

# TRATAMENTO DE FERIDAS: A ESPECIFICIDADE DAS LESÕES ONCOLÓGICAS\*

## Isabelle Campos de Azevedo

Enfermeira; Pós-graduada em Enfermagem em Dermatologia na Faculdade Integradas de Patos - FIP, Natal, RN e Pós-graduanda em Enfermagem em Oncologia no Centro Integrado de Ensino, Pesquisa e Extensão -CENPEX, Natal, RN; Membro do Grupo de Pesquisa "Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem Clínica - NEPEC/UFRN; Enfermeira do PSF Antônio Jacinto de Medeiros, Parelhas, RN, Brasil; E-mail: isabellebr2511@gmail.com.

## Roberta Kaliny de Souza Costa

Enfermeira; Doutora em Ciências da Saúde pelo PG-CSSa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN; Docente Adjunto I do curso de Graduação em Enfermagem na Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN, Campus Caicó, Caicó, RN, Brasil.

## Gilson de Vasconcelos Torres

Enfermeiro; Pós-doutor em Enfermagem em Évora/Portugal; Bolsista de Produtividade em Pesquisa PQ2/CNPq (2012/2015); Docente Titular da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, Campus Central, Natal, RN, Brasil.

## Marcos Antônio Ferreira Júnior

Enfermeiro; Doutor em Saúde e Desenvolvimento pela UFMS; Coordenador do curso de Graduação em Enfermagem Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN; Docente permanente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, RN, Brasil; Líder do grupo de Pesquisa "Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem Clínica" (NEPEC/UFRN).

\* Recorte da monografia intitulada "Avaliação e tratamento de feridas oncológica por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família do município de Caicó, RN", apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN, Campus Caicó, Caicó, RN, Brasil.

**RESUMO:** As feridas oncológicas ocorrem a partir da infiltração de células malignas no tecido epitelial, afetando a sua integridade. Estas lesões acometem entre 5% a 10% dos portadores de câncer, podendo se desenvolver em estágios iniciais, como no câncer de pele, ou na fase final da doença, através de metástases. As lesões oncológicas apresentam mau prognóstico, geralmente não cicatrizam e exigem cuidados paliativos para aliviar os sintomas, diminuir complicações e melhorar a qualidade de vida através da prevenção e do alívio do sofrimento do paciente e sua família. Partindo desse pressuposto, faz-se necessário que a equipe de saúde, em especial, a enfermagem, esteja ciente dos cuidados específicos a serem prestados aos portadores de feridas tumorais, assim como dos produtos, materiais e medicamentos para o seu tratamento. Portanto, destaca-se a relevância dessa revisão de literatura pela carência de produção científica sobre o assunto, além de sua contribuição na construção de conhecimentos que forneçam elementos para melhor planejamento das ações oferecidas no serviço de atenção às pessoas com lesões tumorais, para elaboração de estratégias de qualificação profissional, melhoria da assistência através do estabelecimento de novas práticas e, conseqüentemente, maior satisfação dos usuários e suas famílias, mediante o atendimento às suas necessidades.

**PALAVRAS-CHAVE:** Assistência de Enfermagem; Dermatologia; Feridas; Oncologia.

## TREATMENT OF WOUNDS: SPECIFICITY OF ONCOLOGICAL LESIONS

**ABSTRACT:** Oncological wounds are caused by the infiltration of malignant cells in the epithelial tissue and a flaw in its integrity. These lesions occur in 5 to 10% of patients suffering from cancer. They may develop at the onset of the disease, as in skin cancer, or at the end, through metastases. Oncological lesions are a bad prognostic since they do not heal, require palliative care to lessen their symptoms, reduce complications and improve the life quality by prevention and a relief from the patient's and family's suffering. The health team, especially nurses, should be aware that specific care should be provided to people with tumor wounds and the need of products, materials and medicine for treatment. Current review of literature underscores the lack of scientific works on the subject matter and its contribution towards knowledge for better planning of activities for people with tumor lesions. Strategies should be implemented for professional qualification, improvement of care by the establishment of new practices and a higher satisfaction to patients and their families through the attendance of their needs.

**KEY WORDS:** Assistance in Nursing; Dermatology; Wounds; Oncology.

## INTRODUÇÃO

As feridas malignas, conhecidas ainda como neoplásicas, fungoides, oncológicas ou tumorais ocorrem a partir da infiltração de células malignas no tecido epitelial, afetando a sua integridade. Estas lesões acometem entre 5% a 10% dos portadores de câncer, podendo se desenvolver em estágios iniciais, como no câncer de pele, ou na fase final da doença, através de metástases (DIAS, 2009; SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2010).

Entre os tipos de câncer que comumente envolvem o surgimento de feridas oncológicas estão os tumores no rim, pulmão, ovário, cólon, pênis, bexiga, vulva, linfoma e leucemia, sendo os cânceres de pele, mama e de cabeça e pescoço os mais frequentes (DIAS, 2009; FIRMINO, 2005a; LEITE, 2007;).

De modo geral, as feridas tumorais manifestam características como sangramento, exsudação intensa e presença de odor peculiar, ocasionando sofrimento físico e psicológico, baixa da autoestima, isolamento sociofamiliar, constrangimento e sensação de enojamento de si, em função das mudanças provocadas na imagem corporal e problemas na realização de atividades da vida diária (FIRMINO, 2005b; POLETTI et al., 2002).

Estas lesões de pele apresentam mau prognóstico, geralmente não cicatrizam e exigem cuidados paliativos para aliviar os sintomas, diminuir complicações e melhorar a qualidade de vida através da prevenção e do alívio do sofrimento do paciente e sua família (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009).

Partindo desse pressuposto, faz-se necessário que a equipe de saúde, em especial, a enfermagem, esteja ciente dos cuidados específicos a serem prestados aos portadores de feridas tumorais, possuindo conhecimento acerca dos tipos de lesões epiteliais, fisiologia da cicatrização, dos materiais disponíveis e tratamentos adequados à realidade econômica dos lesionados e as características do seu ferimento, além da atenção aos sentimentos do paciente, do familiar e do cuidador, diante da patologia (LAVOR, 2006).

Tal assistência se traduz em uma abordagem paliativa que visa promover bem-estar de pacientes e

familiares, através da prevenção e do alívio do sofrimento, com identificação precoce, controle e tratamento da dor e outros sintomas físicos, psicossociais e espirituais a fim de promover condições que maximizem a qualidade de vida (ALBUQUERQUE; ALVES, 2011).

Tendo em vista que o cuidado de feridas se constitui em um elemento importante da prática diária do enfermeiro, o mesmo deve estar munido de conhecimento e competência técnica para identificar, avaliar e tratar essas lesões tumorais, proporcionando uma assistência individualizada e integral ao portador e sua família (SANTOS et al., 2010).

O perfil fisiopatológico das feridas tumorais exige do enfermeiro o desenvolvimento de novas competências, uma vez que o tratamento dessas lesões, na maioria das vezes, é meramente paliativo (GOMES; CAMARGO, 2004). Os cuidados de enfermagem devem consistir na promoção do conforto, da confiança, da sensação de bem-estar e da qualidade de vida do lesionado, diminuindo a possibilidade de isolamento sociofamiliar (POLETTI et al., 2002; SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2010).

Acredita-se que o cuidado de pessoas com lesões malignas realizados por enfermeiros inseridos na saúde pública sofre a influência de problemas relacionados à carência de recursos materiais e de medicamentos necessários à terapêutica disponíveis nas unidades de saúde, além de deficiências na capacitação e qualificação profissional, comprometendo a assistência aos portadores da patologia.

Portanto, destaca-se a relevância dessa revisão de literatura pela carência de produção científica sobre o assunto, além de sua contribuição na construção de conhecimentos que forneçam elementos para melhor planejamento das ações oferecidas no serviço de atenção às pessoas com lesões tumorais, para elaboração de estratégias de qualificação profissional, melhoria da assistência através do estabelecimento de novas práticas e, conseqüentemente, maior satisfação dos usuários e suas famílias, mediante o atendimento às suas necessidades.

## 2 DESENVOLVIMENTO

### 2.1 FERIDAS ONCOLÓGICAS: CARACTERIZANDO O PROBLEMA

As feridas oncológicas possuem particularidades e são definidas a partir das características que apresentam, podendo ser classificadas em: feridas malignas ulcerativas, quando se encontram ulceradas e formam crateras rasas; feridas fungosas malignas, quando apresentam aspectos semelhantes à couve-flor; ou feridas fungosas malignas ulceradas, com a aparência de tecidos vegetativos e ulcerados (BRASIL, 2009).

Essas lesões podem ser determinadas ainda quanto à extensão das estruturas acometidas. Podem ser classificadas por estádios que variam de 1 a 4. No estágio 1, a pele se apresenta íntegra, com tecido de coloração avermelhada ou violácea, nódulo visível, delimitado e, geralmente, assintomático. No segundo, a ferida se encontra aberta envolvendo derme e epiderme, há presença de ulcerações superficiais, por vezes, friáveis e sensíveis à manipulação, ausência ou pouca quantidade de exsudato (lesões secas ou úmidas), intenso processo inflamatório ao redor da lesão, dor e odor ocasionais (BRASIL, 2009).

No terceiro estágio, a lesão é espessa e envolve o tecido subcutâneo, possui profundidade regular, saliência, formação irregular e apresenta como principais características: sangramento fácil, ulceração ou aspecto vegetativo, podendo conter tecido necrótico liquefeito ou sólido e aderido, odor fétido, presença de exsudato e leito com coloração amarelada. Já no quarto estágio, o ferimento invade profundas estruturas anatômicas, com profundidade expressiva; por vezes não se visualiza seu limite, em alguns casos, com exsudação abundante, odor fétido e dor (BRASIL, 2009).

As lesões cutâneas malignas, na maioria das vezes, são provenientes de metástases causadas especialmente pelos cânceres de rim, pulmão, ovário, cólon, pênis, bexiga, vulva, linfoma e leucemia, sendo as lesões relacionadas aos cânceres de pele, mama e de cabeça e pescoço as mais frequentes (DIAS, 2009; FIRMINO, 2005a; LEITE, 2007).

Segundo recente relatório da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (AIPC) formulado para a World Health Organization (2009), o impacto global das neoplasias mais que dobrou em 30 anos. No Brasil, as estimativas para o ano de 2012 apontaram a ocorrência de aproximadamente 518.510 casos novos de câncer. Os tipos mais incidentes serão os cânceres de pele não melanoma, próstata, pulmão, estômago, cólon e reto para o sexo masculino; e os cânceres de pele não melanoma, mama, colo do útero, glândula tireoide, cólon e reto para o sexo feminino (BRASIL, 2011).

Além das complicações decorrentes desses tipos de neoplasias, é válido ressaltar que 5% a 10% dos pacientes oncológicos desenvolverão feridas malignas em algum momento da evolução da doença (DIAS, 2009; SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2010).

A lesão tumoral se apresenta como problema importante para o portador, uma vez que a mesma pode trazer complicações de ordem física, sistêmica, psicológica e social. De acordo com Atkinson (2002) e McMurray (2003), os sujeitos lesionados apresentam sofrimento associado à alteração da imagem corporal, à sensação de perda da dignidade e da independência; o comportamento dos familiares pode ser modificado por causa do impacto visual do ferimento e das trocas de curativos; e quando há odor, este constantemente relembra a dor e a presença do câncer e o estigma da lesão tumoral.

O tratamento de feridas cutâneas malignas é complexo e considerado um desafio para os profissionais da área da saúde (PAGGIARO; TEIXEIRA NETO; FERREIRA, 2010), exigindo a implementação de cuidados com o objetivo de assegurar uma melhor qualidade de vida aos pacientes e à sua família. As lesões tumorais com chances de cura não cicatrizam sem tratamento antineoplásico, como quimioterapia, radioterapia, cirurgia ou uma combinação deles (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2010). Já as feridas malignas que se encontram fora de possibilidade terapêutica devem receber cuidados paliativos.

## 2.2 AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS: A ESPECIFICIDADE DAS LESÕES ONCOLÓGICAS

O cuidado a pessoas com feridas cutâneas subjaz o estabelecimento de medidas preventivas, diagnósticas e de tratamento, em muitos casos, norteadas por protocolos, adotados para sistematizar a assistência mais apropriada para a redução do problema e melhoria do processo assistencial (DANTAS; TORRES; DANTAS, 2011).

Os protocolos são planos detalhados sobre problemas biomédicos que oferecem recursos às atividades de avaliação clínica, diagnóstico precoce, planejamento do tratamento, implementação do plano de cuidados, evolução e reavaliação das condutas e terapêutica, trabalho educativo permanente em equipe envolvendo os pacientes, familiares e cuidadores, e medidas preventivas (BORGES et al., 2008).

Dentre as medidas e ações que devem ser consideradas na prevenção de feridas, é imprescindível identificar fatores de risco e direcionar o tratamento preventivo individualizado; observar as áreas vulneráveis da pele de pacientes que apresentam fatores de risco para o desenvolvimento de feridas; efetuar o tratamento precoce da pele a fim de prevenir lesões; criar e fornecer um programa de ensino para pacientes com risco de desenvolver feridas e seus familiares/cuidadores (MEDEIROS; LOPES; JORGE, 2009).

As ações de enfermagem relacionadas à prevenção de feridas devem abordar os cuidados com a integridade da pele, o uso de emolientes para a hidratação, mudança de decúbito, cuidados higiênicos e alimentação rica em vitaminas e proteínas, de acordo com a condição clínica de cada paciente (MEDEIROS; LOPES; JORGE, 2009).

O diagnóstico de lesão cutânea instalada remete ao desenvolvimento de outras duas etapas envolvidas na assistência ao portador de feridas, a de avaliação e a de tratamento. A etapa de avaliação se caracteriza por uma tarefa complexa que envolve o portador da ferida e a lesão cutânea em si, serve de subsídio para elaboração e implementação do tratamento adequado, bem como para aplicação dos procedimentos no processo de restauração da pele e recuperação da saúde do lesionado.

A avaliação do portador de ferida compreende

investigação do quadro clínico geral, desde o estado nutricional, doenças de base, idade, fatores de risco, tratamento anterior, medicamentos utilizados, higiene pessoal, repouso no leito, condições socioeconômicas, conhecimento sobre a ferida e apoio familiar, até a situação psicológica e emocional do paciente. Essa deve ser realizada através da coleta de informações a partir da anamnese e do exame físico do lesionado, seguidos da investigação de fatores de risco locais, sistêmicos e externos que condicionam o surgimento da ferida ou interferem no processo de cicatrização (MORAIS; OLIVEIRA; SOARES, 2008).

Ainda na etapa de avaliação se faz necessária a observação e a caracterização da lesão cutânea quanto à localização anatômica, grau de contaminação, tipo de tecido, tamanho da lesão, profundidade, formação de túneis e cistos, bordas, leito da ferida, condição da pele circunjacente, características do exsudato, presença de corpos estranhos, presença de dor, hipersensibilidade, temperatura e odor (BAJAY; ARAÚJO, 2006).

A detecção e descrição do tipo de tecido presente no leito da ferida é, também, indispensável durante a avaliação da mesma, na qual devem ser registradas, com detalhes, as características presentes nessa fração da lesão, as quais vão orientar a escolha pelo melhor método terapêutico e, dessa maneira, contribuir para acelerar o processo de cicatrização (BAJAY; ARAÚJO, 2006; GOMES; COSTA; MARIANO, 2005; IROIN, 2012).

A pele circundante, que corresponde a todo o epitélio ao redor da lesão, deve ser analisada em até quatro centímetros de margem, tendo as bordas como ponto de partida. Nesse tecido alguns aspectos precisam ser avaliados, tais como: temperatura, coloração, eritema, edema, presença de tecido desvitalizado, maceração, hidratação, nutrição e endurecimento (IROIN, 2012; MALAGUTTI; KAKIHARA, 2010).

O exsudato, material resultante do processo inflamatório, é outro aspecto importante a ser avaliado em uma ferida, devendo ser descritas as características em relação ao seu aspecto, quantidade, coloração e odor. A avaliação da ausência ou presença de exsudato na lesão e suas características são elementos indicativos de infecção e/ou de modificação no processo de cicatrização

da ferida, que auxilia tanto no diagnóstico clínico quanto na escolha ou manutenção da terapia utilizada (BAJAY; ARAÚJO, 2006).

A presença do odor ou mau cheiro nas feridas, geralmente, está associado à infecção. Esse sinal clínico precisa ser observado, pois, além de provocar incômodos ao lesionado, incomoda profissionais de saúde, cuidadores e familiares e contribui também com o retardo ou cessação do processo cicatricial (IRION, 2012).

A dor é outra característica da ferida a ser investigada, avaliada e tratada, pois, além dos fatores físicos que a originam, existem os aspectos psicológicos que permeiam a estadia da doença (LEITE, 2007). Para monitorar os fenômenos álgicos é recomendado o uso de escalas, tais como a escala visual analógica (EVA), e para amenizá-la é aconselhável realizar analgesia prévia à limpeza e aos curativos (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009).

Vale ressaltar, ainda, a importância de se avaliar os aspectos psicológicos, sociais e econômicos do portador da lesão cutânea, uma vez que, durante todo o processo, ou seja, desde o diagnóstico da ferida até a sua possível resolução, os tratamentos propostos podem gerar mudanças de hábitos de nutrição e higiene, necessidade de um cuidador, do afastamento do trabalho e até mesmo de adaptações na estrutura física da residência (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2010).

A desnutrição é uma causa importante para falha no processo cicatricial. Qualquer tratamento de uma ferida depende do adequado estado nutricional do paciente. Parte dos doentes apresenta algum grau de desnutrição, principalmente em virtude da doença primária ou de incapacidade de ingestão.

A maioria de estudos concorda que um estado nutricional inadequado contribui para o atraso na cicatrização (PAGGIARO; TEIXEIRA NETO; FERREIRA, 2010). Dentre as inúmeras consequências da desnutrição, pode-se destacar o favorecimento da deiscência das lesões, como também o surgimento de outras feridas, com consequente aumento na suscetibilidade às infecções. Desse modo, faz-se necessário que, na admissão ou no início do acompanhamento de portadores de lesão de

pele, seja realizada uma avaliação do aporte nutricional do mesmo (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2010).

A avaliação sistemática, criteriosa e detalhada do paciente e da lesão vai influenciar diretamente na escolha e no sucesso da terapêutica adotada. O tratamento se configura em um momento crítico da assistência ao portador de feridas e mesmo na impossibilidade de restauração da pele. Quando bem aplicado, esse tratamento vai contribuir para o alívio de sintomas indesejáveis e melhoria da qualidade de vida dos lesionados e seus familiares/cuidadores, como no caso das lesões neoplásicas (SCHADECK; NAKAMURA, 2009).

Na atualidade, são muitos e variados os tipos de tratamento adotados na assistência aos portadores de feridas cutâneas, quais sejam: tratamento tópico específico e não específico, curativos, desbridamentos, oxigenoterapia hiperbárica e coberturas. No caso específico das feridas oncológicas algumas terapias não específicas são sugeridas para essas lesões, como: radioterapia, que destrói células tumorais, diminui o tamanho da lesão, o exsudato e o sangramento; quimioterapia, que reduz o tumor e melhora a dor; hormonioterapia, que diminui a maior parte dos sintomas, quando indicada; e laserterapia, que reduz a dor e a necrose tissular (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009).

Contudo, a terapia tópica específica ainda é a que traz melhores resultados no manejo da lesão cutânea maligna, uma vez que esta, assim como os outros tipos de lesões, é uma entidade clínica dinâmica e, por esse motivo, exige conduta terapêutica adequada às suas peculiaridades (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009).

Dentre os tipos de tratamento, a terapia tópica merece destaque por ser mais acessível, envolver produtos diversificados e ter baixo custo em relação às demais alternativas de tratamento. Essa corresponde basicamente à utilização de curativos e coberturas.

Os curativos são uma forma de tratamento clínico das feridas cutâneas e sua escolha depende de fatores endógenos e exógenos (FRANCO; GONÇALVES, 2008). Esses são utilizados com o intuito de contribuir para o processo de cicatrização, proteger contra infecções e

traumas mecânicos, reduzir a dor, absorver o exsudato, favorecer a hemostasia, promover desbridamento e preencher o espaço vazio no caso de lesões cavitárias (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2010). No entanto, apesar de todas essas vantagens, apenas a presença de algum componente que cause alergia, ou até mesmo, o manejo do curativo sem os devidos padrões assépticos, podem atrasar o processo de cicatrização (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2010).

Os curativos podem ser divididos em oclusivos, semioclusivos, compressivos ou abertos. Os oclusivos não permitem as trocas gasosas, mantêm a hidratação ideal para o processo cicatricial, conferem barreira mecânica, impedem a perda de fluídos e promovem isolamento térmico. São indicados para incisões cirúrgicas por 24 a 48 horas, mantendo o curativo seco. Os semioclusivos são absorventes, comumente utilizados em feridas cirúrgicas, drenos e lesões exsudativa; atuam isolando o exsudato da pele adjacente saudável (FRANCO, GONÇALVES; 2008; MALAGUTTI; KAKIHARA, 2010).

Os curativos compressivos representam uma modalidade utilizada para reduzir o fluxo sanguíneo, promover a estase e ajudar na aproximação das extremidades da lesão. Geralmente, essa compressão é mantida na ferida para estancar hemorragias, eviscerações, entre outros. Já os curativos abertos são realizados em ferimentos onde não há necessidade de oclusão, como feridas cirúrgicas limpas após 24 h, cortes pequenos, suturas e escoriações. Esse tipo de curativo se caracteriza pela higienização da lesão com jatos de soro fisiológico a 0,9% e, logo após a assepsia, realiza-se a secagem da lesão, sempre no sentido da pele menos contaminada para a mais contaminada nesse caso, do centro da ferida para as bordas (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2010).

Os curativos mais indicados para as feridas oncológicas são os oclusivos, haja vista a necessidade de absorção do exsudato e sangramento e controle do odor, da dor e do prurido. O curativo também deve ser confortável, funcional e estético, preenchendo as cavidades, sendo proporcional à lesão, sem alterar a anatomia e a autoimagem do indivíduo (AGUIAR; SILVA, 2012).

Cada tipo de lesão tecidual tem características e necessidades inerentes, que contribuem para a escolha

do curativo mais adequado. Essa seleção requer uma análise cuidadosa e periódica da ferida, além de variar de acordo com a natureza, a localização anatômica, as bordas e o tamanho da lesão. Além disso, as etapas de limpeza/assepsia da ferida, de avaliação do seu leito e a realização de desbridamento (no caso de necrose) devem preceder a realização do mesmo, como forma de certificar a indicação e o manuseio da cobertura a ser utilizada no tratamento da lesão (DEODATO, 2007).

As manobras de desbridamento consistem na remoção de tecidos necrosados, desvitalizados ou colonizados, que interferem no processo de cicatrização, pois prolongam a fase inflamatória, inibem a fagocitose e o desenvolvimento de bactérias (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2010; MATSUBARA et al., 2012).

Os desbridamentos mais utilizados são: o mecânico, realizando-se fricção com gaze sobre tecidos desvitalizados ou necróticos, com irrigação e lavagem em jatos fortes e pode ser doloroso; o cirúrgico, geralmente utilizado em úlceras com grande quantidade de tecidos desvitalizados e necróticos, requer analgesia, pode ser realizado com bisturi, curetas ou tesoura; o biológico, consiste na aplicação de larvas criadas em laboratório no leito da ferida; o químico, que consiste na aplicação de enzimas proteolíticas no leito da lesão; e o autolítico, forma mais natural e seletiva, que é promovido pela utilização de curativos oclusivos e coberturas que promovem um meio úmido ao leito da ferida (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2010; MATSUBARA et al., 2012).

As coberturas são materiais e medicamentos, definitivos ou periódicos, utilizados na terapêutica de lesões de pele. No processo de escolha do melhor e mais eficaz do produto a ser utilizado em uma ferida, alguns fatores devem ser levados em consideração, como: as condições físicas do indivíduo; quantidade de exsudato; presença de infecção, contaminação ou odor; tecido que constitui o leito da lesão; entre outros (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2010).

Atualmente, diante do vasto arsenal existente no mercado, as coberturas são divididas em: primárias, quando utilizadas em contato direto com a ferida, a exemplo do hidrocoloide, indicado para o isolamento de úlceras crônicas; e secundárias, quando servem para fixar

uma cobertura primária à pele do paciente, como as gazes e ataduras, material usado para absorver o exsudato de feridas infectadas ou não (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2010).

O processo terapêutico das feridas cutâneas é dinâmico e direcionado, a cada instante, pelas fases da cicatrização ou ausência dessas. Diante disso, hoje em dia os profissionais de enfermagem devem conhecer as inúmeras opções de produtos e materiais disponíveis para a realização dos curativos e indicação de coberturas. Contudo, os recursos financeiros do paciente ou da unidade de saúde, a necessidade de continuidade do tratamento e a avaliação do custo-benefício são alguns dos aspectos que devem orientar essa escolha (FRANCO, GONÇALVES; 2008).

Os produtos mais utilizados no tratamento de feridas são os ácidos graxos essenciais (AGE), filmes, hidrocoloide, hidrogel, curativos com gaze, alginatos, espumas, carvão ativado, colágeno, papaína, sulfadiazina de prata e terapia compressiva (FRANCO, GONÇALVES; 2008; MALAGUTTI; KAKIHARA, 2010; SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2010).

Os AGE são um tipo de óleo vegetal composto por ácido linoleico, ácido caprílico, ácido cáprico, vitaminas A, E e lecitina de soja. Esse produto é indicado para qualquer lesão de pele, infectada ou não e em qualquer estágio da cicatrização (FRANCO, GONÇALVES; 2008; MALAGUTTI; KAKIHARA, 2010), à exceção da ferida oncológica, por estimular a neoangiogênese, devendo ser usado apenas para hidratação da pele perilesional (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009).

Seu mecanismo de ação promove quimiotaxia e angiogênese, mantendo o meio úmido e acelerando o processo de granulação tecidual. A troca deve ser diária e requer cobertura secundária. Quando aplicado em pele íntegra, forma uma película protetora devido à hidratação, que previne escoriações e proporciona nutrição celular (FRANCO, GONÇALVES; 2008; MALAGUTTI; KAKIHARA, 2010).

Os filmes são coberturas transparentes, confortáveis, adesivos e elásticos. Podem ser usados como coberturas primárias ou secundárias, são formados

por finas membranas semioclusivas que permitem as trocas gasosas, porém, são impermeáveis à entrada líquidos e a bactérias externas. Os filmes são indicados para o tratamento de lesão superficial, pouco exsudativa, com áreas dolorosas de enxertos, fixação de cateteres, queimaduras, úlceras de decúbito superficiais, entre outros. Esse tipo de cobertura reduz a dor, promove epitelização, pode facilitar o desbridamento autolítico e se moldam à superfície corporal. Suas desvantagens são a falta de absorvência, pode provocar dilaceração da pele durante a retirada e aderir ao tecido de granulação (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2010).

O hidrocoloide é um curativo estéril, impermeável a gases e a vapor de água. São fáceis de aplicar, podem ser recortados na medida requisitada, moldáveis aos contornos anatômicos e não requer curativo secundário. Essa cobertura absorve bem o exsudato moderado, formando um gel viscoso que previne a aderência da cobertura ao leito da lesão e liquefaz o tecido necrótico. A troca do curativo pode ser realizada num intervalo de três a sete dias. Seus principais mecanismos de ação são estimular a angiogênese e o desbridamento autolítico, acelerando o processo de granulação dos tecidos (FRANCO, GONÇALVES; 2008; MALAGUTTI; KAKIHARA, 2010).

Os hidrocoloides são compostos por uma camada externa de espuma de poliuretano e outra interna de gelatina, pectina e carboximetilcelulose sódica (FRANCO, GONÇALVES; 2008). Essas coberturas são mais utilizadas no tratamento de úlceras crônicas, feridas secas com ou sem necrose, lesões cirúrgicas que cicatrizam por primeira intenção, queimaduras, placas de psoríase e na prevenção de traumas em pés diabéticos. Como desvantagens dos hidrocoloides se pode apontar a hiperhidratação e maceração da pele circunjacente da lesão, a não adaptação a feridas profundas, a ocorrência de hipergranulação e de reações alérgicas (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2010; SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2010).

O hidrogel tem grande capacidade de absorver mais exsudato, reduzir o odor e promover sensação de refrescância devido a sua elevada umidade, evitando a desidratação das terminações nervosas. Essa umidade auxilia na autólise, facilitando a remoção de tecidos

desvitalizados e em lesões com tecido de granulação, proporcionam o meio ideal para a reparação tecidual. É um gel incolor composto por água (77,7%), carboximetilcelulose (2,3%) e propilenoglicol (20%) (FRANCO, GONÇALVES; 2008; MALAGUTTI; KAKIHARA, 2010).

Essa cobertura é mais indicada para feridas secas ou com pouco exsudato, com perda tecidual parcial ou profunda, com tecido necrótico, áreas doadoras de pele, queimaduras de primeiro e segundo grau e úlceras. Não são indicados em feridas com alto grau de exsudação, pois podem causar maceração da pele circundante. Sua troca deve ser realizada em no máximo três dias. As desvantagens do hidrogel incluem, além da maceração das bordas e do tecido circundante da lesão, produção de odor fétido e aspecto purulento (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2010).

As gazes são produto permeável ao ar que absorvem rapidamente o exsudato, promovem desbridamento e podem ser utilizados como cobertura primária e secundária. São indicadas no tratamento inicial de feridas com tecido necrótico, quando é necessário desbridamento ou quando outras coberturas são contraindicadas. Apesar do curativo com gaze ser mais acessível e ter baixo custo, apresentam algumas desvantagens, como: aderir ao leito da ferida, sua permeabilidade pode aumentar os riscos de infecção, soltam fios, os quais podem agir como corpos estranhos levando à inflamação e infecção prolongada (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2010).

O alginato de cálcio é um produto que atua criando meio úmido no leito da ferida através do contato com o exsudato. Esse produto necessita de cobertura secundária para evitar ressecamento e fixação na ferida. O alginato, como também é conhecido, é composto por fibras de puro alginato de cálcio derivados de algas marinhas. O período de troca é de sete dias ou de acordo com a quantidade de exsudato. Seu mecanismo de ação age através do sódio presente no sangue, que interage com o cálcio do curativo, ocasionando uma troca iônica que auxilia no desbridamento autolítico (FRANCO, GONÇALVES; 2008; MALAGUTTI; KAKIHARA, 2010; MATSUBARA et al., 2012).

Este produto é indicado nos casos de lesões pós-operatórias; úlceras crônicas e de decúbito; feridas exsudativas, com ou sem infecção, abertas e sangrantes; e lesões tumorais. Suas desvantagens são ressecamento das feridas pouco exsudativas e podem soltar fibras nos leitos dos ferimentos (FRANCO, GONÇALVES; 2008; MALAGUTTI; KAKIHARA, 2010; MATSUBARA et al., 2012). Nas feridas oncológicas ajuda na diminuição do sangramento (MATSUBARA et al., 2012).

As espumas são curativos semioclusivos utilizados quando a ferida está na fase inflamatória de cicatrização e produzindo muito exsudato. Essas são permeáveis à água e aos gases, promovem isolamento térmico da ferida e amortecimento das áreas de pressão. Absorvem o exsudato da superfície da ferida e requerem curativo secundário. Seu período de troca é de três dias, tendo como indicações feridas infectadas ou não, com quantidade de exsudato moderado, úlceras venosas, dermatabrasões e feridas cavitárias (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2010; MATSUBARA et al., 2012).

Mais um produto utilizado no tratamento tópico de lesões cutâneas é o carvão ativado, que tem como função exclusiva a absorção de odores. Em sua composição há tecido carbonizado e impregnado com nitrato de prata a 0,15%, envolto por camada de tecido sem carvão ativado. Este age absorvendo o exsudato e filtrando o odor, requer curativo secundário e deve ser trocado de acordo com a saturação, podendo ser deixado até sete dias. Está indicado para feridas infectadas, contaminadas, úlceras venosas e de pressão e lesões com drenagem de exsudato moderado a abundante e com odor. Não deve ser utilizado em ferimentos secos, limpos, queimaduras ou recobertos por necrose (FRANCO, GONÇALVES; 2008; MALAGUTTI; KAKIHARA, 2010; SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2010).

O colágeno ou colagenase, como também é conhecido, é uma cobertura que requer curativo secundário, tem como características o estímulo a reepitelização, absorção do exsudato e formação de um gel na superfície da ferida, que ajuda a mantê-la hidratada. É uma enzima proteolítica composta por colagenase clostridiopeptidase A, que desencadeia o desbridamento químico, acelera a fase defensiva do

processo cicatricial e estimula a força tênsil da cicatriz. Está indicado para feridas não infectadas e com pouco ou moderado exsudato (FRANCO, GONÇALVES; 2008; MALAGUTTI; KAKIHARA, 2010; SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2010).

A papaína é também utilizada no desbridamento químico, possui ação bactericida, bacteriostática e anti-inflamatória, com propriedade seletiva age apenas nos tecidos necróticos e desvitalizados. Essa cobertura auxilia na limpeza do leito e na remoção de exsudatos inflamatórios, restos necróticos e purulentos e não prejudica a integridade dos tecidos circunjacentes (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2010; MATSUBARA et al., 2012). Pode ser utilizada nas feridas oncológicas, exigindo-se acompanhamento atencioso e inspeção frequente, pois pode provocar hemorragias e, nesses casos, seu uso deve ser suspenso (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009).

A sulfadiazina de prata é um produto utilizado no controle do crescimento bacteriano no leito da ferida em lesões infectadas, com tecido necrótico, em queimaduras e em radiodermites. É composta por sulfadiazina de prata a 1% hidrofílica. Dessa forma, está contraindicada para sujeitos que sofram de hipersensibilidade a sulfas (FRANCO, GONÇALVES; 2008; SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2010; MATSUBARA et al., 2012). Este produto também está indicado para o uso em lesões tumorais, tendo em vista sua propriedade antibactericida, eficiente na diminuição de odores (BRASIL, 2009).

O soro fisiológico a 0,9% é utilizado na limpeza e no tratamento de qualquer tipo de ferida. Seu mecanismo de ação, através do jato por meio de seringa/agulha, remove tecidos desvitalizados, bactérias, fragmentos, exsudato, corpos estranhos e as sujidades que devem ser retirados antes da aplicação do curativo. Essa solução deve ser utilizada preferencialmente à temperatura de 37° C, para estimular a mitose durante a fase de granulação e epitelização. Em caso de sangramento utilizar o soro gelado para auxiliar na coagulação sanguínea (MATSUBARA et al., 2012).

A clorexidinadegermante a 4% ou solução aquosa a 1% e povidona iodada (PVPI) são utilizadas na assepsia de lesões tumorais no intuito de diminuir o odor exalado pela presença de necrose, exsudato abundante e oclusão

dos vasos sanguíneos locais (FIRMINO, 2005b).

O metronidazol, antibiótico da família dos nitro-5-inidazois, abrange exclusivamente microorganismos anaeróbios que colonizam o sítio de algumas lesões cutâneas. É utilizado no controle do odor em feridas oncológicas. A definição pela quantidade deve ser baseada na escala de odor ou de acordo com o protocolo de cada instituição. Está contraindicado para pacientes sensíveis ao metronidazol (MATSUBARA et al., 2012).

O hidróxido de alumínio, citado por Brasil (2009), Firmino (2005a) e Saltz e Juver (2009), é outra opção de produto a ser utilizado em lesões tumorais com odor. Tal produto deve umedecer as gazes que permanecerão no leito da ferida.

Além da utilização de tecnologias e produtos nos cuidados aos portadores de feridas, torna-se necessário estimular o apoio familiar e incentivar a interação entre os sujeitos que realizam as estratégias de cuidado no domicílio, a exemplo da família.

Nessa perspectiva, para o tratamento desses pacientes devem ser desenvolvidas ações terapêuticas que deem suporte psicológico aos pacientes/familiares/cuidadores no que se refere ao enfrentamento da doença, visando promover uma melhor qualidade de vida e bem-estar aos sujeitos envolvidos, uma vez que as lesões de pele, geralmente, exigem tratamentos onerosos, prolongados, causam afastamento do trabalho, limitações nas atividades cotidianas e, por vezes, aposentadoria precoce (ABBADE; LASTÓRIA, 2006; SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2010).

### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer é a segunda causa de óbitos no país e um sério problema de saúde pública no mundo. Desse modo, as lesões tumorais relacionadas a essa doença merecem atenção. Este fato aponta para a importância do tema ser trabalhado nos cursos de formação profissional em saúde, visando à preparação de recursos humanos para atenderem aos pacientes oncológicos.

O conhecimento sobre as feridas cutâneas malignas e como proceder na sua avaliação e tratamento são fatores considerados decisivos para os enfermeiros

que atuam nos serviços de saúde, prestando cuidados à pacientes lesionados.

O tratamento de feridas oncológicas, na maioria dos casos, requer cuidados meramente paliativos a fim de minimizar os sintomas e ofertar uma melhor qualidade de vida ao portador e seus familiares/cuidadores.

Diante dessa perspectiva, é válido salientar que o enfermeiro, assim como a equipe de enfermagem da Atenção Básica, busquem o conhecimento técnico-científico necessário para prestar tal assistência e, ainda, instrumentalizar os cuidadores para a realização dos cuidados nos finais de semana e feriados.

## REFERÊNCIAS

- ABBADE, L. P. F.; LASTÓRIA, S. Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa. **Anais Brasileiro de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 6, p. 509-22, 2006.
- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALLATIVOS. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. 320p.
- AGUIAR, R. M.; SILVA, G. R. C. Os Cuidados de enfermagem em feridas neoplásicas na assistência paliativa. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 82-8, 2012.
- ALBUQUERQUE, E. R.; ALVES, E. F. Análise da produção bibliográfica sobre qualidade de vida de portadores de feridas crônicas. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 4, n. 2, p. 147-152, 2011. Disponível em: <<http://www.unicesumar.edu.br/pesquisa/periodicos/index.php/saudpesq/article/view/1560/1270>>. Acesso em: 15 jan. 2014.
- ATKINSON, A. Body image considerations in patients with wounds. **Journal of Community Nursing**, Washington (EUA), v. 16, n. 10, p. 32-8, 2002.
- BAJAY, H. M.; ARAÚJO, I. E. M. Validação e confiabilidade de um instrumento de avaliação de feridas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 290-95, 2006.
- BORGES, E. L. et al. **Feridas: como tratar**. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2011. 118p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado**. Rio de Janeiro: INCA, 2009. 44p.
- DANTAS, D. V.; TORRES, G. V.; DANTAS, R. A. N. Assistência aos portadores de feridas: caracterização dos protocolos existentes no Brasil. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 366-72, 2011.
- DEODATO, O. O. N. **Avaliação da qualidade da assistência aos portadores de úlceras venosas atendidos no ambulatório de um hospital universitário em Natal/RN**. 2007. 104f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Natal, RN.
- DIAS, A. C. **Feridas em pacientes oncológicos: cuidados de enfermagem**. 2009. Monografia (Conclusão de curso) - Universidade do Vale do Itajaí, Centro de Ciências da Saúde, Biguaçu SC.
- FIRMINO, F. Feridas neoplásicas: estadiamento e controle dos sinais e sintomas. **Prática Hospitalar**, São Paulo, n. 42, 2005a. Disponível em: <<http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2042/pgs/materia%2006-42.html>>. Acesso em: 24 fev. 2011.
- FIRMINO, F. Pacientes portadores de feridas neoplásicas em serviços de cuidados paliativos: contribuições para a elaboração de protocolos de intervenções de enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 4, p. 347-59, 2005b.
- FRANCO, D.; GONÇALVES, L. F. Feridas cutâneas: a escolha do curativo adequado. **Revista do Colégio Brasileiro Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 203-6, 2008.
- GOMES, I. P.; CAMARGO, T. C. Feridas tumorais e cuidado de enfermagem: buscando evidências para o controle de sintomas. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 211-6, 2004.
- GOMES, F. V. L.; COSTA, M. R.; MARIANO, R. A. A. **Comissão de controle de infecção hospitalar: serviço de controle de infecção hospitalar, central de curativos**. Manual de Curativos. 2005. Disponível em: <[http://www.santacasago.org.br/docs/ccih\\_manual\\_de\\_curativos.pdf](http://www.santacasago.org.br/docs/ccih_manual_de_curativos.pdf)>. Acesso em: 03 nov. 2011.
- IRION, G. L. **Feridas: novas abordagens, manejo clínico e**

atlas em cores. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. 336p.

LAVOR, M. F. S. **Cuidados paliativos na Atenção Básica:** visão dos enfermeiros do Programa Saúde da Família. 2006. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, RJ.

LEITE, A. C. **Feridas tumorais:** cuidados de enfermagem. Revista Científica do HCE, Rio de Janeiro, v. II, n. 2, p. 36-40, 2007.

MALAGUTTI, W.; KAKIHARA, C. T. (Org.). **Curativos, estomias e dermatologia:** uma abordagem multiprofissional. São Paulo: Martinari, 2010. 544p.

MATSUBARA, M. G. S. et al. **Feridas e estomas em oncologia:** uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Lemar, 2012. 275p.

MCMURRAY, V. Managing patients with fungating malignant wounds. **Nursing Times**, Londres (RU), v. 99, p. 55-7, 2003.

MEDEIROS, A. B. F.; LOPES, C. H. A. F.; JORGE, M. S. B. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 223-8, 2009.

MORAIS, G. F. C.; OLIVEIRA, S. H. S.; SOARES, M. J. G. O. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. **Texto Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 98-105, 2008.

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

POLETTI, N. A. A. et al. Feridas malignas: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 411-17, jul.-set. 2002. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_48/v03/pdf/revisao2.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v03/pdf/revisao2.pdf)>. Acesso em: 05 jan. 2011.

SALTZ, E.; JUVÉR, J. (Org.). **Cuidados paliativos em oncologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Senac Rio, 2009. 224p.

SANTOS, A. A. R. et al. Avaliação e tratamento de feridas: o conhecimento de acadêmicos de enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 547-52, 2010.

SCHADECK, C. R.; NAKAMURA, E. K. Tratamento paliativo em feridas oncológicas. **Webartigos**. 2009. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/tratamento-paliativo-em-feridas-oncologicas/17332/>>. Acesso em: 20 mar. 2012.

SILVA, R. C. L.; FIGUEIREDO, N. M. A.; MEIRELES, I. B. (Org.). **Feridas:** fundamentos e atualizações em enfermagem. 2. ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2010. 580p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World cancer report, 2008**. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2009.

*Recebido em: 02 de fevereiro de 2014*

*Aceito em: 27 de julho de 2014*