

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS**  
**UNIDADE DE EDUCAÇÃO CONTINUADA**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM EM ESTOMATERAPIA**

**MARISTELA JECI DOS SANTOS**

**FERIDAS ONCOLÓGICAS EM CUIDADOS PALIATIVOS**

**PORTO ALEGRE**

**2013**

**MARISTELA JECI DOS SANTOS**

**FERIDAS ONCOLÓGICAS EM CUIDADOS PALIATIVOS**

**Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Enfermagem em Estomaterapia, à Universidade do Vale do Rio dos Sinos.**

**Orientadora: Prof. Dr. Enf. Carmen Maria Lazzari**

**PORTO ALEGRE**

**2013**

## RESUMO

As feridas oncológicas são complicações devastadoras, e indicam avanço da doença, limitação terapêutica e prognóstico ruim. Os principais sintomas das feridas malignas são: odor, exsudação, dor, sangramento e prurido. O controle dos sintomas nas feridas oncológicas assume importância relevante na caracterização do conforto do paciente e cuidador, em detrimento da própria cicatrização da ferida. Trata-se de uma revisão teórica a respeito do cuidado às feridas oncológicas no contexto de cuidados paliativos, e tem como objetivos identificar o papel do enfermeiro frente às feridas oncológicas em pacientes em cuidados paliativos e, os principais sintomas e condutas descritas na literatura. A busca online foi realizada nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SciELO), através do portal de Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Os termos utilizados na busca foram “feridas oncológicas”, “feridas tumorais”, “cuidados paliativos”, “malignant wound”, “fungating cancer wound”, “oncologic wound”, “roles of nursing”, “palliative care” e “oncology nursing”. O período da coleta foi de 2007 a março de 2013. Para desenvolver seu papel (no cuidado), faz-se essencial ao enfermeiro o domínio de peculiares habilidades técnico-científicas e motoras, conhecimento dos aspectos bioéticos, legais e éticos que fundamentam o exercício da profissão. No controle dos principais sinais e sintomas, há uma gama de produtos e tecnologias que são usadas em todo mundo, com respaldo científico às feridas oncológicas em pacientes em cuidados paliativos.

Palavras chave: Assistência Terminal. Cuidados Paliativos. Enfermagem Oncológica. Neoplasias. Qualidade de Vida.

## FERIDAS ONCOLÓGICAS EM CUIDADOS PALIATIVOS

### INTRODUÇÃO

Maristela Jeci dos Santos<sup>1</sup>  
Carmen Maria Lazzari<sup>2</sup>

Os avanços tecnológicos na área da oncologia permitem o desenvolvimento de pesquisas que aumentam a sobrevida e promovem a manutenção e recuperação da qualidade de vida dos pacientes. No entanto, o câncer ainda aparece como a 2ª causa de morte no Brasil. Estima-se que em 2020 o número de casos novos anuais, no mundo, seja da ordem de 15 milhões, sendo que cerca de 60% desses novos casos ocorrerão em países em desenvolvimento. No Brasil, a estimativa para o ano de 2013, aponta 518.510 casos novos de câncer, acompanhando o perfil de magnitude observada no mundo. O câncer, hoje, é reconhecido como um problema de saúde pública, que requer uma abordagem multidisciplinar e tem como metas melhorar a qualidade de vida do paciente, reduzir a mortalidade e a incidência de novos casos. (INCA, 2011).

Segundo Santos (2009), a perspectiva do sofrer e viver o processo de morte e morrer de forma solitária é assustadora para pacientes e familiares cuidadores. Em pleno século XXI e, apesar de todas as campanhas de prevenção e equipamentos diagnósticos para identificação precoce da doença, muitos pacientes chegam aos Serviços de Oncologia em estágio avançado do câncer, ou seja, com metástases, em um momento em que os cuidados possíveis serão focados, quase que exclusivamente, em cuidados paliativos. Chegam confrontados com uma série de perdas, sintomas exacerbados e espoliados física, psicológica, espiritual, social e financeiramente. As perdas vivenciadas são intensas, extremas, desencadeadoras de conflitos, sofrimentos e na maioria das vezes rechaçadas pelos profissionais de saúde, pelas famílias e pela sociedade. As associações do diagnóstico de câncer à morte e sofrimentos são inevitáveis, inclusive por parte dos profissionais de saúde. Nossos enfrentamentos são constantes e desestruturam as equipes, o estresse profissional (Síndrome de Burnout) é condição real, bastante estudada, porém, ainda subestimada e tratada de forma preconceituosa nas equipes e pelos administradores dos Serviços de Saúde.

Além dessas questões, o paciente ainda convive com a possibilidade de desenvolver mais um agravo a sua condição, a ferida oncológica, agregando sofrimento em virtude de

<sup>1</sup>Maristela Jeci dos Santos, Enfermeira, Especializanda em Enfermagem em Estomoterpia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS/RS

<sup>2</sup>Carmen Maria Lazzari, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>Enf<sup>a</sup> da Universidade Vale do Rio dos Sinos – UNISINUS/RS

desfiguramento físico, exacerbação dos sintomas, especialmente a dor e levando-os ostracismo em virtude de astenia, perda de função de órgãos importantes, exsudação, odor fétido e/ou com risco de sangramentos. (FIRMINO; PEREIRA, 2008).

Estatísticas norte-americanas apontam que 5% a 10% dos pacientes com câncer metastático evoluem com feridas neoplásicas, principalmente nos últimos seis meses de vida. (MTSUBARA, 2012).

A perspectiva de viver com a ferida até a morte agrega substancial importância ao adequado manejo do cuidado desses pacientes e suas feridas, que geralmente acontece durante um longo e intenso período. (MAcMANUS,2009).

O aparecimento da ferida tem repercussões no âmbito social e familiar do paciente. O surgimento dessas feridas direciona e/ou modifica o plano terapêutico, envolvendo procedimentos de alta complexidade para o cuidado desses pacientes. O manejo inadequado das feridas oncológicas pode prolongar o tratamento, ameaça a perda parcial ou total da capacidade funcional do paciente impactando negativamente nas dimensões emocional e social do mesmo e de seus familiares. (LINHARES, 2010).

É necessário enfatizar que as doenças oncológicas impõem ao seu portador desordens de caráter químico peculiares, que modificam a complexa ocorrência da cascata de eventos que promove o reparo do tecido. Faz-se essencial o envolvimento de elementos da equipe multiprofissional, agregando os diversos saberes, articulando-os para dimensionar adequadamente as ações, viabilizando e/ou assegurando a continuidade do plano terapêutico. (LINHARES, 2010).

Segundo Matsubara (2012),as lesões neoplásicas, depois das úlceras por pressão, figuram como as principais feridas que comprometem a qualidade de vida de pessoas em cuidados paliativos. Os desconfortos estão vinculados diretamente aos sintomas de dor, odor e desfiguração causada, em especial nas áreas de face, pescoço, tronco e membros superiores.

Os cuidados às feridas oncológicas tem por base os princípios de cuidados paliativos, ou seja, a abordagem centrada na pessoa que apresenta uma ferida oncológica e sua família, implicando na compreensão dos aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais do paciente e família enquanto unidade de cuidados.

O convívio diário com essa situação e população me fez questionar:

a) qual o papel do enfermeiro frente às feridas oncológicas em pacientes em cuidados paliativos?

b) quais os principais sintomas em feridas oncológicas relatados na literatura e a forma de abordá-los em cuidados paliativos?

Esse estudo tem como objetivos, a partir da literatura consultada:

- a) identificar o papel do enfermeiro junto à pacientes em cuidados paliativos com feridas oncológicas;
- b) identificar os principais sinais e sintomas em feridas oncológicas;
- c) identificar os principais cuidados de enfermagem às feridas oncológicas a pacientes em cuidados paliativos.

## REVISÃO DA LITERATURA

### SURGIMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Cuidado paliativo tem sua origem, oficialmente como prática, no movimento *hospice*, no Reino Unido, na década de 60 do século XX, com a criação do St. Christopher's Hospice, em Londres, fruto do trabalho de Cicely Saunders, que disseminou uma nova filosofia sobre o cuidar, contendo dois elementos fundamentais: o controle efetivo da dor e de outros sintomas decorrentes das fases avançadas das doenças e o cuidado abrangendo as dimensões psicológicas, sociais e espirituais de pacientes e suas famílias. Esse foi o primeiro Hospice, que numa visão holística do ser humano e cuidados integrados, ligou o alívio da dor e outros sintomas, com cuidado humanizado, ensino e pesquisa clínica. A partir desse Hospice, se sistematizou o atendimento, voltando-o para o alívio do sofrimento inerente ao final da vida por meio de abordagens que conciliam aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais da pessoa doente e daqueles que participam de sua vida, o que Cicely Saunders chamou de “dor total”. (SANTOS, 2009).

Esse trabalho gerou o que conhecemos como “Movimento Hospice”. Os primeiros registros sobre *hospices* datam do século IV, quando eram dirigidos por religiosos cristãos e abrigavam peregrinos para descanso e recuperação dos problemas físicos decorrentes de suas viagens; com o passar do tempo, foram incorporando um caráter de assistência cristã piedosa a enfermos, viajantes, prisioneiros e mendigos. (SANTOS, 2009).

A assistência do tipo *hospice* refere-se muito mais a uma filosofia de cuidados do que a um lugar específico de atuação, podendo ser oferecida em ambiente hospitalar, ambulatorial ou domiciliário, ou qualquer outro cenário onde haja demanda desse cuidar. (SANTOS, 2009).

## DEFINIÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Cuidados paliativos foram definidos e recomendados pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002) em 1990, como um dos quatro pilares básicos da atenção ao paciente com câncer, juntamente com a prevenção, o diagnóstico e o tratamento. Essa definição enfatiza a natureza diversificada da condição humana e identifica a qualidade de vida como seu objetivo primordial. A partir de então, cuidados paliativos passaram a integrar, em vários países, a assistência aos doentes com câncer em fase terminal. Em 2002, há a inclusão de outras doenças crônico-evolutivas no contexto dos *hospices*, reforçada pela redefinição de cuidados paliativos, vindo ao encontro da inserção de cuidados paliativos no Sistema de Saúde vigente. (WHO, 2002).

Segundo Santos (2009), a Filosofia de cuidados paliativos tem sido resgatada e sua implantação nos serviços de saúde é considerada o diferencial humano do Século XXI. Para a Organização Mundial de Saúde (2002), cuidado paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida dos pacientes e familiares que enfrentam problemas com doenças que ameaçam a continuidade de suas vidas, promovendo o alívio do sofrimento por meio de avaliação precoce e correta do tratamento da dor e outros sintomas de desconforto. Têm como princípios básicos:

- a) não apressar nem retardar a morte;
- b) oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente em seu próprio ambiente;
- c) integrar os aspectos físicos, psicossociais e espirituais no cuidado do paciente e seus familiares, do diagnóstico à morte e ao luto;
- d) fornecer alívio da dor e outros sintomas estressantes.

Essa definição sugere que o paciente e sua família sejam alvo de cuidados específicos e diferenciados, cujo foco são as suas expectativas e perspectivas. O cuidado aqui apresentado acontece a partir de uma equipe de saúde que atua na busca da manutenção, e por que não dizer, da devolução e até do desenvolvimento da relação de sujeitos de suas vidas ao paciente e sua família, ou seja, do seu empoderamento, mesmo na iminência da morte. (SANTOS, 2009).

## FERIDAS ONCOLÓGICAS

Entre as manifestações da doença e/ou seus agravos, os pacientes oncológicos em cuidados paliativos podem apresentar feridas decorrentes dos tratamentos, como as lesões por extravasamento de quimioterapia; radiodermites; deiscências e/ou infecções em feridas cirúrgicas; úlceras vasculogênicas; lesões decorrentes das injúrias a sua saúde e limitações de mobilidade como as úlceras por pressão; entre outras. (MATSUBARA, 2012).

Segundo Probst (2012), a expectativa de vida de uma pessoa com ferida oncológica está em torno de seis a doze meses. Estas feridas causam significativa morbidade nesse período e, os pacientes que as apresentam necessitam de cuidados por longo período de tempo.

As feridas oncológicas podem ocorrer por extensão do tumor primário, ou de uma metástase. Há ainda a possibilidade do surgimento de uma ferida oncológica, a partir da implantação acidental de células na pele durante um procedimento cirúrgico ou diagnóstico; ou da invasão de linfonodos próximos ao tumor primário. (MATSUBARA, 2012).

As feridas oncológicas, que são manifestações primárias do câncer, são: carcinomas de células basais, carcinomas de células escamosas, melanomas, sarcomas de Kaposi e linfomas cutâneos associados às leucemias. (MATSUBARA, 2012).

### Formação das Feridas Oncológicas

A formação das feridas oncológicas é descrita em três passos: crescimento tumoral, neovascularização e invasão da membrana basal da célula. Elas são caracterizadas por apresentarem sinais e sintomas específicos como: odor fétido, dor, hemorragias, exsudação abundante, infecções, prurido e por serem feridas que não cicatrizam. (WOO; SIBBALD, 2010).

### Classificação e Estadiamento das Feridas Oncológicas

De acordo com Matsubara (2012), as feridas oncológicas classificam-se:

- a) quanto à localização e a topografia: definem as complicações e limitações apresentadas pelos pacientes;
- b) quanto à origem:
  - primárias: se originam no local do tumor primário;



- metastáticas: surgem num local de metástase;
- c) quanto à aparência:
  - ferida fungosa: aparência fungosa, semelhante à couve-flor;
  - ferida ulcerativa: forma crateras;
  - ferida fungosa maligna ulcerativa: apresenta ambos os aspectos.

No que se refere ao estadiamento, as feridas, segundo Matsubara (2012), podem ser classificadas em:

- a) Estadio 1: a pele está íntegra. Apresenta tecido de coloração avermelhada e/ou violácea. Nódulo visível e delimitado. Encontra-se em estado assintomático;
- b) Estadio 1N: ferida fechada ou com abertura superficial. 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 tunelização ou formação de cratera;
- c) Estadio 2: ferida aberta envolvendo derme e epiderme. Intenso processo inflamatório ao redor, em que o tecido apresenta coloração avermelhada e/ou violácea e o leito da ferida apresenta áreas secas e úmidas. Pode haver dor e odor. Não ultrapassam o tecido subcutâneo;
- d) Estadio 3: feridas que atingem a epiderme, derme e subcutâneo. Tem profundidade regular, com saliências e formação irregular. São friáveis, com áreas de ulcerações e tecido necrótico liquefeito ou sólido e aderido. São feridas exsudativas, com aspecto vegetativo, mas não ultrapassam o tecido subcutâneo. O leito da lesão é de coloração predominantemente amarelada. Podem apresentar lesões satélites em risco de ruptura iminente;
- e) Estadio 4: atingem profundas estruturas anatômicas. Por vezes não se visualiza seus limites. Tem secreção abundante, odor fétido e dor.

A nomenclatura destas feridas não é consensual na literatura. Encontram-se termos como “ferida oncológica”, “lesões tumorais”, “úlceras neoplásicas”, “feridas malignas”, “lesões neoplásicas”, “feridas tumorais”, “feridas tumorais fungóides” e “lesões vegetantes malignas”. Essa variedade de nomenclatura está baseada na aparência evolutiva que a lesão apresenta. (MAIDA et al., 2009).

## CUIDADOS COM FERIDAS ONCOLÓGICAS

Oferecer um cuidado efetivo, que inclua realizar um curativo confortável ao paciente e esteticamente aceitável, torna-se o desafio da equipe de enfermagem, considerando, inclusive as questões de vida e morte que permeiam todo o processo desse cuidado. (SANTOS,2009).

As feridas oncológicas em pacientes em cuidados paliativos causam grande impacto na vida dos pacientes, seus familiares e na equipe de saúde, particularmente na equipe de enfermagem. Esse impacto muitas vezes pode ser causado pelo sentimento de impotência, por desconhecerem e/ou subestimarem seu papel de cuidadores e a especificidade de suas ações nesse momento da vida desses pacientes. (STILLMANT, 2012).

## METODOLOGIA

### TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma revisão teórica a respeito do cuidado às feridas oncológicas no contexto de cuidados paliativos, identificando o papel do enfermeiro, sinais e sintomas das mesmas e os cuidados de enfermagem passíveis de serem prestados.

### COLETA DE DADOS

A consulta deu-se em periódicos nacionais e internacionais (em inglês); livros, teses e dissertações nacionais. A busca on-line foi realizada nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SciELO), através do portal de Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). A escolha desses, como base de dados, deu-se pela disponibilização dos textos na íntegra.

Os termos utilizados na busca foram “feridas oncológicas”, “feridas tumorais”, “cuidados paliativos”, “malignant wound”, “fungating cancer wound”, “oncologic wound”, “roles of nursing”, “palliative care” e “oncology nursing”.

## PERÍODO DE COLETA

Foram selecionados artigos, livros, teses e dissertações publicadas no período de 2007 à março 2013. Optou-se pela revisão destes anos, pois, após uma busca mais ampla, observou-se que a partir de 2007 se tem as maiores concentrações de publicações sobre feridas oncológicas e cuidados paliativos.

## CRITÉRIO DE INCLUSÃO

Todos os materiais encontrados na busca foram analisados e selecionados, primeiramente, quanto ao título. Depois disso, foi realizada a leitura do resumo. A partir desta leitura, foram selecionados os materiais utilizados nesta revisão, considerando os questionamentos e os objetivos da pesquisa.

## RESULTADOS

### SINAIS, SINTOMAS E MANEJO DAS FERIDAS ONCOLÓGICAS

As feridas oncológicas são complicações devastadoras, e indicam avanço da doença, limitação terapêutica e prognóstico ruim. Os principais sintomas das feridas malignas são: odor, exsudação, dor, sangramento e prurido. (PROBST; ARBER; FAITHFULL, 2012).

Probst, Arber e Faithfull (2012), relatam que 67,7% dos pacientes apresentam um ou mais sintomas relacionados à ferida. Em estudo realizado com mulheres com câncer de mama e feridas evidenciou que em 31,2% delas a dor era a principal queixa, seguido por exsudato (14,6%), odor (10,4%), prurido (5,2%) e sangramento (4,2%). O manejo dos sintomas das feridas oncológicas constitui-se em um grande problema e um desafio.

Para Camarões (2012), o controle dos sintomas nas feridas oncológicas assume importância relevante na caracterização do conforto do paciente e cuidador familiar, em detrimento da própria cicatrização da ferida. Deve-se considerar que a pele em pacientes com doenças oncológicas avançadas tem o diferencial de perder espessura pela diminuição do aporte de tecido adiposo e de outras camadas, decorrentes do processo catabólico da doença em fase final. A perda de peso e o ressecamento da pele elevam o risco de rompimento da integridade cutânea, bem como, prejudicam ou inviabilizam a cicatrização.

A vulnerabilidade da pele está associada à falência dos múltiplos sistemas orgânicos, intrínsecos ao processo de morte. Os sinais e sintomas apresentados pelas feridas neoplásicas estão associados à fisiopatologia das neoplasias malignas de base.(WOO; SIBBALD, 2010).

Nos pacientes em cuidados paliativos, as medidas para o manejo das feridas neoplásicas (CARVALHO; AMARAL, 2013) fundamentam-se nos princípios desta Filosofia de Cuidados com vistas a assegurar a qualidade da vida e uma boa morte. Sem pretensão de curar, os cuidados são destinados ao alívio dos sintomas. Portanto, o plano terapêutico deve ser dirigido pelas queixas do paciente e na forma deste expressar suas necessidades. Os profissionais devem atentar pela expressão das emoções particulares de cada um, buscando oferecer medidas capazes de minimizar o impacto das mesmas.

Segundo Woo e Sibbald (2010), o manejo das feridas oncológicas tem como objetivos promover conforto, aperfeiçoar o manejo da dor e de outros sintomas, prevenir novas lesões ou a piora das existentes e evitar traumas e infecções.

As principais modalidades de tratamento são: radioterapia, quimioterapia paliativa, cirurgias e hormonioterapia. (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2010).

## O odor

Estudo de prevalência americano com dez anos de seguimento relata que 5% das pacientes com câncer de mama apresentam feridas e que essas feridas apresentam odor e exsudato e causam nas mulheres perda da feminilidade e diminuição da autoestima. (WOO; SIBBALD, 2010).

Para Probst, Arber e Faithfull (2012), o odor é um sintoma subjetivo, depende de variáveis relacionadas ao paciente e à capacidade de percepção do enfermeiro. Existem tabelas validadas e usadas para torná-lo mensurável e mais objetivo para uma avaliação e plano de cuidados eficaz:

- a) odor grau I - sentido ao se abrir o curativo;
- b) odor grau II - sentido sem se abrir o curativo;
- c) odor grau III - fétido e nauseante.

O odor geralmente está associado às infecções com agentes gram negativos. O metronidazol tem sido usado com eficácia. Pode ser usado na forma de gel e creme ou solução embebendo gazes. Alguns pacientes se beneficiam com o uso do metronidazol administrado via oral. Curativos de carvão ativado também são usados com sucesso no controle do odor.(WOO; SIBBALD, 2010).

## O sangramento

O sangramento é um sintoma que causa muito estresse em pacientes e cuidadores e pode tornar-se de difícil controle. Há vários fatores associados com o sangramento das feridas oncológicas, como trombocitopenias, coagulopatias e déficit nutricional. O tecido da ferida oncológica é friável e ricamente vascularizado, estas características aumentam muito o risco de sangramento.(RECKA; MONTAGNINI; VITALE, 2012).

Curativos compressivos são indicados e se o sangramento for intenso o uso de dispositivos como bolsas de colostomias poderia ser usado para evitar a umidade e o contato direto do sangue com a pele. Segundo Recka, Montagnini e Vitale (2012), dependendo da etiologia e do objetivo do cuidado, o paciente pode se beneficiar com a vitamina K; plasma fresco e células vermelhas ou plaquetas podem ser indicadas. Ácido aminocapróico e ácido tranexâmico são agentes antifibrinolíticos orais. Em alguns casos há indicação de intervenção radioterapêutica.

O curativo ideal no caso de sangramento é o que tem as trocas e manipulações reduzidas. Quando é necessário fazer desbridamento o indicado é a técnica autolítica ou enzimática para diminuir o risco do sangramento. As hemorragias são emergências oncológicas comuns. O sangramento pode ser minimizado usando curativos não aderentes, mantendo o leito da ferida úmido e irrigando gentilmente a ferida. A remoção do curativo pode ser traumática e provocar sangramento, é necessário cuidado às trocas de curativos. Em casos graves, suturas no vaso podem ser indicadas, bem como embolização intravascular, crioterapia, radioterapia e cauterização elétrica podem ser necessárias. A sedação paliativa pode ser uma opção de tratamento, nestes casos. (LANGEMO, 2012).

Uma variedade de agentes hemostáticos pode ser aplicado de forma tópica. Esses agentes variam quanto ao custo, forma de aplicação e mecanismo. Alguns exemplos são hemostáticos naturais (alginato de cálcio que interfere na cascata de coagulação), coagulantes (espumas absorventes), agentes esclerosantes (nitratos de prata e ácido tricloroacético), vasoconstrictor (epinefrina), inibidor fibrinolítico (ácido tranexâmico) e adstringente (solução de alumínio e sucralfate). (WOO; SIBBALD, 2010).

## A dor

Pacientes e familiares referem que a dor é o sintoma mais impactante na qualidade de suas vidas. São vários os fatores causadores de dor nestes pacientes. Alguns deles são intrínsecos à ferida, outros estão relacionados a agentes externos e, portanto possíveis de serem manejados. A dor à troca/remoção dos curativos, pela aderência de gazes ao leito da ferida; o dano perilesional causado pela exsudação e o uso de fitas adesivas podem causar irritação na pele e constituem agentes determinantes de dor. A indicação dos curativos não aderentes, atraumáticos minimiza as dores às trocas dos mesmos. Podem ser usados também cremes e sprays de proteção à pele próxima à ferida. Há estudos do uso de espumas com liberação do analgésico no leito da ferida. Nos Estados Unidos há indicação de uso da morfina de apresentação tópica, lidocaína e prilocaína. (WOO; SIBBALD, 2010).

A dor também é um sintoma importante e uma grande preocupação na assistência à saúde, considerada como uma das principais prioridades, e o seu controle resulta em benefício para o paciente.(AGRA et al., 2013).

As ações específicas no controle da dor são: monitorar e registrar o nível de dor pela Escala Visual Analógica (EVA); registrar a analgesia empregada; planejar o curativo e sua troca de acordo com a necessidade de analgesia prévia ou uso de sedativos; reavaliar a necessidade de se alterar o esquema analgésico prescrito antes e depois do curativo; considerar a necessidade de anti-inflamatórios, radioterapia antálgica ou cirurgia, em conjunto com a equipe médica, e comunicá-la sobre os casos de sofrimento álgico que foge ao controle da conduta preconizada.(AGRA et al., 2013).

As feridas oncológicas causam imenso estresse e significativa morbidade e são um aspecto negligenciado pelas enfermeiras oncológicas em alguns Serviços. Percebe-se que há carência na educação dos profissionais de saúde quanto à abordagem para aplicar Cuidados Paliativos no controle dos sintomas associados com feridas oncológicas.(PROBST; ARBER; FAITHFULL, 2012).

## O exsudato

O controle do exsudato é importante pelos seguintes fatores: diminui o odor, a probabilidade de infecção, protege a pele sadia perilesional, aumenta o conforto do paciente e melhora sua auto-estima. O exsudato pode ser contido com curativos absorptivos, tais como: hidrogéis amorfos, carvão ativado, alginato de cálcio, compressa de gaze com algodão

(cobertura secundária) e antibioticoterapia. A pele da região que circunda a ferida, muitas vezes torna-se macerada pelo contato constante com a secreção, por isso recomenda-se para proteção tecidual a aplicação de mecanismos de proteção como, por exemplo, os cremes de barreiras. É preciso, também, atentar para a necessidade de colher secreção para a cultura de agentes microbianos.(AGRA et al., 2013).

### O prurido

O primeiro passo no controle do prurido é investigar sua causa. Algumas ações específicas são descritas na literatura consultada como a aplicação de dexametasona creme a 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, segundo Agra et al. (2013),deve-se aplicar pomada sulfadiazina de prata a 1%.

## O PAPEL DO ENFERMEIRO JUNTO À PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS COM FERIDAS ONCOLÓGICAS

É fundamental um cuidado desenvolvido de forma ativa e integral, indo além do manuseio de produtos e tecnologias. O enfermeiro deve atuar como um multiplicador de informações corretas a respeito das especificidades deste tipo de ferida com o objetivo de gerar ações rápidas e adequadas, baseadas em evidências e relacionadas à oncogênese e auto-imagem, resultando na qualidade do cuidado e de vida do paciente em cuidados paliativos e com ferida neoplásica.(YAMASHITA; KURASHIMA, 2012).

O enfermeiro é responsável, inicialmente, pela avaliação da ferida e para isso há necessidade de conhecimento da história clínica do paciente, a partir de relatos fornecidos pelo próprio paciente ou cuidador, com base em testes objetivos e observação direta. Deve-se avaliar a ferida quanto a sua apresentação, localização, tamanho, coloração, quantidade de secreção, grau de odor, presença de sangramento, fístulas, tunelizações, prurido e dor. (McCLUSKEY; McCARTHY, 2012).

Os registros realizados pelos enfermeiros devem ser precisos e detalhados para obtenção de parâmetros de comparação em situações posteriores, avaliando desta forma, a eficácia do tratamento e a satisfação do cliente. (TIPPET, 2012).

Segundo Tippett (2012), o controle de sintomas no cuidado de feridas é um assunto relativamente novo e merece atenção por parte dos profissionais enfermeiros. O objetivo do cuidado de feridas, de uma forma geral, é a cicatrização ou o preparo do leito da ferida para um fechamento cirúrgico. Em cuidados paliativos, os princípios que norteiam as decisões para a prestação de cuidados destinados às feridas no fim da vida distinguem-se na perspectiva do alívio dos sintomas, medidas higiênicas e no cuidado integral com alcance ao paciente e a sua família. (CARVALHO; AMARAL, 2013).

O enfermeiro necessita desenvolver raciocínio clínico, habilidades cognitivas que propiciem um julgamento conferindo sustentabilidade às intervenções planejadas e alcance de resultados agregando conhecimento para a construção de uma prática de enfermagem de qualidade, que busca resultados eficazes no cuidado do paciente acometido com ferida oncológica em cuidados paliativos. O cuidado de enfermagem demanda domínio de peculiares habilidades técnico-científicas e motoras dos profissionais, conhecimento dos aspectos bioéticos, legais e éticos que fundamentam o exercício da profissão. (LINHARES, 2010).

McCluskey e McCarthy (2012), ressaltam a relevância dos aspectos bioéticos no tratamento das feridas oncológicas, deles (não maleficência, beneficência, autonomia, justiça e proporcionalidade) salienta, nessa fase de cuidado, a autonomia do paciente. É a oportunidade dos pacientes fazerem suas escolhas acerca das ações a serem desenvolvidas, referendando o respeito a sua individualidade e particularidade. Tais escolhas só poderão ser realizadas a partir da oferta do maior número de informações possíveis por parte do enfermeiro. Os princípios observáveis são os cuidados que devem ser oferecidos; os cuidados que não devem ser oferecidos (tratamentos fúteis) e os cuidados opcionais.

O tratamento deve ser suprimido quando o paciente conscientemente decidir por não recebê-lo (vontade antecipada); quando for considerado fútil ou clinicamente inapropriado. Identificar que o tratamento (o curativo) está causando sofrimento e suspendê-lo ou mudá-lo é função do profissional sensível e capacitado. (McCLUSKEY; McCARTHY, 2012).

O enfermeiro, no cuidado a essa população específica, tem o papel de cuidador, gestor do cuidado, educador e pesquisador. O papel de educador se sobressai quando da transferência do paciente para o domicílio. No domicílio a família assume os cuidados e pode sentir-se sobrecarregada. O cuidado às feridas oncológicas no domicílio em cuidados paliativos é uma das práticas mais difíceis desenvolvidas pelos cuidadores, segundo seus relatos. (CAMARÕES, 2012).



A presença dos sintomas altera a vida do paciente quanto à visão que ele tem dele mesmo, dos relacionamentos com seus familiares e amigos. Atualmente, há vários produtos disponíveis e, é da responsabilidade do enfermeiro o conhecimento das tecnologias e as suas indicações para que o paciente retome suas atividades de vida diárias. (GOTTRUP; JORGENSEN; KARLSMARK, 2009).

O enfermeiro deve desenvolver competências para avaliar os produtos disponíveis em termos de medidas, apresentações, materiais para fixações e cuidados com a pele. Há necessidade de atualização constante, busca de conhecimento e desenvolvimento de senso crítico, para optar pelo melhor produto, considerando a rápida evolução científica e as pressões econômicas e comerciais tanto no que se refere ao custo dos tratamentos como das suas indicações.(MURPHY; EVANS, 2012).

Os cuidadores precisam de esclarecimentos e informações para diminuir o nível de estresse gerado pela exteriorização da doença. As relações mudam com essa nova situação. As feridas visíveis evidenciam o avanço da doença, seu mau prognóstico, o insucesso terapêutico curativo, isto é, a incurabilidade do seu câncer e a proximidade da morte. Esta vivência diária do cuidador gera estresse físico e psicológico intenso onde o enfermeiro precisa atuar preferencialmente, de forma preventiva. (AGRA et al., 2013).

Para Lo et al. (2011),além do controle de sintomas físicos, sobressai-se a necessidade de ações multidisciplinares para atuação no âmbito sócio-econômico, psicológico e espiritual destes indivíduos. O enfermeiro com conhecimento específico atua para melhor avaliar e planejar o cuidado no fim da vida ou na doença oncológica avançada do paciente com feridas.

Cabe ao enfermeiro raciocínio clínico e bom senso ao planejar o cuidado, atendo-se a real situação do paciente e à disponibilidade dos produtos indicados para o tratamento da ferida,a acessibilidade para o cuidador e a praticidade do seu uso. O enfermeiro deve levar em conta que a conduta terapêutica será ditada pelos sintomas apresentados e possíveis de tratamento,neste momento essa ação é pautada por um dos princípios da bioética, a não maleficência.(AGRA et al., 2013).

As lesões tumorais exteriorizadas provocam mudanças na autoimagem do paciente fazendo com que ele deixe de realizar atividades cotidianas da sua vida. Segundo Alexander (2009), as feridas oncológicas representam a visão contínua do seu quadro clínico, significando, inclusive, falência do tratamento e avanço da doença de base. É essencial que o enfermeiro tenha conhecimento para poder escolher o material mais indicado para amenizar os sintomas, contribuindo assim, para aumentar o conforto do paciente e melhorar sua qualidade de vida. São fundamentais as revisões do curativo para identificar as condutas que

devem ser mantidas ou alteradas. Na implementação do cuidado, quando não são atingidos os resultados esperados, medidas devem ser tomadas para o adequado controle. O ideal é promover cuidados individualizados, que supram os desejos do paciente e que provoquem alterações mínimas no seu estilo de vida. (PROBST, 2012).

## CONCLUSÃO

Em feridas oncológicas, quando se subestima ou negligencia o controle dos sinais e sintomas, impõem-se ao paciente sofrimento físico e psíquico adicional. Aplicar cuidados paliativos pode ser decisivo na questão da melhoria da qualidade de vida que ainda resta ao paciente.

Nos pacientes com feridas oncológicas, os objetivos no tratamento destas feridas são reavaliados e os princípios de cuidados paliativos instituídos. O conforto e a manutenção da dignidade são os principais objetivos a serem atingidos. O conforto deve ser instituído a partir das expectativas do paciente e seu cuidador. Um plano de cuidados baseado em princípios de cuidados paliativos pode trazer muitos benefícios, maximizando funcionalidade e qualidade de vida.

Sem pretensão de curar, os cuidados são destinados ao alívio dos sintomas. Portanto, o plano terapêutico deve ser dirigido pelas queixas do paciente e na forma deste expressar suas necessidades.

O cuidado prestado deve ser desenvolvido de forma ativa e integral, visando garantir a manutenção das atividades de vida diárias do paciente e, é neste sentido, que a atuação do enfermeiro se mostra preponderante.

O enfermeiro frente aos cuidados destes pacientes, segundo a literatura pesquisada, tem o papel de cuidador, educador e pesquisador. Deve proporcionar uma assistência humanizada e singular. Realizar cuidados paliativos à pacientes com feridas oncológicas prescinde uma postura ativa frente ao controle dos sinais e sintomas.

Há recomendações para o tratamento das feridas oncológicas em pacientes em cuidados paliativos e tratamento dos principais sintomas apresentados: dor, odor, exsudato, sangramento e prurido. No controle destes sinais e sintomas há uma gama de produtos e tecnologias que são usadas em todo mundo, com respaldo científico.

No entanto, ainda são necessários estudos bem desenhados metodologicamente para identificarmos a melhor forma de cuidar de pacientes com feridas oncológicas em cuidados paliativos no Brasil, buscando evidências para a prática clínica.

## REFERÊNCIAS

- AGRA, Glenda et al. Cuidados Paliativos ao Portador de Ferida Neoplásica: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 59, n. 1, p. 95-104, 2013.
- ALEXANDER, S. Malignant Fungating Wound: epidemiology, aetiology, presentation and assessment. **Journal of Wound Care**. v. 18, n. 7, p. 273-280, 2009.
- CAMARÕES, Renato Rodrigues. Cuidados com feridas e curativos. In: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca (Org.). **Manual de Cuidados Paliativos (ANCP)**. 2.ed. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 306 a 318.
- CARVALHO, Evanilda Souza de Santana; AMARAL, Juliana Bezerra do. Perda da integridade cutânea nos processos de finitude: medidas de prevenção, proteção e controle de danos In: SILVA, Rudval Souza da; AMARAL, Juliana Bezerra do; MALAGUTTI, William (Orgs). **Enfermagem em Cuidados Paliativos: cuidando para uma boa morte**. São Paulo: Martinari, 2013. p. 165-191.
- FIRMINO, Flávia; PEREIRA, Ivanyce. Tratamento de feridas. In: OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de (Org.). **Cuidados Paliativos**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina de São Paulo, 2008. p. 283-307.
- GOTTRUP, Finn; JORGENSEN, Bo; KARLSMARK, Tonny. News in wound healing and management. **Supportive and Palliative Care**. n. 3, p. 300-304. 2009.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - INCA. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2011.
- LANGEMO, Diane. General Principles and Approaches to Wound Prevention and Care at End of Life: an overview. **Ostomy wound manangement**. p. 24-34, 2012.
- LINHARES, Alcione Alves. **O raciocínio clínico do enfermeiro na avaliação de feridas em clientes com afecções oncológicas**. 2010. 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem. 2010.
- LO, Shu-Fen et al. Symptom Burden and Quality of Life in Patients with Malignant Fungating Wound. **Journal of advanced nursing**. v.68, n. 6, p. 1312-1321, 2011.
- MAIDA, Vincent et al. Symptoms associated with malignant wounds: a prospective case series. **Journal of Pain and Symptom Management**. v. 37, n.2, p. 206-211, 2009.
- MATSUBARA, Maria das Graças Silva. Feridas Neoplásicas In: MATSUBARA, Maria das Graças Silva et al. **Feridas e Estomas em Oncologia: uma abordagem interdisciplinar**. São Paulo: Lemar, 2012. p. 33-42.
- McCLUSKEY, Pat; McCARTHY, Geraldine. Nurse's knowledge and competence in wound management. **Wound UK**. v. 8, n.2, p. 37-45, 2012.

McMANUS, Jane. Principles of skin and wound care: the palliative approach. **End of live care**.v. 1, n.1, p. 8-19, 2007.

MURPHY, Patrick S.; EVANS, Gregory R. D. Advances in Wound Healing: a review of current wound healing products. **Plastic Sugery International**. p. 1-8, 2012.

PROBST, Sebastian et al. Caring for a loved one with a malignant fungating wound. **Support Care Cancer**. v. 20, n.12, 2012.

PROBST, Sebastian; ARBER, Anne; FAITHFULL, Sara. Malignant fungating wounds – the meaning of living in an unbounded body. **European Journal of Oncology Nursing**. v. 27, n. 3, p. 1-8,2012.

RECKA, Katherine; MONTAGNINI, Marcos; VITALE, Caroline A. Management of bleeding associated with malignant wounds. **Journal of Palliative Medicine**. v. 15, n. 8, p. 952-954, 2012.

SANTOS, Cristina Mamédio da Costa; PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos; NOBRE, Moacyr Roberto Cuce. 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. 1065-1076, 2010.

SANTOS, Maristela J. dos. **O Cuidado à família do idoso com câncer em cuidados paliativos**: perspectiva da equipe de enfermagem e dos usuários.2009. 106 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2009.

STILLMANT, Richard M. Medical therapy. **Wound Care Treatment & Management**. p. 1-11, 2012.

TIPPETT, Aletha. An introduction to palliative chronic wound care. **Ostomy Wound Management**. p. 6-8, 2012.

WOO, Kevin Y.; SIBBALD, R. Gary. Local wound care for malignant and palliative wound. **Advances in skin &wound care**. v. 23, n. 9, p. 417-428, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National Cancer Control Programmes**: policies and managerial guidelines. 2.ed. Geneva: World Health Organization, 2002.

YAMASHITA, Camila Cristófero; KURASHIMA, Andréa Yamagush. Feridas em pacientes de cuidados paliativos. In: MATSUBARA, Maria das Graças Silva, et al. **Feridas e Estomas em Oncologia**: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Lemar, 2012, p. 87-93.