



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE**  
**UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM**  
**CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**Maria Vitória de Souza Medeiros**

**CONHECIMENTO E PRÁTICA DE ENFERMEIROS NO CUIDADO DE  
PACIENTES COM FERIDAS NEOPLÁSICAS**

**Cuité – PB**

**2016**

**Maria Vitória de Souza Medeiros**

**CONHECIMENTO E PRÁTICA DE ENFERMEIROS NO CUIDADO DE  
PACIENTES COM FERIDAS NEOPLÁSICAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Coordenação do Curso de Bacharelado em  
Enfermagem do Centro de Educação e Saúde (CES),  
Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)  
em cumprimento às exigências legais para obtenção  
do título de Bacharel em Enfermagem

Professora orientadora: Dra. Alana Tamar Oliveira  
de Sousa

**CUITÉ - PB**

**2016**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE  
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

M488c      Medeiros, Maria Vitória de Souza.

Conhecimento e prática de enfermeiros no cuidado de pacientes com feridas neoplásicas. / Maria Vitória de Souza Medeiros. – Cuité: CES, 2016.

94 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2016.

Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Alana Tamar Oliveira de Sousa.  
Coorientadora: Msc. Glenda Agra.

1. Neoplasias cutâneas. 2. Cuidados de enfermagem. 3.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 616-001.4

**Maria Vitória de Souza Medeiros**

**CONHECIMENTO E PRÁTICA DE ENFERMEIROS NO CUIDADO DE  
PACIENTES COM FERIDAS NEOPLÁSICAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Coordenação do Curso de Bacharelado em  
Enfermagem do Centro de Educação e Saúde (CES),  
Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)  
em cumprimento às exigências legais para obtenção  
do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Banca examinadora**

---

**Profª Dra. Alana Tamar Oliveira de Sousa**

(Orientadora – CES/UAENFE)

---

**Profª Msc. Glenda Agra**

(Co-orientadora – CES/UAENFE)

---

**Profª Esp. Edlene Régis Silva Pimentel**

(Membro – CES/UAENFE)

---

**Enfª Josenilda Pereira dos Santos**

(Membro – CES/UAENFE)

*Aos meus pais por todo apoio,  
incentivo e compreensão  
e aos meus irmãos por sempre  
acreditarem na minha capacidade.*

**DEDICO**

## AGRADECIMENTOS

A **Deus** ser supremo, que me concedeu auxílio e força durante toda graduação. Muito obrigado por nunca me abandonar e por me fazer acreditar que conseguiria. Ao senhor toda honra e toda glória!!!

A minha mãe, **Maria José**, mulher guerreira, batalhadora, determinada que sempre lutou pelo bem estar dos filhos. Um exemplo para minha vida, responsável pela minha luta incessante em busca da conclusão dessa graduação. Sempre me incentivou e nunca me deixou desistir mesmo diante das dificuldades. Eu agradeço imensamente a Deus por ser sua filha.

Ao meu pai, **Arnaldo**, homem honesto, íntegro, que sempre buscou o melhor para seus filhos. Sempre ao meu lado incentivando, apoiando, se doando para que eu conseguisse alcançar meus objetivos. Serei grata eternamente meu herói.

Aos meus irmãos **Joana, José Arnaldo e Gerônimo Neto** minha gratidão, mesmo que não demonstrassem por palavras, sentia pelo olhar, pelos abraços e pelas expressões que estavam felizes com minha vitória. A cada passo dado sentia o incentivo e o apoio de vocês. Desculpem-me pela ausência mais precisava batalhar por nós.

Aos meus amados sobrinhos **Josimar Neto, Jordson Jordan, João Lucas e Maria Ysis** minhas jóias preciosas que considero como filhos. Quantas vezes me peguei chorando de saudade do cheiro, abraços e sorrisos de vocês. Mais sempre estavam comigo em pensamento. Foi almejando um futuro melhor para todos que nunca desisti e cheguei até aqui. Essa vitória é nossa.

A minha querida avó e segunda mãe **Carmelita** as palavras são insuficientes para agradecer tamanha bondade e doação. Desde o dia que decidi mudar minha vida a senhora estava lá disposta a me estender a mão do começo até o fim, sempre preocupada com meu bem estar. Sempre pedia a Deus em minhas orações saúde e longevidade para que a senhora estivesse ao meu lado nesse momento tão glorioso. Devo minha caminhada e luta a sua força e coragem de me ajudar. Jamais esquecerei o que fizestes por mim. Te amo.

A minha tia **Carmem Silvia** meu muito obrigado por enfrentar comigo esta longa batalha. Sempre me auxiliando e mostrando que a bondade e a caridade faz parte da alma humana. E a sua como e linda e iluminada. Meu anjo de luz serei grata por toda a vida.

A minha cunhada **Joelma** por sempre está ao meu lado nas dúvidas, nas dificuldades, nos momentos alegres e tristes, com seu carisma e afeto, despertou em meu coração o amor de irmã. Um ser iluminado que me traz paz e serenidade em dias difíceis.

Aos meus familiares, em especial minha prima **Raquel** por todo incentivo, conselhos, preocupação, orações que me fortaleceram e me fizeram chegar até aqui.

A minha madrinha **Arlete** e amiga **Rosana** por toda força, empenho e preocupação. Vocês sempre torceram por minha vitória. Muito obrigado por tudo.

A minha querida orientadora **Profª Ms Glenda Agra**, por está comigo nesse momento tão importante de minha vida. Por ser meu guia, meu espelho, meu norte, meu apoio. Muito obrigado pelas oportunidades que me fizeram crescer e amadurecer tanto durante a graduação. Mais que uma orientadora, uma mãe, que está sempre buscando e encaminhando seus alunos pelo melhores caminhos, seja pessoal ou profissional. Sempre presente, firme, sábia, conhecedora das limitações humanas, compreensiva, determinada e iluminada. Quantas vezes me questioneei se estaria trilhando o caminho certo com a professora certa e hoje afirmo com convicção: foi a minha melhor escolha. Muito obrigado de coração professora por me fazer acreditar que seria capaz, sem seu olhar e força não teria conseguido chegar tão longe. Um anjo que Deus encaminhou em minha vida. Te agradeço por tudo em especial pelo ser humano que és.

A minha co-orientadora **Profª Dra Alana Tamar**, por fazer parte do meu sonho. Com sua simplicidade, carisma e afeto despertou-me o sentimento de admiração e desejo de seguir seus passos. Um anjo que transmite paz e luz por onde passa. Deus te abençoe sempre.

A minha banca examinadora nas pessoas de **Profª Edlene** e a **Enfermeira Josenilda** todo meu carinho e afeto pela consideração e disponibilidade de se fazerem instrumentos do conhecimento neste dia tão importante.

A minha turma querida toda admiração, carinho, amor e saudade. Foi difícil mais vencemos juntos essa linda batalha. Que cada um siga seu caminho de forma ética, honesta e brilhante. Sucesso para nós.

As amigas e companheiras **Tamirys** e **Milca** como foi bom compartilhar com vocês esses cinco anos de graduação. Vocês foram minha família em Cuité e serão para sempre em meu coração. Agradeço cada gesto de carinho, cuidado, confiança, compreensão, dedicação e amizade. Sempre estiveram ao meu lado nos momentos alegres e difíceis. Em algum momento nos perdemos em discussões e desafetos mais isso serviu para nosso crescimento pessoal, conviver não é fácil, mais conseguimos. Peço a Deus que abençoe seus caminhos que consigam realizar seus desejos e anseios, jamais esquecerei nossa amizade. Amo vocês.

*Aos amigos de graduação **Elton, Genário, Elisângela e Margarida** como vocês foram e são importantes em minha vida. Uma amizade inesperada, pouco a pouco se fortaleceu e hoje nossos laços são inseparáveis. Cada um em sua particularidade conquistou meu afeto e carinho, e hoje seria impossível não chamá-los de amigos/irmãos. Sou muito grata a cada um pelos momentos maravilhosos que compartilhamos, pelas palavras de apoio, pela força, compreensão, dedicação e risadas. Foram minha fortaleza, meu alicerce e meu guia nos momentos de tribulação, sempre me confortando com um abraço no momento certo. Nossa história não acaba aqui. Iremos seguir nosso caminho, mais com cada um sempre presente em meu coração. Jamais os esquecerei, amo vocês meus irmãos.*

*Ao amigo/irmão **Elton Lima** com seu coração puro, transparente, humilde e sincero, um anjo em minha vida. Sempre disponível, companheiro, forte, bravo, ágil e compreensivo. Como esquecer tudo que fez por mim durante nossa graduação? Jamais. Você foi minha voz, meus braços, minhas pernas e meu pensamento quando não podia está presente. Sempre preocupado com minha saúde. Sem sua força e coragem amigo eu não conseguiria vencer. Muito obrigado pelas palavras, dedicação, confiança e por sempre me mostrar e acreditar que sou capaz. Deus te abençoe meu anjo de luz.*

*As amigas **Jéssica Alves e Karla Thuany** pela confiança, amizade, sinceridade apoio. Vocês que estiveram comigo compartilhando desse sonho muito obrigado por tudo.*

*Aos **amigos** da vida que sempre torceram pelo meu sucesso, essa vitória é nossa. Vocês fazem parte da minha história, mesmo distantes, ausentes, mais sempre em meu pensamento. Meu muito obrigado. Serei grata por toda a vida.*

*Aos **funcionários** da Ufmg campus Cuité agradeço por auxiliarem e colaborarem em minha formação. Levarei a lembrança de todos em meu coração.*

*Ao **corpo docente do curso de Enfermagem** jamais esquecerei todos os ensinamentos, conselhos e cuidado que tiveram durante esses cinco anos de graduação. Levarei para minha vida profissional o zelo e o respeito pela profissão que vocês sempre demonstraram. Prestarei meus serviços com ética e humanização para honrar vocês. Muito obrigado por tudo. Fica a saudade e a lembrança de pessoas e profissionais competentes em meu coração.*

*Aos **Enfermeiros da Fundação Assistencial da Paraíba** que se dispuseram a participar desta pesquisa meu muito obrigado, sem vocês nada disso seria capaz.*

*“Que os vossos esforços desafiem as  
impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes  
coisas do homem foram conquistadas do que  
parecia impossível”.*

*Charles Chaplin*

## RESUMO

MEDEIROS, M. V. S. Conhecimento e prática de enfermeiros no cuidado a pacientes com feridas neoplásicas. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande. Cuité – PB, 2016, 94fls.

As feridas neoplásicas representam um fardo angustiante para pacientes que enfrentam um prognóstico de doença terminal, uma vez que são lesões que não apresentam possibilidades de cicatrização, desfiguram a aparência física e desenvolvem sintomas de difícil controle. O objetivo deste estudo foi verificar o conhecimento e prática de enfermeiros no cuidado a pacientes com feridas neoplásicas. Trata-se de um estudo descritivo de desenho quantitativo realizado com 22 enfermeiros de um hospital filantrópico de Campina Grande – PB durante o período de abril a junho de 2016. O instrumento foi um questionário estruturado, contendo questões acerca dos cuidados a pacientes com feridas neoplásicas, norteadas pelo protocolo no Ministério da Saúde. Para a análise dos dados utilizou-se a estatística descritiva e a literatura pertinente. Cumpre assinalar que a pesquisa foi norteadada conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), respeitando as diretrizes regulamentadoras que envolvem pesquisas com seres humanos. Os resultados obtidos nesta pesquisa permitiram, de forma geral, identificar que os enfermeiros apresentam lacunas no conhecimento de conteúdos e técnicas sobre avaliação e tratamento de pacientes com feridas neoplásicas. Além disso, constatou-se que os enfermeiros não executam os cuidados pertinentes a essa clientela. Conclui-se que a instituição lócus da pesquisa precisa investir em educação permanente, a fim de treinar a equipe de enfermagem para o acompanhamento de pacientes com lesões neoplásicas, adquirir materiais necessários e implantar protocolos assistenciais que norteiem a prática de métodos avaliativos e terapêuticos no cuidado a pessoas com feridas neoplásicas, familiares e cuidadores.

**Palavras chaves:** Conhecimento. Enfermeiros. Cuidados de enfermagem. Assistência ao paciente. Neoplasias cutâneas.

## ABSTRACT

MEDEIROS, M. V. S. Knowledge and practice of nurses in the care of patients with neoplastic wounds. Work Completion of Course (Bachelor of Nursing) - Education and Health Center, Federal University of Campina Grande – Cuité – PB, 20'6, 94fls.

Neoplastic painful wounds represent a burden for patients facing a prognostic terminal illness, since they are lesions that have no healing possibilities, disfigure the appearance and physical symptoms develop difficult to control. The aim of this study was to verify the knowledge and practice of nurses in the care of patients with neoplastic wounds. This is a quantitative design descriptive study of 22 nurses from a philanthropic hospital in Campina Grande - PB during the period April to June 2016. The instrument was a structured questionnaire with questions about the care of patients with neoplastic wounds, guided by the protocol in the Ministry of Health. For data analysis we used descriptive statistics and literature. It should be noted that the research was based pursuant to Resolution No. 466/2012 of the National Health Council (CNS), respecting the regulatory guidelines involving human research. The results obtained in this study allowed, in general, identifying that nurses have gaps in knowledge content and techniques for evaluation and treatment of patients with neoplastic wounds. In addition, it was found that nurses do not perform the appropriate care to this population. In conclusion, the research locus institution needs to invest in continuing education in order to train the nursing staff for monitoring of patients with neoplastic lesions, acquire necessary materials and implement care protocols to guide the practice of evaluation and therapeutic methods in the care people with malignant wounds, families and caregivers.

**Key words:** Knowledge. Nurses. Nursing care. Patient care. Skin cancer.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> -	Classificação do estadiamento das feridas neoplásicas.....	18
<b>Quadro 2</b> -	Classificação de quantidade de exsudato segundo Bates-Jensen (2001).....	50
<b>Quadro 3</b> -	Classificação do tipo de exsudato segundo Bates-Jensen (2001).....	51

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1 -</b>	Distribuição das respostas dos enfermeiros acerca do <b>saber</b> e do <b>fazer</b> sobre a avaliação da ferida e das necessidades do paciente.....	33
<b>Tabela 2 -</b>	Distribuição das respostas dos enfermeiros acerca do <b>saber</b> e do <b>fazer</b> sobre os cuidados básicos realizados com a ferida neoplásica.....	40
<b>Tabela 3 -</b>	Distribuição das respostas dos enfermeiros acerca do <b>saber</b> e do <b>fazer</b> sobre os cuidados específicos para o controle da dor realizados com a ferida neoplásica.....	45
<b>Tabela 4 -</b>	Distribuição das respostas dos enfermeiros acerca do <b>saber</b> e do <b>fazer</b> sobre os cuidados específicos para o controle do exsudato realizados com a ferida neoplásica.....	49
<b>Tabela 5 -</b>	Indicador TELER de vazamento de exsudato.....	51
<b>Tabela 6 -</b>	Distribuição das respostas dos enfermeiros acerca do <b>saber</b> e do <b>fazer</b> sobre os cuidados específicos para o controle do odor realizados com a ferida neoplásica.....	54
<b>Tabela 7 -</b>	Indicador TELER de odor de ferida.....	56
<b>Tabela 8 -</b>	Classificação quanto ao grau do odor.....	57
<b>Tabela 9 -</b>	Distribuição das respostas dos enfermeiros acerca do <b>saber</b> e do <b>fazer</b> sobre os cuidados específicos para o controle do sangramento realizados com a ferida neoplásica.....	58
<b>Tabela 10 -</b>	Distribuição das respostas dos enfermeiros acerca do <b>saber</b> e do <b>fazer</b> sobre os registros das ações realizados com a ferida neoplásica.....	62

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	18
2.1 Características gerais acerca das feridas neoplásicas.....	18
2.2 Ações básicas de enfermagem no cuidado com as feridas neoplásicas.....	18
2.3 Ações específicas de enfermagem no cuidado com as feridas neoplásicas.....	21
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	30
3.1 Tipo de pesquisa.....	30
3.2 Local da pesquisa.....	30
3.3 População e amostra.....	30
3.4 Instrumento para coleta de dados.....	30
3.5 Coleta de dados.....	31
3.6 Análise dos dados.....	31
3.7 Considerações éticas.....	31
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	33
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	65
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	67
<b>APÊNDICES</b> .....	79
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	80
APÊNDICE B – Instrumento para coleta de dados.....	82
<b>ANEXOS</b> .....	87
ANEXO A - .....	88
ANEXO B - .....	89
ANEXO C - .....	90
ANEXO D - .....	91
ANEXO E - .....	92
ANEXO F - .....	93
ANEXO G – Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa.....	94

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil o aumento dos casos de cânceres sofreu um processo de transição epidemiológica devido a uma mudança no cenário de morbimortalidade, com diminuição dos casos de doenças infectocontagiosas e ascensão no perfil epidemiológico de doenças crônicas, sendo considerado um grande problema de Saúde Pública (BRASIL, 2012; INCA, 2016).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Brasil, no ano de 2016, sendo válida também para o ano de 2017, haverá a ocorrência de 596 mil casos novos de câncer, sendo os mais incidentes os cânceres de mama, próstata e pele não melanoma. A incidência de câncer no mundo cresceu 20% na última década, estando previsto até o ano de 2030, aproximadamente 27 milhões de novos casos de câncer e 13,2 milhões de mortes pela doença (INCA, 2016).

Na Paraíba, os dados do INCA indicam que a cada 107.180 habitantes tem uma estimativa de 56.680 casos de cânceres no homem, sendo os mais incidentes, os cânceres de próstata, estômago e pulmão e 54.500 casos da doença nas mulheres sendo os mais incidentes, os cânceres de mama, colo do útero e cólon e reto (INCA, 2016).

No Brasil, observa-se uma incipiência de dados epidemiológicos relacionados à feridas neoplásicas, por isso é difícil encontrar dados fidedignos no tocante à incidência de pessoas que apresentam diagnóstico de câncer e que progridem para o desenvolvimento destas lesões. Contudo, no Brasil existem no cenário científico dois estudos (GOZZO et al., 2014; LISBOA; VALENCA, 2016) recentes do tipo quantitativos que abordam dados sobre o acometimento de pessoas com neoplasias malignas que durante a pesquisa apresentaram algum tipo de ferida neoplásica sendo eles o artigo “Ocorrência e manejo de feridas neoplásicas em mulheres com câncer de mama avançado” e “Caracterização de pacientes com feridas neoplásicas” assim trazendo novos dados e informações que evidenciem o perfil, características e tratamento das lesões neoplásicas.

Estudos europeus ressaltam que entre os pacientes com neoplasias, 5 a 10% apresentam o desenvolvimento de metástase cutânea, o que vem a formar ulcerações oncológicas e essas, por vezes, desenvolvem-se nos últimos seis meses de vida (WOO; SIBBALD, 2010; MERZ et al., 2011; PROBST et al., 2015).

Existem várias denominações para a ferida neoplásica: lesões tumorais, lesões vegetantes malignas, feridas malignas, lesões fungoides ou tumores exteriorizados (GOZZO et al, 2014).

Segundo Lisboa e Valença (2016) elas podem ser classificadas de acordo com o aspecto que manifestam ao longo do processo de crescimento: “lesões ulcerativas malignas”, quando estão ulceradas e formam crateras rasas, “feridas fungosas malignas ulceradas”, apresentam-se de forma vegetativa e com partes ulceradas, e “feridas fungosas malignas” ou “feridas neoplásicas vegetantes”, que tem aspecto de couve-flor.

As feridas neoplásicas de acordo com sua evolução apresentam sinais e sintomas do tipo odor fétido, exsudato intenso, dor, sangramento e prurido (FIRMINO, 2005; AGÊNCIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009).

Nesse contexto, os pacientes enfrentam alteração da imagem corporal e baixa autoestima, uma vez que estas feridas, em estado progressivo da doença, desfiguram o corpo, levando o paciente a um estigma e isolamento social (AGREDA; BOU, 2012).

Além da desfiguração corporal, estas lesões apresentam sintomatologia específica como odor fétido, provocado pela infecção e colonização de bactérias anaeróbias que liberam como produto final os ácidos voláteis, o exsudato que é proveniente do aumento da permeabilidade capilar no leito da lesão, a dor que pode ser classificada como noceptiva o qual ocorre à compressão de uma víscera ou danos a pele e tecidos profundos e do tipo neuropática, que surge com o acometimento das terminações nervosas periféricas, o sangramento exacerbado ocorre devido a friabilidade dos vasos e diminuição da atividade de coagulação no leito da lesão e o prurido acomete mais no início, com a formação da lesão devido o aumento da liberação de histaminas e a presença de processo inflamatório (BRASIL, 2001; FIRMINO, 2005).

Devido a esses fatores esse tipo de lesão tem dificuldade no processo de cicatrização, sendo um desafio para a equipe de enfermagem o planejamento do tratamento dessas lesões, geralmente, aparecem quando o paciente está no processo de terminalidade e por isso esses sintomas precisam ser controlados para amenizar o sofrimento e proporcionar qualidade de vida a essas pessoas que estão em processo de Cuidados Paliativos.

Nesta perspectiva, o enfermeiro é o profissional da área de saúde que permanece mais tempo perto do paciente, portanto, tem a oportunidade de contribuir muito para aumentar o conforto do mesmo e aliviar sua dor (AGUIAR; SILVA, 2012)

A Lei nº 7.498/86 do Exercício Profissional não atribui a prática de avaliação, tratamento de ferida e prescrição de coberturas ao Enfermeiro. As competências legais do enfermeiro de acordo com a lei são de caráter prioritário: realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e consulta de enfermagem atentando para as queixas do paciente, fornecer informações à família sobre a evolução da doença, realizar procedimentos

invasivos como troca de sondas e cateteres, auxiliar e conscientizar o paciente na realização do autocuidado e supervisionar e controlar a administração de drogas prescritas (COREN-RJ, 2013).

Vendo a necessidade de rever umas das atribuições desse profissional foi instituída uma Resolução no Conselho Federal de Enfermagem de nº 501 de 2015, tratando-se no artigo 1º a regulamentação sobre a competência da equipe de enfermagem, no que se refere aos cuidados com feridas. Desta forma, o Enfermeiro tem total autonomia para prescrever coberturas de acordo com protocolos institucionais e atuar na avaliação e tratamento de feridas (COREN, 2015).

Desta forma, cabe ao enfermeiro avaliar e tratar a lesão neoplásica, levando em consideração as dimensões física, psíquica, social, espiritual e familiar do paciente, a fim de melhorar sua qualidade de vida durante seus últimos dias de vida, uma vez que o paciente que vive com doença oncológica avançada e apresenta ferida neoplásica possui um alto grau de vulnerabilidade física, psíquica e espiritual (MERZ et al., 2011).

Diante do contexto físico, o enfermeiro diante do paciente com ferida neoplásica deve considerar durante a avaliação da lesão os seguintes aspectos: tamanho, profundidade, área de envolvimento, coloração, extensão, odor, exsudato, sangramento, dor, prurido, descamação, fístulas, abscessos, limitação física, metástases, adequação de roupas e curativos para o paciente (INCA, 2009; GOMÉZ et al., 2011; VAQUER, 2012)

Neste ínterim, o INCA divulgou, em 2009, um protocolo de ações de enfermagem para pacientes com doença oncológica avançada que apresentam feridas, com o objetivo de uniformizar as intervenções avaliativas e terapêuticas para melhor cuidar destes pacientes.

A inquietação em estudar essa temática surgiu por meio de uma vivência acadêmica como extensionista do projeto “Assistência de Enfermagem na avaliação e tratamento de feridas: aprendizado e prática dos acadêmicos de Enfermagem” e depois de cursar as disciplinas Enfermagem em Oncologia e Cuidados de Enfermagem em Curativos e Tratamento de Feridas. Assim, pude perceber, durante as ações do projeto e de visitas técnicas em um hospital filantrópico que atende pacientes com doença oncológica avançada, que os enfermeiros desconheciam o protocolo do INCA e muitas vezes, utilizavam protocolos obsoletos na avaliação e tratamento de feridas. É imperioso destacar que se realizou uma busca nas bases de dados nacionais utilizando-se as palavras-chave “feridas oncológicas”, “feridas tumorais”, “feridas neoplásicas”, “feridas malignas”, “conhecimento”, “enfermeiros” e os operadores booleanos “OR” e “AND” e verificou-se uma escassez de artigos publicados que vislumbrassem esta temática.

Foi com base nesse caminhar, que me despertou o interesse em trabalhar em minha monografia de graduação, buscando respostas os questionamentos advindos deste contexto: qual o conhecimento e prática de enfermeiros no cuidado ao paciente como ferida neoplásica?

Nesse sentido, o objetivo geral deste estudo foi investigar o conhecimento e prática de enfermeiros no cuidado a pacientes com feridas oncológicas.

E como objetivos específicos: investigar o conhecimento e a prática de enfermeiros no processo de avaliação de feridas neoplásicas; identificar o conhecimento e prática de enfermeiros diante cuidados básicos realizados com as feridas neoplásicas; averiguar o conhecimento e prática de enfermeiros frente aos cuidados específicos prestados com as feridas neoplásicas; investigar a prática de enfermeiros no registro e documentação dos procedimentos realizados.

Esta pesquisa contribuirá na ampliação da produção científica relacionada à temática, disseminando o conhecimento entre os profissionais sobre a existência do Protocolo do INCA e poderá auxiliar na criação de protocolo específico para o cuidado a pacientes com feridas neoplásicas para a instituição lócus da pesquisa.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Características gerais acerca das feridas neoplásicas

A ferida tumoral é resultante do crescimento descontrolado e da infiltração de células cancerosas, ocasionando a ruptura do tegumento e o aparecimento da lesão; havendo substituição de células normais por malignas, durante o processo de oncogênese, as quais podem acometer a pele nos estágios iniciais da doença ou por acometimento metastático (INCA 2011).

Aguiar e Silva (2012) ressaltam outros sinônimos para estes tipos de feridas, a saber: “feridas tumorais malignas cutâneas” considerando o crescimento e a localização da ferida; “feridas ulcerativas malignas” de acordo com o grau de ulceração e formação de crateras rasas; “feridas fungosas malignas ulceradas” com a junção da característica vegetativa e regiões ulceradas e “feridas fungosas malignas ou feridas neoplásicas vegetantes” quando tem aparência de couve-flor.

Existem três eventos que marcam o desenvolvimento da ferida neoplásica: o crescimento do tumor que acarretará no rompimento do tegumento; a neovascularização e invasão da membrana basal por células malignas de forma infiltrativa, com crescimento expansivo da ferida sobre a superfície acometida; como resultado de um câncer avançado de pele ou em casos de metástases, podem ulcerar, evoluindo para a formação de uma cratera ulcerativa, comumente associada com carcinoma de células escamosas ou melanoma. Dependendo de sua localização, pode invadir e destruir estruturas internas e formar fístula (MATSUBARA, 2012). Haisfield-Wolfe e Baxendale-Cox propuseram, por meio de um estudo piloto que utilizou avaliação computadorizada das feridas neoplásicas, o estadiamento descrito a seguir no **Quadro 01**:

#### **Quadro 1 - Classificação do Estadiamento.**

**Estádio 1** – Pele íntegra. Tecido de coloração avermelhada e/ou violácea. Nódulo visível e delimitado. Encontra-se em estado assintomático.

**Estádio 1N** – Ferida fechada ou com abertura superficial por orifícios de drenagem de secreção límpida, amarelada ou de aspecto purulento. Tecido avermelhado ou violáceo, lesão seca ou úmida. Pode haver dor e prurido. Não apresenta odor e configura-se sem tunelizações e/ou formação de crateras.

**Estádio 2** – Ferida aberta, envolvendo derme e epiderme. Ulcerações superficiais podendo apresentar-se friáveis, sensíveis à manipulação, com secreção ausente (lesões secas) ou em pouca quantidade (lesões úmidas). Intenso processo inflamatório ao redor, em que o tecido

exibe coloração vermelha e/ou violácea e o leito da ferida configura-se com áreas secas e úmidas. Pode haver dor e odor. Não formam tunelizações, pois não ultrapassam o tecido subcutâneo.

**Estádio 3** – Feridas que envolvem derme, epiderme e subcutâneo. Têm profundidade regular, mas com saliências e formação irregular. São friáveis, com áreas de ulcerações e tecido necrótico liquefeito ou sólido e aderido. Fétidas, secretivas, já com aspecto vegetativo, mas que não ultrapassam o subcutâneo. Podem apresentar lesões satélites em risco de ruptura iminente. Tecido de coloração avermelhada, violácea. O leito da lesão é predominantemente de coloração amarelada.

**Estádio 4** – Feridas invadindo profundas estruturas anatômicas. Têm profundidade expressiva, por vezes não se visualiza seus limites. Têm secreção abundante, odor fétido e dor. Tecido ao redor exibe coloração avermelhada, violácea. O leito é predominantemente de coloração amarelada.

**FONTE:** Haisfield-Wolfe, Baxendale-Cox. Staging of Malignant Cutaneous Wounds: a pilot study. NOS, 26 (6): 1055-56, 1999.

Para Azevedo et al. (2014), um dos fatores que favorece a cicatrização é o bom estado nutricional, sendo que na maioria dos casos, não leva à cicatrização da ferida, pois depende do câncer primário. Para o paciente com ferida neoplásica em estado de terminalidade, entendida como aquela em que o processo de morte se desencadeia de forma irreversível e o prognóstico de vida pode ser definido em dias a semanas, os Cuidados Paliativos se tornam imprescindíveis e complexos o suficiente para demandar uma atenção específica e contínua visto que a cicatrização não é a principal meta do cuidado paliativo, mas o controle dos sintomas das lesões visando uma melhor qualidade de vida aos portadores destas lesões (FIRMINO; PEREIRA, 2008; AGUIAR; SILVA, 2012).

Com isso, as feridas neoplásicas apresentam, no decorrer do seu desenvolvimento, as seguintes manifestações: exsudato abundante, odor fétido, infecção, sangramento, prurido, fístulas e dor (LISBOA; VALENÇA, 2016).

O exsudato, comum nesse tipo de lesão, é resultante de processos infecciosos, produzido pela dissolução do tecido necrótico, que aparece devido à presença de enzimas destruidoras de proteínas ativadas por bactérias que invadem a ferida (SIMINO; FAUSTINO; VASQUES, 2012).

A infecção da ferida por microrganismos anaeróbios e a presença de tecido desvitalizado causam o odor fétido devido à colonização de bactérias anaeróbias no tecido necrótico, que surge a partir da isquemia provocada pelo processo de oncogênese, o qual

bloqueia a irrigação do tumor; e como produto de seu metabolismo, ocorre a liberação do ácido acético e capróico, os quais liberam os gases putrescina e cadaverina, apresentando desse modo, odor fétido, caracterizado pelos pacientes como intolerável e nauseante (FERREIRA et al., 2009).

De acordo com Santana, Matsubara e Villela (2012), o odor é classificado em: a) odor grau I, sentido ao abrir o curativo; b) odor grau II, sentido sem abrir o curativo; e c) odor grau III, que é descrito como fétido e nauseante.

Outro aspecto da ferida tumoral é a friabilidade, resultante da ruptura de vasos e capilares causados pela diminuição da função plaquetária no tumor, que podem estar relacionados aos tratamentos radioterápico e/ou quimioterápico ou ainda pela remoção do curativo (MATSUBARA, 2012).

O prurido é outro sinal importante que o paciente com ferida neoplásica apresenta; este é resultado da liberação de histamina, pelo próprio processo inflamatório local associado à proliferação agressiva de células cancerígenas (LISBOA; VALENÇA, 2016).

De acordo com Potter e Perry (2013), a dor oncológica, geralmente, é causada pela progressão do tumor e está relacionada a processos patológicos, procedimentos invasivos, toxicidade do tratamento, infecção e limitações físicas. O paciente sente a dor no próprio local do tumor ou distante a ele (dor referida).

A dor oncológica pode ser classificada segundo seu mecanismo fisiopatológico em: a) dor nociceptiva, aquela que surge a partir de uma lesão na pele ou nos tecidos mais profundos e, geralmente, é uma dor localizada; b) dor visceral, está relacionada à estimulação química ou física de terminações nervosas normais; c) dor neuropática, que resulta de algum agravo a um nervo ou de alguma função nervosa anormal de qualquer parte do sistema nervoso central ou periférico; e) dor idiopática, que tem origem psíquica, sendo esta rara em pacientes com câncer e f) dor mista, coexistente de dois ou mais tipos de dor (SANTOS, 2011).

Para a mensuração da intensidade dor, existem várias escalas que o enfermeiro pode utilizar, a saber: a) Escala Numérica (EN), que especifica a intensidade da dor por meio dos números; neste instrumento, o zero representa ausência de dor e 10 representa a dor mais intensa; b) Escala Visual Analógica (EVA), caracterizada por ser uma linha reta, desenhada ou impressa, de tamanho determinado, escrito em suas extremidades sem dor e máximo de dor, respectivamente; c) Escala de Faces de Wong-Baker, caracterizada por seis desenhos de faces dispostos de forma crescente em nível de intensidade da dor ou angústia; nesta escala, é solicitado ao paciente que escolha a face que melhor representa a sua dor atual (FREITAS et al., 2009).

A lesão neoplásica de acordo com o grau de acometimento pode desencadear o processo de tunelizações ou fistulas que é designada como um trajeto anormal que comunica um órgão com a parte exterior do corpo ou dois órgãos sendo decorrente de uma complicação de algumas patologias ou como efeito tardio do tratamento radioterápico (LENZA et al, 2013).

## **2.2 - Ações básicas de enfermagem no cuidado com as feridas neoplásicas**

A equipe multiprofissional é imprescindível na prestação de cuidados aos pacientes oncológicos, contudo vale destacar a importância do enfermeiro, pois este profissional desempenha atribuições de coordenação, supervisão e orientação da equipe de enfermagem na realização de avaliação de lesões, indicação de coberturas e execução de curativos, visando o tratamento adequado.

No que se refere às feridas neoplásicas, vale destacar que umas das ações básicas de enfermagem é a avaliação da lesão. Ao avaliar a ferida neoplásica, o profissional deve proceder com o registro de alguns aspectos da lesão, a saber: apresentação, localização, tamanho, coloração, quantidade de secreção, tipo de tecido presente, grau de odor, presença de sangramento, fístulas, tunelizações, prurido e dor (AZEVEDO, COSTA, HOLANDA et al 2014; YAMASHITA; KURASHIMA, 2012).

Outra ação básica de enfermagem no tocante às feridas é a limpeza. (RODRIGUES; SILVA, 2012). A limpeza é um procedimento que visa à remoção de pequenas partículas de tecido desvitalizado ou matéria estranha, excesso de exsudato, resíduos de agentes tópicos, mantém o leito da ferida úmido, diminui a aderência da gaze nas bordas da lesão e retira micro-organismos existentes no leito da ferida. A técnica de limpeza utilizada deve respeitar a viabilidade do tecido de granulação, preservar o potencial de recuperação da ferida e minimizar a ocorrência de trauma (MATSUBARA, 2012).

Algumas soluções podem ser utilizadas com a finalidade de limpeza da ferida. A solução fisiológica a 0,9% é a opção mais empregada, uma vez que possui a mesma osmolaridade do sangue. Esta solução realiza a limpeza e umedece a ferida, favorecendo a formação de tecido de granulação e afrouxando os tecidos desvitalizados (BARRETO; PRADO; TONINI, 2014)

A melhor técnica de limpeza do leito da ferida compreende a irrigação com jatos de solução salina isotônica a 0,9% previamente aquecida, cuja finalidade é proporcionar vasodilatação, favorecendo, desta maneira, o processo de autólise utilizando uma seringa de

20 ml com agulha de calibre 25 x 8 mm ou 40 x 12 mm, cujas pressões são 13,5 e 9,5 *psi*, respectivamente (BORGES, 2009), o que promove, desta forma, a remoção de bactérias, sem agressão do tecido de granulação (BORGES, SAAR, MAGALHÃES et al., 2010).

Estudo de Moscati et al. (2007) demonstrou que a irrigação com soro fisiológico reduz a taxa de infecção nas feridas e que o seu sucesso é proporcional à quantidade de solução usada.

Em se tratando de coberturas, os curativos mais indicados para as feridas oncológicas são os oclusivos, haja vista a necessidade de absorção do exsudato e sangramento e controle do odor, da dor e do prurido. O curativo também deve ser confortável, funcional e estético, preenchendo as cavidades, sendo proporcional à lesão, sem alterar a anatomia e a autoimagem do indivíduo (AGUIAR; SILVA, 2012). Os curativos utilizados para feridas neoplásicas dependerão do grau de estadiamento e dos sinais e sintomas apresentados pela lesão. Estes aspectos serão evidenciados no tópico que se segue.

### **2.3 Ações específicas de enfermagem no cuidado com as feridas neoplásicas**

No que se refere ao tratamento de feridas, a finalidade sempre é a cicatrização; contudo, em cuidados paliativos, o tratamento visa o controle dos sinais e sintomas das lesões e o conforto do paciente em relação à ferida. Nessa conjuntura, os cuidados paliativos planejados poderão fornecer o alívio (parcial, completo ou temporário) sem cura esperada para a cicatrização. Esse princípio norteador da palição para as feridas e doença como um todo dilui a especificidade da etiologia das lesões, levando em consideração os curativos, que têm por objetivo a cicatrização, pois no processo de evolução desfavorável à cicatrização, a terapêutica será definida pelo sintoma que a ferida apresenta e pelo princípio da não-maleficiência (FIRMINO, 2008).

É imperioso destacar que a ferida neoplásica é um tipo de lesão específica, uma vez que apresenta várias características: não cicatriza, progride rapidamente e desenvolve vários sinais e sintomas. Nesse sentido, a desfiguração do corpo provoca prejuízos na sua autoimagem e autoestima e isolamento familiar e social, decorrentes de sintomas como exsudação e odor pútrido provenientes da lesão. Portanto, o paciente é passível a apresentar, além dos sintomas físicos, exibirem comportamentos antissociais e até mesmo psíquico, tais como melancolia e depressão (FERREIRA et al., 2009).

Nesse sentido, o enfermeiro deve realizar uma assistência voltada ao controle dos sinais e sintomas que acomete o paciente com ferida neoplásica, já que a cicatrização não é

mais a finalidade do tratamento. No que se refere aos sinais e sintomas provenientes da ferida neoplásica, evidenciam-se, de acordo com o protocolo proposto pelo INCA (2009), os seguintes: dor, odor, exsudação, prurido, sangramento, fístulas e infecção.

A dor é um sintoma complexo e angustiante que afeta o bem estar do paciente e da família, por isso, o seu controle é prioritário no tratamento do câncer, pois é o principal sintoma com impacto negativo na qualidade de vida do cliente.

Para o controle adequado da dor, o enfermeiro necessita utilizar métodos avaliativos a fim de tratar com melhor eficácia esse sintoma considerado devastador na vida de pacientes com feridas neoplásicas.

Nesta perspectiva, uma das modalidades de avaliação da dor são as escalas, que têm como finalidade verificar a intensidade da dor, verbalizada ou sinalizada pelos pacientes. Dentre elas, pode-se citar a Escala Numérica da Dor, a Escala Analógica da Dor, a Escala de Faces.

Outro método de avaliação da dor está relacionado à utilização da escada analgésica da dor, criada pela Organização Mundial da Saúde, em 1986, cujo objetivo é empregar a analgesia adequada para o nível de intensidade da dor pronunciado pelo paciente.

Nesse sentido, antes de proceder com a troca do curativo, o enfermeiro deve realizar a avaliação da dor do paciente, para assim, iniciar a execução de todas as técnicas relacionadas à lesão. Este é o aspecto mais relevante proposto pelo protocolo do INCA (2009).

Depois de proceder com a avaliação da dor, realiza-se a analgesia prévia com uso de analgésicos opioides e/ou sedativos. No entanto, quando esse método não tiver viabilidade, lançar mãos de outras modalidades, tais como: manutenção do meio úmido, pois favorece a diminuição da frequência de trocas de curativo, evitando traumatismos na ferida e auxiliando no controle da dor; utilizar éter na retirada das fitas a fim de evitar agressão dos tecidos viáveis; aplicar gazes embebidas em hidróxido de alumínio, uma vez que este fármaco neutraliza os ácidos produzidos pela ferida, amenizando a dor; irrigar o leito da lesão com solução fisiológica a 0,9%, que por sua vez favorece a mobilização das gazes e/ou coberturas anteriores; aplicar óxido de zinco nas bordas da ferida; evitar friccionar o leito da ferida.

O hidróxido de alumínio, também conhecido como alumina hidratada é um antiácido que age neutralizando o ácido gástrico, exercendo ações citoprotetoras da mucosa gástrica, tais como estimulação de muco protetor, bicarbonato e manutenção da circulação. Acredita-se que este medicamento ao entrar em contato com lesões neoplásicas neutralizem os ácidos caproico, putrescina e cadaverina, diminuindo, desse modo a dor e também o odor, no entanto os resultados ainda não são conclusivos (AYELLO; SCHANK, 2005).

De acordo com Ribeiro Júnior, Borba e Guimarães Júnior (2010), o emprego de bochechos diários com hidróxido de alumínio e magnésio é preconizado na profilaxia e tratamento da mucosite, uma vez que esse agente apresenta propriedades citoprotetoras.

Estudo realizado com pacientes com câncer de cabeça e pescoço submetidos a radioterapia e radioquimioterapia verificou que a minimização da dor e o atraso do aparecimento de mucosite oral naqueles que receberam hidróxido de alumínio na dose de 310 mg/5 ml, em 4 doses diárias durante todo o tratamento (LIMA et al, 2010).

Ao final de cada curativo, se faz necessário reavaliar a necessidade de alterar o esquema analgésico prescrito antes e depois do curativo e comunicar a equipe os casos de sofrimento que foge ao controle da conduta (ALMEIDA et al., 2012).

O controle do odor é realizado de acordo com o grau de classificação, que se subdivide em graus I, II e III é tratado com o metronidazol, é o fármaco mandatório para o controle deste sintoma (AGUIAR, SILVA 2012).

O metronidazol é um fármaco da família dos nitro-5-imidazóis que apresenta espectro de atividade antimicrobiana que abrange exclusivamente microrganismos anaeróbios.

O metronidazol é um antimicrobiano sintético eficaz contra protozoários e anaeróbios, pertence ao grupo dos nitroimidazóis, ativo contra a maioria das bactérias anaeróbias obrigadas e protozoárias, mediante a redução química intracelular que é efetuada por mecanismos únicos do metabolismo anaeróbico. O metronidazol reduzido, que é citotóxico, porém de vida curta, interage com o DNA e produz uma perda da estrutura helicoidal, ruptura da cadeia e inibição resultante da síntese de ácidos nucléicos e morte celular (ANVISA, 2015)

Para o odor grau I (aquele que é sentido ao abrir o curativo), procede-se com a limpeza da lesão previamente e logo após colocação de cobertura primária de gazes embebidas com hidróxido de alumínio ou sulfadiazina de prata e/ou o carvão ativado envoltos em gaze embebida com solução fisiológica a 0,9% (MATSUBARA, VILELA, 2012).

A sulfadiazina de prata a 1% hidrofílica é um creme dermatológico de ação bactericida imediata e bacteriostática residual pela liberação de pequenas quantidades de prata iônica. Provoca precipitação de proteínas, com ação sobre a membrana citoplasmática bacteriana. Possui efetiva ação contra ampla microbiota de gram-negativos além de incluir bactérias gram-positivas (BARRETO; PRADO; TONINI, 2014). No uso tópico concomitante de sulfadiazina de prata com enzimas proteolíticas, pode ocorrer a inativação destas enzimas pela prata (GUIMARÃES; GIOVANINI, 2014).

O carvão ativado com prata é uma cobertura estéril, composta de tecido de carvão ativado impregnado com prata, envolto externamente por uma película de náilon, selada em

todas as bordas. A camada que não é de tecido, proporciona o fluxo de exsudado para o tecido de carvão ativado, que retém as bactérias, as quais são inativadas pela ação da prata. O carvão ativado elimina odores desagradáveis, porque tem a capacidade de filtrá-los, melhorando a qualidade de vida dos pacientes. Essa cobertura não tem capacidade de absorção significativa, necessitando de cobertura secundária absorvente quando for utilizada em feridas exsudativas (GUIMARÃES; GEOVANINI, 2014).

No que se diz respeito ao odor grau II (aquele sentido sem abrir o curativo), realiza-se a antisepsia e irrigação com solução de metronidazol (1 comprimido de 250mg diluído para 250ml de soro fisiológico 0,9%). Se a lesão apresentar tecido necrótico do tipo coagulase e estiver endurecido, proceder escarotomia<sup>1</sup> (em nível de subcutâneo) e logo após administrar no leito da ferida comprimidos macerados, ocluindo com gaze embebida em vaselina líquida. Outras opções são: cobrir a lesão com metronidazol creme vaginal ou gel a 0,8% ou irrigar o leito da ferida com solução injetável diluída na proporção 1/1 (100 ml da droga diluída em 100 ml de soro fisiológico 0,9% (MATSUBARA; VILLELA, 2012).

Já para o odor grau III (aquele que se apresenta fétido e nauseante), deve-se considerar uma emergência dermatológica; desta forma, seguir os passos descritos no controle de odor graus I e II e considerar, junto com a equipe médica, a possibilidade de se associar o uso de metronidazol sistêmico endovenoso ao uso tópico. Posteriormente, pode-se seguir com o uso sistêmico via oral, porém mantendo o uso tópico (MATSUBARA; VILLELA, 2012).

Para o controle do exsudato, existem vários curativos absorventes, tais como: carvão ativado/alginato de cálcio, hidrogel amorfo, utilizando gaze do tipo zobec como cobertura secundária, além da associação de antibioticoterapia.

Guimarães e Geovanini (2014) ressaltam que o alginato de cálcio é uma cobertura biodegradável de polissacarídeos complexos, altamente absorventes, extraídos de algas marrons encontradas nos mares da Noruega, Escócia e Irlanda. Essa cobertura é estéril e pode estar na forma de placa ou de cordão, devendo ser associada a uma cobertura secundária. Geralmente, é utilizada gaze estéril associada à atadura, adesivo microporoso, esparadrapo antialérgico ou alguma cobertura impermeável para ocluir e fixar a cobertura secundária.

O alginato auxilia o debridamento autolítico, além de reduzir o tempo de cicatrização e ser fácil de aplicar e remover. A finalidade principal é a absorção; portanto, ao entrarem em contato com o exsudato, as fibras serão imediatamente umidificadas (GUIMARÃES; GEOVANINI, 2014).

---

<sup>1</sup> ESCAROTOMIA: incisão da pele em toda a sua espessura, atingindo-se o subcutâneo

De acordo com Barreto; Prado; Tonini (2014) o hidrogel é um gel amorfo, transparente, incolor, composto de no mínimo 77,7% de água, 2,3% de carboximetilcelulose e 20% de propilenoglicol, podendo ser acrescido de óleos de origem vegetal (AGE), conservantes, e alginato de cálcio e sódio. O alto teor de água presente na formulação faz com que atue como doadora de umidade, hidratando a ferida, estimulando o processo de cicatrização, granulação e epitelização. Amolece o tecido desvitalizado através do debridamento autolítico ou facilita a retirada mecânica desses tecidos, além de aliviar a dor pela umidificação de possíveis terminações nervosas expostas na lesão (BARRETO; PRADO; TONINI, 2014)

A carboximetilcelulose é responsável pela reidratação celular e pelo debridamento e o propilenoglicol estimula a liberação de exsudato (BARRETO; PRADO; TONINI, 2014)

O alginato de cálcio e sódio aumenta a consistência do hidrogel e age juntamente com a carboximetilcelulose, retendo água em sua estrutura e adquirindo forma de gel, ajudando a manter o meio úmido, favorecendo o debridamento e a absorção de exsudato (BARRETO; PRADO; TONINI, 2014)

Compressa de gaze algodoadada do tipo zobec é feita para absorver líquidos e secreções, limpar e proteger ferimentos e curativos em geral, minimizando o risco de vazamento de líquidos, dando melhor aparência aos curativos propiciando maior conforto ao paciente (BARRETO; PRADO; TONINI, 2014)

A pele perilesional pode tornar-se macerada pelo contato constante com secreção; desta forma, é recomendado o uso de óxido de zinco ou aplicação de vitamina A associada à vitamina D em forma de pomada, no intuito de proteger a pele. É necessário atentar para a coleta de secreção para realização de cultura (INCA 2009; MATSUBARA; VILLELA, 2012).

Segundo Aguiar (2014), o óxido de zinco é um mineral amplamente encontrado nas ostras, oleaginosas e carne, além do gérmen de trigo. Sua ação está relacionada com a modulação das secreções sebáceas produzidas pela pele, por isso alguns estudos encontraram uma menor dosagem de zinco no plasma de pessoas com acne.

É também responsável pela manutenção da integridade da membrana celular e manutenção do DNA, além de fazer parte da enzima antioxidante superóxido dismutase (SOD), que age contra o processo de despolimerização do ácido hialurônico, responsável pela hidratação da pele. Por atuar na ativação da vitamina em nosso corpo, cumpre seu papel no processo de ceratinização e diferenciação epitelial, sendo de suma importância em cicatrizações.

Além de todos esses processos, o zinco também possui efeito anti-inflamatório por inibir a síntese de prostaglandinas de classe 2, mecanismo que garante melhor recuperação do processo de cicatrização, por impedir reações adversas causadas pela inflamação.

Conforme Aguiar (2014), a vitamina A ou retinol é uma vitamina lipossolúvel que foi descoberta em 1913 e suas formas químicas é o álcool retinol, o ácido carboxílico retinoico, o aldeído retinaldeído e os carotenoides (pró vitamina A). A vitamina A pré-formada pé encontrada em fontes animais e o caroteno em fontes vegetais. No que tange à questão cutânea, a vitamina a é de suma importância, pois participa de ceratinização da pele, promovendo maior resistência e integridade. O carotenoide é reconhecido pela ação no combate aos radicais livres causadores do envelhecimento precoce e pode aumentar as defesas da pele.

A conversão do carotenoide em vitamina A em nosso corpo é dependente da enzima retinalredutase, que tem como cofator o mineral zinco, que possui ótimas propriedades cicatrizantes.

Já a vitamina D é uma vitamina lipossolúvel que regula o metabolismo do cálcio e do fósforo; é sintetizada na pele e tem um papel na fisiologia dos queratinócitos.

Para o controle do prurido, o primeiro passo é investigar a causa. Em seguida para o controle do prurido realiza as seguintes ações: aplicar dexametasona creme 0,1% no local referido; se o prurido for persistente, avaliar, junto com a equipe médica, a necessidade de terapia sistêmica; inspecionar o local, atentando para os sinais de candidíase cutânea ao redor da ferida. Nesses casos, deve-se aplicar pomada sulfadiazina de prata 1% (INCA, 2009; MATSUBARA; VILLELA, 2012).

A dexametasona a 0,1% tópica é um anti-inflamatório e antipruriginoso tópico, cujas ações são diminuir a inflamação ao suprimir a migração dos neutrófilos, diminuir a produção de mediadores inflamatórios e reverter o aumento da permeabilidade capilar e suprimir a resposta imunológica normal (FERREIRA et al., 2013).

Para controlar o sangramento, deve-se aplicar pressão diretamente sobre os vasos sangrantes; considerar a aplicação de soro fisiológico 0,9% gelado; curativos à base de colágeno hemostático, alginato de cálcio, ácido tranexâmico ou adrenalina, solução injetável topicamente sobre a ferida em seus pontos sangrantes; manter o curativo meio úmido, para evitar a aderência de gazes no sítio ou na superfície e nas bordas da lesão; verificar, com a equipe médica, a possibilidade de iniciar: coagulante sistêmico, intervenção cirúrgica, radioterapia anti-hemorrágica, sedação paliativa para casos de sangramento intenso, desespero

do paciente e avaliar a necessidade de hemotransfusões (INCA, 2009; MATSUBARA; VILLELA, 2012).

O colágeno biológico é composto de partículas de colágeno de origem bovina associadas à alginato de cálcio, na proporção de 90% de colágeno para 10% de alginato. Essa cobertura promove a epitelização e a granulação e controla o exsudato, formando um gel que mantém o meio úmido. Remove o excesso de exsudato, diminui a inflamação local e o edema e acelera o processo cicatricial (GUIMARÃES; GEOVANINI, 2014).

O ácido tranexâmico é um agente antifibrinolítico que forma um complexo reversível que desloca o plasminogênio fibrina, acarretando inibição da fibrinólise, inibindo a atividade proteolítica da plasmina. É utilizado no tratamento profilático e curativo das hemorragias por aumento da fibrinólise (FERREIRA et al., 2013).

A adrenalina é um medicamento vasopressor; estimulador dos receptores  $\alpha$  e  $\beta$  adrenérgicos. Em se tratando de feridas friáveis, este agente controla a hemorragia, uma vez que atua como vasoconstritor (FERREIRA et al., 2013).

No tratamento de fístulas cutâneas aplica-se óxido de zinco na pele ao redor da fístula, se possível adaptar o uso de bolsas coletoras nas fístulas com alta drenagem utilizando na proteção da pele o uso de placas de hidrocoloides, realizar curativos com carvão ativado e/ou alginato de cálcio, com compressa de gaze como cobertura secundária (INCA, 2009).

O hidrocoloide é uma placa que apresenta em sua camada externa composição de espuma de poliuretano e a camada interna de pectina e carboximetilcelulose sódica. Atua mantendo as células viáveis, estimulando a ação dos macrófagos e estimulam os fatores de crescimento.

No hidrocoloide em placa, a camada externa atua como barreira aos gases, líquidos, microrganismos e como proteção mecânica e térmica, pois mantém a temperatura ideal para o crescimento celular. A camada interna age mantendo o pH ácido, absorvendo o exsudato, mantendo o meio úmido através da expansão de suas partículas de celulose que interagem com o exsudato da ferida, formando um gel amarelado, viscoso e de odor acentuado, estimulando a angiogênese e o debridamento autolítico. Além disso, protege as terminações nervosas e não adere ao leito da ferida, aliviando a dor local e acelera o processo de granulação tecidual.

Ao término do curativo, é primordial o registro de todos os procedimentos realizados com o paciente e com a lesão, pois é através dele que é possível analisar e comparar a eficácia do tratamento e o bem estar do paciente. Devem-se registrar todas as intervenções realizadas,

incluindo a avaliação da lesão, a educação com o paciente e/ou cuidados destacando os pontos de dificuldades, de entendimento, habilidade e os resultados obtidos (INCA, 2009).

O enfermeiro deve implementar cuidados paliativos para auxiliar no controle desses sinais e sintomas visto que no paciente em processo de terminalidade com ferida neoplásica apresenta além de sintomas físicos, prejuízo da autoimagem, da autoestima, sensação de enojamento de si, o que concorre para o isolamento social. Desta forma, um dos objetivos dos cuidados paliativos é o controle dos sinais e sintomas decorrentes das lesões e a manutenção do bem estar psíquico, social e espiritual.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de Pesquisa**

Trata-se de uma pesquisa descritiva de caráter quantitativo. De acordo com Gil (2008), a pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição de determinada população ou fenômeno. As pesquisas descritivas são associadas às exploratórias, as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática. Segundo Minayo (2010) o método de pesquisa quantitativo tem como objetivo trazer à luz dados, indicadores e convergências que podem ser observados ou produzir modelos teóricos de grande devaneio com aplicabilidade prática.

#### **3.2 Local da Pesquisa**

A pesquisa foi realizada em um hospital filantrópico no município de Campina Grande/PB, que é caracterizado por ser uma instituição referência da região da Borborema paraibana que atende pacientes com doença oncológica e que oferece serviços de quimioterapia e radioterapia, bem como acompanhamento ambulatorial.

#### **3.3 População e Amostra**

Para Gil (2008), a população envolve informações acerca do universo a ser estudado. Nesse sentido, a população definida para o estudo será representada por enfermeiros assistenciais. Já a amostra é uma porção ou parcela, convenientemente selecionada do universo (população); é um subconjunto do universo. O tamanho da amostra diz respeito à quantidade de pessoas que irá participar do estudo (GIL, 2008).

Para selecionar a amostra, utilizou-se os seguintes critérios de inclusão: enfermeiros assistenciais, que realizassem curativos em pacientes com feridas neoplásicas e que tivessem, pelo menos seis meses de experiência na área e que estivessem exercendo suas atividades laborais no dia da coleta. E como critérios de exclusão: enfermeiros que não estivessem afastados no momento da coleta dos dados (licença saúde, férias, licença maternidade ou afastado para capacitação).

Nesse sentido, participaram do estudo, 22 enfermeiros da referida instituição de saúde. A amostra foi não probabilística, pois considerou-se o sujeito que, consultado no local da unidade hospitalar dispusera em colaborar, respondendo o questionário a ele apresentado pelo responsável da pesquisa.

#### **3.4 Instrumento para coleta de dados**

Para coleta de dados foi elaborado um questionário estruturado, contendo duas seções: a primeira se destinou aos aspectos sociodemográficos e profissionais dos participantes da pesquisa, que teve como objetivo fazer uma breve caracterização dos(as) participantes deste

estudo; neste continha informações sobre o sexo, idade, estado civil, tempo de formação acadêmica e tempo de experiência na área de oncologia e pós-graduação. Na segunda parte do questionário foram elaborados instrumentos contendo questões acerca dos cuidados a pacientes com feridas neoplásicas, norteadas pelo protocolo no Ministério da Saúde e Instituto Nacional do Câncer sobre tratamento e controle de feridas tumorais – MS/INCA (2011), a saber:

**1 – Avaliação da ferida tumoral e das necessidades do paciente:** trata-se de um instrumento composto por 17 itens relacionados a avaliação da área da lesão (por exemplo, localização, tamanho, estadiamento dentre outros), no qual o respondente deveria indicar, respectivamente, a sua resposta enfatizando o seu **saber e fazer** do cuidado com o paciente que apresentava feridas; para isso, ele indicava a sua resposta, referente ao **saber**, numa escala de três pontos (1 = não sei, 2 = sei em parte e 3 = sei). Em relação ao **fazer**, o mesmo sujeito, assinalava a sua respostas numa escala binomial (por exemplo, 1 = sim e 2 = não).

**2 – Avaliação dos cuidados básicos com a ferida tumoral:** trata-se de um instrumento composto por 17 itens relacionados a avaliação da área da lesão (por exemplo, localização, tamanho, estadiamento dentre outras), no qual o respondente deveria indicar, respectivamente, a sua resposta enfatizando o seu **saber e fazer** do cuidado com o paciente que apresentava feridas; para isso, ele indicava a sua resposta, referente ao saber, numa escala de três pontos (1 = não sei, 2 = sei em parte e 3 = sei). Em relação ao fazer, o mesmo sujeito, assinalava a sua respostas numa escala binomial (por exemplo, 1 = sim e 2 = não).

**3 – Avaliação dos cuidados específicos com a ferida tumoral:** este instrumento é composto por quatro (4) subitens: a) avaliação do controle da dor, composto por 14 itens; b) avaliação do controle do odor, composto por 7 itens; c) avaliação do controle do exudato, composto por 3 itens; d) avaliação do controle do sangramento, composto por por 10 itens. Em todos eles, o respondente deveria indicar, respectivamente, a sua resposta enfatizando o seu **saber e fazer** do cuidado com o paciente que apresentava feridas; para isso, ele indicava a sua resposta, referente **ao saber**, numa escala de três pontos (1 = não sei, 2 = sei em parte e 3 = sei). Em relação **ao fazer**, o mesmo sujeito, assinalava as suas respostas numa escala binomial (por exemplo, 1 = sim e 2 = não).

### 3.5 Coleta de Dados

O objetivo da coleta de dados é facilitar o desenvolvimento da pesquisa onde a mesma deve ser realizada de forma planejada e coesa (ANDRADE, 2012). É através da coleta de dados que são obtidos os dados necessários para o desenvolvimento do estudo, bem como

para a análise dos resultados e conseqüentemente a sua discussão. A coleta foi realizada durante o período de maio a junho de 2016.

### **3.6 Análise dos Dados**

Para a análise dos dados utilizou-se a estatística descritiva (média, desvio padrão e frequências em percentagens) e, para isso, utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* 22.0 (SPSS-22).

### **3.7 Considerações Éticas:**

No que se refere às considerações éticas, a presente pesquisa foi norteada pelo Código de Ética dos Enfermeiros – Resolução nº 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem, como também pelas Diretrizes e Normas Regulamentadoras para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, no cenário brasileiro, contemplados pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) / Ministério da Saúde (MS) que dispõe sobre pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012).

Assim, o projeto de pesquisa foi submetido à qualificação pela Unidade Acadêmica de Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (UAENFE/CES) e depois submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Alcides Carneiro, o qual teve sua aprovação com o parecer nº 1.321.296 e com CAAE nº 50354615.8.0000.5182.

É imperioso ressaltar que na fase empírica da pesquisa, os participantes foram esclarecidos quanto à possibilidade de desistência na participação do estudo, em qualquer etapa do seu desenvolvimento, sem que esta acarretasse nenhum prejuízo ou constrangimento aos mesmos, bem como que sua identidade seria mantida no anonimato, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual informa o teor científico e as características da pesquisa no momento em que foi realizada a coleta de dados.

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo, 22 enfermeiros da referida instituição de saúde, os quais, 91% eram do sexo feminino, 68% casados, com idade variando de 24 a 62 anos (Media = 36,6, dp = 9,31), 32% tinham 5 anos de formação acadêmica, no que se refere a experiência na área de oncologia, 54% afirmaram ter de 1 a 2 anos, 14% de 3 a 4 anos e de 5 a 10 anos 32%, 55 tinha pós-graduação *lato sensu*.

A partir da coleta e formatação do banco de dados da pesquisa, realizou-se uma análise de frequência, a qual teve como objetivo avaliar a distribuição das respostas dos sujeitos nos referidos instrumentos sobre o cuidado com o paciente que apresentava ferida neoplásica. Desta forma, visando uma melhor compreensão para o leitor, os resultados serão apresentados por duas seções: a do **saber** e a do **fazer** das avaliações específicas destacadas no instrumento, isto é, apresentar-se-á inicialmente, o **saber** e o **fazer** da avaliação da ferida e das necessidades do paciente descritos na Tabela 1 logo a seguir, e assim sucessivamente, para as demais seções avaliativas.

**Tabela 1** – Distribuição das respostas dos enfermeiros acerca do **saber** e do **fazer** sobre a avaliação da ferida e das necessidades do paciente. Campina Grande – PB, 2016.

	Você avalia a ferida e as necessidades do paciente									
	Quanto você sabe						Quanto você faz			
	Não sei		Sei em parte		Sei		Sim		Não	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1.Localização	1	4	7	32	14	<b>64</b>	11	<b>55</b>	10	45
2.Tamanho	3	14	10	<b>45</b>	9	41	8	36	13	<b>64</b>
3.Estadiamento	3	14	11	<b>50</b>	8	36	6	27	16	<b>73</b>
4.Área de envolvimento	1	4	10	46	11	<b>50</b>	9	41	13	<b>59</b>
5.Cor	1	5	7	32	14	<b>64</b>	10	45	12	<b>55</b>
6.Extensão	1	5	6	27	15	<b>68</b>	10	45	12	<b>55</b>
7.Odor	1	5	2	9	19	<b>86</b>	13	<b>59</b>	9	41
8.Exsudato	2	9	3	14	17	<b>77</b>	12	<b>56</b>	10	44
9.Sangramento	1	5	2	9	19	<b>86</b>	12	<b>56</b>	10	44
10.Dor	1	5	2	9	19	<b>86</b>	13	<b>59</b>	9	41
11.Prurido	1	5	5	23	15	<b>72</b>	10	44	12	<b>56</b>
12.Descamação	3	14	7	32	12	<b>54</b>	9	41	13	<b>59</b>
13.Sinais de infecção	2	9	6	27	14	<b>64</b>	11	<b>50</b>	11	<b>50</b>
14.Acometimento ou invasão de órgãos ou sistemas	5	23	7	32	10	<b>45</b>	7	32	15	<b>68</b>
15.Progressão ou mudança da ferida	5	23	4	18	12	<b>59</b>	7	32	15	<b>68</b>
16.Produtos necessários/apropriados para a ferida	4	18	9	<b>42</b>	9	40	5	23	17	<b>77</b>
17.Identificar as necessidades educacionais do paciente ou cuidador quanto aos cuidados com a ferida após	3	14	7	32	10	<b>54</b>	10	44	12	<b>56</b>

a alta										
<b>TOTAL</b>	22	100	22	100	22	100	22	100	22	100

**FONTE:** Dados da pesquisa, 2016

Na Tabela 1, no que concerne à seção do **saber**, é possível observar que na maioria dos itens, os respondentes afirmaram que **sabiam** avaliar a ferida e as necessidades do paciente nos itens: localização, área de envolvimento, cor, extensão, odor, exsudato, sangramento, dor, prurido, descamação, sinais de infecção, acometimento ou invasão de órgãos ou sistemas, progressão ou mudança da ferida e identificar as necessidades educacionais do paciente ou cuidador quanto aos cuidados com a ferida após a alta; por outro lado, em três itens os respondentes indicaram que **sabiam avaliar, em parte**, os seguintes itens: tamanho, estadiamento e produtos necessários/apropriados para a ferida.

No que se refere à seção do **fazer**, a maioria dos sujeitos respondeu que **não faziam** à avaliação a ferida e as necessidades do paciente nos itens: tamanho, estadiamento, área de envolvimento, cor, extensão, prurido, descamação, sinais de infecção, acometimento ou invasão de órgãos ou sistemas, progressão da ferida, produtos necessário/apropriados para a ferida, identificar as necessidades educacionais do paciente ou cuidador quanto aos cuidados com a ferida após a alta e cinco mencionaram que **faziam** a avaliação da ferida nos itens: localização, odor, exsudato, sangramento, dor e sinais de infecção. Nesta seção vale destacar que, de todo o instrumento, no item, 'sinais de infecção', o resultado foi muito igualitário, resultando para o estudo uma reflexão dúbia a respeito da frequência.

Na área específica da atenção à pessoa com feridas, é imprescindível que profissionais da saúde, entre eles o enfermeiro, desenvolva, o conhecimento científico (**o saber**), as habilidades (**o saber fazer**), o componente ético e relacional (**o saber estar e ser**) e a curiosidade científica (**o saber aprender**) (MARTINS; BANDEIRA; MARTINS, 2015).

Nesse processo, **o saber** da Enfermagem passou por etapas distintas que vão desde o enfoque técnico à busca dos princípios científicos, e da utilização do método científico para o planejamento da assistência à formulação de concepções teóricas que consigam abranger a complexidade que envolve o cuidado (SANTO; PORTO, 2006).

Assim, ressaltam Almeida e Rocha (1989, p.24) “o cuidado de enfermagem comporta em sua estrutura o conhecimento (**o saber** da Enfermagem) corporificado em um nível técnico (instrumentos e condutas) e relações sociais específicas, visando o atendimento de necessidades humanas”.

Considerando tais resultados, pode-se destacar que, em relação ao **saber**, a maioria dos profissionais informou **saber** avaliar a ferida destacando, desta forma, que utilizam o

conhecimento baseado nos princípios científicos na prática assistencial. Como afirmam Queiroz, Silva e Santos (2000), a competência envolve não só a apropriação significativa de conhecimentos científicos, mas também a realização de ações na prática, com utilização adequada das tecnologias, quer de manutenção de saúde quer de reparação dos problemas dos cidadãos, e estas envolvidas numa forte componente relacional de valorização da pessoa como centro de todos os cuidados.

A avaliação de feridas tem se mostrado como um papel de grande relevância para o profissional de enfermagem. Esta consiste em um processo dinâmico e ordenado, considerando tanto a conduta terapêutica adotada na prática do curativo quanto a história clínica do paciente, analisando dados obtidos por ele ou familiar, que tem como finalidade facilitar o cuidado e a escolha do tratamento adequado, bem como proporcionar uma documentação sistematizada das características da ferida (DEALEY, 2008; IRON, 2011; MATSUBARA, 2012).

No que se refere à pessoa com ferida neoplásica, a avaliação do paciente e da lesão são condições *sine qua non* para um cuidado efetivo, pois sem estes indicadores torna-se impossível desenvolver um plano de cuidados baseado nas dimensões físicas em que o paciente se encontra. Devido à complexidade dessas feridas, a avaliação inicial e registro das informações obtidas servem de subsídio para avaliações futuras, a fim de obter comparações, de forma que possa ajudar aos profissionais de saúde modificarem ou ajustarem suas intervenções, que porventura não estejam obtendo sucesso. Por isso, a avaliação da ferida neoplásica deve ser realizada e documentada diariamente e deve incluir a avaliação de todos os itens citados na Tabela 1 (HAISFIELD-WOLFE; RUND, 2002; FIRMINO, 2005; WOO; SIBBALD, 2010; MERZ et al., 2011; INCA, 2011; WILLIS; SUTTON, 2013).

Além dos aspectos físicos, a avaliação e o registro devem incluir o impacto da ferida sobre o bem-estar psicológico e social do paciente e o nível de conhecimento do paciente e do cuidador diante dos cuidados com a lesão (HAISFIELD-WOLFE; RUND, 2002; FIRMINO, 2005; WOO; SIBBALD, 2010; MERZ et al., 2011; INCA, 2011; WILLIS; SUTTON, 2013).

É oportuno ressaltar que, durante o processo avaliativo, se faz necessário descrever as razões pelas quais as intervenções não foram realizadas; condições que exijam reavaliação da lesão, ou seja, agravamento das condições clínicas, psíquicas e sociais do paciente; inabilidade do cuidador em realizar o curativo e motivos pelos quais quando da impossibilidade em obter as coberturas e produtos necessários para o tratamento da lesão (HAISFIELD-WOLFE; RUND, 2002; FIRMINO, 2005; WOO; SIBBALD, 2010; MERZ et al., 2011; INCA, 2011; WILLIS; SUTTON, 2013).

No que se refere aos itens mencionados pelos enfermeiros como ‘**saber em parte**’, ou seja, estadiamento, áreas de envolvimento e coberturas necessárias/apropriadas para as lesões, acredita-se que, provavelmente, o conhecimento parcial sobre esses aspectos podem estar relacionados à incipiência da temática em tela na educação formal universitária, à escassez de pós-graduações *lato sensu* na área de dermatologia, oncologia e/ou cuidados paliativos, carência de estudos nacionais acerca do tema objeto do estudo e à fragilidade de educação permanente na instituição lócus da pesquisa.

Em relação ao item ‘estadiamento’, estudo de Santos (2014) verificou que os enfermeiros participantes da pesquisa apresentaram dificuldades em avaliar a ferida neoplásica utilizando essa escala de classificação.

Nesse sentido, vale ressaltar que a classificação para o estadiamento de feridas neoplásicas foi proposta pelas enfermeiras Haisfiel-Wolfe e Baxendale-Cox, em 1999 e foi baseada no sistema de classificação em estágios da úlcera por pressão, criado pelo *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), em 1989. A finalidade dessa classificação é verificar o grau em que se encontra a lesão, com vistas à elaboração de um plano de cuidados visando o controle de sinais e sintomas, que porventura a ferida esteja apresentando.

Nesse contexto, a área de envolvimento está diretamente relacionada ao estadiamento, ou seja, à progressão da ferida. A evolução das feridas neoplásicas retrata o processo de oncogênese acontecendo sobre o tegumento e está relacionada ao crescimento tumoral, da neovascularização e da invasão da membrana basal da célula (FIRMINO, 2005)

Esse último passo citado é essencial na formação dessas feridas e inclui três eventos fisiopatológicos: a) atração de células específicas para a base da membrana; b) degeneração da base da membrana pelas células cancerígenas, com secreção direta de proteases e outras enzimas hidrolíticas e formação de uma dura fibrose desmoplásica; c) o movimento do tumor por pseudopodia, que incorre em protusão em direção determinada por agentes quimiotáticos presentes dentro da matriz alterada pela proteólise desencadeada (FIRMINO, 2005).

Porém, em evolução contínua, o nódulo progride para a formação exofítica que essas feridas apresentam no paciente com câncer avançado, o que torna possível ter a progressão da lesão como parâmetro da evolução da doença (FIRMINO, 2005).

Por esse motivo, devido à dinamicidade da ferida oncológica é necessário uma avaliação periódica e qualificação dos profissionais para uma assistência de qualidade.

No que se concerne às coberturas e produtos recomendados para as feridas neoplásicas, torna-se urgente o aperfeiçoamento das enfermeiras participantes da pesquisa para atuação especializada na área de Oncologia, em suas diversas modalidades, considerando

seus diferentes níveis de complexidade, haja vista que as lesões neoplásicas apresentam especificidades fisiopatológicas, como descritas anteriormente, merecendo, dessa forma, atenção especial aos curativos a serem indicados.

É oportuno ressaltar a importância do aperfeiçoamento como incentivador do processo de ensino-aprendizagem do enfermeiro relacionado ao Processo de Enfermagem de pacientes com doença oncológica, contudo, há que se considerar o tempo de formação bem como o conhecimento prévio acumulado, uma vez que algumas participantes mencionaram tempo de formação e experiência profissional de um ano. O aperfeiçoamento como instrumento catalisador do processo de apreensão do conhecimento, tem sido útil pois, através de cursos, palestras e eventos científicos, os enfermeiros aproximam-se dos métodos de avaliação e tratamento de feridas, tendo maior chance de aplicá-los na prática.

Nesse contexto, Domingues e Chaves (2005) ressaltam a importância do empoderamento científico adquirido pelos enfermeiros seja na graduação ou nos cursos de pós-graduação, visto que ao apropriar-se deste saber, os enfermeiros terão mais segurança ao desenvolver suas habilidades técnicas durante o cuidado com o paciente, aumentando sua capacidade na tomada de decisões, iniciativa e responsabilidade.

Além do empoderamento científico, o enfermeiro deve atentar para os preceitos éticos da profissão, pois é de sua responsabilidade e dever manter-se atualizado, aprimorar os seus conhecimentos, em benefício dos pacientes e da profissão. Está assegurado no próprio Código de Ética que a enfermagem é autônoma, comprometida com a saúde do ser humano, atuando na promoção, proteção, recuperação e reabilitação das pessoas, respeitando os preceitos éticos e legais.

No que se concerne à seção **fazer**, os enfermeiros responderam que não realizavam tal procedimento. Desta maneira, percebe-se uma incoerência com a seção anterior, a que se refere ao **saber**, uma vez que a maioria dos profissionais informou **saber avaliar** o paciente e a ferida.

Nesse contexto, atingir competências necessárias para o desenvolvimento de ações autônomas sempre foi um desafio para a Enfermagem. Todavia, se faz mister que o enfermeiro disponha de conhecimentos e habilidades capazes de contribuir com a qualidade da assistência de seus pacientes. Acredita-se, que esse desafio possa ser superado quando os enfermeiros começarem a utilizar, efetivamente, o processo de enfermagem, uma vez que favorece o desenvolvimento dos papéis específicos da Enfermagem e demonstra a complexidade do cuidado (SILVA; NÓBREGA; FONTES, 2009).

O processo de enfermagem é organizado em cinco fases: coleta de dados (levantamento de dados, histórico), diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação; as quais são inter-relacionadas, possibilitando a organização do cuidar de modo sistemático (SILVA; NÓBREGA; FONTES, 2009).

A primeira fase do processo de enfermagem, a coleta de dados, é uma fase imprescindível para que ocorra o sucesso nas demais fases. Uma vez que, é por meio da coleta de dados que se estabelece a relação de empatia/antipatia entre enfermeiro/paciente, é também, a fase onde o enfermeiro coloca em prática toda sua capacidade de observar e mensurar as necessidades específicas do paciente (SILVA; NÓBREGA; FONTES, 2009).

Para estabelecer um banco de dados sobre o paciente, o enfermeiro lança mão de algumas técnicas, entre elas, a observação, a entrevista e o exame físico, os quais oferecem informações completas sobre a condição do paciente, possibilitando traçar um plano de cuidados posteriormente (SILVA; NÓBREGA; FONTES, 2009).

Nesse contexto, encontra-se a avaliação do paciente e da lesão, em particular, do paciente com doença oncológica que apresenta ferida neoplásica, objeto do estudo da pesquisa em tela. É por meio da avaliação do paciente e da lesão, que o enfermeiro consegue detectar problemas, tais como: alteração de pele mais frequente, características da lesão, sinais e sintomas mais frequentes, nível de conhecimento dos pacientes e cuidadores sobre a doença; dificuldades encontradas pelos pacientes e cuidadores na realização de um curativo, implicações psicológicas, sociais e espirituais decorrentes da ferida que o paciente apresenta dentre outras.

No entanto, a maioria das enfermeiras participantes da pesquisa respondeu que não realizava a avaliação do paciente e da ferida. Isso leva a pensar sobre alguns fatores que podem ser considerados limitantes para essa prática profissional, a saber: problemas no dimensionamento de pessoal, fragilidade no conhecimento obtido na formação acadêmica, inabilidade em realizar cuidados com feridas neoplásicas, falta de insumos que auxiliem na avaliação da lesão, inexistência de protocolo institucional para o cuidado com lesões neoplásicas, ou, simplesmente, o desconforto em executar quaisquer tipos de procedimentos que estejam relacionados diretamente com feridas.

Nesta perspectiva, é oportuno ressaltar alguns aspectos que possam ser adotados a fim de minimizar os fatores limitantes para a prática no cuidado à pessoas com feridas neoplásicas pela instituição lócus da pesquisa e pelo próprio profissional de enfermagem, a saber:

- a) Entende-se que a qualidade da assistência prestada durante o cuidado de feridas neoplásicas é proporcional às condições que o profissional possui para avaliar e intervir nos fatores que

interferem no processo de cuidar dessas lesões. Assim, uma opção a ser adotada para diminuir o problema de falta de materiais seria a construção de protocolos. A partir desses instrumentos, é possível padronizar, especificar e classificar os materiais e equipamentos necessários para a avaliação das feridas, o que é imperativo para a gestão dos mesmos e para garantir a qualidade do cuidado (FERREIRA, 2010; RABEH et al, 2012; SEHNEM, 2015).

- b) No tocante à ausência de protocolos institucionais; se faz necessário considerar que o processo de trabalho de profissionais de enfermagem vem tornando-se cada vez mais complexo, sendo permeado pelos avanços tecnológicos. Desse modo, a elaboração de protocolos que orientem, normatizem e proporcionem a segurança do paciente e a qualidade das intervenções utilizadas no cuidado à pessoas com feridas neoplásicas se faz urgente. Além disso, para o enfermeiro exercer uma assistência autônoma à pessoa com ferida neoplásica é necessário objetivar, otimizar e padronizar intervenções para avaliação e controle de sinais e sintomas das feridas tumorais. Isso deve ser realizado mediante protocolos técnicos que garantam respaldo legal, técnico e científico ao profissional, com vistas a melhorar a assistência à pessoa com esse tipo de ferida. Nesse ínterim, merece o destaque o Manual do Instituto Nacional do Câncer, publicado desde 2009, e traz recomendações para o cuidado com essas pessoas (FERREIRA, 2010; RABEH et al, 2012; SEHNEM, 2015).
- c) A ausência de programas de atualização específicos acerca da temática em tela é um aspecto preocupante, tendo em vista que pode acarretar uma fragilidade no conhecimento de enfermeiros que vivenciam o processo de cuidar de pessoas com feridas neoplásicas. O cuidado de pessoas com essas feridas exige autonomia profissional; desse modo, é preciso que o enfermeiro disponha de conhecimento técnico-científico, além das responsabilidades éticas. Portanto, a instituição de saúde deve encontrar meios pelos quais possa viabilizar uma educação permanente, a fim de elaborar estratégias e desenvolver ações de treinamento contínuo (FERREIRA, 2010; RABEH et al, 2012; SEHNEM, 2015).
- d) Embora o cuidado de feridas esteja intimamente associado ao trabalho do enfermeiro, nem todos se sentem confortáveis em executá-lo, dada às próprias características das feridas, especialmente aquelas que geram deterioração física da pessoa, como as feridas neoplásicas (PEREIRA et al, 2010). Nesse contexto, cabe mencionar que é de atribuição do enfermeiro prestar cuidados livres de danos, investir em atualização do conhecimento, agir com prudência e humanização, supervisionar e responsabilizar-se pelos cuidados oferecidos à clientela, buscar sempre o bem-estar físico, psíquico, social e espiritual do paciente e a consolidação da autonomia. A esse respeito, urge a necessidade de legislação específica que verse sobre a autonomia do enfermeiro no cuidado de pessoas com feridas em nível nacional,

pois só assim haverá respaldo legal de uma atividade que é inerente desde os primórdios da profissão (FERREIRA; BOGAMIL; TORMENA, 2008).

- e) A complexidade e o desenvolvimento do trabalho de enfermagem tem suas particularidades, pois, os enfermeiros desempenham várias competências dentro da prática hospitalar, dentre elas, a administrativa e a assistencial. Nesse contexto, com o aumento da carga de trabalho devido às atividades gerenciais da unidade, o enfermeiro apresenta uma limitação de tempo para a assistência, que por sua vez, direciona o seu atendimento para as atividades que lhe parecem ser prioritárias dentro do processo de cuidar. Com vistas a sanar esse problema, a instituição de saúde deve pensar em estratégias que visem um planejamento efetivo no dimensionamento de pessoal, de forma a equilibrar o quantitativo de profissionais disponíveis no mercado de trabalho com o aporte aceitável para o atendimento de acordo com a demanda de usuários nas instituições de saúde (MENEGUETTI et al., 2013; CUCOLO; PERROCA, 2015; BONFIM et al, 2016).

A partir de tais reflexões, entende-se que o acesso de profissionais, recursos materiais adequados e aperfeiçoamentos específicos são fatores indispensáveis para que possam ser viabilizadas condições necessárias para o estabelecimento de métodos de avaliação eficazes de pacientes com feridas neoplásicas.

**Tabela 2** – Distribuição das respostas dos enfermeiros acerca do **saber** e do **fazer** sobre os cuidados básicos realizados com a ferida neoplásica. Campina Grande – PB, 2016

	Cuidados básicos que você realiza com a ferida neoplásica									
	Quanto você sabe						Quanto você faz			
	Não sei		Sei em parte		Sei		Sim		Não	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Calçar luvas estéreis para proceder com o curativo	1	5	1	5	20	90	17	77	5	23
2. Retirar gazes anteriores com irrigação abundante utilizando SF 0,9%	1	4	3	14	18	82	13	59	9	41
3. Irrigar o leito da ferida com SF 0,9% em jato com seringa 20 mL/agulha 40 x 12 cm	2	9	9	41	11	50	11	50	11	50
4. Limpar a ferida para a remoção superficial de bactérias e <i>debris</i>	2	9	7	32	13	59	12	55	10	45
5. Empregar técnica asséptica (proceder com a limpeza do meio menos contaminado para o mais contaminado)	1	5	4	18	17	77	14	64	8	36
6. Conter/absorver exsudato	3	14	6	27	13	59	13	59	9	41
7. Manter úmido o leito da ferida	3	14	4	18	15	68	14	64	8	36
8. Eliminar espaço morto (preenchê-lo com curativo)	2	9	4	18	16	73	14	64	8	36
9. Promover os curativos simétricos com a aparência do paciente	3	14	7	32	21	54	14	64	8	36

10. Proteger o curativo com saco plástico durante o banho de aspersão e abrí-lo para troca somente no leito (evitando a dispersão de exsudato e microorganismos no ambiente).	4	18	10	46	7	34	9	41	13	59
<b>TOTAL</b>	22	100	22	100	22	100	22	100	22	100

**FONTE:** Dados da pesquisa, 2016

Na Tabela 2, em relação à seção do **saber** os entrevistados afirmaram conhecer os cuidados em relação ao manejo da lesão oncológica em relação aos itens: calçar luvas estéreis para proceder com o curativo, retirar gazes anteriores com irrigação abundante utilizando SF 0,9%, irrigar o leito da ferida com SF 0,9% em jato com seringa 20 mL/agulha 40 x 12 cm, limpar a ferida para a remoção superficial de bactérias e *debris*, empregar técnica asséptica (proceder com a limpeza do meio menos contaminado para o mais contaminado), conter/absorver exsudato, manter úmido o leito da ferida, eliminar espaço morto (preenchê-lo com curativo) e promover os curativos simétricos com a aparência do paciente; em um item os respondentes relataram que **sabiam avaliar, em parte**, o item: proteger o curativo com saco plástico durante o banho de aspersão e abrí-lo para troca somente no leito (evitando a dispersão de exsudato e microorganismos no ambiente).

No que se refere à seção do **fazer**, a maioria dos sujeitos responderam que **faziam** os cuidados básicos em relação ao manejo da lesão oncológica em relação aos itens: calçar luvas estéreis para proceder com o curativo, retirar gazes anteriores com irrigação abundante utilizando SF 0,9%, limpar a ferida para a remoção superficial de bactérias e *debris*, empregar técnica asséptica (proceder com a limpeza do meio menos contaminado para o mais contaminado), conter/absorver exsudato, manter úmido o leito da ferida, eliminar espaço morto (preenchê-lo com curativo) e promover os curativos simétricos com a aparência do paciente e treze mencionaram que não faziam o cuidado básico a ferida neoplásica no item: proteger o curativo com saco plástico durante o banho de aspersão e abrí-lo para troca somente no leito (evitando a dispersão de exsudato e microorganismos no ambiente).

Nesta seção vale destacar que, no item, “Irigar o leito da ferida com SF 0,9% em jato com seringa 20 mL/agulha 40 x 12 cm”, o resultado foi igualitário, o que determina uma ambiguidade em relação à frequência.

Considerando os resultados destacados na Tabela 2, observou-se que a maioria das enfermeiras, igualmente para a seção **‘saber’** e **‘fazer’**, responderam que sabiam e faziam os cuidados básicos com a pessoa com ferida neoplásica.

Para a realização de um cuidado adequado, determinadas regras e etapas devem ser respeitadas, mantendo-se um procedimento seguro e eficiente. Os procedimentos para a realização da terapêutica devem ser estabelecidos de acordo com a função do curativo e o grau de contaminação local (SILVA et al., 2011).

Nas feridas crônicas, o processo de cicatrização é longo e demorado ou muitas vezes inexistente, pois elas possuem diversos fatores que dificultam esse processo, como o excesso de exsudato e infecções, que costumam ser de recorrência frequente (DEALEY, 2008).

Entre os critérios para definir a cobertura ideal a ser utilizadas estão: proporcionar umidade adequada ao leito da ferida; proteger a ferida contra agressões do meio exterior, remover o excesso de exudação para evitar maceração, promover temperatura adequada no leito da ferida, ser de fácil utilização, aplicação e manejo (DEALEY, 2008).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Enfermagem em Feridas e Estética (SOBENFE), alguns princípios básicos para realização de um curativo são: utilizar luvas estéreis para proceder com o curativo, limpar a ferida com solução salina a 0,9% utilizando seringa de 20 mL e agulha 40 x 12 para promover irrigação, utilizar coberturas que mantenham o leito da lesão úmido, preencher cavidades, túneis e espaços mortos (BLANCK, 2010).

Cumprindo assinalar que esses cuidados básicos apresentam justificativas tanto do ponto de vista ecológico como econômico. Nesse sentido, é oportuno ressaltar cada um deles.

A técnica estéril é utilizada quando o curativo é realizado em ambiente hospitalar ou em outra instituição de saúde, utilizando material esterilizado, como pinças ou luvas para o manejo do material e solução salina a 0,9% para higienização e hidratação, além de cobertura estéril (BRASIL, 2011).

No que se diz respeito ao cuidado com feridas, há pouco consenso em relação ao uso de pinças ou luvas de procedimento ou estéreis. A escassez de estudos que buscam a sustentação científica dessas práticas assistenciais fortalece a necessidade de implantação de protocolos institucionais que padronizem a técnica de realização de curativos, com vistas a garantir a segurança do paciente e dos profissionais de saúde (FERREIRA; ANDRADE, 2008).

No entanto, livros-textos de enfermagem orientam a realização do curativo da área mais limpa para a área mais contaminada e, para obter esse fim, deve-se utilizar pinças estéreis que serão utilizadas para a remoção da cobertura secundária e para a realização de um novo curativo, com ênfase no controle de infecção da lesão (FERREIRA; ANDRADE, 2008).

O soro fisiológico é utilizado como adjuvante na limpeza de qualquer tipo de ferida. Por isso, deve ser empregado para umedecer a cobertura secundária, a fim de facilitar a remoção, e, assim, não agredir o leito da lesão e a região periferida. Quando utilizado em jato, promove a remoção de tecido desvitalizado, bactérias, fragmentos, exsudato e corpos estranhos facilitando a preparação do leito da lesão para aplicação da cobertura (AZEVEDO et al., 2014).

Para alcançar o jato adequado à irrigação de solução salina a 0,9%, utilizar a seringa de 20 mL com agulha 40 x 12 cm. Também poderá ser utilizado para essa finalidade uma sonda uretral demelaton adaptado à seringa, para limpar as lesões tunelizadas, fistulizadas e/ou locais de difícil acesso. Essa providência favorece a preservação do tecido de granulação e remoção do exsudato, tecidos aderidos ou outros corpos estranhos presentes na lesão.

A limpeza por irrigação impede a quebra das fibras dos novos tecidos e garante a limpeza adequada do leito da ferida. Os valores considerados normais para a limpeza com irrigação sobre pressão varia entre 4 e 15 “psi”. Se a pressão sob irrigação é muito baixa, inferior a 4 “psi”, a limpeza da lesão ficará a desejar, pois não é eficiente e se a pressão ocorre com valores superiores a 15 “psi” podem causar trauma para a ferida e disseminar bactérias até o tecido. A alta pressão aplicada sobre o ferimento dispersa o líquido e leva à penetração extensiva do líquido até as camadas mais profundas dos tecidos da lesão (MARTINS; MENEGHIN, 2010).

A eficácia desta técnica no tratamento de feridas engloba não só a pressão utilizada como também a solução irrigante. Considera-se a solução salina como a solução ideal, pelas suas propriedades isotônicas e por não interferir no processo de cicatrização. Este soluto não causa dano ao tecido, não provoca sensibilização ou alergia, nem altera a flora bacteriana normal da pele (ATIYEH; DIBO; HAYEK, 2009; BEE et al., 2009; FERNANDEZ; GRIFFITHS, 2010). Além dessas propriedades, a irrigação com solução salina reduz a taxa de infecção nas feridas e seu sucesso é proporcional à quantidade de solução usada (RODRIGUES; SILVA, 2012).

Além da limpeza com solução salina pelo método de irrigação, outro cuidado básico que deve ser priorizado é a manutenção da umidade do leito da ferida, que apresenta alguns benefícios, dentre eles: auxilia a migração das células da epiderme, promove alterações nos níveis de pH e oxigênio, mantém um gradiente elétrico e retém fluido da ferida na superfície. (DEALEY, 2008). Todos esses aspectos concorrem para a hidratação, aumento da circulação sanguínea no local e conseqüentemente, o suprimento de oxigênio aos tecidos, promovendo assim, a formação do tecido de epitelização e diminuição da dor no local da ferida, que é

causada pelas terminações nervosas oxidadas, resultado da sua exposição ao ar. Além disso, o meio úmido serve como barreira protetora aos ataques de possíveis microrganismos e também contribui para a remoção de fibrina e tecido necrótico (BORGES, 2010).

A maior crítica em relação ao meio úmido é que não há informações sobre o que constitui a quantidade correta de umidade na superfície das feridas, as quais podem produzir quantidades amplamente variadas de exsudato. Uma quantidade intensa de exsudato pode promover meio de cultura e crescimento de microrganismos, provocar maceração da pele adjacente, dermatite irritativa e perda da aderência da cobertura, além de deixar o paciente angustiados. Dessa forma, o equilíbrio da umidade na presença de exsudato intenso pode ser obtido por meio de coberturas absorventes, sistemas de reservatórios, métodos compressivos e terapia a vácuo (DEALEY, 2008).

Além da atenção em absorver o exsudato que a lesão gera, outro cuidado básico está relacionado ao preenchimento dos espaços mortos, túneis e fístulas que se desenvolvem no leito ou na região periferida. Essas aberturas são responsáveis pela formação de sero-hematomas, que possivelmente tornam-se meios de cultura e de crescimento de microrganismos, com conseqüente processo infeccioso (GEOVANINI, 2014).

O paciente com ferida neoplásica, geralmente, apresenta sensação de mutilação, rejeição de si mesmo, perda da autonomia e da autoestima, medo, déficit do autocuidado, perda de esperança de vida. Desse modo, a presença de uma lesão oncológica pode ser um fator determinante para a discriminação, estigma e rejeição social. Dependendo das características da ferida, o paciente tende a afastar-se de outras pessoas para não ouvir comentários desagradáveis ou não causar sentimentos de pena, medo, enojamento ou desgosto, o que resulta numa perda de confiança que pode ter impacto sobre a sua qualidade de vida (CAMARÃO, 2009).

Conseqüentemente, os curativos devem ser realizados de forma que o tamanho e o formato sejam proporcionais à lesão, a fim de evitar que ferida fique muito aparente e afete a autoimagem do paciente (AGUIAR; SILVA, 2012). Em vista disso, um curativo simétrico, confortável e esteticamente aceitável pode facilitar a atividade social do paciente (CAMARÃO, 2009).

**Tabela 3** – Distribuição das respostas dos enfermeiros acerca do **saber** e do **fazer** sobre os cuidados específicos para o controle da dor realizados com a ferida neoplásica. Campina Grande – PB, 2016

<b>Cuidados específicos que você realiza com a ferida neoplásica para o controle da dor</b>				
<b>Quanto você sabe</b>			<b>Quanto você faz</b>	
<b>Não sei</b>	<b>Sei em</b>	<b>Sei</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>

			parte							
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Monitorar o nível de dor pela Escala Visual Analógica	4	18	3	14	15	68	11	50	11	50
										
2. Considerar o uso de gelo e medicação analgésica COM	5	23	7	32	10	45	7	32	15	68
3. Iniciar o curativo após 30 minutos para analgesia via oral, 5 minutos para analgesia subcutânea ou endovenosa, e início imediato para a via tópica	6	27	6	27	10	46	5	23	17	77
4. Retirar os adesivos cuidadosamente	2	9	3	14	17	77	16	73	6	27
5. Adequar o horário de troca de curativos após o paciente já estar medicado	5	23	6	27	11	50	9	41	13	59
6. Avaliar a necessidade de analgesia tópica com lidocaína gel a 2%	7	32	7	32	8	36	6	27	16	73
7. Evitar friccionar com força o leito da ferida	4	18	4	18	14	64	12	55	10	45
8. Irrigar o leito da ferida com SF0,9%	2	9	3	14	17	77	15	68	7	32
9. Aplicar pomada de óxido de zinco nas bordas e ao redor da ferida	8	36	6	27	8	37	5	23	17	77
10. Observar a necessidade de analgesia após a realização do curativo	4	18	7	32	11	50	8	36	14	64
11. Reavaliar a necessidade de alteração do esquema analgésico prescrito	4	18	7	32	11	50	7	32	15	68
12. Considerar a necessidade, junto à equipe médica, de anti-inflamatórios, radioterapia antiálgica ou cirurgia	7	32	6	27	9	41	7	32	15	68
13. Registrar a avaliação da dor pela Escala Visual Analógica e a analgesia antes e após o curativo	5	23	7	32	10	45	6	27	16	73
14. Comunicar à equipe médica os casos de sofrimento álgico que fogem ao controle da conduta preconizada	5	23	6	27	11	50	8	36	14	64
<b>TOTAL</b>	22	100	22	100	22	100	22	100	22	100

**FONTE:** Dados da pesquisa, 2016

Na Tabela 3, em relação à seção do ‘**saber**’ os entrevistados afirmaram conhecer todos os cuidados específicos relacionados ao controle da dor na ferida neoplásica. Nesta seção vale destacar que, “Avaliar a necessidade de analgesia tópica com lidocaína gel a 2%”, o resultado foi igualitário entre “**não saber**” e “**não saber parte**” originando um dado ambíguo em relação a frequência.

No que se refere à seção do ‘**fazer**’, a maioria dos enfermeiros respondeu que **não faziam** os cuidados específicos relacionados ao controle da dor na ferida neoplásica nos itens: monitorar o nível de dor pela Escala Visual Analógica; considerar o uso de gelo e medicação analgésica conforme orientação médica; iniciar o curativo após 30 minutos para analgesia via

oral, cinco minutos para analgesia subcutânea ou endovenosa e início imediato para via tópica; adequar o horário de troca de curativos após o paciente já estar medicado; Aplicar pomada de óxido de zinco nas bordas e ao redor da ferida; observar a necessidade de analgesia após a realização do curativo; considerar a necessidade, junto à equipe médica, de anti-inflamatórios, radioterapia antiálgica ou cirurgia; Registrar a avaliação da dor pela Escala Visual Analógica e a analgesia antes e após o curativo e comunicar à equipe médica os casos de sofrimento álgico que fogem ao controle da conduta preconizada. Nesta seção, vale destacar que no item, “Monitorar o nível de dor pela Escala Visual Analógica”, o resultado foi igualitário originando um dado dúbio em relação a frequência.

Considerando os resultados da Tabela 3, observou-se que **todos** os enfermeiros conhecem os cuidados específicos aplicados para o controle da dor ao paciente com ferida neoplásica, contudo, a maioria respondeu que não aplicava tais conhecimentos na prática assistencial.

A dor é um fenômeno complexo e tem sido descrito como uma sensação indesejável resultante de doença, lesão ou estresse emocional. Em se tratando de feridas, a dor é um problema particular e, muitas vezes, considerada um aspecto inevitável durante o curso do seu tratamento.

Segundo Silva et al (2011), a dor é considerada um problema de saúde pública, devido sua alta prevalência, impacto econômico e transtorno funcional. Quando crônica e não aliviada pode causar sofrimento, desconforto, ansiedade, frustração, raiva, alterações no humor, isolamento social e depressão, afetando, assim, a qualidade de vida do paciente.

A sensação física de dor em feridas malignas pode estar relacionada a vários fatores, incluindo: pressão da massa tumoral contra as estruturas do corpo, danos nervosos decorrentes do avanço tumoral, exposição das terminações nervosas da pele, infecções recorrentes, edema resultante da permeabilidade capilar aumentada, procedimentos de drenagem linfática e remoção dos curativos (ALEXANDER, 2009).

Nessa perspectiva, os objetivos do controle da dor incluem maior sensação de conforto e melhor capacidade de desempenho para atividades diárias. Para isso, é necessária uma abordagem abrangente, uma vez que a dor apresenta múltiplos fatores e requer mais de uma intervenção. Desse modo, episódios de dor devem ser prontamente reavaliados, com ajuste das doses e investigação sobre outras causas adjacentes. A dor persistente relacionada à ferida neoplásica requer avaliação contínua e tratamento com analgésicos regularmente administrados (WIERMANN, et al 2014).

Nessa conjuntura, o enfermeiro, por permanecer mais tempo próximo ao paciente, é um dos profissionais que está mais apto para proceder com a avaliação e controle da dor, a fim de promover o alívio da dor, contribuindo, assim, para melhorar a qualidade de vida do paciente. Dessa forma, é necessário lançar mão de instrumentos que avaliem a intensidade da dor, levando em consideração alguns aspectos como condição física e cognitiva, a idade e formas de comunicação do cliente (SALVADOR; RODRIGUES; CARVALHO, 2008).

Nesse contexto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Sociedade Internacional para o Estudo da Dor (IASP) desenvolveram instrumentos (escalas) que estabelecem um padrão que convertem um sintoma subjetivo em dado objetivo, direcionando o tratamento. Assim, a Escala Visual Analógica é, dentre outras, o melhor instrumento para mensurar a intensidade da dor, devido a sua simplicidade e facilidade de execução (LIMA et al, 2013).

A avaliação da dor deve incluir intensidade, características físicas, ritmo e fatores desencadeantes, bem como fatores de piora e de alívio. Para a compreensão do quadro, é fundamental conhecer também localização, abrangência, resposta aos tratamentos vigentes e anteriores, impacto no desempenho de atividades cotidianas e efeito negativo no sono e movimentação (WIERMANN, et al 2014).

Além de avaliar os aspectos mencionados anteriormente, é imprescindível determinar o mecanismo fisiopatológico subjacente (p. ex.: nociceptivo ou neuropático) para que sejam definidas as modalidades terapêuticas mais adequadas (WIERMANN, et al 2014).

Vale ressaltar que desde 2001, o Ministério da Saúde recomenda ações paliativas para o controle da dor, outrora já preconizadas desde 1986 pela Organização Mundial da Saúde, a qual criou a Escada Analgésica da Dor, cujo objetivo é guiar o uso sequencial de drogas, padrão-ouro no tratamento da dor oncológica (WIERMANN, et al 2014) e no manejo da dor de pacientes com feridas neoplásicas malignas (SAWYNOK, 2003; VERNASSIERE et al., 2005).

De acordo com a Escada Analgésica da Dor, em situações de dor nociceptiva são utilizados agentes anti-inflamatórios não esteroidais [AINEs] (p. ex.: diclofenaco, ibuprofeno, naproxeno), adjuvantes (p. ex.: anticonvulsivantes, antidepressivos, anestésicos tópicos) associados a opioides fracos (p. ex.: codeína, tramadol) ou fortes (p. ex.: buprenorfina, hidromorfona, metadona, morfina, oxicodona). Para situações de dor neuropática, os anticonvulsivantes, antidepressivos, antipsicóticos, ansiolíticos têm papel fundamental e são comumente utilizados (WIERMANN, et al 2014).

Em se tratando do controle da dor no cuidado com feridas neoplásicas, métodos não farmacológicos são úteis e complementam a terapêutica farmacológica; estas incluem técnicas

de limpeza da lesão, coberturas específicas e terapias complementares. Dentre os métodos não farmacológicos recomendados, estão: umedecer abundantemente com solução salina os curativos que estão em contato direto com a ferida antes de proceder com a remoção dos mesmos; utilizar solução salina gelada ou gelo, a fim de diminuir a sensação dolorosa; remover os curativos cautelosamente; irrigar o leito da lesão com soro fisiológico a 0,9% utilizando seringa de 20 ml com agulha 40 x 12 cm; não friccionar o leito da lesão; utilizar coberturas não aderentes como as de silicone e aquelas que facilitam a umidade da lesão (ALEXANDER, 2009a; ALEXANDER, 2009b) e preservar a pele perilesional por meio de barreira protetora com uso de pomada à base de óxido de zinco como medida profilática em relação ao extravasamento de secreções e ao trauma relacionado à troca de curativo diário (FIRMINO, 2005; BRASIL, 2011; SACRAMENTO, 2015).

A dor durante a remoção dos curativos pode ser aliviada utilizando analgesia prévia com opioides (tópico ou sistêmico), contudo atentar para garantir que esses medicamentos sejam administrados em tempo útil antes do procedimento, com vistas a garantir máxima eficácia (ALEXANDER, 2009b). Caso o paciente já esteja utilizando anticonvulsivantes (gabapentina ou carbamazepina), readequar o horário da realização do curativo, uma vez que esses medicamentos também atuam no controle da dor (BRASIL, 2011).

Reavaliar continuamente o paciente antes, durante e após o curativo é uma ação inerente ao tratamento da dor. A satisfação do paciente com o alívio obtido e a ocorrência de eventos adversos também devem ser sistematicamente reavaliados (WIERMAN et al 2014; BORGES; OLIVEIRA, 2015).

Diante do contexto apresentado pelos enfermeiros participantes da pesquisa, acredita-se que o controle ineficaz da dor pode estar relacionado a várias causas, dentre elas avaliação inadequada ou inexistente da dor devido ao acúmulo de atividades administrativas frente à prática assistencial que a Enfermagem requer; prescrição médica insuficiente de analgesia; conhecimento incipiente acerca de métodos sistemáticos de avaliação da dor; inabilidade do uso de produtos e coberturas específicos utilizados para a redução da dor.

**Tabela 4** - Distribuição das respostas dos enfermeiros acerca do **saber** e do **fazer** sobre os cuidados específicos para o controle do exsudato realizados com a ferida neoplásica. Campina Grande – PB, 2016

	Cuidados específicos que você realiza com a ferida neoplásica para o controle do exsudato									
	Quanto você sabe						Quanto você faz			
	Não sei		Sei em parte		Sei		Sim		Não	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1.Coletar material para cultura (aspirado ou <i>swab</i> )	7	32	9	41	6	27	1	5	21	95

2. Empregar carvão ativado/alginato de cálcio e compressas/gaze como cobertura secundária	6	27	12	54	4	18	2	9	20	91
3. Empregar óxido de zinco na pele macerada e nas bordas da ferida antes da utilização de antissépticos	11	50	7	32	4	18	2	9	20	91
<b>TOTAL</b>	22	100	22	100	22	100	22	100	22	100

**FONTE:** Dados da pesquisa, 2016

Na Tabela 4, no que concerne à seção do **‘saber’**, é possível observar, que os a maioria dos enfermeiros respondeu que **‘sabiam em parte’** os cuidados específicos para o controle do exsudato na ferida neoplásica nos itens: coletar material para cultura (aspirado ou swab), empregar carvão ativado/alginato de cálcio e compressas/gaze como cobertura secundária; por outro lado, no item empregar óxido de zinco na pele macerada e nas bordas da ferida antes da utilização de antissépticos, os enfermeiros indicaram que **‘não sabiam’** realizar esse cuidado.

No que se refere à seção do **‘fazer’**, todos os sujeitos responderam que **‘não faziam’** os cuidados específicos para o controle do exsudato na ferida neoplásica.

De acordo com os resultados da Tabela 4 é possível verificar novamente os enfermeiros da pesquisa apresentam fragilidades constantes no que se refere ao conhecimento e prática do cuidado com pacientes com feridas neoplásicas. Esse é um dado preocupante, pois as feridas neoplásicas apresentam quantidades excessivas de exsudato e quando difíceis de controlar, desencadeiam várias complicações, dentre elas o mau odor (ALEXANDER, 2009c).

A exsudação nas feridas neoplásicas é atribuído à associação do processo inflamatório, à permeabilidade vascular aumentada no leito da ferida, à debilidade neovascular do tumor e à secreção do fator de permeabilidade vascular (ALEXANDER, 2009c).

As feridas neoplásicas, geralmente, apresentam grandes quantidades de exsudato e quando não controlado de forma eficaz pode servir como meio de cultura para proliferação de micro-organismos, o que concorre para o desenvolvimento de mal odores; macerar a pele ferida, que por sua vez, contribui para a extensão da lesão; além disso, quantidades excessivas de exsudato podem ultrapassar as coberturas primária e secundária, sujando as roupas do paciente, causando problemas psicossociais significativos para o mesmo. O controle desse sintoma reduz o odor, evita sujar as roupas do paciente e da cama e proporciona conforto e confiança do paciente, por isso, torna-se urgente (ALEXANDER, 2009c).

A característica do exsudato presente nas feridas é um importante indicador que auxilia no diagnóstico clínico de infecção e escolha de terapias tópicas a serem utilizadas. Para isso, são utilizados alguns métodos de avaliação de exsudato presente nas feridas, que ajudam a quantificar e classificar o tipo de exsudato da lesão.

Keast et al. (2004) sugerem que o exsudato pode ser medido em termos de quantidade, qualidade e odor. Falanga (2000) propôs um sistema de pontuação para quantidade de exsudato de ferida, o qual propicia alguma qualificação, com o objetivo de estabelecer uma padronização. Assim: 1 é assinalado por uma quantidade mínima de exsudato e a cobertura tem durabilidade de uma semana; 2 é caracterizado por uma quantidade moderada e a cobertura é trocada a cada 2 ou 3 dias e 3 é qualificado por uma quantidade intensa, em que a cobertura é trocada, pelo menos, uma vez ao dia.

A Escala de Bates – Jensen (2001) *apud* Sussman; Bates-Jensen (2007) emprega como critérios de medida para quantificar, uma circunferência transparente dividida em quatro partes, em que cada parte representa 25% e que se organiza da seguinte forma, expressa no Quadro 2 que segue logo abaixo.

**Quadro 2 - Quantidade de exsudato segundo Bates-Jensen (2001)**

<b>Quantidade</b>	<b>Característica</b>
Nenhuma	Curativo da ferida encontra-se seco
Escassa	Curativo da ferida encontra-se úmido, mas sem exsudato mensuráveis
Pequena	Curativo da ferida encontra-se molhado, com umidade uniformemente distribuída pela lesão; área envolvente da circunferência inferior a 25%
Moderada	Curativo da ferida encontra-se saturado; drenagem pode estar ou não distribuída uniformemente pela lesão; área envolvente da circunferência entre 25% a 75%
Grande	Curativo da ferida encontra-se saturado; drenagem livres podem ou não estar distribuídas uniformemente; área envolvente da circunferência superior a 75%

**FONTE:** Sussman; Bates-Jensen, 2007.

Quanto ao tipo do exsudato, Bates-Jensen (2001) *apud* Sussman; Bates-Jensen (2007) defende que antes de avaliar a ferida, deve-se proceder com limpeza rigorosa e posteriormente avaliar o tipo de exsudato predominante com a cor e a consistência. No Quadro 3, que se segue, descreve-se o tipo e a cor e a consistência do exsudato.

**Quadro 3 - Tipo de exsudato segundo Bates-Jensen (2001)**

<b>Tipo</b>	<b>Cor e consistência</b>
Hemático	Fino, e vermelho brilhante
Serohemático	Fino, vermelho pálido a rosa
Seroso	Fino, aquoso e claro
Purulento	Fino ou grosso, opaco para o amarelo

Muito purulento	Espesso, amarelo opaco a verde com odor ofensivo
-----------------	--

**FONTE:** Sussman; Bates-Jensen, 2007.

Outro método para avaliar o desempenho de coberturas na presença de exsudação intensa é o sistema TELER, em que os indicadores mensuram o vazamento do exsudato. Um indicador clínico é uma escala de medida ordinária com seis pontos de referência que medem alterações. Cada ponto de referência é clinicamente significativo, onde zero é o pior resultado possível, e, 5, o melhor. A Tabela 08 que segue logo abaixo mostra o indicador clínico de vazamento de exsudato quando a frequência planejada de troca de cobertura é cada dois dias. O indicador de vazamento é considerado quando o exsudato atravessa o lado externo da cobertura. Embora esse sistema mensure o vazamento de exsudato ao invés da quantidade, mesmo assim, ele tem relevância clínica clara (DEALEY, 2008).

**Tabela 5 - Indicador TELER de vazamento de exsudato**

<b>Código</b>	<b>Vazamento de exsudato em relação ao período planejando ou de rotina para a troca de cobertura</b>
5	Sem vazamento antes da troca de rotina/planejada
3	Vazamento 2 horas antes da próxima troca de rotina/planejada
3	Vazamento 8 horas antes da próxima troca de rotina/planejada
2	Vazamento 24 horas após a última troca
1	Vazamento 8 horas após a última troca
0	Vazamento 2 horas após a última troca

**FONTE:** Dealey, 2008

As feridas crônicas nem sempre apresentam claramente sinais clínicos de infecção. Nesse sentido, alguns estudos propõem critérios adicionais, tais como: cicatrização retardada, descoloração do leito da ferida, tecido de granulação friável, dor ou hipersensibilidade inesperadas, bolsas no leito da ferida, odor anormal e ruptura da lesão (DEALEY, 2008). Além desses sinais clínicos, Ferreira e Andrade (2006) ressaltam que a característica do exsudato, hiperemia, tumefação, celulite, edema, calor, tecido epitelial reveste parte da lesão e sinais sistêmicos (febre, leucocitose, aumento repetindo da glicemia) também são indicativos de processo infeccioso.

Nessa conjuntura, realizar coleta de material microbiológico da lesão é uma forma fidedigna para verificar a presença de processo infeccioso, e, posteriormente, escolher a melhor conduta terapêutica.

Desse modo, o enfermeiro pode lançar mão do *swab* como meio para coleta de material microbiológico. O *swab* utilizado deve ser esterilizado e composto de alginato de cálcio; deve vir acompanhado de um recipiente que contém meio de transporte, evitando, assim, ressecamento da amostra e perda do(s) provável(eis) microrganismo(s) causador(es) da

infecção; deve ser umedecido antes da coleta com solução salina estéril a 0,9%, o que acarreta maior captura de microrganismos; se a ferida apresentar excesso de fibrina, esfacelos e tecido necrótico, eles deverão ser removidos previamente à coleta; o *swab* deve ser pressionado e movimentado, de forma que gire 360° em seu próprio eixo, sobre 1cm<sup>2</sup> do tecido de granulação durante cinco segundos, a fim de expressar o fluido do tecido que provavelmente abriga os microrganismos. Após a aquisição do material da ferida por meio do *swab*, este deve ser imediatamente enviado ao laboratório a fim de garantir a viabilidade dos microrganismos. Se por qualquer motivo essa amostra não puder ser enviada dentro de uma a duas horas, ela deverá ser mantida em temperatura ambiente, o que assegurará a manutenção de microrganismos aeróbicos e anaeróbicos (FERREIRA; ANDRADE, 2006).

O tipo de cobertura a ser escolhido depende das especificidades do curativo, que variam conforme localização, dimensões, fase de cicatrização, características dos tecidos e natureza da lesão. As feridas neoplásicas são lesões exsudativas, por isso, convém utilizar coberturas absorventes, ou seja, aquelas cujo produto é apropriado para proceder à absorção de exsudatos provenientes das lesões. Essas coberturas costumam ser moldáveis, tais como espuma de prata, hidropolímeros, carvão ativado e alginato (INCA, 2011).

Os alginatos são compostos de sais de um polímero natural, o ácido algínico, que é formado por dois copolímeros: o ácido manurônico e o ácido gulurônico. Derivado das algas marrons da espécie '*laminaria hyperbore*', acrescidos em seu processo de fabricação de íons de cálcio e sódio, as fibras do polímero algínico têm capacidade de absorver a exsudação das feridas, transformando-se em gel suave, formando um ambiente úmido. Quando estão em contato com a umidade da ferida, os íons de cálcio e sódio do curativo promovem o equilíbrio do gradiente de concentração dos mesmos, alterando o ambiente no leito da ferida, induzindo ao processo de hemostasia e agregação plaquetária, assim como auxiliando no processo de desbridamento autolítico. O gel bloqueia a saída lateral do exsudato, reduzindo o risco de maceração das bordas da lesão e da área adjacente. O gel úmido não adere ao leito da ferida e às bordas e é facilmente retirado com a limpeza de soro fisiológico em jatos (PRAZERES; SILVA, 2009).

A cobertura de carvão sem prata é composta por cinco camadas: duas de filme EMA (etil-metil-acrilato), que servem para envolver a película de carvão, evitando resíduos deste no leito da lesão, para distribuir o fluido homogeneamente, permitindo a transferência para a cobertura secundária e para ampliar o espaço entre as trocas, além de ser resistente à água; uma camada absorvente, composta por *rayon*, polietileno e polipropileno, absorve o exsudato drenado, mantendo-o distante do carvão, o que garante a sua ação por mais tempo; uma cama

de tecido com carvão ativado, confeccionado em dupla lâmina de tecido macio, apresenta grande superfície de absorção que serve para reter o odor desagradável; e uma camada formadora de gel, elaborada com alginato de cálcio (70%) e hidrofibra (30%), promove alta absorção e preserva a umidade da ferida. É esta última camada que fica em contato direto com o leito da lesão. A troca da cobertura pode ser necessária a cada 3 a 4 dias, conforme a intensidade do exsudato. É necessário trocá-la quando houver sinais de umidade na camada externa ou quando o odor não for mais absorvido (BORGES, 2011).

A cobertura de carvão ativado e prata é estéril, composta de tecido de carvão ativado impregnado com prata, que é envolto externamente por uma película de náilon, selada em toda sua extensão. O revestimento externo apresenta característica de baixa aderência. O tecido de carvão ativado é um material formado pelo aquecimento excessivo ou pela carbonização de tecido de *rayon* viscosa, que, por intermédio desse processo, cria um sistema de poros no tecido, sendo capazes de captar moléculas que ficam presas por atração elétrica, funcionando como um campo magnético. A camada de não tecido propicia o fluxo de exsudato para o tecido de carvão ativado que retém as bactérias, removendo-as pela ação bactericida da prata. O carvão elimina odores desagradáveis, uma vez que tem a capacidade de filtrá-los, melhorando, assim, a qualidade de vida dos pacientes. O carvão com prata pode permanecer no leito da lesão por até cinco dias sem ser trocada (BORGES, 2011).

Em geral, utiliza-se como cobertura secundária para os dois tipos de carvão, gaze dupla ou gaze aberta estéril associada à atadura, ou algum tipo de cobertura impermeável, como filme de poliuretano, para ocluir e fixar a cobertura secundária (BORGES, 2011).

A pele periferida é aquela que se encontra circunscrita em torno da lesão, com uma extensão que varia de acordo com a etiologia, a localização, o tipo, as características e a magnitude da ferida. Na maioria das vezes, essa pele está exposta à ação de fluidos e exsudatos provenientes da própria lesão e pode se apresentar fria, seca, fina, descamativa, hiperpigmentada, macerada e com dermatites. As bordas da ferida, do mesmo modo, sofrem essas repercussões e pode se apresentar com aspecto regular ou irregular, aderido ou não, espesso ou grosso, friável ou com cicatriz fibrótica. Por esses motivos, a pele perilesional merece os mesmos cuidados que o leito da lesão, de acordo com as suas especificidades (GEOVANINI, 2014).

Nesse sentido, Firmino (2005), Aguiar e Silva (2012) e Gozzo et al. (2014) ressaltam a importância do uso de pomada a base de óxido de zinco como profilaxia em relação à toxicidade do exsudato na região periferida, bordas da lesão e pele íntegra.

Assim, pode-se constatar, novamente, que os enfermeiros da pesquisa apresentam uma lacuna no conhecimento acerca das técnicas de avaliação, produtos e coberturas utilizadas no cuidado a pacientes com feridas neoplásicas, o que contribui para uma assistência de saúde frágil.

**Tabela 6** - Distribuição das respostas dos enfermeiros acerca do **saber** e do **fazer** sobre os cuidados específicos para o controle do odor realizados com a ferida neoplásica. Campina Grande – PB, 2016

	Quanto você sabe						Quanto você faz			
	Não sei		Sei em parte		Sei		Sim		Não	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1.Proceder à limpeza com SF0,9% + antissepsia com clorohexidina degermante	1	5	6	27	15	68	18	82	4	18
2.Retirar antisséptico com jato de SF0,9% e manter gazes embebidas em hidróxido de alumínio no leito da ferida	6	27	9	41	7	32	4	18	18	82
3.Empregar sulfadizina de prata em gaze e ocluir com gaze embebida em vaselina líquida	11	5	6	27	5	23	3	14	19	86
4.Empregar carvão ativado em gaze umedecida com SF0,9%	10	46	6	27	5	23	2	9	20	91
5.Aplicar gel de metronidazol 0,8% CPM em gaze embebida em vaselina e aplicar no leito da ferida	7	32	3	14	12	55	11	50	11	50
6.Se houver necessidade, fazer escarotomia em tecido necrótico e proceder à aplicação de gel de metronidazol CPM	10	46	11	50	1	5	1	5	21	95
										
7.Considerar junto à equipe médica, a possibilidade de associação de metronidazol sistêmico (endovenoso ou oral) ao uso tópico	12	55	6	27	4	18	2	9	20	91
<b>TOTAL</b>	22	100	22	100	22	100	22	100	22	100

**FONTE:** Dados da pesquisa, 2016

Na Tabela 6, no que concerne à seção do **'saber'**, é possível observar que a maioria dos enfermeiros afirmou que **não sabiam** os cuidados específicos em relação ao odor na ferida neoplásica nos itens: empregar sulfadizina de prata em gaze e ocluir com gaze

embebida em vaselina líquida, empregar carvão ativado em gaze umedecida com SF 0,9%, se houver necessidade, fazer escarotomia em tecido necrótico e proceder à aplicação de gel de metronidazol conforme orientação médica e considerar junto à equipe médica, a possibilidade de associação de metronidazol sistêmico (endovenoso ou oral) ao uso tópico. No item ‘retirar antisséptico com jato de soro fisiológico a 0,9% e manter gazes embebidas em hidróxido de alumínio no leito da ferida’, a maioria dos enfermeiros responderam que **‘sabiam’**.

No que se refere à seção do **‘fazer’**, a maioria dos sujeitos respondeu que **não faziam** os cuidados específicos em relação ao odor na ferida neoplásica nos itens: retirar antisséptico com jato de soro fisiológico a 0,9% e manter gazes embebidas em hidróxido de alumínio no leito da ferida, empregar sulfadizina de prata em gaze e ocluir com gaze embebida em vaselina líquida, empregar carvão ativado em gaze umedecida com soro fisiológico a 0,9%, se houver necessidade, fazer escarotomia em tecido necrótico e proceder à aplicação de gel de metronidazol conforme prescrição médica e considerar junto à equipe médica, a possibilidade de associação de metronidazol sistêmico (endovenoso ou oral) ao uso tópico.

Nesta mesma seção vale destacar que, no item “aplicar gel de metronidazol 0,8% conforme prescrição médica em gaze embebida em vaselina e aplicar no leito da ferida” o resultado foi igualitário para o estudo, levando a uma ambiguidade a respeito da frequência.

É possível perceber a repetição dos resultados nas seções **‘saber’** e **‘fazer’** do estudo em tela, visto que a maioria dos enfermeiros participantes desconhecem as medidas utilizadas para o controle de sintomas das feridas neoplásicas, em particular, o odor, ressaltado na Tabela destacada anteriormente. Isso leva a crer, mais uma vez, uma lacuna no âmbito da educação em saúde.

O odor nas feridas neoplásicas está associado à infecção ou colonização de bactérias anaeróbias no tecido necrótico formado pela isquemia devido à neovascularização débil, resultante de capilares frágeis e ingurgitados, originados pelo processo de oncogênese, que se rompem ou formam êmbolos bloqueando a irrigação do tumor. As bactérias exalam como produto metabólico final ácidos voláteis, como o ácido acético, caproico, podendo conter os gases putrescina e cadaverina, resultantes da interação da flora aeróbia e anaeróbia, responsáveis pelo odor fétido presente nesse tipo de ferida (ALEXANDER, 2009a; WOO; SIBBALD, 2010; SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2010).

O odor fétido é considerado pelos pacientes como o sintoma mais angustiante, pois pode levar ao constrangimento, sensação de enojamento, depressão, isolamento social, ter um efeito prejudicial sobre a expressão sexual, causando problemas no relacionamento. O odor é detectado por receptores olfativos situados na região nasal e é processado tanto a nível

consciente e subconsciente, desencadeando reflexos de vômitos. A nível subconsciente, o odor fétido afeta a experiência de sabor e aroma. Isso, obviamente, tem um impacto profundamente negativo sobre o paciente, diminuindo o seu apetite e prazer pela comida, o que contribui para emagrecimento acentuado (ALEXANDER, 2009a; WOO; SIBBALD, 2010; SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2010).

O odor é um sintoma que é muito difícil de avaliar. Nesse sentido, Browne et al. (2004) descreveram um indicador clínico para quantificar odor. É utilizado juntamente a um indicador focado no paciente, que determina o impacto do odor neste. Dessa maneira, o indicador tornou-se um instrumento importante de avaliação. Logo a seguir, destaca-se a Tabela 09, que ressalta o indicador TELER de odor de ferida.

**Tabela 7 - Indicador TELER de odor de ferida**

<b>Código</b>	<b>Características do odor</b>
5	Sem odor
4	Odor é detectado na remoção da cobertura
3	Odor é evidente na exposição da cobertura
2	Odor é evidente a uma distância de um braço de do paciente
1	Odor é evidente ao entrar no quarto
0	Odor é evidente ao entrar na residência/clínica

**FONTE:** Dealey, 2008.

O Instituto Nacional do Câncer (2011), baseado no sistema TELER, construiu uma escala de avaliação de odor para feridas neoplásicas, a qual está destacada na Tabela 8.

**Tabela 8 - Classificação quanto ao grau do odor**

<b>Grau do Odor</b>	<b>Características</b>
Odor grau I	Sentido ao abrir o curativo
Odor grau II	Sentido ao se aproximar do paciente, sem abrir o curativo
Odor grau III	Sentido no ambiente, sem abrir o curativo. É caracteristicamente forte e/ou nauseante

**FONTE:** INCA, 2011

Para limpeza, várias soluções são utilizadas no tratamento de feridas. Os objetivos da limpeza da ferida são: remover qualquer corpo estranho (fragmentos ou sujeira), remover fragmentos de tecidos soltos na superfície (debris), tais como tecido necrótico e remover restos do curativo anterior, reduzir o odor, manter a umidade e diminuir as infecções. Depois do soro fisiológico a 0,9%, o tipo de loção mais usado é o antisséptico, que pode ser definido como um desinfetante não-tóxico que pode ser aplicado à pele ou aos tecidos vivos, e tem a capacidade de destruir compostos vegetativos, impedindo seu crescimento (DEALEY, 2008).

Um dos antissépticos mais utilizados em feridas é a clorexidina, caracterizada por ser um bactericida do grupo das biguanidas, que age sobre os microrganismos gram-positivos e gram-negativos, usado na pele e em mucosas, por meio da solução aquosa a 4% e a 2% (GEOVANINI,2014).

Para o tratamento do odor, podem-se utilizar sulfadiazina de prata a 1% e metronidazol em várias apresentações. Além dessas modalidades farmacológicas, os pacientes se beneficiam também com o uso de compressas embebidas de hidróxido de alumínio.

O hidróxido de alumínio, também conhecido como alumina hidratada, é um antiácido que age neutralizando o ácido gástrico, exercendo ações citoprotetoras da mucosa gástrica, tais como estimulação de muco protetor, bicarbonato e manutenção da circulação. Esse medicamento ao entrar em contato com lesões neoplásicas neutraliza os ácidos caproico, putrescina e cadaverina, diminuindo assim o odor (AYELLO; SCHANK, 2005).

A sulfadiazina de prata é um creme composto por íons de prata que causa precipitação de proteínas e age diretamente na membrana citoplasmática da célula bacteriana, exercendo ação bactericida imediata e ação bacteriostática residual, promovida pela liberação gradativa de pequenas quantidades de prata iônica (GEOVANINI, 2014).

O metronidazol é um derivado imidazólico que interage com o DNA, causando uma perda de sua estrutura e ruptura no filamento, levando à inibição da síntese protéica e apoptose. É considerado o medicamento padrão-ouro para o controle do odor em feridas neoplásicas. Nesse sentido, pode ser utilizado em suas várias apresentações, por via tópica e/ou sistemicamente (ALEXANDER, 2009c; SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2010; CASTRO; SANTOS, 2015).

Caso o paciente apresente uma lesão com tecido necrótico de aspecto endurecido, inelástico e crosta constrictiva circular, que compromete o enchimento capilar, a irrigação sanguínea, prejudicando a oxigenação tissular, o profissional pode proceder com incisões de relaxamento, com sentido vertical e horizontal, sobre a ferida (escarotomia). Além de melhorar a perfusão sanguínea, a escarotomia em feridas necrosadas facilita a penetração dos produtos na ferida, o que contribui para absorção (OLIVEIRA; NIGRI, 2012).

O odor é um problema grave que afeta tanto a imagem corporal como a qualidade de vida dos pacientes com feridas neoplásicas, assim como aqueles que estão em seu entorno. Por esse motivo, os enfermeiros precisam estar adequadamente instruídos e preparados para o controle desse sintoma e para intervir frente às demandas emocionais que o paciente venha apresentar.

**Tabela 9** - Distribuição das respostas dos enfermeiros acerca do **saber** e do **fazer** sobre os cuidados específicos para o controle do sangramento realizados com a ferida neoplásica. Campina Grande – PB, 2016

	Quanto você sabe						Quanto você faz			
	Não sei		Sei em parte		Sei		Sim		Não	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Aplicar pressão diretamente sobre os vasos sangrantes com amparo de gazes, compressas ou toalha	2	9	4	18	16	73	16	73	6	27
2. Considerar aplicação de SF0,9% gelado	2	9	7	32	13	59	13	59	9	41
3. Considerar curativo hemostático à base de gelatina suína (Gelfoar)	13	59	5	23	4	18	1	5	21	95
4. Considerar alginato de cálcio	9	41	10	45	3	14	2	9	20	91
5. Considerar adrenalina (solução injetável) topicamente sobre os pontos sangrantes COM	6	27	9	41	7	32	5	23	17	77
6. Manter o meio úmido evitando aderência de gaze no sítio da ferida	3	14	4	18	15	68	12	55	10	45
7. Verificar, junto à equipe médica, a possibilidade de tratamento com coagulante sistêmico como ácido aminocaproico	11	50	8	36	3	14	2	9	20	91
8. Verificar, junto à equipe médica, a possibilidade de tratamento com intervenção cirúrgica	6	27	10	46	6	27	5	23	17	77
9. Verificar, junto à equipe médica, a possibilidade de tratamento com radioterapia anti-hemorrágica	8	36	11	50	3	14	4	18	18	82
10. Verificar, junto à equipe médica, a possibilidade de tratamento com sedação paliativa para os casos de sangramento intenso acompanhado de agitação, desespero e angústia do paciente	7	32	9	41	6	27	4	18	18	82
<b>TOTAL</b>	22	100	22	100	22	100	22	100	22	100

**FONTE:** Dados da pesquisa, 2016

Na Tabela 9, no que concerne à seção do **'saber'**, é possível observar que a maioria dos enfermeiros responderam que **'sabiam em parte'** os cuidados específicos em relação ao sangramento na ferida neoplásica nos itens: considerar alginato de cálcio, considerar adrenalina (solução injetável) topicamente sobre os pontos sangrantes CPM, verificar, junto à equipe médica, a possibilidade de tratamento com intervenção cirúrgica, verificar, junto à equipe médica, a possibilidade de tratamento com radioterapia anti-hemorrágica e verificar, junto à equipe médica, a possibilidade de tratamento com sedação paliativa para os casos de sangramento intenso acompanhado de agitação, desespero e angústia do paciente e a maioria

declarou '**não saber**' considerar curativo hemostático à base de gelatina suína (Gelfoam) para controle do sangramento.

No que se refere à seção do '**fazer**', a maioria dos sujeitos respondeu que **não faziam** os cuidados específicos em relação ao sangramento na ferida neoplásica.

Conforme os resultados apontados na Tabela 9, pode-se perceber, mais uma vez, um conhecimento insuficiente dos sujeitos da pesquisa acerca do controle dos sintomas das feridas neoplásicas; agora, envolvendo o manejo do sangramento. Esse é um dado que merece bastante atenção, uma vez que a hemorragia pode causar sensação de ansiedade, inquietação e angústia ao paciente, principalmente, àquele que tem fobia; mas, sobretudo pode ocasionar alterações hemodinâmicas severas, levando o paciente a óbito.

O sangramento nas feridas neoplásicas está relacionado ao desequilíbrio fisiológico devido ao crescimento tumoral, diminuição da função plaquetária e aumento da rede neovascular. Além desses fatores, o sangramento pode estar associado à radioterapia e traumas durante a remoção do curativo, erosão dos vasos sanguíneos adjacentes devido à proliferação de células malignas ou ruptura dos principais vasos situados no tumor (WOO; SIBBALD, 2010).

As hemorragias tumorais, geralmente, são as formas mais intensas de sangramento e de mais difícil manejo. É fundamental a localização precisa do ponto do sangramento, associada à definição do estadiamento do tumor, para que se possa tomar a conduta mais adequada (MATSUMOTO; MANNA, 2008).

Nesse sentido, é recomendado para a prevenção do sangramento, prioritariamente, o uso de coberturas não aderentes, tais como os de silicone, a fim de evitar aderência sobre o leito da lesão e possível sangramento durante as trocas de curativos. Os curativos não aderentes são aplicados diretamente sobre o leito da lesão e não causam traumas significativos no momento da remoção e exigem cobertura secundária. Outros fatores importantes que devem ser ressaltados para a prevenção do sangramento diz respeito à irrigação com solução salina do curativo anterior (quando for utilizado coberturas aderentes) e limpeza da ferida com a técnica de irrigação (SEMAN, 2006; ALEXANDER, 2009; WOO; SIBBALD, 2009; MERZ ET AL., 2011; VAQUER, 2012; GROCOTT, GETHIN, PROBST, 2013; JARVIS, 2014)

Para o controle do sangramento, uma variedade de hemostáticos podem ser aplicados topicamente ou sistemicamente para controlar a hemorragia. Esses agentes hemostáticos variam de acordo com a aplicação e mecanismos. Exemplos incluem hemostáticos naturais (algínatos de cálcio, colágeno e celulose oxidada), coagulantes (gelatina em pó absorvível de esponja de gelatina absorvível ou trombina tópica), agentes esclerosantes (nitrito de prata,

ácido tricloroacético), vasoconstritores (epinefrina), inibidores (ácido tranexâmico, fibrinolíticos) e adstringentes (solução de alumínio e sucralfato) (WOO; SIBBALD, 2010).

O resfriamento, geralmente utilizado para sangramentos leves, consiste na aplicação de compressas ou bolsas de gelo localmente, pelo seu efeito vasoconstritor, diminui o fluxo sanguíneo locorregional, reduzindo o sangramento (SEAMAN, 2006; HARRIS, NOBLE, 2009; ALEXANDER, 2009; SEAMAN, 2014).

Uma modalidade utilizada para sangramentos de fluxo moderado a intenso é a esponja de gelatina, um produto poroso, resistente, leve, não elástico, insolúvel em água, capaz de absorver grandes quantidades de volume de sangue e retém o coágulo no seu entrelaçado. É absorvido em quatro a seis semanas, sendo compatível com a maioria dos promotores biológicos de coagulação e com antissépticos e quimioterápicos (SEMAN, 2006; ALEXANDER, 2009; PROBST; ARBER, 2009; WOO; SIBBALD, 2009; HARRIS; NOBLE, 2009; VAQUER, 2012; RECKA, MONTAGINI, VITALE, 2012; GROCOTT, GETHIN, PROBST, 2013; JARVIS, 2014; FROMANTIN, 2014; SEAMAN, 2014; PÉREZ SANTOS ET AL., 2015; PROBST, GROCOTT, GRAHAM, GETHIN, 2015)

Os alginatos são produtos derivados de algas marinhas, que ao entrar em contato com o sódio presente no exsudato e sangue da lesão geram troca iônica, resultando em formação de um gel, o qual mantém o meio úmido e também induz à hemostasia. São indicados para feridas sangrantes, altamente exsudativas com ou sem infecção e contraindicados em lesões superficiais, com drenagem mínima de fluidos e queimaduras (SEMAN, 2006; ALEXANDER, 2009; PROBST; ARBER, 2009; WOO; SIBBALD, 2009; HARRIS; NOBLE, 2009; VAQUER, 2012; RECKA, MONTAGINI, VITALE, 2012; GROCOTT, GETHIN, PROBST, 2013; JARVIS, 2014; FROMANTIN, 2014; SEAMAN, 2014; PÉREZ SANTOS ET AL., 2015; PROBST, GROCOTT, GRAHAM, GETHIN, 2015).

Em feridas que apresentam sangramento intenso e que apresentam insucesso terapêutico com as coberturas citadas anteriormente, o médico pode prescrever epinefrina (adrenalina), que é vasoconstritor aplicado topicamente para a obtenção da hemostasia durante períodos curtos, a fim de evitar isquemia prolongada e necrose tecidual. Geralmente, a adrenalina é diluída e embebida em gaze ou compressa cirúrgica aplicada topicamente (SEMAN, 2006; ALEXANDER, 2009; PROBST; ARBER, 2009; WOO; SIBBALD, 2009; HARRIS; NOBLE, 2009; VAQUER, 2012; RECKA, MONTAGINI, VITALE, 2012; GROCOTT, GETHIN, PROBST, 2013; JARVIS, 2014; FROMANTIN, 2014; SEAMAN, 2014; PÉREZ SANTOS ET AL., 2015; PROBST, GROCOTT, GRAHAM, GETHIN, 2015).

Outras modalidades farmacológicas que podem ser utilizadas pela equipe são o ácido aminocaproico e o ácido tranexâmico. O primeiro é um ácido monoaminocarboxílico sintético, análogo da lisina, cuja ação é antifibrinolítica, ou seja, inibe os ativadores do plasminogênio e, em menor grau, também por bloqueio competitivo da plasmina, impedindo a ligação desta com a fibrina. Assim, retarda a fibrinólise e prolonga a eficiência hemostática dos coágulos sanguíneos, controlando o sangramento; e o segundo é um análogo sintético da lisina que apresenta elevada afinidade em ligação com o plasminogênio e a plasmina. Possui uma forte atividade antifibrinolítica *in vitro* e *in vivo*, através da prevenção da interação do plasminogênio e da plasmina com resíduos de lisina na superfície da fibrina. Ambos têm indicação para sangramentos intensos e têm ação sistêmica (AMY MCDONALD, 2008; HARRIS, NOBLE, 2009; WOO; SIBBALD, 2009; ALEXANDER, 2009; MERZ, 2011, VAQUER, 2012; RECKA, MONTAGINI, VITALE, 2012; SEAMAN, 2014; PROBST, GROCOTT, GRAHAM, GETHIN, 2015).

As suturas, pinçamentos, cauterizações constituem intervenções cirúrgicas hemostáticas, como os próprios nomes indicam, sendo aplicados na dependência da situação local, geralmente quando há ruptura de vasos importantes (WOO; SIBBALD, 2009; HARRIS, NOBLE, 2009; ALEXANDER, 2009; VAQUER, 2012, RECKA, MONTAGINI, VITALE, 2012; MATUTE ET AL., 2013; SEAMAN, 2014; PÉREZ SANTOS ET AL., 2015).

A radioterapia paliativa objetiva o tratamento local do tumor primário ou de metástases, sem influenciar na taxa de sobrevida do paciente. É usada principalmente para o controle da dor e do sangramento. A radioterapia anti-hemorrágica é usada para o controle de sangramento bucal, epistaxe, metrorragia, hematúria, sangramento vaginal e retal; além disso, é usada também para controlar o crescimento rápido de tumores exofíticos. É adotada a dose única ou doses divididas em cinco ou 10 frações (BRASIL, 2000; BRASIL, 2002; BRASIL, 2016).

Um sangramento maciço é muito doloroso para o paciente e sua família, não só por causa da hemorragia, mas, sobretudo porque a perda profusa de sangue pode causar a morte iminente do paciente. Nesse sentido, um plano estratégico deve ser desenvolvido em conjunto com o paciente e família quando tal evento é considerado como uma possibilidade. Após uma avaliação cuidadosa das circunstâncias do paciente, o plano deve incluir: explicação acerca da possibilidade de hemorragia profusa para cuidadores e familiares; orientações acerca das atitudes que devem ser realizadas pela família no momento da hemorragia; deixar próximo à cabeceira do paciente toalhas de cores escuras e uma bacia; preparação de um kit de emergência, incluindo droga sedativa; acesso ao serviço de transporte de emergência e linhas

de comunicação abertas com centros especializados apropriados, onde a emergência pode ser rapidamente chamada (ALEXANDER, 2009c).

**Tabela 10** - Distribuição das respostas dos enfermeiros acerca do **saber** e do **fazer** sobre os registros das ações realizados com a ferida neoplásica. Campina Grande – PB, 2016

	Quanto você sabe						Quanto você faz			
	Não sei		Sei em parte		Sei		Sim		Não	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1.Documentar avaliação da ferida e do paciente	7	32	7	32	8	36	7	32	15	68
2.Documentar todas as intervenções realizadas	4	18	1	5	17	77	15	68	7	32
3.Documentar educação realizada ao paciente e/ou família, sinalizando os pontos de dificuldades de entendimento e habilidade	3	14	3	14	16	72	16	73	6	27
4.Documentar os resultados obtidos	5	23	6	27	11	50	7	32	15	68
<b>TOTAL</b>	22	100	22	100	22	100	22	100	22	100

**FONTE:** Dados da pesquisa, 2016

Na Tabela 10, no que concerne à seção do **‘saber’**, é possível observar que todos os enfermeiros responderam que **sabiam** realizar os registros das ações realizadas ao paciente e a ferida neoplásica nos itens: documentar avaliação da ferida e do paciente, documentar todas as intervenções realizadas, documentar educação realizada ao paciente e/ou família, sinalizando os pontos de dificuldades de entendimento e habilidade e documentar os resultados obtidos.

No que se refere à seção do **‘fazer’**, metade dos enfermeiros respondeu que **não** documentavam avaliação da ferida e do paciente e nem registravam os resultados obtidos, contudo, a outra metade respondeu que documentavam todas as intervenções realizadas e documentavam a educação realizada ao paciente e/ou família, sinalizando os pontos de dificuldades de entendimento e habilidade.

Segundo os resultados destacados na Tabela 10 verifica-se, novamente, uma incoerência entre o **‘saber’** e o **‘fazer’**, haja vista que os todos os enfermeiros responderam que **‘sabiam’** documentar todos os aspectos relacionados à ferida e ao paciente, contudo, parte deles mencionaram que **não** realizavam a avaliação da ferida e do paciente e não documentavam os resultados obtidos.

Nessa perspectiva, a Resolução nº 429/ 2012 do Conselho Federal de Enfermagem dispõe sobre o registro das ações de enfermagem no prontuário do paciente, seja tradicional ou eletrônico e assegura no artigo 1º que é de responsabilidade e dever dos profissionais de enfermagem o registro no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da área, as

informações referentes ao processo do cuidar e ao gerenciamento do processo de trabalho, necessários para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência.

Nesse sentido, os cuidados gerais de enfermagem, bem como os dispensados com o tratamento de feridas devem ser registrados sistematicamente a fim de garantir assistência de enfermagem qualificada. Para isso, é imprescindível a construção de um plano de cuidados contendo diagnóstico de enfermagem, prescrição, evolução, planejamento, implementação de ações e avaliação. Dentro desse contexto, o registro das avaliações e das intervenções de enfermagem deve ser realizado de modo claro e preciso para que os dados não sejam omitidos e, assim, não prejudiquem a assistência ao cliente (PEDROSA; SOUZA; MONTEIRO, 2011; BRAGAS, 2015).

No tocante ao tratamento de feridas, o registro sistemático da avaliação da ferida, do paciente e do tipo de cobertura utilizada constituem pedras basilares para o controle de sintomas de feridas neoplásicas. Tal registro deve ser realizado com critério e com instrumentos que facilitem as anotações das características e dos fatores que interferem no controle dos sintomas, assim sendo, é imprescindível a uniformização dos termos. Por isso, entende-se que a construção e implantação de protocolos para o controle de sintomas decorrentes das feridas neoplásicas são essenciais, assim como treinamento da equipe multiprofissional (GARDONA et al., 2013).

O registro da avaliação, evolução e cobertura utilizada na realização do curativo, além de possibilitar a continuidade do cuidado, permite a realização de perfis epidemiológicos e pode ser utilizado como documento legal em casos judiciais (GARDONA et al., 2013).

O registro de enfermagem é um dos meios de comprovar o exercício legal da profissão. Dessa forma, o preenchimento incorreto e, sobretudo, a falta de periodicidade, continuidade são fatores que impossibilitam, de forma irreversível, qualquer tipo de avaliação, certificação, criação de indicadores e até mesmo sindicâncias e periciais que possam, inclusive, amparar juridicamente o profissional e a instituição (GARDONA et al., 2013; COFEN, 2016).

O registro no prontuário do paciente, da assistência a ele prestada abrange diversos aspectos e respalda ética e legalmente o profissional responsável pelo cuidado, assim como o paciente. Quando esse registro é escasso e inadequado há um comprometimento da segurança e da perspectiva de cuidado do paciente, além da dificuldade para mensurar os resultados assistenciais advindos da prática do enfermeiro (GARDONA et al., 2013).

Estudo de perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico realizado por Brito et al. (2016), na mesma instituição lócus da pesquisa em tela, verificou fragilidades nos registros de

enfermagem no cuidado ao paciente com feridas neoplásicas, haja vista que havia lacunas nos itens referentes à avaliação da ferida e do paciente, informações incompletas acerca das prescrições de enfermagem relacionadas às coberturas, produtos e substâncias utilizadas para o controle de sintomas das lesões, assim como, ausência de informações acerca dos resultados obtidos com o cuidado prescrito.

Diante do exposto, se faz mister que os enfermeiros participantes se sensibilizem sobre a importância do registro das intervenções de enfermagem e adotem posturas que coadunam com os princípios éticos da profissão.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As feridas neoplásicas representam um fardo angustiante para pacientes que enfrentam um prognóstico de doença terminal, uma vez que são lesões que não apresentam possibilidades de cicatrização, desfiguram a aparência física, desenvolvem sintomas de difícil controle, concorrem para mutilações e são a lembrança da morte que se aproxima. Portanto, são lesão que apresentam um efeito devastador sobre o paciente, pois além de causar danos físicos, provocam alterações nas dimensões psíquica, social e existencial.

Por esse motivo, o manejo clínico dos sinais e sintomas é a pedra basilar para aliviar o sofrimento físico, psíquico e social do paciente, e, sobretudo maximizar a qualidade de vida e manter o sentimento de dignidade tanto quanto possível.

A assistência de saúde a um paciente que apresenta ferida neoplásica é um desafio para toda a equipe multiprofissional, principalmente, para o enfermeiro, pois é o profissional que permanece por mais tempo próximo ao paciente, e é um dos responsáveis pela avaliação e tratamento da ferida.

Além da avaliação sistemática da ferida e do paciente, da indicação da cobertura, produtos ou substâncias específicas para o controle dos sintomas, da realização do curativo, e posteriormente, do registro das ações realizadas, o enfermeiro deve atentar também para os aspectos emocionais, psicológicos, sociais e espirituais do paciente.

Portanto, o conhecimento sobre o processo de oncogênese, métodos de avaliação e modalidades terapêuticas para o cuidado de feridas neoplásicas são fatores decisivos na prática profissional de enfermeiros que atuam nos serviços de saúde a pacientes com doença oncológica avançada e que apresentam essas lesões.

Os resultados obtidos nesta pesquisa permitiram, de forma geral, identificar que os enfermeiros apresentam lacunas no conhecimento de conteúdos e técnicas sobre avaliação e tratamento de pacientes com feridas neoplásicas. Além disso, constatou-se que os enfermeiros não executam os cuidados pertinentes a essa clientela.

A análise evidenciou que os enfermeiros apresentam limitações no conhecimento para avaliar as especificidades da lesão e do paciente, indicação de cobertura, tipo de curativo a serem utilizados no controle de sinais e sintomas dessas lesões. Provavelmente, essas limitações estão relacionadas à ausência de educação permanente no serviço de saúde e educação continuada em áreas afins, tais como Dermatologia, Estomaterapia, Cuidados Paliativos dentre outros.

Outro aspecto preocupante é a omissão da assistência de enfermagem direcionada a estes pacientes. Acredita-se que a falha na realização da avaliação e tratamento de pacientes com feridas neoplásicas esteja relacionada a alguns fatores, dentre eles: déficit do conhecimento relacionado aos conteúdos e técnicas no cuidado à feridas neoplásicas; aumento da carga de trabalho devido às atividades gerenciais; mal planejamento do dimensionamento de pessoal, insumos e materiais para a avaliação de feridas, assim como produtos, substâncias e coberturas escassos no serviço de saúde.

Nesse sentido, os resultados desse estudo assinalam a necessidade de educação permanente no serviço de saúde, locus da pesquisa, a fim de treinar a equipe de enfermagem para o acompanhamento de pacientes com lesões neoplásicas, bem como estruturação de unidade de cuidados paliativos, com recursos humanos e materiais necessários, criação e implantação de protocolos assistenciais que norteiem a prática de métodos avaliativos e terapêuticos no cuidado a pessoas com feridas neoplásicas, familiares e cuidadores.

Este estudo apresenta algumas limitações: a amostra foi pequena e apenas enfermeiros de uma mesma instituição foram pesquisados, contudo, os objetivos foram respondidos. Por esse motivo, o estudo precisa ser replicado, após refinamento do instrumento, com amostra maior e em outras instituições de saúde, para que se tenha um panorama de como o conhecimento e a prática do cuidado a pacientes com feridas neoplásicas está sendo realizado.

Outra limitação do estudo está relacionada à discussão dos resultados, no que se refere à ausência de dados comparativos com outras pesquisas. Nesse sentido, vale ressaltar que os estudos publicados em âmbito nacional e internacional acerca da temática em tela apresentam, geralmente, delineamento bibliográfico, o que contribui para níveis de evidência baixos, inviabilizando a comparação, considerada condição *sine qua non* para confirmar ou refutar as hipóteses da pesquisa em tela.

Embora se reconheça as limitações do estudo, considera-se fundamental tomar os resultados como forma de reflexão sobre a importância da educação em saúde no processo de formação de enfermeiros. Para tanto, a educação necessita ser também integral e interdisciplinar, com bases em referenciais críticos-reflexivos, permitindo a aquisição de competências e habilidades que garantam um agir voltado para a pessoa com ferida neoplásica na sua subjetividade.

## REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (BRASIL). Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009.

AGREDA, J. J. S.; BOU, J. E. T. Atenção integral nos cuidados das feridas crônicas. Petrópolis: EPUB, 2012.

AGUIAR, A. Nutrientes e estruturas dérmicas. In: BLANCK, M.; GIANNINI, T. **Úlceras e feridas: as feridas têm alma**. São Paulo: Dilivros, 2014.

AGUIAR, R.M; SILVA, G.R.C. Os Cuidados de Enfermagem em Feridas Neoplásicas na Assistência Paliativa. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v.11, n.2, p.82-88, 2012. Disponível em: file:///C:/Users/josy/Downloads/v11n2a12%20(1).pdf. Acesso: 03 de maio de 2015.

ALEXANDER, S. Malignant fungating wounds: key symptoms and psychosocial. *Journal of wound care*, v.18, n.8, p.325-9, 2009a.

ALEXANDER, S. Malignant fungating wounds: managing malodour and exsudate. *Journal Wound Care*. v.18, n.9, p.374-82, 2009c.

ALEXANDER, S. Malignant fungating wounds: managing pain, bleeding and psychosocial issues. *Journal of wound care*, v.18, n.10, p.418-25, 2009b.

ALMEIDA, C.B et al. **Uso do protocolo de analgesia (oms) e da escala de dor no manejo do paciente com dor oncológica**. Disponível em; [http://www.unifil.br/porta/arquivos/publicacoes/paginas/2012/8/485\\_780\\_publipg.pdf](http://www.unifil.br/porta/arquivos/publicacoes/paginas/2012/8/485_780_publipg.pdf). Acesso em 14 de Jun de 2015.

ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, J.S.Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1989.

ANDRADE, S. et al. Avaliação de um instrumento para classificação de pacientes pediátricos oncológicos. **Rev Esc Enferm USP** – v. 46, n 4, p. 816-21, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/05.pdf>. Acesso dia 7 de Jul de 2015.

ATIYEH, B. S.; DIBO, S. A.; HAYEK, S. N. Wound cleansing, topical antiseptics and wound healing. *International Wound Journal*. v.6, n.6, p.420-429, 2009.

AZEVEDO, I.C et al. Conhecimento de Enfermagem da ESF sobre avaliação e tratamento da ferida oncológica. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.60, n. 2, p.119-127, 2014.

AZEVEDO, I. C. et al. Tratamento de feridas: a especificidade das lesões oncológicas. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 7, n. 2, p. 303-313, maio/ago. 2014.

AYELLO, E.A; SCHANK, J.E. Ulcerative Lesions. In: KUEBER, K.K; HEICRICH, D.E.; ESPER, P. **Palliative and End-of-life care: clinical practice guidelines**. 2005.

BARBOSA, G. S.; VALADARES, G. V. Tornando-se proficiente: o saber/fazer do enfermeiro de hemodiálise. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 18, n. 1, jan/mar. 2014.

BEE, T.S. et al. Wound bed preparation – cleansing techniques and solutions: a systematic review. Singapore Nursing Journal. v.36, n.1, p.16-22, 2009.

BOHOMOL, E.; FREITAS, M. A. O.; CUNHA, I. C.K.O. Ensino da segurança do paciente na graduação em saúde: reflexões sobre saberes e fazeres. Rev. Interface, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 727-41. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/icse/v20n58/1807-5762-icse-1807-576220150699.pdf>. Acesso em 06 de Set de 2016.

BONFIM, D. et al. Aplicação do método Workload Indicators of Staffing Need como preditor de recursos humanos de enfermagem em Unidade de Saúde da Família. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 24, p. 2683. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt\\_0104-1169-rlae-24-02683.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02683.pdf). Acesso em 16 de Ago. de 2016.

BORGES, D. A.; OLIVEIRA, S. A. Assistência de enfermagem ao paciente com dor oncológico. 2015. Disponível em: [http://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2015/08/artigos/assistencia\\_enfermagem.pdf](http://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2015/08/artigos/assistencia_enfermagem.pdf). Acesso em 05 de Set de 2016.

BORGES, E.L. et al. **Feridas: como tratar**. Belo Horizonte: Coopmed, 2010.

BORGES, E. L. Feridas: Úlceras dos membros inferiores. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

BLANCK, M. Diversidade de curativos e coberturas no mercado atual e uso adequado dos mesmos nas feridas. In: Curso de curativos e feridas. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Enfermagem em Feridas e Estética. 2010, 58p.

BRAGAS, L. Z. T. A importância da qualidade dos registros de Enfermagem para gestão em saúde: estudo em um hospital da região noroeste do RS. 2015. Artigo [ Especialização ] – Universidade Aberta do Brasil, Programa Nacional de Formação em Administração Pública – Porto Alegre – RS, 34 p. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/130291/000975097.pdf?sequence=1>. Acesso em 11 de Set de 2016.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer INCA. Ministério da Saúde. **Cuidados Paliativos Oncológicos: controle da dor**. Rio de Janeiro: INCA, 2001. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/publicacoes/manual\\_dor.pdf](http://www.inca.gov.br/publicacoes/manual_dor.pdf). Acesso em 12 de Ago de 2016.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. Ministério da Saúde. **Condutas do Instituto Nacional do Câncer. Cuidados Paliativos Oncológicos – Controle dos Sintomas**. Rev Bras Cancerol. v.48, n.2, p.191-211. 2002. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual\\_cuidados\\_oncologicos.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_cuidados_oncologicos.pdf). Acesso em 17 de Set de 2016.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer INCA. Ministério da Saúde. **Estimativas 2012: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em

<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>. Acesso em 03 de maio de 2015.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer . Ministério da Saúde. **Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em:

[http://www.oncoguia.org.br/pub//10\\_advocacy/Estimativas\\_INCA.pdf](http://www.oncoguia.org.br/pub//10_advocacy/Estimativas_INCA.pdf). Acesso em 11 de Ago de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Bases Técnicas de Oncologia – SAI/SUS**. Sistemas de Informação Ambulatorial. Brasília, 2016. Disponível em:

[http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/manual\\_de\\_bases\\_tecnicas\\_oncologia.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/manual_de_bases_tecnicas_oncologia.pdf). Acesso em 17 de Set de 2016.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde.. **Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado**. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Feridas\\_Tumorais.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Feridas_Tumorais.pdf). Acesso em 14 de Jun de 2015.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer INCA. Ministério da Saúde. **Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado**. Série Cuidados Paliativos. 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Feridas\\_Tumorais.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Feridas_Tumorais.pdf). Acesso em 24 de Ago de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Bulário Eletrônico. Metronidazol. HalexIstar Produtos farmacêuticos LTDA**, 2013. Disponível em:

[http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila\\_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=3181332015&pIdAnexo=2565553](http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=3181332015&pIdAnexo=2565553).

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. Ministério da Saúde. **Normas e Recomendações do INCA. Controle de sintomas do câncer avançado em adultos**. Rev Bras Cancerol. v.46, n.3, p.243-56, 2000. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_46/v03/pdf/normas.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_46/v03/pdf/normas.pdf). Acesso em 17 de Set de 2016.

BRITO, D.T.F. et al. Perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico de pacientes com feridas neoplásicas atendidos em um hospital referência de Campina Grande – PB.

BARRETO, V.P.M.; PRADO, A.R.A.; TONINI, T. Bases clínicas para a escolha de coberturas em clientes com feridas. In: BLANCK, M.; GIANNINI, T. **Úlceras e feridas: as feridas têm alma**. São Paulo: Dilivros, 2014.

BROWNE, N. et al. Woundcare research for appropriate products (WRAT) validation of the TELER method involving users. International Journal of Nursing Studies, v.41, p. 559-71, 2004.

CAMARÃO, R. R. Cuidados com feridas e curativos. In: Manual de Cuidados Paliativos/ Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. 320 p. Disponível em: [file:///C:/Users/PESSOAL/Downloads/09-09-2013\\_Manual%20de%20cuidados%20paliativos\\_ANCP%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/PESSOAL/Downloads/09-09-2013_Manual%20de%20cuidados%20paliativos_ANCP%20(2).pdf). Acesso em 11 de Set de 2016.

CARDOSO, M. G. M. Classificação, fisiopatologia e avaliação da dor. In: Manual de Cuidados Paliativos/Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. 320 p. Disponível em: [file:///C:/Users/PESSOAL/Downloads/09-09-2013\\_Manual%20de%20cuidados%20paliativos\\_ANCP%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/PESSOAL/Downloads/09-09-2013_Manual%20de%20cuidados%20paliativos_ANCP%20(1).pdf).

CASTRO, D.L.V.; SANTOS, V.L.C.G. Controle do odor de feridas com metronidazol: revisão sistemática. Rev Esc Enferm USP, v.49, n.5,p.858-63, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/pt\\_0080-6234-reeusp-49-05-0858.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/pt_0080-6234-reeusp-49-05-0858.pdf). Acesso em 16 de Set de 2016.

Conselho Federal de Enfermagem. **Anotações de Enfermagem**, 2012. Acesso em 11 de Set de 2016.

Conselho Federal de Enfermagem. **Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem**, 2016. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/ANEXO-RESOLU%C3%87%C3%83O514-16.pdf>. Acesso em 11 de Set de 2016.

Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro. **Câmara Técnica de Gestão e Assistência de Enfermagem**, 2013. Disponível em [http://www.coren-rj.org.br/site\\_novo\\_local/portal/images/stories/pdfs/camara\\_tecnica/ctgae\\_003-2013.pdf](http://www.coren-rj.org.br/site_novo_local/portal/images/stories/pdfs/camara_tecnica/ctgae_003-2013.pdf). Acesso em 21 de abril de 2015.

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Anotações de Enfermagem, 2009. Disponível em: <http://www.portaldafenfermagem.com.br/downloads/manual-anotacoes-de-enfermagem-coren-sp.pdf>. Acesso em 11 de Set de 2016.

COREN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n.501, de 2015. **Regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas e da outras providências**. 5p, Dez. 2015. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2015/12/ANEXO-Resolu%C3%A7%C3%A3o501-2015.pdf>. Acesso em 13 de Ago. de 2016.

COSTA, A. I. S.; CHAVES, M. D. Dor em pacientes oncológicos sob tratamento quimioterápico. Rev. Dor, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 45-9, jan-mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v13n1/a08v13n1>. Acesso em 04 de Set de 2016.

CUCOLO, D. F.; PERROCA, M. G. Fatores intervenientes na produção do cuidado de enfermagem. Acta Paul Enfer., v. 28, n.2, p. 120-4. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n2/1982-0194-ape-28-02-0120.pdf>. Acesso em 16 de Ago. de 2016.

CUNHA, N. A. Sistematização da Assistência de Enfermagem no tratamento de feridas crônicas. Fundação de Ensino Superior de Olinda, 2006. Disponível em: [http://www.abenpe.com.br/diversos/sae\\_tfc.pdf](http://www.abenpe.com.br/diversos/sae_tfc.pdf). Acesso em 10 de Set de 2016.

DEALEY, C. Cuidando de feridas: um guia para enfermeiras. 3ª ed. São Paulo. Ateneu. 2008.

DIAS, A. C. Feridas em pacientes oncológicos: um cuidado de enfermagem. 2009. Artigo [Monografia] – Universidade do Vale do Itajaí, Curso de Graduação de Enfermagem – Biguaçu- SC, 68 p. Disponível em: <http://siaibib01.univali.br/pdf/Andreia%20Cristina%20Dias.pdf>. Acesso em 10 de Set de 2016.

DOMINGUES, T. A. M.; CHAVES, E. C. O conhecimento científico como valor no agir do enfermeiro. *Rev. Esc. Enf. USP*, v.39. 2005. 9 p. Edição especial. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39nspe/v39nspea10.pdf>. Acesso em 15 de Ago. de 2016.

DURANTE, A. L. T. C.; TONINI, T. ARMINI, L. R. Conforto em cuidados paliativos: o saber-fazer do enfermeiro no hospital geral. *Rev. Enf. UFPE online*, Recife, v. 8, n. 3, p. 530-6, mar. 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/PESSOAL/Downloads/5849-53341-1-PB.pdf>. Acesso em 10 de Set de 2016.

FALANGA, V. Classification for wound bed preparation and stimulation of chronic wounds. *Wound Repair and Regeneration*. v.8, n.5, p.347-52. 2000.

FERNANDEZ, R; GRIFFITHS, R. Water for Wound Cleansing. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, p.1-26. 2010.

FERREIRA, A.M.; ANDRADE, D. Revisão integrativa da técnica limpa e estéril: consensos e controvérsias na realização de curativos. *Acta Paul Enferm*, v.21, n.1, p. 117-21. 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n1/pt\\_18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n1/pt_18.pdf). Acesso em 10 de Set de 2016.

FERREIRA, A. M.; ANDRADE, D. SWAB DE FERIDAS: RECOMENDÁVEL ?. *Rev. Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 440-6, jul/set. 2006. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v14n3/v14n3a17.pdf>. Acesso em 07 de Set de 2016.

FERREIRA, A. M.; BOGAMIL, D. D. D.; TORMENA, P.C. o enfermeiro e o tratamento de feridas: em busca da autonomia do cuidado. *Arq Ciên Saúde*. v.15, n.3, p.105-9, 2008.

FERREIRA, A. M.; CÂNDIDO, M. C. F.S.; CÂNDIDO, M. A. O cuidado de pacientes com feridas e a construção da autonomia do enfermeiro. *Rev Enferm UERJ*. v.18, n.4, p.656-60, 2010.

FERREIRA, A. M; SANTOS, I.; SAMPAIO, C. E. P. O cuidado de enfermagem nos procedimentos de coleta para análise microbiológica de feridas: aplicabilidade de duas técnicas. *Arq. Ciênc. Saúde*, v. 11, n. 3, p. 137-41, jul/set. 2004. Disponível em: <http://br.monografias.com/trabalhos-pdf900/analise-microbiologica-feridas/analise-microbiologica-feridas.pdf>. Acesso em 07 de Set de 2016.

FERREIRA, M. F.; ANDRADE, D. Revisão integrativa da técnica limpa e estéril: consensos e controvérsias na realização de curativos. *Acta Paul Enferm*, v. 21, n. 1, p. 117-21, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n1/pt\\_18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n1/pt_18.pdf). Acesso em 03 de Set de 2016.

FERREIRA, N. M. L. A. et al. Integridade cutâneo-mucosa: implicações para a família no cuidado domiciliário ao paciente com câncer. *Rev. enferm. UERJ*, v. 17, n. 2, p. 246-51, 2009. Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a19.pdf> . Acesso em 14 de Jun de 2015.

FERREIRA, R.C.S. **Bulário explicativo**. São Paulo: Rideel, 2013.

FIRMINO F. Feridas neoplásicas: estadiamento e controle dos sinais e sintomas. **Prática hospitalar** [Internet]. 2005 [citado 2011 fev 24]; 42. Disponível em: <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2042/pgs/materia%2006-42.html>. Acesso em 18 de Nov. de 2014.

FIRMINO F. Pacientes portadores de feridas neoplásicas em Serviços de Cuidados Paliativos: contribuições para a elaboração de protocolos de intervenções de enfermagem. **Rev Bras Cancerologia**, v. 51, n. 4, p. 347-59, 2005. Disponível em: <file:///C:/Users/PESSOAL/Downloads/Feridas+Pacientes+portadores+de+feridas+neopl%C3%A1sicas+em+Servi%C3%A7os+de+Cuidados+Paliativos.pdf>. Acesso em 23 de Ago de 2016.

FIRMINO, F.; PEREIRA, I. TRATAMENTO DE FERIDAS. **Cuidado Paliativo**. São Paulo, p. 283, 2008.

FRANCO, F. J.; OGRADOWSKI, K. R. O saber e o fazer da equipe de enfermagem sobre cuidados paliativos à criança hospitalizada. In: Jornada Interdisciplinar de Pesquisa em Teologia e Humanidades, 2012, Paraná. **Anais...** Paraná: Escola de Educação e Humanidades, 2012. 11p. Disponível em: <file:///C:/Users/PESSOAL/Downloads/3jointh-7713.pdf>. Acesso em 10 de Set de 2016.

FREITAS, C.C. et al. Avaliação da dor com o uso das escalas unidimensionais. **Rev Dor**, v.10, n.1, p. 56-62, 2009.

FROMANTIN, I. et al. A prospective, descriptive cohort study of malignant wound characteristics and wound care strategies in patients with breast cancer. *Ostomy wound management*, p. 38-48. 2014.

GARDONA, R.G.B. et al. Avaliação da qualidade dos registros dos curativos em prontuários realizados pela enfermagem. *Revi Bras Cirur Plas*. v.28, n.4, p.686-92, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/PESSOAL/Downloads/v28n4a28.pdf>. Acesso em 19 de Set de 2016.

GARGIULO, C. A. et al. Vivenciando o cotidiano do cuidado na percepção de enfermeiras oncológicas. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 696-702, out/dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a14v16n4>. Acesso em 07 de Set de 2016.

GEOVANINI, T. Tratado de feridas e curativos. São Paulo: Reideel, 2014.

GIL, A. C. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. 5ª Ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, C.; JESUS, C. Feridas Crônicas em cuidados paliativos: revisão bibliográfica. *Journal os Aging and Innovation*, v. 2, n. 2, p. 03-15. 2013. Disponível em: <http://www.journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/FERIDAS-CR%C3%93NICAS-EM-CUIDADOS-PALIATIVOS-REVIS%C3%83O-BIBLIOGR%C3%81FICA.pdf>. Acesso em 10 de Set de 2016.

GOMÉZ, F. et al. Úlceras Neoplásicas. In Gonzáles, R. et al. **Manual de prevención y cuidados locales de heridas crónicas**. Servicio Cántabro de Salud, 2011.

GONDIM, F.M.; GOMES, I.P.; FIRMINO, F. Prevenção e tratamento da mucosite oral. **Rev. Enferm, UERJ**. v.18, n.1, p.67-74, 2010.

GOZZO, T. O. et al. Ocorrência e manejo de feridas neoplásicas em mulheres com câncer avançado. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 270-276, abr/jun, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/1414-8145-ean-18-02-0270.pdf>. Acesso em 14 de Set. de 2016.

GUIMARÃES, M.C.S.; GEOVANINI, T. Coberturas e novas tecnologias para o cuidado de feridas. In: GEOVANINI, T. **Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional**. São Paulo: Rideel, 2014.

GROCOTT, P.; GETHIN, G.; PROBST, S. Malignant wound management in advanced illness: new insights, v. 7, p. 01-5. 2013.

HAISFIELD-WOLFE, M.E, BAXENDALE-COX, L.M. Staging of malignant cutaneous wounds: a pilot study. **Oncol Nurs Forum**. v. 26, n. 6, p. 1055-6, 1999.

HAISFIELD-WOLFE, M. E.; RUND, C. Malignant cutaneous wounds: developing education for hospice, oncology and wound care nurses. **International Journal Palliative Nursing**, v. 8, n. 2, p. 57-66, 2002.

HARRIS, D. G.; NOBLE, S. I. R. Management of terminal hemorrhage in patients with advanced câncer: a systematic literature review. *J Pain and Symptom Management*, v. 38, n. 6, p. 913-27. 2009.

IRION, G. L. **Feridas: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

KEAST, D.H. et al. Measure: a proposed framework for developing best practice recommendations for wound assessment. *Wound Repair na Regeneration*. v.12, n.2 (supl), p. 1-17, 2004.

KRASILCIC, S. Hemorragia. Manual de Cuidados Paliativos. **Academia Nacional de Cuidados Paliativos**. p. 251-55. 2012. Disponível em: [file:///C:/Users/PESSOAL/Downloads/09-09-2013\\_Manual%20de%20cuidados%20paliativos\\_ANCP%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/PESSOAL/Downloads/09-09-2013_Manual%20de%20cuidados%20paliativos_ANCP%20(2).pdf). Acesso em 11 de Set de 2016.

LEITE, A. C. Feridas Tumorais: cuidados de enfermagem. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 2, n. 2, p. 5. 2005. Disponível em: <file:///C:/Users/PESSOAL/Downloads/Feridas%20tumorais-%20cuidados%20de%20enfermagem.pdf>. Acesso em 11 de Set de 2016.

LENZA, N. F. B. et al. Fistula faringo cutânea em paciente Oncológico: Implicações para a Enfermagem. *Revista Brasileira de Cancerologia*. v. 59, n. 1, p. 87-94, 2013.

LINHARES, A. A. **O raciocínio clínico do enfermeiro na avaliação de feridas em clientes com afecções oncológicas**. 2010. Dissertação [Mestrado] – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós- Graduação em Enfermagem - Rio de Janeiro - RJ, 114 p. Disponível em: [http://www.btdt.uerj.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=2641](http://www.btdt.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2641). Acesso em 04 de Set de 2016.

LIMA, A. D. et al. Avaliação da dor em pacientes oncológicos internados em um hospital escola do nordeste do Brasil. *Rev. Dor.*, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 267-71, out/dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v14n4/v14n4a07.pdf>. Acesso em 04 de Set de 2016.

LIMA, G.A. et al. Efficacy of low-level laser therapy and aluminum hydroxide in patients with chemotherapy and radiotherapy induced oral-mucositis. **Braz Dent J.** v.21, n.3, p.186-92, 2010.

LISBOA, I. N.D.; VALENÇA, M. P. Caracterização de pacientes com feridas neoplásicas. *ESTIMA*, v.14 n.1, p. 21-28, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/PESSOAL/Downloads/116-30-1-PB.pdf>. Acesso em 12 de Ago de 2016.

MARTINEZ, J. E.; GRASSI, D. C.; MARQUES, L. G. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. *Rev Bras Reumatol*, V. 51, N.4, P. 299-308. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v51n4/v51n4a02>. Acesso em 04 de Set de 2016.

MARTINS, A.M.O.; BANDEIRA, A.R.; MARTINS, J.C.A. **Formar para a atenção ao paciente com feridas: potencial da simulação**. IN: Malagutti W. *Feridas: conceitos e atualidades*. São Paulo: Martinari, 2015.

MARTINS, P.A. E. **Avaliação de três técnicas de limpeza do sítio cirúrgico infectado utilizando soro fisiológico para remoção de microrganismos**. 2000. Dissertação [Mestrado] - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - São Paulo.

MARTINS, E.A.P.; MENEGHIN, P. Avaliação de três técnicas de limpeza do sítio cirúrgico infectado utilizando soro fisiológico. *Cienc Cuid Saude*, v. 11(suplem), p. 204-10, 2012.

MATSUBARA, M. G. S. **Feridas neoplásicas**. In MATSUBARA, M. G. S. et al. **Feridas e estomas em oncologia: uma abordagem interdisciplinar**. São Paulo: Lemar, 2012.

MATSUMOTO, D.Y.; MANNA, M. C. Hemorragias. In: *Caderno de Cuidados Paliativos do CREMESP*. Coordenação Institucional de Reynaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.

MENEGUETTI, M. G. et al. Dimensionamento de pessoal de enfermagem nos serviços hospitalares: revisão integrativa da literatura. *Rev. Eletrônica de Enfermagem [ internet]*, v. 15, n. 2, p. 551-63, abr-jun. 2013. Disponível em: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v15/n2/pdf/v15n2a30.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n2/pdf/v15n2a30.pdf). Acesso em 16 de Ago. de 2016.

MERZ, T. et al. Fungating wounds: multidimensional challenge in palliative care. **Breast Care**, v.6, p. 21-4, fev, 2011. Disponível em: <http://www.karger.com/Article/Pdf/324923>. Acesso em 23 de Ago de 2016.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORETE, M. C.; MINSON, F. P. Instrumentos para a avaliação da dor em pacientes oncológicos. Rev Dor, v.11, n. 1, p. 74-80. 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1806-0013/2010/v11n1/a1503.pdf>. Acesso em 04 de Set de 2016.

MORTON, P. G.; FONTAINE, D. K Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Kogam, 2013.

MOSCATI, R.M. et al. A multicenter comparasions of tap water versus sterile saline for wound irrigation. AcdEmerg Med. v. 14, n.5, p.404-09, 2007.

NASCIMENTO, A, R.; NAMBA, M. Aspecto da ferida: avaliação de enfermagem. Rev Enferm UNISA, v. 10, n. 2, p. 118-123. 2009. Disponível em: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2009-2-03.pdf>. Acesso em 07 de Set de 2016.

NOGUEIRA, A.C. et al. Responsabilidade civil por danos decorrentes de pesquisas científicas com seres humanos.Rev Curso de Direito da UNIFACS. n.142, p.1-16, 2012.

OLIVEIRA, P. M.; TRINDADE, L. C. T. Manejo da dor no paciente com doença oncológica: orientações ao médico residente. Rev. Med. Res., Curitiba, v.15, n.4, p. 298-304, out./dez. 2013. Disponível em: <http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/viewFile/515/503>. Acesso em 05 de Set de 2016.

OLIVEIRA, R.A.O.; NIGRI, E.L. Sutura elástica no tratamento de escarotomias e fasciotomias de pacientes queimados. Rev Bras Queimaduras, v.11, n.2, p.63-6, 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/PESSOAL/Downloads/v11n2a03.pdf>. Acesso em 16 de Set de 2016.

PAGGIARO, A. O.; TEIXEIRA NETO, N.; FERREIRA, M. C. Princípios gerais do tratamento de feridas. **Revista deMedicina**, São Paulo, v. 89, n. 3/4, p. 132-6, 2010.

PEDROSA, K. K. A.; SOUZA, M. F. G.; MONTEIRO, A. I. O enfermeiro e o registro de enfermagem em um hospital público de ensino. Rev. Rene, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 568-73, jul/set. 2011. Disponível em: [http://www.revistarene.ufc.br/vol12n3\\_pdf/a17v12n3.pdf](http://www.revistarene.ufc.br/vol12n3_pdf/a17v12n3.pdf). Acesso em 11 de Set de 2016.

PEREIRA A. L. et al. Tratamento de feridas: uma contribuição para o ensino-aprendizado. Rev Eletronica do Curso de Pedagogia do Campus Jataí – UFG, v.2, n.9, 2010.

PÉREZ, S. L. et al. Guia de Práctica Clínica para el cuidado de personas con úlceras neoplásicas. 1 ed. Cordoba: Salut y Políticas Sociales, 2015.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. Humanização e cuidados paliativos. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2004.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem. 8ª ed. Rio de Janeiro: Ed: Elsevier, 2013.

PRADO, T. D. et al. Hemostasia e procedimentos anti-hemorrágicos. Agrarian Academy, Centro Científico Conhecer, Goiânia, v. 1, n. 1, p. 210. 2014. Disponível em: <http://www.conhecer.org.br/Agrarian%20Academy/2014a/Hemostasis.pdf>. Acesso em 11 de Set de 2016.

PRAZERES, S. J. ; SILVA, A. C. B. Técnica e tecnologias no tratamento de feridas. In:

PRAZERES, S.J. Tratamento de feridas: teoria e prática. Porto Alegre: Moriá, 2009.

PROBST, S. et al. Recommendations for the care of patients with malignant fungating wounds. European Oncology Nursing Society (EONS). 1ª ed. London, 2015.

PROBST, S.; ARBER, A.; FAITHFULL, S. Malignant fungating wounds: a survey of nurses's clinical practice in Switzerland. European Journal Oncology Nursing, v. 13, p. 295-8. 2009.

QUEIROZ, A.; SILVA, LC.; SANTOS, E. **Educação em enfermagem**. Salvador: Quarteto editora, 2000.

RABEH, S. A. N. et al. Construção e validação de um módulo educativo virtual para a terapia tópica em feridas crônicas. **Rev Enferm UERJ**. v.20, (esp1), p.603-8, 2012.

RECKA, K.; MONTAGNINI, M.; VITALLE, C. A. Management of bleeding associated with malignant wounds. Joun Palliative Med, v. 15, n. 8, p. 952-4. 2012.

RIBEIRO JÚNIOR, O.; BORBA, A.M.; GUIMARÃES JÚNIOR, J. Prevenção e tratamento da mucosite oral: o papel do cirurgião dentista. **RevClínPesq Odontol**. v.6, n.1, p.57-62,2010.

RODRIGUES, C.; SILVA, D. Limpeza de feridas: técnicas e soluções. **Journal of Tissue Regeneration & Healing**.p. 25-31, 2012.

SACRAMENTO, C. J. et al. Manejo de sinais e sintomas em feridas tumorais: revisão integrativa. Rev. Enfer. Centro Oeste Mineiro, v. 5, n. 1, p. 1514-1527, jan/abr. 2015. Disponível: [file:///C:/Users/PESSOAL/Downloads/944-4284-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/PESSOAL/Downloads/944-4284-1-PB%20(1).pdf). Acesso em 04 de Set de 2016.

SALVADOR, M.; RODRIGUES, C. C.; CARVALHO, E. C. Emprego do relaxamento para alívio da dor em Oncologia. Rev. RENE. Fortaleza, v. 9, n. 1, p. 120-128, jan./mar.2008. Disponível em: <file:///C:/Users/PESSOAL/Downloads/532-2010-1-PB.pdf>. Acesso em 04 de Set de 2016.

SANTO, F.H.E.; PORTO, I.S. De Florence Nightingale às perspectivas atuais sobre o cuidado de enfermagem: a evolução de um saber/fazer. **Esc Anna Nery**, v. 10, n. 3, p. 539-46, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a25.pdf>. Acesso em 25 de Ago de 2016.

SANTOS, C.M.C. **Tratamento tópico de feridas fungosas**. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/grad/monografia/1999/2219668.htm>. Acesso em 03 de maio de 2015.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A systematic review of topical treatments to control the odor of malignant fungating wounds. *Journal of pain and symptom management*, v.39, n.6, p.1065-76, 2010.

SANTOS, F. **Cuidados Paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas**. São Paulo: Editora Atheneu, 2011.

SANTOS, J. P. **Feridas neoplásicas: manejo realizado por enfermeiros**. 2014. Monografia [Trabalho de Conclusão de Curso] - Universidade Federal de Campina Grande, Unidade Acadêmica de Enfermagem – Cuité – PB, 74 p.

SANTOS, S. B. **Cuidados paliativos em pacientes com feridas oncológicas: uma revisão de literatura**. 2015. Monografia [Especialização] – Atualiza Cursos, Salvador – Bahia, 15 p. Disponível em: <http://bibliotecaatualiza.com.br/arquivotcc/EON/EON07/SANTOS-suzane-barbarosa.pdf>. Acesso em 03 de Set de 2016.

SAWYNOK J. Topical and peripherally acting analgesics. *Rev Pharmacol*, v. 55, n. 1, p. 1-20, mar. 2003.

SEAMAN, S. Management of malignant fungating wounds in advanced câncer. *Seminars in oncology nursing*, v. 22, n. 3, p.185- 93. 2006.

SEAMAN, S. Providing appropriate care to patients living with malignant wounds. *Today's wound clinic*, p. 6-10, nov/dez. 2014.

SEHNEM, G.D. et al. Dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no cuidado de enfermagem a indivíduos portadores de feridas. **Cienc Cuid Saúde**. v.14, n.1, p.839-46, 2015

SILVA, A. P. **Tecnologia dos curativos no tratamento das feridas cirúrgicas infectadas: elementos essenciais no processo de escolha do(a) enfermeiro(a)**. 2004. Dissertação [Mestrado] – Fundação Oswaldo Cruz, Programa de Pós-graduação em Saúde da criança e da Mulher – Rio de Janeiro – RJ, 93 p. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/7359/2/53351.pdf>. Acesso em 30 de Ago de 2016.

SILVA, M. C. O. S. et al. Instrumentos de avaliação da dor crônica em idosos e suas implicações para a enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 1, n. 4, p. 560-70, out/dez. 2011. Disponível em: <file:///C:/Users/PESSOAL/Downloads/120-807-1-PB.pdf>. Acesso em 04 de Set de 2016.

SILVA, R.C.L. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem. IN: SILVA, R.C.L et al. **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem**. São Paulo: Yendis, 2011.

SILVA, R. C. L.; FIGUEIREDO, N. M. A.; MEIRELES, I.B. **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem**. 2. ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2010.

SILVA, K. N.; NÓBREGA, M. M. L.; FONTES, W. D. Coleta de dados: primeira fase do processo de enfermagem. IN: NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, K. N. Fundamentos do cuidar em enfermagem. Belo Horizonte: Aben, 2008/2009.

SUSSMAN, C.; BATES-JENSEN, B. A. Wound Care: collaborative practice manual for health professionals. 4 ed. Philadelphia: Lippincott Williams e Wilkins, 2007. 836 p. 176-8. Disponível em:  
<http://www.rhc.ac.ir/Files/Download/pdf/nursingbooks/Wound%20Care%20A%20Collaborative%20Practice%20Manual%20for%20Health%20Professionals.2012%20-%20CD.pdf>. Acesso em 16 de Set de 2016.

STÜBE, M. et al. Percepções de enfermeiros e manejo da dor de pacientes oncológicos. Rev. Min. Enferm. v. 19, n. 3, p. 696-703, jul/set. 2015. Disponível em:  
<file:///C:/Users/PESSOAL/Downloads/v19n3a13.pdf>. Acesso em 05 de Set de 2016.

TAVARES, C. M. M. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 287-95, abr/jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a12v15n2.pdf>. Acesso em 11 de Set de 2016.

VAQUER, L. Manejo de las úlceras cutâneas de origen tumoral; cutánides. **Revista Internacional de Grupos de Investigación en Oncología**. Disponível em:  
[www.elsevier.es/régio](http://www.elsevier.es/régio).

VAQUER, L. M. Manejo de las úlceras cutâneas de origen tumoral: cutánides. Rev Inter Grupos Invest Oncol, v. 1, n. 2, p. 52-9. 2012.

VERAS FILHO, D.L.; KASSUGA, L.E.B.P. Anatomia e fisiologia da pele. In: BLANCK, M.; GIANNINI, T. **Úlceras e feridas: as feridas têm alma**. São Paulo: Dilivros, 2014.

VERNASSIERE, C. et al. Estudo para determinar a eficácia da morfina tópica em úlceras crônicas dolorosas. J Tratamento de Feridas, v. 14, n. 6, p. 289-93. 2005.

WILLIS, S.; SUTTON, J. Managing complex palliative wounds: an interactive educational approach for district nurses. **International Journal Palliative Nursing**, v. 19, n. 9, p. 457-62, 2013.

WIERMANN, E.G. et al. Consenso Brasileiro sobre Manejo da Dor Relacionada ao Câncer. Revista Brasileira de Oncologia Clínica, v. 10, n.38, p. 132-43, 2014. Disponível em:  
<http://sboc.org.br/revista-sboc/pdfs/38/artigo2.pdf>. Acesso em 13 de Set de 2016.

WOO, K.; SIBBALD, R. G. Local wound care for malignant and palliative wounds. **Adv Skin Wound Care**, v. 23, n. 9, p. 417-28, set, 2010.

YAMASHITA, C. C., KURASHIMA, A. Y. **Feridas em pacientes de cuidados paliativos**. In: MATSUBARA, M. G. S. **Feridas e estomas em oncologia: uma abordagem interdisciplinar**. São Paulo: Lemar, 2012.

**APÊNDICES**

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a)

Esta pesquisa intitulada *“Conhecimento de enfermeiros acerca dos cuidados e práticas a pacientes com feridas neoplásicas”*, cujo objetivo geral é investigar o conhecimento e prática de enfermeiros no cuidado a pacientes com feridas oncológicas e objetivos específicos são: investigar o conhecimento e a prática de enfermeiros no processo de avaliação de feridas neoplásicas; identificar o conhecimento e prática dos enfermeiros frente aos cuidados básicos realizados com as feridas neoplásicas; averiguar o conhecimento e prática de enfermeiros frente aos cuidados específicos prestados com as feridas neoplásicas; investigar a prática dos enfermeiros no registro e documentação dos procedimentos realizados. Esta pesquisa está sendo desenvolvida por Maria Vitória de Souza Medeiros, discente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, *Campus Cuité*, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Ms. Glenda Agra.

Para a realização desta pesquisa sua participação é muito importante, por isso solicitamos sua contribuição no sentido de participar da mesma. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma.

A entrevista constará de algumas perguntas sobre dados pessoais e profissionais outras questões voltadas aos objetivos da pesquisa. Os dados coletados farão parte de um Trabalho de Conclusão de Curso podendo ser divulgados em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o seu nome será mantido em sigilo.

Vale ressaltar que esta pesquisa não apresentará riscos a(o) senhor(a), exceto a inibição de responder às questões; nesse sentido, as entrevistas serão gravadas em um lugar com privacidade. Espera-se que este estudo traga contribuições relevantes que demonstrem a importância do profissional de enfermagem na assistência ao paciente oncológico, principalmente no que concerne ao cuidado da ferida neoplásica, e, mais além, que possa despertar o interesse das equipes especializadas para a continuidade desta pesquisa e aprofundamento de tema de tão valioso no campo do atendimento humanizado em Cuidados Paliativos.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir da mesma, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo. As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Diante do exposto, agradecemos a sua contribuição na realização desse estudo.

Eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar desta pesquisa declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecido(a), estando ciente dos objetivos da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei esse documento assinado por mim e pelas pesquisadoras, contendo identificação, contatos telefônicos e endereços das mesmas.

Campina Grande, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Maria Vitória de Souza Medeiros

---

Glenda Agra

Pesquisador Colaborador

Pesquisadora Responsável

---

Comitê de Ética em Pesquisa

**Pesquisador Responsável: Glenda Agra**

Endereço: Olho D'Água da Bica, s/n Cuité – PB CEP – 58175-000 Fone: 3372-1900

Endereço residencial: Rua Nicola Porto, 251 – Manaíra – João Pessoa/PB – CEP58038-120

Fone: 3226-4721 / 9924-9499

**Pesquisador colaborador: Maria Vitoria de Souza Medeiros**

Endereço: Rua: Caetano Dantas, nº 345- Centro - Cuité/PB - CEP 58175-000

RG : 2595279

CPF 06024724403

MAT: 511220262

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Universidade Federal de Campina Grande

Rua: Carlos Chagas, s/n

Bairro: São José

Cidade: Campina Grande-PB

CEP: 58107 670

Fone: 2101-5545

## APÊNDICE B - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Sexo: Feminino ( ) Masculino ( )

Estado civil: Solteiro ( ) Casado ( ) Viúvo ( ) União consensual ( )

Idade: \_\_\_\_\_

Tempo de formação acadêmica: \_\_\_\_\_

Tempo de experiência na área de oncologia: \_\_\_\_\_

Pós-graduação: Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado ( )

1. Marque com um (x) as intervenções de enfermagem que você realiza no cuidado ao paciente com ferida neoplásica.

1.1 Você avalia a ferida e as necessidades do paciente:	Quanto você sabe:			Quanto você faz:	
	Não sei	Sei em parte	Sei	Sim	Não
	Localização				
Tamanho					
Estadiamento					
Área de envolvimento					
Cor					
Extensão					
Odor					
Exsudato					
Sangramento					
Dor					
Prurido					
Descamação					
Sinais de infecção					
Acometimento ou invasão de órgãos ou sistemas					
Progressão ou mudança da ferida					
Produtos necessários/apropriados para a ferida					
Identificar as necessidades educacionais do paciente ou cuidador quanto aos cuidados com a ferida após a alta					

1.2 CUIDADOS BÁSICOS que você realiza com a ferida neoplásica:	Quanto você sabe			Quanto você faz	
	Não sei	Sei em parte	Sei	Sim	Não
	Calçar luvas estéreis para proceder com o curativo				
Retirar gazes anteriores com irrigação abundante utilizando SF 0,9%					
Irrigar o leito da ferida com SF 0,9% em jato com seringa					

20 mL/agulha 40 x 12 cm					
Limpar a ferida para a remoção superficial de bactérias e <i>debris</i>					
Empregar técnica asséptica (proceder com a limpeza do meio menos contaminado para o mais contaminado)					
Conter/absorver exsudato					
Manter úmido o leito da ferida					
Eliminar espaço morto (preenchê-lo com curativo)					
Promover os curativos simétricos com a aparência do paciente					
Proteger o curativo com saco plástico durante o banho de aspersão e abrí-lo para troca somente no leito (evitando a dispersão de exsudato e microorganismos no ambiente).					

<b>1.3 CUIDADOS ESPECÍFICOS</b> que você realiza com a ferida neoplásica	Quanto você sabe			Quanto você faz	
	Não sei	Sei em parte	Sei	Sim	Não
<b>CONTROLE DA DOR</b>					
Monitorar o nível de dor pela Escala Visual Analógica 					
Considerar o uso de gelo e medicação analgésica CPM					
Iniciar o curativo após 30 minutos para analgesia via oral, 5 minutos para analgesia subcutânea ou endovenosa, e início imediato para a via tópica					
Retirar os adesivos cuidadosamente					
Adequar o horário de troca de curativos após o paciente já estar medicado					
Avaliar a necessidade de analgesia tópica com lidocaína gel a 2%					
Evitar friccionar com força o leito da ferida					
Irrigar o leito da ferida com SF0,9%					
Aplicar pomada de óxido de zinco nas bordas e ao redor da ferida					
Observar a necessidade de analgesia após a realização do curativo					
Reavaliar a necessidade de alteração do esquema analgésico prescrito					
Considerar a necessidade, junto à equipe médica, de anti-inflamatórios, radioterapia antiálgica ou cirurgia					
Registrar a avaliação da dor pela Escala Visual Analógica e a analgesia antes e após o curativo					
Comunicar à equipe médica os casos de sofrimento álgico que fogem ao controle da conduta preconizada					

<b>CONTROLE DO EXSUDATO</b>	Quanto você sabe			Quanto você faz	
	Não sei	Sei em parte	Sei	Sim	Não
Coletar material para cultura (aspirado ou <i>swab</i> )					
Empregar carvão ativado/alginate de cálcio e compressas/gaze como cobertura secundária					

Empregar óxido de zinco na pele macerada e nas bordas da ferida antes da utilização de antissépticos					
--	--	--	--	--	--

<b><i>CONTROLE DO PRURIDO</i></b>	<b>Quanto você sabe</b>			<b>Quanto você faz</b>	
	<b>Não sei</b>	<b>Sei em parte</b>	<b>Sei</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Investigar a causa do prurido					
Considerar o uso de adesivos hipoalergênicos (micropore)					
Utilizar dexametasona creme 0,1% nas áreas do prurido COM					
Utilizar sulfadiazina de prata 1% CPM para candidíase cutânea nas áreas de hiperemia ao redor da ferida associada a manchas esbranquiçadas					
Considerar a redução do intervalo dos curativos, para evitar esse sintoma					
Caso o prurido persista, considerar junto à equipe médica a introdução de terapia sistêmica					

<b><i>ABORDAGEM DA NECROSE</i></b>	<b>Quanto você sabe</b>			<b>Quanto você faz</b>	
	<b>Não sei</b>	<b>Sei em parte</b>	<b>Sei</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Avaliar as necessidades de debridamento, de acordo com a capacidade do paciente.					
Eleger a forma de debridamento (mecânico, químico, autolítico)					

<b><i>ABORDAGEM DA FÍSTULA CUTÂNEA</i></b>	<b>Quanto você sabe</b>			<b>Quanto você faz</b>	
	<b>Não sei</b>	<b>Sei em parte</b>	<b>Sei</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Aplicar óxido de zinco na pele ao redor da fístula					
Adaptar, quando possível, uso de bolsas coletoras nas fístulas de alta drenagem, com placas de hidrocoloide ao redor da pele					
Realizar curativo absorvente com carvão ativado e/ou alginato de cálcio com compressa/gaze como cobertura secundária					

<b><i>ABORDAGEM DO SANGRAMENTO</i></b>	<b>Quanto você sabe</b>			<b>Quanto você faz</b>	
	<b>Não sei</b>	<b>Sei em parte</b>	<b>Sei</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Aplicar pressão diretamente sobre os vasos sangrantes com amparo de gases, compressas ou toalha					
Considerar aplicação de SF0,9% gelado					
Considerar curativo hemostático à base de gelatina suína (Gelfoam)					
Considerar alginato de cálcio					
Considerar adrenalina (solução injetável) topicamente sobre os pontos sangrantes COM					
Manter o meio úmido evitando aderência de gaze no sítio da ferida					
Verificar, junto à equipe médica, a possibilidade de					

tratamento com coagulante sistêmico como ácido aminocaproico					
Verificar, junto à equipe médica, a possibilidade de tratamento com intervenção cirúrgica					
Verificar, junto à equipe médica, a possibilidade de tratamento com radioterapia anti-hemorrágica					
Verificar, junto à equipe médica, a possibilidade de tratamento com sedação paliativa para os casos de sangramento intenso acompanhado de agitação, desespero e angústia do paciente					

<b><i>CONTROLE DO ODOR NAS LESÕES CUTÂNEAS</i></b>	<b>Quanto você sabe</b>			<b>Quanto você faz</b>	
	<b>Não sei</b>	<b>Sei em parte</b>	<b>Sei</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Proceder à limpeza com SF0,9% + antissepsia com clorhexidina degermante					
Retirar antisséptico com jato de SF0,9% e manter gazes embebidas em hidróxido de alumínio no leito da ferida					
Empregar sulfadizina de prata em gaze e ocluir com gaze embebida em vaselina líquida					
Empregar carvão ativado em gaze umedecida com SF0,9%					
Aplicar gel de metronidazol 0,8% CPM em gaze embebida em vaselina e aplicar no leito da ferida					
Se houver necessidade, fazer escarotomia em tecido necrótico e proceder à aplicação de gel de metronidazol CPM					
					
Considerar junto à equipe médica, a possibilidade de associação de metronidazol sistêmico (endovenoso ou oral) ao uso tópico					

<b><i>CONTROLE DO ODOR NAS LESÕES CAVITARIAS</i></b>	<b>Quanto você sabe</b>			<b>Quanto você faz</b>	
	<b>Não sei</b>	<b>Sei em parte</b>	<b>Sei</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
<b>Cavidade oral:</b> Orientar higiene oral com solução 5 mL de gel de metronidazol 0,8% diluído em 50 mL de água filtrada.					
Realizar higiene oral com solução 5 mL de gel de metronidazol 0,8% diluído em 50 mL de água filtrada.					
<b>Fístula cutânea:</b> Injetar, com auxílio de uma seringa de bico, 5 mL ou mais de gel de metronidazol 0,8% no orifício da fístula					
<b>Vaginal:</b>					

Introduzir o aplicador vaginal ou sonda nº16 com creme vaginal de metronidazol 10%					
<b>Canal anal:</b> Introduzir o aplicador vaginal ou sonda nº16 com creme vaginal de metronidazol 10%					

<b><i>REGISTRO DAS AÇÕES</i></b>	<b>Quanto você sabe</b>			<b>Quanto você faz</b>	
	<b>Não sei</b>	<b>Sei em parte</b>	<b>Sei</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Documentar avaliação da ferida e do paciente					
Documentar todas as intervenções realizadas					
Documentar educação realizada ao paciente e/ou família, sinalizando os pontos de dificuldades de entendimento e habilidade					
Documentar os resultados obtidos					

**ANEXOS**

## ANEXO A

## TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES RESPONSÁVEIS



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA  
GRANDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE**

## TERMO DE COMPROMISSO DO(S) PESQUISADOR (ES)

Por este termo de responsabilidade, nós, pesquisadoras responsáveis e colaboradoras, Glenda Agra e Maria Vitória de Souza Medeiros, abaixo-assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada “**CONHECIMENTO E PRÁTICA DE ENFERMEIROS ACERCA DOS CUIDADOS A PACIENTES COM FERIDAS NEOPLÁSICAS**”, assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas Complementares, outorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de Janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao(s) sujeito(s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5(cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP/HUAC (Comitê de Ética em Pesquisa/ Hospital Universitário Alcides Carneiro) ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/HUAC, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Cuité, 11 de setembro de 2015

*Glenda Agra*

**Glenda Agra**  
(Pesquisadora Responsável)

*Maria Vitória de S. Medeiros*

**MARIA VITÓRIA DE SOUZA MEDEIROS**  
(Pesquisadora Colaboradora)

**ANEXO B****TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA  
GRANDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE**

**TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

Eu, Glenda Agra, docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, portadora do RG 1.648.163 SSP/PB e CPF 996.749.554-53, comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 466/2012 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos durante a pesquisa intitulada **“CONHECIMENTO E PRÁTICA DE ENFERMEIROS ACERCA DOS CUIDADOS A PACIENTES COM FERIDAS NEOPLÁSICAS”** da aluna Maria Vitória de Souza Medeiros.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Cuité, 11 de setembro de 2015.

A handwritten signature in blue ink that reads 'Glenda Agra' is written over a horizontal line.

**Glenda Agra**

(Orientadora)

## ANEXO C

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA  
GRANDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE**

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Ilmo. Sr(a) Diretora da Fundação Assistencial da Paraíba

O Centro de Educação e Saúde da UFCG conta no seu Programa de Graduação, com o Curso de Enfermagem. Nesse contexto, a aluna Maria Vitória de Souza Medeiros, matrícula nº 511220262, RG 2595279, CPF 060247244-03, está realizando uma pesquisa intitulada por: **“CONHECIMENTO E PRÁTICA DE ENFERMEIROS ACERCA DOS CUIDADOS E A PACIENTES COM FERIDAS NEOPLÁSICAS”**, necessitando, portanto, coletar dados que subsidiem este estudo junto aos profissionais Enfermeiros desta instituição. Desta forma, solicitamos sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar tanto o acesso da referida graduanda para a realização da coleta de dados, como a utilização do nome da instituição. Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados para realização deste trabalho, bem como para publicação em eventos e artigos científicos. Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho dessa instituição, agradecemos antecipadamente.

Cuité, 11 de setembro de 2015.

*Maria Vitória de S. Medeiros*

Maria Vitória de Souza Medeiros  
(Orientanda - Pesquisadora)

*Glenda Agra*

Glenda Agra  
(Orientadora - Pesquisadora)

*Ramilton Costa Marinho*

Ramilton Costa Marinho  
Diretor do Centro de Educação e Saúde da UFCG

## ANEXO D

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE**  
**UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM**

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM

Ilma. Sra. Waleska de Brito Nunes

Coordenadora da Unidade Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande no Centro de Educação e Saúde *campus* Cuité/PB

O Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande conta no seu Programa de Graduação, com o Curso de Bacharelado em Enfermagem. Nesse contexto, a graduanda Maria Vitória de Souza Medeiros Mat.511220262, RG2595279, CPF 060.247.244-03 está realizando uma pesquisa intitulada por: **“CONHECIMENTO E PRÁTICA DE ENFERMEIROS ACERCA DOS CUIDADOS A PACIENTES COM FERIDAS NEOPLÁSICAS”**, necessitando, portanto, coletar dados que subsidiem este estudo junto aos acadêmicos de enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande *campus* Cuité. Desta forma, solicitamos sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar tanto o acesso do referido graduando para a realização da coleta de dados, como a utilização do nome da instituição, centro e unidade acadêmica.

Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados para realização deste trabalho, bem como para publicação em eventos e artigos científicos.

Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho dessa instituição, agradecemos antecipadamente.

Cuité, 11 de setembro de 2015.

Maria Vitória de S. Medeiros

**Maria Vitoria de Souza Medeiros**

(Orientanda - Pesquisadora)

Glenda Agra

**Glenda Agra**

(Orientadora – Pesquisadora.)

Waleska de Brito Nunes

(Coordenadora da Unidade Acadêmica de Enfermagem – Cuité/PB)

## ANEXO E –

## CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DA UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM

## CERTIDÃO DE APROVAÇÃO

O Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande conta no seu Programa de Graduação, com o Curso de Bacharelado em Enfermagem. Nesse contexto, a graduanda Maria Vitória de Souza Medeiros Mat.511220262, RG 2595279, CPF 060.247.244 -03 está realizando uma pesquisa intitulada por: **“CONHECIMENTO E PRÁTICA DE ENFERMEIROS ACERCA DOS CUIDADOS A PACIENTES COM FERIDAS NEOPLÁSICAS”**, sob a orientação da professora Mestre Glenda Agra, SIAPE 1841058.

Desta forma, declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/2012 e suas complementares e como esta Unidade Acadêmica de Enfermagem tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

Cuité, 11 de setembro 2015.

A rectangular box containing a handwritten signature in blue ink. The signature reads 'Waluska de Brito Nunes'.

(Coordenadora da Unidade Acadêmica de Enfermagem – Cuité/PB)

**ANEXO F –  
DECLARAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA  
GRANDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE**

**DECLARAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS**

**Declaro para os devidos fins que as pesquisadoras Maria Vitória de Souza Medeiros e Glenda Agra encaminharão os resultados da pesquisa intitulada “CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS ACERCA DOS CUIDADOS E PRÁTICAS A PACIENTES COM FERIDAS NEOPLÁSICAS” para a Plataforma Brasil, logo após a conclusão da pesquisa.**

Cuité, 11 de setembro 2015.

**Maria Vitoria de Souza Medeiros**

(Pesquisadora Colaboradora)

**Glenda Agra**

(Pesquisadora Responsável)



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - HUAC



### DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DE PROJETO

Declaro para fins de comprovação que foi analisado e aprovado neste Comitê de Ética em Pesquisa – CEP o projeto de número CAAE: 50354615.8.0000.5182, Número do Parecer: 1.321.296 intitulado: **CONHECIMENTO E PRÁTICA DE ENFERMEIROS NO CUIDADO A PACIENTES COM FERIDAS NEOPLÁSICAS.**

Estando o (a) pesquisador (a) ciente de cumprir integralmente os itens da Resolução nº. 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, responsabilizando-se pelo andamento, realização e conclusão deste projeto, bem como comprometendo-se a enviar por meio da Plataforma Brasil no prazo de 30 dias relatório do presente projeto quando da sua conclusão, ou a qualquer momento, se o estudo for interrompido.

*Januse Nogueira de Carvalho*  
Januse Nogueira de Carvalho  
Coordenadora CEP/ HUAC

Campina Grande - PB, 15 de Fevereiro de 2016.

Rua.: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, Campina Grande – PB.  
Telefone.: (83) 2101 – 5545. E-mail.: [cep@huac.ufcg.edu.br](mailto:cep@huac.ufcg.edu.br)