



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

DÉBORA THAÍSE FREIRES DE BRITO

**VIVÊNCIAS DE ENFERMEIRAS NO CUIDADO DE PACIENTES COM FERIDAS  
NEOPLÁSICAS**

CUITÉ - PB

2016

DÉBORA THAÍSE FREIRES DE BRITO

**VIVÊNCIAS DE ENFERMEIRAS NO CUIDADO DE PACIENTES COM FERIDAS  
NEOPLÁSICAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem, do Centro de Educação e Saúde, da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, em cumprimento as exigências legais para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Alana Tamar Oliveira de Sousa.

Co-orientadora: Prof.<sup>a</sup> Ms. Glenda Agra.

CUITÉ – PB

2016

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

B862v Brito, Débora Thaise Freires de.

Vivências de enfermeiras no cuidado de pacientes com feridas neoplásicas. / Débora Thaise Freires de Brito. – Cuité: CES, 2016.

89 fl.

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

Orientadora: Alana Tamar Oliveira de Sousa.

1. Enfermagem oncológica. 2. Oncologia. 3. Neoplasias cutâneas. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 616-083:616-006

DÉBORA THAÍSE FREIRES DE BRITO

**VIVÊNCIAS DE ENFERMEIRAS NO CUIDADO DE PACIENTES COM FERIDAS  
NEOPLÁSICAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem, do Centro de Educação e Saúde, da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, em cumprimento as exigências legais para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

**Aprovado pela Banca Examinadora em: 05/10/2016**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Alana Tamar Oliveira de Sousa  
(Orientadora)

---

Prof<sup>ª</sup>. Ms. Glenda Agra  
(Co-orientadora)

---

Prof<sup>a</sup>. Esp. Edlene Régis Silva Pimentel  
(Membro Interno)

---

Enf<sup>ª</sup>. Josenilda Pereira dos Santos  
(Membro Externo)

CUITÉ - PB

2016

Dedico este trabalho a toda minha família, em especial a três pessoas que são meu alicerce, pessoas estas iluminadas e abençoadas por Deus que me deram amor, me proporcionaram momentos inesquecíveis e que contribuíram bastante para essa vitória, a quem tenho orgulho de chamar de **Mãe** (*Ana Lúcia Freires de Paulo*), **filha** (*Laura Isabelly Brito de Medeiros*) e **esposo** (*Francisco Sebastião de Medeiros Neto*).

## AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradeço a **Deus** pela sua existência, grandeza e amor incondicional. Obrigada por nunca desistir de mim, por me amparar em meus momentos difíceis, por sempre iluminar o meu caminho e, por me proporcionar essa conquista tão almejada. Glorifico a ti Senhor por todas as oportunidades que me foram proporcionadas.

A minha mãe **Ana Lúcia**, mulher guerreira, forte, determinada, honesta e sábia, que encara a vida de uma maneira que faz toda a diferença. Meu exemplo de vida, que se dedicou a mim diariamente doando todo seu amor incondicional, carinho, conforto, confiança e proteção, que sempre esteve a minha frente para tirar as pedras e os obstáculos do meu caminho, que me ensinou a ser mulher, mas continuar com meus sonhos de criança. A ser forte, sem ser amarga. A abrir meus caminhos, tomando sempre cuidado com as pessoas ao redor, que me fez crescer diariamente durante uma longa caminhada. Devo tudo o que sou a ti e serei eternamente grata por tudo que tens feito por mim. Muito obrigada, você é merecedora desse agradecimento e dessa vitória. Te amo!.

A minha filha **Laura Isabelly**, minha princesinha, meu alicerce, fonte de inspiração, que me enche de forças para continuar lutando e almejando todos os meus objetivos. Saiba que você é a pessoa mais especial e amada em minha vida. Aprendi a te amar desde quando você ainda nem era nascida, quando vivia lá no ventre, tão bem aninhada, a saracotear, a fazer a maior pressão, pois tinha pressa de nascer, não queria esperar a hora chegar. Entretanto, peço-te desculpa pelos momentos em que estive ausente e pelas presenças sem qualidade. Mas, saiba que te amo desde sempre e incansavelmente a cada dia que nasce. Obrigada por compreender que a mamãe se ausentava para estudar. Que o papai do céu te abençoe e te proteja sempre.

Ao meu amado esposo **Francisco Neto** (*Chico Net*), por aguentar meus estresses e por ter me apoiado, acreditado em mim e vibrado comigo a cada conquista em minha vida. Nenhuma palavra traduzirá minha gratidão e meu amor por você, por isso agradeço todos os dias a Deus por você se fazer presente em minha vida.

Aos meus avôs **Damião** e **Cleonice** e aos meus bisavôs **Maria das Neves**, **Manuel** (*in memoriam*) e **Maria da Conceição** (*in memoriam*), bens preciosos que tanto amo, exemplos de experiência, honestidade e principalmente de muito amor. Só tenho a agradecer por tudo que já fizeram e fazem por mim e por todos os ensinamentos. Obrigada pelo apoio e orações diárias.

As minhas tias **Juliana** e **Elaine**, e aos meus **tios**, pelos ensinamentos, pelos puxões de orelha, por todo apoio, dedicação e confiança que sempre depositaram em mim, bem como aos meus sobrinhos **Davi** e **Pedro Arthur**, pelos momentos de lazer e descontração. Vocês me fizeram conhecer o amor verdadeiro que existe entre tios e sobrinhos. Vocês são peças fundamentais em minha vida.

A minha sogra **Cristiane** e a minha cunhada **Franciely**, por terem cuidado de minha filha com todo amor e carinho durante os momentos que precisei me ausentar. Por me descontraírem em dias de tensão e por sempre apoiarem minhas decisões.

Aos meus amigos, companheiros dessa longa caminhada, **Irys Cosmo**, **Kaylla Luelly**, **Milca Silícia**, **Tamirys Leite**, **Glzimare Dourado**, **Williane Canuto**, **Isis Costa**, **Elton Lima** e **Maria Vitória**, por me apoiarem em todos os momentos e me incentivarem a não desistir jamais. Sou grata a todos vocês pelos momentos inesquecíveis que me proporcionaram e por terem compartilhado de minhas lutas e vitórias. Serão sempre guardadas em meu coração, sentirei saudades.

A minha **Turma 2011.1**, pelos momentos de alegria, tristeza, dúvidas, brigas, intrigas, cumplicidade, diversão, companheirismo, trocas de experiências. Todos de alguma forma contribuíram em minha vida. Sei que serão excelentes profissionais e torcerei sempre para que alcancem seus objetivos. Sucesso a todos nós!

A amiga e professora querida **Glenda Agra**, profissional dedicada, competente, admirável, que ensina com amor e repassa todos os seus conhecimentos de forma fantástica. Obrigada por ter acreditado em meu potencial e por ter me acolhido tão bem. Saiba que seus ensinamentos estarão presentes por toda a minha vida. Serei eternamente grata a ti.

A banca examinadora, Profa. MsC. **Alana Tamar**, Enfa. **Josenilda Pereira** e a Espa. **Edilene Régis**, pela disponibilidade e pelas contribuições que auxiliaram no aprimoramento deste trabalho.

A equipe da Unidade Básica de Saúde da Família Diomedes Lucas de Carvalho pelo acolhimento, apoio e carinho. E em especial a enfermeira **Myria FôNSECA**, pelos ensinamentos repassados tanto da prática quanto de ser humano, pela paciência, incentivos durante o período de estágio e pelo exemplo de profissional responsável, comprometida e dedicada ao seu trabalho. Obrigada por ter me acolhido no Estágio Supervisionado I com tanto carinho e afeto.

Aos **mestres** da Unidade Acadêmica de Enfermagem por todo conhecimento repassado durante a minha jornada acadêmica e por terem me mostrado esse fascinante mundo que é a Enfermagem.

Ao **Hospital Filantrópico Assistencial da Paraíba** (FAP), por ter permitido a realização desta pesquisa, em especial as **enfermeiras** que se dispuseram a participar da mesma, contribuindo para o meu crescimento pessoal e profissional, bem como no enriquecendo do banco de dados da comunidade científica.

A Universidade Federal de Campina Grande (**UFCG**) *Campus* Cuité e a todos os funcionários, por terem contribuído na minha formação acadêmica.

Enfim, agradeço a **todos** que, de alguma forma, contribuíram para que eu concluísse mais esta etapa da minha vida e me incentivaram a nunca desistir dos meus sonhos.  
OBRIGADA!!!



*“Nenhum ser humano é capaz de encarar a  
finitude própria ou do outro sem se  
modificar”.*

**Monica Martins Trovo de Araújo**

BRITO, D. T. F. **Vivências de enfermeiras no cuidado a pacientes com feridas neoplásicas**. 2016. 89 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem). Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB, 2016.

## RESUMO

As feridas neoplásicas que acometem a pele constituem mais um agravo na vida do paciente oncológico, pois, progressivamente, desfiguram o corpo e tornam-se friáveis, dolorosas, secretivas e liberam odor fétido. Nesse sentido, o enfermeiro é o profissional integrante da equipe multidisciplinar que está em maior contato com o paciente e que realiza a avaliação e o tratamento de feridas; por esse motivo, é de vital importância compreender as experiências no entorno relacional da tríade enfermeiro-paciente. Nessa perspectiva, esta pesquisa objetivou compreender as vivências de enfermeiras no cuidado a pacientes com feridas neoplásicas. Trata-se de um estudo exploratório, de natureza qualitativa, realizado em um hospital filantrópico que presta cuidados a pacientes com doença oncológica avançada, onde participaram 20 enfermeiras assistenciais. Os dados foram coletados no período de abril a junho de 2016, por meio de entrevistas semiestruturadas, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro sob parecer nº 1.320.367 e analisadas por meio da Técnica de Análise do Conteúdo de Bardin. Foi possível perceber que as enfermeiras compreendem o cuidar como ciência e arte da Enfermagem, haja vista que realizam um cuidado humanizado e holístico; desenvolvem habilidades empáticas frente ao sofrimento do paciente; enfrentam algumas dificuldades frente ao cuidado com o paciente com ferida neoplásica, tais como ausência de protocolo institucional, falta de recursos materiais, número reduzido de profissionais e contato contínuo com o sofrimento do paciente frente à cronicidade da lesão. Conclui-se, portanto, que a instituição lócus da pesquisa elabore e implemente estratégias que busquem solucionar tais dificuldades, com vistas a melhorar o processo de cuidar de pacientes com feridas neoplásicas, dentre elas a implementação de educação permanente e espaços para discussão das experiências dos profissionais que lidam com pacientes com doença oncológica avançada.

**Palavras-chave:** Oncologia. Enfermagem Oncológica. Neoplasias Cutâneas.

BRITO, D. T. F. **Experiences of nurses in the care of patients with neoplastic wounds.** 2016. 89 f. Work Completion of course (Bachelor of Nursing). Federal University of Campi Grande, Cuité-PB, 2016.

### **ABSTRACT**

Neoplastic wounds that affect the skin are another injury in the life of cancer patients because, increasingly, disfigure the body and become friable, painful, secretive and release foul odor. In this sense, the nurse is the professional member of the multidisciplinary team that is more in touch with the patient and conducting the assessment and treatment of wounds; for this reason, it is vitally important to understand the experiences in the relational environment of the nurse-patient dyad. From this perspective, this research aimed to understand the experiences of nurses in the care of patients with neoplastic wounds. This is an exploratory study, qualitative, in a philanthropic hospital that provides care to patients with advanced cancer, attended by 20 assistant nurses. Data were collected from April to June 2016 through semi-structured interviews, after approval by the Ethics in University Hospital Research Alcides Carneiro Committee under opinion No. 1,320,367 and analyzed by the Bardin Content Analysis Technique . It could be observed that the nurses understand care as science and art of nursing, given that perform a humanized and holistic care; develop empathic abilities against the patient's suffering; face some difficulties facing the care of patients with neoplastic wound, such as lack of institutional protocol, lack of material resources, reduced number of professional and continuous contact with the patient's suffering against the chronicity of the injury. It follows, therefore, that the locus institution of research design and implement strategies that address these difficulties, in order to improve the process of care for patients with malignant wounds, among them the implementation of continuing education and spaces for discussion of experiences professionals who deal with patients with advanced cancer.

**Keywords:** Oncology. Oncology Nursing. Skin Neoplasms.

## LISTA DE QUADROS

|          |   |    |
|----------|---|----|
| QUADRO 1 | Descrição do estadiamento classificatório das feridas neoplásicas.....  | 19 |
| QUADRO 2 | Intervenções de enfermagem específicas para o controle dos sinais/sintomas das feridas neoplásicas.....   | 22 |
| QUADRO 3 | Caracterização dos sujeitos da pesquisa.....  | 32 |
| QUADRO 4 | Distribuição das categorias, frequências e falas dos enfermeiros no que se refere à questão “ <i>O que é cuidado para você?</i> ”.....  | 34 |
| QUADRO 5 | Distribuição das categorias, frequências e falas dos enfermeiros no que se refere a questão “ <i>Fale como você cuida do paciente com ferida neoplásica</i> ”.....                                | 40 |
| QUADRO 6 | Distribuição das categorias, frequências e falas dos enfermeiros no que se refere à questão “ <i>Fale-me sobre os sentimentos vivenciados por você durante a realização de um curativo</i> ”..... | 44 |
| QUADRO 7 | Distribuição das categorias, frequências e falas dos enfermeiros no que se refere a questão “ <i>Quais as dificuldades encontradas no cuidado a pacientes com feridas neoplásicas</i> ”.....      | 51 |

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....   | 13 |
| 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA.....   | 14 |
| 1.2 JUSTIFICATIVA.....  | 16 |
| 1.3 OBJETIVOS.....  | 17 |
| 1.3.1 Objetivos Gerais.....   | 17 |
| 1.3.2 Objetivos Específicos.....  | 17 |
| <b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....  | 18 |
| 2.1 FERIDAS NEOPLÁSICAS: CARACTERÍSTICAS GERAIS.....                                | 19 |
| 2.2 CUIDADOS BÁSICOS AO PACIENTE COM FERIDA NEOPLÁSICA.....                         | 21 |
| 2.3 CUIDADOS ESPECÍFICOS AO PACIENTE COM FERIDA NEOPLÁSICA.....                     | 22 |
| 2.4 VIVÊNCIAS DE ENFERMEIRAS NO CUIDADO AO PACIENTE COM FERIDAS<br>NEOPLÁSICAS..... | 23 |
| <b>3 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....  | 26 |
| 3.1 TIPO DE PESQUISA.....   | 27 |
| 3.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....  | 27 |
| 3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....  | 28 |
| 3.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....   | 28 |
| 3.5 COLETA DE DADOS.....  | 29 |
| 3.6 ANÁLISE DOS DADOS.....  | 29 |
| 3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....   | 30 |
| <b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....   | 31 |
| 4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....                               | 32 |
| 4.2 CATEGORIAS TEMÁTICAS.....   | 34 |
| <b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....   | 61 |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....  | 64 |
| <b>APÊNDICES</b> .....  | 75 |
| APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....                        | 76 |
| APÊNDICE B – Instrumento para coleta de dados.....                                  | 78 |
| <b>ANEXOS</b> .....   | 79 |
| ANEXO A - Termo de compromisso dos pesquisadores.....                               | 80 |
| ANEXO B – Termo de compromisso do pesquisador responsável.....                      | 81 |
| ANEXO C – Termo de autorização institucional.....                                   | 82 |

|  |    |
|--|----|
| ANEXO D – Certidão de aprovação da unidade acadêmica de enfermagem.....        | 83 |
| ANEXO E - Declaração de divulgação dos resultados.....                         | 84 |
| ANEXO F – Declaração de aprovação da instituição <i>lócus</i> da pesquisa..... | 85 |
| ANEXO G – Declaração de aprovação do projeto.....                              | 86 |
| ANEXO H – Parecer do Comitê de Ética.....                                      | 87 |

# 1 Introdução



Fonte: Google Imagens, 2016.

## 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

A incidência do câncer vem aumentando nas últimas décadas e, na atualidade, a doença se caracteriza como um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, constituindo-se como a segunda causa de morte brasileira. Em 2030, a carga global será de 21,4 milhões de casos novos de câncer e 13,2 milhões de mortes por câncer, em consequência do crescimento e do envelhecimento da população, bem como da redução na mortalidade infantil e nas mortes por doenças infecciosas em países em desenvolvimento (AZEVEDO; COSTA; HOLANDA, 2012; BRASIL, 2014).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA), ainda explicita que, no Brasil, a estimativa para o ano de 2016, que será válida também para o ano de 2017, aponta para a ocorrência de aproximadamente 600 mil casos novos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma, reforçando a magnitude do problema do câncer no país. Em relação ao número de casos novos de câncer, por estado, o câncer de pele do tipo não melanoma (182 mil casos novos) será o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de próstata (61 mil), mama feminina (57 mil), cólon e reto (34 mil), traqueia, brônquio e pulmão (28 mil), estômago (20 mil), colo do útero (16 mil), cavidade oral (15 mil), entre outros. Para estes mesmos anos, na região Nordeste, estima-se que ocorram 47.520 casos novos de neoplasia em homens e 51.540 em mulheres (BRASIL, 2015).

Na Paraíba, estima-se que ocorrerão 8.250 novos casos de câncer no ano de 2016/2017, dentre eles o câncer de pele não melanoma é o mais incidente (2.030 mil casos novos). Subsequente a ele temos o câncer de próstata (1.040), mama (800), estômago (410), colo do útero; traqueia, brônquio e pulmão (330 cada), cólon e reto (270), cavidade Oral (260) entre outros. Salienta-se ainda que na capital, João pessoa, haverá 1.810 novos casos de câncer, destacando-se como o de maior ocorrência o de pele não melanoma (280), seguido de mama (250), próstata (190), cólon e reto; traqueia, brônquio e pulmão (90 cada), estômago e colo do útero (80 cada) entre outros (BRASIL, 2015).

Embora não exista dados que demonstrem a incidência de feridas neoplásicas, pode-se fazer um levantamento acerca da estimativa da população com câncer. Diante disso, estima-se que 5% a 10% dos pacientes oncológicos desenvolvam feridas, seja em decorrência do tumor primário ou de tumores metastáticos, sobretudo nos últimos seis meses de vida (FIRMINO, 2005).

Ressalta-se que as feridas neoplásicas são formadas pela infiltração das células malignas do tumor nas estruturas da pele, levando, conseqüentemente, a quebra da sua



integridade, com posterior formação de uma ferida evolutivamente exofítica, decorrente da proliferação celular descontrolada que o processo de oncogênese provoca. As mesmas também são denominadas lesões oncológicas, malignas, tumorais ou fungóides, quando apresentam aspecto de cogumelo ou couve-flor (BRASIL, 2009).

As feridas neoplásicas que acometem a pele constituem mais um agravo na vida do paciente oncológico, pois, progressivamente, desfiguram o corpo e tornam-se friáveis, dolorosas, secretivas e liberam odor fétido (MATSUBARA, 2012).

No que se refere aos sinais e sintomas das feridas neoplásicas, o sangramento ocorre devido rompimento de capilares e vasos, bem como da função diminuída das plaquetas no tumor; A dor local é causada pela compressão nervosa ou invasão de estruturas pelo crescimento tumoral. Em relação ao exsudato presente nas lesões, este resulta dos processos inflamatórios e infecciosos que ocorrem. O exsudato abundante é gerado pela liquefação do tecido necrótico, resultante da ativação das proteases pelas bactérias que colonizam a lesão. Ademais, o odor é consequência da liberação de ácidos graxos voláteis, como o ácido acético e caprótico, além dos gases putrescina e cadaverina que provocam o odor fétido às feridas tumorais (FIRMINO, 2005). Este último sintoma é considerado o mais “castigador”, em decorrência da sensação de enjoamento imputada ao paciente (MATSUBARA, 2012).

É crucial ressaltar que além dos sinais e sintomas acima destacados, essas feridas podem desenvolver ainda um aspecto visual desagradável, levando a uma deformidade corporal, provocando no paciente distúrbio da autoimagem e desgaste psicológico, o que pode provocar sensação de desamparo, humilhação e isolamento social. (YAMASHITA; KURASHIMA, 2012).

Compreende-se que ainda hoje o cuidado com essas feridas não está bem estabelecido, tendo em vista o aumento de sua incidência em pacientes com câncer. Diante disso, faz-se necessário, que o enfermeiro, que habitualmente é responsável pela realização dos curativos, tenha competência e habilidade para identificar, avaliar e tratar as feridas neoplásicas, proporcionando uma assistência integral ao paciente e sua família (AZEVEDO, COSTA, HOLANDA, 2012).

Para proporcionar uma melhor qualidade de vida ao paciente com doença oncológica avançada com ferida neoplásica, o enfermeiro necessita conhecer os produtos e coberturas mais indicados para controle dos sinais e sintomas, a realidade econômica do paciente e de seus familiares, e da instituição em que está hospitalizado, para, assim, melhor intervir (CAMARGO, 2004). Além disso, o treinamento de pacientes e de seus cuidadores, além da capacitação da equipe de Enfermagem, tem grande importância no processo do cuidado

dessas lesões, mesmo porque, no âmbito domiciliar, os familiares e as próprias pessoas com feridas são, frequentemente, os únicos responsáveis e provedores de assistência contínua (AZEVEDO, 2014).

Vale salientar que o enfermeiro é o profissional integrante da equipe multi e interdisciplinar que está em maior contato com o paciente, e por isso deve ter uma visão ampla em relação aos cuidados básicos e específicos que devem ser prestados a esses clientes que apresentam uma doença sem possibilidades de cura e que, geralmente, apresentam um indicador de mau prognóstico, que são feridas tumorais, as quais aparecem, geralmente, no último ano de vida, caracterizando assim, o processo de terminalidade.

### 1.1.2 JUSTIFICATIVA

A motivação pela temática surgiu a partir da vivência acadêmica como pesquisadora bolsista de um projeto de extensão denominado “Assistência de enfermagem na avaliação e tratamento de feridas: aprendizado e prática dos acadêmicos de enfermagem”, bem como por fazer parte do Programa Institucional Voluntário de Iniciação Científica que enfoca o “Perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico de pacientes com feridas neoplásicas atendidos em um hospital referência de Campina Grande-PB”.

É imperioso destacar que se realizou uma busca nas bases de dados indexadas utilizando-se os seguintes descritores “feridas oncológicas”, “feridas tumorais”, “feridas neoplásicas”, “feridas malignas”, “vivências”, “sentimentos” e “enfermeiros” com os operadores booleanos “or” e “and” e verificou-se uma escassez de artigos publicados que vislumbrassem esta temática à nível nacional e internacional. Diante disso, também surgiu a motivação por estudar essa temática. Explorar este tema com pesquisas originais é necessário e oportuno, devido ao aumento relevante das taxas dos tipos de câncer que evoluem com lesões cutâneas.

Nessa perspectiva, na intenção de aprofundar o conhecimento acerca dessa área, emergiu a seguinte questão norteadora da pesquisa: Quais os sentimentos das enfermeiras no cuidado a pacientes com feridas neoplásicas? Esse questionamento representou o ponto de partida para o desenvolvimento da pesquisa por considerar que há necessidade de conhecer o profissional que presta assistência, diariamente, a esse tipo de clientela.

### 1.3 OBJETIVOS

#### 1.3.1 Objetivo Geral

Compreender as vivências de enfermeiras no cuidado a pacientes com feridas neoplásicas.

#### 1.3.2 Objetivos Específicos

- Compreender os sentimentos de enfermeiras no cuidado a clientes com feridas oncológicas;
- Perceber o cuidado prestado pelas enfermeiras aos pacientes com feridas oncológicas.

## 2 Revisão de Literatura



Fonte: Google Imagens, 2016.

## 2.1 Feridas Neoplásicas: Características Gerais

O processo de oncogênese causa proliferação celular descontrolada ocorrendo com frequência à quebra de integridade cutânea e a infiltração de células malignas nas estruturas da pele, incluindo vasos sanguíneos e/ou linfáticos, causando assim a formação das denominadas feridas neoplásicas, onde estas podem se desenvolver em estágios iniciais da doença ou por meio de metástases (FIRMINO, 2005; BRASIL, 2009). Esse tipo de lesão cutânea, que acomete pacientes com câncer, também recebe outras denominações, tais como ferida oncológica, tumoral, maligna, fungoide ou lesão vegetante maligna (LVM) (AZEVEDO, 2014).

Segundo Hasfield-Wolfe e Baxendale-Cox (1999) quanto ao seu aspecto, as feridas neoplásicas podem ser classificadas em quatro estádios, que estão abaixo descritos no Quadro 1:

| <b>QUADRO 1. DESCRIÇÃO DO ESTADIAMENTO CLASSIFICATÓRIO DAS FERIDAS NEOPLÁSICAS</b>   |
|--|
| 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, onde 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. Leito da ferida apresenta coloração predominantemente 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 da lesão é predominantemente de coloração amarelada.  |

**FONTE:** FIRMINO, 2005.

A fisiopatologia desse tipo de lesão é definida a partir de três eventos: Crescimento do tumor, ocasionando o rompimento da pele; Neovascularização, a qual dá provimento de substratos para o crescimento tumoral; e por fim, a invasão da membrana basal das células saudáveis, onde está ainda subdividido em três passos: a) atração das células específicas para a base da membrana; b) degeneração da base da membrana pelas células tumorais, com secreção direta de protease e outras enzimas hidrolíticas e formação de uma dura fibrose desmoplásica e; c) movimento do tumor por pseudopodia, desencadeando assim, o processo de crescimento expansivo da ferida sobre a superfície acometida (FIRMINO, 2005).

No que tange aos sinais e sintomas das feridas neoplásicas, estas apresentam características peculiares como a dor, o odor, o sangramento, a necrose, a infecção, o prurido e a secreção. São manifestações de difícil controle, que insistem em lembrar ao paciente constantemente a sua condição clínica (AZEVEDO, 2014; MERZ et al, 2011).

Em relação às manifestações clínicas supracitadas, a dor está associada à pressão que o tumor pode exercer e/ou a invasão deste sobre as estruturas e terminações nervosas (FIRMINO, 2005). Com o crescimento anormal, desorganizado, tem-se a formação, no sítio da lesão, de verdadeiros agregados de massa tumoral necrótica, onde esta é decorrente dos produtos finais do processo isquêmico, devido apoptose e destruição tissular, que juntamente com a infecção e o exsudato provocam o odor fétido das feridas oncológicas (FIRMINO, 2005; GUEDES, 2011).

O odor ocorre também devido à infecção ou colonização de bactérias anaeróbicas no tecido necrótico formado pela neovascularização débil, resultante de capilares frágeis e ingurgitados, originados pelo processo de oncogênese, que se rompem ou formam êmbolos bloqueando a irrigação do tumor metabólico. Essas bactérias exalam ácidos voláteis responsáveis pelo odor presente neste tipo de ferida (MATSUBARA, 2012). O mau-cheiro dessas lesões pode ser caracterizado segundo a escala de classificação para odor fétido em grau I, onde este é sentido ao abrir o curativo; grau II, que é o odor sentido ao se aproximar do paciente, sem abrir o curativo; e o grau III, que é o mau-cheiro sentido no ambiente, também sem abrir o curativo, sendo o mesmo significativamente forte e/ou nauseante (GUEDES, 2011).

Quanto ao sangramento, este está vinculado à fragilidade dos vasos formados e a diminuição funcional das plaquetas, no sítio tumoral. No que diz respeito à secreção, verificou-se que ela decursa da permeabilidade capilar aumentada no leito da ferida associada

ao processo inflamatório e infeccioso adjacente. Esses processos também contribuem para a liberação de histamina ao redor da lesão desencadeando assim o prurido (FIRMINO, 2005).

## **2.2 Cuidados básicos ao paciente com ferida neoplásica**

Dentre os cuidados básicos a ferida neoplásica de um paciente, destacam-se a avaliação e limpeza adequadas. A avaliação de uma ferida exige julgamento clínico com base em testes objetivos, história fornecida pelo cliente, familiar ou cuidador e observação direta pelo profissional de saúde (IRON, 2005).

Segundo Leite (2007) o ideal é que o profissional avalie essa ferida quanto a sua apresentação, localização, tamanho, coloração, quantidade de secreção, grau de odor, presença de sangramento, fístulas, tuneilizações, descamação, sinais de infecção, prurido e dor. Vale ressaltar ainda a observação quanto à condição da pele ao redor da ferida, o impacto psicológico que esta traz ao paciente; o grau de entendimento do cuidador/familiar, bem como definir os produtos necessários para a lesão. Ao término da avaliação, é fundamental classificá-la de acordo com o estadiamento de lesões tumorais já citado anteriormente no quadro 1.

A respeito dos cuidados básicos com as feridas neoplásicas, é possível perceber que os profissionais de saúde sentem dificuldades de proceder com a avaliação, geralmente por falta de experiência, treinamento específico ou deficiência no conhecimento a respeito do que é fundamental ao examinar uma lesão cutânea (AZEVEDO, 2014). À vista disso, é impreterível que o enfermeiro, enquanto profissional que atende diretamente esses indivíduos, ao menos realize uma limpeza criteriosa, cuidadosa e eficaz, com uso de soluções antissépticas, já que esse procedimento é indispensável para poder iniciar o primeiro passo do tratamento tópico (CAMARGO, 2004).

Dentre os benefícios que o profissional de saúde gera a ferida neoplásica ao cuidar substancialmente da mesma temos a remoção superficial de bactérias e debris; Absorção do exsudato; Eliminação do espaço morto através do preenchimento com curativo; Eliminação da adesão de gases as bordas da ferida e Manutenção úmida do leito da lesão. Cabe também a esse profissional promover curativos simétricos com a aparência do paciente; Empregar técnica cautelosa visando à analgesia; Retirar gases anteriores com irrigação abundante; Irrigar o leito da ferida com jato de seringa 20 ml/agulha 40x12 mm; bem como proteger o curativo com saco plástico durante o banho de aspersão e abri-lo para troca somente no leito,

com o objetivo de evitar a dispersão de exsudato e micro-organismos no ambiente (BRASIL, 2009).

### 2.3 Cuidados específicos ao paciente com ferida neoplásica

O tratamento específico das feridas neoplásicas é muito difícil, pois há escassez de pesquisas sobre a melhor terapia para esse tipo de lesão. E grande parte das informações parece ser empírica, pois o enfermeiro oferece cuidados baseados em uma experiência prévia ou em tentativa de acerto e erro (CAMARGO, 2004).

Nessa perspectiva, Firmino (2005) sugeriu um protocolo para cuidados paliativos relacionados ao controle de sinais e sintomas oriundos destas lesões, a fim de padronizar as condutas dos profissionais de saúde e o Ministério da Saúde (2009) por meio do Instituto Nacional do Câncer patenteou tal protocolo, divulgando em forma de manual, o qual está viabilizado no *site* oficial deste órgão. Abaixo, o Quadro 2 destaca algumas ações de enfermagem estabelecidas pela autora supracitada.

| QUADRO 2. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECÍFICAS PARA O CONTROLE DOS SINAIS E SINTOMAS DAS FERIDAS NEOPLÁSICAS  |
|---|
| 1. DOR: Monitorar o nível de dor pela Escala Visual Analógica e registrá-la; Considerar o uso de gelo Ou Opióides VO, EV ou SC; Planejar o curativo, de acordo com a necessidade de analgesia prévia (iniciar após 30 min para analgesia VO e SC e 5 min para EV, e início imediato para via tópica); Aplicar gazes embebidas em hidróxido de alumínio; Considerar o uso de lidocaína gel a 2%; Empregar técnica cautelosa, evitar friccionar o leito da ferida; Irrigar o leito da ferida com água destilada ou soro fisiológico 0,9% e aplicar óxido de zinco (pomada) nas bordas e ao redor da ferida para o paciente evitar sensação de dor em queimação ou ardência; Observar a necessidade de analgesia após a realização do curativo; Reavaliar a necessidade de alteração do esquema analgésico prescrito. Considerar a necessidade, junto à equipe médica, de anti-inflamatórios, radioterapia anti-álgica ou cirurgia; e comunicá-la em casos de sofrimento álgico que foge ao controle da conduta preconizada. |
| 2. SECREÇÃO: Utilizar curativos absorptivos: carvão ativado/alginato de cálcio e gaze como cobertura secundária; Empregar óxido de zinco na pele macerada e nas bordas da ferida antes da utilização de antissépticos; Avaliar os benefícios de coleta de material para cultura (aspirado/ swab).   |
| 3. PRURIDO: Investigar a causa do prurido; Utilizar dexametasona creme a 0,1% nas áreas com prurido; Avaliar a necessidade de terapia sistêmica, se o prurido persistir; Inspeccionar o local atentando aos sinais de candidíase cutânea (hiperemia e manchas esbranquiçadas) ao redor da ferida, e nesses casos utilizar sulfadiazina de prata a 1%.   |



|   |
|---|
| 4. NECROSE: Avaliar as necessidades de desbridamento, de acordo com a capacidade funcional do paciente; Eleger a forma de desbridamento (mecânico, químico, autolítico).  |
| 5. SANGRAMENTO: Aplicar 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; Radioterapia anti-hemorrágica; Sedação paliativa para os casos de sangramento intenso acompanhado de agitação, desespero e angústia do paciente.   |
| 6. ODOR: Quanto ao Grau I: Proceder à limpeza com SF a 0,9% + antissepsia (clorhexidina degermante); Retirar antisséptico e manter gazes embebidas em hidróxido de alumínio no leito da ferida; Outras opções: sulfadiazina de prata e/ou carvão ativado envolto em gaze umedecida com SF a 0,9%. Ocluir com gaze embebida em vaselina líquida. Se as medidas acima forem ineficazes, considerar o uso de metronidazol tópico (gel a 0,8%). Em relação ao Grau II: Proceder à limpeza da ferida + antissepsia conforme descrito acima; Aplicar gel de metronidazol a 0,8% em gaze embebida em vaselina e aplicar no leito da ferida; Se houver necessidade, fazer escarotomia em tecido necrótico endurecido e proceder à aplicação do gel de metronidazol. Ademais, no Grau III: Considerar emergência dermatológica. Seguir passos acima e considerar, junto à equipe médica, a possibilidade de associação do metronidazol sistêmico (EV ou VO) ao uso tópico. |

**FONTE:** BRASIL, 2009.

#### **2.4 Vivências de enfermeiras no cuidado ao paciente com feridas neoplásicas.**

A palavra cuidado é originária do latim e significa cura. Outros derivam cuidado de “*cogitare-cogitatus*”. O sentido de *cogitare-cogitatus* é o mesmo de cura, ou seja, cogitar e pensar no outro, colocar a atenção nele, mostrar interesse por ele e revelar uma atitude de desvelo, até de preocupação ou inquietação pelo outro (BOFF, 2005).

Cuidado significa, então, desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato. Trata-se, como se depreende, de uma atitude fundamental. Cuidado implica um modo-de-ser mediante o qual a pessoa sai de si e se centra no outro com desvelo e solicitude, sendo mais do que um ato singular ou uma virtude ao lado das outras. É a forma como a pessoa humana se estrutura e se realiza no mundo com os outros. Melhor ainda, é um modo de ser-no-mundo que funda as relações que se estabelecem com todas as coisas. Portanto, o cuidado faz parte da constituição do ser humano, pois o modo de ser cuidado o revela, e sem o cuidado ele deixa de ser humano (BOFF, 1999; 2005).

O cuidado é visto como o foco central de ação da enfermagem. Nessa perspectiva, o cuidado de enfermagem implica em auxiliar as pessoas a buscarem um caminho que lhes deem o sentido do cuidado de si para que a partir dessa compreensão, possam transcender dentro de uma concepção holística de ser-no-mundo-com-o-mundo, cuidando e se cuidando. Saber cuidar na enfermagem implica aprender a cuidar de si e do outro, tendo sempre noção de nossa realidade, possibilidades e limitações. É crucial ainda ressaltar que o cuidado está antes das atitudes humanas, e, portanto está em todas as situações e ações, "representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro" (BOOF, 2005).

Desse modo, o enfermeiro é responsável por prestar cuidados específicos ao paciente com feridas oncológicas, através de ações essenciais como: avaliar a lesão - sua progressão ou alterações; obter métodos para o tratamento da ferida; instruir o paciente, acompanhantes e familiares nos cuidados necessários e encaminhar o paciente para tratamento psicológico, quando necessário (FIRMINO, 2005).

Entretanto, a maior parte dos profissionais enfermeiros ainda não executa, diariamente e corretamente, o *ser* e o *fazer* da enfermagem igualmente, suas atribuições resumem-se apenas a realização de procedimentos e a resolutividade de problemas. É impreterível que essa categoria se autoconheça e se sinta realizada ao executar sua profissão, pois o *ser* necessita sobrepor-se ao *fazer* para que o cuidado prestado seja mais humanizado (MARCELINO, 2007).

Ao se colocar no lugar do outro, o enfermeiro absorve e aprende mais sobre o real significado da palavra cuidado, e a partir daí proporciona ao paciente com feridas oncológicas uma assistência adequada, pois a empatia possibilita maior aproximação com o cliente e, conseqüentemente, estabelece uma relação interpessoal de ajuda concreta a este ser, em diferentes contextos (MARCELINO, 2007).

A empatia pode ser considerada como habilidade essencial do cuidar, por ter efeito terapêutico e pelo fato de poder ser realizada junto ao cliente de forma verbal e não-verbal, pois muitas vezes, o paciente que está sendo assistido, necessitada apenas de atenção, de alguém que lhe escute, de um toque, para melhorar sua autoestima, e não de conhecimento científico e habilidade técnica. Porém, é fundamental destacar que o enfermeiro deve possuir um bom nível de maturidade, estabilidade emocional e autoconhecimento, para prestar um cuidado empaticamente (MONTEIRO, 2012).

A palavra empatia é originária da linguagem grega – *empathia*, que significa tendência para sentir o que se sentiria caso se estivesse na situação e circunstâncias experimentadas, vivenciadas por outra pessoa (LEITE; MASCHIO; STUMM, 2008).

Sabe-se que a empatia nem sempre é colocada em prática, pela maioria dos profissionais que cuidam de feridas oncológicas, e muitas vezes, estes alegam que isso ocorre devido à falta de tempo. Apesar disso, é necessário que a enfermagem encontre equilíbrio entre o conhecimento científico e a prática de comportamento humanístico, pois ao se colocar no lugar do outro, o enfermeiro encontra o cliente numa relação “eu-tu”, e não negligencia o aspecto humano da profissão (CASTRO; DIAS; PRADO, 2014).

Frente a isso, os enfermeiros que avaliam e tratam feridas neoplásicas necessitam interagir diretamente e empaticamente com seus pacientes e indiretamente com seus familiares e/ou cuidadores, com o objetivo de tomar decisões oportunas que ajudarão a aliviar os sinais e sintomas e a melhorar a qualidade de vida desse ser que está por vezes fragilizado, precisando de um cuidado individualizado, integral e humanizado. Vale salientar que durante esse cuidado, devem-se suprir as necessidades humanas desse paciente e auxiliá-lo a superar os mais variados sentimentos como o medo, angústia, desconforto, insegurança e ansiedade.

### 3 Percurso Metodológico



Fonte: Google Imagens, 2016.

### 3.1 TIPO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa exploratória de caráter qualitativo. 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 (GIL, 2010).

Em relação ao aspecto qualitativo, este consiste em 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).

Minayo et al. (2007) ainda traz que a pesquisa qualitativa 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.

### 3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital filantrópico do Município de Campina Grande que atende pacientes com doença oncológica avançada. Este foi fundado em 1968 e 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 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A pesquisa foi constituída por enfermeiras assistenciais de um Hospital Filantrópico do município de Campina Grande/PB. Ressalta-se que para delimitação da amostra, foram utilizados critérios de inclusão e exclusão, no qual o critério de Inclusão foi: enfermeiras assistenciais, que exercessem atividades laborais no cuidado a paciente com feridas oncológicas. E como critério de exclusão: enfermeiros que estavam afastados das atividades laborais (férias, licença saúde, licença maternidade, afastamento para aperfeiçoamento).

Vale salientar que a amostra do discurso foi por saturação. Segundo Gil (2010) amostra diz respeito a uma porção ou parcela, convenientemente selecionada do universo (população). O tamanho da amostra referencia à quantidade de pessoas que irá participar do estudo, que nesta pesquisa foi de 20 enfermeiras.

De acordo com Minayo (2007) o critério de saturação é definido como a descontinuação de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa demasia ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta dos dados.

### 3.4 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 semiestruturado que norteou a entrevista (Apêndice B), o qual continha questões relacionadas ao contexto sociodemográfico dos enfermeiros e perguntas subjetivas relacionadas 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).

### 3.5 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 decurso, a mesma ocorreu no intervalo de Abril a Junho de 2016, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa designado via Plataforma Brasil.

É crucial destacar ainda que as entrevistas foram realizadas em um local específico, sem interrupções, e que as mesmas foram gravadas, posteriormente, transcritas textualmente, e conseqüentemente codificadas em categorias de discursos similares, formando desta forma o *corpus* coletivo dos discursos.

### 3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Segundo Gil (2010) o método de análise de dados envolve vários procedimentos como a codificação das respostas, tabulação dos dados e cálculos estatísticos. Após a juntura com a análise, pode ocorrer também à interpretação dos dados, que se fundamenta, principalmente, em estabelecer a ligação entre os resultados obtidos com outros já explorados, quer sejam decorrentes de teorias, quer sejam de estudos realizados anteriormente.

Diante disso, a técnica de análise de dados utilizada foi a Técnica de Análise de Conteúdo de Bardin, que consiste em um conjunto de instrumentos metodológicos aplicados a discursos diversificados aspirando alcançar indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de população/recepção destas mensagens através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens (BARDIN, 2011).

De acordo com Bardin (2011), essa técnica é compreendida em 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).

### 3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O posicionamento ético das pesquisadoras em relação ao desenvolvimento da pesquisa obedeceu às recomendações éticas dispostas nas diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos, estabelecidas na Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, em vigor no país.

Vale ressaltar que as pesquisadoras explicaram sobre a pesquisa, garantindo o anonimato dos participantes e o sigilo dos dados confidenciais, sendo estes utilizados apenas a fins científicos, bem como, expomos que os mesmos podiam desistir a qualquer momento da pesquisa sem nenhum dano. Em seguida, perguntamos se estes desejavam participar de forma voluntária da pesquisa e, aqueles que aceitaram, solicitamos que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e pedimos para gravar a entrevista.

É fundamental destacar que o local onde se realizou a entrevista era reservado para evitar constrangimento e que este era considerado risco mínimo, onde as enfermeiras não seriam expostas a riscos maiores. Além disso, vale salientar que, a pesquisa foi de grande relevância, e que vamos fazer a devolutiva do TCC para a instituição onde os profissionais trabalham e conseqüentemente publicaremos um artigo, visando uma melhor assistência aos pacientes com feridas.

Ademais, as observações éticas presentes no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem – resolução nº 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), capítulo III, das responsabilidades, deveres e proibições referentes ao ensino, pesquisa e produção técnico-científica foram respeitadas, bem como se faz necessário salientar que a coleta de dados do estudo só se iniciou após sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa designado via Plataforma Brasil, com protocolo sob nº 1.320.367 e CAAE de nº 50354215.9.0000.5182.



## 4 Resultados e Discussão



Fonte: Google Imagens, 2016.

Nesta sessão, serão apresentados à caracterização das participantes da pesquisa, abarcando o sexo, idade, estado civil, renda familiar, tempo de formação, tempo de experiência profissional tempo de experiência na área de oncologia e titulação das participantes do estudo em tela, bem como as categorias temáticas decorrentes do desdobramento da análise estrutural das entrevistas que surgiram a partir dos seguintes questionamentos: “*O que é cuidado para você?*”; “*Fale-me como você cuida do paciente com ferida neoplásica*”; “*Fale-me sobre os sentimentos vivenciados por você durante a realização de um curativo*”; “*Para você, o que é importante no preparo do paciente para a alta hospitalar?*”; e “*Quais as dificuldades encontradas no cuidado de pacientes com feridas neoplásicas*”.

#### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram deste estudo 20 enfermeiras, com idade variando entre 24 e 60 anos, em que 14 eram casadas, cinco solteiras e uma viúva.

As características das participantes da pesquisa que atuam na instituição lócus da pesquisa revelam uma diversidade de um a 39 anos em relação ao tempo de formação; de seis meses a 28 anos no que se refere ao tempo de experiência profissional e dois meses a 10 anos no que se concerne ao tempo de experiência na área de Oncologia.

Ademais, quando indagadas quanto à titulação, 13 referiram possuir especialização e sete mencionaram ter apenas graduação. Cumpre assinalar que entre as que possuíam especialização, três eram na área de Oncologia.

Abaixo, segue o Quadro 3, que destaca os dados relacionados à caracterização sociodemográfica, acadêmica e profissional das participantes da pesquisa.

QUADRO 3: Caracterização das participantes da pesquisa.

| Identificação | Sexo     | Idade | Estado Civil | Renda Familiar | Tempo de formação | Tempo de experiência | Experiência na área de oncologia | Titulação                             |
|---------------|----------|-------|--------------|----------------|-------------------|----------------------|----------------------------------|---------------------------------------|
| E1            | Feminino | 25    | Solteira     | 2.800,00       | 1a 10m            | 1 ano                | 2 meses                          | Especialista em Urgência e Emergência |
| E2            | Feminino | 48    | Solteira     | 1.500,00       | 18 anos           | 18 anos              | 3 anos                           | Especialista em Obstetrícia           |
| E3            | Feminino | 34    | Solteira     | 2.400,00       | 1a 4m             | 6 meses              | 6 meses                          | Especialista                          |

|     |          |    |          |          |         |         |         |  |
|-----|----------|----|----------|----------|---------|---------|---------|--|
|     |          |    |          |          |         |         |         | em UTI, Urgência e emergência  |
| E4  | Feminino | 24 | Solteira | 4.400,00 | 1a 10m  | 1 ano   | Nenhuma | Especialista em Nefrologia   |
| E5  | Feminino | 34 | Casada   | 3.000,00 | 9 anos  | 8 anos  | 2 anos  | Especialista em segurança do paciente; Enfermagem do trabalho e Oncologia  |
| E6  | Feminino | 32 | Casada   | 3.000,00 | 8 anos  | 8 anos  | 1 ano   | Especialista em Saúde Pública  |
| E7  | Feminino | 36 | Casada   | 2.800,00 | 1 ano   | 6 meses | 6 meses | -  |
| E8  | Feminino | 36 | Casada   | 6.000,00 | 7 anos  | 7 anos  | Nenhuma | Especialista em Saúde Pública; Análises clínicas; UTI neonatal e pediatria |
| E9  | Feminino | 37 | Casada   | 2.600,00 | 13 anos | 13 anos | 5 anos  | Especialista em Saúde Pública; Cursando UTI, urgência e emergência         |
| E10 | Feminino | 31 | Casada   | 6.000,00 | 5 anos  | 2 anos  | 1 ano   | Especialista em Oncologia  |
| E11 | Feminino | 30 | Casada   | 5.000,00 | 5 anos  | 5 anos  | 3 anos  | Especialista em UTI  |
| E12 | Feminino | 33 | Solteira | 2.000,00 | 6 anos  | 5 anos  | 1a 5m   | Especialista em Oncologia  |
| E13 | Feminino | 40 | Casada   | 2.000,00 | 10 anos | 10 anos | Nenhuma | -  |
| E14 | Feminino | 47 | Viúva    | 1.800,00 | 26 anos | 25 anos | Nenhuma | -  |
| E15 | Feminino | 51 | Casada   | 4.500,00 | 28 anos | 27 anos | 3 anos  | -  |
| E16 | Feminino | 33 | Casada   | 2.400,00 | 12 anos | 10 anos | 10 anos | -  |
| E17 | Feminino | 31 | Casada   | 5.000,00 | 8 anos  | 7 anos  | Nenhuma | Especialista em UTI  |
| E18 | Feminino | 60 | Casada   | 1.800,00 | 39 anos | 28 anos | 5 anos  | -  |
| E19 | Feminino | 27 | Casada   | 6.500,00 | 5 anos  | 2 anos  | Nenhuma | Especialista em Centro Cirúrgico   |
| E20 | Feminino | 35 | Casada   | 2.500,00 | 11 anos | 4 anos  | 2 meses | -  |

FONTE: Dados da pesquisa, 2016.

Observou-se por meio dos dados sociodemográficos apresentados no quadro acima que as enfermeiras, em sua maioria, possui pouca ou nenhuma experiência na área de oncologia; e apenas três mencionaram ser especialistas na área em questão.

Nesse sentido, vale ressaltar que o tempo de experiência profissional, afinidade pela área, educação permanente em aspectos específicos sobre lesões oncológicas influenciam no desenvolvimento do cuidado e nas relações profissionais com os pacientes e familiares, e também entre os diferentes profissionais que atuam nessa área, uma vez que essas lesões apresentam uma singularidade no que se refere ao manejo clínico.

#### 4.2 CATEGORIAS TEMÁTICAS

Neste segmento serão apresentados os resultados referentes à análise das entrevistas. No que tange à primeira questão, realizou-se uma análise de conteúdo com as respostas das enfermeiras participantes da pesquisa.

Para conhecer as concepções acerca de cuidado, solicitou-se às participantes da pesquisa que respondessem à seguinte questão: “*O que é cuidado para você?*” Observa-se que nesta questão, uma mesma resposta pode ser incluída em mais de uma categoria.

**Quadro 4** – Distribuição das categorias, frequências e falas dos enfermeiros no que se refere à questão “*O que é cuidado para você?*”. Campina Grande – PB, 2016 (N = 20).

| <b>Categorias</b> | <b>F</b> | <b>Falas</b>   |
|-------------------|----------|--|
| Humanização       | 10       | <p><i>Nós sabemos que o cuidar do paciente é um total [...] tem que ter zelo, amor, dedicação e ter um cuidado específico com o tipo de problema que ele está passando (E2).</i></p> <p><i>É procurar oferecer um ambiente mais confortável, mais humanizado, que eles possam se sentir mais à vontade (E5).</i></p> <p><i>É priorizar também o cuidado humanizado né? Sempre procurar tratar bem, não vê só a doença, mas vê outros problemas que cercam né? Porque, às vezes, o paciente vem debilitado de casa, com problemas psicológicos (E7).</i></p> <p><i>É o ato de oferecer ao próximo todo zelo, confiança (E8).</i></p> <p><i>Fazer o melhor pelo próximo, para que dessa forma, amenize o seu sofrimento, tristeza, angústia (E9.)</i></p> <p><i>É toda assistência prestada ao paciente de forma humanizada (E10).</i></p> |

|         |   |   |
|---------|---|---|
|         |   | <p><i>É a ação de cuidar, preservar, guardar, conservar, apoiar, tomar conta, prestar uma assistência integral e humanizada...de que atenda os nossos princípios éticos (E11).</i></p> <p><i>Cuidado é ter paciência, ter amor ao próximo (E14).</i></p> <p><i>É dar assistência necessária de forma humanizada e ética (E16).</i></p> <p><i>É ter paciência e amor aos doentes (E18).</i></p>  |
| Holismo | 7 | <p><i>Cuidado para mim é estar ali, sempre presente com o paciente, atendendo todas as necessidades solicitadas[...]é olhar o paciente de uma forma holística (E1).</i></p> <p><i>Cuidado pra mim é saber observar e perceber o que o paciente realmente está sentindo, o que tá passando, o que está acontecendo[...] É uma maneira de sabermos o que realmente no que podemos ajudar, aonde ajudar, como ajudar (E2).</i></p> <p><i>Cuidado é você atender todas as necessidades do paciente [...] tanto físicas, como sociais e psicológicas do paciente (E3.)</i></p> <p><i>Cuidado é a maneira como eu vejo o paciente como um todo [...] emocionalmente, fisicamente (E4).</i></p> <p><i>É ver o paciente como um todo, não só como aquela doença (E6).</i></p> <p><i>É toda assistência prestada ao paciente de forma holística (E10).</i></p> <p><i>O cuidado é isso envolve vários aspectos em prol do atendimento das necessidades do paciente (E12).</i></p> |
| Técnica | 7 | <p><i>Cuidado é prestar assistência (E5).</i></p> <p><i>É uma assistência que visa melhoraria fisiológica e patológica (E8).</i></p> <p><i>O cuidado pode ser desde a realização de um procedimento, seja a troca de um curativo ou a passagem de uma sonda ou outros procedimentos (E12).</i></p> <p><i>É ver o bem estar do paciente [...]observar se ele está passando bem ou mal (E13).</i></p> <p><i>Cuidado é dar atenção aos pacientes, saber avaliar as queixas, seguir o horário da medicação, dar banho no leito ou chuveiro (E15).</i></p> <p><i>Pra mim cuidado é um conjunto de ações que nós, profissionais de saúde, prestamos a um paciente [...]a um determinado indivíduo (E17).</i></p> <p><i>É quando você passa a acompanhar uma pessoa em um determinado</i></p>  |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  | <i>problema e ajuda naquilo que está precisando. É doar um pouco do que sabe para melhorar a situação do outro (E19).</i> |
|--|--|---|

**FONTE:** Dados da pesquisa, 2016.

A categoria que obteve o maior percentual de respostas, de acordo com Quadro 1 foi “Humanização”, seguida das categorias “Holismo” e “Técnica”.

A categoria temática 1 destaca que as participantes da pesquisa percebem o cuidado como atitudes de zelo, desvelo, paciência, amor, dedicação e apoio, fazendo parte de uma assistência humanizada e ética.

O significado de humanização inclui, necessariamente, valores, sentimentos e atitudes que norteiam o modo de ser e agir dos profissionais, no sentido de prestar um atendimento individualizado e humanizado, a partir da prática comprometida com a mudança (SALOMÉ; ESPÓSITO, 2008).

O principal aspecto que envolve a humanização fundamenta-se no fortalecimento do comportamento ético, em articular o cuidado técnico-científico àquele cuidado que incorpora o acolhimento e o respeito ao outro como ser autônomo e digno.

Nesse sentido, é oportuno resgatar a origem etimológica do termo cuidado.

A palavra cuidado vem do latim e apresenta várias significações semânticas: o termo *coera*, que significa curar, era usado no contexto das relações humanas de amor e amizade e expressava ‘cura’ como atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação, de inquietação pelo objeto ou pessoa; já o termo *cogitare-cogitatus* e suas derivações, *covedar*, *coidar*, *cuidar* apresentavam o mesmo sentido de cura aplicado a *coera*, ou seja, cogitar e pensar no outro, colocar a atenção nele, mostrar interesse por ele, revelar uma atitude de desvelo, e preocupação pelo outro. Portanto, o cuidado surge quando uma pessoa ou objeto torna-se importante para outrem (BOFF, 2005).

Cuidado, pois, por sua própria natureza, inclui dois significados básicos, interligadas entre si: a primeira designa a atitude de desvelo, de solicitude e atenção para com o outro. A segunda nasce desta primeira: a preocupação e a inquietação pelo outro, porque nos sentimos envolvidos e afetivamente ligados ao outro.

Para Boff (2005), o cuidado é mais do que um ato singular ou uma virtude. É um modo de ser, isto é, a forma como uma pessoa humana se estrutura e se realiza no mundo com os outros. É um modo de ser-no-mundo que funda as relações que se estabelecem com todas as coisas.

Desse modo, toda vida precisa de cuidado, caso contrário adocece e morre. O cuidado profissional pretende assegurar a pessoa, o bem estar, o conforto, o alívio da dor e a cura irá

acontecer quando um novo equilíbrio humano for criado e quando as dimensões da vida são se reintegram nos planos pessoal, social e espiritual (BOFF, 2005).

Mediante o cuidado, o ser humano se humaniza, ou seja, assume plenamente sua humanidade. Nesse contexto, é importante evidenciar que a Enfermagem é, por definição, uma ciência voltada para proporcionar e promover a saúde e o bem estar do ser humano e tem no cuidado o seu foco de ação central (SILVA et al., 2005); além disso, dedica-se ao cuidado do ser humano, principalmente da pessoa que se encontra vulnerável, em sofrimento, enfermo e em vias de morrer. Nessa perspectiva, Horta (1979) resume a essência da profissão como “gente que cuida de gente”, conceito que, por si só, é a verdadeira expressão do que é a humanização da assistência.

Cumprе assinalar que a Enfermagem também é definida como uma arte, pois a arte transcende a técnica e exige outras categorias, a saber, a intuição e a sensibilidade. A arte de cuidar é, fundamentalmente, uma *práxis* e isso significa que se fundamenta no fazer. O conhecimento da técnica na ação de cuidar é básico, mas a intuição e a sensibilidade são fundamentais (ROSELLÓ, 2009)

Assim, humanizar o cuidado não significa somente estar mais próximo ao paciente e conversar; é perceber suas dificuldades, não apenas aparentes, mas, sobretudo a sua essência, para que a assistência possa ser conduzida de forma individual e integral (SALES; SILVA, 2011).

Portanto, o cuidado da vida não pode ser descontextualizado da humanização, pois somente será possível exercê-lo, se compreendermos o ser humano em sua totalidade, nas suas diferenças, no pluralismo e nas suas diversidades (BETINELLI et al., 2003).

A humanização do cuidado está pautada na Política Nacional de Humanização, que, desde 2003, tem o propósito de efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários (BRASIL, 2009).

À luz dessa política, percebe-se que a relação entre humanização, cuidado e enfermagem existe e cabe a cada sujeito dessa relação fazer com que ela esteja presente na realidade assistencial de saúde, na qual a enfermagem desempenha um dos mais importantes papéis: o de cuidar (CHERNICHARO; SILVA; FERREIRA, 2011).

Em relação à categoria “Holismo”, as enfermeiras demonstraram um entendimento de que é preciso um olhar para além da patologia do paciente, visando atendê-lo em suas necessidades totais para alcançar a qualidade na assistência de enfermagem. Nesse sentido, as enfermeiras percebem que cuidar é compreender o ser humano em sua totalidade, ou seja, é

entender que o homem é um ser biopsicossocial e espiritual, que interage dentro de um contexto total de seu ambiente, e participa como membro de uma comunidade (ROSELLÓ, 2009).

A visão holística é uma maneira de encarar o mundo onde o homem e o universo formam uma entidade única, completa e intimamente associada, de modo que suas propriedades não podem ser fragmentadas, uma vez que não se pode ter conhecimento do “todo” por meio de suas partes, pois o todo é maior que a soma de suas partes (ANGIONE, 2008).

O holismo, como novo paradigma de cuidado, vem emergindo amplamente dentro do contexto da humanização, e está diretamente relacionado às diretrizes do SUS, destacando-se aqui a integralidade (LEMOS et al., 2010).

A concepção de integralidade como assistência prestada como um todo inclui as dimensões biológicas, psicológicas e sociais, que sempre fizeram parte do discurso da Enfermagem, mas que, contraditoriamente, não se propagam nas práticas devido à fragmentação e conservação do modelo cartesiano de conhecimento predominante na área da saúde (SANTANA et al., 2010).

A integralidade apresenta-se num complexo de diversos sentidos envolvidos com as necessidades do ser humano, expressas com o amparo das tecnologias disponíveis, a partir de uma atenção à saúde preventiva e assistencial (PIRES; RODRIGUES; NASCIMENTO, 2010).

Nesse contexto, de acordo com Gabriel et al. (2010), a Enfermagem deve centrar o foco na pessoa a ser cuidada e em sintonia com o ambiente que a circunda. Desse modo, o cuidado com qualidade, enquanto essência do ser e fazer da Enfermagem perpassa desde os pequenos atos/movimentos até a configuração de um processo de cuidar que envolve tanto o ser cuidado, quanto o cuidador.

Neste sentido, o cuidado implica em auxiliar as pessoas a buscarem um caminho que lhes deem o sentido do cuidado de si por meio da compreensão de que a vida é repleta de sentidos, e que, a partir dessa compreensão, possam transcender dentro de uma concepção holística de ser-no-mundo-com-o-mundo, cuidando e se cuidando (SILVA et al., 2005).

Cuidar de alguém não é resolver-lhe de suas experiências dolorosas, mas ajuda-lo a suportá-las, ou seja, fazer-se cúmplice do homem doente em seus momentos difíceis. O cuidar não é uma ação protecionista, nem paternalista, como se tem descrito ao longo da história, mas uma ação de responsabilidade, de resposta às necessidades do outro. Precisamente por isso consiste, basicamente, em ajudar alguém a superar suas experiências dolorosas, mas não



apenas no sentido físico do termo, mas, sobretudo no sentido moral, psicológico, social e espiritual (ROSELLÓ, 2009).

Sendo assim, cumpre assinalar as palavras de Roselló (2009,p.120) quando ressalta que:

“se a pessoa é singular, o cuidado deve ser singular. Se a pessoa é uma integridade (interioridade-exterioridade), o cuidado deve ser integral. Se a pessoa é livre, o cuidado deve contemplar a liberdade. Se a pessoa é metafísica, o cuidado não pode ser unicamente metafísico. Se a pessoa é um ser pluridimensional, o cuidar deve ser pluridimensional”.

No que concerne à categoria “Técnica”, ao analisar os discursos, percebe-se que algumas enfermeiras enfatizam o cuidado somente como habilidade técnica.

Na metade do final do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, o saber da enfermagem compreendia a capacidade de desempenhar tarefas e procedimentos, e o objeto da Enfermagem não estava centrado no cuidado do paciente mas sim na maneira de ser executada a tarefa (SANTANA et al., 2010).

É importante enfatizar que o cuidado como atividade meramente tecnicista perde parte de sua essência, uma vez que o ser humano deve ser visto como um ser único e integral e cuidado de forma humanizada.

Nesse contexto, cumpre destacar que a Enfermagem, enquanto atividade humana voltada para o bem-estar do cliente, deve estar em equilíbrio com as dimensões biopsicossociais e espirituais do paciente, para efetuar com exatidão sua função e evitar que o cuidado em si seja reduzido somente à execução de um procedimento.

De acordo com Lima (2010), o cuidado vai além das técnicas e dos procedimentos, pois o mesmo é mais amplo e mais profundo de que se imagina. O profissional deve se preparar para cuidar do outro, pois este é um ato que requer conhecimentos técnico-científicos, mas demanda também, de bom senso, respeito, responsabilidade, criatividade e paciência. O autor ressalta ainda que o cuidado é um misto de atividades burocráticas, de resolução de problemas, de conflitos dentro da equipe de assistência ou até mesmo com o próprio paciente; de relacionamentos interpessoais e de estar perto do paciente, prestar efetivamente assistência, ouvi-lo sobre sua saúde (ou doença) e executar técnicas.

Entretanto, ressalta-se que com o conhecimento científico e técnico, a enfermagem sistematiza a assistência, permitindo o estabelecimento de um elo entre o abstrato e o concreto, descobrindo realidades ainda não visualizadas e encontrando soluções para problemas relativos ao cuidado na assistência à saúde. Porém, faz-se necessário explicitar que,

apesar do conhecimento técnico ser de suma importância durante a prestação de serviços, apenas com ele, é impossível a enfermagem dar conta da riqueza e da complexidade que é o ser humano.

Com efeito, cuidar de alguém é ajuda-lo a suportar o sofrimento e isso se consegue humanizando a tecnologia. A ação de cuidar pode e deve se beneficiar de instrumentos tecnológicos, mas, em si mesmo, trata-se de uma ação humana, e, portanto, pessoal, o que significa que não pode sob nenhuma circunstância suprir-se a presença – física – da pessoa que cuida. Humanizar a tecnologia é uma forma de cuidar do paciente (ROSELLÓ, 2009).

Frente ao exposto, faz-se necessário enfatizar que os discursos das entrevistadas apresentaram-se de modo abrangente, uma vez que abarcou inúmeros aspectos que devem ser realizados pela enfermagem, como o cuidado humanizado, holístico e a competência técnica.

Para conhecer o cuidado prestado ao paciente com feridas neoplásicas, solicitou-se aos participantes da pesquisa que respondessem à seguinte questão: “*Fale como você cuida do paciente com ferida neoplásica*”. Os discursos das enfermeiras estão evidenciados logo abaixo, no quadro 5.

**Quadro 5** – Distribuição das categorias, frequências e falas dos enfermeiros no que se refere a questão “*Fale como você cuida do paciente com ferida neoplásica*”. Campina Grande – PB, 2016 (N =20)

| <b>Categorias</b>                     | <b>Fr</b> | <b>Falas</b>   |
|---------------------------------------|-----------|--|
| Tratando a ferida                     | 06        | <p><i>O meu cuidado com o paciente com ferida neoplásica está direcionado tanto para o tratamento da ferida, como também para atender as necessidades que esse paciente precise (E3).</i></p> <p><i>Sempre faço o curativo no horário certo, aplico a medicação certa e faço a higienização da ferida (E13).</i></p> <p><i>Faço o curativo depois do banho, administro a medicação prescrita, mudo de posição para evitar escara (E15).</i></p> <p><i>Lavo com soro fisiológico e clorexidina, sem álcool (E16).</i></p> <p><i>Antes de mais nada, lavar a parte afetada e colocar os produtos necessários (E18).</i></p> <p><i>Faço todo um processo de higiene e tratamento (E20).</i></p> |
| Oferecendo conforto, amenizando a dor | 03        | <p><i>Então, o que a gente pode oferecer de conforto aqui na instituição, a gente tenta oferecer o melhor (E1).</i></p> <p><i>Nós temos que ter aquele zelo, aquele cuidado[...]dar uma condição</i></p>   |

|                               |    |   |
|-------------------------------|----|---|
|                               |    | <p><i>melhor de vida, um ambiente mais aconchegante, mais tranquilo, mais silencioso, para que ele possa repousar... (E2).</i></p> <p><i>Com muito cuidado, para que ele não sinta dor. Faço o que posso para amenizar o seu sofrimento. (E9).</i></p>  |
| Sendo empático                | 03 | <p><i>A gente tem que ser muito ético, primeiramente, com o paciente com ferida neoplásica [...]a maioria dos pacientes tem odores, né? Então, a gente dá prioridade pra não passar isso pro paciente [...]de que a gente tá sentindo aquele odor[...] (E1).</i></p> <p><i>É uma ferida que requer muitos cuidados. Porque a pessoa já vem com um diagnóstico negativo e ainda uma ferida provocada pela própria doença, pelo próprio tumor, isso é muito triste né? (E2).</i></p> <p><i>Cuidar de um paciente com ferida neoplásica é um pouquinho complicado, porque além do sofrimento dele, há também o nosso sentimento de tristeza (E12).</i></p> |
| Cuidado humanizado            | 02 | <p><i>Sempre que tiver fazendo o curativo, olhar até mesmo a expressão do paciente, a expressão de dor. Não é só fazer de modo mecânico, mas também ver o lado humanizado né? (E7).</i></p> <p><i>Com cuidado, tratando-o com carinho, fazendo o máximo para não machucá-lo e dando o apoio que ele tanto necessita (E14).</i></p>  |
| Oferecendo escuta terapêutica | 02 | <p><i>Conversar sempre com o paciente pra saber o que foi que aconteceu, falar da vida dele, pra que ele possa ficar mais à vontade, porque um paciente oncológico, ele já tem uma realidade muito difícil, entendeu?(E1).</i></p> <p><i>A gente tem que saber como conversar com o paciente né? Explicar o que tá fazendo com ele né? Porque eles chegam aqui não sabem o que estão passando, então, cabe a você explicar o que vai fazer, qual o procedimento, como vai agir. Então, etapa por etapa, você vai explicando o que está se passando com o paciente (E2).</i></p>   |
| Cuidado holístico             | 01 | <p><i>Inicialmente, viso trabalhar o emocional, transferir segurança e, posteriormente, trato o mesmo como um todo, independente do local neoplásico (E8).</i></p>  |

**FONTE:** Dados da pesquisa, 2016.

A categoria que obteve o maior percentual de respostas, de acordo com o Quadro 5 foi “Tratando a ferida”, seguida das categorias “Oferecendo conforto”, “Sendo empático”, “Cuidado humanizado”, “oferecendo escuta terapêutica” e “Cuidado holístico”.

Sabe-se que a questão da arte de cuidar tem sido colocada em diferentes planos das práticas discursivas. A arte de cuidar corporal, o integral, o holístico, as questões éticas, uma multiplicidade de conceitos, que nos levam a um emaranhado de posições profissionais, cada qual procurando dar conta de uma totalidade ainda fragmentada do ser (CARVALHO, 2004). Foi nesse direcionamento que as enfermeiras participantes da pesquisa mencionaram

‘Cuidado holístico’, ‘Cuidado humanizado’ e ‘Cuidado empático’ como modalidades de cuidar realizadas pelas mesmas frente a um paciente com ferida neoplásica.

Sendo assim, cumpre assinalar que cuidar envolve atos humanos no processo de assistir a pessoa, dotado de sentimento e fundamentado em conhecimento. A arte de cuidar, essencialmente, é ligar-se a sua fonte de vida, a seu sofrimento, encontrando sentido para sua experiência. Cuidar envolve relacionamento interpessoal, que é originado no sentimento de ajuda e de confiança, de empatia mútua e desenvolve-se com base em valores humanísticos e em conhecimento técnico-científico (CARVALHO, 2004).

Portanto, há de se buscar na arte de cuidar novos caminhos que estão abertos e que possibilitam novos horizontes. O cuidar, cuidar de si, cuidar do outro, cuidar da vida, cuidar da finitude, está na origem da existência, é inerente ao ser humano; é um modo de ser sempre presente, essencial; nossas ações rotineiras demonstram nossa preocupação e zelo pela vida e pela morte. Nesse sentido, pode-se entender que a arte de cuidar é uma atitude de compromisso humanitário (CARVALHO, 2004).

O profissional de saúde, sobretudo o enfermeiro, tem inúmeras possibilidades de se aproximar dos mais profundos sofrimentos humanos, o que envolve a proximidade da morte e até mesmo os cuidados com feridas neoplásicas extensas, sangrantes, exsudativas e pútridas, necessitando, portanto de um grau de disponibilidade e envolvimento pessoal e profissional (CARVALHO; MERIGHI, 2005).

Dentro desse contexto, é possível perceber que uma das enfermeiras da pesquisa utiliza o seu grau máximo de disponibilidade e empatia frente ao paciente com ferida neoplásica, quando menciona que disfarça sentir o odor pútrido da lesão, para que o paciente não perceba e não se sinta excluído.

Um estudo qualitativo revelou que os enfermeiros descrevem as feridas neoplásicas como devastadoras e que o mau odor causa náuseas e enjoos quando os mesmos entram em contato com o paciente. Destacaram também que após a realização do curativo, retirada das luvas e lavagem das mãos, ainda podiam sentir a presença do odor em suas mãos e roupas. Os enfermeiros revelaram que tentam esconder esses sentimentos quando entram em contato com os pacientes, pois acreditam que é um fator relevante e positivo no cuidado a esses pacientes (WILKES; BOXER; WHITE, 2003).

Portanto, cuidar é reconstruir a estrutura, é recompor globalmente o ser humano que sofreu uma desestruturação patológica de seu ser e isso significa não apenas recompor todas e cada uma de suas dimensões, mas, sobretudo, conquistar novamente as relações fundamentais do ser humano com seu entorno (ROSELLÓ, 2009).

Outro aspecto observado durante a análise das falas das enfermeiras, que contribui para o estabelecimento do vínculo enfermeiro-paciente e proporciona o cuidado humanizado durante o atendimento ao paciente com ferida neoplásica é a escuta terapêutica.

Um dos elementos importantes da relação paciente-enfermeiro, além da observação, é a escuta. Escutar alguém implica, em certo sentido, uma abdicação de si. É importante perceber que o sentido tem o comunicado para quem o transmite. Acolher a palavra do outro, desde a mais corpórea até a ainda não pronunciada. Essa acolhida também é, ao mesmo tempo, física, psicológica e espiritual, para considerar o homem em sua inteireza (CARVALHO, 2004).

Dessa forma, o cuidado pressupõe capacidade dialógica, capacidade de articular palavras e de recebe-las, e, simultaneamente, requer a conversão contínua de emissor em receptor e de receptor em emissor (ROSELLÓ, 2009).

Portanto, a escuta é uma estratégia, ativa e dinâmica de comunicação, que envolve relações do tipo diálogo, vínculo e acolhimento; auxilia no desenvolvimento da autonomia e inclusão social, sendo essencial para a compreensão do outro. (WATANUKI; TRACY; LINDQUIST, 2006; MESQUITA; CARVALHO, 2014; MAYNART et al., 2014).

No cuidado do paciente com ferida oncológica, a escuta é uma ferramenta terapêutica de extrema importância, uma vez que contribui para a diminuição das angústias e sofrimento do paciente. O diálogo possibilita ao indivíduo ouvir o que está pronunciando, fazendo com que o mesmo valorize suas experiências, atente para suas necessidades e diferentes aspectos que compõem seu cotidiano, induzindo-o a uma autorreflexão (BRUSAMARELLO et al., 2013; MAYNART et al., 2014).

Nesse ínterim, a escuta é primordial para que o paciente seja atendido na perspectiva do cuidado como ação integral. Para isso, se faz mister que o profissional utilize posturas empáticas, com vistas a compreensão das experiências de vida pronunciadas pelo paciente (PIMENTEL; COELHO JUNIOR, 2009). Nessa situação de desamparo em que o paciente com ferida neoplásica se encontra, o mesmo sente uma especial necessidade de dialogar, de expressar o que sente, o que vive no seio de sua interioridade (ROSELLÓ, 2009).

O cuidador deve, pois, facilitar a narratividade do paciente, deve provocar sua capacidade de narrar e através de seu relato poderá detectar suas necessidades. O ato de narrar é essencial para o processo de cuidar. Conhecer a história da pessoa enferma é fundamental para podê-la atender adequadamente (ROSELLÓ, 2009).

Nessa conjuntura, uma das enfermeiras referiu que sempre conversa com o paciente para compreender a sua história de vida, tendo em vista que a doença oncológica avançada é considerada um fardo angustiante para o paciente.

O processo de cuidar é um diálogo, mas não só de palavras, e, sim, de presenças, no sentido de expressão. No diálogo de presenças produz-se o encontro entre esses dois seres humanos que se dispõem a falar, a mirarem-se nos olhos, a aceitarem-se e enriquecerem-se mutuamente (ROSELLÓ, 2009).

A partir desse contexto, uma das enfermeiras mencionou a importância de perceber as expressões do paciente durante o cuidado com a ferida, tais como a expressão de dor; e, ainda, ressaltou que esse momento deve ser norteado por uma dimensão humanizada e não mecânica.

Atentar para a linguagem não-verbal, isto é, gestos, olhares e, sobretudo, o silêncio é fundamental no cuidado com pacientes com feridas neoplásicas, uma vez que em alguns momentos, a pessoa enferma padece de tal estado de vulnerabilidade, que é incapaz de narrar verbalmente suas experiências e dores (ROSELLÓ, 2009).

Destarte, Duarte e Noro (2010) ressaltam que o ambiente físico, os recursos materiais e tecnológicos são importantes para o cuidado, porém não mais significativos do que a essência humana, que conduz o pensamento e as ações, assim como permite construir uma realidade mais humana e menos hostil para os pacientes que vivenciam doenças sem possibilidades terapêuticas de cura.

Dando seguimento às entrevistas, a fim de se compreender os sentimentos das enfermeiras durante o cuidado prestado ao paciente com feridas neoplásicas no decorrer da realização do curativo, solicitou-se que as mesmas respondessem à seguinte questão: “*Fale-me sobre os sentimentos vivenciados por você durante a realização do curativo*”. Os discursos estão expostos logo abaixo, no quadro 6.

**Quadro 6** – Distribuição das categorias, frequências e falas dos enfermeiros no que se refere à questão “*Fale-me sobre os sentimentos vivenciados por você durante a realização de um curativo*”. Campina Grande – PB, 2016 (N =20)

| <b>Categorias</b> | <b>Fr</b> | <b>Falas</b>   |
|-------------------|-----------|--|
| Tristeza          | 07        | <p><i>Tem momentos que a gente segura o choro[...] às vezes, o paciente que a gente tá cuidando há muito tempo vai a óbito.<br/>A gente tem que ser muito forte (E1).</i></p> <p><i>Eu sinto realmente uma tristeza em saber a que ponto o ser humano fica com a ferida neoplásica (E2).</i></p> |

|              |    |  |
|--------------|----|--|
|              |    | <p><i>Fico muito triste, preocupada, mas procuro dá o meu melhor, fazer um trabalho bem feito, proporcionar o bem estar do paciente (E7).</i></p> <p><i>De tristeza[...] eles sofrem muito, dependendo da extensão, profundidade do ferimento. Por isso, cuido com zelo, atenção, para não sentirem dor (E9).</i></p> <p><i>Tenho sensibilidade. Fico triste (E14).</i></p> <p><i>Sentimento de tristeza, pois o paciente sente medo da morte e também tem o odor da ferida (E15).</i></p> <p><i>Sentimentos dolorosos (E18).</i></p>            |
| Gratificação | 04 | <p><i>Me sinto gratificada em tá podendo ajudar, em oferecer pelo menos conforto naquela situação tão delicada (E5).</i></p> <p><i>Durante a realização do curativo, sinto realização e prazer em poder estar cuidando (E16).</i></p> <p><i>Acho que quem cuida tem um sentimento de dever cumprido, de poder oferecer o seu melhor para buscar uma qualidade de vida melhor do paciente (E19).</i></p> <p><i>Durante a realização do curativo sinto carinho, respeito e ética em relação ao paciente (E20).</i></p>                             |
| Empatia      | 03 | <p><i>A gente sente porque, que queira ou não, nós nos vimos ali naquele sentido, naquele momento... (E2).</i></p> <p><i>Durante o tratamento do paciente, tenho o sentimento de me colocar no lugar do meu paciente, de ver como essa enfermidade está lhe afetando (E3).</i></p> <p><i>O respeito pelo paciente e a empatia, ou seja, você tem que se colocar o lugar dele. Tem a questão da humanização também, que é muito importante, que você tem que se sentir humanizado e humanizar esse momento de realizar um curativo (E17).</i></p> |
| Compaixão    | 04 | <p><i>O sentimento seria de compaixão[...] isso me move a tratá-lo da melhor forma (E4).</i></p> <p><i>A gente sente dó do paciente numa situação daquela (E5).</i></p> <p><i>Sentimento de misericórdia, por se tratar de um ferimento absolutamente doloroso (E8).</i></p> <p><i>Sentimento de pena. Mas, tento me conter, não demonstrar ao paciente. Se eu pudesse resolver logo a situação que ele está, resolveria (E13).</i></p>  |
| Apreensão    | 01 | <p><i>No início, o principal sentimento que marcou quando fui realizar os</i></p>  |

|            |    |   |
|------------|----|---|
|            |    | <i>primeiros curativos foi o receio, porque a gente vê que boa parte dos pacientes vêm com um sofrimento maior, porque faz um tempinho que eles já tem aquela ferida, então a gente tem medo de machucar. Medo de tocar naquela ferida e ela sangrar e o paciente ficar nervoso, né? (E12).</i> |
| Indolência | 01 | <i>Nós temos que ser humanos com eles, mas se a gente se envolver demais, acaba não realizando o trabalho da gente com sucesso. Porque aí o emocional vai atrapalhar, e aí a gente não consegue fazer o curativo (E1).</i>  |

**FONTE:** Dados da pesquisa, 2016.

A categoria que obteve o maior percentual de respostas, de acordo com o Quadro 6 foi “Tristeza”, seguida das categorias “Gratificação”, “Compaixão”, “Apreensão” e “Indolência”.

Realizar curativo é uma tarefa reflexiva que não pode ser considerada somente como uma ação técnica, pois envolve uma relação entre duas pessoas: aquela que cuida e aquela que é cuidada. Entretanto, vale salientar que é de extrema importância que o profissional tenha embasamento científico, sendo necessário conhecimento sobre a fisiologia da pele, produtos existentes no mercado, indicações de acordo com o tipo de lesão e conhecimento sobre os produtos que são padronizados no hospital (SALOMÉ; EPÓSITO, 2008).

A equipe de enfermagem em atenção oncológica, ao realizar o curativo, lida permanentemente com uma diversidade de sentimentos que são exacerbadas pelas características da demanda e do ambiente de trabalho, no qual exige do profissional um ato de doação, não somente ao paciente, mas também ao seu familiar/cuidador (OLIVEIRA; FIRMES, 2012).

Diante disso, para que os cuidados de enfermagem com pacientes com doença oncológica sejam efetivos, o enfermeiro necessita também adquirir habilidade em lidar com os sentimentos dos outros e com as próprias emoções frente ao doente sem possibilidades terapêuticas de cura, e, sobretudo, com uma ferida que não cicatriza (PETERSON; CARVALHO, 2011).

As enfermeiras entrevistadas, em seu cotidiano, cuidam de pessoas com feridas neoplásicas e vivenciam parte do enfrentamento da doença. A realização de curativos é frequente, e por meio da execução deste procedimento, pode-se perceber que estas perpassam por várias situações angustiantes, que geram estresse e sofrimento e, por vezes, de satisfação profissional e de dever cumprido.

Na primeira categoria, é possível perceber que o sentimento de tristeza ressaltado pelas enfermeiras participantes da pesquisa está relacionado às situações-limite pelas quais o



paciente com ferida neoplásica passa, dentre elas: doença sem possibilidades de cura, natureza desfigurante da ferida e o odor fétido exalado pela mesma e a proximidade da morte.

Um estudo qualitativo revelou que a aparência física das feridas neoplásicas representam um impacto significativo sobre os enfermeiros. Eles consideram essas lesões a causa maior do sofrimento do paciente, visto que são desfigurantes, invasivas, incuráveis e dolorosas. Além disso, o estudo destacou que o odor fétido foi o maior desafio enfrentado pelos enfermeiros diante da realização de um curativo, contudo, os mesmos não mostraram sinais de aversão durante do procedimento, evitando assim, constrangimento diante do paciente (WILKES; BOXER; WHITE, 2003)

Ressalta-se que quanto mais íntimo for o relacionamento do profissional com aqueles de quem cuida, mais propenso estará a experimentar sentimentos de angústia, uma vez que o sofrimento do outro é capaz de mobilizar tristeza, compaixão, piedade e estreitar a aproximação da equipe de enfermagem com pessoas cuja situação de saúde/doença vem acompanhada de características repulsivas (CARVALHO, 2006).

Franco (2003) salienta que os profissionais de saúde, especialmente aqueles da área hospitalar, reconhecem que existem pacientes especiais com os quais estabelecem uma relação diferenciada e singular, desencadeando sentimento de tristeza ao assisti-los, uma vez que estes se encontram em estado máximo de vulnerabilidade e risco iminente de morte.

Os profissionais de saúde ao cuidar de pacientes com doença oncológica, principalmente, daqueles com lesões extensas tornam-se mais frágeis e vulneráveis, pois ao reconhecerem e compreenderem a dor, o sofrimento e a finitude do outro, reconhecem a sua própria dor e finitude. E é a partir desta identificação humana com o paciente, que a enfermagem se reconhece como um ser aberto ao sofrimento, passível de todas as possibilidades que a vida apresenta, sendo a morte a possibilidade mais concreta (SILVA, 2009).

Diante desse contexto, cuidar de uma pessoa supõe um trabalho complexo, pois implica a vontade de ajudar a superar o sofrimento, necessitando assim, da presença humana e de um contato íntimo (ROSELLÓ, 2009). Nessa conjuntura, as enfermeiras participantes da pesquisa se dispuseram a cuidar do paciente com ferida neoplásica, revelando atitudes autênticas, tais como a solidariedade e solicitude.

A categoria 2 revela sentimentos de gratificação das enfermeiras em relação ao cuidado de pessoas com feridas neoplásicas, sobretudo, quando proporcionam zelo, conforto, e maximização da qualidade de vida por meio de um curativo efetivo.

No estudo de Wilkes, Boxer e White (2003), os enfermeiros participantes ressaltaram sentimentos de gratificação principalmente quando alcançam o conforto e o alívio da dor durante o curativo. Além disso, mencionam que respeitar a pessoa diante de uma lesão incurável, promover dignidade e qualidade de vida durante do processo de morte são atitudes que dão sentido ao exercício da profissão.

Para edificar algo é necessário um determinado temperamento otimista, certa capacidade de construção. Uma relação humana pode caracterizar-se como edificante quando transforma positivamente a ambos, profissional e paciente. Uma atividade humana é edificante quando o sujeito que a desenvolve se aperfeiçoa por meio dela, e constrói a si próprio (ROSELLÓ,2009).

A ação de cuidar é, nesse sentido, uma ação edificante, não somente no sentido corporal do termo, mas fundamentalmente no sentido interior. Edificar a pessoa doente e que sofre é tratar de recompor seu interior, alçar de novo sua identidade pessoal, refazer-se depois da queda e da frustração que implica o processo de adoecer (ROSELLÓ, 2009).

Sendo assim, cuidar de alguém, acompanhar uma pessoa vulnerável é exercer a responsabilidade ética, é preocupar-se com o outro e assumir essa preocupação como um dever moral e não unicamente como um sentimento de proximidade para com a pessoa. Precisamente, porque a ação de acompanhar ou de cuidar implica em responsabilidade, tem um caráter ético, além de antropológico, psicológico, social e espiritual. O processo de cuidar e de acompanhar supera os limites da técnica e contém elementos éticos. O cuidar pressupõe técnica, habilidade, mas não se reduz à técnica (ROSELLÓ, 2009).

Sob o ponto de vista psicológico, a arte de cuidar requer o desenvolvimento de empatia. Empatia e simpatia ou compaixão compartilham a mesma raiz etimológica, a saber, o termo *pathos*, contudo diferem quanto ao sufixo.

Nesse sentido, as enfermeiras participantes revelaram a empatia e a compaixão como sentimentos vivenciados no cuidado com pacientes com feridas neoplásicas.

As categorias 3 e 4 revelam a empatia e a compaixão como sentimentos vivenciados pelas enfermeiras participantes. Para um melhor entendimento desses termos, as pesquisadoras resolveram definir o conceito primeiramente, para logo depois traçar discussões.

Compaixão ou simpatia é definida como uma resposta afetiva que consiste em sentir tristeza ou preocupação pelo outro aflito ou necessitado; **envolve disposições características para a ação, especificamente ajudar**. Já a empatia é definida como um sentimento de fraternidade, isto é, compreender o que uma pessoa sente, independente do que sinta. A

empatia não é altruísta nem grosseira, mas propriamente, exemplifica a **solidariedade** implícita da raça humana (SOLOMON, 2015).

Compaixão ou simpatia é, portanto, claramente uma emoção no sentido de que é uma emoção distinta, talvez dependente das emoções dos outros, apenas na medida em que é uma resposta a elas, mas em sentido nenhum uma imitação ou reprodução delas. É essencialmente, **sentir-se mal porque o outro sente mal, em combinação com um sentimento de chegar até ele** (SOLOMON, 2015).

Tanto a empatia como a compaixão /simpatia são respostas afetivas e cognitivas; isto é, envolvem conceitos e formas de construir o mundo e são de grande importância para compreender as vidas emocionais das pessoas; são parte da capacidade natural do ser humano em sintonizar as emoções de outras pessoas e de sentir o impulso para reagir sem a necessidade de muito pensamento (SOLOMON, 2015).

No estudo em tela, percebe-se que as enfermeiras E4 e E13 realmente vivenciam o sentimento de compaixão, uma vez que esse sentimento direciona as enfermeiras a agirem, como elas mesmas expressaram “da melhor forma possível” e “se eu pudesse resolver logo a situação que ele está, resolveria”. Enquanto que as demais permanecem na dimensão da empatia, ou seja, adotando posturas de solidariedade e solicitude. Contudo, cumpre assinalar que, a empatia é fator fundamental para o efetivo exercício da profissão, sobretudo, no âmbito de cuidados paliativos.

Empatia é a capacidade de interpretar os sentimentos do outro em um determinado contexto, requerendo do ser humano a disponibilidade e a habilidade de colocar-se no lugar do outro, para ver o mundo como a outra pessoa vê, podendo então genuinamente sentir-se da maneira como o outro se sente em determinada situação. Contribui para a criação de um clima interpessoal de confiança, elemento básico no relacionamento de assistência à saúde, e uma condição necessária para que esse relacionamento seja efetivo, já que a confiança e a segurança não podem ser impostas, mas construídas (ARAÚJO, 2006).

A categoria 5 ressalta a apreensão de uma das enfermeiras ao lidar com o paciente com ferida neoplásica no momento da execução do curativo. Esse receio em realizar o curativo é comum em todos os profissionais que lidam com feridas extensas, friáveis e, sobretudo, dolorosas. Sendo assim, os enfermeiros precisam saber o que fazer, como obter e usar os produtos adequadamente, com vistas a minimizar episódios de dor intensa e sangramentos profusos.

No estudo de Wilkes, Boxer, White (2003), as enfermeiras descrevem o manejo clínico das feridas malignas extremamente difícil, o que levou a desenvolver sentimentos de

culpa ou inadequação à profissão, uma vez que não foram capazes de gerenciar os cuidados com a ferida no que elas consideravam ser uma adequada.

Dada à complexidade e natureza devastadora das feridas neoplásicas, recomenda-se que essas lesões sejam tratadas por uma equipe multiprofissional dentro de uma abordagem voltada para a filosofia dos cuidados paliativos. Isso facilitará a prestação de cuidados de forma individualizada, o que é de importância vital para maximizar a qualidade de vida do paciente.

Além disso, os enfermeiros precisam reconhecer a existência de problemas em todos os domínios da existência do paciente, ao invés de apenas enfatizar o domínio físico, que tem sido o foco da literatura contemporânea.

A categoria 6 expressa um sentimento de indolência referido por uma enfermeira, no sentido de usar esse sentimento como norteador para uma práxis efetiva.

De acordo com Oliveira e Firmes (2012) a indolência é um tipo de sentimento que surge como um mecanismo de enfrentamento da situação hospitalar vivenciada, caracterizado como meio encontrado pelos profissionais para suportar o sofrimento que sentem, e a partir daí, exercer o trabalho da melhor maneira possível.

A superação da distância espacial e da distância ética é fundamental na ação do cuidar. Não se pode cuidar de alguém à distância. Para cuidar de uma pessoa enferma, é preciso aproximar-se dela, superar a distância física (ROSELLÓ, 2009).

Nesse sentido, é necessário que o profissional se deixe envolver emocionalmente com o paciente, porém, é primordial que possua controle emocional sobre situações adversas durante o processo de cuidar. O envolvimento emocional é um dos aspectos vitais na relação terapêutica enfermeiro-paciente, uma vez que auxilia a ambos a serem resistentes diante das limitações que essa patologia impõe (FARIA; MAIA, 2007).

Nesta perspectiva, um caminho possível e adequado para a humanização se constitui, acima de tudo, na presença solidária do profissional, refletida na compreensão e no olhar sensível, olhar que desperta no ser humano sentimentos de segurança e confiança. Essa presença solidária propicia o viver o aconchego das coisas simples, mesmo diante das tensões e riscos dos momentos mutantes e imprevisíveis e plenos de significados (BETTINELLI; WASKIEVICS; ERDMANN, 2014).

A valorização da sensibilidade no processo de cuidar é vital, uma vez que a sensibilidade humana é a capacidade de sentir empatia, de se deixar tocar pelas vidas, sofrimento e alegrias, esperanças e desejos de outras pessoas que têm suas particularidades e que transcendem a capacidade racional (BETTINELLI; WASKIEVICS; ERDMANN, 2014).

Para se fazer e ser o diferencial nas relações de cuidado, no ambiente hospitalar, requer-se do profissional de saúde que atue com humanidade, solidariedade, sensibilidade, além de ter postura correta e dignidade de caráter (BETTINELLI; WASKIEVICS; ERDMANN, 2014).

Cuidar de pacientes com feridas neoplásicas pode ser traumático para os enfermeiros, tendo em vista que essas lesões são desfigurantes, sangrantes, exsudativas, exalam um odor desagradável, não cicatrizam e concorrem para mutilações. Dentro desse contexto, as necessidades dos enfermeiros que cuidam desses pacientes devem ser consideradas. Assim, sugere-se que os enfermeiros que realizam curativos nesses pacientes, partilhem suas experiências profissionais em grupos de apoio, permitindo aos mesmos refletirem e compreenderem o processo emocional pelo qual estão passando.

Ademais, para se inteirar das dificuldades enfrentadas pelas enfermeiras durante a prestação de seus serviços aos pacientes com feridas neoplásicas, solicitou-se que as mesmas que respondessem à seguinte questão: “*Quais as dificuldades encontradas no cuidado de pacientes com feridas neoplásicas*”. Os discursos das enfermeiras estão revelados logo abaixo, no quadro 7.

**Quadro 7** – Distribuição das categorias, frequências e falas dos enfermeiros no que se refere a questão “*Quais as dificuldades encontradas no cuidado a pacientes com feridas neoplásicas*”. Campina Grande – PB, 2016 (N =20)

| <b>Categorias</b>            | <b>Fr</b> | <b>Falas</b>  |
|------------------------------|-----------|---|
| Disponibilidade de materiais | 05        | <p><i>A maior dificuldade que eu visualizo como enfermeira é a realização desse curativo. Para a realização desse atendimento é preciso insumos que venham qualificar o cuidado[...]a assistência (E3).</i></p> <p><i>Na verdade, são os curativos. A gente não tem a disponibilidade de curativos de ponta pra poder realmente fazer um curativo eficaz, pra ver a melhora da ferida (E5).</i></p> <p><i>As feridas oncológicas são grandes[...]o custo é muito alto e tem pacientes que não tem condições [...]e o SUS não dá os curativos que são adequados pra ferida neoplásica (E6).</i></p> <p><i>Até mesmo, questões de materiais, às vezes, a gente encontra dificuldade de encontrar material adequado (E7).</i></p> <p><i>Materiais e medicamentos mais sofisticados como, por exemplo, curativos biológicos (E9).</i></p> |
| Cronicidade da ferida        | 04        | <p><i>A maior dificuldade é o receio em machucar o paciente, devido à ferida ser friável (E12).</i></p>   |

|                               |    |  |
|-------------------------------|----|--|
|                               |    | <p><i>Geralmente, a maior dificuldade é a recuperação que não é rápida[...]demora. Tem alguns pacientes que não ficam bons (E13).</i></p> <p><i>A ferida neoplásica é uma ferida muito difícil tratar. Na maioria das vezes, elas perdurem por um longo tempo. Não vai ter cura, digamos assim, e se tiver; o tratamento vai ser muito prolongado (E17).</i></p> <p><i>Acho que o receio de que possa não melhorar, de que possa ficar pior[...]a dor que ele sente e o medo da perda do membro (E19).</i></p> |
| Déficit no autocuidado        | 03 | <p><i>Tem pacientes que não têm o cuidado em casa[...] chegam com a ferida com miíase, infectada (E2).</i></p> <p><i>Quanto eles recebem alta e não tem cuidado na higiene e voltam ao hospital com miíase na ferida (E13).</i></p> <p><i>Cuidado sobre a higiene (E18).</i></p>   |
| Negação da doença             | 02 | <p><i>Muitas vezes nos deparamos com pacientes jovens, que não aceitaram a patologia, não colaborando com o tratamento, negando assistência, renunciando tratamento (E8).</i></p> <p><i>O próprio paciente aceitar a condição em que ele se encontra (E20).</i></p>  |
| Debilidade física             | 02 | <p><i>Os paciente debilitados[...] tem alguns pacientes que não conseguem se levantar, que não conseguem andar direito, não conseguem se locomover [...]então é muito difícil o cuidado com esse tipo de paciente (E1).</i></p> <p><i>A dor do paciente, pacientes terminais, com problemas nutricionais. (E11).</i></p>   |
| Falta de tempo para o cuidado | 01 | <p><i>Às vezes é a falta de tempo. Como são muitos pacientes, a gente não tem tempo suficiente pra se dedicar só aquele paciente. Então, muitas vezes a gente quer dá uma boa assistência, mas pela questão do tempo, a gente tem que ser mais rápida, porque já tem outro paciente esperando.</i></p>   |

**FONTE:** Dados da pesquisa, 2016.

A categoria que obteve o maior percentual de respostas, de acordo com o Quadro 7 foi “Disponibilidade de materiais”, seguida das categorias “Cronicidade da ferida”, “Déficit no cuidado”, “Debilidade física”, “Negação da doença” e “Falta de tempo para o cuidado”.

A categoria 1 está relacionada à falta de materiais para a realização de curativos, haja vista que as feridas neoplásicas, geralmente, são extensas, friáveis, exsudativas e exalam odor desagradável, bem como podem apresentar infecções e infestações. Por esse motivo, o tratamento direcionado a essas feridas merece produtos, substâncias e coberturas específicas, tendo em vista o crescimento tumoral, e conseqüentemente o aumento gradativo da lesão. Além disso, a falta de materiais foi apontada como um dos fatores que dificultam a assistência

de enfermeiras, pois repercute no processo de trabalho e na satisfação do usuário com o serviço oferecido.

Vale ressaltar que a crise econômica que assola o país atualmente é um dos fatores que interferem na aquisição de insumos pelas instituições de saúde, interferindo na assistência de saúde, o que inclui o cuidado de enfermagem a pessoa com ferida neoplásica. Dessa forma, a ausência de materiais adequados para a realização de curativos contribui para uma assistência de enfermagem fragilizada (BECK, 2010).

Silva, Schutz e Machado (2015) ressaltam que a evolução tecnológica trouxe ganhos à saúde tanto na área de tratamento e diagnóstico quanto para realização do cuidado de enfermagem nas mais diversas patologias. Entretanto, associado a isso, os custos podem ser insustentáveis para o sistema de saúde, assim como para a sociedade, uma vez que, para realização de curativos em pacientes com feridas neoplásicas, faz-se necessário uma grande quantidade de materiais de qualidade, devido à necessidade de esse procedimento ser realizado diariamente.

Um estudo realizado na Suíça, por Probst e Arber (2009), verificou que uma das dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros na assistência paliativa estava relacionada à aquisição de curativos modernos, haja vista o elevado custo dessas coberturas.

Estudo realizado no Instituto Fundação São José de Madrid, por Ramos et al. (2015), verificou que o tratamento voltado para pacientes com feridas neoplásicas apresenta custo mais elevado do que aquele voltado para outras lesões crônicas. Isso está relacionado com o fato de uma ferida neoplásica ser acompanhada por um conjunto de sinais e sintomas e diferentes complicações, como exsudato, odor fétido, infecção, hemorragia e dor. Além desses fatores, o paciente com ferida neoplásica requer internação em unidade de cuidados paliativos, o que justifica a necessidade de recursos humanos e materiais e outras demandas que incluem aspectos específicos, como nutrição, terapia antibioticoterapia em caso de infecções, ampliação da rede de ambulatórios como resultado direto da realização de curativos diários.

Uma alternativa que poderia minimizar esse problema mencionado pelas enfermeiras seria a elaboração e implantação de um protocolo institucional de tratamento de feridas oncológicas, permitindo a uniformização, especificação e classificação de materiais disponíveis. Além disso, cumpre assinalar que a maioria dos curativos, produtos e substâncias utilizados para o controle dos sinais e sintomas dessas lesões são de baixo custo, posto que são recomendados pelo Instituto Nacional do Câncer (Ministério da Saúde), órgão que atende a classe social mais baixa do país. Esse órgão padronizou tais coberturas, considerando o fator

econômico como norteador para aquisição destes curativos pelos pacientes quando os mesmos estiverem em domicílio.

Além disso, o profissional de enfermagem tem que ser realista e explicar para o paciente e família os objetivos a serem atingidos com o tratamento voltado para as feridas neoplásicas e da mesma forma ressaltar que o fracasso em implementar terapêuticas mais direcionadas não é um ato negligente, haja vista que quando a cura não é possível, o tratamento se concentra no controle dos sintomas e na minimização do impacto emocional e psicológico que acompanha o paciente (RAMOS et al., 2015).

As enfermeiras expressaram que outro fator dificultoso voltado para à assistência de enfermagem é a cronicidade da ferida. As enfermeiras mencionam o sangramento profuso, os episódios de dor, a inviabilidade da cicatrização e a possibilidade de amputação ou mutilação como sendo os aspectos mais devastadores no processo de cuidar.

O atendimento de pacientes com feridas malignas apresenta desafios significativos para a terapia, uma vez que é mais complicado tratar dessas lesões do que outras feridas crônicas. Isso se deve à etiologia diferente das feridas neoplásicas e o desenvolvimento de danos na pele, que resultam em dor, hemorragia, infecção e desconforto (PROBST; ARBER; FAITHFULL, 2013)

Existem dois tipos de abordagem de cuidados para feridas neoplásicas: um com finalidade terapêutica e outro com finalidade paliativa. Raramente, esses tipos de lesões alcançam a cura; podem se desenvolver durante os últimos meses de vida da pessoa ou se fazerem presentes por longos anos (GOMES; JESUS, 2013; CARVALHO; AURELIANO, 2014)

Essas feridas apresentam, na maioria das vezes, um mau prognóstico, sem qualquer potencial de cicatrização e isso ocorre devido à perfusão sanguínea diminuída e apoptose e contínuo processo inflamatório (NAYLOR, 2002; ALEXANDER, 2010; ÁZERA, 2014).

Além disso, as feridas tumorais têm uma larga deficiência de contração tecidual, o que contribui para o prolongamento do processo cicatricial das mesmas. Essa alteração está relacionada à baixa produção de fibroblastos, consequência direta do déficit nutricional que pacientes geralmente apresentam (GOMES; CAMARGO, 2004).

Firmino (2005) ressalta que os sintomas físicos mais comumente associados às feridas malignas são a dor, o odor, o exsudado e a sangramento. O receio em machucar o paciente devido à lesão ser friável foi apontado por uma enfermeira. O sangramento na lesão está relacionado à angiogênese, à ruptura dos principais vasos situados no tumor, à oclusão dos vasos sanguíneos devido à pressão causado pelo crescimento do estroma tumoral, à



plaquetopenia, à tratamentos radioterápicos e à frequência da remoção dos curativos (FIRMINO, 2005; GOZZO et al, 2014).

Nessa perspectiva, Merz (2011) ressalta que, se a cura da doença ou a cicatrização da ferida não são possíveis, a equipe multiprofissional deve focar na gestão local da ferida e no controle dos sintomas, integrando as dimensões física, psicológica, social e espiritual, visando proporcionar melhor qualidade de vida para esse paciente.

Alexander (2009) aponta que o alívio eficaz dos sintomas físicos das feridas malignas permite também o alívio dos aspectos psicossociais, sendo essenciais para melhorar e aumentar o bem-estar, o conforto e a confiança do paciente.

Nessa perspectiva, para proporcionar uma melhor qualidade de vida ao paciente com doença oncológica avançada com ferida neoplásica, o enfermeiro necessita conhecer os produtos, substâncias, medicamentos e coberturas específicos e mais indicados para controle dos sinais e sintomas; a realidade econômica do paciente e de seus familiares e da instituição em que está hospitalizado para melhor intervir (CAMARGO, 2004; MERZ et al., 2011, VAQUER, 2012, PROBST et al., 2015).

No manejo dos sinais e sintomas são usadas coberturas específicas para a palição, a exemplo: coberturas antiaderentes possui ação comprovadamente eficaz na redução da dor e do sangramento durante a remoção do curativo; da mesma maneira que o metronidazol é o produto mais adequado na diminuição do odor produzido pela infecção e os alginatos e carvão ativado para absorção de excesso de exsudato (RAMOS et al., 2015).

Além disso, o treinamento de pacientes e de seus cuidadores é de vital importância no processo do cuidado dessas lesões, uma vez que os familiares e as próprias pessoas com feridas são, frequentemente, os únicos responsáveis e provedores de assistência contínua (AZEVEDO et al, 2014).

O déficit do autocuidado foi mencionado pelas enfermeiras participantes da pesquisa como sendo fator impeditivo para o sucesso terapêutico no controle dos sintomas, implicando, desse modo, no aparecimento de complicações, como a infestação de larvas.

As feridas neoplásicas apresentam impacto negativo nas dimensões física, psíquica, social e espiritual do paciente. Os sintomas físicos incluem lesão extensa sem possibilidades de cicatrização, desfigurante, dolorosa, friável, exsudativa e que exala odor fétido são descritos, geralmente, pelos pacientes como angustiantes. Os problemas emocionais frequentemente mencionados pelos pacientes são medo, ansiedade e vergonha diante do extravasamento do exsudato pelo curativo, contribuindo para a sujidade das roupas; além disso o odor pútrido exalado pela ferida concorre para o isolamento social do paciente. A

literatura também revela que os enfermeiros, muitas vezes, não têm conhecimento adequado e especializado sobre como cuidar, de forma eficaz, essas feridas (WILKES; BOXER; WHITE, 2003; LUND-NIELSEN, 2005; PIGGIN; JONES, 2007; LO et al., 2008).

Outro aspecto que merece atenção é o tratamento dessas feridas, que apresenta custo elevado para a instituição de saúde e, conseqüentemente, para o paciente quando se encontra em assistência domiciliar, como foi mencionado anteriormente na categoria ‘Cronicidade da ferida’.

Estudo realizado por Lo et al. (2008) revelou que os pacientes relataram uma mudança gradual no bem-estar físico com a progressão do câncer e da ferida, o que contribuiu para sintomas físicos mais problemáticos, como o odor pútrido e o extravasamento do exsudato. Em virtude desses sintomas, os pacientes sentiam-se angustiados e envergonhados, o que os levou a isolarem-se socialmente. Mesmo diante do sofrimento físico e social imputado pela ferida, os pacientes tentaram tomar medidas para superá-lo e uma delas foi procurar ajuda com a equipe de saúde da atenção domiciliar e, infelizmente, não obtiveram informações relacionada aos cuidados com a ferida de forma apropriada. No estudo citado, a falta de conhecimento, inexperiência do paciente com feridas neoplásicas levaram ao controle ineficiente dos sintomas; além disto, a falta de orientação, habilidade e diretrizes por parte da equipe de saúde tornaram o atendimento insuficiente, agravando o problema.

Infere-se, dessa maneira, que o déficit do autocuidado mencionado pelas enfermeiras participantes da pesquisa pode estar relacionado a esses fatores explicitados pelo estudo de Lo et al. (2008).

Nesse sentido, o enfermeiro precisa elaborar estratégias, a fim de promover o autocuidado por parte do paciente eficazmente, para isso, é indispensável à avaliação clínica do paciente e da lesão, a definição do plano de cuidados, o registro e o prognóstico de enfermagem (MATUMOTO et al., 2011).

Além disso, é imprescindível considerar os aspectos psicológicos, social e cultural que estão diretamente ligados ao desenvolvimento dessa condição crônica, a fim de conhecer sua condição de adoecimento, socioeconômica, emocional e familiar (GERALDO, 2010; WAIDMAN, 2011).

Envolver e preparar a família são estratégias fundamentais, com vistas a estruturar a base de apoio emocional do paciente, visto que, muitas vezes, o paciente pode não estar internamente motivado a enfrentar as dificuldades cotidianas que acompanham a presença da ferida (MENDES, 2012). A família é quem, geralmente, adota a posição de cuidador, dando apoio aos seus entes queridos e ajudando-os a gerir e a viver com a ferida neoplásica,

considerada complexa e angustiante (ALEXANDER, 2010; PROBST et al., 2012) Para tanto, é importante conhecer as necessidades em função do contexto físico, econômico e social em que vivem Ademais, é crucial a educar paciente e familiar sobre as medidas direcionadas ao tratamento dessa feridas (SEAMAN, 2006).

Ademais, é significativo que o enfermeiro desenvolva habilidades necessárias com o propósito de avaliar o paciente e a lesão, prescrever o tratamento mais adequado, além de orientar e supervisionar a equipe de enfermagem, paciente e familiares na execução do curativo. É necessário que o enfermeiro perceba que essas competências são intrínsecas ao seu cotidiano (FERREIRA; BOGAMIL; TORMENA, 2008).

A negação da doença aparece como outra dificuldade identificada pelas enfermeiras participantes como fator agravante para a não adesão ao tratamento, o que concorre para o déficit do autocuidado.

Frente ao impacto e às diversas mudanças que o câncer e a ferida provocam ao paciente, os mesmos vivenciam algumas etapas psicológicas que fazem parte do processo de enfrentamento, a saber: negação, revolta, barganha, depressão e aceitação (KUBLER-ROSS, 2009).

A fase da negação se caracteriza como uma defesa psíquica, em que o paciente recusa a aceitar o diagnóstico ou problema de saúde. Kübler-Ross (2009) constatou que muitos pacientes entravam num estado de choque inicial e verbalizavam não acreditar no diagnóstico da patologia. Porém, a autora destaca que, na maioria dos casos, esta é uma fase transitória, cuja função é permitir uma progressiva aceitação da realidade. Todavia, existem casos em que o paciente mantêm-se nessa fase até a morte.

Nesse sentido, a inclusão da família nas ações de cuidados é uma estratégia, cujo objetivo é promover o comprometimento e inclusão do paciente no planejamento de seus cuidados, garantindo os subsídios necessários para a superação da negação da doença (BEDIN et al., 2014).

As feridas neoplásicas exigem várias demandas à família do paciente com doença oncológica avançada e, muitas vezes, os familiares não estão preparados para compreender a situação. Por isso, informações claras fornecidas pelo enfermeiro com uma linguagem simples e dentro do contexto em que a família se encontra são essenciais para o entendimento do objetivo e significado dos cuidados e, até, de possíveis restrições. Essas orientações favorecem o encorajamento do paciente para a adesão ao tratamento. Contudo, a prevenção de complicações deve ser mencionada pelo profissional, de forma coletiva, no domicílio, já que a

família é parte fundamental na adesão ao tratamento e no estímulo ao autocuidado (MENDES, 2012).

É crucial enfatizar que a não adesão ao tratamento da ferida neoplásica traz efeitos negativos à saúde do paciente, uma vez que, além dos sinais e sintomas que essas feridas provocam como dor, odor, sangramento, exsudato e infecção, podem desenvolver aspecto visual desagradável, levando a uma deformidade corporal, provocando no paciente distúrbio da autoimagem e desgaste psicológico, o que pode provocar sensação de desamparo, humilhação e isolamento social (YAMASHITA; KURASHIMA, 2012).

Sob esse ponto de vista, os profissionais de saúde devem ser coesos na garantia de uma assistência baseada na integralidade da saúde, atendendo às necessidades biopsicossociais e espirituais. Nesse contexto, o enfermeiro pode utilizar o aconselhamento e a reabilitação como estratégias facilitadoras no processo de aceitação da doença por parte do paciente. Destarte, oferecer apoio emocional em momentos de aflição, bem como incentivar a rede de apoio social ao paciente, ajudando família, cuidadores e amigos aceitarem a nova imagem do paciente são ações essenciais que o enfermeiro pode estar realizando (YOUNG, 2005)

Ao analisar as narrativas das enfermeiras, percebe-se que outra dificuldade encontrada durante a assistência é a debilidade física do paciente, dentre eles os problemas nutricionais, a dificuldade de locomoção e mobilidade física e o processo de terminalidade.

Na trajetória da doença crônica, a pessoa desenvolve uma enfermidade que lhe causa limitações da função deixando-a em estado pré-mórbido. Com o passar do tempo, ocorre exacerbação ou remissão da doença alterando a condição do paciente, e, após cada episódio de remissão, a pessoa apresenta níveis de saúde e funções inferiores ao último quadro de exacerbação apresentado. Dentre as funções fisiológicas mais comprometidas que o paciente apresenta, estão o padrão nutricional, a mobilidade e locomoção física e, por fim, o estado de terminalidade (CARVALHO; AMARAL, 2013).

Os problemas nutricionais são uma das principais complicações mais comum em pacientes com câncer. Geralmente, o maior risco nutricional acomete pacientes com tumores sólidos e está associado, além da doença em si, às complicações orais, à toxicidade gastrointestinal e à nefrotoxicidade causada por drogas usadas no tratamento antineoplásico; bem como ingestão alimentar reduzida, condições econômica e social precárias, gasto energético aumentado, infecções repetitivas, má absorção de nutrientes; resultando em alterações na aparência física, habilidades e desempenho das funções diárias do paciente (BATTAGLINI et al, 2004; TOSCANO, 2008; RODRIGUES; POLIDORI, 2012).

De acordo com Toscano (2008), todos os pacientes oncológicos devem ser submetidos à triagem nutricional no momento da admissão, visando identificar os pacientes em risco de desnutrição induzida pelo câncer, bem como estimar a magnitude da depleção nutricional em pacientes que já estão nesta condição. Ressalta-se que o suporte dietético deve ser individualizado com intuito de oferecer condições favoráveis para o estabelecimento do plano terapêutico, assim como ofertar fluídos e nutrientes em quantidades adequadas para manter as funções vitais e a homeostase.

No que se refere à terapia nutricional para os pacientes com feridas neoplásicas, o objetivo é promover uma alimentação que permita um balanço nutricional adequado, para isso, o cardápio deve conter carboidratos, proteínas, gorduras essenciais, arginina, ácido ascórbico e zinco (MIYAKAMA; PEREIRA, 2012).

À medida que a morte se aproxima, há um declínio das funções dos sistemas, o tempo para que o organismo comece a falir pode ser de 10 a 14 dias antes da morte ou ter início nas últimas 24 horas (CARVALHO; AMARAL, 2013). Por isso, a construção do plano de cuidados em tempo útil num serviço de internamento é essencial.

Quando os enfermeiros acolhem uma pessoa em fim de vida se deparam com um ser humano numa situação de extrema dependência com múltiplas necessidades, o que o torna muito vulnerável. Assim, é imperativo responder às necessidades do paciente, sendo indispensável prever, avaliar tais necessidades e interpretar os sinais reveladores, pois o paciente em processo de terminalidade vai entregando-se ao enfermeiro (FARIAS; PACHECO, 2013).

De uma forma geral, a finalidade do cuidar na enfermagem é prioritariamente, aliviar o sofrimento humano, prezando pelo acolhimento e não pelo abandono, conservando a autonomia e a dignidade do paciente até a morte.

Nesse contexto, o manejo dos sintomas representa os pilares básicos da prática em cuidados paliativos, uma vez que sintomas não controlados são responsáveis por significativo sofrimento e, muitas vezes, pelo desejo de morte. Além da dor, a fadiga, a dispneia, a tosse, a broncorreia, a caquexia-anorexia, as náuseas e vômitos, a constipação, a depressão, a ansiedade e o delirium deverão ser detectados, valorizados e impecavelmente controlados (ROCHA, 2013).

É importante que o paciente se sinta acolhido em seu ambiente, com presença contínua de alguém querido ao seu lado, capaz o suficiente para cuidar de detalhes do conforto e ao mesmo tempo permitir uma partida serena e digna (AMÉRICO, 2012)

Outra dificuldade reportada pelas enfermeiras participantes estava relacionada ao tempo dedicado aos pacientes, considerado insuficiente para uma assistência de enfermagem de boa qualidade.

Nesse contexto, dentro das unidades hospitalares, o trabalho tem sido associado à sobrecarga e ao desgaste do trabalhador, em especial nos hospitais públicos, caracterizados pela elevada demanda da população, principalmente de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), prejudicando, dessa forma, a qualidade de vida de seus trabalhadores, contribuindo, assim para precariedade do exercício profissional; levando a uma fragilidade da assistência de saúde (NEUMAN, 2007; MONTEIRO; BENATTI; RODRIGUES, 2009)

Silva e Juliani (2012), Pereira, Miranda e Passos (2009) e Novaretti et al. (2014) ressaltam que o desgaste da equipe de enfermagem está associado, principalmente, às longas jornadas de trabalho, ao acúmulo de atividades, número reduzido de profissionais e sobrecarga de funções, comprometendo a eficiência do serviço prestado.

Com vistas a resolver esse problema, a instituição de saúde deve repensar em estratégias que visem um planejamento efetivo no dimensionamento de pessoal, de forma a equilibrar o quantitativo de profissionais disponíveis no mercado de trabalho com o aporte aceitável para o atendimento de acordo com a demanda de usuários nas instituições de saúde (MENEGUETTI et al., 2013; CUCOLO; PERROCA, 2015; BONFIM et al, 2016); bem como desenvolver políticas e oferecer o suporte necessário para solucionar o problema, por meio de uma análise detalhada e dinâmica das peculiaridades de cada setor (NOVARETTI et al., 2014).

Por fim, a compreensão da visão de mundo e das experiências profissionais de enfermeiras que cuidam de pessoas com feridas malignas é um dos elementos aglutinadores do processo de cuidar de enfermagem, a que o enfermeiro atribui sentido e congruência. Por isso, torna-se imperativo compreender as habilidades técnicas e humanas que os enfermeiros utilizam no contexto da oncologia e dos cuidados paliativos, com vistas a tornar possível uma reflexão sobre as várias possibilidades de cuidar.

## 5 Considerações Finais



Fonte: Google Imagens, 2016.

Ao final deste estudo podemos considerar que os objetivos almejados foram alcançados, uma vez que foi possível compreender as vivências de enfermeiras no cuidado a pacientes com feridas neoplásicas, sendo um estudo de relevância, pois agrega conhecimento sobre a experiência destas frente aos cuidados prestados a pessoas que convivem com esse tipo de lesão.

Salienta-se que, foi possível identificar, neste estudo, as concepções acerca do cuidar na visão de enfermeiras assistenciais, além dos seus sentimentos e emoções diante do cuidado a pacientes com feridas neoplásicas, bem como as dificuldades encontradas durante a assistência prestada a esse tipo de clientela.

Percebeu-se que as participantes compreendem o cuidar como ciência e arte da Enfermagem, haja vista que demonstraram preocupação por um cuidar holístico, humanizado e, sobretudo empático para com o paciente, promovendo ações de solicitude com vistas ao conforto físico e psíquico do paciente, proporcionando, assim, bem estar e dignidade no processo de adoecimento e morte do mesmo.

Os discursos apontaram sentimentos ora positivos e ora negativos, percebidos durante a realização dos curativos. Pode-se constatar que em que a tristeza foi mencionada como o sentimento que permeava as ações de cuidado, haja vista que as enfermeiras desenvolviam habilidades empáticas diante da dor e do sofrimento do paciente.

Percebeu-se por meio das narrativas das participantes que a falta de recursos materiais, a lesão sem possibilidades terapêuticas de cicatrização, o número reduzido de profissionais, a falta de protocolo institucional e o contato com a dor, o sofrimento e a terminalidade do paciente se constituíram as dificuldades enfrentadas durante o processo de cuidar, influenciando negativamente para o controle dos sintomas da lesão, e, conseqüentemente, para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

Frente ao exposto, ressalta-se que é fundamental que os gestores da instituição lócus da pesquisa elaborem estratégias que busquem solucionar as dificuldades encontradas no ambiente de trabalho dos profissionais com intuito de melhorar o cuidado a esses pacientes oncológicos, tais como: implementação de protocolo institucional direcionado ao tratamento de feridas neoplásicas; inserir efetivamente, educação permanente na rotina dos profissionais que lidam com pacientes com doença oncológica avançada, visando à implementação de espaços para aprimoramento de conhecimento teórico-prático desses profissionais, bem como medidas educativas, para pacientes, cuidadores e familiares; criar espaço institucional para discussão de medos, anseios, experiências e dificuldades de profissionais que lidam com esses



pacientes, com vistas a minimizar estresse físico e psicológico da própria equipe multiprofissional, além de acompanhamento psicológico.

Outrossim, não se teve a pretensão, com esta pesquisa, de exaurir a temática em estudo, sendo considerada essencial a percepção de novos olhares sobre ela. Acredita-se que a realização deste estudo pode contribuir tanto com a construção do conhecimento acerca da temática, tendo em vista a incipiente produção científica relacionada ao cuidado de enfermagem a pessoas com feridas neoplásicas, como também com a qualificação da prática do cuidado de enfermagem.

Nessa perspectiva, salienta-se a importância de estudos futuros, que investiguem novas possibilidades assistenciais e tecnologias inovadoras de cuidados para as pessoas com feridas neoplásicas, a fim de melhorar a qualidade e humanização do processo de cuidar de enfermagem a pessoas com doença oncológica avançada.

## Referências



Fonte: Google Imagens, 2016.

ALEXANDER, S. J. – Malignant fungating wounds: managing pain, bleeding and psychosocial issues. *Journal of Wound Care*. v. 18, n. 10, p. 418-24, 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19816381> Acesso em: 08 Set. 2016.

ALEXANDER, S. J. – An intense and unforgettable experience: the lived experience of malignant wounds from the perspectives of patients, caregivers and nurses. *International Wound Journal*. v. 7, n. 6, p. 456-65, 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20673255> Acesso em: 09 Set. 2016.

AMÉRICO, A.F.Q. Assistência ao fim de vida: as últimas quarenta e oito horas. In: *ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. Manual de cuidados paliativos*. São Paulo, 2012. Disponível em: [http://www.santacasasp.org.br/upSrv01/up\\_publicacoes/8011/10577\\_Manual%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf](http://www.santacasasp.org.br/upSrv01/up_publicacoes/8011/10577_Manual%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf) Acesso em: 15 Set. 2016.

ANGIONE, L. As noções aristotélicas de substância e essência. Campinas: Editora da Unicamp, 2008. Disponível em: <https://issuu.com/editoraunicamp/docs/1268> Acesso em: 25 Ago. 2016.

ARAÚJO, M.M.T. Quando "uma palavra de carinho conforto mais que um medicamento": as necessidades e expectativas de pacientes sob cuidados paliativos. 2006. 110 f. Dissertação [Mestrado]. Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-02102006-144115/pt-br.php> Acesso em: 02 Set. 2016.

ÁZERA, J. V. Feridas Malignas: Características e qualidade de vida. 117 f. [Dissertação]. Universidade Católica Brasileira, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa, 2016. Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18285/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf> Acesso em: 06 Set. 2016

AZEVEDO, I. C.; COSTA, R. K. S.; HOLANDA, C. S. M. Feridas oncológicas: Avaliação e tratamento por enfermeiros da estratégia saúde da família de Caicó/RN. *Rev enferm UFPE on line*. v.6, n.3, p. 690-4, Mar. 2012. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revistaenfermagem/article/view/2178> Acesso em: 20 Abr. 2015.

AZEVEDO et al. Conhecimento de Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre Avaliação e Tratamento de Feridas Oncológicas. *Rev Bras Cancerol*. v.60, n. 2, p. 119-127. 2014. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_60/v02/pdf/05-artigo-conhecimento-de-enfermeiros-da-estrategia-saude-da-familia-sobre-avaliacao-e-tratamento-de-feridas-oncologicas.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_60/v02/pdf/05-artigo-conhecimento-de-enfermeiros-da-estrategia-saude-da-familia-sobre-avaliacao-e-tratamento-de-feridas-oncologicas.pdf) Acesso em: 19 Abr. 2015

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: edições 70, 2011.

- BATTAGLINI, C. L. et al. Atividade física e níveis de fadiga em pacientes portadores de câncer. *Rev Bras Med Esporte*, v.10, n. 2, p. 98-104, Mar/Abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v10n2/a04v10n2.pdf> Acesso em: 11 Set. 2016.
- BECK, C. L. C. et al. Fatores que favorecem e dificultam o trabalho dos enfermeiros nos serviços de atenção à saúde. *Esc. Anna Nery*. Rio de Janeiro, v.14, n.3, p. 490-5, Jul/Set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a09.pdf> Acesso em: 09 Set. 2016.
- BEDIN, L. F. et al. Estratégias de promoção da autoestima, autonomia e autocuidado das pessoas com feridas crônicas. *Revi Gaúcha Enferm*. v.35, n.3, p.61-7, 2014. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/43581/31508> Acesso em: 11 Set. 2016.
- BETTINELLI, L. A.; WASKIEVICZ, J.; ERDMANN, A. L. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. *O mundo da saúde*, São Paulo, ano 27, v. 27 n. 2 abr./jun. 2003. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is\\_digital/is\\_0403/pdf/IS23\(4\)111.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23(4)111.pdf) Acesso em: 29 Jul. 2016.
- BETTINELLI, L. A.; WASKIEVICZ, J.; ERDMANN, A.L. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola, 2014.
- BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano compaixão pela terra*. Petrópolis (RJ): Vozes; 1999.
- BOFF, L. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. *Inclusão Social*, Brasília, v. 1, n. 1, p. 28-35, out./mar., 2005. Disponível em: <http://revista.ibict.br/inclusao/article/view/1503/1689> Acesso em 18 Mai. 2015.
- BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo 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. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/viewFile/18027/16976> Acesso em: 23 Mai. 2015.
- BONFIM, D. et al. Aplicação do método Workload Indicators of Staffig Need como preditor de recursos humanos de enfermagem em Unidade de Saúde da Família. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 24, p. 2683. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt\\_0104-1169-rlae-24-02683.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02683.pdf) Acesso em 10 Set. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). *Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado. Série cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: INCA; 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Feridas\\_Tumorais.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Feridas_Tumorais.pdf) Acesso em: 16 Abr. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Instituto Nacional do Câncer. Incidência do Câncer no Brasil. **Estimativa 2016**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf> Acesso em 15 Abr. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. O Humaniza SUS na atenção básica. Brasília (DF), 2009. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza\\_sus\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf) Acesso em 20 de Jul. 2016.

BRUSAMARELLO, T. et al. Cuidado a pessoas com transtorno mental e familiares: diagnósticos e intervenções a partir da consulta de enfermagem. *Cogitare Enferm.* v. 18, n. 2, p. 245-52, 2013. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/32574/20686> Acesso em: 02 Set. 2016.

CARVALHO, M. V. B. A morte: a arte de cuidar na despedida. In: POKLADEK, D.D. A fenomenologia do cuidar: prática dos horizontes vividos nas áreas da saúde, educacional e organizacional. 2004.

CARVALHO, E.S.S.; AMARAL, J.B. Perda da integridade cutânea nos processos de finitude: medidas de prevenção, proteção e controle dos danos. In: SILVA, R.S.; AMARAL, J.B.; MALAGUTTI, W. Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte. São Paulo: Martinari, 2013.

CARVALHO, E.S.S.; AURELIANO, D.F.C. Cuidado às pessoas com ferida neoplásica. In: CARVALHO, E.S.S. Como cuidar de pessoas com feridas: desafios para a prática multiprofissional. Salvador: Atualiza Ed., 2014.

CARVALHO, E. S. S. Cuidando de pessoas com feridas infectadas: representações sociais da equipe de enfermagem [Dissertação]. Salvador: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, 2006. Disponível em: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp026092.pdf> Acesso em: 09 Set. 2016.

CARVALHO, M.V.L.; MIRIGHI, M.A.B. O cuidar no processo de morrer na percepção de mulheres com câncer: uma atitude fenomenológica. *Revi Latino-am Enferm.* v.13, n.6, p.951-9, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a06.pdf> Acesso em: 03 Set. 2016.

CASTRO, E. A. B.; DIAS, S. M.; PRADO, R. T. Competências e habilidades para atuação do enfermeiro em bancos de olhos. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, v.23, n.1, p.47-55, Jan-Mar 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt\\_0104-0707-tce-23-01-00047.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00047.pdf) Acesso em: 15 Mai. 2015.

CUCOLO, D. F.; PERROCA, M. G. Fatores intervenientes na produção do cuidado de enfermagem. *Acta Paul Enfer.*, v. 28, n.2, p. 120-4. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n2/1982-0194-ape-28-02-0120.pdf> Acesso em: 15 Set. 2016.

DUARTE, M. L. C.; NORO, A. Humanização: uma leitura a partir da compreensão dos profissionais da enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS), v. 31, n. 4, p. 685-92, Dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n4/a11v31n4.pdf> Acesso em: 04 Set. 2016.

FARIA, D. A. P.; MAIA, E. M. C. Ansiedades e sentimentos de profissionais da enfermagem nas situações de terminalidade em oncologia. *Rev Latinoam Enferm.* v. 15, n. 6, p. 1131-7, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/pt\\_11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/pt_11.pdf) Acesso em: 06 Set. 2016.

FARIAS, C.F.C.; PACHECO, S. O enfermeiro diante do processo de morrer, perdas e luto. In: SILVA, R.S.; AMARAL, J.B.; MALAGUTTI, W. *Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte.* São Paulo: Martinari, 2013. Acesso em: 13 Set. 2016.

FERREIRA, A.M.; BOGAMIL, D.D.D.; TORMENA, P.C. O enfermeiro e o tratamento de feridas: em busca da autonomia do cuidado. *Arq Ciênc Saúde.* v.15, n.3, p.105-9, 2008. Disponível em: [http://repositorio-racs.famerp.br/racs\\_ol/vol-15-3/IDN269.pdf](http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-15-3/IDN269.pdf) Acesso em: 11 Set. 2016.

FIRMINO, F. Pacientes portadores de feridas neoplásicas em serviços de cuidados paliativos: contribuições para a elaboração de protocolos de intervenções de enfermagem. *Rev bras cancerol.* v. 51, n. 4, p. 347-59, 2005. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_51/v04/pdf/revisao6.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_51/v04/pdf/revisao6.pdf) Acesso em: 10 Mai. 2015.

FRANCO, M.H.P. Cuidados paliativos e o luto no contexto hospitalar. *O Mundo da Saúde*, v. 27, n. 1, p. 182-4, 2003.

GABRIEL, C. S. et al. Qualidade na assistência de enfermagem hospitalar: visão de alunos de graduação. *Rev Gaúcha Enferm.* Porto Alegre (RS), v. 31, n. 3, p. 529-35, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n3/v31n3a17.pdf> Acesso em: 15 Ago. 2016.

GERALDO, M.S. Processo de viver do portador com ferida crônica: atividades recreativas, sexuais, vida social e familiar. *Saúde Coletiva.* v.46, n.7, p.300-4, 2010. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84215678004> Acesso em: 08 Set. 2016.

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

GOLEMAN, D. *Inteligência emocional.* Rio de Janeiro: Objetiva, 1995.

GOMES, C.; JESUS, C. Feridas crônicas em cuidados paliativos: revisão bibliográfica. *Journal of Aging and Innovation*, v. 2, Mai. 2013. Disponível em: <http://journalofagingandinnovation.org/volume2-edicao2-abril2013/feridas-cronicas/> Acesso em: 14 Set. 2016.

GOMES, I. P.; CAMARGO, T. C. Feridas Tumorais e Cuidado de Enfermagem: Buscando Evidências para o Controle de Sintomas. *Revista Enfermagem UERJ*. v. 12, p. 211-6, 2004. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v12n2/v12n2a14.pdf> Acesso em: 14 Set. 2016.

GOZZO, T. O. et al. Ocorrência e manejo de feridas neoplásicas em mulheres com câncer de mama avançado. *Esc Anna Nery* v. 18, n. 2, p. 270-6, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452014000200270](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000200270) Acesso em: 05 Set. 2016.

GUEDES, M. T. S; SILVA, S. P, SCHWARTZ, M. P. Feridas tumorais. In: Silva RCL et al. *Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem*. São Caetano do Sul: Yendis, 2011.

HORTA, W. A. *Processo de Enfermagem*. São Paulo: EPU, 1979.

IRION, G. *Feridas novas abordagem, manejo clínico e atlas em cores*. Alabama, EUA: Guanabara Koogan; 2005. p 390.

KÜBLER-ROSS, E. *On Death & Dying*. New York, Collier Books, 1969.

LEITE, C. Feridas tumorais: cuidados de enfermagem. *Revista Científica do HCE*. n. 2, p. 36-40, 2007. Disponível em: <http://docplayer.com.br/14925824-Feridas-tumorais-cuidados-de-enfermagem.html> Acesso em: 11 Mai. 2015.

LEITE, M. T.; MASCHIO, G.; STUMM, E. M. F. Vivências de uma equipe de enfermagem no cuidado a pacientes com câncer. *Cogitare Enferm* v.13. n.1, p.75-82, Jan/Mar 2008. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/11955/8436> Acesso em: 13 Mai. 2015.

LEMOS, R. C. A. et al. Visão dos enfermeiros sobre a assistência holística ao cliente hospitalizado *Rev. Eletr. Enf.* 2010;12(2):354-9. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a20.htm>. Acesso em: 19 Ago. 2016.

LIMA, M. P. O. Significado do cuidado de enfermagem para enfermeiras no contexto hospitalar: uma visão interacionista. Fortaleza, 2010. 162f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará. Disponível em: <http://www.uece.br/cmacclis/dmdocuments/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Final-%20Marcos%20Paulo.pdf> Acesso em: 21 Ago. 2016.

LO, S. et al. – Experiences of living with a malignant fungating wound: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*. v. 17, p. 2699-708, 2008. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18808638> Acesso em: 06 Set. 2016.

LUND – NIELSEN, B. et al. – Malignant wounds in women with breast cancer: feminine and sexual perspectives. *Journal of Clinical Nursing*. v. 14, p. 56 – 64, 2005. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15656849> Acesso em: 07 Set. 2016.

MARCELINO, S. R. et al. A consulta de enfermagem no cuidado à pessoa com câncer: Contextualizando uma realidade. *Cogitare Enferm*, v.12, n.4, p.487-93, Out/Dez 2007. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/10075/6927> Acesso em: 14 Mai. 2015.

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

MATUMOTO, S. et al. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo de construção. *Rev Latino-am Enferm*. v.19, n.1, [8 telas], 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt\\_17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_17.pdf) Acesso em: 09 Set. 2016.

MAYNART, W. H. et al. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. *Acta Paul Enferm*. v. 27, n. 4, p. 300-3, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n4/1982-0194-ape-027-004-0300.pdf> Acesso em: 04 Set. 2016.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf) Acesso em: 14 Set. 2016.

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

MERZ, T. et al. Fungating wounds: multidimensional challenge in palliative care. **Breast Care**, v.6, p. 21-4, fev, 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3083267/> Acesso em: 12 Set. 2016.

MESQUITA, A. C.; CARVALHO, E. C. A Escuta Terapêutica como estratégia de intervenção em saúde: uma revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP*, v. 48, n. 6, p. 1127-36, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/pt\\_0080-6234-reeusp-48-06-1127.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/pt_0080-6234-reeusp-48-06-1127.pdf) Acesso em: 04 Set. 2016.

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



MIYAKAMA, C.A.I.; PEREIRA, M. S. Intervenção nutricional: o nutricionista na avaliação e tratamento ao portador de feridas e estomas. In: MATSUBARA, M.G.S. et al. Feridas e estomas em oncologia: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Lemar Ed., 2012.

MONTEIRO, C. M.; BENATTI, M. C. C.; RODRIGUES, R. C. M. Acidente do trabalho e qualidade de vida relacionada à saúde: um estudo em três hospitais. Revista Latino Americana de Enfermagem, v. 17, n. 1, Jan/Fev. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n1/pt\\_16.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n1/pt_16.pdf) Acesso em: 09 Set. 2016.

MONTEIRO, V. R. L. Perda gestacional e processo de luto: vivências do enfermeiro especialista de saúde materna e obstetrícia. 129 fls. Relatório Final 1º Curso de Mestrado em ESMOG. Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. Portugal, 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3083267/> Acesso em: 13 Set. 2016.

NAYLOR, W. – Part 1: Symptom control in the management of fungating wounds. World Wide Wounds. [Em linha]. (2002). Disponível em: <http://www.worldwidewounds.com/2002/march/Naylor/Symptom-Control-Fungating-Wounds.html> Acesso em: 12 Set. 2016.

NEUMANN, V. N. Qualidade de vida no trabalho: percepções da equipe de enfermagem na organização hospitalar. 2007. 164f. [Dissertação]. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2007. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/359M.PDF> Acesso em: 13 Set. 2016.

NOVARETTI, M. C. Z. et al. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. Rev Bras Enferm. v. 67, n. 5, p. 692-9, Set/ Out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0692.pdf> Acesso em: 10 Set. 2016.

PEREIRA, C. A.; MIRANDA, L. C. S.; PASSOS, J. P. O estresse ocupacional da equipe de enfermagem em setor fechado. Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental Online, p. 196 – 202, Set/Dez. 2009. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/346/331> Acesso em: 10 Set. 2016.

PETERSON, A. A.; CARVALHO, E. C. Comunicação terapêutica na Enfermagem: dificuldades para o cuidar de idosos com câncer. Rev Bras Enferm, Brasília, v. 64, n. 4, p. 692-7, Jul./Ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n4/a10v64n4.pdf> Acesso em: 30 Ago. 2016.

PIGGIN, C.; JONES, V. Malignant fungating wounds: an analysis of the lived experience. International Journal of Palliative Nursing. v. 13, n. 8, p. 384-90, 2007. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18018818> Acesso em: 12 Set. 2016.

PIMENTEL, P. K.; COELHO JUNIOR, N. Algumas considerações sobre o uso da empatia em casos e situações limite. *Psic. Clin.*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 301-14, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pc/v21n2/04.pdf> Acesso em: 20 Ago. 2016.

PIRES, V. M. M. M.; RODRIGUES, V. P.; NASCIMENTO, M. A. A. Sentidos da integralidade do cuidado na saúde da família. *Rev Enferm UERJ*. v. 18, n. 4, p. 622-7, 2010. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a20.pdf> Acesso em: 08 Ago. 2016.

PROBST, S.; ARBER, A.; FAITHFULL, S. Malignant fungating wounds: a survey of nurse's clinical practice in Switzerland. *European Journal Oncology Nursing*. v.13, p.295-8, 2009. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/24349874\\_Malignant\\_fungating\\_wounds\\_A\\_survey\\_of\\_nurses'\\_clinical\\_practice\\_in\\_Switzerland](https://www.researchgate.net/publication/24349874_Malignant_fungating_wounds_A_survey_of_nurses'_clinical_practice_in_Switzerland) Acesso em: 15 Set. 2016.

PROBST, S.; ARBER, A.; FAITHFULL, S. Coping with an exulcerated breast carcinoma: an interpretative phenomenological study. *J Wound Care*. v. 22, n.7, p. 352-4, 356-8, 360, Jul. 2013. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/18322828.pdf> Acesso em: 07 Set. 2016.

RAMOS, A. et al. Curar o paliar: qué cuesta más? Análisis de costes del tratamiento de uma herida crónica em función de su finalidade. *Med Paliat*. v. 22, n. 2, p .45-51, 2015.

ROCHA, M. D.S. Papel da enfermeira na equipe interdisciplinar de cuidados paliativos. In: SILVA, R.S.; AMARAL, J.B.; MALAGUTTI, W. *Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte*. São Paulo: Martinari, 2013.

ROSELLÓ, F. T. *Antropologia do cuidar*. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

RODRIGUES, F. S. S.; POLIDORI, M. M. Enfrentamento e Resiliência de Pacientes em Tratamento Quimioterápico e seus Familiares. *Revista Brasileira de Cancerologia* v. 58, n. 4, p. 619-27, 2012. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_58/v04/pdf/07-artigo-enfrentamento-resiliencia-pacientes-tratamento-quimioterapico-familiares.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_58/v04/pdf/07-artigo-enfrentamento-resiliencia-pacientes-tratamento-quimioterapico-familiares.pdf) Acesso em: 09 Set. 2016.

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

SALES, C. A.; SILVA, V. A. A atuação do enfermeiro na humanização do cuidado no contexto hospital. *Ciênc Cuid Saúde*. 2011, v. 10; n. 1, p. 66-73, 2011. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/14912/pdf> Acesso em: 20 Ago. 2016.

SALOMÉ, G. M.; ESPÓSITO, V. H. C. Vivências de acadêmicos de enfermagem durante o cuidado prestado às pessoas com feridas. *Revi Bras Enferm*. v. 61; n. 6; p. 822-7, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a05v61n6> Acesso em: 23 Ago. 2016.

SANTANA, F. R. et al. Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de graduação em enfermagem do Estado de Goiás. *Ciência e Saúde Coletiva*. v.15(supl-1), p. 1.653-64, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/077.pdf> Acesso em: 25 Ago. 2016.

SEAMAN, S. Management of Malignant fungating wounds in advanced cancer. *Semin Oncol Nurs*. v. 22, n. 3, p. 185-93, Ago 2006. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16893748> Acesso em: 07 Set. 2016.

SILVA, L. W. S et al. O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re)descoberta na enfermagem. *Rev Bras Enferm*. v. 58, n. 4, p. 471-5, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n4/a18v58n4.pdf> Acesso em: 28 Ago. 2016.

SILVA, L. C. O sofrimento psicológico dos profissionais de saúde na atenção ao paciente de câncer. *Psicol. Am. Lat., México*, n. 16, jun. 2009. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-350X2009000100007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2009000100007) Acesso em: 30 Ago. 2016.

SILVA, L. C. P.; JULIANI, C. M. C. M. A interferência da jornada de trabalho na qualidade do serviço: contribuição à gestão de pessoas. *RAS*, v. 14, n. 54, Jan-Mar, 2012. Disponível em: <http://repositorio.unesp.br/handle/11449/96403> Acesso em 10 Set. 2016.

SILVA, L. A. P.; SCHUTZ, V.; MACHADO D. A. Análise parcial do custo dos curativos realizados na unidade de terapia intensiva. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, v. 9, n. 3, p.7031-8, Mar., 2015. Disponível em: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revistaenfermagem/article/view/7194/pdf\\_7363](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revistaenfermagem/article/view/7194/pdf_7363) Acesso em: 11 Set. 2016.

SOLOMON, R.C. *Fiéis às nossas emoções: o que elas realmente nos dizem*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

TOSCANO, B. A. F. et al. Câncer: implicações nutricionais. *Com. Ciências Saúde*. v. 19, n. 2, p. 171-80, 2008. Disponível em: [http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2008Vol19\\_2art10cancer.pdf](http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2008Vol19_2art10cancer.pdf) Acesso em: 11 Set. 2016.

VAQUER, L. M. Manejo de las úlceras cutâneas de origen tumoral; cutánides. *Revi Inter Grupos Invest Oncol*. v.1, n.2, p.52-59, 2012. Disponível em: <http://www.seoq.org/docs/files2013/enfermeria/ponencias/MONMUC.pdf> Acesso em: 12 Set. 2016.

WADAMAN, M.AP.P. O cotidiano do indivíduo com ferida crônica e sua saúde mental. *Texto Contexto Enferm*. v.20, n.4, p.691-9, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n4/07.pdf> Acesso em: 08 Set. 2016.

WATANUKI, M. F.; TRACY, R.; LINDQUIST, R. Therapeutic listening. In: TRACY, R.; LINDQUIST, R. Complementary alternative therapies in nursing. New York: Springer, p. 45-55, 2006.

WILKES, L.M.; BOXER, E.; WHITE, K. The hidden side of nursing: why caring for patients with malignant malodours wounds is so difficult. J Wound Care. v.12, p.76-80, 2003. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12655971> Acesso em: 24 Ago. 2016.

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.

YOUNG, C.V. The effects of malodours fungating malignant wounds on body image and quality of life. Journal Wound Care. v.14, n.8, p.359-62, 2005. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16178290> Acesso em: 13 Set. 2016.

## Apêndices



Fonte: Google Imagens, 2016.

**APÊNDICE A -**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado(a) Senhor(a)

Esta pesquisa intitulada **“Vivências de enfermeiras no cuidado a pacientes com feridas neoplásicas”**, cujo objetivo é compreender as vivências de enfermeiras no cuidado a pacientes com feridas neoplásicas e objetivos específicos: compreender os sentimentos de enfermeiras no cuidado a clientes com feridas oncológicas; perceber o cuidado prestado pelas enfermeiras aos pacientes com feridas oncológicas. Esta pesquisa está sendo desenvolvida por Débora Thaise Freires de Brito, discente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, *Campus Cuité*, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Ms. Glenda Agra.

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

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

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

Eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar desta pesquisa declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecido(a), estando ciente dos objetivos da pesquisa, com a liberdade de retirar o

consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei esse documento assinado por mim e pelas pesquisadoras, contendo identificação, contatos telefônicos e endereços das mesmas.

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

---

Pesquisador colaborador

**Débora Thaise Freires de Brito**

---

Pesquisador responsável

**Glenda Agra**

---

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: Débora Thaise Freires de Brito**

Endereço: Rua 25 de Janeiro - Centro - Cuité/PB - CEP 58175-000

RG : 3304645  
CPF 075611614-76  
MAT: 511220183

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Universidade Federal de Campina Grande  
Rua: Carlos Chagas, s/n  
Bairro: São José  
Cidade: Campina Grande-Pb  
CEP: 58107 670  
Fone: 2101-5545

**APÊNDICE B -****INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS**

Sexo: Feminino ( ) Masculino ( )

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

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

Renda familiar: \_\_\_\_\_

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

Tempo de experiência como enfermeiro: \_\_\_\_\_

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

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

Especialização: Em que área? \_\_\_\_\_

Mestrado: Em que área? \_\_\_\_\_

- 1.O que é cuidado para você?
- 2.Fale-me como você cuida do paciente com ferida neoplásica
- 3.Fale-me sobre os sentimentos vivenciados por você durante a realização de um curativo
- 5.Para você, o que é importante no preparo do paciente para a alta hospitalar?
- 6.Quais as dificuldades encontradas no cuidado a pacientes com feridas neoplásicas?



## **ANEXOS**



Fonte: Google Imagens, 2016

## ANEXO A –

**TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES RESPONSÁVEIS**

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

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

Por este termo de responsabilidade, nós, pesquisadoras responsável e colaboradora, Glenda Agra e Débora Thaíse Freires de Brito, abaixo-assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada **“VIVÊNCIAS DE ENFERMEIRAS NO CUIDADO A PACIENTES COM FERIDAS NEOPLÁSICAS”**, assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas Complementares, outorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de Janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao(s) sujeito(s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, 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.

Cuité, 19 de outubro de 2015.

---

**Glenda Agra**  
(Pesquisadora Responsável)

---

**Débora Thaíse Freires de Brito**  
(Pesquisadora Colaboradora)

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

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

**TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

Eu, Glenda Agra, docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, portadora do RG 1.648.163 SSP/PB e CPF 996.749.554-53, comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 466/2012 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos durante a pesquisa intitulada **“VIVÊNCIAS DE ENFERMEIRAS NO CUIDADO A PACIENTES COM FERIDAS NEOPLÁSICAS”** da aluna Débora Thaíse Freires de Brito.

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

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Cuité, 19 de outubro de 2015.

---

**Glenda Agra**  
(Orientadora)

## ANEXO C –

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



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

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

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

O Centro de Educação e Saúde da UFCEG conta no seu Programa de Graduação, com o Curso de Enfermagem. Nesse contexto, a aluna Débora Thaíse Freires de Brito, matrícula nº 511220183, RG 3304645, CPF 075611614-76, está realizando uma pesquisa intitulada por: **“VIVÊNCIAS DE ENFERMEIRAS NO CUIDADO A PACIENTES COM FERIDAS NEOPLÁSICAS”**, necessitando, portanto, coletar dados que subsidiem este estudo junto aos prontuários de pacientes com feridas neoplásicas desta instituição.

Desta forma, solicitamos sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar tanto o acesso da referida graduanda para a realização da coleta de dados, como a utilização do nome da instituição.

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

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

Cuité, 19 de outubro de 2015.

---

**Débora Thaise Freires de Brito**  
(Orientanda - Pesquisadora)

---

**Glenda Agra**  
(Orientadora - Pesquisadora)

---

**Ramilton Costa Marinho**  
Diretor do Centro de Educação e Saúde da UFCEG

**ANEXO D –****CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DA UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM**

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

**CERTIDÃO DE APROVAÇÃO**

O Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande conta no seu Programa de Graduação, com o Curso de Bacharelado em Enfermagem. Nesse contexto, a graduanda Débora Thaise Freires de Brito Mat. 511220183, RG 3304645, CPF 075.611.614-76 está realizando uma pesquisa intitulada por: **“VIVÊNCIAS DE ENFERMEIRAS NO CUIDADO A PACIENTES COM FERIDAS NEOPLÁSICAS”**, sob a orientação da professora Mestre Glenda Agra, SIAPE 1841058.

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

Cuité, 19 de outubro 2015.

---

**Waleska de Brito Nunes**  
(Coordenadora da Unidade Acadêmica de Enfermagem – Cuité/PB)

**ANEXO E –  
DECLARAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS**



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

**DECLARAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS**

**Declaro para os devidos fins que as pesquisadoras Débora Thaise Freires de Brito e Glenda Agra encaminharão os resultados da pesquisa intitulada “VIVÊNCIAS DE ENFERMEIRAS NO CUIDADO A PACIENTES COM FERIDAS NEOPLÁSICAS” para a Plataforma Brasil, logo após a conclusão da pesquisa.**

Cuité, 19 de outubro 2015.

---

**Débora Thaise Freires de Brito**  
(Pesquisadora Colaboradora)

---

**Glenda Agra**  
(Pesquisadora Responsável)

## ANEXO F –

## DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DA INSTITUIÇÃO LÓCUS DA PESQUISA

**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  
 CEP 58.429-350 - 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: “VIVÊNCIAS DE ENFERMEIRAS NO CUIDADO A PACIENTES COM FERIDAS NEOPLÁSICAS”. Sob orientação da Prof<sup>a</sup> Msc. Glenda Agra, desenvolvida pela orientanda Débora Thaíse Freires de Brito, ambas da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG – a orientadora será responsável pela orientanda, caso contrário a primeira não poderá desenvolver e/ou orientar projetos na Instituição FAP. Após aprovação do Comitê de Ética. Toda documentação relativa a esta Pesquisa deverá ser entregue em uma via (CD) ao Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão (NEPE) da FAP e arquivado por cinco anos de acordo com a Res 466/2012 do Ministério da Saúde.

Campina Grande, 09 de setembro de 2015.

*Railda Shelsea T. R. Nascimento*  
**PROF<sup>a</sup> RAILDA SHELSEA TAVEIRA R. NASCIMENTO**  
 Coordenadora do NEPE/FAP

Prof<sup>a</sup> Railda Shelsea T. R. Nascimento  
 Coordenadora do Núcleo de  
 Estudo, Pesquisa e Extensão  
 NEPE/FAP

## ANEXO G –

## DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DE PROJETO



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



## DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DE PROJETO

Declaro para fins de comprovação que foi analisado e aprovado neste Comitê de Ética em Pesquisa – CEP o projeto de número CAAE: 50354215.9.0000.5182, Número do Parecer: 1.320.367 intitulado: **VIVÊNCIAS DE ENFERMEIRAS NO CUIDADO A PACIENTES COM FERIDAS NEOPLÁSICAS.**

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

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

Campina Grande - PB, 15 de Fevereiro de 2016.

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



ANEXO H –  
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
ALCIDES CARNEIRO /  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** VIVÊNCIAS DE ENFERMEIRAS NO CUIDADO A PACIENTES COM FERIDAS NEOPLÁSICAS

**Pesquisador:** Glenda Agra

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 50354215.9.0000.5182

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.320.387

**Apresentação do Projeto:**

O objetivo geral é compreender as vivências de enfermeiras no cuidado a pacientes com feridas neoplásicas. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, que realizar-se-á em um hospital filantrópico de Campina Grande -PB com enfermeiros assistenciais. Os critérios de Inclusão utilizados serão: enfermeiros assistenciais, que exerçam atividades laborais no cuidado a paciente com feridas oncológicas e que tenham um ano de

experiência na área de oncologia; e os critérios de exclusão: enfermeiros que estejam afastados das atividades laborais (férias, licença saúde, licença maternidade, afastamento para aperfeiçoamento). Vale salientar que a amostra do discurso será por saturação, ou seja, a descontinuação de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa demasia ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta dos dados. A pesquisa será realizada por meio de uma entrevista norteada por um roteiro semiestruturado durante os meses de fevereiro e março de 2016. Para a análise dos dados, empregar-se-á a Técnica de Análise de Conteúdo de Bardin.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Compreender as vivências de enfermeiras no cuidado a pacientes com feridas neoplásicas.

**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: 1.320.367

**Objetivo Secundário:**

Compreender os sentimentos de enfermeiras no cuidado a clientes com feridas oncológicas, assim como o cuidado prestado pelas mesmas a estes pacientes.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

A pesquisa não apresentará nenhum risco máximo, contudo a inibição em responder aos questionamentos. Para isso, as entrevistas serão realizadas em um ambiente reservado.

**Benefícios:**

Contribuirá para a comunidade científica enriquecendo o acervo de bases de dados, despertando o interesse para o desenvolvimento de novos estudos neste âmbito e possibilitará a criação de oficinas que vislumbram sensibilizar o Outro.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante, descrita adequadamente

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Na apreciação deste projeto constatamos os seguintes documentos devidamente datados e assinados:

- Folha de rosto;
- Termo de autorização institucional
- Termo de compromisso dos pesquisadores
- Termo de consentimento livre e esclarecido
- Projeto completo
- Declaração de divulgação dos resultados

**Recomendações:**

Nada digno de nota

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As informações presentes no corpo do projeto atendem aos aspectos fundamentais da Resolução CNS N°466 de 12 de dezembro de 2012. Portanto, o protocolo de pesquisa foi considerado aprovado

**Considerações Finais a critério do CEP:**

A partir da análise da relatoria e com base na Resolução CNS N°466 de 12 de dezembro de 2012, o protocolo de pesquisa foi considerado APROVADO ad referendum

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: 1.320.367

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento  | Arquivo  | Postagem               | Autor       | Situação |
|---|--|------------------------|-------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_590703.pdf                                       | 22/10/2015<br>21:58:12 |             | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Tcle_Debora_corrigido_cep_2015.pdf   | 22/10/2015<br>21:57:53 | Glenda Agra | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | Projeto_de_Debora_corrigido_cep_2015.pdf   | 22/10/2015<br>21:57:37 | Glenda Agra | Aceito   |
| Declaração de Pesquisadores                               | TermodeResponsabilidade dos Autores com o cumprimento da Resolução 486 de 2012.pdf | 18/09/2015<br>14:05:31 | Glenda Agra | Aceito   |
| Declaração de Pesquisadores                               | DeclaracaodosResultadosdeDebora.pdf  | 18/09/2015<br>14:04:55 | Glenda Agra | Aceito   |
| Declaração de Pesquisadores                               | AutorizacaodaFAPdeDebora.pdf   | 18/09/2015<br>14:04:21 | Glenda Agra | Aceito   |
| Declaração de Pesquisadores                               | CertidaodaUAENFEdeDebora.pdf   | 18/09/2015<br>14:02:31 | Glenda Agra | Aceito   |
| Folha de Rosto  | FolhaderostodeDebora.pdf   | 18/09/2015<br>13:50:24 | Glenda Agra | Aceito   |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CAMPINA GRANDE, 12 de Novembro de 2015

\_\_\_\_\_  
**Assinado por:  
Januse Nogueira de Carvalho  
(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