

**UniAGES**  
**Centro Universitário**  
**Bacharelado em Enfermagem**

**RAFAEL SANTANA SANTOS**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE À**  
**COMPLEXIDADE DAS FERIDAS NEOPLÁSICAS**  
**PARA UM MANEJO HOLÍSTICO:**  
**uma revisão integrativa**

**Paripiranga**  
**2021**

**RAFAEL SANTANA SANTOS**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE À  
COMPLEXIDADE DAS FERIDAS NEOPLÁSICAS  
PARA UM MANEJO HOLÍSTICO:  
uma revisão integrativa**

Monografia apresentada no curso de graduação do Centro  
Universitário AGES, como um dos pré-requisitos para a  
obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Me. Fabio Luiz Oliveira de Carvalho

Paripiranga  
2021

**RAFAEL SANTANA SANTOS**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE À  
COMPLEXIDADE DAS FERIDAS NEOPLÁSICAS  
PARA UM MANEJO HOLÍSTICO:  
uma revisão integrativa**

Monografia apresentada como exigência parcial para obtenção do título de bacharel em Enfermagem à Comissão Julgadora designada pela Coordenação de Trabalhos de Conclusão de Curso do UniAGES.

Paripiranga, 01º de julho de 2021.

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Fabio Luiz Oliveira de Carvalho  
UniAGES

Prof. Dalmo de Moura Costa  
UniAGES

Prof.<sup>a</sup> Giselle Santana Dosea  
UniAGES

Dedico este trabalho de conclusão de curso aos meus avós, João Cruz, Cloves e Laura; à minha bisavó, Mãe Detinha (*in memoriam*). Lembrarei sempre de vocês com muito carinho.

Ainda à minha família, que sempre me proporcionou todo suporte para alcançar essa conquista.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus, pelo dom da vida, por ser meu guia e pelas oportunidades, bênçãos, lições, pela sabedoria e proteção que me proporcionou em todos os momentos da minha vida, por estar sempre presente durante essa trajetória.

Gratidão eterna à toda minha família, especialmente, aos meus pais, Abel e Valdenora, meus exemplos de vida que sempre estiveram ao meu lado, me ensinando, me apoiando, me incentivando e moldando os meus valores, que fizeram de mim ser quem sou hoje. Às minhas irmãs, Milena e Mirelle, por sempre estarem presentes em todos os momentos, vocês são dois exemplos para mim. À minha avó, Deza, de modo especial, por participar diretamente de minha criação e por todos os ensinamentos. Sou grato, também, aos demais familiares, meus tios, Sônia e Zé Bola, às minhas primas, Thayse e Thalita, aos meus padrinhos, Allan e Tailla, à minha comadre, Ana, aos meus afilhados, José e Kiara. Agradeço, também, à Dinda Clecinha, por todo o apoio que me ofereceu nessa etapa final.

Ao Centro Universitário AGES, por me oferecer todos os meios e todas as estruturas necessários para o progresso de todo o meu conhecimento, bem como por me permitir conhecer docentes que tiveram imensa contribuição para esse processo de desenvolvimento acadêmico e profissional. Gratidão aos docentes Humberto, Francielly, Evandro, Wellington, Kelly, Rodrigo e Kiko. Agradeço, também, ao meu coordenador e orientador, Prof. Fábio Luiz. Sou grato, ainda, a tantos outros professores e funcionários que tiveram participação nessa etapa.

Agradeço às amigas que a Enfermagem me permitiu conhecer, as quais compartilharam diversos momentos de aprendizados e alegrias, em especial, a Thaise, desde o início, formamos o menor período do curso, juntos conseguimos vencer todos os desafios e todas as dificuldades impostas pela graduação, sou grato por todo apoio e aprendizado. Também destaco Luiz Rodrigo, Elvis, Cida, Gabrielli, Laura, Verônica, Joselly, Maria, Edijane, Emerson e Bruno, pessoas incríveis que ficarão sempre marcadas em minha memória.

Gratidão, também, às amigas que foram construídas ao longo de minha vida, que compartilharam bons momentos e me ajudaram a evoluir cada um à sua maneira, destaco Alysson, Lucas, Cleidson, Pablo, Bruninha, Bárbara, Rayane, Myrla, Larissa, pessoas fundamentais que partilharam momentos de alegrias, diversão, conselhos e aprendizados, serei eternamente grato por ter conhecido vocês.

Tenho a absoluta certeza de que, quando Deus criou a enfermagem, pensou com todo amor na arte do amor ao próximo.

Marcelo Souza

## RESUMO

As feridas neoplásicas constituem um agravo clínico que acomete cerca de 5 a 15% dos pacientes com câncer em estágio avançado, os quais se encontram sob cuidados paliativos e não têm um bom prognóstico. O foco principal do cuidado é o controle dos sinais e sintomas, em que os mais amedrontadores constituem o odor fétido, exsudato intenso e hemorragias, além de outros, como dor, prurido, cicatrização inviável, risco elevado para infecção, miíase, necrose tecidual e agressão ao tecido saudável. Além dessas alterações biológicas, ocorrem, também, alterações psicológicas, sociais, culturais e espirituais. Logo, tornam-se condições complexas e de difícil manejo, uma vez que se trata de uma temática pouco abordada na literatura, pesquisas e formação, resultando em uma lacuna no conhecimento prático e teórico dos enfermeiros. Foi traçado como objetivo geral: compreender as atribuições do enfermeiro no manejo das feridas neoplásicas para uma assistência embasada em uma abordagem holística. Enquanto os objetivos específicos são: analisar o conhecimento teórico e prático dos enfermeiros frente às feridas neoplásicas; compreender os principais desafios e as dificuldades para atuação do enfermeiro no manejo das feridas neoplásicas; discutir as principais alterações biopsicossociais provocadas por feridas neoplásicas; identificar as principais atribuições dos enfermeiros na assistência das feridas neoplásicas; compreender as intervenções educativas e inovadoras realizadas pelo enfermeiro no manejo das feridas neoplásicas. Trata-se de um estudo bibliográfico do tipo revisão integrativa, coletado através das bases de dados BVS (LILACS; MEDLINE; BDENF) e coletânea SciELO, através dos DeCS: Feridas, Ferimentos e Lesões, Neoplasias, Câncer, Assistência de Enfermagem, Cuidados de Enfermagem. Adotando-se como critérios de inclusão: estudos publicados nos últimos 10 anos, isto é, de 2011 a 2021, nos idiomas português e inglês. Após análise dos estudos, é notório que os profissionais de enfermagem possuem dificuldades, principalmente, no manejo do odor, exsudato e sangramento, os outros sintomas são controlados com mais facilidade. Nesse cenário, a principal intervenção para o manejo desses sinais e sintomas constitui a realização adequada dos curativos com coberturas apropriadas, ademais, o profissional deve ser criativo e implementar intervenções educativas e inovadoras. Conclui-se que os enfermeiros devem buscar capacitações e atualizações, desenvolvendo estudos sobre essa temática, aprimorando sua assistência a esse tipo de lesão, compreendendo o paciente em sua integralidade com um manejo holístico e resolutivo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Feridas. Câncer. Feridas neoplásicas. Assistência de Enfermagem.

## ABSTRACT

Neoplastic wounds constitute a clinical condition that affects about 5 to 15% of patients with advanced cancer, whom are under palliative care and don't have a good prognosis. The main focus of care is the control of signs and symptoms, in which the most frightening ones are the foul odor, intense exudate and hemorrhages, in addition to others, such as pain, itching, unviable healing, high risk for infection, myiasis, tissue necrosis and aggression against healthy tissue. In addition to these biological changes, psychological, social, cultural and spiritual changes also happen. So, they become complex and difficult to manage conditions, because it is a theme that is rarely discussed in the literature, researches and formation, resulting in a gap in the nurses' practical and theoretical knowledge. It was designed as a general objective: to understand the nurse's duties in the management of neoplastic wounds for assistance based on a holistic approach. While the specific objectives are: to analyze the nurses' theoretical and practical knowledge in the face of neoplastic wounds; to understand the main challenges and difficulties for nurses to act in the management of neoplastic wounds; to discuss the main biopsychosocial changes caused by neoplastic wounds; to identify the nurses' main duties in the care of neoplastic wounds; to understand the educational and innovative interventions performed by nurses in the management of neoplastic wounds. It is an integrative review bibliographic study, collected through the VHL databases (LILACS; MEDLINE; BDNF) and SciELO collection, through the DeCS: Wounds, Wounds and Injuries, Neoplasms, Cancer, Nursing Care. Adopting as inclusion criteria: studies published in the last 10 years, that is, from 2011 to 2021, in the Portuguese and English languages. After analyzing the studies, it is clear that nursing professionals have difficulties, mainly in the management of odor, exudate and bleeding, the other symptoms are more easily controlled. In this scenario, the main intervention for the management of these signs and symptoms is the proper performance of dressings with appropriate coverings, in addition, the professional must be creative and implement educational and innovative interventions. It is concluded that nurses should look for formations and updates, developing studies about this theme, improving their assistance to this type of injury, understanding the patient in his entirety with holistic and resolving management.

**KEYWORDS:** Wounds. Cancer. Neoplastic wounds. Nursing care.

# LISTAS

## LISTA DE FIGURAS

1: Componentes do sistema tegumentar.....	17
2: Estratos da pele.....	18
3: Passo a passo do processo de carcinogênese.....	24
4: Ilustração dos tumores benignos e malignos.....	27
5: Representação do processo de metástase.....	27
6: Estadiamento 1.....	32
7: Estadiamento 1N.....	32
8: Estadiamento 2.....	32
9: Estadiamento 3.....	32
10: Estadiamento 4.....	32
11: Escala Visual Analógica.....	36
12: Fluxograma da compilação dos estudos incluídos de acordo com os critérios de inclusão para seleção nas bases de dados selecionadas.....	48

## LISTA DE QUADROS

1: Diferenças dos tumores benignos e malignos.....	25
2: Classificação das feridas neoplásicas de acordo com o estadiamento.....	32
3: Classificação do odor.....	34
4: Tipo, coloração, consistência e significado clínico dos tipos de exsudato.....	35
5: Coberturas para feridas neoplásicas e indicações.....	37
6: Intervenções relacionadas à gestão do cuidado paliativo em feridas neoplásicas.....	42
7: Intervenções relacionadas ao cuidado de feridas.....	44
8: Intervenções relacionadas aos aspectos psicológicos, sociais e espirituais.....	45
9: Expressão de busca para estratificação dos estudos.....	46

10: Expressão de busca para estratificação dos estudos com critérios de inclusão .....	47
11: Artigos que atendem aos critérios de inclusão .....	49

## LISTA DE TABELAS

1: Questões para análise do conhecimento dos enfermeiros sobre feridas neoplásicas.....	53
2: Produtos e medicamentos utilizados para nas feridas neoplásicas.....	54
3: Principais orientações repassadas pelos enfermeiros.....	55
4: Principais alterações psicossociais no paciente com odor em feridas neoplásicas.....	58

## LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
AGE	Ácidos Graxos Essenciais
AIVD	Atividades instrumentais de vida
APS	Atenção Primária a Saúde
AVD	Atividades de vida diárias
BDENF	Base de Dados em Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DCNT	Doenças crônicas não-transmissíveis
DE	Diagnóstico de Enfermagem
DeCS	Descritores Ciências da Saúde
DNA	Ácido desoxirribonucleico
EPS	Educação permanente em saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EVA	Escala Visual Analógica
IE	Implementação de Enfermagem
INCA	Instituto Nacional de Câncer

LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PE	Processo de Enfermagem
PVPI	Iodopovidona
QV	Qualidade de vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SF	Soro fisiológico
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
UniAGES	Centro Universitário AGES

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>2 DESENVOLVIMENTO</b> .....	<b>17</b>
2.1 Conceituando as Características Gerais das Feridas.....	17
2.2 Contextualizando os Aspectos Gerais das Neoplasias.....	23
2.3 Elucidando as Particularidades Gerais das Feridas Neoplásicas.....	29
2.4 Cuidados Paliativos e o Papel do Enfermeiro.....	39
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>46</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	<b>49</b>
4.1 Análise sobre o Conhecimento, a Prática e as Dificuldades dos Profissionais de Enfermagem acerca do Manejo das Feridas Neoplásicas.....	52
4.2 Análise sobre as Principais Intervenções dos Profissionais de Enfermagem frente ao Manejo das Feridas Neoplásicas através de uma Visão Holística.....	56
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>64</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>66</b>

# 1 INTRODUÇÃO

As últimas décadas foram marcadas por avanços mundiais nos processos de transição epidemiológica e demográfica, que resultaram, positivamente, na melhoria da expectativa e qualidade de vida (QV), refletindo na redução da morbimortalidade por doenças transmissíveis e problemas materno-infantis. Não obstante, decorreu um aumento na prevalência e incidência de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), com destaque ao câncer, que vem afetando e adoecendo a população de forma crescente, principalmente, nos indivíduos com idade mais avançada, acarretando impactos individuais e coletivos. Habitualmente, as análises do câncer estão focadas nos aspectos epidemiológicos, enquanto as análises dos aspectos demográficos mantêm-se estagnadas e avançando lentamente neste processo (MEDICI; BELTRÃO, 2015).

Nessa conjectura, a última estimativa epidemiológica mundial do câncer realizada em 2018 aponta para, aproximadamente, 18 milhões de novos casos de câncer, além do registro de 9,6 milhões de óbitos. Os tipos de câncer mais incidentes foram, respectivamente, o de pulmão, mama, cólon e reto, e próstata. Estimativas do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) para o Brasil apontam que, para cada ano do triênio 2020-2022, surgirão, aproximadamente, 625 mil novos casos. Os tipos de câncer mais incidentes em termos de novos casos serão o de pele não melanoma, com 177 mil; de mama e próstata, com 66 mil cada; colón e reto, com 41 mil cada; pulmão, com 30 mil; e estômago, com 21 mil. Em termos de distribuição demográfica, o Nordeste é a segunda região com maior incidência, com 27,8%, ficando atrás somente do Sudeste, com 60%, e à frente do Sul, com 23,4% (INCA, 2019).

O câncer é um distúrbio comum a um conjunto de mais de 100 doenças, reconhecido pela proliferação celular descontrolada e desequilibrada com capacidade de afetar tecidos e órgãos, com o surgimento de células com potencial de divisão acelerado, que resultam na criação de tumores, não respondendo a comandos fisiológicos do corpo humano. Os tumores podem ser classificados em benignos e malignos. O primeiro é descrito como uma condição que provoca um crescimento lento e localizado com células semelhantes, não representa um risco de vida significativo, diferente do tumor maligno que é agressivo e possui um grande potencial de risco a vida. Quando essas células anormais conseguem migrar para outras regiões do corpo, causam um novo foco da doença, que é denominado metástase (MOURA *et al.*, 2016).

O câncer possui uma etiologia multifatorial com destaque aos fatores intrínsecos e extrínsecos. Como exemplos de fatores intrínsecos é válido mencionar o processo natural e

patológico do envelhecimento celular, alterações no processo de divisão celular, alterações hormonais, imunológicas, genéticas, entre outras. Os fatores extrínsecos correspondem de 80 a 90% dos casos e destacam-se, em especial, os hábitos de vida inadequados, tais como: tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, exposição solar sem proteção, infecções, exposição a substâncias químicas e radiação. Os fatores ambientais são denominados de cancerígenos ou carcinógenos. O seu surgimento decorre de danos no ácido desoxirribonucleico (DNA) e genes, que perdem a capacidade de resposta ao organismo, alterando suas funções e atividades (INCA, 2021).

Como consequência da progressão do câncer, as feridas neoplásicas constituem uma condição clínica que é provocada pela penetração de células tumorais malignas na organização estrutural da pele. Como resultado desse processo, ocorre uma alteração da integridade do tegumento, decorrente da multiplicação celular desordenada, proveniente de um processo patológico denominado oncogênese, conduzindo ao desenvolvimento de uma ferida de crescimento exofítico. Podem surgir em razão da extensão de um tumor primário, metástase ou de forma acidental através da inserção de células na pele por procedimento cirúrgico ou diagnóstico. Algumas de suas características principais compreendem o crescimento rápido, cicatrização inviável, dor, prurido, grande quantidade exsudato, odor forte, risco elevado para infecção e miíase, necrose tecidual e agressão ao tecido saudável (LISBOA; VALENÇA, 2016).

Estimativas apontam que cerca de 5 a 15% dos pacientes oncológicos irão desenvolver feridas neoplásicas. Apesar desses números, não há uma concordância entre as literaturas acerca de sua nomenclatura, prejudicando o gerenciamento da comunicação entre os profissionais da saúde, pois a existência de vários termos para designar uma condição confunde os profissionais e interfere no planejamento e na continuidade do cuidado. Dessa forma, as definições mais prevalentes constituem os termos “feridas neoplásicas” ou “feridas tumorais”, além destes, feridas malignas, ferida ou lesão cutânea maligna, ferida maligna fungóide, ferida tumoral maligna cutânea, entre outros. Nessa perspectiva, o uso padronizado de termos constitui uma forma de melhorar a documentação e Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), por essa razão, é utilizado neste trabalho o termo “feridas neoplásicas” (ALMEIDA *et al.*, 2020).

É de suma importância destacar que os pacientes oncológicos acometidos com feridas neoplásicas sofrem prejuízos em todos os seus aspectos, não somente nos biológicos, em razão da fisiopatologia da enfermidade, que resulta em impactos na sua imagem corporal, mas há prejuízos, também, nos aspectos psicossociais. Dado que o núcleo do sofrimento destes pacientes está centrado na inconveniência dos sinais e sintomas específicos dessas lesões, que sucedem sentimentos de desordem psicossocial, como a vergonha, angústia, perda da confiança, medo, depressão, ansiedade e isolamento social. Em razão desses impactos, é imprescindível

que os profissionais de saúde realizem uma abordagem adequada e humanizada, agregando um caráter holístico no seu processo de trabalho (LEADBEATER, 2016).

As feridas neoplásicas não apresentam um bom prognóstico devido à sua gravidade, além de possuírem opções de tratamentos limitadas, visto que estão ligados a quadros de neoplasias avançadas, com mal prognóstico e com chances de cura bem reduzidos. Não obstante, há diversas opções terapêuticas que podem ajudar no tratamento, como o alívio de sintomas, sendo importante mencionar procedimentos como a cirurgia, radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia, determinados a partir do processo de estadiamento e condições clínicas do paciente. Todavia, a cura raramente será alcançada, dessa maneira, o alívio dos sinais e sintomas relacionados às feridas neoplásicas torna-se o principal elemento do tratamento, garantindo alívio, conforto e bem-estar ao paciente oncológico (TANDLER, 2017).

O cuidado humano é imprescindível em todas as etapas da vida, englobando desde a prevenção de doenças e promoção da saúde, até no transcorrer de enfermidades e seus agravos, incapacidades e no processo de morte. Nesse contexto, a Enfermagem se consolida enquanto ciência, abrangendo o cuidado baseado em bases científicas através da sistematização desse processo. O profissional de enfermagem atua em todas as etapas da vida, desenvolvendo uma assistência que atenda às necessidades do paciente, da família e coletividade. Sendo assim, é imprescindível entender a percepção e as atribuições dos enfermeiros frente à assistência a pacientes acometidos por feridas neoplásicas, que repercutem nos aspectos biopsicossociais do paciente desde o diagnóstico até a cura ou terminalidade (ZUCOLO; PAULINO, 2014).

É notório que as feridas neoplásicas constituem um desafio para os profissionais de enfermagem, principalmente, no que diz respeito ao manejo dos sinais e sintomas provenientes de alterações biológicas, anatômicas, psicológicas e sociais que essa condição patológica impõe. À vista disso, a qualidade e resolutividade dos cuidados prestados pelo enfermeiro são determinantes na melhoria da QV desses pacientes, uma vez que esse profissional deve ter um papel ativo e agregar uma abordagem holística na sua assistência. Apesar disso, é reconhecido que existe uma lacuna significativa no que se refere à base do conhecimento teórico e prático que norteia esse cuidado, embasado em bases empíricas que desprovidam de estudos clínicos e bases científicas adequadas e consolidadas (LISBOA; VALENÇA, 2016).

Uma das responsabilidades do Sistema Único de Saúde (SUS) através da Atenção Primária à Saúde (APS) consiste nas estratégias de rastreamento, detecção e diagnóstico precoce do câncer, para que o tratamento seja realizado no tempo adequado, conforme preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A APS é considerada a porta de entrada do SUS, nesse âmbito, é desenvolvido um trabalho por uma equipe multidisciplinar para o acompanhamento da

população. Um dos principais participantes da equipe multidisciplinar é o enfermeiro, que deve desempenhar um papel ativo e holístico com a realização de consultas de enfermagem e educação em saúde, pois está em contato direto com a população nos espaços de cuidado, para isso, necessita de subsídios teóricos e práticos (SANTOS, 2017).

É notório que as últimas décadas foram transformadoras com mudanças no perfil sociodemográfico, evidenciadas pela melhoria da qualidade de vida e pelo aumento da expectativa de vida. Contudo, essas mudanças estão correlacionadas a um aumento de doenças crônicas com destaque ao câncer, enfermidade que pode progredir para feridas neoplásicas e causar inúmeras alterações nos aspectos biológicos, sociais e psicológicos do paciente, além disso, há dificuldades que envolvem a prática do cuidar dos enfermeiros com essas feridas que exigem um cuidado complexo. Diante desse contexto, surge a seguinte indagação que norteia esta monografia: quais as atribuições da enfermagem frente aos desafios e à complexidade da assistência frente às feridas neoplásicas para uma abordagem holística e inovadora?

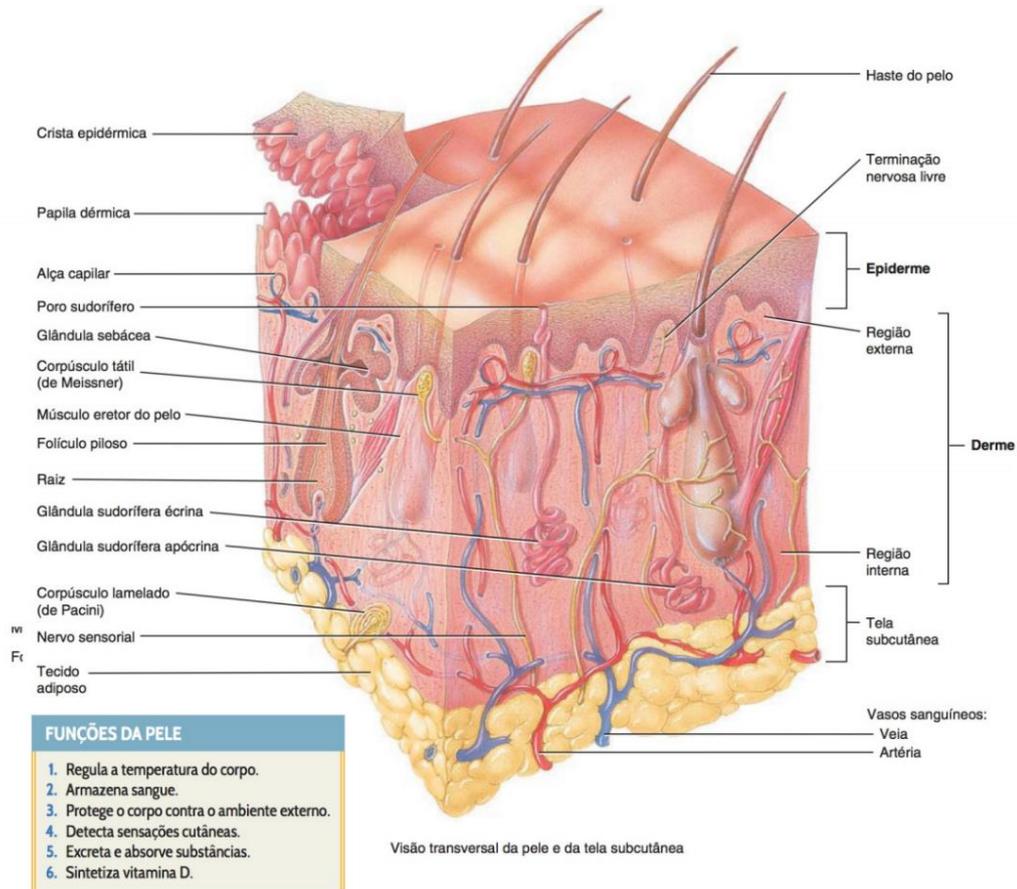
Nessa conjectura, destaca-se a elaboração da seguinte hipótese: o câncer é uma doença que vem ganhando uma relevância maior a cada ano devido ao seu crescente no número de casos, surgindo complicações, como as feridas neoplásicas, necessitando de uma maior atenção devido aos impactos multidimensionais que esta condição pode provocar no paciente, agravando seu quadro de saúde que já está debilitado e com poucas chances de cura, tornando-se um paciente de cuidados paliativos. Contudo, tanto na literatura, quanto na formação acadêmica, há uma deficiência no ensino e cuidado das especificidades dessa ferida, tanto nos aspectos biológicos, com o cuidado com o curativo, a cicatrização e o controle dos sintomas, bem como nos aspectos psicossociais, uma vez que o paciente tende a se isolar e diminuir as atividades de vida diárias. Desse modo, faz-se necessário desenvolver o conhecimento referente às feridas neoplásicas com o intuito de proporcionar conforto e bem-estar ao paciente, principalmente, em uma etapa do ciclo da doença que os cuidados paliativos são indispensáveis.

Dedica-se eleger o seguinte objetivo geral para subsidiar este trabalho: compreender as atribuições do enfermeiro no manejo das feridas neoplásicas para uma assistência embasada em uma abordagem holística. Enquanto os objetivos específicos que auxiliam no alcance do objetivo geral são: analisar o conhecimento teórico e prático dos enfermeiros frente às feridas neoplásicas; compreender os principais desafios e as dificuldades para atuação do enfermeiro no manejo das feridas neoplásicas; discutir as principais alterações biopsicossociais provocadas por feridas neoplásicas; identificar as principais atribuições dos enfermeiros na assistência das feridas neoplásicas; compreender as intervenções educativas e inovadoras realizados pelo enfermeiro no manejo das feridas neoplásicas.

## 2 DESENVOLVIMENTO

### 2.1 Conceituando as Características Gerais das Feridas

A pele é a estrutura que recobre toda a superfície corporal, representa o maior órgão do corpo humano abrangendo cerca de 4 quilos do peso corporal de um adulto, correspondendo a cerca de 15% dessa medida. É a primeira barreira de defesa do organismo contra agentes biológicos, físicos e químicos, assim, suas principais funções destacam-se a proteção do organismo contra lesões e atritos, termoregulação, proteção contra microrganismos, funções sensoriais, proteção contra desidratação, excreção de várias substâncias, síntese da vitamina D, absorção e proteção da radiação ultravioleta através do pigmento melanina (DANGELO; FATINNI, 2007). Logo a seguir, a *Figura 1: Componentes do sistema tegumentar* demonstra as principais estruturas anatômicas e funções da pele.

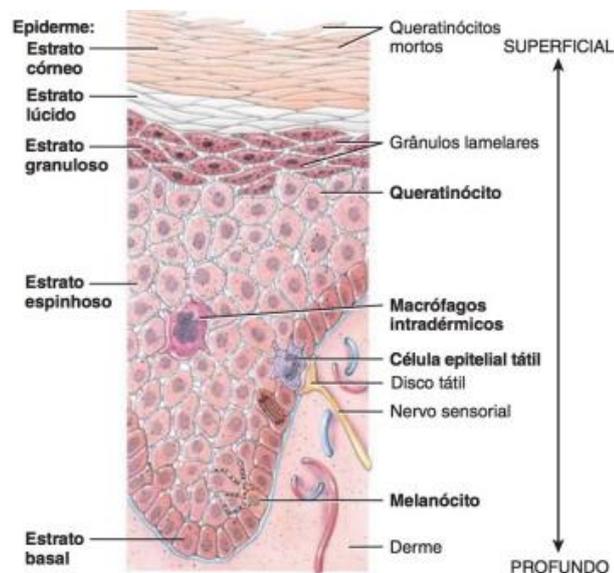


**Figura 1:** Componentes do sistema tegumentar.

**Fonte:** Tortora; Derrickson (2016).

Com relação ao panorama dos aspectos histológicos, a estrutura básica da pele é composta, principalmente, por duas camadas, a parte superficial, delgada e constituída por tecido epitelial é denominada epiderme, enquanto a camada mais profunda, delgada e integrada por tecido conjuntivo é designada derme. Outrossim, a camada inferior à derme não faz parte da pele, camada intitulada por hipoderme, acomoda a tela subcutânea que atua como um depósito de gordura, possuindo uma vasta irrigação sanguínea e terminações nervosas denominadas corpúsculos lamelados, além disso, fixam a pele (TORTORA; DERRICKSON, 2017).

A epiderme compõe uma camada avascular organizada por um epitélio estratificado pavimentoso queratinizado. Seus principais tipos celulares representam os queratinócitos que compõem um total de 90% das células epidérmicas, organizados a partir de quatro a cinco camadas, as outras células são representadas pelos melanócitos, células de Langherans e de Merlcel. A pele fina é composta pelas camadas ou pelos estratos basal, espinhoso, granuloso e córneo; a pele espessa tem o acréscimo da camada lúcida entre a granulosa e córnea, presente em regiões com maior atrito como a região palmar e plantar (TORTORA; DERRICKSON, 2016). Logo a seguir, a *Figura 2: Estratos da pele* ilustra as camadas da epiderme supracitada.



**Figura 2:** Estratos da pele.

**Fonte:** Tortora; Derrickson (2016).

A camada basal é a mais profunda da pele, constituída por células basófilas, cuboides ou prismáticas, localizada sobre a membrana basal, sendo reconhecidas pela delimitação entre a epiderme e derme. Também é conhecida como camada germinativa em razão da grande

quantidade de células-tronco, propiciando uma grande atividade mitótica na divisão celular, que renova, continuamente, a epiderme em conjunto com a camada espinhosa em um período entre 15 e 30 dias. Essa renovação celular é influenciada diretamente pela localização anatômica e idade do indivíduo (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2013).

A camada espinhosa ou Malpighi é constituída por células cuboides ou brevemente achatadas, organizadas entre 8 a 10 camadas, seus queratinócitos são produzidos pela camada basal. Suas principais características celulares são o núcleo central, citoplasma curto com presença de tonofilamentos, que conferem a função de junção das células adjacentes por meio dos desmossomos, garantindo, assim, a manutenção da coesão entre as células e a resistência ao atrito. Além disso, existem células-tronco em menor número que auxiliam a camada basal na renovação celular através da intensa atividade mitótica (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2013).

A camada granulosa é central, suas células são achatadas e formadas a partir da camada espinhosa, organizadas entre 3 a 5 camadas de queratinócitos, que sofrem um processo de apoptose, à medida que se afastam da região vascularizada sofrem um processo de degeneração celular. Sua nomenclatura está relacionada à presença de grânulos escuros de queratohialina e de grânulos lamelares, liberados a partir da transição da camada granulosa para a córnea; a secreção liberada é rica em lipídios que garante a impermeabilidade da pele, sendo uma barreira contra a água e substâncias polares (TORTORA; DERRICKSON, 2016).

A camada lúcida é formada por células eosinófilas, achatadas, translúcidas, com núcleos e organelas degradadas, organizada entre 4 a 6 camadas, suas células contêm muita queratina que conferem rigidez, essa camada está presente apenas na pele espessa. A camada córnea é a mais superficial, composta por células anucleadas achatadas, mortas, seu citoplasma é rico em queratina, organizada entre 25 a 30 camadas, atuando como uma barreira contra a passagem de substâncias externas, proteção mecânica e biológica (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2016).

A derme é a segunda estrutura mais profunda da pele, composta pela camada papilar e reticular, formada, principalmente, por tecido conjuntivo, que apoia a epiderme e une a pele à hipoderme. A camada papilar é composta por tecido conjuntivo frouxo que contém papilas dérmicas, fornecendo ancoragem mecânica, oxigenação e nutrição para a epiderme através de pequenos vasos sanguíneos. A camada reticular é uma camada de tecido conjuntivo denso mais espessa, composta por feixes espessos de fibras de colágeno e elásticas, responsável, em parte, pela elasticidade da pele. Em vários níveis da derme também estão presentes estruturas como os folículos pilosos, glândulas sebáceas e sudoríparas (KIERSZENBAUM, 2016).

Por fim, a última camada é a hipoderme que representa a camada mais profunda da derme, também pode ser denominada camada ou tela subcutânea da pele, possui uma espessura

que é variável de acordo com a sua localização. No que concerne à sua estrutura, é composta por tecido conjuntivo frouxo e adipócitos, possuindo também características endócrinas, visto que o seu tecido adiposo auxilia no processo de termoregulação e armazenamento de energia, além disso, a hipoderme favorece a mobilidade da pele, funciona como um amortecedor de choques e auxilia no modelamento do corpo (BERNADO; SANTOS; SILVA, 2019).

Nessas conjecturas discursivas, faz-se necessário destacar que as feridas representam um problema de saúde pública, em virtude do grande número de indivíduos acometidos com alterações na integridade da pele, prejudicando a QV da população e onerando os gastos públicos, contudo, os registros desses atendimentos ainda são escassos no sistema de saúde. De forma abrangente, as feridas são caracterizadas por alterações na integridade da pele, em outras palavras, por rotura da sua estrutura anatômica e modificações em seu funcionamento resultantes de processos traumáticos, degenerativos, circulatórios, inflamatórios ou distúrbios metabólicos. No que tange aos fatores patológicos podem ter etiologia intrínseca ou extrínseca, também podem ser classificadas como feridas agudas e crônicas (SILVA *et al.*, 2014).

É sabido que as feridas agudas normalmente são caracterizadas por lesões características de cortes, queimaduras, lacerações e outras. Nesse sentido, são aquelas que possuem um surgimento imediato, duração curta, sua cicatrização ocorre em tempo adequado, sem complicações, pode ocorrer em pessoas de todas as idades. Nessa perspectiva, as feridas crônicas são caracterizadas como lesões com grande perda tecidual, provenientes de feridas com duração longa que abrange um período maior que seis meses, feridas recorrentes também entram nessa classificação, seu processo de cicatrização é complexo e geralmente estão correlacionadas a complicações no quadro clínico do paciente. No que concerne à ocorrência das feridas crônicas, são mais frequentes em idosos ou em indivíduos com problemas sistêmicos, um exemplo dessas lesões são as feridas neoplásicas (SILVA *et al.*, 2014).

Partindo desse pressuposto, é imprescindível destacar que o mecanismo da cicatrização é reconhecido pela substituição do tecido lesado por um tecido conjuntivo vascularizado. Nesse cenário, a cicatrização é um processo dinâmico que tem como objetivo restabelecer a homeostasia tecidual, mediante um conjunto de eventos bioquímicos e a participação de vários níveis de organização sequencial, funcional e temporal, compreendendo fases sobrepostas que se estabelecem para reparar o tecido lesado. Portanto, os profissionais de enfermagem devem aprimorar o conhecimento de tal processo, desenvolvendo um arcabouço teórico e prático desse processo para desenvolver e aprimorar o tratamento das lesões, promovendo homeostasia do organismo e QV do indivíduo (OLIVEIRA; DIAS, 2012).

O processo de cicatrização das lesões deve ocorrer em quatro etapas contínuas, programadas, interligadas e sobrepostas, destacam-se as fases de hemostasia, inflamatória, proliferativa e remodelação. Vale mencionar que essas fases demandam que sucedam de forma sequencial, no período adequado e determinado. Inúmeros fatores podem prejudicar a cicatrização das lesões, afetando o processo fisiológico de uma ou mais fases, causando uma cicatrização inadequada dos tecidos lesionados. Vale destacar que as feridas crônicas não progridem adequadamente, devido ao processo inflamatório patológico que provoca uma cicatrização prolongada, descoordenada e incompleta (LEAL; CARVALHO, 2014).

A fisiopatologia das feridas crônicas ainda não se encontra totalmente elucidada na literatura científica, apresentando algumas particularidades em relação às feridas agudas, tais como uma atividade mitótica menor, mecanismos inflamatórios persistentes, déficit de substâncias essenciais para a cicatrização normal, entre outras. Em conformidade com essas afirmações, a fase inflamatória desenvolve-se de forma persistente, em virtude da presença de tecido necrótico, processos infecciosos e corpos estranhos, provocando desordem no equilíbrio entre substâncias pró-inflamatórias e anti-inflamatórias, uma vez que os fatores de crescimento, citocinas e quimiocinas são indispensáveis para o processo cicatricial, por conseguinte, prolongando a fase inflamatória (LAUREANO; RODRIGUES, 2017).

Nesse segmento, a fase proliferativa depende da síntese de fatores indutores da angiogênese por macrófagos e outras células específicas, para que, assim, o processo de angiogênese ocorra de forma adequada. Todavia, essas substâncias estão diminuídas nas feridas crônicas, colaborando para a hipóxia tecidual localizada e delongamento da cicatrização. Além disso, também ocorre uma deficiência na proliferação de fibroblastos e produção de colágeno, bem como no déficit de substâncias que têm um papel fundamental na fase proliferativa e processo de reepitelização dos tecidos. Nessa conjectura, a fase de remodelamento é regulada por proteases que estão descontroladas, também ocorre uma redução na produção de fatores por fibroblastos, resultando em um atraso na cicatrização (LAUREANO; RODRIGUES, 2017).

É válido, ainda, ressaltar que o exsudato das feridas crônicas é bioquimicamente diferente, pois provoca a inibição do processo mitótico das células endoteliais, bloqueio da angiogênese e alteração ação dos fibroblastos. Não obstante, esse processo ainda causa a inibição do processo de morte celular programada, definida como apoptose. Em vista disso, as células adentram em um processo de senescência celular, não correspondendo aos fatores de crescimento e formando a carga celular, impedindo e/ou dificultando a progressão para a fase proliferativa. Ademais, também pode provocar estagnação na fase de granulação em razão da inibição do apoptose, causando uma hipergranulação do tecido (SANTOS *et al.*, 2012).

No que tange aos principais tipos de tecidos das lesões, o de granulação é caracterizado, principalmente, pela formação e pelo crescimento de um tecido vascular novo, por sua coloração avermelhada, aspecto úmido, matriz rica em colágeno, angiogênese com formação de novos vasos sanguíneos; sua presença na lesão indica uma progressão da cicatrização. O tecido de epitelização é reconhecido pela sua coloração rósea, aspecto brilhante, desenvolve-se, gradualmente, a partir das bordas, sua presença indica migração e proliferação de células epiteliais sobre a lesão. Remetem-se, ainda, a esse contexto dos tipos de tecidos: a necrose, que é caracterizada, sobretudo, por sua coloração preta, marrom ou acastanhada, aderida ao leito ou às bordas da lesão, surge a partir da morte celular e tecidual, que resulta na perda da função celular e metabólica de forma irreversível, sua consistência pode ser endurecida ou amolecida, dependendo da sua natureza (GEOVANINI, 2014).

A necrose liquefativa, fibrina ou esfacelo é representada por um tecido fibrinoso, sua coloração pode ser amarelada, marrom, acinzentada ou acastanhada, sua consistência pode ser liquefeita, semifluida ou amolecida, aderida firmemente ou frouxamente ao leito da lesão, além disso, sua composição também engloba microrganismos, células imunológicas, exsudato, elastina e colágeno. A necrose coagulativa ou escara é caracterizada pelo aspecto opaco, sólido, turvo, seco e com coloração amarelado ao preto, similar à albumina coagulada em razão da desnaturação das proteínas e perda de água. Outro tipo menos comum descrito na literatura constitui o tecido macerado, caracterizado pela coloração esbranquiçada, surgindo nas bordas das lesões por excesso de umidade e exsudação (GEOVANINI, 2014).

O tratamento de lesões pôde ser observado, inicialmente, no período da Antiguidade, quando o homem passou a implementar vários métodos e diversas substâncias terapêuticas, mediante o uso de produtos empíricos, ineficazes e prejudiciais. O avanço tecnológico e científico propiciou o aprimoramento dos estudos acerca das lesões e da cicatrização, possibilitando o desenvolvimento da terapia tópica em feridas. Todavia, a utilização dessa técnica terapêutica gera diversas discussões entre os profissionais da saúde, pois deve haver uma avaliação criteriosa da lesão e seu portador para a escolha dos produtos adequados, com uma assistência humanizada, integral e holística (SILVA; ALMEIDA; ROCHA, 2014).

Nesse contexto, a terapêutica das feridas ainda é um desafio apesar de todos os avanços, principalmente, no tocante à complexidade das feridas crônicas, uma vez que se desenvolvem em um processo desordenado ao fisiológico para regeneração dos tecidos em seus aspectos funcionais e anatômicos, além de rescindirem e perdurarem por meses ou anos. Conjuntamente, as feridas crônicas também são reconhecidas pelas repercussões psicossociais, à medida que alteram o estilo e a QV, modificam o âmbito familiar, sociocultural e ocupacional, afetam o

indivíduo em menor ou maior intensidade à medida que limita as atividades do portador e causam sobrecargas de cuidados (SILVA; ALMEIDA; ROCHA, 2014).

## **2.2 Contextualizando os Aspectos Gerais das Neoplasias**

É imprescindível entender o contexto histórico agregado a todas as preocupações com o câncer na sociedade brasileira, visto que foram impulsionadas, principalmente, no século XX, transformando essa preocupação que, inicialmente, era acentuada de forma individual na vida cotidiana das pessoas, em uma preocupação social mundial. Nesse contexto, no Brasil, o câncer tornou-se um ponto central nos debates do SUS, englobando aspectos como a medicina e saúde pública, intervenções provenientes do impacto epidemiológico gradativo recente, necessitando, assim, de um planejamento que vise o controle dos casos. A alta incidência e mortalidade do câncer estão diretamente relacionadas à população, medicina e saúde pública, as quais desenvolveram uma concepção que as neoplasias se relacionam com o nível de desenvolvimento da civilização (NETO; TEIXEIRA, 2017).

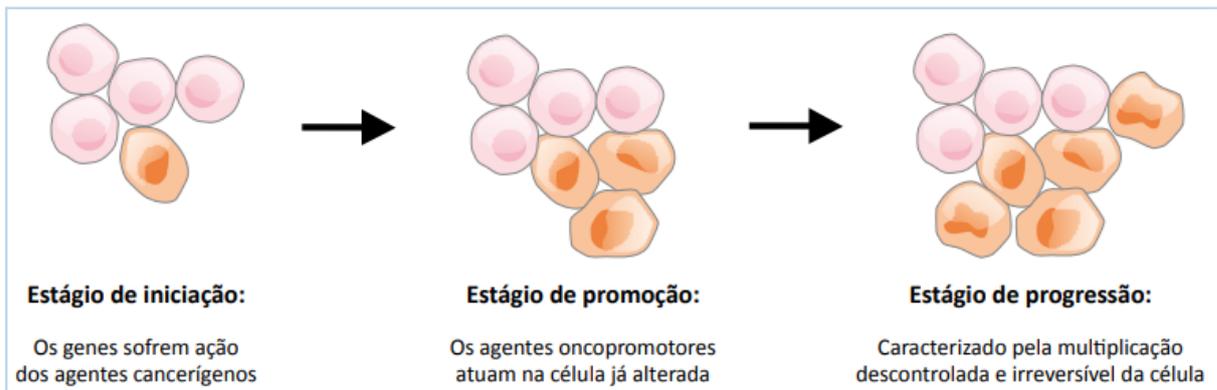
O câncer é caracterizado como um grupo de enfermidades que compartilham o crescimento e a multiplicação celular descontrolado como particularidades pertencentes a todos os mais de 100 tipos de doenças descobertas. Vale salientar que é uma doença que vem ganhando destaque na atualidade, todavia, não é uma doença contemporânea, visto que, historicamente, foi relatada e identificada em múmias egípcias, evidenciando que já enfermava o ser humano a mais de três milênios. Nesse cenário, no presente, é encarado como um problema de saúde pública de ponderosa gravidade global, em virtude da significativa abrangência epidemiológica, social e econômica, além de representar uma das principais causas de mortalidade em todo o mundo (OLIVEIRA; REIS; SILVA, 2018).

No tocante à definição do termo neoplasia, vale frisar que expressa um processo de “novo crescimento”, que, por sua vez, é denominado neoplasma, enquanto o termo câncer é utilizado para representar todos os tumores malignos. Nesse sentido, a Oncologia é uma especialidade que tem o objeto de estudo os tumores ou neoplasmas. Há uma dificuldade para caracterizar uma definição precisa para os neoplasmas, a descrição mais aceita os designa como uma massa anormal de tecido, cuja divisão celular transcende e torna-se descoordenada quando comparada aos tecidos normais, esse crescimento continua perseverando excessivamente mesmo após a interrupção dos estímulos desencadeantes da divisão celular. São provenientes

de alterações genéticas e hereditárias, possibilitando a multiplicação celular excessiva e desregulada que se torna autônoma, mas depende do hospedeiro para nutrição e oxigenação através do aporte sanguíneo (KUMAR; ABBAS; FAUSTO, 2010).

O desenvolvimento do câncer ou transformação maligna é provocado por um processo denominado carcinogênese, caracterizado pela modificação de uma célula normal para uma neoplásica. Esse processo celular perpassa por três etapas, que representam a iniciação, a promoção e a progressão, vale salientar que os agentes que desencadeiam a iniciação ou promoção são designados de carcinógenos. Nessa conjectura, os carcinógenos constituem substâncias que são capazes de causar o câncer, salientando como exemplo substâncias químicas, fatores físicos e agentes biológicos, alterando a expressão ou função do gene da célula, interferindo em processos celulares fundamentais tais como o crescimento, a sobrevivência e a senescência (SMELTZER; BARE, 2016).

Logo em seguida, a *Figura 3: Passo a passo do processo de carcinogênese* ilustra as etapas de iniciação, promoção e progressão.



**Figura 3:** Passo a passo do processo de carcinogênese.

**Fonte:** INCA (2011).

O processo de iniciação é reconhecido pela exposição aos carcinógenos que são capazes de desencadear mutações no DNA celular. Em condições normais essas alterações são revertidas pelos mecanismos de reparo do DNA, de apoptose, que é determinado pela morte celular programada de células alteradas ou senescência celular. Contudo, caso a célula perca esse mecanismo protetor irá produzir mutações irreversíveis, porém, torna-se apenas uma modificação significativa no processo de promoção, pela exposição repetida aos agentes promotores (cocarcinógenos), que resulta na expansão clonal caracterizada pela proliferação celular com informações genéticas anormais, formando, geralmente, uma lesão benigna. Por fim, no processo de progressão as células tornam-se mais agressivas devido a um

comportamento cada vez mais maligno, obtendo a capacidade de estimular a angiogênese, invadir os tecidos adjacentes e metastatizar (SMELTZER; BARE, 2016).

Durante o ciclo de divisão celular as alterações genéticas são passadas para as células-filhas por um processo denominado hereditariedade. Por consequência, as células que apresentam essas alterações encontram-se subordinadas à seleção darwiniana, que garante vantagem de crescimento ou sobrevivência das células alteradas em relação às células vizinhas normais, garantindo uma vantagem na proliferação celular e soberania na população de células de determinado tecido. Além disso, a seleção darwiniana tem uma função importante no processo de progressão supracitado. Essas vantagens são seletivas e conferidas a uma única célula, que irá entrar em um processo de expansão clonal e formação de um tumor, logo, todos os tumores são progênie de uma célula alterada (KUMAR; ABBAS; FAUSTO, 2013).

Nesse seguimento, o acúmulo de mutações celulares origina uma sequência de propriedades denominadas características do câncer, as quais estão elencadas em um total de oito propriedades, sendo elas: autossuficiência nos sinais de crescimento que torna o câncer autônomo; ausência de resposta aos sinais inibidores de crescimento que tornam o crescimento descontrolado; escape da morte celular, que inibe a morte celular programada (apoptose), potencial replicativo ilimitado que as tornam imortais; angiogênese para suprir as necessidades do tumor; capacidade de invasão de tecidos e metástase; reprogramação das vias metabólicas; habilidade de burlar o sistema imunológico (KUMAR; ABBAS; FAUSTO, 2013).

As neoplasias, sob o posto de vista clínico, evolutivo e comportamental, são classificadas em duas grandes categorias, benignas e malignas. As neoplasias benignas normalmente não causam muitos danos ao hospedeiro e não são letais em razão de seu crescimento lento, já as neoplásicas malignas têm crescimento rápido e causam repercussões homeostáticas graves e são letais. As neoplasias geralmente podem ser distinguidas em benignas e malignas em razão de suas características macro e microscópicas, todavia, ambas possuem dois componentes básicos que constituem o parênquima e estroma. Desse modo, o parênquima é constituído por células neoplásicas ou modificadas que determina seu comportamento biológico, enquanto o estroma é composto por tecido conectivo, células inflamatórias e vasos sanguíneos, sendo crucial para o crescimento do tumor (FILHO, 2016).

Posteriormente, o *Quadro 1: Diferenças dos tumores benignos e malignos* ilustra as principais diferenças entre os tipos de tumores.

Tumor benigno	Tumor maligno
Formado por células bem diferenciadas (semelhantes às do tecido normal); estrutura típica do tecido de origem	Formado por células anaplásicas (diferentes das do tecido normal); atípico; falta diferenciação
Crescimento progressivo; pode regredir; mitoses normais e raras	Crescimento rápido; mitoses anormais e numerosas
Massa bem delimitada, expansiva; não invade nem infiltra tecidos adjacentes	Massa pouco delimitada, localmente invasivo; infiltra tecidos adjacentes
Não ocorre metástase	Metástase frequentemente presente

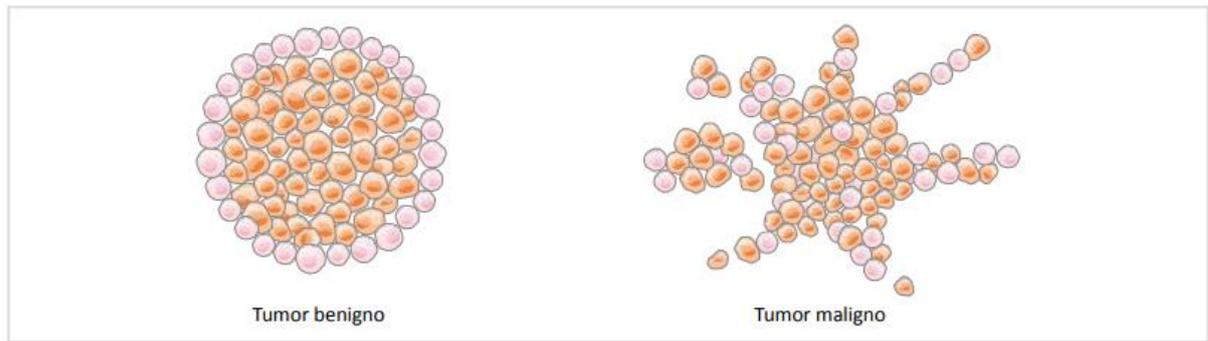
**Quadro 1:** Diferenças dos tumores benignos e malignos.

**Fonte:** INCA (2011).

No tocante às células neoplásicas benignas, de modo geral, são bem diferenciadas quando comparadas às células normais, por vezes até indistinguíveis. Sua atipia celular é discreta, visto que suas células são similares ao tecido de origem. Tem um crescimento lento em razão do baixo índice mitótico, ou seja, a taxa de divisão celular é pequena, além disso, crescem unidas, o que dificulta a infiltração e destruição de tecidos vizinhos, geralmente formando uma massa geralmente esférica, contornada por uma capsula fibrosa que delimita bem o tumor benigno e pode ser seccionado cirurgicamente, de modo geral não recidivam. O baixo índice mitótico permite uma angiogênese adequada que garante boa nutrição das células. Todavia, esse crescimento é expansivo e provoca compressão de estruturas adjacentes, vale salientar que processos degenerativos, necróticos e hemorrágicos são pouco comuns, além do mais, não acarretam ulcerações devido às suas características (FILHO, 2016).

Enquanto as células neoplásicas malignas, quando comparadas com as células normais e neoplásicas benignas, possuem propriedades bastante distintas em seus aspectos bioquímicos, morfológicos e funcionais, suas células não são similares às células de origem. Tem um crescimento acelerado em razão do seu alto índice mitótico, em outras palavras, a sua multiplicação é elevada, diferentemente do estroma e vasos sanguíneos que mantêm seus índices mitóticos normais, resultando em processos degenerativos, necróticos e hemorrágicos. De modo geral, são pouco delimitados, uma vez que não possuem uma capsula fibrosa que os contornam, tendo como consequência um crescimento infiltrativo e destrutivo aos tecidos e estruturas circunvizinhas, o tipo infiltrativo é quase particular de tumores malignos. Além disso, é importante destacar o tumor ulcerado, categoria que sofre ulceração precoce, a lesão se infiltra nos tecidos provocando a formação de cratera com margens irregulares, elevadas e endurecidas, podendo ocorrer combinações como na neoplasia ulcerovegetante (FILHO, 2016).

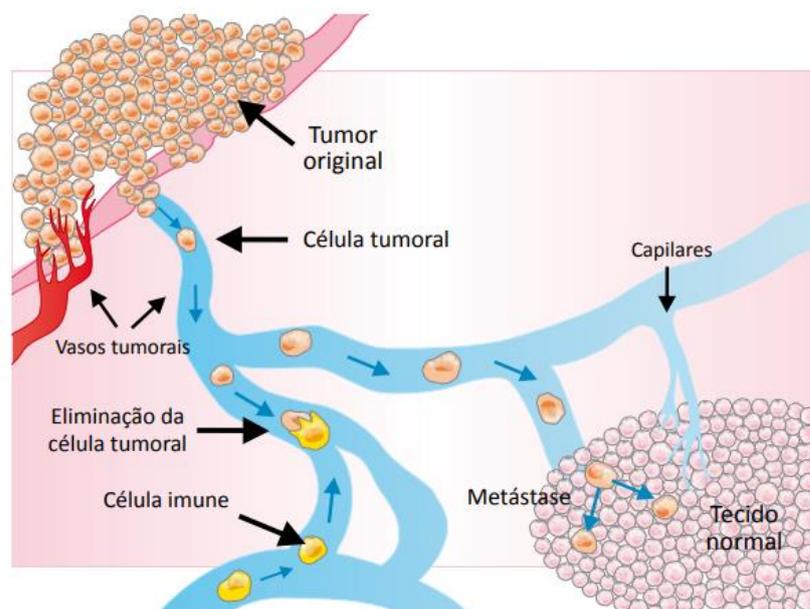
Diante dessas conjecturas discursivas, a *Figura 4: Ilustração dos tumores benignos e malignos* representa as características morfológicas dos tumores supracitados.



**Figura 4:** Ilustração dos tumores benignos e malignos.  
**Fonte:** INCA (2011).

Normalmente, os tumores benignos não têm capacidade de infiltração, invasão ou metástase como ocorre normalmente na maioria dos tumores malignos, característica principal na distinção entre os tumores benignos e malignos. As neoplasias malignas não reconhecem os limites anatômicos normais, tornando a ressecção cirúrgica complexa, como consequência desse processo, requer-se a remoção de uma margem considerável de tecidos normais adjacentes. As metástases são definidas como implantes tumorais desligados do tumor primário, a capacidade de invasão supracitada possibilita a disseminação de células neoplásicas pelos vasos sanguíneos, linfáticos e cavidades corporais. Normalmente, a capacidade e probabilidade de metástases é maior conforme a maior agressividade, crescimento mais rápido e tamanho do tumor primário (KUMAR; ABBAS; FAUSTO, 2013).

Desse modo, a *Figura 5: Representação do processo de metástase* demonstra, de forma ilustrativa, as etapas da metástase.



**Figura 5:** Representação do processo de metástase.  
**Fonte:** INCA (2011).

O câncer é uma doença multifatorial, isto é, possui um caráter quantitativo diverso de suas causas que podem ser intrínsecas ou extrínsecas. Nesse enquadramento, quanto aos fatores internos ou intrínsecos, pode-se destacar a herança genética, responsável por englobar aproximadamente 10% das causas. Enquanto os fatores externos ou extrínsecos estão presentes no ambiente, abrangendo aspectos como os maus hábitos de vida, com uma alimentação hiperglicídica, hipersódica, hiperglicêmica e rica em produtos industrializados, sedentarismo, obesidade, tabagismo, alcoolismo, exposição a produtos químicos, infecções causadas por micro-organismos patogênicos, como vírus e bactérias (OLIVEIRA; REIS; SILVA, 2018).

Em relação às técnicas terapêuticas utilizadas no tratamento do câncer, os métodos mais empregados consistem no tratamento cirúrgico, através da extirpação do tumor ou tecido afetado por meio de um procedimento cirúrgico, na quimioterapia, mediante a administração regular ou contínua de quimioterápicos, conforme o esquema terapêutico traçado, e na radioterapia, através da aplicação de irradiação com equipamentos e técnicas, atingindo de modo direto o tumor ou região afetada. A escolha terapêutica dependerá do quadro clínico do paciente e estadiamento da doença, uma vez que essas modalidades terapêuticas podem ser utilizadas de forma isolada ou associada. Contudo, salienta-se que a eficácia terapêutica depende principalmente do diagnóstico precoce e início precoce do tratamento (RIBEIRO *et al.*, 2015).

Em continuidade aos métodos terapêuticos, um aspecto que dificulta e prejudica a sua busca consiste nos efeitos indesejados provenientes de algumas técnicas, como a quimioterapia, que se torna temida pelos pacientes devido ao surgimento de sintomas como ansiedade, dor, alopecia, náuseas, vômitos, perda de peso, entre outros. Ademais, há consequências que afetam diretamente a relação social e familiar do paciente, geralmente resultando na desistência do tratamento, tais como a depressão, disfagia, anorexia, alteração na aparência física, emocionais e no humor (BATISTA; MATTOS; SILVA, 2015).

O diagnóstico de câncer é um episódio que ocasiona alterações na vida do paciente, transformando diretamente sua integralidade, com desarranjos biológicos, psicológicos, sociais, culturais, espirituais, entre outros. É uma doença que abrange um tratamento complexo, promovendo uma série de adversidades, obstáculos e enfretamento, à vista disso, surgem consequências negativas na vida do paciente e seus cuidadores. Os principais obstáculos constituem o medo do desconhecido, incertezas do futuro, insegurança, isolamento, falta de informações e orientações sobre a doença, mudanças nos hábitos de vida em decorrência do

tratamento, dificuldades econômicas, distância e deslocamento dos serviços especializados, entre outros (BATISTA; MATTOS; SILVA, 2015).

O cuidador do paciente oncológico frequentemente é algum familiar ou parente próximo, os quais também sofrem impactos com a confirmação do diagnóstico, como afastamento ou abdicação do emprego, alteração das atividades de vida diárias, entre outras (RIBEIRO *et al.*, 2015). Outros aspectos decorrentes do diagnóstico que afetam tanto o paciente quanto o cuidado representam as mudanças dos hábitos de vida, o isolamento social, comprometimento de aspectos físicos e emocionais, transformações negativas nas relações e prejuízos nas atividades de lazer. Diante desse contexto, o profissional de enfermagem deve estar atento ao paciente e cuidados com uma visão multidimensional (ANJOS; ZAGO, 2014).

### **2.3 Elucidando as Particularidades Gerais das Feridas Neoplásicas**

As feridas neoplásicas constituem condições que geralmente aparecem em pacientes oncológicos que estão em processo de desenvolvimento avançado de tumores altamente malignos e/ou em processo de terminalidade do câncer. Dados estatísticos apontam que essas condições possuem uma maior incidência e prevalência nos países em desenvolvimento, visto que são mais carentes e limitados em relação à educação e saúde pública quando comparados aos países desenvolvidos, além da deficiência de programas de rastreamento que impossibilitam o diagnóstico e tratamento precoce. Diante desse contexto, é notório que as neoplasias vêm tornando-se um problema de saúde pública internacional devido às suas proporções, principalmente no surgimento de feridas neoplásicas (BRITO *et al.*, 2017).

É imprescindível destacar que as feridas neoplásicas são afecções que normalmente estão relacionadas com a demora e imprudência do paciente para procurar assistência médica, acarretando no diagnóstico e tratamento tardio da doença primária, uma vez que essas feridas se desenvolvem principalmente nos estágios mais avançados do câncer, nos últimos meses de vida do paciente. No que diz respeito aos óbitos dos pacientes com feridas neoplásicas em relação ao tempo após o diagnóstico, a literatura salienta que aproximadamente 28% dos pacientes vão a óbito no primeiro mês, 66% falecem nos primeiros 6 meses e 75% morrem nos primeiros 12 meses. Estes dados são indicativos da elevada taxa de mortalidade que está correlacionada a esta afecção, necessitando de cuidados paliativos (SANTOS, 2016).

É categórico ressaltar que as feridas neoplásicas acarretam um impacto para a equipe de saúde responsável pelos cuidados paliativos, pois há uma probabilidade do desenvolvimento de feridas que possuem a capacidade de produzir lesões de aspecto desagradável, odores detestáveis, grande quantidade de exsudato e sangramento, bem como deformidades anatômicas que sucedem distúrbios e prejuízos na imagem corporal e psicológica do indivíduo em relação a si, acarretando sensações como isolamento social, desamparo, entre outras. Desse modo, o cuidado com as feridas neoplásicas direciona o indivíduo a lembrar constantemente da cronicidade, impossibilidade de cura, mal prognóstico, terapia complexa, palição e proximidade com a morte (YAMASHITA; KURASHIMA, 2012).

As feridas neoplásicas são definidas como condições que são resultantes do crescimento desarmônico e descontrolado de células tumorais, as quais penetram estruturas da pele e causam quebra do tegumento, infiltração da derme e epiderme, ocasionando a formação de uma ferida exclusivamente exofítica. Em relação ao mecanismo de carcinogênese ou oncogênese, são caracterizados pela proliferação celular descontrolada que provoca a formação de um tumor, destaca-se a presença de três eventos, o crescimento do tumor, que tem como resultado o rompimento e alteração da pele, a neovascularização, que é caracterizada pela produção de novos vasos sanguíneos para suprir o tumor, e, posteriormente ocorre a invasão tumoral que causa a expansão da ferida (INCA, 2011).

Essa infiltração das células tumorais na pele geralmente efetua-se mediante a corrente sanguínea, linfática ou diretamente do tumor primário, além destes, pode ocorrer também de forma acidental pela linha de sutura para retirada de um tumor ou procedimentos diagnósticos. A metástase cutânea normalmente é o primeiro sinal externo que indica o progresso do câncer para uma doença metastática, principalmente em pacientes diagnosticados com melanomas, câncer de mama, câncer cabeça e pescoço, entre outros. Cabe ressaltar que as feridas neoplásicas podem se desenvolver em diferentes locais, ocorrendo principalmente nas regiões das mamas ou parede torácica (SANTOS, 2016).

Considerando a fisiopatologia das feridas neoplásicas, geralmente surgem, inicialmente, como um nódulo, que evolui progressivamente devido ao seu crescimento tumoral para a rotura do tegumento. Logo em seguida, o tumor avança em sua progressão mediante o processo de angiogênese e invasão de células saudáveis ao redor do tumor. Devido ao crescimento desordenado, desorganizado e refratário, a ferida pode desenvolver-se no tecido ao redor, uma condição denominada desmoplasia, definida pela formação de tecido fibroso ou conjuntivo, logo após, iniciando um processo de hipóxia progressiva em razão da infecção por bactérias

aeróbicas ou anaeróbicas, culminando na necrose tecidual. Vale ressaltar que seu crescimento pode ser exofítico (protuberante) ou endolítico (retraída) (AGRA, 2018).

Nessa conjectura, é notável destacar que as feridas neoplásicas contêm duas etapas, a proliferativa é determinada pela evolução da lesão, enquanto a destrutiva é reconhecida pelos sinais de degradação dos tecidos corporais, em outras palavras, pela presença de tecido necrótico, ocasionalmente até perda tecidual desse tecido. Nessas circunstâncias, na fase destrutiva, o paciente com ferida neoplásica encontra-se com os estágios mais avançados do câncer, tornando-se incurável, isto é, vivencia a necessidade de cuidados paliativos. Essas fases são marcadas por diversas modificações clínicas que demarcam o início do desenvolvimento da sintomatologia predominante e específica dessas lesões. Portanto, os profissionais de enfermagem devem compreender o mecanismo de evolução destas condições, a fim de proporcionar subsídios para o planejamento da terapêutica a ser escolhida (AGRA, 2018).

As feridas neoplásicas são reconhecidas principalmente por alguns aspectos peculiares, destacando-se a progressão celular acelerada e processo de cicatrização inviável, que condiciona a sua cronicidade, além destas, cabe mencionar exsudato excessivo, odor fétido, processos hemorrágicos, prurido, dor, presença de tecido necrótico, risco elevado para processos infecciosos, alto risco para metástase e agressão ao tecido perilesional saudável. O manejo desses sinais e sintomas representam de forma geral um desafio para os enfermeiros e profissionais de saúde, em razão das dificuldades e complexidade correlacionados à prática do cuidar, visto que causa prejuízos multidimensionais no portador dessa condição (LISBOA; VALENÇA, 2016).

As feridas neoplásicas podem ser divididas e classificadas de formas variadas, de modo geral, são de acordo com a sua superfície, aparência, posicionamento, estadiamento e odor. Nessa conjectura, a sua aparência pode ser representada como fungosa, ulcerativa e fungosa maligna ulcerativa. Desse modo, as feridas são definidas como ulcerativas malignas no momento em que apresentam um aspecto ulcerado e formam crateras superficiais, as feridas fungosas malignas a partir do momento que exibem uma semelhança a uma couve-flor, por fim, as feridas fungosas malignas ulceradas constituem uma aparência com aspecto vegetativo e com algumas partes com ulcerações (MATSUBARA *et al.*, 2012).

Uma das condutas mais importantes para a assistência de saúde pelo profissional de enfermagem constitui o estadiamento, forma de avaliar e classificar as feridas neoplásicas. Nessa perspectiva, de forma resumida, o estadiamento 1 (Figura 6) abarca as feridas delimitadas que apresentam pele íntegra, leito avermelhado, nódulo visível e assintomáticas. O estadiamento 1N (Figura 7) compreende as feridas fechadas ou abertas superficialmente, leito

avermelhado, com ou sem exsudato claro ou purulento, seca ou úmida, dor ou prurido pouco frequentes, odor ausente. O estadiamento 2 (Figura 8) abrange as feridas superficiais abertas com prejuízos à derme e epiderme, exsudato reduzido, sensíveis a manipulação (friável), pode apresentar dor e odor (SMITH, 2014).



**Figura 6:** Estadiamento 1.  
**Fonte:** INCA (2011).



**Figura 7:** Estadiamento 1N.  
**Fonte:** INCA (2011).



**Figura 8:** Estadiamento 2.  
**Fonte:** INCA (2011).

Dando continuidade a essa forma de classificação, o estadiamento 3 (Figura 9) engloba as feridas com prejuízos ao tecido subcutâneo, profundidade regular, forma irregular, ulcerada ou vegetativa, pode apresentar necrose, odor fétido, exsudato, lesões no tecido vizinho, leito avermelhado, porém, predomina coloração amarelada. Enquanto o estadiamento 4 (Figura 10) engloba as lesões que invadem estruturas, caracterizada pela grande profundidade, pode possuir exsudato abundante, odor fétido, dor, leito de cor predominante amarelada (SMITH, 2014).



**Figura 9:** Estadiamento 3.  
**Fonte:** INCA (2011).



**Figura 10:** Estadiamento 4.  
**Fonte:** INCA (2011).

Diante dessas conjecturas discursivas, o *Quadro 2: Classificação das feridas neoplásicas de acordo com o estadiamento* sintetiza a classificação de acordo com o estadiamento.

<b>Estadiamento</b>	<b>Características da ferida</b>
<b>1</b>	Pele íntegra, tecido de coloração avermelhada e/ou violácea, nódulo visível, delimitado, estado assintomático.
<b>1N</b>	Ferida fechada ou com abertura superficial por orifício de drenagem de exsudato claro, coloração amarelada ou aspecto purulento, tecido violáceo ou avermelhado, ferida seca ou úmida, dor ou prurido ocasionais, sem odor.

<b>2</b>	Ferida aberta afetando derme e epiderme com ulcerações superficiais. Por vezes, friáveis e sensíveis à manipulação. Exsudato ausente ou reduzido. Intenso processo inflamatório ao redor da ferida. Dor e odor ocasionais.
<b>3</b>	Ferida espessa envolvendo o tecido subcutâneo, profundidade regular, com saliência e formação irregular. Características: friável, ulcerada ou vegetativa, podendo apresentar tecido necrótico liquefeito ou sólido e aderido, odor fétido, exsudato. Lesões satélites em risco de ruptura. Tecido de coloração avermelhada ou violácea, leito predominantemente amarelado.
<b>4</b>	Invasão profunda de estruturas anatômicas, profundidade expressiva, por vezes não se visualiza seu limite. Pode conter exsudato abundante, odor fétido e dor. Tecido de coloração avermelhada ou violácea, porém, o leito da ferida encontra-se predominantemente de coloração amarelada.

**Quadro 2:** Classificação das feridas neoplásicas de acordo com o estadiamento.

**Fonte:** Adaptado do Instituto Nacional do Câncer (2011).

Em contrapartida, no que se refere à classificação dessas feridas como abertas ou fechadas, essa mensuração é efetuada mediante a avaliação através de estágios que se apresentam de um a quatro. As feridas que englobam o estágio 1 são classificadas como fechadas, enquanto as de estágio 2 a 4 são definidas como abertas. As feridas de estágio 2 envolvem prejuízos à derme e epiderme, as de estágio 3 abrangem as feridas espessas com danos ao tecido subcutâneo e as de estágio 4 incluem as feridas profundas com dor e odor (SANTOS, 2016).

Outra forma de classificação das feridas neoplásicas compõe a avaliação do odor, no que concerne ao mecanismo de produção do odor fétido das feridas neoplásicas, a pressão proveniente da proliferação celular tumoral irá resultar na obstrução de vasos sanguíneos, reduzindo o fluxo de sangue, acarretando, conseqüentemente, a diminuição da difusão do oxigênio. Esse processo tem como desfecho a hipóxia tecidual local, propiciando um ambiente favorável para a proliferação de bactérias aeróbias e anaeróbias, microrganismos que são capazes de produzir ácidos graxos voláteis, como o ácido caproico e o acético, além de gases como a putrecina e cadaverina, substâncias que são responsáveis por conferir o odor fétido característicos destas feridas (MATSUBARA *et al.*, 2012).

A seguir, tem-se o *Quadro 3: Classificação do odor*, com uma síntese das principais características do odor em relação ao grau.

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

**Quadro 3:** Classificação do odor.

**Fonte:** Instituto Nacional do Câncer (2011).

O odor nessas lesões está correlacionado à colonização de microrganismos, visto que distintas bactérias aeróbias e anaeróbias encontram um ambiente adequado para se proliferarem, devido ao tecido necrótico formado pela isquemia proveniente da neovascularização inadequada do processo de oncogênese. Esses microrganismos causam diversos prejuízos ao paciente, uma vez que presentes na ferida neoplásica agravam os sinais e sintomas como o odor, o exsudato e a dor, além de intensificarem os prejuízos à autoimagem do paciente. Nesse contexto, tornou-se comum a utilização de antibióticos tópicos na prática clínica, o mais utilizado trata-se do Metronidazol, fármaco que pode ser utilizado na apresentação tópica ou em comprimidos (SOARES, 2019).

Vale mencionar que a hostilidade do crescimento tumoral conduz a progressão de um processo inflamatório, com a liberação de substâncias químicas, como os mediadores inflamatórios, principalmente as histaminas, que constituem substâncias responsáveis pelo prurido na região perilesional, além do mais, há a possibilidade da exsudato ser originário do aumento da permeabilidade do tumor ao fibrinogênio e plasma, inclusive do aumento na geração de fatores de permeabilidade vascular e aumento da proliferação bacteriana anaeróbica, presentes na superfície da lesão que apresentam a capacidade de produzir e liberar uma grande quantidade de exsudato fibroso (MATSUBARA *et al.*, 2012).

No tocante ao exsudato, é um sinal oriundo da associação de processos infecciosos e inflamatórios que acontecem na ferida, enquanto sua produção exacerbada é característica da liquefação do tecido necrótico mediante a ativação de proteases que são produzidas por bactérias que estão presentes na flora da lesão, geralmente essa produção excessiva de exsudato está relacionada com a proliferação de microrganismos, pois atua como um meio de cultura. Ademais, tem capacidade de saturação constante do curativo, ultrapassando as coberturas primárias e secundárias, extravasando e causando diversos impactos biopsicossociais ao paciente, como lesão perilesional, pode sujar as roupas e favorecer o isolamento social (BRITO, 2016).

Posteriormente, o *Quadro 4: Tipo, coloração, consistência e significado clínico dos tipos de exsudato* demonstra uma síntese das principais características do exsudato.

<b>Tipo</b>	<b>Cor</b>	<b>Consistência</b>	<b>Significado</b>
Seroso	Claro, cor palha	Fino, aquoso	Achado normal, provável sinal de infecção
Purulento	Amarelo, cinza, verde	Grosso	Sinal de infecção
Fibrinoso	Amarelo turvo	Fino	Filamentos de fibrina
Sanguinolento	Vermelho	Fino, aquoso	Ruptura de vasos sanguíneos (debridamento)
Seropurulento	Amarelo turvo	Grosso, denso	Sinal de infecção
Serosanguinolento	Claro, rosa	Fino, aquoso	Achado normal
Hemopurulento	Amarelo escuro	Viscoso, pegajoso	Sinal de infecção e danos aos capilares
Hemorrágico	Vermelho	Fino	Infecção, capilares friáveis (diferente do sanguinolento)

**Quadro 4:** Tipo, coloração, consistência e significado clínico dos tipos de exsudato.

**Fonte:** Adaptado de Agra (2018).

A dor é um fenômeno complexo, subjetivo e multidimensional, pois pode afetar os aspectos físicos, psicológicos, sociais, espirituais e culturais, sendo retratada como um sintoma indesejado da doença, lesão ou estresse emocional. Nesse enquadramento, a sua fisiopatologia pode estar associada a diversos fatores que incluem prejuízos e invasão do avanço do tumor nas estruturas nervosas, processos infecciosos, edema proveniente do aumento da permeabilidade capilar e drenagem linfática prejudicada, danos às estruturas vizinhas por trocas constantes de curativos e danos provenientes de procedimentos como o debridamento mecânico. À vista disso, é de suma importância que os enfermeiros realizem uma avaliação por instrumentos padronizados para avaliação da dor (AGRA, 2018).

A classificação da dor das feridas neoplásicas é um aspecto crucial para a avaliação dos enfermeiros, essa classificação pode ser realizada mediante a aplicação de escalas, simplificando a avaliação da intensidade da dor e mensuração da analgesia a ser utilizada. A principal escala utilizada na prática clínica é a “numérica da dor”, que o paciente irá conferir uma intensidade da dor com um valor de zero a dez, o nível zero apresenta ausência de dor e o nível dez a pior dor possível. Contudo, para uma avaliação fidedigna, o paciente ao responder às perguntas deve estar interagindo, lúcido e orientado (CAMPBELL, 2011). Caso o paciente apresente dificuldades de expressão ou comunicação, o profissional pode adotar a escala visual analógica (EVA) para avaliar a dor, avaliando as expressões faciais do paciente indicativas de dor leve, moderada ou intensa (BIASI *et al.*, 2011).

Desse modo, a *Figura 11: Escala Visual Analógica* ilustra os níveis de dor e características da face em diferentes classificações da dor.



**Figura 11:** Escala Visual Analógica.  
**Fonte:** Biasi (2011).

O processo hemorrágico das feridas neoplásicas é consequência de mecanismos vinculados ao desequilíbrio fisiológico, proveniente da progressão e evolução da lesão e tumor, redução da função trombocitária e aumento da rede de vasos sanguíneos. Por consequência, esse desequilíbrio provoca a ruptura de capilares e vasos sanguíneos que ocasionam o sangramento na lesão. Para mais, também pode ser um efeito relacionado com procedimentos como a radioterapia, traumas mecânicos provocados por debridamento e remoção de curativos. Habitualmente, esse processo caracteriza-se como a forma mais intensa de sangramento, consequentemente, seu manejo se torna complexo, necessitando de uma avaliação e conduta adequada pelo enfermeiro (AGRA, 2018).

As feridas neoplásicas são características pela sua cronicidade e mecanismo de cicatrização inviável, uma vez que os pacientes oncológicos desenvolvem deficiência nutricional devido a problemas de alimentação ou absorção dos nutrientes necessários para a cicatrização de feridas. Consequentemente, há uma redução no aporte de nutrientes fundamentais como os aminoácidos, diminuição do fornecimento de nutrientes energéticos e da quantidade de oxigênio, afetando diretamente a síntese de fibroblastos que são responsáveis pela contração dos tecidos. Portanto, a deficiência nutricional colabora com a inviabilidade do processo cicatrização das feridas neoplásicas (MATSUBARA *et al.*, 2012).

O tecido necrótico surge devido ao crescimento tumoral, seu mecanismo de infiltração e proliferação nas estruturas do tegumento aumenta e supera a capacidade de perfusão tecidual do local em que o tumor invadiu, interferindo no processo de nutrição e oxigenação das células locais. Além do colapso vascular, também ocorrem alterações na drenagem linfática e na coagulação sanguínea, ambos são mecanismos que resultam no déficit de oxigênio tecidual. Corroborando essas informações, esses processos vão ter como consequência a hipóxia, que provoca um déficit na oxigenação e prejuízos na coagulação com alterações na hemostasia tecidual, ambos acarretam na morte celular e surgimento de tecido necrótico (O'BRIEN, 2012).

Ratificando essas informações, o desenvolvimento do tecido necrótico propicia um meio ideal para a colonização bacteriana na superfície da ferida neoplásica. Quando as bactérias invadem o tecido, encontram um ambiente adequado e a colonização se estabelece. Como consequência, destaca-se o surgimento de sinais flogísticos, como calor, rubor, edema, dor, perda da função, além de ruptura do tecido vizinho, hipergranulação, hemorragia, tecido de granulação se torna friável, aumento da produção de exsudato e prejuízos no processo de cicatrização, necessitando, assim, de intervenções que reduzam a carga bacteriana (IWII, 2016).

Uma das complicações das feridas neoplásicas constitui a fístula cutânea, geralmente está relacionada à evolução e progressão do câncer, surge normalmente em decorrência de complicações da própria doença ou de intervenções terapêuticas, como cirurgia e radioterapia. A presença de fistulas agrava ainda mais o quadro clínico do paciente com ferida neoplásica, tornando a lesão mais exsudativa, fétida e provocando erosão da pele circunvizinha. Diante desse contexto, o profissional deve estar atento ao seu desenvolvimento e traçando intervenções adequadas. Outra complicação trata-se da infestação por miíase, condição que agrava a ferida neoplásica com piora dos sinais e sintomas. Desse modo, manifesta-se de forma dolorosa, hemorrágica, fétida, infecciosa e febril (AGRA, 2018).

No tocante à terapia tópica das feridas neoplásicas, vários produtos podem ser utilizados para o manejo dos sinais e sintomas, desse modo, cabe aos profissionais de enfermagem avaliar e escolher a cobertura adequada a ser aplicada, considerando sempre a especificidade e características de cada ferida e do potencial medicamentoso do produto, as principais coberturas utilizadas são o carvão ativado com prata, alginato de cálcio, hidrogel, metronidazol, espuma de poliuretano com prata, malha de acetato de celulose (SOARES, 2019).

Esses medicamentos estão organizados no *Quadro 5: Coberturas para feridas neoplásicas e indicações*, demonstrando de forma sintetizada as coberturas, indicações, mecanismo de ação e tempo de troca.

<b>Coberturas</b>	<b>Indicações</b>	<b>Ação</b>	<b>Troca</b>
Carvão ativado com prata	Feridas infectadas	Absorve o exsudato e filtra o odor, a prata exerce ação bactericida.	24 a 48 horas
Alginato de cálcio	Feridas Exsudativas	Auxilia no debridamento autolítico, tem alta capacidade de absorção, resulta na formação de um gel, que mantém o meio úmido para a cicatrização e induz a hemostasia.	24 horas

Hidrogel	Tecido desvitalizado	Amolece e remove tecido desvitalizado pelo debridamento autolítico	12 a 24 horas
Metronidazol	Feridas infectadas	Ação bactericida local, principalmente em bactérias anaeróbias: <i>Bacteroides fragilis</i> , <i>Fusobacterium sp</i> , <i>Clostridium sp</i> , <i>Eubacterium sp e cocos anaeróbios</i>	8 a 12 horas
Espuma de poliuretano com prata	Feridas exsudativas	Ação absorviva e bactericida, proporciona um ambiente úmido e estimula o debridamento autolítico. Absorve o exsudato e expande-se mediante a absorção. Pode conter prata.	24 horas ou até saturar
Malha de acetato de celulose	Cobertura secundária	Evita a aderência à lesão e proporciona a manutenção do meio úmido	---

**Quadro 5:** Coberturas para feridas neoplásicas e indicações.

**Fonte:** Adaptado de Soares (2019).

Por essa situação, atrelada ao contexto supracitado das medicações, foi instituída uma Resolução no Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), de nº 501 de 2015, promulgada com o intuito de reconsiderar as atribuições do enfermeiro no que concerne à prática assistencial do tratamento de feridas, com a avaliação e prescrição de coberturas adequadas. Não obstante, em seu artigo 1º regulamenta sobre novas atribuições da equipe de enfermagem em relação ao manejo das feridas, garantindo que o profissional enfermeiro tenha autonomia para prescrever coberturas de acordo com os protocolos adotados pelas unidades de saúde, além de atribuir a atuação na avaliação e tratamento de feridas (MEDEIROS, 2016).

Os pilares da assistência de saúde às feridas neoplásicas que fornecem informações e dados para direcionar a tomada de decisão terapêutica, considerando a singularidade e individualidade de cada paciente, esses pilares constituem o diagnóstico precoce e estadiamento correto. Os aspectos biológicos e físicos das neoplasias devem ser entendidos pelos os profissionais de saúde, visto que são imprescindíveis para que o rastreamento e sucesso terapêutico sejam adequados, efetivos e no tempo apropriado. Dessa forma, os profissionais de saúde terão discernimento no seu processo de trabalho para promover melhorias na QV do paciente oncológico (MEDEIROS, 2016).

Corroborando com tais informações, destaca-se que o tratamento das feridas neoplásicas é basicamente paliativo, seu objetivo é amenizar os sinais e sintomas oriundos dessa condição, visto que a evolução da doença dificilmente proporciona probabilidades de cura ou controle. Sendo assim, os cuidados paliativos devem vencer as dificuldades e desafios, oportunizando e promovendo uma QV melhor, mediante a redução do odor, exsudato, dores, hemorragias,

diminuição do sofrimento psicológico e social em razão da desfiguração da imagem corporal, melhorando, assim, a sobrevida do paciente oncológico que geralmente já se encontra na fase final da doença (MATSUBARA *et al.*, 2012).

Habitualmente, o tratamento das feridas de modo geral tem a finalidade de promover a cicatrização da lesão, todavia, em cuidados paliativos o tratamento visa o controle dos sinais e sintomas, nesse caso, provenientes de feridas neoplásicas, promovendo o bem-estar dos pacientes e cuidadores. Diante desse contexto, o enfermeiro deve planejar os cuidados paliativos com o intuito de proporcionar um alívio parcial, completo ou temporário da sintomatologia, a cicatrização não é o principal objetivo. Não obstante, a especificidade da palição no manejo das feridas destrincha a etiologia das lesões, uma vez que no processo de cicatrização inviável a terapêutica deve ser planejada de acordo com a sintomatologia apresentada e o princípio da não-maleficência (MEDEIROS, 2016).

## **2.4 Cuidados Paliativos e o Papel do Enfermeiro**

A palavra paliativo procede do termo em latim *pallium*, tem significado de manto ou capa, em alusão à proposta de proteção e acolhimento, suprimindo os sintomas decorrentes da progressão de alguma enfermidade. Ademais, *pallium* refere-se a um manto que era utilizado para proteção de doenças por peregrinos, no decorrer de suas viagens aos antigos santuários. Em conformidade, o cuidado paliativo tem como propósito a proteção dos enfermos ao sofrimento, preservando sua dignidade até o fim do ciclo vital. No ano de 1990 decorreu a conceituação dos cuidados paliativos pela OMS, marco fundamental para a sua legitimação, sendo definidos como os cuidados ativos e totais aos pacientes acometidos por uma doença incurável e que não respondem aos tratamentos. Assim, os seus objetivos são o controle dos sintomas e melhoria da QV (COREN-SC, 2016).

Os cuidados paliativos no Brasil começaram a ser inseridos no contexto da assistência em saúde no final da década de noventa, posteriormente ao primeiro parecer da OMS supracitado em relação a esse tipo de assistência. No cenário atual, possuem uma base sólida e estão bem definidos para os profissionais de saúde. Porém, ainda existem inúmeros obstáculos e adversidades em relação à sua aplicação, principalmente, na execução de um plano de assistência voltado à promoção do conforto e alívio dos sintomas durante o processo de

terminalidade, para alcançar a boa morte, prevenindo um processo doloroso e traumático que prolongue o sofrimento do paciente (FRANCO *et al.*, 2017).

A OMS, em seu grupo de estudos sobre qualidade de vida, determina esse conceito como a compreensão e entendimento do ser humano no tocante às influências acerca dos aspectos socioculturais, econômicos e políticos no cotidiano do indivíduo, para descobrir e conquistar seus objetivos e expectativas, mediante a autonomia e chances de escolha para sua satisfação. A saúde é um fator marcante e determinante na QV e bem-estar dos indivíduos, surgindo, então, a terminologia Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), conceito diretamente associado à individualidade e subjetividade do sujeito em relação à sua saúde e o impacto que essa traz em sua vida (FREIRE *et al.*, 2018).

Nessa perspectiva, o cuidado paliativo pode ser estabelecido como uma assistência que abrange o propósito de alavancar a QV de pacientes e cuidadores, impactados por enfermidades que disponham em risco a continuidade da vida, mediante a implementação de cuidados e estratégias de prevenção e alívio dos sintomas. Nesse cenário, os principais cuidados estão relacionados ao alívio da dor e sintomas desagradáveis, incorporar os aspectos psicossociais e espirituais ao cuidado integral, proporcionar suporte para manutenção das atividades de vida do paciente até sua morte, além de criar uma rede de enfrentamento e apoio aos cuidadores e familiares (PINHEIRO *et al.*, 2016).

Na ocasião em que o câncer atinge os estágios mais avançados, ele é capaz de progredir para uma doença que as chances de cura são ínfimas, com o agravamento e surgimento de sinais e sintomas que são de difícil controle, como a dor, anorexia, ulcerações, náuseas, vômitos, ansiedade, depressão, dentre outros. Nesse contexto, essa sintomatologia é provocada pela progressão e invasão tumoral, bem como aos efeitos adversos de algumas técnicas terapêuticas, trazendo um desconforto acentuado e perturbações na qualidade de vida do paciente. Diante desses aspectos, salienta-se que os cuidados prestados ao paciente com câncer em estágio avançado passam de curativos a paliativos (FREIRE *et al.*, 2018)

O cuidado paliativo baseia-se na formação de uma relação de cuidado com aqueles indivíduos que se encontram em processo de terminalidade em razão de uma doença. Doenças terminais não acometem somente o enfermo, mas todo o ciclo de pessoas envolvidas com seu cuidado, familiares e amigos, todos sentem as consequências no decorrer da progressão da doença. Ademais, esse avanço aumenta a dependência do enfermo em relação aos seus cuidadores e familiares, surgindo adversidades, uma vez que necessitam de um tempo e dedicação considerável do cuidador, que muitas vezes tem que abandonar suas atividades de

vida diárias (AVD) e atividades instrumentais de vida (AIVD) adaptando-se a uma rotina de dedicação máxima aos cuidados (PINHEIRO *et al.*, 2016).

A prática do cuidar constitui uma ação com excelência humana, sendo um componente integrante da vida, essencial para sobrevivência humana. Compreendendo a ascensão do bem-estar do indivíduo fragilizado em decorrência de uma doença terminal, sendo uma vinculação de afetos por intermédio da atenção, dedicação, compromisso e criação de vínculo entre o cuidador e cuidado. O cuidar aos pacientes em processo terminal deve compreender principalmente suas necessidades e limitações, visto que o processo de morte é irreversível e está restrito a dias, semanas ou meses, sendo necessário que o cuidador promova o bem-estar desse paciente, amenizando todo o sofrimento decorrente da doença que causa inúmeros prejuízos em toda sua integralidade e subjetividade (FERNANDES *et al.*, 2013).

Nesse cenário, é imprescindível que os profissionais de saúde priorizem uma prática assistencial respaldada no bem-estar biopsicossocioespiritual, com a finalidade de oportunizar ao paciente uma melhoria da sua QV, bem-estar e minimização do sofrimento. Nesse seguimento, o cuidado paliativo como modalidade de assistência depende de uma visão cautelosa da equipe responsável pelos cuidados do paciente, fundamentada em uma visão holística para valorização da vida e enfrentamento da morte como um processo natural. Essa modalidade não tem como objetivo adiar a morte ou prolongar a vida, mas amparar o paciente e aliviar seus sintomas e sofrimento, oferecendo suporte para uma vida mais ativa possível, considerando todas as limitações (FERNANDES *et al.*, 2013).

Nessas circunstâncias, é notório que os cuidados paliativos necessitam ser integrais, para contemplar as necessidades do paciente em todos os seus aspectos, favorecendo um processo de morte humanizada. Para que o princípio da integralidade do SUS seja respeitado, é essencial encontrar-se presente uma equipe multidisciplinar, que deve ser composta por profissionais da medicina, enfermagem, psicologia, assistência social, nutrição, dentre outros profissionais da saúde, além destes, voluntários e assistentes espirituais podem participar desse cuidado de acordo com a vontade do paciente e familiares. Tais cuidados devem ser individualizados, considerando a subjetividade de cada paciente e a progressão da doença, com o intuito de nortear uma nova visão da assistência holística (FRANCO *et al.*, 2017).

Diante desse contexto, é incontestável que a enfermagem é parte integrante da equipe multiprofissional, compete aos enfermeiros estabelecer uma criação de vínculo com o paciente, familiares e cuidadores, mediante uma comunicação ativa, positiva e satisfatória. No cuidado paliativo, o profissional de enfermagem desenvolve uma conduta primordial no acompanhamento diário do paciente, desde o momento da procura da assistência, do

diagnóstico, aceitação da doença, até o processo de terminalidade, colaborando ativamente com o enfrentamento de uma nova realidade, bem como com a efetivação dos cuidados paliativos para a assistência em saúde com um manejo holístico (LOPES *et al.*, 2013).

O cuidado ao ser humano caracteriza a essência de enfermagem desde os seus primórdios, seu processo de trabalho emana em favor da vida com ações curativas e preventivas de doenças e de recuperação e promoção da saúde. Contudo, há situações que envolvem o processo de terminalidade que devem ser aceitas, pois perpassam por um processo natural do ciclo de vida de todos os seres vivos. Os cuidados paliativos estabelecem em uma modalidade assistencial fortemente aprimorada para amparar os indivíduos diagnosticados com alguma doença grave, como, por exemplo, o câncer, auxiliando no enfrentamento da morte da melhor forma possível, principalmente quando a doença está em um estágio avançado, mediante um manejo holístico e humanizado (ALMEIDA; SALES; MARCON, 2014)

Entre as atividades de cuidados paliativos desenvolvidas pelos profissionais de saúde, destacam-se o cuidado com feridas neoplásicas. Essa assistência requer um cuidado complexo, uma abordagem sistematizada e integral, considerando os pacientes e familiares sob uma ótica multidimensional. Nesse contexto, a interdisciplinaridade é uma ferramenta imprescindível na abordagem aos pacientes paliativos que se encontram em terminalidade, visto que essas lesões geralmente surgem nos seis últimos meses de vida em decorrência da progressão do câncer, agravando ainda mais o quadro clínico do paciente. Diante da complexidade das feridas neoplásicas, a inclusão das consultas de enfermagem torna-se um elemento primordial na criação de vínculos e estabelecimento de uma relação de cuidado (CASTRO *et al.*, 2014).

Corroborando com essas informações supracitadas, o *Quadro 6: Intervenções relacionadas à gestão do cuidado em feridas neoplásicas* sintetiza algumas informações acerca dos cuidados paliativos relacionados as feridas neoplásicas.

<b>Etapas</b>	<b>Gestão do cuidado</b>
Nortear e documentação do cuidado	Usar indicadores clínicos, escaladas, protocolos e instrumentos para nortear e documentar o atendimento; acompanhar a evolução do paciente, classificar a funcionalidade e performance paliativa; avaliar minuciosamente a ferida e registrar suas características (localização, etiologia, tamanho, tipo de tecido, presença de infecção, exsudato e necrose, aspecto da região perilesional); registrar informações e preferências, comunicadas a dimensão biológica, social, psicológica, cultural e espiritual.

Educação e comunicação	Promover intervenções educativas com linguagem apropriada; orientar sobre reações das pessoas diante de sinais e sintomas do paciente; explicar sobre achados clínicos, fatores de risco e complicações; abordar informações sobre cuidados, crenças e mitos; instruir sobre em quais situações o atendimento hospitalar deve ser procurado.
Equipe	Disponer de uma equipe multiprofissional, eficaz e experiente; realizar capacitações regulares; manter contato com outros profissionais que atuam junto com o paciente, inclusive externos a equipe interdisciplinar.
Prevenção	Prevenir iatrogenias e complicações relacionadas a feridas; evitar fatores intrínsecos e extrínsecos, realizar cuidados e utilizar produtos para dificultar a ocorrência de novas lesões (lesões por pressão)

**Quadro 6:** Intervenções relacionadas à gestão do cuidado paliativo em feridas neoplásicas.

**Fonte:** Lucena (2020).

Após acolhimento do paciente, ao ser identificada uma ferida neoplásica, o enfermeiro deve realizar uma avaliação minuciosa da lesão e do paciente. Nessa perspectiva, a descrição da ferida deve ser concisa e sistemática, observando diversos aspectos e características, dentre as quais destacam-se a localização, tamanho, aparência, quantidade e características do exsudato, presença e nível de dor, presença de odor, infecção, tecido desvitalizado e aspecto da pele circunvizinha. Nessa primeira etapa também é importante identificar os cuidadores e a rede de Atenção Básica (AB) do paciente, com o intuito de promover a implementação da atenção domiciliar, com a realização dos curativos na residência do paciente, de modo que o enfermeiro tenha condições de capacitar a família para realização desse procedimento, garantindo a autonomia dos cuidadores (CASTRO *et al.*, 2014).

Tendo em vista a participação dos cuidadores, a troca do primeiro curativo deve ser realizada com a presença e participação dos cuidadores, auxiliando na identificação das suas limitações e dificuldades, valorizando sua importância no processo de cuidar. Um dos pontos-chave desse cuidado é a comunicação efetiva e eficaz, propiciando a criação de uma relação que permite envolvê-los e capacitá-los sobre as técnicas, abordando também seus aspectos emocionais. Nesse âmbito, o enfermeiro deve melhorar o suporte aos cuidadores, para que sejam capazes de prestar cuidados adequados aos pacientes em cuidado paliativo acometidos com feridas neoplásicas (CASTRO *et al.*, 2014).

Estudos apontam uma relação direta entre os cuidados paliativos e feridas neoplásicas, mediante o reconhecimento de aspectos relacionados a esses tipos de feridas e a QV do paciente oncológico, englobando todas as repercussões multidimensionais nesse processo de cuidar,

orientando o enfermeiro na prestação de uma assistência adequada e resolutive. Nessa perspectiva, deve adotar indicadores clínicos, escalas, protocolos e instrumentos padronizados para nortear e documentar os cuidados prestados ao paciente, favorecendo a sistematização de todo esse processo (LUCENA, 2020).

Diante disso, o enfermeiro deve ter a habilidade de identificar, avaliar e manejar os sinais e sintomas, tais como odor, exsudato, hemorragia, infecção, dor, prurido, necrose e maceração, mediante a promoção de um ambiente adequado proporcional aos cuidados paliativos, realização de um curativo adequado com limpeza da ferida, escolha de produtos e coberturas, orientações ao paciente e família, promoção dos aspectos psicossociais (LUCENA, 2020).

O *Quadro 7: Intervenções relacionadas ao cuidado de feridas* sintetiza alguns cuidados que o enfermeiro pode adotar no manejo de feridas, inclusive as neoplásicas.

<b>Etapas</b>	<b>Cuidados</b>
Antes do curativo	Administrar analgésico previamente conforme prescrição médica; Preparar o ambiente (iluminação, ventilação, desodorizantes, aromaterapia, roupas e lençóis limpos)
Remoção do curativo	Evitar ou minimizar dor, trauma e hemorragia; observar aspecto do curativo (coloração, quantidade de exsudato, odor, sangramentos, tecidos); avaliar necessidade de troca de todo curativo ou somente da cobertura secundária; remover adesivos, esparadrapos, ataduras; umedecer cobertura com soro fisiológico 0,9% e remover delicadamente; descartar curativo antigo.
Limpeza da ferida	Evitar ou minimizar dor, trauma e hemorragia; prevenir ou tratar infecções; evitar técnicas traumáticas e abrasivas; irrigar com soro fisiológico 0,9% com seringa 20ml e agulha 40x12; utilizar soluções de limpeza recomendadas de acordo com a ferida.
Debridamento	Evitar ou minimizar dor, trauma e hemorragia; prevenir ou tratar infecções; evitar técnicas traumáticas e abrasivas; avaliar risco de hemorragia e lesão tecidual; irrigar tecido desvitalizado com soro fisiológico 0,9% com seringa 20ml e agulha 40x12; utilizar produtos que favorecem o debridamento autolítico; utilizar, se necessário, substâncias enzimáticas ou proteolíticas no tecido desvitalizado; proteger áreas perilesionais; avaliar necessidade de debridamento mecânico ou instrumental; solicitar avaliação cirúrgica em caso de necrose extensa ou profunda.
Leito da ferida	Coletar material para cultura; intervir em caso de sangramento com compressão local, aplicar alginato de cálcio, realizar compressa fria; se necessário, utilizar vasoconstritores

	(adrenalina) em gazes; utilizar analgésico tópico, confirme prescrição.
Escolha cobertura	Priorizar cobertura macia, não aderente e com menor frequência de troca; utilizar produtos com capacidade de absorção de exsudato; promover um leito limpo, protegido contra trauma e infecção; preferir coberturas para controle do odor, utilizar produtos para conter sangramento.
Área perilesional	Prevenir trauma, maceração e prurido; evitar lavagens excessivas. Usar umectantes ou lubrificantes regulamente; proteger a pele com produtos de barreira; evitar aplicações e remoções repetitivas de fitas adesivas.
Fixação do curativo	Proteger contra trauma e infecção; ocluir ferida respeitando a estética e anatomia; usar fita, filme, rede de malha ou outros fixadores de maneira adequada; se necessário, utilizar bandagem com atenção para não ocluir fluxo sanguíneo e causar desconforto

**Quadro 7:** Intervenções relacionadas ao cuidado de feridas.

**Fonte:** Lucena (2020).

Essas conjecturas discursivas, acabam demonstrando que o paciente terminal que sofre com doença incurável sofre em seus aspectos multidimensionais, constrangido pela dependência e angustiado pelas alterações de suas funções corporais. Todos esses aspectos contribuem para degradação emocional do paciente. Desse modo, cabe ao enfermeiro oferecer e implementar ações de suporte para resgatar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais do paciente sem possibilidade de cura, como observado no *Quadro 8: Intervenções relacionadas aos aspectos psicológicos, sociais e espirituais* (LOPES *et al.*, 2013).

<b>Intervenções relacionadas aos aspectos psicológicos, sociais e espirituais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstrar interesse pelo cuidado;</li> <li>• Identificar anseios psicológicos, sociais e espirituais;</li> <li>• Orientar sobre alternativas de suporte social, psicológico, emocional, cultural e espiritual;</li> <li>• Usar estratégias de promoção do convívio social, promover trabalhos em grupos, fortalecer vínculo entre paciente e cuidador;</li> <li>• Orientar acompanhamento com profissionais da saúde mental, com abordagem farmacológica e não farmacológica (massagem, musicoterapia, aromaterapia, terapia ocupacional);</li> <li>• Rastrear crenças, respeitar e encaminhar para apoio social;</li> <li>• Favorecer sensação de bem-estar, autoestima e paz espiritual;</li> <li>• Aliviar os medos e sentimentos de incertezas relacionadas à doença, tratar sintomas angustiantes proporcionando conforto.</li> </ul>
---	--

**Quadro 8:** Intervenções relacionadas aos aspectos psicológicos, sociais e espirituais.

**Fonte:** Lucena (2020).

### 3 METODOLOGIA

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) trata de um estudo bibliográfico do tipo revisão integrativa, realizado no Centro Universitário AGES (UniAGES), localizado em Paripiranga (BA). Esse tipo de estudo configura-se como uma ferramenta de investigação que reúne informações e dados sobre um determinado assunto investigado em estudos primários, possibilitando ao pesquisador compreender e sintetizar determinado assunto pela análise de outros estudos, permitindo criar novas formas de entendimento sobre o conteúdo revisado. Apresenta uma notável crescente nas últimas décadas na área da enfermagem, auxiliando na compreensão de diversos aspectos do cuidado em saúde no âmbito individual ou coletivo, mediante um projeto que possibilite a colaboração e integração de diversos conhecimentos, favorecendo e beneficiando a assistência de Enfermagem (SOARES *et al.*, 2014).

Com a finalidade para elaboração deste projeto, foi primordial o emprego de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), visto que os bancos de dados pré-selecionadas para este estudo incorporam aos descritores dessa plataforma para realização da busca na biblioteca virtual. Diante desse contexto, foram determinados para subsidiar a busca os seguintes descritores: Feridas; Ferimentos e Lesões; Neoplasias; Câncer; Assistência de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem. Sucessivamente organizando a partir dos operadores booleanos (“AND e “OR”) que intercalaram os termos de pesquisa a seguinte expressão de busca: (“Feridas” OR Ferimentos e Lesões) AND (“Neoplasias” OR Câncer) AND (“Assistência de Enfermagem” OR Cuidados de Enfermagem). Posteriormente, em uma busca nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde- LILACS; *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*-MEDLINE; Base de Dados em Enfermagem – BDEF) e coletânea SciELO, sem adoção de critérios de inclusão ou exclusão, após a busca foram encontrados: 417 resultados, conforme demonstrado abaixo.

Base de dados	Expressão de busca	Total estudos 1ª busca
BVS (MEDLINE, LILACS, BDEF)	(“Feridas” OR Ferimentos e Lesões) AND (“Neoplasias” OR Câncer) AND (“Assistência de Enfermagem” OR Cuidados de Enfermagem)	391 resultados
Coletânea SciELO	(“Feridas” OR Ferimentos e Lesões) AND (“Neoplasias” OR Câncer) AND (“Assistência de Enfermagem” OR Cuidados de Enfermagem)	26 resultados

**Quadro 9:** Expressão de busca para estratificação dos estudos.

**Fonte:** Dados do pesquisador (elaborado em 2021).

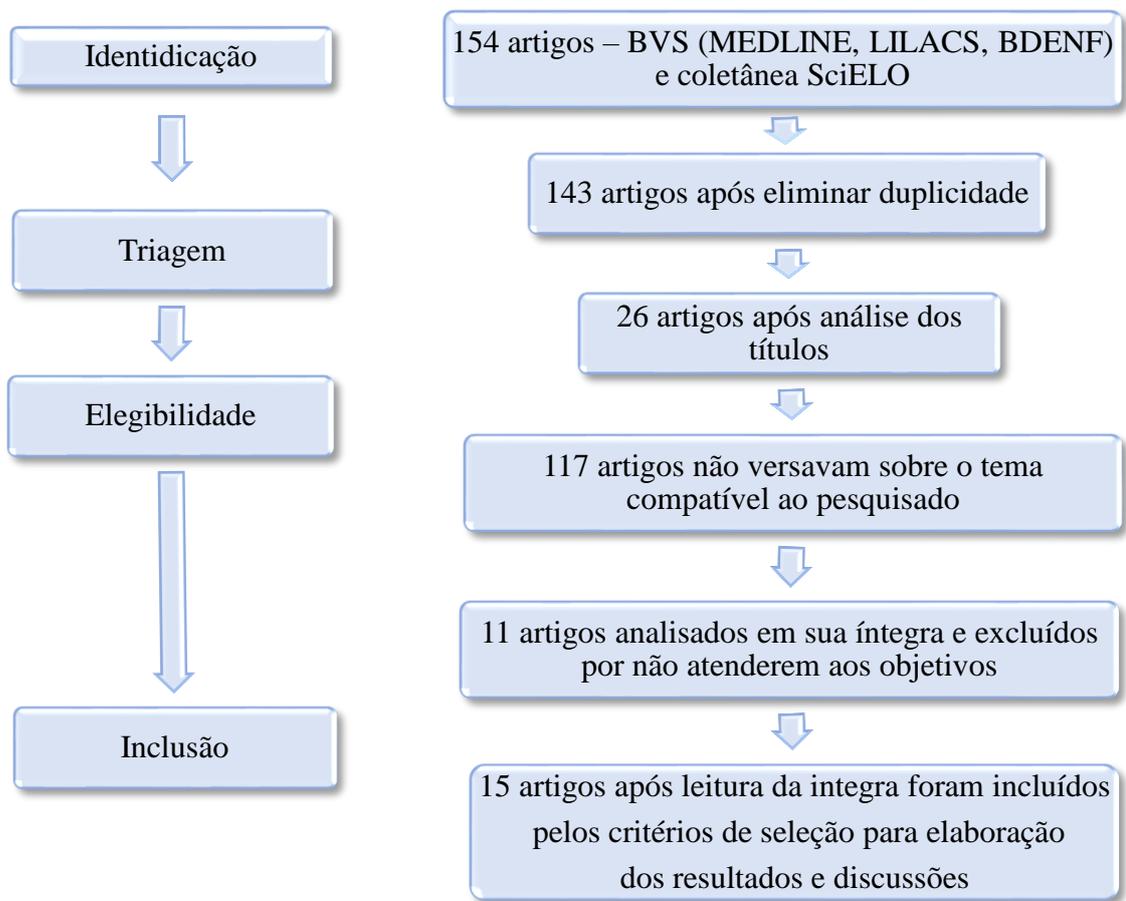
Para seleção dos estudos que contribuiriam para o enriquecimento teórico e científico deste projeto, foram adotados critérios de inclusão e exclusão para pré-seleção dos estudos a serem utilizados. Os critérios de inclusão foram baseados na publicação dos estudos em uma restrição temporal de 10 anos, compreendendo os trabalhos publicados entre os anos de 2011 a 2021, estes, por sua vez, deveriam estar nos seguintes idiomas: inglês, espanhol e português. Os critérios de exclusão determinaram a eliminação de trabalhos publicados em um período maior de 10 anos, sendo estes inferiores ao ano de 2010, além de serem retirados os estudos em outros idiomas com exceção dos supracitados. Com adoção dos critérios de inclusão, após a busca foram encontrados 154 resultados.

Base de dados	Expressão de busca	Total estudos 2ª busca
BVS (MEDLINE, LILACS, BDNF)	(“Feridas” OR Ferimentos e Lesões) AND (“Neoplasias” OR Câncer) AND (“Assistência de Enfermagem” OR Cuidados de Enfermagem)	132 resultados
Coletânea SciELO	(“Feridas” OR Ferimentos e Lesões) AND (“Neoplasias” OR Câncer) AND (“Assistência de Enfermagem” OR Cuidados de Enfermagem)	22 resultados

**Quadro 10:** Expressão de busca para estratificação dos estudos com critérios de inclusão.

**Fonte:** Dados do pesquisador (elaborado em 2021).

Posteriormente à segunda busca, outro critério de exclusão adotado foi a duplicidade dos artigos nas bases de dados, sendo identificados 11 resultados duplicados, restando, desse modo, um total de 143 resultados para adoção do seguinte critério de inclusão. Em seguida a essa exclusão, os títulos e resumos de cada artigo foram analisados individualmente para análise da adjacência da temática desenvolvida nesse projeto, sendo excluídos um total de 117 estudos, restando 26 estudos, 1 no espanhol, 6 no idioma inglês e 19 no português. Por fim, esses estudos foram submetidos a uma seleção criteriosa através da leitura em sua íntegra, resultando na exclusão de 11 artigos, restando, assim, um total de 15 artigos, os quais se adequaram aos objetivos desse projeto para alicerçar os seus resultados e discussões.



**Figura 12:** Fluxograma da compilação dos estudos incluídos de acordo com os critérios de inclusão para seleção nas bases de dados selecionadas.

**Fonte:** Dados do pesquisador (elaborado em 2021).

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Posteriormente à análise dos artigos que se enquadravam nos critérios de inclusão para elaboração deste trabalho de conclusão de curso, foi inserida no *Quadro 11: Artigos que atendem aos critérios de inclusão* a seguinte organização: número do artigo, nomes dos autores e ano de publicação do periódico, título original conforme o idioma encontrado, metodologia, objetivos. Esses estudos foram selecionados criteriosamente e exclusivamente para o desenvolvimento teórico e metodológico do tópico de resultados e discussão.

Nº	Autor/ano	Título	Metodologia	Objetivo
1	SCHMIDT <i>et al.</i> , 2020	Conhecimento da equipe de enfermagem sobre cuidados com pacientes com feridas neoplásicas	Estudo observacional e transversal	Avaliar o conhecimento da equipe de enfermagem de um hospital oncológico sobre o cuidado de pacientes com Feridas Neoplásicas Malignas (FNM) e analisar fatores sociodemográficos e educacionais associados.
2	AZEVEDO <i>et al.</i> , 2014.	Conhecimento de Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre Avaliação e Tratamento de Feridas Oncológicas	Pesquisa descritiva e quantitativa	Identificar as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no cuidado às pessoas com feridas oncológicas no contexto da Estratégia Saúde da Família
3	VICENTE <i>et al.</i> , 2019.	Cuidado em enfermagem mediada por tecnologias educacionais	Pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva	Reconhecer as tecnologias educacionais utilizadas no processo de atualização dos enfermeiros no cuidado à pessoa com ferida oncológica de cabeça e pescoço
4	AGRA <i>et al.</i> , 2017.	<i>Malignant cutaneous tumor wound simulators as a teaching learning strategy for nurses</i>	Estudo intervencionista	Investigar o saber e o fazer de enfermeiros no cuidado da pessoa com ferida tumoral maligna cutânea

5	SILVA; CONCEIÇÃO (2020)	Cuidados paliativos de enfermagem a pacientes com feridas neoplásicas	Revisão integrativa	Descrever as evidências científicas disponíveis na literatura sobre os cuidados paliativos de enfermagem a pacientes com feridas neoplásicas.
6	BRITO; AGRA; COSTA (2017)	Cuidados Paliativos a Pacientes com Ferida Neoplásica: Uma Perspectiva para a Assistência de Enfermagem	Revisão integrativa	Caracterizar o conhecimento descrito na literatura relacionado à assistência de enfermagem em cuidados paliativos com o paciente portador de ferida neoplásica
7	ANDRADE <i>et al.</i> , (2018)	Conhecimento de enfermeiras sobre avaliação e manejo clínico de pacientes com ferida neoplásica	Estudo exploratório-qualitativo	Investigar o conhecimento de enfermeiras sobre avaliação e manejo clínico de pacientes com feridas neoplásicas
8	NARCISO <i>et al.</i> , 2017.	Variáveis associadas ao controle do odor em feridas neoplásicas: conhecimento para o cuidado de enfermagem	Revisão integrativa	Analisar variáveis importantes à construção do conhecimento de enfermeiros para o controle do odor de feridas neoplásicas.
9	SANTOS <i>et al.</i> , 2017.	Avaliação do isolamento social em pacientes com odor em feridas neoplásicas: revisão integrativa	Revisão integrativa	Identificar as evidências científicas sobre o isolamento social em pacientes com odor fétido em feridas neoplásicas
10	CASTRO <i>et al.</i> , 2017.	Intervenções de enfermagem para pacientes oncológicos com odor fétido em ferida tumoral	Revisão integrativa	Identificar intervenções de enfermagem para o diagnóstico de odor fétido em ferida tumoral

11	SACRAMENTO <i>et al.</i> , 2015.	Manejo de sinais e sintomas em feridas tumorais: revisão integrativa	Revisão integrativa	Identificar intervenções de enfermagem disponíveis para o controle ou redução de sinais e sintomas decorrentes de feridas tumorais em pacientes oncológicos
12	SOUZA <i>et al.</i> , 2017.	Escalas de avaliação de odor em feridas neoplásicas: uma revisão integrativa	Revisão integrativa	Verificar a existência de instrumentos de avaliação do odor em feridas neoplásicas
13	SANTOS <i>et al.</i> , 2017.	Evidências sobre o isolamento social em pacientes com exsudato em feridas neoplásicas: revisão integrativa	Revisão integrativa	Identificar as evidências científicas sobre o isolamento social em pacientes com feridas neoplásicas exsudativas
14	SOARES; CUNHA; FULY, 2019.	Cuidados de enfermagem com feridas neoplásicas	Revisão integrativa	Discutir os cuidados de Enfermagem relacionados às feridas neoplásicas nos pacientes em cuidados paliativos.
15	AGRA <i>et al.</i> , 2017.	Conhecimento e prática de enfermeiros no controle de feridas neoplásicas	Estudo descritivo de desenho quantitativo	Verificar o conhecimento e prática de enfermeiros no controle de sintomas de pacientes com feridas neoplásicas

**Quadro 11:** Artigos que atendem aos critérios de inclusão.

**Fonte:** Dados do pesquisador (elaborado em 2021).

Como observado no *Quadro 11: Artigos que atendem aos critérios de inclusão*, um total de 15 artigos atenderam aos critérios para alcançar os objetivos iniciais traçados para a elaboração deste projeto, respondendo ainda à pergunta inicialmente determinada. Os estudos selecionados para fazer parte do Quadro foram publicados respectivamente nos anos de 2014 (n= 1), 2015 (n= 1), 2017 (n= 9), 2019 (n= 2) e 2020 (n= 2). Em sua grande maioria, os estudos selecionados estão no idioma português, sendo os mesmos realizados em território brasileiro, somente um estudo está no idioma inglês. De acordo com o delineamento metodológico, é

perceptível que destes foram utilizados estudos envolvendo revisão integrativa (n= 9), descritivo e quantitativo (n= 2), descritivo e qualitativo (n = 2), observacional e transversal (n= 1) e intervencionista (n= 1). Diante dos objetivos traçados, estes artigos selecionados debatem em relação às feridas neoplásicas em diversos aspectos, englobando desafios e dificuldades para assistência do enfermeiro, intervenções que podem ser implementadas para o manejo de sinais e sintomas, bem como os cuidados acerca dos cuidados biológicos e psicossociais.

#### **4.1 Análise sobre o Conhecimento, a Prática e as Dificuldades dos Profissionais de Enfermagem acerca do Manejo das Feridas Neoplásicas**

Atualmente, torna-se primordial elucidar as questões pertencentes às feridas neoplásicas, em virtude de sua temática ser pouco estudada na literatura, atividades de pesquisa e educação na Enfermagem Oncológica. Corroborando com tais fatos, Schmidt *et al.* (2020), em seu estudo observacional e transversal em um hospital especializado no tratamento do câncer, destacam que os enfermeiros apresentam uma lacuna no conhecimento prático e teórico dos cuidados aos pacientes com feridas neoplásicas. Demonstrando um déficit considerável em procedimentos básicos e fundamentais, tais como o controle do odor, exsudato e sangramento, orientações à família no domicílio sobre o uso da técnica limpa e estéril, deficiência no arcabouço de intervenções que promovam bem-estar, uso de coberturas inapropriadas que podem aumentar as células neoplásicas, entre outros aspectos. Todavia, seu estudo foi realizado em um hospital oncológico, logo, pode-se concluir que esse déficit pode ser ainda mais acentuado na APS.

Nesse cenário, Schmidt *et al.* (2020), em seu estudo no hospital oncológico, ressaltam que a questão com maior índice de erro acerca das feridas neoplásicas refere-se ao uso da técnica limpa x estéril dos curativos em domicílio, totalizando 81,2% de déficit. A segunda questão com maior desconhecimento trata-se da classificação, com um montante de 75% de déficit. A terceira questão com maior índice de erro trata-se do controle do odor, com 62,5% de déficit. A quarta questão com maior taxa de erro corresponde ao uso de coberturas que não estimulam cicatrização, com uma somatória de 56,2% de déficit. Para as demais questões, as taxas de erro e “não sei” ficaram abaixo de 56,2%. Não obstante, as questões com maior índice de acertos correspondem às causas de miíase, objetivo dos curativos e controle do exsudato.

Essas e outras questões, com a frequência de acertos, erros e “não sei”, estão organizadas na *Tabela 1: Questões para análise do conhecimento dos enfermeiros sobre feridas neoplásicas.*

Questões	Acertos %	Erros %	Não sei %
Técnica limpa x estéril na realização de curativo em domicílio	18,8	68,7	12,5
Condutas do enfermeiro no controle do sangramento	56,3	37,5	6,2
Objetivo da realização dos curativos em feridas neoplásicas	62,5	12,5	25
Objetivo dos curativos e o controle dos sinais e sintomas	87,5	12,5	-
Prevenção da ocorrência de sangramento	81,3	18,7	-
Causas de ocorrência de miíase	100	-	-
Terapia tópica para o controle do odor	37,5	62,5	-
Sinais de infecção na ferida	81,3	18,7	-
Controle do exsudato	87,5	12,5	-
Classificação das feridas neoplásicas	25	18,7	56,3
Uso de coberturas que não estimulam a cicatrização	43,8	43,7	12,5

**Tabela 1:** Questões para análise do conhecimento dos enfermeiros sobre feridas neoplásicas.

**Fonte:** Adaptado de Schmidt *et al.* (2020).

É valoroso salientar que a lacuna do conhecimento não está presente somente na atenção secundária e terciária, mas, também, na AB. Nessa perspectiva, Azevedo *et al.* (2014), em seu estudo descritivo e quantitativo realizado com enfermeiros nas Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um município do Estado do Rio Grande do Norte, mencionam que esse cenário é resultado direto da deficiência no ensino superior. Aproximadamente, 64% dos participantes relataram que em sua formação acadêmica não foi incluído nos planos de aula o ensino sobre as feridas neoplásicas. Não obstante, 50% destes profissionais adquiriram alguma formação específica em feridas, desse grupo, 71% realizaram capacitações e 29% especializações. Contudo, 86% não adquiriram nenhuma formação específica sobre feridas neoplásicas. Além disso, verificou-se que 43% dos enfermeiros não prestaram nenhum cuidado a estas lesões. Enquanto 57% mencionaram que prestaram cuidados a feridas oriundas do câncer de mama (75%), de pele não melanoma (37,5%), de próstata (25%) e do colo uterino (12,5%).

Os curativos realizados na ESF são variados, muitos não respeitam os aspectos da ferida, além da inexistência de protocolos institucionais. Em continuidade aos estudos de Azevedo *et al.* (2014), os enfermeiros entrevistados nesse nível de atenção à saúde, de modo geral, mencionam avaliar os seguintes aspectos das lesões: localização, dimensão, profundidade, cicatrização, tipos de tecidos, presença de exsudato, sangramento, inflamação, higiene, odor e dor. No tocante aos curativos, os oclusivos ou absorptivos são considerados como a primeira

opção, mas, de modo geral, os enfermeiros utilizam o aberto, oclusivo, orientado pelas características da lesão e o prescrito pelo médico. Os principais medicamentos constituem o óleo de girassol, colagenase, papaína, fibrinolisina e prescritos pelo médico. Para limpeza são utilizados o soro fisiológico 0,9% (SF 0,9%) e iodopovidona (PVPI). Na cobertura são utilizados atadura, gaze e fita hipoalérgica.

A Tabela 2: *Produtos e medicamentos utilizados para nas feridas neoplásicas* destaca com detalhes a utilização de cada item supracitado.

Medicamentos	Porcentagem	Tipos de curativos	Porcentagem
Óleo de girassol	37,5%	Aberto	25%
Colagenase	37,5%	Oclusivo	25%
Papaína	12,5%	Características da lesão	25%
Fibrinolisina	12,5%	Prescrito pelo médico	12,2%
Prescrito pelo médico	12,5%	Produtos para cobertura	Porcentagem
Produtos para limpeza	Porcentagem	Gaze	50%
SF 0,9%	87,5%	Atadura	25%
PVPI	12,5%	Fita hipoalérgica	12,5%

**Tabela 2:** Produtos e medicamentos utilizados para nas feridas neoplásicas.

**Fonte:** Adaptado de Azevedo *et al.* (2014).

O processo de trabalho dos enfermeiros envolve diversas vertentes individuais que influenciam na assistência em saúde, esse panorama é mencionado no estudo de Schmidt *et al.* (2020), o qual salienta que esses profissionais são encarregados pela instauração de uma comunicação efetiva através da criação de vínculo e confiança entre pacientes e sua equipe. Contudo, os profissionais desse estudo relatam sentir desconfortos ao lidar com pacientes com feridas neoplásicas, especialmente em estágios avançados. A literatura mundial apresenta uma escassez sobre o manejo dos sinais e sintomas dessas feridas, porém, é evidente que os pacientes referem o odor, exsudato e sangramento como os mais impactantes, convivendo melhor com a dor. Em contrapartida, enfermeiros destacam a dificuldade em prevenir, minimizar ou controlar esses sinais e sintomas, bem como a dificuldade na escolha da intervenção mais adequada para cada condição, afetando diretamente nos cuidados inerentes à realização de curativos.

É importante destacar que a AB deve desenvolver atividades educativas que forneçam orientações adequadas a pacientes e cuidadores. Nessa perspectiva, Azevedo *et al.* (2014), em seu estudo, trazem informações pertinentes em relação à educação em saúde com esse público-alvo, dos enfermeiros participantes do estudo, aproximadamente 75% a realizavam, com enfoque na higiene do paciente e ferida, na alimentação adequada, no manuseio da ferida,

no processo de cicatrização e na limpeza da lesão. Os participantes do estudo ainda afirmam que as principais dificuldades englobam a falta de capacitação (62,5%), falta de material (25%) e carência da unidade (12,5%). Ações educativas são fundamentais para continuidade da assistência e esclarecimento de dúvidas, promoção da saúde autonomia e bem-estar.

A *Tabela 3: Principais orientações repassadas pelos enfermeiros* destaca, com detalhes, dados a respeito das principais orientações realizadas no decorrer do seu processo de trabalho.

Educação em saúde	Porcentagem
Higiene do paciente e ferida	37,5%
Alimentação adequada	25%
Manuseio da ferida	12,5%
Processo de cicatrização	12,5%
Limpeza da lesão	12,5%

**Tabela 3:** Principais orientações repassadas pelos enfermeiros.

**Fonte:** Adaptado de Azevedo *et al.* (2014).

Para construir e aprimorar o conhecimento teórico e prático sobre feridas neoplásicas, é imprescindível destacar a educação permanente em saúde (EPS) para capacitações e atualizações específicas. Nesse contexto, Vicente *et al.* (2019), em seu estudo de caráter qualitativo, exploratório e descritivo, evidencia que a atualização profissional visa aprimorar a assistência clínica e repor a lacuna da formação acadêmica sobre as feridas neoplásicas. A EPS em curto prazo permite melhorar o desempenho e prevenir iatrogenias, em médio e longo prazos permite favorecer a reflexão e raciocínio clínico, qualificando o cuidado de enfermagem. Assim, os meios de atualização da enfermagem oncológica são diversos, como atividades educacionais, cursos, capacitações e grupos de estudos, que permitem a qualificação teórica e prática através de discussão de casos, troca de experiências e conhecimentos, favorecendo o desenvolvimento de um perfil profissional atualizado.

Diante dessas conjecturas discursivas, é imprescindível destacar métodos tecnológicos inovadores de atualização em enfermagem. Nesse cenário, Vicente *et al.* (2019), em seu estudo, mencionam que as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) vêm cada vez mais ganhando espaço nos últimos anos, em virtude da facilidade, melhoria dos serviços, eficácia, administração, avaliação e segurança do cuidado, além de proporcionar uma comunicação mais efetiva, aprimorando o raciocínio clínico e tomada de decisão. Apesar dos enfermeiros terem ciência dessas tecnologias, muitos não a utilizam no seu dia-a-dia. Outra ferramenta tecnológica que pode ser utilizada como forma de documentação é o registro fotográfico, método fácil e

ágil que auxilia no tratamento das feridas neoplásicas, pois permite uma avaliação por vários profissionais e a comparação temporal de sua evolução, assegurando a melhor conduta diagnóstica e terapêutica. Além disso, também pode ser utilizada no ensino e pesquisa.

Em outro estudo, agora de caráter intervencionista, Agra *et al.* (2017) mencionam que é notório que apesar dos avanços técnicos e científicos da assistência frente às feridas neoplásicas, ainda há uma deficiência no ensino acadêmico dos profissionais enfermeiros, bem como no acervo de estudos, gerando uma lacuna no conhecimento técnico e teórico. Nesse contexto, é de suma importância que as unidades de ensino adotem a utilização de peças que simulem as lesões neoplásicas, proporcionando o desenvolvimento de habilidades na assistência a este tipo específico de ferida, inspirando novas práticas profissionais, melhorando a assistência aos pacientes com esse tipo de enfermidade, visto que é uma condição que irá acarretar inúmeras repercussões ao paciente. A ampliação da crítica da realidade sobre o clínico-assistencial e técnico-pedagógico fortalece a Enfermagem enquanto ciência do cuidar no cenário de assistência integral à saúde.

#### **4.2 Análise sobre as Principais Intervenções dos Profissionais de Enfermagem frente ao Manejo das Feridas Neoplásicas através de uma Visão Holística**

Os enfermeiros são responsáveis pelos cuidados nos aspectos biológicos e psicossociais do paciente, no que concerne aos cuidados com as feridas neoplásicas, Silva e Conceição (2020), em seus estudos de revisão integrativa, enfatizam a prevalência de duas ações que são abordadas como o princípio dessa assistência, englobando, assim, a avaliação e limpeza da lesão. Desde o princípio, a prática adequada da avaliação da lesão e do paciente são etapas indispensáveis para a coleta de dados para subsidiar as etapas de Diagnóstico de Enfermagem (DE) e Implementação de Enfermagem (IE) para o controle dos sinais e sintomas e melhoria da QV. Posteriormente, a limpeza apropriada e escolha da cobertura adequada a ser aplicada interferem na melhoria ou piora do quadro clínico do paciente

Nesse sentido, Brito, Agra e Costa (2017), em seus estudos de revisão integrativa, colaboram com o exposto, salientam que a primeira ação do profissional de enfermagem deve ser destinada à avaliação da ferida, etapa inicial que demanda do enfermeiro conhecimento teórico para o julgamento clínico baseado em evidências e experiência prática, sucedendo pela coleta de dados objetivos, subjetivos, diretos e indiretos. É recomendado observar a ferida

neoplásica pela sua apresentação, localização, tamanho, profundidade, coloração, grau de odor, presença de sangramentos, volume de exsudato, nível de dor, presença de prurido, fistulas, miíase e cavitações. Diante do exposto, os profissionais de enfermagem devem observar todas as características das lesões e classificar de acordo com os estadiamentos.

Andrade *et al.* (2018) em seu estudo exploratório qualitativo com enfermeiras assistenciais da ESF no município de Cuité, Paraíba, colaboram com as informações supracitadas ao destacarem que a inspeção tem maior importância no exame semiológico, uma vez que é a partir dela que o enfermeiro irá coletar dados sobre as características das lesões. Logo, o ambiente deve estar iluminado e claro, propiciando uma inspeção cutânea adequada com a avaliação de todo o tegumento. Por outro lado, pode ser necessário associar outro método à inspeção, assim, a palpação tem um destaque na determinação da dimensão da espessura mediante o pinçamento para avaliação de processos isquêmicos e digitopressão pela compressão para identificar a presença de processos edematosos.

Conforme Brito, Agra e Costa (2017), a limpeza da ferida compõe a primeira etapa da terapêutica tópica, existem diversas soluções que podem ser aplicadas para a limpeza, o SF 0,9%, PVPI, clorexidina, água destilada e peróxido de oxigênio são comumente utilizados na prática clínica. Para esse fim, o enfermeiro deve utilizar intervenções básicas, como empregar luvas estéreis, irrigar a ferida através de jatos com agulha de diâmetro de 40x12 conectada em seringa de 20 ml, evitar jatos no tecido no granulação, remover as fixações e gazes com irrigação constante para prevenir adesão às bordas e leito da ferida, limpar a ferida removendo superficialmente microrganismos, promover debridamento mecânico com os jatos, controlar e remover exsudato, sangramentos e tecido desvitalizado com soluções tópicas adequadas, manter o leito da ferida úmido, promover curativo com produtos adequados, confortável e com boa aparência, garantir analgesia conforme necessidade, entre outros cuidados.

Anteriormente, foi observado em diferentes estudos que 37,5% de enfermeiros de uma ESF utilizavam óleo de girassol e 56,2% enfermeiros de um hospital especializado utilizavam produtos que estimulavam cicatrização. Nessa perspectiva, Schmidt *et al.* (2020) destacam que produtos dessa classe são teoricamente contraindicados nas feridas neoplásicas, uma vez que contêm em sua composição Ácidos Graxos Essenciais (AGE). Essa substância favorece o crescimento de células tumorais, visto que são estimulantes do crescimento celular mediante a promoção da angiogênese, propiciando a formação de novos vasos sanguíneos, estimulando a proliferação de células malignas e propiciando um meio propício para a disseminação dessas células. Diante desse contexto, conclui-se que os profissionais de enfermagem não devem utilizar produtos que contenham AGE em sua composição nesse tipo de ferida.

Em relação ao odor fétido das feridas neoplásicas, Narciso *et al.* (2017) salientam em seu estudo de revisão integrativa que é o elemento mais amedrontador para os pacientes, logo, o enfermeiro deve estar municiado de conhecimento e buscando sempre as melhores evidências científicas, uma vez que o odor interfere diretamente nos aspectos psicossociais dos pacientes. Sendo assim, vale destacar a contribuição dos estudos de revisão integrativa de Santos *et al.* (2017) em relação às repercussões psicossociais, o odor é percebido pelos receptores olfativos e processados pelos bulbos olfativos através do sistema nervoso, afetando o comportamento motivacional e emocional, além de provocar engasgos involuntários, redução do paladar e apetite, afetando diretamente sua condição nutricional.

A Tabela 4: Principais alterações psicossociais no paciente com odor em feridas neoplásicas destaca os principais aspectos que são afetados, demonstrando em porcentagem a quantidade de pacientes acometidos.

Desordens psicossociais no paciente com ferida neoplásicas			
Aspectos psicossociais	%	Aspectos psicossociais	%
Redução das idas a espaços públicos	75%	Ansiedade	25%
Desordem na imagem corporal	54%	Redução das atividades físicas	25%
Baixa autoestima	37%	Identidade prejudicada	21%
Constrangimento	37%	Baixa interação social e familiar	20%
Transtornos depressivos	33%	Isolamento na moradia	17%
Estresse	29%	Prejuízo da autoconfiança	12%
Fraqueza	29%	Comunicação prejudicada	12%

**Tabela 4:** Principais alterações psicossociais no paciente com odor em feridas neoplásicas.

**Fonte:** Adaptado de Santos *et al.* (2017).

Nesse caso, Castro *et al.* (2017), em seu estudo de revisão integrativa, salientam que uma das técnicas indicadas para o manejo do odor constitui o debridamento, visto que para o controle do odor é necessária a redução do tecido desvitalizado através da indicação do debridamento autolítico, enzimático, mecânico e cirúrgico. Cada técnica deve ser escolhida pelo enfermeiro considerando a indicação e características da lesão. O debridamento autolítico é obtido com a utilização de coberturas e produtos tópicos que mantenham o leito úmido e liquefaçam o tecido desvitalizado. O debridamento enzimático utiliza substâncias proteolíticas para remoção do tecido necrosado, necessita que o paciente não apresente sangramento na ferida por pelo menos sete dias. O debridamento mecânico é efetuado com esfregaço suave com gaze embebida ou irrigação em jato com agulha calibre 19 com SF 0,9% em temperatura

ambiente, eficaz para remover o tecido solto e remoção superficial de bactérias. O debridamento cirúrgico deve ser criteriosamente avaliado, pois o paciente se encontra em cuidados paliativos.

Além disso Castro *et al.* (2017) também trazem outras técnicas que o enfermeiro pode adotar em seu processo de trabalho que auxiliam na redução e controle do odor. Ressaltam a orientação do paciente e família com relação ao banho de aspersão, indicada nos pacientes com boa condição física e com lesão não friável, fornecendo a limpeza local e promoção do autocuidado com um benefício psicológico adicional. A lavagem da ferida pode ser feita por sabonetes suaves e produtos antimicrobianos, contudo, a utilização desses produtos deve ser avaliada pelo enfermeiro, visto que podem causar mais danos às lesões. Ademais, em razão da especificidade das feridas, o uso tópico de antibióticos é indicado para o controle do odor e carga bacteriana, produtos antissépticos também são indicados, uma vez que a cicatrização não é uma meta. São medidas controversas e questionadas devido à resistência bacteriana e toxicidade.

Diante das repercussões psicossociais provocadas pelo odor, sintoma que reduz a socialização do paciente, Santos *et al.* (2017), em seu estudo, destacam o papel e importância do enfermeiro na implementação de intervenções para o manejo do isolamento social, que deve ocorrer não apenas através do controle do odor, mas também com a inclusão do paciente em grupos de apoio, trabalhos de grupos, estimular o vínculo com familiares e amigos, incentivar reengajamento do paciente, utilizar estratégias para favorecer o convívio social. Desse modo, o enfermeiro deve sempre estimular a interação social do paciente, fator importante no cenário clínico e terapêutico, promovendo uma assistência integral mediante uma visão holística e humanizada. Esse estudo também menciona que os pacientes utilizam perfumes ou toalhas para amenizar o odor fétido, além de carregarem o estigma do mau odor constantemente.

No que concerne às intervenções de enfermagem para o manejo do odor, observam-se nos estudos de revisão integrativa de Sacramento *et al.* (2015) algumas intervenções que o enfermeiro pode adotar no seu planejamento. Esse estudo demonstra a efetividade da utilização de saquinhos de chá verde como cobertura secundária, reduzindo o odor e diminuindo as trocas de curativos, ficando viáveis por um período de 8-12 horas. A aromaterapia tópica pode ser implementada para mascarar o odor, mediante a adição de óleos essenciais de Lavanda, Patchouli e Maleleuca nas concentrações de 2,5 a 5% em creme à base de água, aplicando duas vezes ao dia, sendo um método viável devido ao baixo custo. Também recomenda a utilização de hidrogel iônico com curativo hidrocélular, ficando viável por um período de 48 horas, além de facilitar o debridamento mecânico e reduzir a necrose, diminuindo o odor fétido e trocas do curativo, o hidrogel iônico pode ser utilizado como cobertura primária ou secundária.

Esse manejo do odor, ainda segundo Sacramento *et al.* (2015), o antibiótico Metronidazol gel a 75% consiste em uma das formas mais utilizadas e recomendadas na prática clínica. A limpeza consiste na aplicação de SF 0,9% e PVPI 10%, seguida da aplicação do Metronidazol gel a 75%, a cobertura deve conter gases estéreis, esse tipo de curativo apresenta uma redução de 63% do odor. Os enfermeiros também podem utilizar os curativos tipo espuma com prata, após limpeza aplicar cobertura primária com espuma com prata, a cobertura deve conter gases estéreis, a troca é realizada após saturação, reduz cerca de 76% do odor.

Contribuindo com tais intervenções Soares, Cunha e Fuly (2019) destacam a utilização da eletroquimioterapia, terapia antitumoral empregada no controle do odor, consiste na administração de um quimioterápico (bleomicina ou cisplatina) seguida de aplicação local de eletroporação. Salienta ainda que estudos internacionais sugerem a utilização de substâncias naturais, como o mel e o iogurte, devido às suas ações bactericidas, todavia, a utilização desses métodos não é comum no Brasil.

Além disso, Castro *et al.* (2017) salientam outros métodos, como a aplicação de desodorantes comerciais e óleos essenciais, acima do curativo ou entre suas camadas. Reforça a utilização da aromaterapia, técnica já supracitada, porém, salienta que esse método apenas mascara o odor e não diminui as trocas de curativos. Outra medida consiste na coleta de swab do local da lesão, com o intuito de investigar os agentes bacterianos e auxiliar na antibioticoterapia adequada, reduzindo o processo infeccioso, odor e exsudato.

Em continuidade ao manejo do odor, Souza *et al.* (2017), em seu estudo de revisão integrativa, demonstram que os enfermeiros destacam o controle do odor como um dos aspectos mais difíceis para controlar no âmbito comunitário ou hospitalar. Desse modo, os enfermeiros devem dispor de instrumentos padronizados, válidos e confiáveis para melhorar a comunicação interdisciplinar, garantindo intervenções adequadas individuais. Apesar de ser um dado subjetivo, complexo e com baixo número de casos, poucas escalas são validadas. Desse modo, o odor pode ser classificado no grau I, II e III. Além disso, o odor pode ser classificado de forma quantitativa ou qualitativa, permitindo a manutenção de avaliações contínuas e confiáveis, favorecendo o Processo de Enfermagem (PE) e a SAE.

Em outro estudo de Santos *et al.* (2017), de revisão integrativa, enfatiza-se que o exsudato é outro aspecto que causa grandes impactos, pois provoca irritação e maceração perilesional, grande quantidade de exsudato que satura e extravasa os curativos incessantemente, causando sobrecarga do cuidador com de trocas dos curativos e lavagem de vestimentas. Suja as vestes do paciente, que passa a trocá-las diversas vezes ao dia, acarretando constrangimentos, insatisfações, isolamentos sociais que limitam suas AVD e AIVD,

interferindo no seu bem-estar, conforto, sociabilidade e autoestima. Desse modo, o enfermeiro deve orientar o paciente e seus cuidadores, estimulando a troca imediata do curativo após saturação, orientar sobre a relevância da higiene pessoal. O enfermeiro é respaldado para realizar o diagnóstico de isolamento social, planejando e implementando intervenções adequadas.

Outros estudos demonstram intervenções para o manejo do exsudato, desse modo, Soares, Cunha e Fuly (2019), em uma revisão integrativa, destacam que o exsudato é um produto proveniente de um processo infeccioso, mencionando coberturas com capacidade de absorção, como o alginato, hidrofibra e a espuma de poliuretano, principalmente se associados à prata com a sua ação bactericida.

Enquanto o estudo de Sacramento *et al.* (2015) aponta outras medidas, inicialmente, é importante controlar a infecção local com limpeza com SF 0,9% em jatos nos tecidos desvitalizados e sem jatos na granulação, logo após aplicar o Metronidazol gel tópico em conjunto com cobertura de hidrofibra com prata e gaze com cobertura secundária, a troca deve ser realizada duas vezes na semana. A hidrofibra com prata garante o controle e manutenção da umidade devido às suas propriedades de absorção do exsudato. Após o controle da infecção, implementar, a cobertura de hidrogel para o controle do exsudato, posteriormente, essa cobertura deve ser substituída por espuma absorvente com prata, a pele circunvizinha deve ser protegida por filme de barreira ou hidrocoloide.

Ainda em seu estudo, Castro *et al.* (2017) frisam a utilização de bolsas coletoras na ferida neoplásica, com o objetivo de conter o exsudato e odor, principalmente quando estão incontrolláveis. Todavia, sua fixação depende da localização da ferida, torna-se um método eficaz quando associado a trocas de curativos. Ademais, Sacramento (2015) menciona que a terapia de pressão negativa vem sendo utilizada para o controle do exsudato. Essa técnica consiste no debridamento cirúrgico da necrose e tecido desvitalizado, seguido da aplicação de uma cobertura primária de espuma e cobertura secundária com filme plástico a vácuo. Sua manutenção pode ser feita em domicílio, somente enfermeiros especializados podem trocar esse tipo de curativo, reduz trocas de curativos, que são mantidos por um período de 5 a 8 dias.

Os estudos de Soares, Cunha e Fuly (2019) também abordam o manejo da dor que é pouco descrito na literatura, para o seu controle o enfermeiro deve avaliar o nível da dor antes, durante e após o curativo, além da utilização de analgésicos e anestésicos que devem ser administrados somente com prescrição médica ou com protocolos na unidade. O enfermeiro deve atentar-se para algumas medidas que proporcionem alívio da dor e melhora do conforto, tais como remoção cuidadosa do curativo, irrigação constante e abundante, utilização de

coberturas antiaderentes, proteção das margens da ferida e aplicação de crioterapia local, este último consiste em técnicas que utilizam baixas temperaturas para alívio da dor.

Complementando essas informações, Andrade *et al.* (2018) referem que a avaliação da dor deve incluir localização, intensidade, características, ritmo, desencadeantes de melhora ou piora da dor, favorecendo a compressão, avaliação, resposta e abrangência do quadro do paciente.

Dando continuidade, Brito, Agra e Costa (2017), em seu estudo, destacam técnicas para redução da dor, tais como avaliação e registro da dor pela EVA, aplicação de lidocaína 2% na ferida, cobertura com gazes embebidas em hidróxido de alumínio, aplicação de óxido de zinco nas bordas e ao redor da ferida, uso de éter na remoção do curativo, reavaliação do esquema algico antes e depois do curativo. Esses autores ainda mencionam intervenções que podem ser utilizadas para o controle do prurido, inicialmente que é fundamental investigar a etiologia, considerar a aplicação local de dexametasona creme 0,1% no local indicado pelo paciente, em caso de persistência contatar a equipe médica para terapia sistêmica, no surgimento de sinais de candidíase aplicar sulfadiazina de prata 1% na apresentação pomada.

O manejo do sangramento pelos enfermeiros também é pouco descrito na literatura, ainda de acordo Soares, Cunha e Fuly (2019), são consideradas algumas categorias de condutas medicamentosas e não medicamentosas. No que se refere às condutas medicamentosas, é válido destacar a utilização de nitrato de prata e adrenalina (epinefrina), com aplicações no leito da ferida. Em relação às medidas não farmacológicas, a compressão local, uso da crioterapia, cuidados na remoção do curativo, utilização de coberturas não aderentes devido à fragilidade da pele, irrigação abundantes com soluções adequadas, considerar aplicação de SF 0,9% gelado. Por fim, o enfermeiro pode padronizar a utilização de algumas coberturas específicas para o controle de hemorragias, como o uso de alginato de cálcio e hemostáticos, como o Surgicel

No que concerne ao manejo do tecido necrótico, Agra *et al.* (2017), em seu estudo descritivo com caráter quantitativo realizado com enfermeiros de Campina Grande/PB, demonstram uma deficiência dos enfermeiros nesse manejo, a melhor conduta consiste no debridamento autolítico (hidrogel) e o enzimático. Todavia, no paciente com ferida neoplásica essa conduta deve ser avaliada considerando os riscos e benefícios, visto que a fragilidade da ferida pode aumentar o risco para sangramentos maciços. É fundamental considerar aspectos como a condição geral do paciente, a área a ser desbridada, presença de infecções, vascularização, neovascularização e riscos de sangramento. O debridamento deve ser realizado através do meio úmido, limpeza suave e jatos de SF 0,9% no tecido necrótico. Quando a necrose é extensa, o debridamento cirúrgico pode ser criteriosamente indicado.

Como visto anteriormente, as feridas neoplásicas afetam diretamente os aspectos psicossociais do paciente e sua família, nesse contexto, Silva e Conceição (2020), em seu estudo, destacam que o profissional enfermeiro deve elaborar e implementar um plano de cuidados para atender todos os envolvidos na assistência das feridas neoplásicas. O enfermeiro deve oferecer apoio psicológico e emocional, mediante a realização de atividades que promovam o bem-estar psicossocial, dentre algumas técnicas que podem ser utilizadas, destacam-se grupos de apoio, oficinas, terapia ocupacional, musicoterapia, aromaterapia, entre outros.

Em continuidade à discussão anterior acerca dos aspectos psicossociais, Silva e Conceição (2020) referem que em relação às atividades e cuidados com a família, o enfermeiro deve ser um elo na criação de vínculos, inserir os familiares como um ícone importante na terapia do paciente, orientando e ensinando os familiares na realização dos curativos e na promoção de atividades que melhorem os aspectos psicossociais, ajudando o paciente a enfrentar e superar as dificuldades impostas pelos estágios mais avançados do câncer e pela presença da ferida neoplásica que provoca diversas repercussões psicossociais.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os últimos anos foram marcados por mudanças no perfil sociodemográfico mundial, concomitantemente a isso, um crescimento da incidência e prevalência de DCNT, com destaque ao câncer. Diante desse contexto, sua evolução provoca o surgimento de diversas complicações, como as feridas neoplásicas, objeto de estudo escolhido para elaboração deste TCC. Ademais, constituem uma condição clínica que provoca o agravamento do quadro do paciente, que, geralmente, se encontra na fase final da doença, além de culminar no surgimento de sinais e sintomas que são descritos como amedrontadores, tais como: o odor fétido, exsudato excessivo e as hemorragias, além destes, podem provocar, também, dor, infecções, necrose, fístulas e miíase.

Diante dessas conjecturas, diversos estudos salientam que as feridas neoplásicas provocam repercussões multidimensionais no paciente, com alterações nos aspectos biológicos, psicológicos, sociais, espirituais, culturais e econômicos. Não obstante, torna-se imprescindível a participação de uma equipe interdisciplinar e multidisciplinar, com o intuito de abranger o paciente em sua subjetividade e totalidade, proporcionando uma assistência humanizada, integral e holística. O enfermeiro atua como um dos principais integrantes dessa equipe, uma vez que está em contato direto e constante com o paciente e sua família, realizando a consulta de enfermagem e prestando cuidados que englobem toda a dimensão do paciente, promovendo um plano assistencial de enfermagem adequado e resolutivo.

Portanto, norteado pela pergunta de pesquisa acerca das atribuições da enfermagem frente aos desafios e à complexidade da assistência diante das feridas neoplásicas para uma abordagem holística e inovadora ao paciente oncológico, é notório que ela foi respondida em conformidade com os estudos selecionados. É evidente que um dos principais desafios representa a lacuna no conhecimento dessas lesões; outro desafio constitui a complexidade dessas lesões, uma vez que o manejo de seus sinais e sintomas é difícil, além de o paciente encontrar-se em cuidados paliativos. Diante desse contexto, diversos estudos salientam que o enfermeiro deve realizar uma abordagem holística, compreendendo o paciente de forma multidimensional, implementando em sua assistência ações educativas, básicas e inovadoras que englobem o controle dos sinais e sintomas, a promoção da QV e do bem-estar. Sendo assim, essas conjecturas discursivas corroboram e comprovam com a hipótese traçada inicialmente.

Além do mais, na insistência de responder a tais indagações e direcionar o embasamento teórico deste projeto, o objetivo geral que corresponde à compreensão das atribuições do enfermeiro no manejo das feridas neoplásicas para uma assistência embasada em uma abordagem holística, foi alcançada diversas vezes mediante os resultados contraídos, visto que vários estudos destacam inúmeras intervenções básicas e inovadoras que o enfermeiro pode realizar em cotidiano no manejo dessas lesões, compreendendo os aspectos biológicos, com o controle de sinais e sintomas, cuidados com os curativos e a lesão, além de intervenções aos aspectos psicológicos, sociais, culturais, espirituais e cuidados da gestão do cuidado.

Quanto aos objetivos específicos, foram alcançados de forma satisfatória, uma vez que foi possível analisar o conhecimento dos enfermeiros, compreender os principais desafios e as dificuldades em razão das alterações biopsicossociais, visto que diversos estudos apontam um déficit no conhecimento acerca das feridas neoplásicas, o que reflete diretamente na assistência, mediante intervenções deficitárias e risco de iatrogenias. Além de identificar as principais dificuldades e os desafios na assistência dessas feridas, devido à presença de sinais e sintomas amedrontadores, como o odor fétido, exsudato excessivo e hemorragias, ainda podem estar presentes dor, infecções, necrose, fistulas e miíase, bem como alterações nos aspectos psicossociais com redução a idas em espaços públicos, desordens na imagem corporal, baixa autoestima, constrangimento, transtornos depressivos, ansiedade e baixa interação social.

Além do mais, os objetivos específicos referentes à identificação das principais atribuições e às intervenções educativas e inovadoras realizadas pelo enfermeiro no manejo das feridas neoplásicas também foram alcançados de forma satisfatória, visto que diversos estudos destacam diversas intervenções para a realização de curativos com a avaliação e limpeza da ferida, manejo dos sinais e sintomas mediante o controle do odor, exsudato, dor, sangramento e necrose, cuidados com os aspectos psicossociais, além de orientações e intervenções educativas para os pacientes e familiares. Logo, percebe-se que o conhecimento sobre as feridas neoplásicas é decisivo na prática profissional dos enfermeiros.

Conclui-se, mediante esse apanhado de resultados e informações listadas, evidências de limitações dos enfermeiros no manejo das feridas neoplásicas, associadas à falta de capacitação e deficiências do processo formativo, comprovando a necessidade de mais estudos dessa temática, a fim de proporcionar melhorias no processo de ensino e capacitação por profissionais e instituições, que devem adotar novas tecnologias e educação em saúde, promovendo uma assistência adequada. Esse cenário deve ser revertido, uma vez que os enfermeiros estão em contato direto com a população, participando diretamente de todas as etapas da assistência ao câncer, seja em sua prevenção, seu tratamento ou nos cuidados paliativos.

## REFERÊNCIAS

- AGRA, Glenda. **O saber e o fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados às pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas**. Dissertação (Dourado em Enfermagem) – Centro de Ciências da saúde, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2018.
- AGRA, Glenda *et al.* Conhecimento e prática de enfermeiros no controle de feridas neoplásicas. **Revista enfermagem atual**, 2017.
- AGRA, Glenda *et al.* Malignant cutaneous tumor wound simulators as a teaching learning strategy for nurses. **J Nurs UFPE on line.**, Recife, ago., 2017.
- ALMEIDA, C.S.L.; SALES, C.A.; MARCON, S.S. O existir da enfermagem cuidando na terminalidade da vida: um estudo fenomenológico. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n.1, 2014.
- ALMEIDA, Gabriela Lopes de *et al.* Termo adequado para feridas resultantes de processos oncológicos: uma revisão integrativa. **Revista Nursing**, São Paulo, ago. 2020.
- ANDRADE, Fábila Letícia Martins de *et al.* Conhecimento de enfermeiras sobre avaliação e manejo clínico de pacientes com ferida neoplásica. **Revista enfermagem atual**, ago., 2018.
- ANJOS, A.C.Y.; Zago M.M.F. Ressignificação da vida do cuidador do paciente idoso com câncer. **Revista Brasileira de Enfermagem**. set./out., 2014.
- AZEVEDO, Isabelle Campos de *et al.* Conhecimento de Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre Avaliação e Tratamento de Feridas Oncológicas. **Revista Brasileira de Cancerologia**, abr./jun., 2014.
- BATISTA, D.R.R.; MATTOS D.; SILVA, F.S. Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento. **Revista de Enfermagem da UFSM**. vol. 5, n. 3, jul./set., 2015.
- BERNARDO, Ana Flávia Cunha; SANTOS, Kamila dos; SILVA, Debora Parreiras. Pele: alterações anatômicas e fisiológicas do nascimento à maturidade. **Revista Saúde em Foco**. ed. 11<sup>a</sup>, 2019.
- BIASI, P.T. *et al.* Manejo da dor no paciente oncológico pela equipe de enfermagem. **Perspectiva, Erechim**, v. 35, n. 129, mar. 2011.
- BRITO, Débora Thaíse F.; AGRA, Glenda; COSTA, Marta. Cuidados Paliativos a Pacientes com Ferida Neoplásica: Uma Perspectiva para a Assistência de Enfermagem. **Journal of aging and innovation**, v. 6, n. 3, dez., 2017.
- BRITO, Débora Thaíse F. *et al.* Perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico de pacientes com feridas neoplásicas. **Revista Enfermagem Atual**, 2017.

BRITO, Débora Thaíse Freires. **Vivências e enfermeiras no cuidado de pacientes com feridas neoplásicas**. Dissertação (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité. Cuité, 2016.

CAMPBELL, M.L. **Nurse to nurse: cuidados paliativos em enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

CASTRO, M.C.F. *et al.* Cuidados paliativos a pacientes com feridas oncológicas em hospital universitário: relato de experiência. **Cogitare Enfermagem**. v 19, n. 4, out./dez., 2014.

CASTRO, Maria Cristina Freitas de *et al.* Intervenções de enfermagem para pacientes oncológicos com odor fétido em ferida tumoral. vol. 17. n. 3. **Aquichan**, 2017.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA. **Enfermagem em cuidados paliativos** / Organização: Maria do Carmo Vicensi *et al.* – Florianópolis: Letra Editorial, 2016.

DANGELO, José Geraldo; FATTINI, Carlos Américo. **Anatomia humana sistêmica e segmentar**. 3ª ed. São Paulo: Ed. Atheneu, 2007.

FERNANDES, M.A. *et al.* Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. **Ciências da Saúde Coletiva**. v. 18, n. 9, 2013.

FILHO, Geraldo Brasileiro. **Bogliolo, patologia**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

FRANCO, Handersson Cipriano Paillan *et al.* Papel da enfermagem na equipe de cuidados paliativos: a humanização no processo da morte e morrer. **Revista Gestão & Saúde**, 2017.

FREIRE, Maria Eliane Moreira *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em cuidados paliativos. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 27, n. 2., 2018.

GEOVANINI, Telma. **Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional**. 1ª ed. São Paulo: Rideel, 2014,

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Rio de Janeiro: INCA, 2011.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Câncer**. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>. Acesso em: 14 jan. 2021.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

INCA. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado**. 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).

IWII. International Wound Infection Institute. Wound infection in clinical practice. **Wounds Internatitonal**, 2016.

JUNQUEIRA, Luiz Carlos Uchoa; CARNEIRO, José. **Histologia básica**. 12<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

KIERSZENBAUM, Abraham L. **Histologia e biologia celular: uma introdução à patologia**. 4<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

KUMAR, V.; ABBAS, A.; FAUSTO, N. **Patologia básica**. 9<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

KUMAR, V.; ABBAS, A.; FAUSTO, N. **Robbins e Cotran – Patologia: Bases Patológicas das Doenças**. 7<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

LAUREANO, André; RODRIGUES, Ana Maria. Cicatrização de feridas. **Revista da SPDV**, 2011.

LEADBEATER M. Assessment and treatment of fungating, malodorous wounds. **Br J Community Nurs**. suppl. 3, mar. 2016.

LEAL, E.C.; CARVALHO, E. Cicatrização de Feridas: O Fisiológico e o Patológico. **Revista Portuguesa de Diabetes**, 2014.

LISBOA, Isabel Neves Duarte; VALENÇA, Marília Perrelli. Caracterização de Pacientes com Feridas Neoplásica. **ESTIMA**, v. 14, n. 1, 2016.

LOPES, Maria Emília Limeira *et al.* Cuidados paliativos: compreensão de enfermeiros assistenciais. **Revista de Enfermagem da UFPE on line.**, Recife, jan., 2013.

LUCENA, P.L.C. *et al.* Evidências Científicas Sobre Intervenções para Pessoas com Feridas em Cuidados Paliativos: Revisão de Escopo. **Revista Fun. Care Online**, v. 12, jan./dez, 2020.

MATSUBARA, Maria das Graças S. *et al.* **Feridas e estomas em oncologia: uma abordagem interdisciplinar**. São Paulo: Lemar, 2012.

MEDEIROS, Maria Vitória de Souza. **Conhecimento e prática de enfermeiros no cuidado de pacientes com feridas neoplásicas**. Dissertação (Graduação em Enfermagem) - Centro de Educação e Saúde (CES), Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Cuité – PB, 2016.

MEDICI, André; BELTRÃO, Kaizo. Demografia e Epidemiologia do Câncer no Brasil. **Monitor de Saúde**, n. 66, mai., 2015.

MOURA, Paula Francislaine *et al.* Câncer de pele: uma questão de saúde pública. **Visão Acadêmica**, Curitiba, v.17, n.4, out./dez. 2016.

NARCISO, Antônio Carlos *et al.* Variáveis associadas ao controle do odor em feridas neoplásicas: conhecimento para o cuidado de enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 25, 2017.

NETO, Luiz Alves Araújo; TEIXEIRA, Luiz Antônio. De doença da civilização a problema de saúde pública: câncer, sociedade e medicina brasileira no século XX. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas**, Belém, v. 12, n. 1, jan./abr. 2017.

O'BRIEN, Christopher. Malignant wounds: managing odour. **Can Fam Physician**, mar., 2012.

OLIVEIRA, Ilanna Vanessa Pristo de M.; DIAS, Regina Valéria da Cunha. Cicatrização de feridas: fases e fatores de influência. **Acta Veterinaria Brasilica**, v. 6, n. 4, 2012.

OLIVEIRA, J.M.; REIS, J.B.; SILVA, R.A. Busca por cuidado oncológico: percepção de pacientes e familiares. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, v. 12, n. 4., abr., 2018.

PINHEIRO, Marcy Lins de Albuquerque; et al. Paciente oncológico em cuidados paliativos: a perspectiva do familiar cuidador. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, maio., 2016.

RIBEIRO, S.L. *et al.* Incidentes críticos experienciados no tratamento da doença oncológica. **Revista de Enfermagem do Oeste Mineiro**. vol. 5, n. 3, set./dez., 2015.

SACRAMENTO, Carlos de Jesus *et al.* Manejo de sinais e sintomas em feridas tumorais: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 5, n. 1, jan./abr., 2015.

SANTOS, José Wilson dos; BARROSO, Rusel Marcos B. **Manual de Monografia da AGES: graduação e pós-graduação**. Paripiranga: AGES, 2019.

SANTOS, Renata Oliveira Maciel. Atuação do enfermeiro na detecção precoce do câncer de pele. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 41, n. 1, p. 196-206 jan./mar. 2017.

SANTOS, Vitor *et al.* Cicatrização em feridas: a particularidade das feridas crônicas/estagnadas. **Journal of Aging and Inovation**, ed. 2, v. 1, jan., 2012.

SANTOS, Willian Alves dos. **Associação entre odor, exsudato e isolamento social em pacientes com feridas neoplásicas**: um estudo transversal. Dissertação (Mestre em Ciências do cuidado em saúde) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2016.

SANTOS, Willian Alves dos *et al.* Avaliação do isolamento social em pacientes com odor em feridas neoplásicas: revisão integrativa. **Revista enfermagem atual**, v. 11, n. 3, mar., 2017.

SANTOS, Willian Alves dos *et al.* Evidências sobre o isolamento social em pacientes com exsudato em feridas neoplásicas: revisão integrativa. **Revista enfermagem atual**, v. 81, n. 19, abr./jun., 2017.

SCHIMIDT, Fernanda Mateus Queiroz; et al. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre cuidados com pacientes com feridas neoplásicas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2020.

SILVA, Elisá Victória Silva; CONCEIÇÃO, Hayla Nunes da. Cuidados paliativos de enfermagem a pacientes com feridas neoplásicas. **Revista Espaço para a Saúde**. v. 21, n. 1, jul., 2020.

SILVA, Patrick Leonardo Nogueira; et al. Mecanismo etiopatogênico das lesões cutâneas: uma revisão sistemática acerca dos fatores bioquímicos e imunofisiológicos do processo cicatricial. **Revista Digital Buenos Aires**, n. 191, abr., 2014.

SILVA, Priscilla Nicácio; ALMEIDA, Onislene Alves Evangelista; ROCHA, Izabella Chrystina. Terapia tópica no tratamento de feridas crônicas. **Revista eletrônica trimestral de Enfermaria**, n. 33, 2014.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner e Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. vol. 1 e 2. 13ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

SMITH, Lorena Bompert. **Feridas Neoplásicas**: Uma análise descritiva no Cuidado Paliativo. Dissertação (Graduação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa - Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2014.

SOARES, Cassia Baldini *et al.* Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem USP**. vol. 48, n. 2, 2014.

SOARES, Raquel de Souza. **O perfil bacteriológico e as variáveis relacionadas a ferida neoplásica no paciente em cuidado paliativo**. Dissertação (Mestre em Ciências do Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2019.

SOARES, Raquel de Souza; CUNHA, Daianny Arrais de Oliveira da; FULY, Patrícia dos Santos Claro. Cuidados de enfermagem com feridas neoplásicas. **Revista de Enfermagem UFPE online**, v. 12, n. 12, jan., 2019.

SOUZA, Marcos Antonio de Oliveira *et al.* Escalas de avaliação de odor em feridas neoplásicas: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**. vol. 71, n. 5., 2018.

TANDLER, Suzanne; STEPHEN-HAYNES Jackie. Fungating wounds: management and treatment options. **British Journal of Nursing**, v. 26, n. 12, 2017.

TORTORA, Gerard J.; DERRICKSON, Bryan. **Corpo Humano**: Fundamentos de anatomia e fisiologia. 10ª ed. Rio de Janeiro: Artmed, 2017.

TORTORA, Gerard J.; DERRICKSON, Bryan. **Princípios de anatomia e fisiologia**. 14ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

VICENTE, Camila *et al.* Cuidado à pessoa com ferida oncológica: educação permanente em enfermagem mediada por tecnologias educacionais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019.

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

ZUCOLO, Fernanda; PAULINO, Camila Pereira. A percepção do enfermeiro sobre cuidados a pacientes oncológicos. **Revista Uniara**, v. 17, n. 1, jul. 2014.