mujer embarazada con cáncer de mama sometida a quimioterapia: reporte de un caso clínico

DOI: 10.54022/shsv2n3-026

Recebimento dos originais: 05/07/2021
Aceitação para publicação: 20/08/2021

Clarissa da Cunha Dias

Universidade Federal de Pelotas, Pelotas-RS.
E-mail: clarissadacunhadas@hotmail.com

Norlai Alves Azevedo

Universidade Federal de Pelotas, Pelotas-RS.
E-mail: clarissadacunhadas@hotmail.com

Mariléia Stübe

Universidade Federal de Pelotas, Pelotas-RS.
E-mail: clarissadacunhadas@hotmail.com

RESUMO

Descrever a história clínica e os cuidados à gestante com câncer de mama em tratamento quimioterápico. Detalhamentos de Caso: No ano de 2015 a paciente realizou ultrassonografia de mama esquerda, que indicou um pequeno nódulo benigno. Após 4 anos, ao retornar para avaliação foi observado crescimento importante do nódulo e progressão acelerada da doença, durante o tratamento descobriu gestação de 9 meses e 4 dias onde foi indicada a interrupção da gestação para seguimento do tratamento. Apesar do que estaria enfrentando a participante do estudo optou por não interromper a gestação. Desta forma, a mesma foi orientada pelo médico obstetra a realizar parto cesárea com 32 semanas. A cesárea foi realizada dia 10 de dezembro, sem complicações, a criança apresentou baixo peso para a idade gestacional e foi encaminhada a UTI Neonatal. Considerações finais: O evidenciado neste estudo é relevante para o entendimento dos cuidados a paciente gestante com câncer em tratamento quimioterápico. Esse estudo poderá contribuir com profissionais da enfermagem auxiliando na qualidade do acolhimento a gestante com câncer

Palavras-Chave: Gravidez de Risco, Quimioterapia, Oncologia, Cuidado.



ABSTRACT

To describe the clinical history and the care for pregnant women with breast cancer undergoing chemotherapy. Case detailing: In the year of 2015 the patient performed an ultrasound on the left breast, which indicated a small benign nodule. After 4 years old, when returning to assessment, significant growth and accelerated disease progression were observed in the nodule, During the treatment, she discovered that she was 9 months and 4 days pregnant and was advised to terminate the pregnancy to follow the treatment. Despite of what she would be facing, the study participant chose not to end the pregnancy. This way, she was oriented by the obstetrician doctor to make a cesarean delivery at 32 weeks. The C-section was performed on december 10th, without complications, the child was underweight for gestational age and was referred to the neonatal ICU. Final Considerations: The evidence in this study is relevant to the understanding of care for pregnant women with cancer undergoing chemotherapy. This study can contribute with nursing professionals, assisting in the quality of the reception to pregnant women with cancer.

Key words: Risky Pregnancy, Chemotherapy, Oncology, Care.

RESUMEN

Describir la historia clínica y la atención a la mujer embarazada con cáncer de mama sometida a quimioterapia. Detalles del caso: En 2015, la paciente se sometió a una ultrasonografía de la mama izquierda, que indicó un pequeño nódulo benigno. Después de cuatro años, al regresar para su evaluación, se observó un crecimiento significativo del nódulo y una progresión acelerada de la enfermedad, durante el tratamiento descubrió un embarazo de 9 meses y 4 días en el que se indicó la interrupción del embarazo para el seguimiento del tratamiento. A pesar de lo que enfrentaba, la participante del estudio decidió no interrumpir el embarazo. Por lo tanto, el obstetra le indicó que realizara una cesárea a las 32 semanas. La cesárea se realizó el 10 de diciembre, sin complicaciones, la niña presentaba bajo peso para la edad gestacional y fue remitida a la UCI Neonatal. Consideraciones finales: La evidencia de este estudio es relevante para comprender la atención a las pacientes embarazadas con cáncer sometidas a quimioterapia. Este estudio puede contribuir a los profesionales de enfermería, auxiliando a la calidad de la atención prestada a las mujeres embarazadas con cáncer.

Palabras claves: Embarazo de Alto Riesgo, Quimioterapia, Oncología, Atención

1 INTRODUÇÃO

O Câncer de Mama (CM) é o que mais ocorre em mulheres, exceto os casos de pele não melanoma, corresponde a 24,2% do total de casos de Câncer (Ca) femininos no mundo em 2018, tendo cerca de 2,1 milhão de casos novos. É a quinta causa de morte por Ca (626.679 óbitos) e o motivo mais frequente de morte por Ca em mulheres (WHO, 2019).

No Brasil, na região Norte, o Ca do colo do útero domina a primeira posição



excluídos os tumores de pele não melanoma. O CM também é de maior ocorrência em mulheres de todas as regiões. Para o ano de 2020, supõe-se a que o número de casos novos anuais seja de 15 milhões, e cerca de 60% acontecerão nos países em desenvolvimento (INCA, 2017).

As mortes no Rio Grande do Sul (RS) representam cerca de 1,2 mil mulheres por ano. Na última década o câncer de mama matou na macrorregião Norte do RS, cerca de mil mulheres, aproximadamente 100 por ano (INCA, 2006-2016). Estima-se que o RS é um dos estados com maior número de casos. Dentre as capitais, Porto Alegre apresenta a estimativa de maior número de casos, com taxa bruta de 114,25/100.000. A taxa bruta com que ocorre o câncer de mama nos estados da Região Norte é de 19,38/100.000, enquanto que nos estados da Região Sudeste é de 68,9/100.000 (INCA, 2018).

O CM interfere significativamente o contexto biopsicossocial das mulheres pela sua agressividade. Sendo conceituado como o aumento desordenado e anormal das células do tecido mamário, esta patologia tende a ser temerosa pela maioria das mulheres devido às alterações biopsicossociais (ALMEIDA TS, et al., 2015).

O CM durante a Gestação é um grave problema clínico oncológico, ocorrendo em menos de 3% dos casos. Mulheres com mutações do BRCA2, considerados genes histológicos e fisiologicamente humanos, onde a finalidade é impedir o surgimento de tumores através da reparação de moléculas de DNA danificados, perdem o controle genético para desenvolvimento do Ca de mama durante a gestação (INCA, 2016).

A maioria dos CM em gestantes é o Adenocarcinoma Ductal Infiltrante (ADI), é pobremente diferenciado, mais agressivo e com instabilidade no processo de diferenciação com as células normais do organismo e em estágios avançados. Para uma terapêutica segura para a mãe e feto é indispensável que haja a confirmação do estado gestacional e tempo de gestação (MENDONÇA GS, 2013).

A realização do diagnóstico antecipado e tratamento apropriado são as ações iniciais de apoio à gestante que apresenta alguma patologia, tendo por objetivo manter a gestação até o final. O perigo para a mãe é inaceitável em algumas situações, em outros casos o risco fetal torna-se maior que o risco neonatal. Nestas situações, a antecipação eletiva do parto é o meio de prevenção



adequado e insubstituível. Esta escolha exige conhecimento técnico e prática profissional (BRASIL, 2012).

Diante das condutas, o aborto é uma delas e tem por intuito interromper a gestação até a 20^a ou 22^a semana, com peso inferior à 500 g. Existem várias causas de abortamento, estas permanecem indeterminadas e muitas gestações são interrompidas por decisão própria da mulher (BRASIL, 2011).

Segundo o art. 128 do Código Penal Decreto Lei n° 2.848 de 07 de Dezembro de 1940 “não se pune o aborto praticado por médico: (vide Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n° 54) sendo aborto necessário, quando não há outro meio de salvar a vida da gestante” (SFT, 2012).

O enfermeiro deve prestar assistência aos pacientes com câncer no tratamento, recuperação da saúde e atendimento aos familiares, por meio de ações educativas e integradas, incluindo a equipe e firmando projetos legislativos, detectando fatores de risco ocupacionais, na atividade colaborativa ao paciente oncológico e sua família (BRASIL, 2006; INCA, 2012).

Diante do exposto acima surgiu então a seguinte questão de pesquisa: “Qual a história clínica, abordagem e cuidados à gestante com câncer de mama em tratamento quimioterápico?” Tendo por objetivo descrever a história clínica e os cuidados à gestante com câncer de mama em tratamento quimioterápico.

O presente trabalho foi encaminhado de forma *online* à Plataforma Brasil e posteriormente a análise do Comitê de Ética em Pesquisa, após executado por meio de Consentimento Livre e Esclarecido. Esta pesquisa foi conduzida conforme determina os aspectos éticos da resolução n° 466/2012 do Conselho Nacional do Ministério da Saúde, da Carta Circular 166/2018 e do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, dos deveres no capítulo IV, artigo 35, 36 e 37, e das proibições no capítulo V, artigo 53 e 54, respeitando o participante em sua totalidade, buscando prover o máximo de benefícios e o mínimo de prejuízos.

A paciente de nome fictício Milagre foi contatada por telefone obtido na Unidade referida, onde a pesquisadora apresentou a proposta do projeto e fora solicitado o e-mail para que fosse enviada uma cópia do TCLE para a mesma fazer a leitura, entrando em contato no dia seguinte para resposta de Milagre. Depois de aceito, a coleta de dados foi realizada de forma exclusiva com dados do prontuário físico e eletrônico de Milagre devido à situação atual da pandemia



do COVID-19. Os dados foram coletados conforme autorização do Hospital Escola- UFPEL/ Ebserh, após emissão de Carta de Anuência.

Foi realizado o levantamento dos dados de prontuário, levantamento dos exames realizados, medicações utilizadas/ protocolos quimioterápicos prescritos, cuidados da equipe multidisciplinar realizados com a paciente e encaminhamentos conforme sinais, sintomas e demandas observadas. Após, foi utilizada o instrumento de coleta de dados de prontuário, ou seja, o roteiro para caracterização do relato de Caso Clínico.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob parecer nº 4.315.881 e CAAE nº 36454420.7.0000.5317.

2 DETALHAMENTO DO CASO

Paciente Milagre, sexo feminino, trinta e seis anos, mãe de cinco filhos e gestante, pele parda, do lar, natural de Foz do Iguaçu, reside no município de Canguçu, mora em casa de alvenaria com rede de esgoto, localizada no centro da cidade, com companheiro e quatro filhos, o filho mais velho reside com avó em outra cidade, apresenta histórico de câncer na família, tia paterna e avó paterna.

Conforme prontuário médico, paciente Milagre relatou que no ano de 2015 realizou ultrassonografia de mama esquerda, que indicou um pequeno nódulo benigno. Após seis meses, ao retornar para avaliação foi observado crescimento importante do nódulo e progressão acelerada da doença, comprometendo linfonodos axilares. Após consulta com Oncologista na referida Unidade, foi solicitada biópsia, com resultado histopatológico de Carcinoma Ductal Invasor grau II.

A paciente Milagre apresentou resposta ao tratamento quimioterápico e sequencialmente, em julho de 2017 realizou setorectomia com esvaziamento de linfonodos axilares em mama esquerda. Após 13 ciclos do protocolo Trastuzumabe, seguiu em acompanhamento ambulatorial no referido serviço (*follow up*), porém observou-se que a mesma não compareceu a todas as consultas conforme agendadas, e inclusive não realizou exames de rotina conforme protocolo preconizado.

Em janeiro de 2019, em consulta de retorno com Oncologista, após apresentar sinais e sintomas clínicos, contatou-se a recidiva do câncer pelo



médico oncologista. Por esse motivo, em fevereiro foi realizado procedimento cirúrgico de mastectomia total em mama esquerda.

Além de realizar a assistência de cuidado com a ferida operatória, naquele momento, a equipe de enfermagem junto de toda a equipe de saúde proporcionou apoio emocional diante da situação de recidiva, pela necessidade de recorrer novamente ao tratamento quimioterápico e possíveis reações adversas. Disponibilizou-se material para realizar curativo domiciliar e orientação quanto aos cuidados. Também foi realizado encaminhamento/referência para o serviço de psicologia, o qual a paciente recusou-se.

Desde a retirada do dreno após a cirurgia, paciente referiu rubor no local da inserção do dreno, dor no local da ferida e aumento da extensão da lesão para linha axilar posterior, no qual foi indicado o uso de pomada cetoconazol, sem resultado efetivo.

Em maio de 2019, a mesma compareceu para resultado de imunohistoquímico de mama direita que apresentou carcinoma ductal invasor de mama com expressão de Her-2. Apresentou área purulenta à esquerda, e relatou atraso menstrual há cinco dias. Fez uso de cefalexina via oral, betotrexona e aciclovir creme tópico e comprimido via oral, paciente referiu alergia ao produto aplicado metronidazol. Devido reação alérgica tópica no local de aplicação, médico oncologista suspendeu o creme de metronidazol e solicita exames Beta-HCG diante de atraso menstrual comunicado pela paciente. Posteriormente a consulta médica, a lesão foi avaliada pela equipe de enfermagem que orientou uso do hidrogel.

Em junho de 2019, Milagre confirmou gestação com idade gestacional de nove semanas e quatro dias e foi encaminhada pelo oncologista para Pré-Natal de Alto Risco (PNAR) realizado no Hospital da cidade. Ao final deste mesmo mês a paciente Milagre retornou com aumento da área purulenta a esquerda e mama direita ingurgitada compatível com neoplasia (ferida oncológica). O médico oncologista apresentou possibilidades terapêuticas solicitando decisão com urgência. Ao ser considerado pelo médico obstetra manter gestação, oncologista solicitou ecocardiograma e Raio X de tórax com proteção, em caso de interrupção da gestação, solicitou tomografia computadorizada de tórax e abdômen e cintilografia.



Esses exames foram solicitados conforme protocolo médico para casos de câncer de mama, na qual objetiva avaliar e visualizar o tamanho do tumor, localização, possíveis metástases, e a partir disso, o oncologista realizar as condutas e tratamento direcionado para o caso.

Nesta mesma data, durante a anamnese e o exame físico da enfermeira especialista em oncologia do ambulatório de quimioterapia, a lesão da paciente Milagre apresentou tecido desvitalizado, exsudato abundante de odor fétido, bordas endurecidas e edemaciadas. O local foi lavado com soro fisiológico 0,9% morno em jato único, usado hidrogel, uma fina camada e cobertura de gaze estéril. Foi orientado o uso de absorvente pós-cirúrgico para absorver exsudato e realizar troca sempre que necessário.

Como realizou quimioterapia há três anos e naquele momento paciente não respondeu positivamente ao tratamento quimioterápico prescrito. Diante disso, em 05 de julho foi encaminhada pelo médico oncologista para o ambulatório de gestação de alto risco, com a sugestão ou possibilidade para interrupção da gestação, a fim de investir em novo esquema de tratamento, na qual traria potencial risco fetal. Após consulta médica com oncologista, foi realizado pela equipe de enfermagem curativo em ferida oncológica em mama esquerda e lavado com SF 0,9% aquecido, em jato único. A lesão apresentou tecido desvitalizado, exsudato abundante sem odor fétido e pele com peri-lesão apresentou rubor e calor. Usado creme barreira em pele integra e hidrogel na lesão.

Após consulta com mastologista em julho de 2019, paciente Milagre foi orientada a não interromper gestação de 12 semanas, pois de acordo com médico o feto já estava formado, assim diminuindo os riscos de má formação. Paciente milagre estava ciente da gravidade da gestação e optou por manter.

Paciente Milagre retornou a ambulatório em agosto de 2019 com melhora dos sinais e sintomas da mama direita e referiu em concordância com companheiro dar seguimento à gestação. Nesta consulta foi suspensa quimioterapia por quadro de hipertermia, presença de sintomas gripais e hemograma com desvio a esquerda. Paciente Milagre neste momento encontrava-se no 2º trimestre de gestação e foi prescrito antibioticoterapia com rinosoro; amoxicilina; clavulanato 875-125mg 12/12h por 7 dias.



Devido à progressão acelerada da doença, com sinais e sintomas intensos, o médico novamente sugeriu interrupção da gestação e possibilidade de bloqueio hormonal, salientado os riscos e benefícios. Esclareceu também riscos e benefícios dos quimioterápicos. Entrou em contato com instituição hospitalar, onde o comitê de ética medica reuniu-se para uma avaliação criteriosa diante da possibilidade de interrupção da gestação ou antecipação do parto se fosse de acordo com a paciente Milagre, devido a risco de vida materno e fetal. A paciente Milagre tolerou bem QT, sem intercorrências clínicas ou reações adversas específicas do tratamento quimioterápico no período gestacional. Sem sangramentos ou outras queixas, exceto foi notado aumento do seio contralateral e da lesão oncológica à esquerda.

Em outubro de 2019 retornou com Idade gestacional de 24 semanas. Com lesão em mama direita com franca progressão. O medico salientou necessidade de quimioterapia imediata e mudança de protocolo. O resultado da imunohistoquímica revelou receptores hormonais positivos RE-RP-Her2+. Neste relato de caso clinico a opção prescrita pelo oncologista e o tratamento realizado pela paciente foi o protocolo de 4 ciclos de Epirubicina e Ciclofosfamida, para quimioterapia com estagio clínico paliativa.

Foi realizada no mesmo mês uma imunohistoquímica para avaliação. Com resultado positivo para Receptores de estrogênio – Receptores de progesterona - superexpressão ou amplificação do fator de crescimento humano epidérmico receptor-2 / RE- RP- Her2 +. No dia 16 de outubro, Milagre foi à consulta com dermatologista para avaliar a pele que orientou a antecipação do parto devido à possibilidade da lesão estar comprimindo área cardíaca e pulmonar, o que explicou a dispneia excessiva da paciente.

No dia 23 de outubro de 2019 paciente Milagre retornou para realizar quimioterapia Ciclofosfamida. Em 31 de outubro Milagre retornou ao serviço de Oncologia com dor intensa na mama, lesão esbranquiçada e odor no local da lesão. Oncologista solicitou avaliação da equipe de enfermagem que realizou curativo da lesão.

A cirurgia para colocação de cateter totalmente implantado (CTI) foi agendada para 07/11/2019, porém a paciente Milagre não compareceu.

Em 18 de novembro paciente Milagre retornou para consulta com



oncologista devido à dor intensa e secreção purulenta com odor no local da lesão oncológica. A equipe de enfermagem realizou curativo da lesão. A paciente Milagre foi internada na maternidade do hospital vinculado ao ambulatório de quimioterapia e novamente o Comitê de Ética Médica da instituição hospitalar se reuniu para uma avaliação criteriosa para antecipação do parto e condutas frente ao caso clínico. Após exames realizados mostrou que criança nasceria com baixo peso sendo adiado novamente o parto. Paciente permaneceu internada por mais uma semana para manejo de sinais e sintomas clínicos.

O médico obstetra programou a cesárea assim que a paciente completasse 32 semanas gestacionais, na qual havia melhor prognóstico para mãe e feto. A cesárea foi agendada para o dia 9 de dezembro. A paciente internou no dia 4 de dezembro, para aguardar leito de unidade de terapia intensiva neonatal e bloco cirúrgico. No momento da internação a paciente apresentava dor e inchaço na mama, com progressão da lesão oncológica. A cesárea foi realizada dia 10 de dezembro, sem complicações, a criança apresentou baixo peso para a idade gestacional e foi encaminhada a UTI Neonatal. Após a paciente deu seguimento ao tratamento.

3 DISCUSSÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é o meio de prestação de cuidados para atingir resultados satisfatórios na implementação da assistência, objetiva reduzir as complicações decorrentes do tratamento, facilitando a adequação e recuperação do paciente (HORTA WA, 2015).

O estudo mostrou que a assistência prestada pela enfermagem diante dos registros de prontuário evidencia os cuidados orientados a Milagre, os encaminhamentos realizados, os cuidados com a lesão oncológica e orientações de cuidado domiciliar. Ainda, em relação à precária rede venosa e dificuldade de acesso periférico seguro, a equipe providenciou encaminhamento para a colocação do CTI para segurança na terapia venosa com quimioterápicos.

A assistência à gestante com câncer é apontada como um desafio para muitos médicos e demais profissionais da equipe multidisciplinar que atua em oncologia. Considerada uma situação rara pela qual poucos profissionais terão a possibilidade de desenvolver maior experiência pela prática, assim, recorrem à



restrita literatura como manual para a tomada de decisão. Terão que lidar ainda, com questões éticas ligadas aos riscos à gestante e feto. Ainda, é um momento delicado, pois interfere nas expectativas da mãe e familiares em relação à gestação e ao bebê que irá chegar. É indispensável também, enfrentar o ponto de vista de todos os profissionais comprometidos com a assistência (CAPELOZZA MLSS, et al, 2014).

Em relação à equipe multidisciplinar que cuidava da gestante foi observado pela pesquisadora que houve acompanhamento, devido às várias evoluções no prontuário da paciente por todos os profissionais envolvidos, bem como o envolvimento da equipe multiprofissional, a partir dos dados observados no prontuário no que tange as questões biopsicossociais e espirituais.

Neste sentido, os profissionais de saúde necessitam exercitar o trabalho com enfoques individuais para melhoria do cuidado integral à saúde dos pacientes. O trabalho em equipe é desafiador diariamente e pode-se intensificar diante de casos complexos como a atenção à gestante com câncer e os dilemas éticos relacionados (ZAGOURI F, et al,2016).

Existem dois obstáculos importantes a serem considerados, como: priorizar o tratamento da mulher pode colocar em risco a vida do feto e priorizar a preservação da vida do feto pode ameaçar a vida da mulher. Os casos devem ser avaliados de forma individual a depender do tipo de câncer, estadiamento, condição clínica da paciente e do tempo da gestação, provocará em discussões sobre o custo/benefício de dar prioridade a vida da mãe ou do feto (COSTA AEL, SOUZA JR, 2018).

Conforme mostrou o estudo houve a necessidade de avaliação criteriosa do Comitê de Ética Médica da instituição hospitalar que realizou a análise do caso clínico sobre a interrupção da gestação ou a possibilidade de antecipação do parto. Neste contexto, foram avaliados os riscos para a mãe devido a progressão da doença e ao feto pelo baixo peso.

O cuidado em um todo está associado às relações interpessoais com comunicação entre as partes envolvidas e compreensão, assim o cuidado se torna humanizado conforme recomendado nos princípios do SUS (universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde) e nas diretrizes da Política Nacional



de Humanização (PNH) (Acolhimento, gestão participativa, ambiência, clínica ampliada, valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários) (BRASIL, 2016).

O tratamento da gestante com câncer de mama tem o mesmo objetivo para a paciente não gestante, na qual inclui controlar a doença localmente e prevenir metástases sistêmicas. A avaliação é fundamental no tratamento em função dos efeitos adversos para o feto. A cirurgia representa segurança no tratamento definitivo do carcinoma de mama em gestantes, porém pode ocasionar aborto espontâneo e parto prematuro (ALFASI A; AHARON B, 2019).

Durante o segundo ou terceiro trimestre da gravidez o esquema quimioterápico mais utilizado é 5-fluorouracil, doxorrubicina ou epirrubicina e ciclofosfamida, ou a combinação de doxorrubicina e ciclofosfamida (protocolo AC) (ASHWORTH J; LOPES EO, 2016).

Nesse relato de caso clínico a opção prescrita pelo oncologista e o tratamento realizado pela paciente Milagre foi o protocolo de 4 ciclos de Epirrubicina e Ciclofosfamida.

É fundamental que diante da possibilidade de tratamento seja apresentado o termo de consentimento na abordagem a paciente e seus familiares onde sejam esclarecidas opções terapêuticas e apresentados os riscos. Embora possa ser considerada a interrupção da gravidez após o diagnóstico de Câncer de mama, não há evidência de melhora do prognóstico materno-fetal. Porém, cada caso deve ser assistido conforme cada situação em função da idade gestacional e das condições clínicas da paciente (HEPNER A et al., 2019).

Para mulheres com doença avançada, em estágios iniciais da gravidez, um atraso na terapia pode afetar a sobrevivência. Assim, baseado na análise dos fatores de risco, o tratamento com um protocolo quimioterápico apropriado deve ser prontamente iniciado e o aborto terapêutico pode ser considerado pelos efeitos potencialmente teratogênicos de QT no 1º trimestre (WANG B et al., 2019).

A alternativa terapêutica deve ser escolhida pelo médico junto a paciente para além do benefício do tratamento tentar garantir a melhor qualidade de vida. No que tange a qualidade de vida, os autores caracterizam como “a percepção do indivíduo se inserir na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores onde ele



habita e relacionado aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Engloba o bem-estar espiritual, físico, mental, psicológico e emocional, também os relacionamentos sociais, como familiares e amigos e, também, saúde, educação, habitação saneamento básico e outras circunstâncias da vida (KOLHS M, et al., 2016). Grande parte dos pacientes avalia qualidade de vida social de forma positiva em virtude do apoio social e familiar, bem como dos profissionais de saúde (SANTOS LM, 2016).

O câncer é uma doença que causa grande sofrimento para pacientes e familiares e a espiritualidade e a religiosidade são considerados elementos importantes nos cuidados aos pacientes com câncer. Estas podem promover o bem-estar e proteção diante da experiência, como assistência aos meios de enfrentamento do sofrimento. Afirmar a fé e a dimensão espiritual na recuperação e enfrentamento da doença construirá um novo paradigma social e cultural na assistência de enfermagem (ROCHA, 2016).

O tratamento diante de uma gestante com câncer varia de acordo com a idade gestacional. Não é considerada a gestação para tratamento do câncer diagnosticado no primeiro trimestre, considera-se a individualidade da gestante no segundo trimestre e ao terceiro trimestre, deve-se avaliar a capacidade do feto sobreviver fora do útero depois da gravidez, interromper a gestação por cesariana e tratar o câncer (BRASIL, 2012).

De certo modo, as pacientes podem receber o tratamento conforme as diretrizes estabelecidas para o tratamento de mulheres não grávidas. Porém é importante destacar que a maioria dos quimioterápicos utilizados é da categoria D, os quais trazem riscos ao amadurecimento do feto, contudo a necessidade do tratamento pode justificar seu uso (SILVA AP, VENANCIO TT, ALVES RRF, 2015)

A paciente Milagre optou por não interromper a gestação, mesmo sabendo dos riscos apresentados pelo oncologista, diante da significativa progressão da sua doença causada pela pausa no tratamento, que resultou em metástase em mama direita. Paciente aceitou sua condição e optou pela vida do seu filho.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O evidenciado neste estudo é relevante para o entendimento dos cuidados



a paciente gestante com câncer em tratamento quimioterápico. Esse estudo poderá contribuir com profissionais da enfermagem auxiliando na qualidade do acolhimento a gestante com câncer. Contudo, é significativo dar seguimento a futuros estudos buscando identificar uma abordagem que envolva a equipe multiprofissional nos cuidados a gestante para sempre melhorar o atendimento individual a cada caso, onde a equipe também possa desenvolver ações voltadas na prevenção do câncer.



REFERÊNCIAS

1. ALFASI A, AHARON B. Breast Cancer during Pregnancy—Current Paradigms, Paths to Explore. *Cancers*, 2019; 11 (11).
- 2.
3. ALMEIDA TS, et al. Vivência da mulher jovem com câncer mama e mastectomizada. *Revista de Enfermagem*, 2015; 19 (3).
- 4.
5. ASHWORTH J, LOPES EO. Cancro da mama associado à gravidez- efeito da quimioterapia no feto. 2016. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Portugal.
- 6.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento na Gestão e o Trabalho em Saúde. Brasília, 2016.
- 8.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2. ed. Brasília, 2011.
- 10.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. A Situação do Câncer no Brasil, Brasília, 2006.
- 12.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. 5. ed. Brasília, 2012.
- 14.
15. CAPELOZZA MLSS et al. A dinâmica emocional de mulheres com câncer e grávidas. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, 2014; 34 (86): 151-170.
16. COSTA AEL, SOUZA JR. Implicações psicossociais relacionadas a assistência á gestante com câncer: percepções da equipe de saúde. *Rev. SBPH*, 2018; 21 (3): 100-122.
- 17.
18. HEPNER A, et al. Cancer During Pregnancy: The Oncologist Overview. *World Journal of Clinical Oncology*, 2019; 10 (1): 28-34.
19. HORTA WA. *Processo de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.
- 20.
21. INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (Brasil). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Câncer de mama. Rio de Janeiro: INCA, 2017.
22. INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (Brasil). Estimativa de 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2018a. <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/rio-grande-sul-porto-alegre.asp>
- 23.
24. INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Rede Nacional de Câncer Familiar. Rio de Janeiro, 2016.
25. KOLHS M, et al. Sentimentos de enfermeiros frente ao paciente oncológico. *J Health Sci Inst*, 2016; 18 (4): 245-50.



- 26.
27. Lei Nº2.848, de 07 de Dezembro de 1940. Não se pune o aborto praticado por médico: (vide Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº. 54) sendo aborto necessário, quando não há outro meio de salvar a vida da gestante. Disponível em:. Acessado em 10 de novembro de 2019.
- 28.
29. MENDONÇA GS. Câncer de Mama e Gestação: Relato de Caso e Revisão de Literatura. Revista Científica da FMC, 2013; – 8 (1).
- 30.
31. MONTEIRO DL, et al. Câncer de mama na gravidez e fisioterapia: revisão sistemática. Revista da Associação Médica Brasileira. Rio de Janeiro, 2013; 59 (2): 174-180.
- 32.
33. ROCHA PT, et al. A Influência da Espiritualidade e da Religiosidade no Tratamento Oncológico: percepção da pessoa com câncer. Rev. Tendên. da Enferm. Profis, 2016; 8(4):2031-203.
- 34.
35. SANTOS LM. Significados e experiências de cuidadores /familiares de pacientes oncológicos sobre lesão por pressão: estratégias para o cuidado em domicílio, 2016.
- 36.
37. SILVA AP, VENANCIO TT, ALVES RRF. Câncer ginecológico e gravidez: uma revisão sistematizada direcionada para obstetras. Rev. Femina, 2015 43 (3): 111-118.
- 38.
39. WANG B, et al. Clinicopathological characteristics, diagnosis, and prognosis of pregnancy-associated breast cancer. Thoracic Cancer, 2019; 10:1060-1068.
- 40.
41. WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Agency for Research on Cancer. Globocan, 2019.
42. ZAGOURI F, et al. Cancer in pregnancy: disentangling treatment modalities. Revista ESMO, 2016; 1 (3): 1-6.