



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

JOSENILDA PEREIRA DOS SANTOS

FERIDAS NEOPLÁSICAS: avaliação e manejo clínico realizado por enfermeiros

**CUITÉ-PB
2014**

UFCG/BIBLIOTECA

JOSENILDA PEREIRA DOS SANTOS

FERIDAS NEOPLÁSICAS: avaliação e manejo clínico realizado por enfermeiros

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 as exigências legais para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Professora orientadora: Msc. Glenda Agra

CUITÉ/PB

2014



Biblioteca Setorial do CES.

Julho de 2021.

Cuité - PB

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

S237f Santos, Josenilda Pereira dos.

Feridas neoplásicas: avaliação e manejo clínico realizado por enfermeiros. / Josenilda Pereira dos Santos. – Cuité: CES, 2014.

72 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCEG, 2014.

Orientadora: Glenda Agra.

1. Enfermagem oncológica. 2. Cuidados de enfermagem. 3. Úlcera cutânea. 4. Ferimentos e lesões. I. Título.

CDU 616-083:616-006

JOSENILDA PEREIRA DOS SANTOS

FERIDAS NEOPLÁSICAS: avaliação e manejo clínico realizado por enfermeiros

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 as exigências legais para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 30 / 07 / 2014.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Msc. Glenda Agra - Orientadora - UFCG_ CES _ UAENFE
Orientadora

Prof^a. Msc. Bernadete de Lourdes André Gouveia - Membro - UFCG_ CES_ UAENFE
Examinadora

Prof^a. Esp. Nara Calazans Balbino Barros - Membro externo
Examinadora



DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha mãe, pois mesmo em pensamento me fez ter forças para continuar a cada obstáculo que enfrentava. Porém, se hoje não posso lhe dar um forte abraço e chorar no seu ombro a alegria da minha conquista, não me desespero, pois sei que sua felicidade de me ver vencendo mais essa etapa se faz presente, pois acredito que morte significa apenas um passo para evolução do ser humano e os laços que nos unem não foram rompidos pela mesma. Durante todo este percurso, não houve um dia em que não pensei em ti. A falta que sinto hoje não é somente de uma presença física, mas, sim, de um pedaço de um grande sonho que, hoje, estou conquistando. Sei que estarás sempre do meu lado e neste momento, sinto seu peito transbordando de orgulho e seus olhos repletos de lágrimas. Sinto sua presença, ouço seus aplausos. Poderia dizer-lhe tanta coisa, mas não consigo! Só o silêncio pode dizer o que sinto: um amor enorme e saudade... Sei que ninguém mesmo estando ausente, se faz tão presente agora, como estou sentindo sua presença. Te amo!

AGRADECIMENTOS

À Deus, em princípio, pela dádiva da vida, pela sabedoria e pelo amor incondicional. Obrigada Senhor por me dá forças nos momentos que senti fraquejar.

À minha mãe, Maria das Dores, (*in memoriam*) que mesmo em ausente me fez ter forças para continuar a cada obstáculo que enfrentava.

À minha família: pai, madrasta, irmãos que embora não compreendam a dimensão das dificuldades por mim enfrentadas pela falta de formação, acompanharam desde o início do caminho me ofertando dedicação e credibilidade. Agradeço também pelo estímulo, apoio, paciência e por todo o amor que me dedicaram e que continuam dedicando. Agradeço em especial a minha madrasta, Rosa, que após minha mãe ter falecido preenche o espaço por ela deixado com tanta intensidade, cuidando de mim. Sou muito grata a você pelo amor a mim dedicado. Amo vocês!

Ao meu companheiro, Geovane, pelo amor imenso, pela paciência e compreensão que dedicou a mim durante todo este percurso; pela força; por ter me incentivando a seguir em frente e não desistir jamais. Sem você, talvez não chegasse onde cheguei.

À Bartolomeu, (*in memoriam*), um anjo em minha vida, que iluminou meu caminho com a chama que surgiu de onde não havia nem mesmo calor, dando-me força para seguir em frente.

A minha segunda família, Edvalcília Santos e Márcia Dantas, companheiras de quarto durante estes cinco anos, pelos bons momentos que passamos juntas e também pelas horas difíceis, pois são nesses momentos que a gente mais aprende. Se fosse escrever o quão importante vocês são pra mim, estas folhas não seriam suficientes. Lembrarei cada momento em que compartilhamos juntas com carinho imenso. Que estas palavras não sejam como uma despedida e sim como a continuidade de uma grande amizade que se perpetue por muito tempo.

Aos meus colegas de turma, especialmente o eterno grupo de atividades práticas: Edilson Muniz, Edna Borges, Gean Lucas, Márcia Dantas e Reinaldo Rizemberg por compartilhar os momentos de ensinamentos e aprendizados.

Aos colegas da residência universitária a “grande família”. No início, foi bastante confuso e incomum, várias pessoas estranhas fazendo parte da minha rotina diária. Com o passar do tempo, fui percebendo o quão especiais vocês são. Aqui passei muitos dos melhores



momentos da minha vida e foi ao lado de vocês que compartilhei tamanha alegria. Apesar da despedida sei que um dia iremos nos encontrar e lembrar os nos momentos que passamos juntos.

A Maria Rosa, Marizete, Eliane e família por me acolherem nos momentos que mais precisei, por me dá forças para continuar os estudos, pelo carinho e por não desistir de mim durante este longo percurso. Saiba que tenho em imenso apreço por vocês. Obrigada por acreditar em mim!

À minha orientadora Glenda Agra que apesar das dificuldades enfrentadas na elaboração do trabalho frente aos desafios e mudanças demonstrou ser mais que uma orientadora, mas também uma amiga que me escutou em momentos de aflições.

À banca examinadora Prof.^a Bernadete Gouveia e Prof.^a Nara Barros, por aceitar o convite para participar de minha banca e por suas considerações que contribuíram para fundamentar a essência desta pesquisa.

Às enfermeiras da Fundação Assistencial da Paraíba que colaboraram com a pesquisa pelo acolhimento e pelas informações preciosas fornecidas que possibilitou a elaboração da pesquisa.

À enfermeira Ilisdayne Thallita pela pessoa maravilhosa que é, por ter me acolhido no Estágio Supervisionado I com tanto carinho e estima, pelos ensinamentos repassados tanto da prática profissional quanto de ser humano, pois esta deveria ser uma característica intrínseca de cada um, no entanto poucas pessoas a têm. E a toda equipe da Estratégia Saúde da Família Luiza Dantas, pelo acolhimento, carinho e apoio. Cada um tem um cantinho no meu coração

À enfermeira Ivone e Ângela, técnica de enfermagem, que me possibilitaram, adquirir grande parte dos meus conhecimentos práticos em um estágio extracurricular, pelos ensinamentos a mim repassados e pela maneira de atender os pacientes, principalmente no que tange aos cuidados com a criança. Lembro-me dos dias de puericultura, a sala cheia de crianças e o carinho imenso por elas repassado. Nunca esquecerei!

À Universidade Federal de Campina Grande e a todos os seus funcionários.

Por fim, a todos que contribuíram de alguma forma para minha formação acadêmica.

“Não sei como não desisti, mas a verdade é que nunca deixei de sonhar, nunca deixei de acreditar que a vida podia dar o que quero e mereço”.

Autor desconhecido

UFCCG BIBLIOTECA

SANTOS, J. P. **FERIDAS NEOPLÁSICAS: avaliação e manejo clínico realizado por enfermeiros**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande. Cuité – PB, 2014.

RESUMO

As feridas neoplásicas são alterações da integridade cutânea oriunda do crescimento e infiltração de células oncóticas em estruturas da pele, devido ao crescimento descontrolado das células cancerígenas durante o processo de oncogênese. O enfermeiro exerce papel de grande relevância na assistência desse paciente, devido ao contato prolongado com o mesmo. Nesse sentido o mesmo deve ter conhecimento científico e competência técnica para proporcionar uma assistência diferenciada e integral ao paciente e à família. Esta pesquisa objetivou investigar o processo avaliativo e o manejo clínico dos pacientes com feridas neoplásicas pelos enfermeiros. Trata-se de um estudo exploratório, de natureza qualitativa, desenvolvida no mês de agosto de 2014 com 10 enfermeiros assistenciais de um hospital filantrópico que presta cuidados a pacientes com doença oncológica avançada. A coleta de dados procedeu por meio de entrevistas semiestruturadas e a análise dos foi realizada por meio da Técnica de Análise do Conteúdo de Bardin, a qual possibilitou a construção de sete categorias. Verificou-se que a falta de autonomia e educação continuada dos profissionais no tratamento de feridas conduz a uma avaliação superficial; que a ausência de protocolos e a submissão da categoria de enfermagem ao corpo médico dificultam a avaliação e tratamento eficazes. Evidenciou-se necessidade de investimentos na educação continuada e a implementação de protocolos que subsidiem uma maior autonomia do enfermeiro na tomada de decisões, garantindo respaldo legal para estes profissionais para melhoria do cuidado a pessoas com feridas neoplásicas.

Palavras-chave: Úlcera cutânea; ferimentos e lesões; enfermagem oncológica; cuidados de enfermagem

SANTOS, J. P. **WOUNDS NEOPLASTIC: assessment and clinical management performed by nurses.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande. Cuité – PB, 2014.

ABSTRACT

The wounds are neoplastic changes in skin integrity arising from the growth and infiltration of cells into structures oncotoc skin due to uncontrolled growth of cancerous cells during the process of oncogenesis. The nurse plays a role of great importance in the care of this patient due to prolonged contact with the same. In this sense it must have scientific knowledge and expertise to provide a differentiated and comprehensive patient and family care. his study investigated the evaluation process and the clinical management of patients with malignant wounds by nurses. This is an exploratory study, qualitative in nature, developed in August 2014 with 10 clinical nurses who in a charity hospital that provides care to patients with advanced cancer. Data collection was conducted through semi-structured interviews and analysis was performed by means of Technical Analysis of the Content of Bardin, which enabled the construction of seven categories. It was found that the lack of independence of continuing education and professional in wound leads to surface evaluation; that the absence of protocols and submission of the nursing category medical practitioners complicates the assessment and effective treatment. Revealed a need for investment in continuing education and the implementation of protocols that support greater autonomy of nurses in decision making, ensuring legal for these professionals to improve care for people with malignant wounds backing.

KEY-WORDS: skin ulcer; wounds and injuries; oncology nursing; nursing care.



LISTA DE QUADROS

QUADRO 01 – Classificação do Estadiamento das Feridas Neoplásicas.....	19
QUADRO 02 - Caracterização dos sujeitos da pesquisa.....	31

SUMÁRIO

I INTRODUÇÃO	14
II FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	17
2.1 Feridas Neoplásicas: Características gerais.....	17
2.2 Ações básicas de enfermagem no cuidado ao paciente com feridas neoplásicas....	19
2.3 Ações específicas de enfermagem no cuidado ao paciente com feridas neoplásicas.....	21
III PERCURSO METODOLÓGICO.....	25
3.1 Tipo de pesquisa.....	25
3.2 Local da pesquisa.....	23
3.3 População e amostra.....	23
3.4 Critérios de Inclusão e Exclusão.....	23
3.5 Considerações Éticas.....	27
3.6 Instrumento para Coleta de Dados.....	27
3.7 Coleta de dados.....	27
3.8 Análise dos dados.....	29
IV RESULTADOS E DICUSSÃO.....	30
CATEGORIAS TEMÁTICAS.....	32
Categoria temática I- Avaliando as feridas neoplásicas.....	32
Subcategoria I- Observação.....	32
Subcategoria II- Mensuração.....	33
Subcategoria III- Anamnese.....	34
Categoria temática II- Aspectos observados durante a avaliação das feridas.....	35
Subcategoria I- Sinais e sintomas das feridas neoplásicas: dor, odor, secreção, tipo de tecido, infecção, prurido.....	35
Categoria temática III- Ausência de protocolos utilizados pelo serviço para avaliação de feridas	37
Categoria temática IV- Dificuldades para proceder a avaliação das feridas.....	38
Subcategoria I- Identificar os graus de estadiamento.....	38
Subcategoria II- Autonomia do enfermeiro.....	40
Subcategoria III- Instrumentalização do cuidado.....	41
Categoria temática V- Avaliação dos aspectos inerentes aos pacientes antes da realização do curativo.....	42
Subcategoria I- Estado clínico do paciente.....	42
Categoria temática VI- Cuidando das feridas neoplásicas.....	43
Subcategoria I- Cuidando da dor.....	43
Subcategoria II- Cuidando do odor.....	44
Subcategoria III- Cuidando do sangramento.....	46
Subcategoria IV- Cuidando da necrose.....	47
Subcategoria V- Cuidando do exsudato.....	48
Subcategoria VI- Cuidando da infecção.....	49

Subcategoria VII- Cuidando do prurido.....	50
Categoria temática VI- registrando as intervenções de enfermagem.....	53
V CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
VI REFERÊNCIAS.....	56
APÊNDICES.....	62
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	63
APÊNDICE B – Instrumento para coleta de dados.....	65
ANEXOS.....	66
ANEXO A- Termo de autorização institucional/Termo de autorização da unidade acadêmica de saúde.....	67
ANEXO B- Certidão de aprovação da unidade acadêmica de saúde.....	69
ANEXO C- Termo de compromisso das pesquisadoras.....	70
ANEXO D- Parecer consubstanciado do CEP/Declaração do CEP.....	72

1 INTRODUÇÃO

Câncer é uma palavra de origem grega “*karkínos*” que na língua vernácula significa caranguejo, foi mencionada por Hipócrates e é empregada desde a antiguidade. Atualmente, se define câncer como um conjunto de doenças, que se caracteriza pelo crescimento acelerado e descontrolado de células, as quais migram para tecidos adjacentes (BRASIL, 2012).

O processo de carcinogênese trata-se da formação do câncer e decorre de alterações nos genes celulares, provocando um desequilíbrio em suas funções, favorecendo o surgimento de células cancerígenas, que crescem e se proliferam rápida e desordenadamente. Desse modo, as células normais são substituídas por células cancerosas. (MATSUBARA et al, 2012).

A reprodução celular é intensa, porém, o crescimento tumoral se configura como um processo de caráter progressivo e lento até que o mesmo se torne aparente. O processo de carcinogênese é descrito em três estágios: início, promoção e progressão, estando estes relacionados ao tempo e frequência de exposição aos agentes carcinogênicos (BRASIL, 2012).

A ferida neoplásica é oriunda do crescimento e infiltração de células oncóticas em estruturas da pele, levando a interrupção da continuidade da mesma. Isto se dá devido ao crescimento descontrolado das células cancerígenas durante o processo de oncogênese (FIRMINO, 2005).

O Ministério da Saúde (2009) classifica o processo de formação de feridas neoplásicas em três eventos, a saber: crescimento do tumor, com conseqüente rompimento da pele; neovascularização atuando na manutenção e provendo nutrientes para o desenvolvimento do tumor e por fim, colonização das células normais, devido ao desenvolvimento metastático da lesão sobre a superfície acometida.

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Brasil o número de casos de câncer vem-se elevando cada vez mais. Em 2012 e 2013 a ocorrência foi de 18.510 casos novos. No ano de 2012 a estimativa foi de cerca de 14,1 milhões de pessoas com câncer. Já para o ano 2014, o INCA estima cerca de 580 mil casos novos da doença (BRASIL, 2013).

Embora não exista dados que demonstrem a incidência de feridas neoplásicas, pode-se fazer um levantamento acerca da estimativa da população com câncer. Aguiar; Silva (2012) 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.

Tendo em vista o crescente índice de câncer a cada ano na população mundial, faz-se necessário conhecer os principais tipos de cânceres que progridem para ferida. Em sua maioria, esta progressão está relacionada ao câncer de mama e cabeça e pescoço. No entanto, podem surgir também em outros tipos de cânceres tais como, pulmão, ovário, aparelho geniturinário, pele e sarcomas (SILVA et al., 2011).

O aparecimento dessas lesões é um indicador de mau prognóstico para o paciente; talvez esta seja a causa dessas lesões que não só cicatrizam com dificuldade, como também, com o tempo e o avanço do processo neoplásico, aumentam de tamanho e mudam o seu aspecto (AGREDA; BOU, 2012).

Os pacientes acometidos por estas feridas enfrentam grandes problemas relacionados à percepção da sua imagem corporal, possíveis complicações como a dor, o sangramento, o odor intenso, sem esquecer os problemas derivados do processo neoplásico. Estas lesões podem afetar significativamente a autoestima e serem causa de isolamento social (AGREDA; BOU, 2012).

No tratamento de pacientes com feridas neoplásicas, as metas dos cuidados de enfermagem são: promover o conforto ao paciente, confiança e uma sensação de bem-estar, para evitar o isolamento e manter ou melhorar a qualidade de vida. Portanto, os cuidados são voltados para o controle dos sinais e sintomas angustiantes associados a estas feridas. Para atingir esse objetivo, a avaliação precisa é fundamental como um meio de determinar as necessidades do paciente e a eficácia das intervenções (NAYLOR, 2002).

Avaliar, em seu sentido amplo, consiste em atribuir ou reconhecer a relevância de algo, através de métodos científicos. O processo de avaliação de feridas consiste em evento sistematizado e determinado por diversos fatores como a evolução, a gravidade, a deterioração, os sinais de agravamento. Este possui a finalidade de propiciar um cuidado apropriado e atendimento das necessidades individuais do portador da lesão (IRION, 2012).

De acordo com Firmino (2005) e Firmino; Pereira (2008), os aspectos considerados no processo avaliativo das feridas neoplásicas são: tamanho, profundidade, configuração, área de envolvimento, coloração, extensão, odor, exsudato, sangramento, dor, prurido, descamação, fístulas, abscessos, limitação física, metástases para outros tecidos e adequação de roupas e curativos para o paciente.

Nesta perspectiva, para prestar um excelente cuidado aos pacientes com feridas neoplásicas é necessária uma assistência interdisciplinar haja vista a diversidade de variáveis que envolvem o cuidado de feridas, mas, sem dúvida, essa é uma atribuição desenvolvida pela enfermagem em sua prática diária, fazendo do enfermeiro o profissional mais indicado para a prevenção, a avaliação e o tratamento de feridas.

Os cuidados de enfermagem prestados aos pacientes com feridas são considerados um fator primordial para seu tratamento, no entanto estes se tornam uma tarefa de difícil execução, devido ao não seguimento de protocolos, falta de capacitações para a equipe de enfermagem, como também de uma legislação que possibilite e dê ao enfermeiro respaldo legal para execução da assistência prestada (FERREIRA; BOGAMIL; TORMENA, 2008).

Neste sentido, o cuidado com as feridas faz parte de uma das atribuições do enfermeiro, bem como demonstra seu papel de extrema relevância na prestação de cuidados específicos a pacientes oncológicos com ferida tumoral (AGUIAR; SILVA, 2012). As atribuições do enfermeiro frente aos cuidados com o paciente com feridas são: realizar consulta de enfermagem (entrevista e exame físico), avaliar a lesão, prescrever e orientar o tratamento, solicitar exames laboratoriais, realizar o curativo (limpeza e cobertura) e realizar o debridamento. Não obstante, todo o cuidado envolvendo o paciente com feridas deve ser norteado pela Sistematização da Assistência de Enfermagem, atividade esta, privativa do enfermeiro, como reza a Resolução do COFEN nº 272/2002 revogada pela resolução 358/2009.

No que tange aos cuidados ao paciente oncológico com feridas neoplásicas, o enfermeiro é responsável por avaliar a lesão bem como sua progressão ou alterações; obter métodos para o tratamento da lesão; instruir o paciente, acompanhantes e familiares nos cuidados necessários e encaminhar o paciente para tratamento psicológico (FIRMINO, 2005).

A motivação em estudar esta temática aconteceu por meio de uma vivência acadêmica como pesquisadora colaboradora de um projeto de pesquisa denominado “A dor na percepção de pacientes portadores de feridas crônicas”, e de uma visita técnica em um hospital que atende pacientes oncológicos. Nestes cenários, pode-se perceber que a avaliação e manejo clínico das feridas crônicas e neoplásicas eram realizados de forma incipiente pelos técnicos de enfermagem e enfermeiros responsáveis pelo cuidado ao paciente com estes tipos de lesões. Dessa forma surgiu o interesse em fundamentar o trabalho de conclusão de curso com

enfoque nas feridas neoplásicas e como fio condutor, surgiu à seguinte questão norteadora da pesquisa: como os enfermeiros avaliam e tratam as feridas neoplásicas?

Nesta perspectiva, o objetivo geral deste estudo é investigar como é realizado o processo avaliativo e manejo clínico dos pacientes com feridas neoplásicas pelos enfermeiros.

E os objetivos específicos são: Identificar as ferramentas disponíveis que o enfermeiro utiliza para proceder à avaliação de feridas neoplásicas; Investigar o seguimento de protocolos na avaliação e as possíveis dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros para realizá-la; Investigar o manejo clínico dos sinais e sintomas das feridas neoplásica, realizado pelos enfermeiros nesses serviços e Investigar quais os métodos de registro utilizados pelos enfermeiros nestes serviços.

Esta pesquisa visa contribuir na ampliação da produção científica na temática em questão, bem como sensibilizar os profissionais em investimento na formação na área de enfermagem oncológica, principalmente no que concerne ao cuidado da ferida neoplásica, sensibilizar a instituição na implementação de protocolos que subsidie a prática do profissional de enfermagem.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Feridas Neoplásicas: Características gerais

O câncer é tido como um dos fatores preponderantes na mudança do perfil epidemiológico de adoecimento no Brasil, isto pode ser atribuído dentre outros eventos ao aumento da exposição a agentes cancerígenos, prolongamento da expectativa de vida bem como o envelhecimento populacional (BRASIL, 2012). A mudança no estilo de vida da população nas últimas décadas tem-se mostrado um fator contribuinte relevante para os elevados índices populacionais acometidos por esta comorbidade, configurando-o como um grande problema de saúde pública (DIAS, 2009).

O câncer é definido pelo Ministério da Saúde (2012) como um conjunto de mais de cem doenças, que têm em comum o crescimento desordenado de células, que tendem a invadir tecidos e órgãos vizinhos. Matsubara (2012) define-o como uma doença genética, atrelada a danos ao material genético provocando alterações nos genes normais.

A ferida neoplásica desenvolve-se a partir de três eventos: crescimento do tumor, que irá ocasionar quebra da integridade da pele, neovascularização e invasão da membrana basal por células malignas de forma acelerada e 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 fistulas (POLETTI et al., 2002; GOMES; CAMARGO, 2004; FIRMINO, 2005; LEITE, 2007; MATSUBARA, 2012).

As denominações mais comuns das feridas neoplásicas são: feridas ulcerativas malignas, caracterizadas pela formação de úlceras e crateras rasas; feridas fungosas malignas ulceradas, devido à união do aspecto vegetativo e apresentação de partes ulceradas; feridas fungosas malignas ou feridas neoplásicas vegetantes, quando são semelhantes à couve-flor (GOMES; CAMARGO, 2004; FIRMINO, 2005; MATSUBARA, 2012).

Geralmente, os pacientes com câncer apresentam deficiência nutricional, o que concorre para uma deficiência de aminoácidos, suprimento de energia diminuído e oxigênio comprometido, prejudicando a produção de fibroblastos para a contração tecidual, o que contribui para que as feridas neoplásicas não cicatrizem (GOMES; CAMARGO, 2004). Além

disso, as feridas neoplásicas apresentam outras características importantes, como sangramento, exsudação intensa, prurido e presença de um odor característico. Alguns eventos estão ligados ao crescimento das células tumorais, como o sangramento, causado pela ruptura de capilares e vasos, além de diminuição na função plaquetária no tumor a tratamentos como a radioterapia e por traumas durante a remoção do curativo (POLETTI et al., 2002; GOMES; CAMARGO, 2004; FIRMINO, 2005; LEITE, 2007; MATSUBARA, 2012).

A oclusão dos vasos sanguíneos, devido à pressão causada pelo crescimento tumoral, reduz a difusão do oxigênio, provocando hipóxia, o que leva à proliferação de bactérias aeróbias e anaeróbias que, por sua vez, liberam ácidos graxos voláteis, como o ácido acético e o caproico, e gases putrecina e cadaverina, que produzem um odor fétido (POLETTI et al., 2002; FIRMINO, 2005; LEITE, 2007; MATSUBARA, 2012).

O crescimento agressivo do tumor leva a um processo inflamatório, por meio do qual ocorre a liberação de histaminas, responsáveis pelo prurido ao redor da ferida, cuja exsudação pode ser atribuída à hiperpermeabilidade ao fibrinogênio e plasma pelo tumor; produção de fatores de permeabilidade vascular aumentada pelo tumor e aumento de bactérias anaeróbias confinadas na superfície da lesão que, quando infectadas, liberam larga quantidade de exudato fibroso (GOMES; CAMARGO, 2004; FIRMINO, 2005; LEITE, 2007; MATSUBARA, 2012).

Nesta perspectiva, o Quadro 01 demonstra o estadiamento das feridas neoplásicas, a fim de efetivar melhor a avaliação e o tratamento.

Quadro 01. Descrição do estadiamento classificatório das feridas neoplásicas

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.

É sobremaneira importante enfatizar a relevância do conhecimento do enfermeiro sobre as propriedades, as características e a classificação das feridas neoplásicas, o que subsidiará, de forma concreta, o tratamento e o planejamento das ações de enfermagem, considerando-se os recursos humanos e materiais disponíveis e necessários, bem como o desenvolvimento de ações educativas direcionadas ao paciente e ao cuidador. Esses aspectos promoverão uma melhoria significativa em sua condição física, psicológica e social.

2.2 Ações básicas de enfermagem no cuidado com as feridas neoplásicas

A primeira ação específica de enfermagem direcionada ao paciente com ferida neoplásica é a avaliação da lesão, que exige do enfermeiro habilidade cognitiva para julgamento clínico com base em experiência prática e testes objetivos, na história fornecida pelo paciente ou por seu cuidador e na observação do profissional. Deve-se avaliar a ferida quanto a sua apresentação, localização, tamanho, coloração, quantidade de secreção, grau de odor, presença de sangramento, fistulas, tuneilizações, prurido e dor. Nesse contexto, é importante classificá-la de acordo com o estadiamento de lesões tumorais (FIRMINO, 2005; LEITE, 2007; MATSUBARA, 2012; YAMASHITA; KURASHIMA, 2012).

O planejamento do cuidado deve ser centralizado no paciente e partir da premissa de que é fundamental proporcionar-lhe conforto, ou seja, fazer palição dos sintomas para melhorar sua qualidade de vida (LEITE, 2007).

A implementação do tratamento proposto deve respeitar as consequências físicas e psicológicas causadas pela ferida, promovendo cuidados individualizados, que supram os desejos do paciente e que provoquem mínima alteração em seu estilo de vida (LEITE, 2007).

A limpeza da ferida é o primeiro passo da terapêutica tópica. Para isso, vale ressaltar as intervenções básicas de enfermagem, tais como: limpar a ferida para remover superficialmente bactérias e desbridamento; conter ou absorver exsudato; eliminar espaço morto com produtos tópicos específicos; eliminar a adesão de gazes às bordas ou superfície da ferida; manter o leito da ferida úmido; promover curativos com boa aparência; empregar técnica cautelosa visando analgesia; retirar as gazes anteriores com irrigação abundante; irrigar o leito da ferida com jato de seringa de 20 ml, com agulha de diâmetro de 40x12; utilizar luvas estéreis; proteger o curativo com saco plástico, durante o banho de aspersão, e abri-lo para troca somente no leito, para evitar a dispersão de bactérias no ambiente (GOMES; CAMARGO, 2004; FIRMINO, 2005; LEITE, 2007; MATSUBARA, 2012).

As orientações sobre os cuidados com a ferida devem ser oferecidas ao paciente e ao cuidador, incluindo produtos a serem utilizados, periodicidade de troca de curativos e possíveis complicações. O enfermeiro deve realizar o curativo na presença do cuidador, para que ele possa observar e, num segundo momento, supervisionar a execução do curativo esclarecendo eventuais dúvidas (FIRMINO, 2005; LEITE, 2007; MATSUBARA, 2012).

O registro é fator importante na avaliação das feridas neoplásicas. Deve ser preciso e detalhado para a obtenção de parâmetros de comparação em situações posteriores, avaliando-se a eficácia do tratamento e a satisfação do paciente. Devem ser documentadas todas as intervenções, incluindo a avaliação da ferida, a educação realizada com o paciente e/ou cuidador, especificando os pontos de dificuldades de entendimento, habilidades e resultados obtidos (FIRMINO, 2005; LEITE, 2007).

2.3 Ações específicas de enfermagem no cuidado com as feridas neoplásicas

Os aspectos psicológicos devem ser tratados com atenção especial, pois o paciente portador de ferida neoplásica apresenta degradação da imagem, fica afastado do convívio familiar e social, devido ao odor proveniente da lesão, e cultiva uma lembrança constante da

progressão da doença relacionada a essa problemática. Esses fatores promovem melancolia, revolta e depressão, que contribuem para que piore o estado clínico geral (LEITE, 2007; FERREIRA et al., 2009).

A dor do paciente oncológico portador de ferida neoplásica é um dado peculiar a ser investigado. Devem ser avaliados tanto os fatores físicos responsáveis pela gênese da dor quanto os fatores psicológicos. É pertinente encorajar o paciente a falar sobre seu quadro álgico, descrever a sensação dolorosa, sua localização, temporalidade e intensidade (POLETTI et al., 2002; GOMES; CAMARGO, 2004; FIRMINO, 2005; LEITE, 2007).

As ações específicas no controle da dor são: monitorar e registrar o nível de dor pela Escala Visual Analógica (EVA); registrar a analgesia empregada; considerar o uso de gelo e de opioides; planejar o curativo e sua troca de acordo com a necessidade de analgesia prévia ou o uso de sedativos; aplicar gazes embebidas em hidróxido de alumínio; considerar o uso de lidocaína 2%; empregar técnica cautelosa sem esfregaço do leito ulceral; retirar os adesivos cuidadosamente com o uso de éter; irrigar o leito ulceral com água destilada ou soro fisiológico a 0,9% e aplicar óxido de zinco nas bordas e ao redor da ferida; reavaliar a necessidade de se alterar o esquema analgésico prescrito antes e depois do curativo; considerar a necessidade de antiinflamatórios, radioterapia antiálgica ou cirurgia, em conjunto com a equipe médica, e comunicar à equipe médica os casos de sofrimento álgico que fogem ao controle da conduta preconizada (POLETTI et al., 2002; GOMES; CAMARGO, 2004; FIRMINO, 2005; SILVA; PAZOS, 2005; LEITE, 2007).

O controle do exsudato é importante pelos seguintes fatores: diminuir o odor, proteger a pele sadia perilesional, aumentar o conforto do paciente e melhorar sua autoestima. O exsudato pode ser controlado com curativos absorventes, tais como: hidrogel amorfo, carvão ativado, alginato de cálcio, zóbec como cobertura secundária e uso de antibioticoterapia. A pele ferida, muitas vezes, torna-se macerada pelo contato constante com a secreção, por isso é recomendada a aplicação de vitamina A+D em forma de pomada, a fim de proteger a pele. É preciso, também, atentar para a necessidade de se colher secreção para a cultura, registrar o procedimento, aguardar o resultado e comunicar à equipe médica para a avaliação (POLETTI et al., 2002; GOMES; CAMARGO, 2004; FIRMINO, 2005; LEITE, 2007; SANTANA; MATSUBARA; VILLELA, 2012).

No que se diz respeito ao controle do prurido, o primeiro passo é investigar a causa. As ações específicas para o controle do prurido são: 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% (POLETTI et al.,2002; FIRMINO, 2005; SANTANA; MATSUBARA; VILLELA, 2012).

A infecção da ferida por microorganismos anaeróbios e tecido desvitalizado causam o odor fétido, descrito como o sintoma que mais causa sofrimento, em decorrência da sensação de enojamento e isolamento social que imputa o paciente. No entanto, o odor é minimizado utilizando-se antibiótico sistêmico (SILVA; PAZOS, 2005; OLIVEIRA; POLES, 2006; FERREIRA et al., 2009).

O controle do odor é descrito de acordo com o grau de classificação. No odor grau I (sentido ao se abrir o curativo), deve-se proceder à limpeza com soro fisiológico 0,9% e realizar antissepsia com hipoclorito de sódio ou polivnil pirrolidona iodo (PVPI); retirar o antisséptico e manter gazes embebidas de hidróxido de alumínio no leito da ferida. Outras opções de tratamento são: aplicação de sulfadiazina de prata e/ou carvão ativado envolto de gaze umedecida com soro fisiológico 0,9% e oclusão da ferida com gaze embebida em vaselina líquida (POLETTI et al.,2002; GOMES; CAMARGO, 2004; FIRMINO, 2005; LEITE, 2007; SANTANA; MATSUBARA; VILLELA, 2012).

No odor grau II (sentido sem se abrir o curativo), deve-se proceder à limpeza da ferida e realizar antissepsia e irrigá-la com solução de metronidazol (1 comprimido de 250mg diluído para 250ml de soro fisiológico 0,9%). Se o tecido necrótico estiver endurecido e houver necessidade, realizar escarotomia e aplicar comprimidos secos e macerados sobre a ferida, ocluindo com gaze embebida em vaselina líquida. A solução pode ser substituída pela pomada vaginal de metronidazol, gel 0,8% ou solução injetável diluída na proporção 1/1 (100 ml da droga diluída em 100 ml de soro fisiológico 0,9%) (POLETTI et al.,2002; GOMES; CAMARGO, 2004; FIRMINO, 2005; LEITE, 2007; SANTANA; MATSUBARA; VILLELA, 2012).

No odor grau III (fétido e nauseante), deve-se considerar emergência dermatológica; seguir os passos 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 (POLETTI et al., 2002; GOMES; CAMARGO, 2004; FIRMINO, 2005; LEITE, 2007; SANTANA; MATSUBARA; VILLELA,2012).

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 (POLETTI et al.,2002; GOMES; CAMARGO, 2004; FIRMINO, 2005; LEITE, 2007; SANTANA; MATSUBARA; VILLELA, 2012).

No que concerne ao controle das fistulas, deve-se proceder com a aplicação de óxido de zinco na pele ao redor da ferida; aplicar hioscina tópica nas fistulas de baixo débito; considerar o uso de esteroides tópicos (se houver inflamação); ponderar o uso de bolsas nas fistulas de alta drenagem, com placas de hidrocoloide ao redor da pele e realizar curativo absorvente como carvão ativado e/ou alginato de cálcio, com gaze do tipo 'zobec' como cobertura secundária (FIRMINO, 2005; LEITE, 2007; SANTANA; MATSUBARA; VILLELA, 2012). Em se tratando do controle da necrose, avaliam-se as necessidades de desbridamento e o status do paciente (FIRMINO, 2005; MATSUBARA, 2012).

É notório, que, à medida que se aproxima o fim da vida, as feridas neoplásicas passam a exacerbar sinais e sintomas, causando estresse físico e psicológico ao paciente, aos cuidadores, aos familiares e aos profissionais de saúde. Portanto, é preciso controlá-los, o que justifica a implementação de cuidados paliativos, cuja meta é a qualidade de vida.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa. As pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. Já as pesquisas descritivas têm como objetivo principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou estabelecimento de relações entre as variáveis (GIL, 2008).

A pesquisa qualitativa segundo Minayo et al. (2007) responde a questões muito particulares. Esta autora preocupa-se com o nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Dessa forma, as investigações sociais estão relacionadas a interesses e circunstâncias socialmente encadeadas. Como prática intelectual, o ato de investigar reflete também dificuldades e problemas próprios das ciências sociais, sobretudo sua intrínseca relação com a dinâmica histórica.

Ainda nessa perspectiva, Minayo et al. (2007) assinala que na área da saúde a pesquisa social se manifesta em todas as investigações que tratam do fenômeno saúde/doença, de sua representação pelos vários atores que atuam no campo, como as instituições políticas e de serviços e os profissionais e usuários.

Contemplando a historicidade da pesquisa social, Minayo et al. (2007) acrescenta:

Do ponto de vista antropológico, pode-se dizer que sempre existiu a preocupação do homem com o conhecimento da realidade. As tribos primitivas, por meio dos mitos, já tentavam explicar os fenômenos que cercam a vida e a morte, o lugar dos indivíduos na organização social com seus mecanismos de poder, controle, convivência e reprodução do conjunto da existência social (MINAYO et al, 2007, p.14).

Em relação ao aspecto qualitativo, entende-se como um método que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, como expressam seus sentimentos, pensam, constroem seus artefatos e a si mesmos. As abordagens qualitativas se conformam melhor nas investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos

e de documentos. Esse tipo de método, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo (MINAYO et al., 2007).

3.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida em um Hospital Filantrópico do município de Campina Grande/PB, que atende pacientes oncológicos. Este é configurado como um serviço de referência na região da Borborema no tratamento deste público. O mesmo dispõe de um setor de cancerologia que oportuniza serviços de quimioterapia e radioterapia, bem como acompanhamento ambulatorial.

3.3 População e amostra

Para Gil (2010), a população envolve informações acerca do universo a ser estudado. Nesta perspectiva, a população seleta para este estudo foi constituída por enfermeiros assistenciais de um Hospital Filantrópico do município de Campina Grande/PB.

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). A composição da amostra foi de 10 enfermeiros assistenciais responsáveis pela realização de curativos de pacientes com feridas neoplásicas no serviço supracitado.

3.4 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão adotados para delinear o perfil dos participantes da pesquisa foram: enfermeiros que se encontraram no serviço de oncologia e que prestam cuidados aos pacientes oncológicos com feridas tumorais.

Os critérios de exclusão foram: enfermeiros que não se encontraram em atividade laboral no período da coleta de dados (férias, licença saúde, afastamento). Tendo em vista que a Fundação Assistencial da Paraíba contém 21 enfermeiros no corpo assistencial de

enfermagem e a pesquisa apresenta um delineamento qualitativo, a amostra será por saturação.

Nesse sentido, vale ressaltar que o fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os 18 dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta dos dados (MINAYO, 2010).

3.5 Considerações Éticas

Para a realização deste estudo foram seguidos os seguintes passos: autorização da UFCG/CES/UAS (ANEXO A) e autorização do Diretor da Fundação Assistencial da Paraíba (ANEXO B) para a realização da pesquisa com enfermeiros assistenciais desta instituição.

Ao serem convidados a participar da pesquisa, os participantes da pesquisa foram informados sobre os objetivos do estudo. O sigilo, o anonimato e a desistência em qualquer momento da pesquisa foram garantidos mediante a participação de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), fornecido no ato da entrevista.

Os critérios utilizados obedeceram à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que norteia pesquisas envolvendo seres humanos. Também foi solicitada permissão para gravar as entrevistas. A pesquisa foi realizada após a anuência do diretor do hospital selecionado, onde os participantes da pesquisa estavam exercendo suas atividades laborais e posteriormente, autorização do Comitê de Ética e Pesquisa.

Todas essas exigências foram devidamente respeitadas durante a operacionalização desta pesquisa, assim como as premissas observadas na Resolução nº311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem, que trata da reformulação do Código de Ética Profissional (COFEN, 2007). Por fim, as pesquisadoras assinaram um Termo de Compromisso (ANEXO C) sobre a responsabilidade de iniciar a pesquisa somente depois que o Comitê de Ética em Pesquisa autorizar a pesquisa.

3.6 Instrumento para coleta de dados

Na concepção de Rúdio (2007), o instrumento da pesquisa é a forma como será realizada a coleta de dados. Nessa perspectiva, o instrumento desta pesquisa foi um roteiro contendo questões para uma entrevista semiestruturada pertinentes aos objetivos da pesquisa. Nesse

sentido, uma entrevista semiestruturada, pode ser entendida como a técnica que envolve duas pessoas numa situação “face a face” e em que uma delas formula questões e a outra responde (GIL, 2010).

Vale ressaltar que a entrevista semiestruturada é uma técnica utilizada para coletar dados a partir de um conjunto de questões previamente definidas pelo pesquisador, na qual o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema sugerido. Este tipo de entrevista produz uma melhor amostra da população, obtém um direcionamento maior referente à temática e permite obter respostas espontâneas determinadas pelos significados pessoais de suas atitudes e comportamentos (BONI; QUARESMA, 2005).

3.7 Coleta de dados

Segundo Andrade (2006), a coleta de dados deve ser realizada de maneira esquematizada e lógica, no intuito de facilitar o desenvolvimento da pesquisa. A coleta de dados é vista como uma etapa importantíssima, entretanto não deve ser confundida com a pesquisa propriamente dita, visto que os dados coletados futuramente serão elaborados, analisados, interpretados, representados graficamente e por fim realizada a discussão dos resultados da pesquisa. Nesse sentido, a coleta de dados foi realizada nos mês de agosto de 2014.

O instrumento para coleta dos dados contemplou duas vertentes: a primeira se destinou a algumas características sociais e laborais das participantes da pesquisa, tais como: idade, gênero, tempo de formação e de serviço; a segunda vertente se direcionou ao objetivo da pesquisa, ou seja, o processo avaliativo e manejo clínico das feridas neoplásicas pelos enfermeiros.

As entrevistas tiveram durabilidade variável de acordo com o quantitativo de participantes do estudo, e adequação das informações fornecidas pelas mesmas. As fases das entrevistas foram transcritas textualmente e logo após a leitura sucessiva do material, procedeu-se à codificação das participantes do estudo extraindo as categorias dos discursos agrupados pela similaridade e, sendo possível assim formar o *corpus* coletivo dos discursos.

3.8 Análise dos dados

O processo de análise de dados envolveu diversos procedimentos: codificação das respostas, tabulação dos dados e cálculos estatísticos. Após o juntamente com a análise, pode ocorrer também a interpretação dos dados, que consiste, fundamentalmente, em estabelecer a ligação entre os resultados obtidos com outros já conhecidos, quer sejam derivados de teorias, quer sejam de estudos realizados anteriormente (GIL, 2008).

Para a análise de dados foi utilizada uma abordagem qualitativa, visando identificar as concepções, crenças, valores, motivações e atitudes dos participantes. O método empregado foi a Análise de Conteúdo Temática considerada a mais apropriada para as investigações na área da saúde (MINAYO et al., 2007).

Para o estudo em tela, considerou-se a análise de conteúdo definida por Bardin (2004) como um conjunto de instrumentos metodológicos aplicados a discursos diversificados visando obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de população/recepção destas mensagens por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens.

Capelle; Melo e Gonçalves (2011) ressaltam que a análise do conteúdo abrange as iniciativas de explicitação, sistematização e expressão do conteúdo de mensagens, com o propósito de efetuar deduções lógicas e justificadas a respeito da origem dessas mensagens.

De acordo com Bardin (2004), a análise de conteúdo na modalidade temática é compreendida por três etapas: pré-análise (organização do material e sistematização das idéias); descrição analítica (categorização dos dados em unidades de registros) e interpretação referencial (tratamento dos dados e interpretações).

De acordo com Minayo et al. (2007), a análise temática desdobra-se em três etapas:

1) A pré-análise: que inclui a escolha dos documentos a serem analisados, a retomada dos objetivos iniciais da pesquisa e a elaboração de indicadores que orientem a interpretação final. Nessa fase pré-analítica determina-se a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise;

2) A exploração do material: consiste essencialmente na transformação dos dados brutos visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Nesta fase faz-se o recorte do texto em unidades de registro tal como foi estabelecido na pré-análise; depois, escolhem-se as

regras de contagem e, posteriormente, realizam-se a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas que comandarão a especificação dos temas;

3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: os resultados brutos são submetidos a operações estatísticas e a partir daí realizam-se inferências e interpretações de acordo com o quadro teórico do estudo.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, serão apresentados os resultados gerais de identificação referentes ao sexo, idade, tempo de serviço em oncologia, tempo de formação e titulação das enfermeiras participantes da pesquisa. A pesquisa foi composta por 10 enfermeiras onde se observou que todas eram do sexo feminino; a idade variou entre 23 e 44 anos. O tempo de formação variou de um ano e sete meses a 20 anos e o de serviço em oncologia variou de um mês a 15 anos. Quando indagadas quanto à titulação, sete referiram possuir especialização, uma mencionou possuir apenas a graduação e uma mencionou ser mestre.

QUADRO 2: Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Identificação	Sexo	Idade	Tempo de serviço em oncologia	Tempo de formação	Titulação
E1	Feminino	32 anos	5 anos	7 anos	Especialista em Enfermagem do Trabalho
E2	Feminino	44 anos	01 mês	20 anos	Mestre em Saúde Pública
E3	Feminino	23 anos	9 meses	1 ano e 7 meses	Especialista em Saúde da Família
E4	Feminino	24 anos	1 ano e 2 meses	2 anos e 2 meses	Especialista em Urgência e Emergência
E5	Feminino	32 anos	5 anos	8 anos	Especialista em UTI
E6	Feminino	35 anos	3 anos	10 anos	Especialista em Saúde Pública
E7	Feminino	28 anos	1 anos	2 anos	Bacharel
E8	Feminino	40 anos	15 anos	16 anos	Especialista em Obstetrícia
E9	Feminino	29 anos	06 anos	06 anos	Especialista em UTI
E10	Feminino	30 anos	03 anos	03 anos	Especialista em Saúde da Família

Fonte: Dados da pesquisa, 2014

Observou-se por meio dos dados sociodemográficos apresentados no quadro acima que as enfermeiras, em sua maioria, possuem curto tempo de formação e quase todas relataram ser especialistas em Saúde Pública e apenas duas em Terapia Intensiva. O perfil de formação das enfermeiras influencia diretamente na avaliação e tratamento de feridas, pois o manejo clínico das feridas neoplásicas é diferente dos outros tipos de lesões, uma vez que a cicatrização é improvável e o objetivo está relacionado ao controle dos sinais e sintomas.

CATEGORIAS TEMÁTICAS

Categoria Temática I – Avaliando as feridas neoplásicas

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; MATSUBARA, 2012). De acordo com Camarão (2009), devido à dinamicidade da ferida oncológica é necessário uma avaliação periódica e qualificação dos profissionais para uma assistência de qualidade.

Nesse sentido, os participantes da pesquisa destacaram que os métodos de avaliação utilizados no serviço são a observação, mensuração e anamnese descritos logo abaixo:

Subcategoria I – Observação

A observação é um método de avaliação por meio da visão que permeia uma análise detalhada da superfície corpórea promovendo uma apreciação minuciosa das características da pele como o turgor, cor e elasticidade permeando desta forma um diagnóstico diferencial das feridas. Para que haja uma observação apropriada faz-se necessário um ambiente apropriado, iluminado (BORGES, 2010).

Tendo em vista que a observação é um processo primordial na avaliação de feridas pode-se observar nos discursos das enfermeiras que este é um método comumente utilizado por elas no serviço.

O método que a gente avalia é através da observação. E1

A gente observa como tá a ferida e depois avalia a localização. E4

Observamos a ferida, seguindo a ordem calor, rubor e depois os graus: I, II, III e IV. E7

É por meio da observação que as enfermeiros detectam a localização da lesão, os sinais comprometedores do tecido e classificam as feridas de acordo com o estadiamento.

Para Moraes; Oliverira e Soares (2008) a observação na avaliação de ferida deve ser cautelosa para se obter um conjunto de informações que subsidiam a seleção do tipo de cobertura a ser utilizada”.

A localização da lesão é primordial para avaliar o seu potencial de cicatrização, de contaminação, problemas de imobilidade e facilidade de aplicação de algumas coberturas específicas. No caso de contaminação, algumas regiões são favoráveis como, por exemplo, a região sacral. No tocante aos problemas de mobilidade esta pode ser prejudicada em caso de presença de lesões nos membros inferiores. A localização está relacionada também à facilidade de sobreposição de algumas coberturas, pois existem algumas posições anatômicas que impossibilitam sua adequação, por exemplo, proeminências ósseas e regiões articulares (DEALEY, 2008; MALAGUTTI, 2011).

Subcategoria II – Mensuração

Características intrínsecas às feridas são modificadas durante o processo de cicatrização; dessa forma a mensuração é essencial para uma avaliação contínua dessas alterações. A mensuração da ferida é um método que avalia o comprimento, profundidade e extensão da lesão. Os valores obtidos durante a mensuração são estimados, no entanto existem métodos que promovem uma maior exatidão dos mesmos (IRION, 2012).

Nesta perspectiva, as participantes da pesquisa utilizam instrumentos específicos de mensuração de feridas como forma sistematizar o cuidado.

Avaliamos a ferida, medindo o comprimento com uma régua ou escalas, o volume com soro fisiológico, a profundidade com a seringa de insulina. E7

Como se pode verificar, as enfermeiras participantes da pesquisa utilizam como instrumento de mensuração a régua, o soro fisiológico e a seringa de insulina.

Existem diversos métodos para mensuração das feridas. Para mensurar a área da ferida utiliza-se uma folha de acetato sobrepondo sobre a lesão e delimitando as bordas com uma caneta para retroprojetor utilizando as bordas mais extensas como referência. A fotografia também pode ser utilizada como forma de registro. Já para a profundidade utiliza-se um *swab* ou cotonete estéril ou uma seringa de insulina sem agulha na superfície mais profunda da ferida e depois converte a medida em centímetros utilizando uma régua. A profundidade também pode ser medida pelo volume introduzindo soro fisiológico (BORGES, 2010; IRION, 2012).

Os materiais citados anteriormente pelos enfermeiros para a mensuração das feridas fornecem a aquisição de dados fidedignos na dimensão das mesmas, objetivando o processo de investigação de informações acerca da avaliação do paciente, favorecendo precisão diagnóstica e tratamento qualificado levando a uma evolução na conduta livre de intercorrências (MORAIS, OLIVERIA; SOARES, 2008).

Subcategoria III – Anamnese

Na anamnese obtêm-se os dados relativos à história clínica do paciente que em conjunto com o exame físico e diagnósticos, subsidiam o tratamento adequado da ferida. (BORGES, 2010).

Ao serem indagadas sobre os métodos que utilizavam para a realização da avaliação das feridas, as enfermeiras participantes da pesquisa verbalizaram que a anamnese era uma das modalidades avaliativas das lesões:

Por meio da anamnese, avaliamos as queixas do paciente. E3

Para Carneiro, Souza e Gama (2010), a realização da anamnese pelo profissional fornece informações inerentes aos processos fisiológicos e patológicos do paciente proporcionando uma eficácia na terapêutica adotada, visando o cuidado diferenciado, holístico, humanizado e com embasamento científico.

A anamnese pertence ao histórico de enfermagem, uma das etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), representando um instrumento de grande valia para a assistência uma vez que possibilita ao enfermeiro a concretização de diagnósticos de

enfermagem, planejamento da assistência, acompanhamento e a avaliação da evolução do paciente (SANTOS; ANDRADE, 2011).

A anamnese juntamente com o exame físico permite a caracterização da lesão, seus sinais e sintomas e propedêutica utilizada para seu manejo. A anamnese possibilita traçar diagnósticos em relação à ferida e o planejamento da assistência de enfermagem. É de suma importância destacá-la como momento em que o profissional adquire maior contato com paciente (CUNHA, 2006).

Categoria Temática II – Aspectos observados durante a avaliação das feridas

Os aspectos ponderados durante a avaliação das feridas variam de acordo com os principais sintomas apresentados por elas como: extensão, odor, exsudato, sangramento, dor, presença de tecido necrótico, túneis ou fístulas, infecção, comprometimento de áreas adjacentes (MATSUBARA, 2012).

Firmino e Pereira (2008) caracterizam os aspectos observados durante a avaliação de feridas de modo mais amplo, considerando além dos sintomas supracitados, aspectos rotulados como comprometedores do convívio social das pessoas com feridas como, por exemplo, implicações secundárias ao odor, como perda de apetite, náuseas e vômitos; limitações físicas e adequação de roupas e curativos para o paciente.

As alterações psicológicas aos pacientes com feridas oncológicas advêm de alterações causadas pela doença principalmente quando são visíveis como, por exemplo, alterações da pele. Estas causam isolamento social e modificações de humor (MERZ et al., 2011).

Na avaliação das feridas o enfermeiro não deve ter uma visão centralizada da situação e sim uma visão ampla, holística dos aspectos inerentes ao paciente com ferida neoplásica. Com esta visão totalitária da situação torna-se mais fácil o tratamento, e tal conhecimento também provê um embasamento importante para uma avaliação correta (NASCIMENTO; NAMBA, 2009).

Subcategoria I – Sinais e sintomas das feridas neoplásicas: dor, odor, secreção, tipo de tecido, infecção, prurido

As feridas neoplásicas possuem características bem peculiares sendo identificadas por seus sinais e sintomas, como por exemplo, o rápido crescimento proliferativo, o odor fétido, sangramento local, dor intensa, exsudato abundante e infecção local.

Ao investigar quais os aspectos observados na ferida durante a avaliação obteve-se as seguintes respostas:

A gente avalia [...] odor, exsudato, prurido, infecção, [...] se tem tecido necrosado, se tem tecido de granulação. E1

A gente avalia as características que as feridas apresentam. E5

Nas falas das enfermeiras podemos observar que as mesmas identificaram os sintomas específicos das feridas neoplásicas durante o processo avaliativo. Vale ressaltar que os sinais e sintomas destas feridas surgem comumente devido ao retardo ou ausência do processo de cicatrização.

A formação de exsudato está atrelada ao processo inflamatório, aumento da permeabilidade capilar no leito da ferida, da debilidade neovascular do tumor e secreção do fator de permeabilidade capilar. Já a infecção está associada a redução da resposta imunológica, à proliferação de microrganismos anaeróbios e ao tecido desvitalizado (NAYLOR, 2003; FIRMINO, 2005; SILVA et al., 2011; MATSUBARA, 2012).

A necrose é decorrente das alterações da estrutura dos vasos sanguíneos pelo crescimento das células tumorais. Este fator provoca alterações do fluxo sanguíneo reduzindo a quantidade de oxigênio nos tecidos levando à ruptura vascular, hipóxia e consequentemente a necrose (NAYLOR, 2003; FIRMINO, 2005; SILVA, 2011; MATSUBARA, 2012).

A dor pode ser reportada como uma experiência exclusiva e subjetiva de cada indivíduo abrangendo aspectos físicos e psicossociais. Trata-se de um sintoma angustiante que interfere em sua qualidade de vida, sendo o seu controle essencial para o alcance pleno da assistência à saúde. A dor na ferida neoplásica pode ser resultante do processo inflamatório, do crescimento do tumor causando compactação de nervos e estruturas moles de tecidos adjacentes (AGUIAR; SILVA; MATSUBARA 2012).

A fala a seguir traz a dor como aspecto observado antes da realização do curativo demonstrando seu papel de grande relevância na avaliação de feridas.

Avalio principalmente a questão da dor [...] a gente procura maneiras que possa evitar maior pressão, maior contato e dificuldades com o curativo. E1

[...] se ele tá sentindo dor. E3

A dor é uma grande preocupação na assistência à saúde, considerada como uma das principais prioridades. Ela se configura por causar sofrimento humano, portanto sua avaliação se constitui numa premissa da prática clínica. Para identificar a causa desencadeante da dor e ter condições de aliviá-la, é necessário um cuidado individualizado (SANTOS; VEIGA; ANDTADE; 2010; AGUIAR; SILVA, 2012).

Para a avaliação da dor utiliza-se da anamnese a fim de obter respostas quanto aos fatores que a aliviam ou agrava, a sua intensidade, período em que mais há acentuação. Também utilizam-se escalas como, por exemplo, a analógica e numérica para ponderação de sua intensidade. Vale ressaltar que além da anamnese, o profissional deve compreender as linguagens corporais, tais como a expressão facial e corporal como forma de avaliação de dor em feridas. (HOLLINWORTH, 2001; IRION, 2012).

A avaliação da dor é primordial ao paciente oncológico, uma vez que é instruído o profissional como proceder com o curativo. Morton e Fontaine (2013) afirmam que o paciente nunca deverá sentir dor durante a avaliação das feridas, para isso é indicado sempre realizar analgesia antes, caso o paciente sinta, faz a analgesia e depois procede com o curativo.

O odor em ferida neoplásica é proveniente da ação proliferativa de bactérias anaeróbias presentes no local, pela necrose, exsudato excessivo e curativos inadequados.

A questão do incômodo [...] quando a ferida drena muito, aí causa odor, e aí causa constrangimento pra ele[...]e aí ele pode sentir vergonha. E8

A avaliação do odor é subjetiva, sendo considerado agravante quando provoca desconforto ao paciente e outras pessoas que possuem contato com o cliente com este tipo de lesão. Existem diversos instrumentos para a avaliação do odor, dentre estes podemos citar a escala de classificação da intensidade de odor em feridas proposta por Baker e Haig, descrito por Eduards (2000). Nesta classificação, o odor é caracterizado como forte, quando sentido no ambiente mesmo quando o curativo está oclusivo; moderado, sentido ao abrir o curativo;

discreto, sentido em local fechado à remoção do curativo; sem odor, ausência de odor no ambiente e ao abrir o curativo (SILVA et al., 2011).

Categoria Temática III – Ausência de protocolos utilizados pelo serviço para avaliação de feridas

Protocolos são instrumentos que determina a rotina de cuidados e gerenciamento de uma determinada instituição, elaborados por profissionais que possuem embasamento teórico científico ou com grau de formação em uma área específica. Estes possuem como principal finalidade viabilizar um direcionamento de condutas e procedimentos dos funcionários dos serviços (WERNECK, FARIAS; CAMPOS, 2009).

Protocolos são utilizados a fim de sistematizar, uniformizar e organizar as ações e intervenções dos profissionais da saúde. No tocante às feridas neoplásicas, o Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2011) construiu um protocolo de intervenções médicas e de enfermagem para os pacientes com doença oncológica avançada com feridas neoplásicas.

Nesse sentido, as participantes da pesquisa mencionaram que o referido hospital não utiliza o protocolo proposto pelo INCA, como são destacadas as falas abaixo:

A gente não tem protocolo não. E1

Conheço sim o protocolo de tratamento de feridas, mas só de leitura, mas não de atuação com ele. E2

No nosso caso, não tem protocolo, a gente tem muito cuidado [...] observa com o máximo cuidado. E4

O protocolo [...] de imediato é lavar com soro fisiológico. E8.

O protocolo fica a critério médico. E10.

Embora as enfermeiras demonstrarem deter algum conhecimento da existência de protocolo de feridas, no entanto não adotam o protocolo específico para este tipo de ferida. Um protocolo para tratamento de feridas possibilita uma maior autonomia do enfermeiro na tomada de decisões garantindo respaldo legal ao profissional responsável pela assistência. (FERREIRA; BORGAMIL; TORMENA, 2008).

Nesta perspectiva, Costa et al (2012), afirma que “a atuação dos enfermeiros na assistência às pessoas com feridas é prejudicada por falta de protocolos, capacitação dos

profissionais e condições de trabalho”. Morais; Oliveria e Soares (2008), atribuem a não utilização do protocolo devido a escassa disseminação de sua existência, sendo sua implantação restrita na grande maioria dos hospitais.

Categoria Temática IV – Dificuldades encontradas para proceder à avaliação das feridas

Subcategoria I – Identificar os graus de estadiamento

A ferida neoplásica pode ser classificada de acordo com o seu estadiamento, levando em consideração os aspectos apresentados por ela, seguindo a classificação universal de Haisfield-Wolfe, Baxendale-Cox (1999) previamente citada. Nesta escala são considerados os sinais e sintomas inerentes das feridas neoplásicas, cuja meta permite o acompanhamento do estágio da progressão da destruição da pele por uma ferida maligna (SILVA et al, 2011).

Como é demonstrado nas falas a seguir, as enfermeiras relatam a dificuldade em classificar as feridas de acordo com o seu estadiamento.

É difícil identificar alguns estágios [...]o I e o II já é mais fácil[...], mas o III e o IV embora tenham características mais específicas, é mais difícil. E2

Classificá-los de acordo com o grau. E5

Para Silva et al (2011), o cuidar de feridas deixou de ser apenas mais uma conduta de enfermagem e se tornou uma especialidade que necessita de atualizações e estudos que capacitem os profissionais.

Num estudo realizado na Suíça com enfermeiras, observou-se que poucos destes profissionais se especializavam no tema em questão. O mesmo relacionou este fato ao índice reduzido deste tipo de ferida na região e ao interesse dos profissionais pela temática, culminando dessa forma na carência de conhecimento dos mesmos (PROBST, 2009).

Nesse sentido, infere-se que as dificuldades encontradas pelas participantes da pesquisa em classificar o estadiamento das feridas pode estar relacionado com a ausência de educação continuada, aperfeiçoamentos e pós-graduações na temática em questão.

O estadiamento é classificado em cinco graus: o primeiro, estágio 1, configura-se por apresentar pele íntegra, tecido de coloração avermelhada ou violácea, nódulo visível e

delimitado. No estágio 1N a ferida apresenta-se fechada ou com pequeno orifício destinado à drenagem de exsudato, podendo haver endurecimento, fibrose ou nódulo. Este apresenta-se límpido, coloração amarelada ou de aspecto purulento. O tecido é avermelhado ou violáceo e a ferida seca ou úmida. O paciente pode referir dor ou prurido ocasionais, sem odor ou mesmo assintomático. (HASFIELD WOLF; BLEXANDALE COX, 1999; SILVA et al, 2011; MATSUBARA, 2012).

No estágio 2 a ferida está aberta e envolve derme e epiderme. Há presença de ulcerações superficiais. A mesma mostrar-se frequentemente friáveis e sensíveis à manipulação, o exsudato é ausente ou em pequena quantidade. As lesões manifestam-se secas ou úmidas com intenso processo inflamatório em suas bordas. A dor e odor são ocasionais. (HASFIELD WOLF; BLEXANDALE COX, 1999; SILVA et al, 2011; MATSUBARA, 2012).

No estágio 3, a ferida mostra-se espessa, com perda de espessura envolvendo o tecido subcutâneo. Sua profundidade é regular, com saliência e formação irregular. Tem como principais características o sangramento, ulcerações, necrose liquefeita ou sólida e aderida, odor fétido, exsudato. Com epitélio de coloração avermelhada ou violácea, contudo o leito da ferida encontra-se predominantemente de coloração amarelada (HASFIELD WOLF; BLEXANDALE COX, 1999; SILVA et al, 2011; MATSUBARA, 2012).

No estágio 4 ocorre invasão de estruturas anatômicas profundas, com bordas irregulares. Em determinadas situações apresenta exsudato abundante, odor fétido e dor. Tecido de coloração avermelhada ou violácea, porém o leito da ferida encontra-se predominantemente de coloração amarelada. (HASFIELD WOLF; BLEXANDALE COX, 1999; SILVA et al, 2011; MATSUBARA, 2012).

Subcategoria II – Autonomia do enfermeiro

O termo autonomia deriva do grego *autos* (próprio) e *nomos* (lei, regras, norma), ou seja, é a capacidade que uma pessoa tem de tomar decisões, ser independente. O tratamento de feridas trouxe aos enfermeiros a ascensão da autonomia profissional, não apenas na escolha da conduta terapêutica local, mas também no cuidado global durante a avaliação e acompanhamento da lesão (FERREIRA; CANDIDO; CANDIDO, 2010).

A fala de uma das participantes da pesquisa demonstra claramente a falta de autonomia do enfermeiro na escolha da conduta terapêutica adotada para o curativo.

A questão da autonomia do enfermeiro mesmo! Porque [...] em hospital quem manda mesmo é o médico. Aqui, eu não posso dizer que não vou usar colagenase, porque tá prescrito! Por mim, não usaria!
E7

Para que o profissional alcance sua autonomia é imprescindível que o mesmo possua habilidades técnicas e científicas de sua profissão, bem como as consequências adquiridas em detrimento de tal responsabilidade, o que não é diferente no tratamento das feridas neoplásicas.

Costa et al (2012), afirma que se faz necessário estar preparado para a autonomia, pois, ela exige embasamento técnico e científico além de responsabilidades éticas. Matsubara; Bicudo (2012) ressalta a necessidade do enfermeiro em deter conhecimento acerca dos produtos e finalidades das técnicas adotadas no tratamento de feridas.

Pelo déficit nas publicações relativas à autonomia do enfermeiro na avaliação e tratamento de feridas, alguns serviços criaram protocolos, normas e rotinas que subsidiam o profissional para atuação, porém ainda não é o satisfatório para aperfeiçoar e uniformizar esse procedimento. Para o alcance da autonomia profissional do enfermeiro é indispensável tecer metas, apurar e padronizar os métodos de prevenção e terapêutica de feridas. Como já foi enfatizado anteriormente, a criação de protocolos em serviços para a avaliação de feridas constitui um progresso na assistência de enfermagem (MORAIS; OLIVEIRA; SOARES, 2008; COSTA et al., 2012).

Embora o enfermeiro venha cada vez mais em busca dessa autonomia profissional, é imperativo ressaltar que cuidar de clientes com feridas necessita de uma equipe interdisciplinar. No entanto, esta se conforma indubitavelmente como uma atribuição desenvolvida da enfermagem em sua prática diária.

Subcategoria III – Instrumentalização do cuidado

Existe na literatura uma vasta gama de materiais utilizados durante a avaliação de feridas que permitem a compreensão da dimensão da lesão e favorece direcionamentos a um

diagnóstico sucinto e delineamento de uma conduta sistematizada (MORAIS; OLIVEIRA; SOARES, 2008).

Nesta perspectiva, as enfermeiras participantes da pesquisa enfatizaram que uma das maiores dificuldades era o manuseamento de instrumentos específicos para conduzir um curativo estéril e esteticamente aceitável, como é destacado na fala que se segue:

O que sinto dificuldade hoje é na parte instrumental, porque antes lavava só com luva; hoje tem que ser luva estéril e pinças. E8

Embora existam materiais que favoreçam a avaliação e tratamento das feridas, há uma dificuldade de acesso a estes instrumentos pelos profissionais de saúde, ocasionando uma interferência no cuidado. Moraes; Oliveira; Soares, (2008) afirmam que a eficácia da assistência prestada ao tratamento de feridas é proporcional às condições que o profissional possui em avaliar e intervir.

Como já foi mencionado anteriormente, para que os profissionais exerçam sua atividade com excelência, principalmente no que tange ao cuidado com feridas, se faz necessário que o mesmo busque atualizações em sua profissão, pois a cada dia conceitos e técnicas inovadoras são elaboradas para o cuidado e tratamento de feridas.

Categoria Temática V – Avaliação dos aspectos inerentes ao paciente antes de iniciar o curativo

Subcategoria I – Estado clínico do paciente

Linhares (2010) classifica a avaliação de feridas de duas formas denominadas de “linhas de ação”, uma com ênfase na lesão oncológica de forma isolada e a segunda com ênfase na pessoa com essa lesão, analisando suas dimensões física, psicológica, social e espiritual.

Os discursos a seguir retratam os aspectos considerados durante a avaliação clínica dos pacientes com essas lesões no serviço.

Toda a parte clínica, né? Idade, comorbidades, estado nutricional, capacidade de mobilidade do paciente. E2

Consideramos o estado clínico do paciente como um todo, por exemplo: idade, comorbidades, a questão da educação com relação à higiene pessoal. E7

As características inerentes ao estado geral do paciente foram citadas como aspectos observados durante a avaliação clínica das feridas. Vale ressaltar que essas características descritas pelos enfermeiros, geralmente são aquelas que interferem no processo de cicatrização das lesões.

A avaliação clínica do paciente deve ser realizada desde o primeiro encontro. Neste momento, solicita-se exames laboratoriais que auxiliam na avaliação do estado geral do cliente. Também são observadas características como, por exemplo, alimentação, estado nutricional, uso de medicamentos, idade, estilo de vida, doenças crônicas dentre outros (SANTOS et al., 2011).

Categoria Temática VI – Cuidando das feridas neoplásicas

A conduta terapêutica para o tratamento das feridas neoplásicas deve ser moldada de acordo com as suas características, satisfazendo aos princípios de cuidados com feridas. O objetivo principal no tratamento dessas lesões é focado em medidas de conforto ao paciente e não na cicatrização em si, pois a mesma é considerada improvável. Portanto seu foco passa a ser a prevenção e o controle dos sintomas locais (CAMARÃO, DIAS 2009).

Subcategoria I – Cuidando da dor

A dor em pacientes com feridas neoplásicas pode estar situada na própria ferida oncológica, ou surgir em sua decorrência. As intervenções de enfermagem direcionadas ao controle da dor consistem em promover a analgesia e o bem estar do paciente. Tendo em vista isto, o enfermeiro dispõe de diversos meios para o controle desse sintoma.

Pode-se observar nas falas das enfermeiras participantes da pesquisa quando questionadas sobre o manejo clínico da dor, que as mesmas utilizavam os métodos farmacológicos e não farmacológicos para o alívio da dor, como preconiza a Organização Mundial da Saúde (OMS), ao recomendar o uso da Escada Analgésica da Dor (EAD).

No caso da dor, a gente vai mais para a questão da analgesia, medicação[...]a gente administra Dipirona, Tramal. Tem paciente que a gente entra até com a Dolantina. E1

Pra alívio da dor, a questão da mudança de posição: posicionamento com coxim de modo a deixar o paciente confortável. E2

Na dor, o toque para sentir a sensibilidade. E7

De acordo com a OMS, para controle da dor crônica em pacientes com doenças oncológicas avançadas recomenda-se a utilização da Escada Analgésica da Dor, que é composta por três degraus: o primeiro é indicado o uso de anti-inflamatórios e analgésicos não opioides; o segundo é indicado o uso de opioides fracos e o terceiro degrau, o uso de opioides fortes. Nesse sentido, observa-se que as participantes da pesquisa administram opioides fracos e fortes respectivamente para as dores consideradas moderadas e intensas, ou seja, há uma aderência ao protocolo proposto.

Outro aspecto mencionado é o toque como forma de avaliar a sensibilidade do paciente. Nesta perspectiva, Borges (2010) refere que a palpação é um método utilizado no exame físico que possibilita a investigação de alterações na textura, espessura, sensibilidade e volume na pele. Na avaliação de feridas, esta permeia a identificação de edema, temperatura periferida e a sensibilidade à dor e a partir daí determinar a terapêutica adequada.

De acordo com o Ministério da Saúde (2011) existem, atualmente, diversas formas para controle da dor em feridas neoplásicas como, por exemplo, o gelo; medicação analgésica conforme a prescrição antes ou após a execução do curativo; manuseamento do curativo de forma cuidadosa evitando fricções e possíveis danos a lesão; aplicar Lidocaína gel a 2% sobre e ao redor da ferida tumoral; lavar o leito da ferida com água destilada ou soro fisiológico 0,9%; aplicar pomada de óxido de zinco periferida para evitar desconforto ao paciente no contato do exsudato com a pele íntegra; discutir junto a equipe multiprofissional a necessidade de anti-inflamatórios, radioterapia antiálgica ou cirurgia; registrar todas as técnicas empregadas no curativo, bem como a avaliação da dor pela escala visual.

Outros métodos descritos para o tratamento de dor em feridas oncológicas são a quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal e a laserterapia. Estas atuam destruindo células malignas reduzindo o tamanho da ferida que provoca compressão de áreas inervadas fazendo com que diminuir a dor (POLETTI, 2002; FIRMINO, 2005; MATSUBARA, 2012).

Subcategoria II – Cuidando do odor

O odor em feridas neoplásicas deve ser tratado de forma efetiva, pois, o mesmo causa grande impacto psicológico na vida do paciente desenvolvendo sentimento de angústia, uma vez que a ferida é o lembrete constante da doença oncológica (SILVA et al., 2011, GROCOTT, GETHING; PROBST 2013). O odor é considerado como um dos sintomas mais castigantes destas feridas, em decorrência da sensação de enojamento e isolamento social que imputa ao cliente (HASFIELD WOLF; SCHULZ; TRISCA; TONKIN, 2002; PIGGIN, 2003; FIRMINO, 2005, MATSUBARA, 2012).

As enfermeiras participantes da pesquisa ressaltaram que o controle do odor era conduzido com a utilização de alguns produtos, como destacam as falas logo abaixo:

Hoje a questão do odor a gente usa alginato de cálcio, ou aquele que também contém prata [...] tem o carvão ativado com prata. E1

No odor, aqui se usa PVPI. E6

No odor, o médico prescreve Furacin e Dexametasona e usa-se também o Clorexidina. E7

Pra o odor faz assim: uma limpeza com Clorexidina. E8

Pra o odor aí a gente troca o curativo. Limpeza com soro fisiológico, PVPI degermante, pomadas. E9

De acordo com as participantes da pesquisa, a limpeza com clorhexidina e soro fisiológico em jato, assim como o uso de coberturas primárias como o alginato de cálcio associado ou não a prata e o carvão ativado são cuidados que estão sendo realizados no âmbito hospitalar e que são recomendados pelo protocolo do INCA, BRASIL (2011).

Nesse sentido, vale ressaltar que o controle do odor é realizado de acordo com a sua classificação. Para o todos os graus é indicada a limpeza com soro fisiológico a 0,9% em associação com antissepsia com clorhexidina degermante. Após a limpeza retira-se o antisséptico com jato de soro fisiológico a 0,9% e mantêm-se gazes embebidas em hidróxido de alumínio no leito da ferida (BRASIL, 2011).

A sulfadiazina de prata e/ou carvão ativado envolto em gaze umedecida com soro fisiológico a 0,9% também são opções de tratamento. Caso a terapêutica descrita acima não

tenha sucesso terapêutico, ponderar o uso tópico do gel de metronidazol tópico a 0,8%. No odor grau II, se houver necessidade, fazer escarotomia em tecido necrótico endurecido e proceder à aplicação do gel de metronidazol. O odor grau III é considerado uma emergência dermatológica por isso considera-se a necessidade de associação do metronidazol sistêmico ao uso tópico (POLETTI et al.,2002; GOMES; CAMARGO, 2004; FIRMINO, 2005; LEITE, 2007; BRASIL, 2009; SANTANA; MATSUBARA; VILLELA, 2012).

Outra cobertura que vem sendo utilizada nas feridas é o carvão ativado, pois atua significativamente na redução do odor absorvendo toxinas e liberando proteases endógenas e exógenas que possuem ação anti-inflamatória (PONTE; FERREIRA; COSTA, 2012)

De acordo com as participantes da pesquisa, o polivinilpirrolidona com iodo (PVPI), a nitrofurazona (Furacin), e a dexametasona são produtos utilizados nas feridas neoplásicas para o combate ao odor no serviço onde foi realizado este estudo. No entanto, não existem literaturas atualizadas que confirmem a recomendação destes produtos nestes tipos de lesões, uma vez que são feridas atípicas, principalmente no tocante ao processo de angiogênese.

Subcategoria III – Cuidando do sangramento

O sangramento está relacionado à formação de novos vasos sanguíneos devido à estimulação local do fator de crescimento do endotélio vascular. Este pode ocorrer durante o curativo ou espontaneamente (MERZ; MOO, 2011). Com base nas entrevistas obtiveram as seguintes respostas como formas de controlar o sangramento:

Pra sangramento normalmente dependendo do tipo de ferida a gente faz um curativo compressivo. E1

Tem que avaliar como é esse sangramento, o porquê desse sangramento. A ferida dependendo do estágio dela, se você fizer um esfregaço muito forte ela vai sangrar. Tem que fazer a compressão. E2

Pra o sangramento usa-se adrenalina ou o Transamim prescritos pelo médico. A adrenalina, quando tá fazendo o desbridamento que começa a sangrar, o médico manda jogar adrenalina que estanca na hora! E7

As participantes da pesquisa mencionaram que realizam curativo compressivo como modalidade mais simples para controle do sangramento e administram medicamentos vasoconstritores conforme prescrição médica, a exemplo da adrenalina e do ácido

tranexâmico para sangramentos mais profusos. Vale ressaltar, que tais condutas encontram-se convergentes com as recomendações preconizadas pelo protocolo do INCA, BRASIL, (2011).

A adrenalina deve ser utilizada com restrição, devido sua ação vasoconstrictora pode provocar necrose e potencializar o risco de infecção. Para controle do sangramento aplica-se pressão diretamente sobre os vasos sangrantes com amparo de gaze, compressa ou toalha (evitar a cor branca). Considerar aplicação de soro fisiológico a 0,9% gelado; curativo hemostático à base de gelatina suína; alginato de cálcio; adrenalina solução injetável topicamente sobre os pontos sangrantes. 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 o ácido aminocaproico, intervenção cirúrgica e radioterapia anti-hemorrágica. Em casos de sangramento intenso acompanhado de agitação, desespero e ansiedade do paciente, considerar o uso de sedação paliativa (FIRMINO; PEREIRA, 2008; BRASIL, 2009).

A técnica de limpeza também se configura como fator primordial na prevenção de sangramento, por isso deve-se evitar realizar fricção a fim de não agredir o tecido, pois as feridas neoplásicas são caracterizadas por serem altamente friáveis.

Subcategoria IV – Cuidando da necrose

A necrose em feridas neoplásicas causa um efeito desfigurante e trata-se de um meio potencial que favorece a colonização de bactérias gerando a formação de exsudato e odor fétido. Portanto, se faz necessário ponderar meios para o seu controle (MERZ, 2011).

As enfermeiras citaram diversas formas de debridamento para tratar a lesão com necrose, entretanto esta prática deve ser analisada minuciosamente em se tratando de feridas neoplásicas.

Para a necrose, o hospital não fornece curativos especiais. Existem pacientes, dependendo da condição deles, às vezes, eles compram aqueles curativos apropriados que ajuda a diminuir. E

A necrose tem que ser bem avaliada. Muitas vezes abaixo dessa necrose a gente vai ter um tecido que não está necrosado, mas que tem supuração [...] muitos casos tem que fazer realmente o debridamento. E esse debridamento [...] nem sempre você consegue fazer todo. Vai ter algumas substâncias que se coloca [...] que tem uma ação de debridamento, você coloca e essa própria necrose vai se

soltando [...]. Em alguns casos, pode fazer a retirada mecânica mesmo [...] com pinças, tesouras. E2

Na necrose usa-se Colagenase. E5

Na necrose, faz o debridamento e o curativo biológico. E8

A necrose não tem indicação de um debridamento quando ela é simples. E9

A realização de debridamento em feridas neoplásicas deve ser bem avaliada, pois como são lesões extremamente friáveis, há possibilidade de hemorragias profusas.

Alguns fatores devem ser levados em consideração antes da realização dos debridamento como, por exemplo, a área a ser debridada, a presença de infecções locais, a vascularização e neovascularização do local, os riscos de sangramento durante ou após o procedimento, controle de odor resistente às terapias prévias (SILVA; ZAGO 2001; BRASIL, 2009; CAMARÃO; DIAS, 2009).

De acordo com o Ministério da Saúde (2009) o enfermeiro deve avaliar a necessidade do debridamento considerando a capacidade funcional do cliente, como também selecionar o método: se mecânico, químico ou autolítico. Caso seja necessário, de acordo com Silva et al (2011), o debridamento de feridas neoplásicas deve ser realizado no centro cirúrgico tendo em vista a necessidade do uso de equipamentos mais aprimorados para a hemostasia a exemplo do eletrocautério.

As participantes da pesquisa referiram utilizar colagenase para debridamento químico nas lesões necrosadas. No entanto, recomenda-se que durante o tratamento das feridas não se utilize produtos indutores da angiogênese ou da proliferação celular, pois favorecem o crescimento tumoral e sua disseminação devido ao suporte vascular (SILVA, 2012).

Subcategoria V – Cuidando do exsudato

Devido à grande quantidade de exsudado produzido pela ferida neoplásica, é necessário o uso de substâncias apropriadas para o controle desta drenagem. Nesse sentido, as enfermeiras participantes da pesquisa ressaltaram algumas modalidades terapêuticas utilizadas para o controle deste sintoma, como pode-se verificar nos trechos destacados logo abaixo:

Para o exsudato é a limpeza mesmo que a gente faz, dependendo da quantidade e o que seja[...] às vezes, a gente vai até para centro cirúrgico pra poder colocar um dreno. E1

O exsudato é a questão dessa secreção em produção em excesso. A gente avalia esse exsudato e o tipo de curativo adequado em relação à quantidade e o odor. E2

Para o exsudato, a gente lava com clorexidina e PVPI tópico. E6.

Para o exsudato, a gente faz limpeza rígida três vezes ao dia. E9.

Para o manejo clínico do exsudato, as enfermeiras citaram que primeiramente, havia uma avaliação no que se refere à quantidade de exsudato e a associação de odor fétido ou pútrido na lesão. Para o manejo clínico, as participantes mencionaram a limpeza da lesão com maior frequência com clorohexidina e/ ou com polivinilpirrolidona com iodo tópico, e ainda a inserção de drenos para feridas altamente exsudativas.

Para o controle do exsudato utilizam-se curativos absorptivos como o carvão ativado ou alginato de cálcio e compressa ou gaze como cobertura secundária. Recomenda-se também o cuidado com a proteção da pele ao redor com o uso de óxido de zinco na pele macerada e nas bordas da ferida antes da utilização de antissépticos. O uso do óxido de zinco também mostrou-se eficaz no controle álgico, devido a diminuição da agressão corrosivas de antissépticos à ferida e pela redução da maceração e erosão tecidual. O enfermeiro deve também avaliar os benefícios de coleta de material para cultura (BATES; EARLY; SKIN, 2001; FIRMINO, 2005; BRASIL, 2009; MATSUBARA, 2012).

No que se refere aos antissépticos, estes são considerados citotóxicos, pois agredem o tecido de granulação, no entanto são utilizados devido ao aumento progressivo da ferida e a necessidade de controle da sintomatologia (FIRMINO, 2005). Os antissépticos como a clorohexidina e o polivinilpirrolidona com iodo são aconselhados devido sua ação antimicrobiana (MOO et al, 2010).

Subcategoria VI – Cuidando da infecção

A infecção pode ser resultante da redução da resposta imunológica, da proliferação de microrganismos anaeróbios e tecido desvitalizado na ferida neoplásica (POLETTI et al., 2002; MATSUBARA, 2012). Nesta perspectiva, as enfermeiras participantes da pesquisa referiram

que para o manejo clínico da infecção, se faz mister avaliar se processo infeccioso antes de proceder como a terapêutica adequada, como é destacado nas falas abaixo.

Tem que avaliar se é uma infecção localizada ou uma infecção sistêmica. Se for uma infecção sistêmica então não é tão somente o tratamento de enfermagem com o curativo [...] Tem que ser em conjunto[...]os tipos de curativo que tem ação bactericida. E2

Na infecção, usa-se curativos mais especializados. E5.

Na infecção usa-se neomicina e Furacin. E8.

As enfermeiras entrevistadas relataram como forma de tratamento da infecção o uso de antibióticos e técnicas de curativos especializados que possuem ação bactericida. Os tipos de coberturas que possuem ação bactericida são curativos a base de prata como, por exemplo, alginato com prata, sulfadiazina de prata e carvão ativado com prata.

Uma das terapêuticas utilizadas para reduzir o índice de infecção da ferida é o debridamento, pois o mesmo atua na redução do tecido desvitalizado, grande contribuinte para a proliferação bacteriana. No entanto, Moo (2010) afirma que esta é uma prática que deve ser cautelosa devido à sensibilidade dolorosa e a capacidade de sangramento neste tipo de ferida, além de fornecer uma solução de continuidade para infecção.

O tratamento para as feridas neoplásicas é baseado no controle dos sinais e sintomas, uma vez que estas lesões não cicatrizam.

O Furacin tem como indicação o tratamento local de infecções superficiais na pele. Entretanto este pode favorecer o crescimento de microrganismos resistentes exemplo de fungos e pseudomonas, além disso, possui como reação adversa o surgimento de sintomas locais como o prurido (SILVA, 2006)

A Neomicina é indicada para o tratamento e controle das infecções da pele de qualquer natureza. Sendo também destinado ao tratamento de infecções causadas por micro-organismos sensíveis ao antibiótico como: eczemas infectados, piodermites, furúnculos, abscessos e úlceras cutâneas. As reações adversas mais comuns que podem ocorrer são: vermelhidão, “rash” cutâneo, prurido e edema no local de aplicação (RANG et al, 2007).

Neste sentido, não há na literatura indicação dessas medicações para o tratamento desse tipo de lesão. Vale ressaltar que o uso dessas drogas não deve ser encorajado pelos profissionais nesses tipos de lesões, pois as mesmas possuem como reação adversa o prurido e

a infecção que são características intrínsecas às feridas neoplásicas, podendo com o seu uso exacerbar sua sintomatologia.

Subcategoria VII – Cuidando do prurido

O prurido está relacionado ao processo inflamatório ocasionado pelo crescimento tumoral, uma vez que há a liberação de histaminas em região periferida. No entanto o enfermeiro deve ter como meta principal a investigação da causa do prurido (GROCOTT; GETHIN; PROBEST, 2002; NAYLOR, 2003; BRASIL, 2009; MATSUBARA, 2012). Nos trechos abaixo, é destacado como as enfermeiras participantes da pesquisa assistem ao paciente com ferida neoplásica, no tocante ao prurido cutâneo periferida.

O prurido ocorre pela questão na borda deste tecido aí, a gente tem proteger esse tecido tanto com higiene quanto com [...] ácido graxo essencial, às vezes, o óleo de girassol e nunca na ferida, mas sempre ao redor pra proteger essa pele e evitar esse ressecamento e a sensação de prurido [...]. E2

O prurido, o médico prescreve Furacin e dexametasona. E7

Pode-se observar nas falas das enfermeiras que as mesmas detinham conhecimento do manejo clínico do prurido. Nesta perspectiva, para o controle do prurido deve-se considerar o uso de adesivos hipoalergênicos, dexametasona creme a 0,1%, e em caso de persistência do sintoma; considerar com a equipe médica a introdução de terapia sistêmica; controlar o exsudato realizando troca de curativos mais frequentes. No caso do prurido associado à candidíase cutânea, deve-se proceder com a inspeção em busca de áreas hiperemiadas ao redor da ferida associada a pápulas esbranquiçadas. Nesse caso, utilizar sulfadiazina de prata a 1% (POLETTI et al., 2002; FIRMINO, 2005; SANTANA; MATSUBARA, 2012).

Categoria Temática VII – Registrando as intervenções de enfermagem

O registro tanto dos dados coletados quanto da assistência prestada ao cliente deve ser feito tão logo realizada avaliação da lesão e do estado geral do cliente no prontuário do mesmo. Este pode ser diário ou periódico contendo problemas identificados, os cuidados

implementados, as mudanças ocorridas, as orientações e encaminhamentos, dados essenciais para a sistematização a assistência de enfermagem (OLIVEIRA; CASTRO; ANDRADE, 2005).

Nesta perspectiva, as enfermeiras participantes da pesquisa referenciaram que o registro no prontuário era umas das formas de avaliação das feridas, como podemos constatar no trecho logo abaixo:

Registra. Abre o horário e explica tudo [...] se fez medicação. Anota tudo no prontuário, na evolução de enfermagem. E3

A gente anota tudo na evolução de enfermagem: as intervenções a gente registra tudo minuciosamente. Como foi feito, o tempo, a duração enfim, as características de como tava. E4

Avaliamos pelos dados anotados no prontuário dos pacientes. E6.

Romanelli; Malagutti (2011) considera o registro de enfermagem crucial no processo de avaliação de feridas uma vez que são armazenadas informações acerca da história e características das feridas, como parâmetros de mensuração, localização anatômica e condições de cicatrização.

O registro das informações inerentes ao paciente e a ferida deve ser detalhado e sucinto para facilitar a reavaliação por outros profissionais. Este deve conter informações inerentes ao paciente e a ferida, intervenções e métodos utilizados, orientações fornecidas ao paciente e ao cuidador e os resultados obtidos durante o tratamento bem como a evolução do processo cicatricial (BORGES, 2010).

Em um estudo realizado por Costa et al (2012), identificou-se que muitas vezes o registro das intervenções realizadas no tratamento de feridas não ocorre de maneira efetiva por falta de reconhecimento da relevância desta prática pelos profissionais, realizando-a apenas em caso de intercorrências o que leva a um prejuízo no fluxo e na qualidade da assistência prestada.

Um aspecto bastante relevante mencionado pelas participantes da pesquisa é o registro das intervenções de enfermagem por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem, como é destacado nas falas que se seguem:

Aqui agente desenvolve a SAE. E1

O método utilizado é a Sistematização da Assistência de Enfermagem e o livro do CCIH onde é preenchido e visto pela comissão. E7

A SAE é um processo que viabiliza a instrumentalização do trabalho, possibilitando a aplicação dos conhecimentos técnicos, o estabelecimento de fundamentos para a tomada de decisão e o registro correspondente de assistência prestada. A SAE em pacientes com feridas possibilita ao enfermeiro buscar o histórico da lesão do paciente, realizar exame físico, avaliar os sinais de cicatrização, verificar a temperatura do paciente, analisar e classifica as características da lesão (CUNHA, 2006).

Para isso, o enfermeiro desenvolve um plano de cuidados com diagnóstico de enfermagem, baseado nas Necessidades Humanas Básicas (HORTA,1979), descreve as intervenções a serem realizadas pela equipe de enfermagem, e por conseguinte avalia os resultados obtidos.

Outro aspecto relevante salientado pelas participantes da pesquisa é o registro no livro da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), cuja função é preconizar técnicas referentes a limpeza, execução de curativos e tratamento de feridas através se protocolos a fim de otimizar a prestação da assistência de todos os profissionais da equipe interdisciplinar (GEOVANINI; OLIVEIRA E PALERMO, 2007; COSTA et al., 2012).

Considera-se, portanto, que embora os enfermeiros tenham conhecimento da relevância do registro das anotações de enfermagem, os mesmos não a executam prejudicando desta forma a continuidade da assistência ao processo tão importante para a adequada condução do tratamento e evolução da ferida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As feridas neoplásicas são alterações da integridade cutânea oriundas do crescimento e infiltração de células oncóticas em estruturas da pele, devido ao crescimento descontrolado das células cancerígenas durante o processo de oncogênese. Estas possuem características peculiares como sangramento, exsudação intensa, odor e dor, comumente exigindo cuidados para aliviar tais sintomas e melhorar a qualidade de vida do paciente.

Nesta perspectiva, o enfermeiro exerce papel de grande relevância na assistência desse paciente, devido ao fato deste manter contato prolongado com o mesmo. Contudo, o enfermeiro como membro da equipe de saúde, é responsável por avaliar, supervisionar e executar os curativos, por isso deve ter conhecimento científico e competência técnica para proporcionar uma assistência diferenciada e integral ao paciente e à família.

No entanto, estes profissionais encontram fatores limitantes em proceder à avaliação e tratamento de feridas devido à falta de autonomia bem como a inexistência de protocolos institucionais norteadores para a execução da assistência. Neste sentido, é indispensável que o profissional estabeleça metas, aperfeiçoe e padronize os métodos de controle e terapêutica de feridas.

Como pontos positivos da pesquisa pode-se ressaltar que embora os enfermeiros não possuíssem formação no tratamento e avaliação de feridas, nem a instituição disponibilizasse um protocolo que subsidiasse a prática profissional nesta temática, alguns atuavam conforme preconização do protocolo do Instituto Nacional do Câncer (INCA), que trata do manejo clínico das feridas neoplásicas, o qual foi divulgado em 2011.

Já os pontos negativos estão relacionados ao uso indiscriminado de determinadas substâncias para o manejo dos sinais e sintomas das feridas neoplásicas. Também pode-se citar o desconhecimento das enfermeiras a respeito do protocolo do INCA, bem com a não avaliação da dor, citada por diversos estudos como elemento primordial na avaliação de feridas e como fator mais castigante em pacientes com doença oncológica avançada. Vale ressaltar que a dor é classificada como o quinto sinal vital, sendo sua avaliação imprescindível.

A principal dificuldade encontrada nesta pesquisa relaciona-se a limitação de fontes de referências para a discussão de dados comparativos com outras literaturas existentes.

Considera-se, portanto que o estudo teve os objetivos propostos alcançados e que a atuação dos enfermeiros na assistência aos pacientes com feridas neoplásicas é prejudicada por falta de protocolos e capacitação dos profissionais. Contudo, vale ressaltar a necessidade de investimentos na educação continuada dos profissionais para melhoria do cuidado a pessoas com estas feridas.

Esta pesquisa pode contribuir na perspectiva de evidenciar a necessidade de aprimoramento do profissional de enfermagem na assistência ao paciente com doença oncológica avançada, principalmente no que concerne ao cuidado da ferida neoplásica e no despertar do interesse da instituição na implementação de protocolos que subsidie uma maior autonomia do enfermeiro na tomada de decisões, garantindo respaldo legal ao profissional responsável pela assistência para que os mesmo possa atender as necessidades dos pacientes e da família.

REFERÊNCIAS

- 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](file:///C:/Users/josy/Downloads/v11n2a12%20(1).pdf). Acesso: 04 ago 2014.
- AGREDA, J. J. S.; BOU, J. E. T. Atenção integral nos cuidados das feridas crônicas. Petrópolis: EPUB, 2012.
- ALEXANDER, S. Malignant fungating wounds: managing malodour and exsudate. *Journal of wound care*. v.18, n.9, p.374-382, 2009. Disponível em: <http://issuu.com/trh-journal/docs/journaln1>. Acesso: 04 ago 2014.
- ANDRADE, M. M. **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: edições 70, 2004.
- BATES, J B.; EARLY L, S; SKIN, D. In: Ferrell BR, Coyle N. Textbook of palliative nursing. New York: Oxford University Press, p. 226-34, 2001.
- BONI, V.; QUARESMA, S. J. Apreendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. *Revista Eletrônica dos pós-graduandos em Sociologia Política da UFSC*, Santa Catarina, v.2,n.1, p.68-80, 2005.
- BORGES, E. L. et al. Feridas: como tratar. Belo Horizonte: Coopmed, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. **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 01 dez 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. **Estimativas 2014: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2013. Disponível em <http://www.inca.gov.br/estimativa/2013/estimativa20132111.pdf>. Acesso em 27 nov 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer INCA. **Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado**. Série Cuidados Paliativos. 2009. Disponível em <http://www.inca.gov.br> Acesso em 28 nov 2011.

CAMARÃO, R. R.. Cuidados com feridas e curativos. **Manual de Cuidados Paliativos**, v. 1, p. 258-268, 2009. Disponível em: <http://www.nhu.ufms.br/Bioetica/Textos/Morte%20e%20o%20Morrer/MANUAL%20DE%20CUIDADOS%20PALIATIVOS.pdf>. Acesso: 04 ago 2014.

CAPPELLE, M.C.A; MELO, M.C.O.L; GONÇALVES, C. A. Análise de conteúdo e análise do discurso nas ciências sociais. Organizações Rurais e agroindustriais. Minas Gerais, v.5, n.2, p.2011.

CARNEIRO, C. M; SOUSA, F. B.; GAMA, F. N. Tratamento de feridas: assistência de enfermagem nas unidades de atenção primária à saúde. **Revista Enfermagem Integrada**-, v. 3, n.2, p.495-505, 2010. Disponível em: http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/V3_2/03-tratamento-de-ferias-assistencia-de-enfermagem.pdf. Acesso: 04 ago 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 358/2009 de 15 de agosto de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências. Brasília, dez. 2009. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso: 18 nov 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 311/07 de 08 de fevereiro de 2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, fev.2007. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4345>>. Acesso em: 28 nov 2013.

COSTA, K. S. et al. Atuação do enfermeiro na assistência aos pacientes portadores de feridas. **Rev Interdisciplinar UNINOVAFAPI**, v.5, n.3, p.9-14, 2012. Disponível em: http://uninovafapi.edu.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v5n3/pesquisa/p1_v5n3.pdf. Acesso: 04 ago 2014.

CUNHA, N. A. Sistematização da assistência de enfermagem no tratamento de feridas crônicas. 2006. Trabalho de Conclusão de Curso. Graduação em Enfermagem. Fundação de Ensino Superior de Olinda. Centro de Ciências da Saúde Olinda, 2006. Disponível em: http://www.abenpe.com.br/diversos/sae_tfc.pdf. Acesso: 04 ago 2014.

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

DIAS, A. C. **Feridas em pacientes oncológicas: um cuidado de enfermagem.** 2009. Trabalho de Conclusão de Curso. Graduação em enfermagem. Universidade Vale do Itajaí. Centro de Educação Biguaçu-SC, 2009. Disponível em: <http://siaibib01.univali.br/pdf/Andreia%20Cristina%20Dias.pdf>. Acesso: 04 ago 2014.

FERREIRA, A.M; BOGAMIL, D.D.D; C. TORMENA, P.C. O enfermeiro e o tratamento de feridas: em busca da autonomia do cuidado *Nurses*. **Arq Ciênc Saúde** v.15, n.3, p.105-9, 2008. Disponível em: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-15-3/IDN269.pdf Acesso: 18 nov 2013.

FERREIRA, A. M.; CANDIDO, M. C. F. S.; CANDIDO, M. A. O cuidado de pacientes com feridas e a construção da autonomia do enfermeiro. **Rev. enferm. UERJ**, v. 18, n. 4, p. 656-660, 2010. Disponível em: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-15-3/IDN269.pdf. Acesso: 04 ago 2014.

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 28 nov 2011.

FIRMINO, F. Feridas neoplásicas: estadiamento e controle dos sinais e sintomas. **Rev Prática Hospitalar**, v. 4, n. 42, p. 59-62, 2005. Disponível em <http://www.officeeditora.com.br/private/PH/ph42.pdf> Acesso em 28 nov 2011.

FIRMINO, F. Pacientes portadores de feridas neoplásicas em serviços de cuidados paliativos: contribuições para a elaboração de protocolos de intervenções de enfermagem. **Rev. Bras. Canc.**, v. 51, n.4, p. 347-59, 2005. Disponível em http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v04/pdf/revisao6.pdf Acesso em 28 nov 2011.

FIRMINO, F., ARAÚJO, D. F., SOBREIRO, O. O controle do odor em feridas tumorais através do uso de metronidazol. **Rev Prática Hospitalar**, v. 4, n. 24, p. 30-3, 2002. Disponível em <http://www.officeeditora.com.br/private/PH/ph24.pdf> Acesso em 28 nov 2011.

FIRMINO, F., CARNEIRO, S. Úlceras por pressão, feridas neoplásicas e micose fungoide: reflexões da prática assistencial no Rio de Janeiro. **Rev Prática Hospitalar**, v. 2, n. 50, p. 79-84, 2007. Disponível em: <http://www.officeeditora.com.br/private/PH/ph50/pdfs/mat11-50.pdf> Acesso em 28 nov 2011.

FIRMINO, F.; PEREIRA, I. **Cuidado paliativo**/Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.

GEOVANINI, T; OLIVEIRA JUNIOR, A. G; PALERMO, T. C. S. Manual de Curativos. São Paulo: Corpus, 2007.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, I. P., CAMARGO, T. C. Feridas tumorais e cuidado de enfermagem: buscando evidências para o controle de sintomas. **Rev. enferm. UERJ**, v. 12, n. 2, p. 211-6, 2004. Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v12n2/v12n2a14.pdf>. Acesso em 28 nov 2011.

GROCOTT, P.; GETHIN, G.; PROBST, S. Malignant wound management in advanced illness: new insights, **Review Current Opinion**, v. 7, n. 0, p. 1-5, 2013.

HAISEFIELD-WOLFE, M.E, BAXENDALE-COX, L.M. Staging of malignant cutaneous wounds: a pilot study. **Oncol Nurs Forum**. 1999, 26(6): 1055-64.

HOLLINWORTH, H. Pain at wound dressing-related procedures: a template for assessment, 2001. Disponível em:
<http://www.worldwidewounds.com/2005/august/Hollinworth/Framework-Assessing-Pain-Wound-Dressing-Related.html>. Acesso: 04 ago 2014.

HORTA, W.A. Teoria das Necessidades humanas Básicas. São Paulo: EDUSP "C Editora da Universidade de São Paulo, 1979.

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

LEITE, A. C. Feridas tumorais: cuidados de enfermagem. **Rev. Científica do Hospital Central do Exército do Rio de Janeiro**, v. 2, n. 2, p. 36-40, 2007. Disponível em
<http://www.hce.eb.mil.br/rev/rev2007/feridastumorais.pdf> Acesso em 28 nov 2011.

LINHARES, A. A. **O raciocínio clínico de enfermeiro na avaliação de feridas em clientes com afecções oncológicas**. 2010. Tese de Doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. Disponível em:
http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Alcione_Alves_Linhares_raciocinio_clinico.pdf. Acesso: 04 ago 2014.

MALAGUTTI, W.; KAKIHARA, C. T. Curativos, estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional. São Paulo: Martinari, 2010.

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.

MERZ, T. et al. Fungating wounds- multidimensional challenge in palliative care, **Breast care**, v.6, p. 21-24, 2011.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2007.

MOO, K. Y. Local wound care for malignant and palliative wounds, **Wound Care Journal**, v.23, p.417-28, 2010.

MORAIS, G. F. C; OLIVEIRA, S. H. S; SOARES, M. J. G. O. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. **Texto contexto - enferm**, v.17, n.1, p. 98-105, 2008. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000100011. Acesso: 04 ago 2014.

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

NASCIMENTO, A. R.; NAMBA, M. Aspecto da ferida: avaliação de enfermagem. **Rev Enferm UNISA**, v.10, n.2, p. 118-23, 2009. Disponível em:

<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2009-2-03.pdf>. Acesso: 04 ago 2014.

NAYLOR, W. Pain in fungation wounds: another perspectives, v.49, n.11, p.9-12, 2002.

NAYLOR, W. Part 1. **Symptom control in the management of fungating wounds.**

Disponível em: <http://www.worldwidewounds.com/2002/march/Naylor/Symptom-Control-Fungating-Wounds.html>. Acesso em 30 nov 2013.

OLIVEIRA, B. G. R B; CASTRO, J. B. A; ANDRADE, N.C Técnicas Utilizadas na Aferição de Feridas e Avaliação do Processo Cicatricial. **Rev.Saúde Coletiva**, vol. 2, n. 6, p.57-62, 2005. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84220795005>. Acesso: 04 ago 2014.

OLIVEIRA, E. C. M., POLES, K. Crenças do paciente com ferida crônica: uma análise discursiva. **Rev. Min. Enf.**, v. 10, n. 4, p. 354-60, 2006. Disponível em http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mostop_publish/files/files_4c0e3070aabb9.pdf Acesso em 28 nov 2011.

POLETTI, N. A. A. et al. Feridas malignas: uma revisão de literatura. **Rev. Bras. Canc.**, v. 48, n. 3, p. 411-17, 2002. Disponível em http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v03/pdf/revisao2.pdf Acesso em 28 nov 2011.

PONTE, D; FERREIRA, K.; COSTA, N. O controle do odor em feridas malignas. *Journal off tissue regeneration & healing*, 2012. Disponível em: <http://www.trh-journal.com/o-controlodo-odor/>.

PROBST, N.; ARBER, A. FAITHFULL, S. Malignant fungating wounds: a survey of nurses clinical practice in Switzerland, *European journal of oncology nursing*, v.13, p. 295-298, 2009.

RANG, H. P. et al. *Farmacologia*. 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

RÚDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 34ª ed .Petrópolis: Vozes, 2007.

SANTANA, F. A., MATSUBARA, M. G. S., VILELLA, D. L. **Terapias utilizadas no cuidado com feridas**. In: MATSUBARA, M. G. S. *Feridas e estomas em oncologia: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Lemar, 2012.

SANTOS, N.; VEIGAI, P.; ANDRADE, R. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro, **Rev Bras Enferm**, v.64, n.2, p.355-8, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000200021 Acesso: 04 ago 2014.

SILVA, I. F. J. *Tratamento da Dor em Feridas Crônicas Revisão Sistemática de Literatura*, 2012. Disponível em:

http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/7350/1/660110_Tese.pdf. Acesso: 04 ago 2014.

SILVA, L. D., PAZOS, A. L. A influência da dor na qualidade de vida do paciente com lesão crônica de pele. **Rev. Enferm. UERJ**, v.13, n. 3, p. 375-81, 2005. Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v13n3/v13n3a13.pdf>. Acesso em 28 nov 2011

SILVA, L. M. H.; ZAGO, M. M. F. O cuidado do paciente oncológico com dor crônica na ótica do enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 9, n. 4, p.44-49, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692001000400008&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso: 04 ago 2014.

SILVA, P. *Farmacologia*. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Kogam, 2006.

SILVA, R.C.L. et al. **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem**. 3º ed. São Paulo. Yendis, 2011.

SCHUTZ, V; TRISCA, O.H; TONKIN, K. Malignant Wounds: caregiver-determined clinical problems, *Journal of Pain and Syptom Management*, v.24, n.6, p.572-577, 2002.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. *Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço*, 2009.
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf>. Acesso: 04 ago 2014.

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

BIBLIOTECA

APÊNDICE A -

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a)

Esta pesquisa intitulada *“FERIDAS NEOPLÁSICAS: avaliação e manejo clínico realizado por enfermeiros”*, cujo objetivo é investigar como é realizado o processo avaliativo e manejo clínico dos pacientes com feridas neoplásicas pelos enfermeiros” está sendo desenvolvida por Josenilda Pereira dos Santos, discente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, *Campus Cuité*, sob orientação da Prof^a. 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.

Solicitamos a sua autorização para gravar a entrevista através de um aparelho MP3. A entrevista constará de algumas perguntas sobre dados pessoais e 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 aos participantes da pesquisa, exceto a inibição de responder às questões; 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 uma cópia desse documento assinado por mim e pelas pesquisadoras.

Campina Grande, ____/____/____

Continua

Continuação

Pesquisador colaborador

Pesquisador 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: Josenilda Pereira dos Santos

Endereço: Rua Mario Azevedo Buriti, SN - Antônio Mariz - Cuité/PB - CEP 58175-000

RG : 3436619

CPF 086957664-03

MAT: 509220091

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: (83) 2101.5500

Fax: (83) 2101.5523

APÊNDICE B -

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

“FERIDAS NEOPLÁSICAS: avaliação e manejo clínico realizado por enfermeiros”

Objetivo: investigar como é realizado o processo avaliativo e manejo clínico dos pacientes com feridas neoplásicas pelos enfermeiros”

Sexo:

Idade:

Tempo de serviço em Oncologia:

Tempo de formação:

Titulação:

1. Quais os métodos que você utiliza para a realização da avaliação das feridas?
2. Quais os aspectos observados durante a avaliação das feridas?
3. Quais os protocolos utilizados pelo serviço para a avaliação de feridas?
4. Você sente alguma dificuldade para proceder à avaliação de feridas? Caso positivo, qual?
5. Antes da realização do curativo, que aspectos inerentes ao paciente e ao próprio ferimento você avalia?
6. Quais os recursos materiais utilizados para o manejo clínico dos sinais e sintomas das feridas?

Dor _____

Sangramento _____

Odor _____

Prurido _____

Necrose _____

Infecção _____

Fístulas _____

Exsudato _____

7. Quais são os métodos utilizados para o registro das intervenções realizadas nas feridas?

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL
TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE

Ilmo. Sr. José Alixandre de S. Luís Coordenador da Unidade Acadêmica de Saúde 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 Josenilda Pereira dos Santos Mat. 509220091, RG3436619, CPF 086957664-03 está realizando uma pesquisa intitulada por: **“FERIDAS NEOPLÁSICAS: avaliação e manejo clínico realizado por enfermeiros”**, necessitando, portanto, coletar dados que subsidiem este estudo junto aos enfermeiros assistenciais da Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), no município de Campina Grande-PB. 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, 04 de fevereiro de 2013.

Josenilda Pereira dos Santos (Orientanda - Pesquisador)

Glenda Agra (Orientadora - Pesquisadora)

José Alixandre de S. Luís Coordenador da Unidade Acadêmica de Saúde – Cuité/PB



**ANEXO A – CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DA UNIDADE ACADÊMICA DE
SAÚDE
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 Josenilda Pereira dos Santos Mat. 509220091, RG 3436619, CPF086957664-03 está realizando uma pesquisa intitulada por: **“FERIDAS NEOPLÁSICAS: avaliação e manejo clínico realizado por enfermeiros”**, 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 Saúde tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

Cuité, 04 de fevereiro de 2013.

José Alixandre de S. Luís Coordenador da Unidade Acadêmica de Saúde – Cuité/PB

ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO PARTICIPANTE**Fundação Assistencial da Paraíba - FAP**

C.G.C.: 08.841.421/0001-57 Inscrição Estadual: Isento
Av. Dr. Francisco Pinto, s/n - Bodocongó - Cx. Postal 405
CEP58.429-350 - Campina Grande - PB
Telefone/fax: (83) 2102-0300 - E-mail: fapcg@uol.com.br

DECLARAÇÃO Declaramos para os devidos fins e a quem interessar que estamos cientes da intenção da realização da Pesquisa intitulada: "Feridas Neoplásicas: avaliação e manejo clínico realizado por enfermeiros". Sob orientação e supervisão da Profª Glenda Agra, desenvolvida pela graduanda Josenilda Pereira dos Santos ambas da Universidade Federal de Campina Grande - Campus Cuité – a orientadora será responsável pela orientanda, caso contrário a primeira não poderá desenvolver *elou* orientar projetos na Instituição FAP. Após aprovação do Comitê de Ética. Toda documentação relativa a este trabalho deverá ser entregue em duas vias (sendo uma em CD e outra em Papel) ao Centro de Pesquisa da FAP e arquivado por cinco anos de acordo com a Res 466/2012 do Ministério da Saúde.

Campina Grande, 22 de abril de 2014

Dra. Raílda Shelsea Taveira R. do Nascimento

Coordenadora do NEPE/FAP



ANEXO C – TERMO DE COMPROMISSO DAS PESQUISADORAS

Cuité, 15 de maio de 2014

TERMO DE COMPROMISSO DO(S) PESQUISADOR(ES)

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo-assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada “**Feridas Neoplásicas: avaliação e manejo clínico realizado por enfermeiros**”, 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, outros sim, 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.

Glenda Agra (Pesquisadora Responsável)

Josenilda Pereira dos Santos (Pesquisadora Colaboradora)

UFCG/BIBLIOTECA

ANEXO C- TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Cuité, 15 de maio de 2014

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.

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

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Glenda Agra

Orientadora

ANEXO D- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FERIDAS NEOPLÁSICAS: avaliação e manejo clínico realizado por enfermeiros

Pesquisador: Glenda Agra

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 31103314.9.0000.5182

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 733.664

Data da Relatoria: 30/07/2014

Apresentação do Projeto:

O projeto propõe o estudo das feridas neoplásicas no que diz respeito a avaliação e manejo pelos profissionais de enfermagem por meio de um roteiro de entrevista semi-estruturada e analisado pela técnica de Análise de Conteúdo Temático.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: investigar como é realizado o processo avaliativo e manejo clínico dos pacientes com feridas neoplásicas pelos enfermeiros. E específicos: identificar as ferramentas disponíveis que o enfermeiro utiliza para proceder à avaliação de feridas neoplásicas; investigar o seguimento de protocolos na avaliação e as possíveis dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros para realizá-la; investigar o manejo clínico dos sinais e sintomas das feridas neoplásica, realizado pelos enfermeiros nesses serviços e investigar quais os métodos de registro utilizados pelos enfermeiros nestes serviços.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Esta pesquisa não apresentará nenhum risco para os participantes da pesquisa.

Benefícios: 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

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n

Bairro: São José **CEP:** 58.107-670

UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 733.664

valioso no campo do atendimento humanizado em Cuidados Paliativos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é considerada relevante haja vista que abordará o assunto relacionado ao câncer e a assistência prestada aos pacientes em tratamento para essa patologia. Essa temática ainda merece mais estudos para minimizar o impacto dessa doença na vida dos pacientes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi apresentado todos os termos de autorização necessários para a realização da pesquisa com suas devidas assinaturas.

Recomendações:

Solicitamos apresentação no TCLE e projeto de pesquisa da forma como irá minimizar os riscos dessa pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto atende as Normas da Resolução nº 466/12 do CNS/MS.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Considerando o parecer da relatoria, o protocolo de pesquisa foi aprovado Ad Referendum, Coordenadora Pro Tempore do CEP/ HUAC/ UFCG.

CAMPINA GRANDE, 30 de Julho de 2014.

Assinado por:
Maria Teresa Nascimento Silva
(Coordenador)

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n.
Bairro: São José CEP: 58.107-670
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 Fax: (83)2101-5523 E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

ANEXO D- DECLARAÇÃO DO CEP



COMITÉ 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: 31103314.9.0000.5182 intitulado: **FERIDAS NEOPLÁSICAS: avaliação e manejo clínico realizado por enfermeiros.**

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.


Prof. Sheila Milena Pessoa dos Santos Fernandes
Coordenadora Pro Tempore CEP/HUAC/UFCG

Campina Grande - PB, 07 de Agosto de 2014.

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