

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ - FACENE RN

ALLYSON RODRIGO DA SILVA MARINHO

**ASPECTOS BIOPSIKOSSOCIAIS DO PACIENTE PORTADOR DA FERIDA
ONCOLÓGICA**

MOSSORÓ
2016

ALLYSON RODRIGO DA SILVA MARINHO

**ASPECTOS BIOPSIKOSSOCIAIS DO PACIENTE PORTADOR DA FERIDA
ONCOLÓGICA**

Monografia apresentada a Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró como exigência para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Me. Phillomena Barroso de Borba Simonetti Gomes.

MOSSORÓ
2016

ALLYSON RODRIGO DA SILVA MARINHO

**ASPECTOS BIOPSIKOSSOCIAIS DO PACIENTE PORTADOR DA FERIDA
ONCOLÓGICA**

Monografia apresentada pelo aluno ALLYSON RODRIGO DA SILVA MARINHO do curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de __ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado em: __/__/____

BANCA EXAMINADORA

Profª. Me. Phillomena Barroso de Borba Simonetti Gomes. (FACENE/RN)
Orientador

Profª Me. Sarah Azevêdo Rodrigues Cabral (FACENE/RN)
Membro

Enfª. Esp. Daniela Godeiro Carlos (COHM)
Membro

Dedico a todos os familiares e amigos que contribuíram para minha formação, em especial aos meus pais.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a **Deus** pela vida, por todas as grandes oportunidades e sabedoria durante a trajetória. Agradeço também por permitir a existência de pessoas que conheci, e que hoje não são apenas amigos, mas sim especiais em sua totalidade.

A minha querida mãe **Maria Eliene da Silva Marinho**, que esteve comigo em todos os momentos, me incentivando e mostrando que nunca devo desistir dos meus objetivos. A você mãe que influenciou em todas as minhas escolhas, dedico a realização deste sonho, e saiba que esta não foi à primeira ou a última batalha que vencemos juntos.

Ao meu pai **Ageu Marinho de Carvalho**, que com a sua história, sempre foi o meu maior exemplo de vitória. Em cada fase busquei espelhar-me em você, e fazer do meu prêmio o seu, pois cada objetivo meu alcançado tem uma parte sua.

A minha já querida sobrinha **Maria José Dias Marinho**, que brevemente estará conosco para alegrar a nossa família, completando cada espaço vazio que possa faltar. Poderá sempre contar comigo em cada fase do seu desenvolvimento.

Ao meu irmão **Anderson Rodrigo da Silva Marinho**, que é meu companheiro desde a infância e muitas vezes fez o papel de irmão mais velho, capaz de proteger e apoiar até nos momentos mais difíceis. Por fim posso identificar o quanto você foi importante para minha formação pessoal, social e intelectual.

A minha cunhada **Ana Beatriz Dias Rebouças**, que desde então esteve presente em todos os momentos, divertindo a todos e muitas vezes fazendo-me esquecer de momentos desagradáveis. Com as nossas conversas eu pude superar alguns obstáculos que existiram.

Ao meu grande exemplo profissional, minha querida orientadora Prof^ª Me. **Philomena B. de Borba Simonetti Gomes**, que me aceitou como seu orientando, me acolheu e confiou no meu potencial, dividindo comigo o seu conhecimento. Com você aprendi o que é ser enfermeiro, e jamais tomarei como arrependimento a minha profissão tendo você como espelho.

Aos meus avós **Manoel Izídio** (In memorian), **Maria Madalena** (In memorian), **Francisco Marinho** e **Maria Amélia**, que sempre demonstraram o amor por mim. Independentemente de onde estiverem sempre serão lembrados.

A minha tia **Márcia Emanoely** que esteve comigo em diversos momentos desta trajetória, e sempre me valorizou já como profissional. Saiba que o seu incentivo me fez chegar até aqui.

A minha amiga **Helga Andrade** que mesmo distante, sempre foi a melhor. Jamais esquecerei a sua confiança por mim, e por mais difícil que pareça ser a distância não será algo prejudicial. Obrigado por me ensinar o verdadeiro sentido da amizade.

As minhas amigas **Brenda Almeida** e **Rita Érica**, que dividem/dividiram os mesmos objetivos comigo, mas que por motivos diversos não tivemos a oportunidade de concluirmos

juntos. Com vocês eu sei que não estarei sozinho, e conhecê-las foi muito importante para minha formação.

Aos meus amigos **Bruno Clélio, Jackson Francisco, Ismael Galvão e Luciana Brito** por proporcionarem momentos de felicidade, e mesmo quando não transparecer, vocês sempre serão especiais.

Ao meu amigo e companheiro, **Jhonatan Rafael de Sousa Nascimento**, que sempre me apoiou e acreditou no meu futuro promissor. Você que muitas vezes deixou de cumprir com suas obrigações diárias, para tornar os meus objetivos mais próximos de serem alcançados. Agradeço por tudo que fez, e mais ainda por ensinar-me a ver a vida de uma forma que eu jamais havia visto.

As componentes da banca examinadora Prof^ª Me. **Sarah Azevêdo Rodrigues Cabral** e Enf. Esp. **Daniela Godeiro Carlos**, primeiramente por ter aceitado participar do projeto e segundo por ter me orientado sobre qual caminho eu deveria seguir frente a cada situação.

Agradeço também a todos os **pacientes/clientes, profissionais e colegas** que vivenciaram algum momento desta jornada. Vocês foram importantes para formação de conhecimento.

“Eu atribuo o meu sucesso a isto: eu nunca desisto ou dou alguma desculpa.”

Florence Nightingale

RESUMO

A pessoa acometida por feridas oncológicas sofre devido apresentar diversas limitações relacionadas às complicações físicas, sistêmicas e psicossociais, devido a alteração de sua imagem corporal e sua insatisfação para si mesmo diante a sociedade. Diante da referida perspectiva o profissional enfermeiro deve ser capaz de fornecer os cuidados essenciais à pessoa com feridas oncológicas, sendo necessário ter conhecimento científico, ético, prático e legal para realizar as suas ações com maior eficácia. Esta pesquisa tem relevância científica para os enfermeiros no que diz respeito a sua prática assistencial na terapêutica da ferida oncológica, como também é de grande importância social para os que necessitam dos cuidados destes profissionais. Acredita-se que ao tratar uma ferida oncológica, o enfermeiro não estará tratando apenas a ferida, mas sim cuidando de todos os fatores desencadeados pelo surgimento do problema. Tem como objetivo, Conhecer os aspectos biopsicossociais envolvidos à pessoa acometida por ferida oncológica. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, de natureza quantitativa. Foi realizada no Hospital da Solidariedade, inicialmente com 14 pacientes, porém 02 não contemplaram o período estabelecido (03 meses) para pesquisa, motivando a não participação na análise. A coleta dos dados foi realizada através de formulários, levando em consideração os aspectos biopsicossociais dos pacientes onde houve o registro da entrevista oral. A evolução da ferida foi registrada através de fotografias semanais por meio de um smartphone. A coleta dos dados contou com dois questionários para compreender as alterações dos aspectos biopsicossociais da pessoa com ferida oncológica, antes e depois do tratamento do mesmo, que foi realizado em três fases. Os dados foram analisados através de tabelas e gráficos. O projeto de pesquisa foi encaminhado para análise e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança em João Pessoa, Paraíba, através da Plataforma Brasil. Foram observadas as informações dispostas pelo Conselho Nacional de Saúde, na Resolução 466/12. A pesquisa ainda levou em conta a Resolução do COFEN 311/2007. Para a análise dos dados, a pesquisa contou com tabelas descrevendo o perfil dos pacientes e a caracterização clínica, onde demonstrou um maior índice de ferida oncológica aos pacientes com baixo nível de escolaridade e pouca diferença por gênero. Na caracterização clínica, neoplasias de pele e cabeça e pescoço foram mais incidentes em relação ao surgimento da ferida oncológica, onde apresentaram um período médio de 5 a 24 meses para o desenvolvimento. Também foram utilizados gráficos correlacionando as respostas dos questionários realizados antes e após o tratamento oncológico e da ferida oncológica onde foram utilizados os mesmos questionários em momentos diferentes, representados em percentual. Destacou-se a importância em tratar não só o câncer, mas também a ferida oncológica, baseando-se no sentido de uma assistência holística e preventiva em relação aos sinais e sintomas, ao invés de curativista. Os curativos foram realizados sob supervisão de uma enfermeira estomaterapeuta. O principal objetivo ao tratar uma pessoa com ferida oncológica, é oferecer um tratamento integral e humanizado, apoiando-o também emocionalmente e junto a este, permiti-lo enfrentar a doença com qualidade de vida.

Palavras-chave: Ferida. Enfermagem. Oncologia. Autoimagem. Aspectos Psicossociais.

ABSTRACT

The person affected by oncological wounds, suffers due to several limitations related to physical complications, Systemic and psychosocial, due to change in your body image and his dissatisfaction with himself before society. In view of this perspective, the nurse professional must be able to provide essential care to the person with oncological wounds, being necessary to have scientific knowledge, ethical, practical and legal to carry out their actions more effectively. This research has scientific relevance for nurses with regard to their care practice in oncological wound therapy, but it is also of great social importance for those who need the care of these professionals. It is believed that when treating an oncological wound the nurse will not be treating only the wound, but rather taking care of all the factors triggered by the emergence of the problem. Has as goals, to know the biopsychosocial aspects involved the person affected by an oncological wound. It is a descriptive and exploratory research, of a quantitative nature. It was performed at the Hospital of Solidarity, initially with 14 patients, but 02 did not include the established period (03 months) for research, motivating non-participation in the analysis. Data collection was done through forms, Taking into account the biopsychosocial aspects of the patients where the oral interview was recorded. The evolution of the wound was recorded through weekly photographs using a smartphone. The data collection had two questionnaires to understand the changes in the biopsychosocial aspects of the person with oncological wound, before and after treatment, which was performed in three phases. Data were analyzed through tables and graphs. The research project was forwarded for analysis and approved by the Research Ethics Committee of the Nova Esperança Nursing School in João Pessoa, Paraíba, through the Brazil Platform. The information provided by the National Health Council was observed in Resolution 466/12. The research will also take into account the Resolution of COFEN 311/2007. For the analysis of the data, the research had tables describing the profile of the patients and the clinical characterization, where it demonstrated a higher oncology index for patients with low level of education and little difference by gender. In the clinical characterization, neoplasms of the skin and head and neck were more incidental in relation to the appearance of the oncological wound, where they presented an average period of 5 to 24 months for the development. We also used graphs correlating the answers of the questionnaires performed before and after the cancer treatment and the cancer wound where the same questionnaires were used at different times, represented in percentage. The importance of treating not only cancer but also the oncological wound was emphasized, based on the sense of a holistic and preventive assistance in relation to the signs and symptoms, instead of curativist. Dressings were performed under the supervision of a stomatotherapist nurse. The main objective in treating a person with cancer wound is to offer a comprehensive and humanized treatment, also supporting him emotionally and with this, allow him to face the disease with quality of life.

Keywords: Wound. Nursing. Oncology. Self image. Psychosocial aspects.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Percentual das respostas, questão 01 referentes aos anexos “A e B”.

Gráfico 2 - Percentual das respostas, questão 02 referente aos anexos “A e B”.

Gráfico 3 – Percentual das respostas, questão 03 referente aos anexos “A e B”.

Gráfico 4 – Percentual das respostas, questão 04 referente aos anexos “A e B”.

Gráfico 5 – Percentual das respostas, questão 05 referente aos anexos “A e B”.

Gráfico 6 – Percentual das respostas, questão 06 referente aos anexos “A e B”.

Gráfico 7 – Percentual das respostas, questão 07 referente aos anexos “A e B”.

Gráfico 8 – Percentual das respostas, questão 08 referente aos anexos “A e B”.

Gráfico 9 – Percentual das respostas, questão 09 do Anexo “A”.

Gráfico 10 – Percentual das respostas, questão 10 referente aos anexos “A e B”.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Impactos biopsicossociais que a ferida representa para o indivíduo:

Quadro 2 - Identificação dos tipos de câncer primários e sítios de metástases.

Quadro 3 - Sistema de estadiamento para feridas oncológicas proposto por Haisfield-Wolf e Baxendale-Cox (1999).

Quadro 4 - Classificação numérica do odor em feridas tumorais proposto por Ashford et al.

Quadro 5 - Classificação da intensidade do odor em feridas proposto por Baker e Haig

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

EPI's – Equipamentos de proteção individual

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	5
1.1	Problematização	7
1.2	Justificativa	7
1.3	Hipótese	7
2	OBJETIVOS	8
2.1	Objetivo geral	8
2.2	Objetivos específicos	8
3.	REFERENCIAL TEÓRICO	9
3.1	O aspecto biopsicossocial do paciente portador de ferida oncológica e câncer	9
3.2	Características e evolução da ferida oncológica	14
3.3	Importância do curativo e sua realização correta	19
4	METODOLOGIA	21
4.1	Tipo de estudo	21
4.2	Local da pesquisa	21
4.3	População e amostra	21
4.4	Instrumento de coleta	22
4.5	Procedimento de coleta	22
4.6	Análise dos dados	23
4.7	Aspectos éticos	23
4.8	Financiamento	24
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
	REFERÊNCIAS	39
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	43
	APÊNDICE B- Instrumento de coleta de dados	45
	ANEXO A – Instrumento de coleta de dados, considerando a presença da ferida antes da realização do tratamento	47
	ANEXO B – Instrumento de coleta de dados a ser utilizado após o tratamento da ferida	49

1 INTRODUÇÃO

Segundo Atkinson (2002) e McMurray(2003), o indivíduo acometido por feridas oncológicas apresenta diversas limitações ligadas ao problema, principalmente por ocasionar complicações físicas, sistêmicas e psicossociais. Os principais fatores comuns entre os portadores de feridas oncológicas está associado ao sofrimento com a imagem corporal para si mesmo e à sociedade, fazendo com que o sujeito sintase indigno e dependente para realizar suas próprias ações. O impacto visual causado pela ferida oncológica gera conflitos não só para o portador, mas também para os seus familiares, levando em consideração a cada troca de curativos quando há odor não permite que o portador da ferida esqueça a presença do câncer e suas consequências.

Feridas oncológicas apresentam-se como úlceras rasas ou profundas, devido a infiltração de células cancerosas. Durante a evolução da ferida a mesma pode apresentar exsudato abundante, odor fétido, dor e friabilidade, o que acarreta na diminuição da qualidade de vida do paciente acometido pelo problema. A maior dificuldade relacionada às feridas oncológicas tanto para os profissionais, quanto para o paciente e família, é principalmente o gerenciamento dos sinais e sintomas apresentados (FIRMINO et al, 2014).

O ser humano tem uma grande preocupação com a sua qualidade de vida, estando sempre em busca de uma vida saudável, acesso à saúde de qualidade, conforto em moradia, horários de lazer e um trabalho gratificante resultando cada vez mais em uma boa autoestima. Desenvolver patologias capazes de afetar a rotina que um indivíduo busca durante sua vida deve levar ao profissional de saúde um olhar diferenciado, onde este deva avaliar a viabilidade dos tratamentos a serem realizados, formando uma estratégia que atue diretamente na qualidade de vida sem que afete totalmente a sua rotina e autoestima (SILVA; ALBUQUERQUE; LEITE, 2010).

Tanto o câncer, quanto a presença da ferida oncológica geram diversas alterações nos aspectos biopsicossociais do paciente, e estes aspectos podem ser identificados com a relação dos sintomas físicos e os padrões de comportamento do doente. Portanto o modelo biopsicossocial exige uma avaliação do paciente em vários níveis, desde os aspectos da doença até suas relações interpessoais (SMITH; NICASSIO, 1995).

Os pacientes acometidos por doenças em fase de finitude devem ter uma atenção multiprofissional para que seus aspectos biopsicossociais sejam bem avaliados e consequentemente sejam obtidos resultados eficazes (SMITH; NICASSIO, 1995).

A enfermagem apresenta intervenções direcionadas não somente para a prevenção de complicações e recuperação de lesões teciduais, mas também deve atentar-se às mudanças que ocorrem na vida do indivíduo, e a partir disto atuar na identificação de estratégias para o enfrentamento do paciente diante tal problema (BEDIN et al, 2014).

O perfil do profissional enfermeiro vem sofrendo uma grande evolução, principalmente devido às inovações tecnológicas e interativas que norteiam a área da saúde. Com isso o enfermeiro deve promover o desenvolvimento de sua equipe, fornecendo assistência bem fundamentada e de qualidade à clientela (MENEZES; PRIEL; PEREIRA, 2011).

Para a implementação do cuidado, a enfermagem utiliza de artifícios bioéticos e legais que permitem a segurança dos usuários do sistema de saúde. Para fornecer a devida segurança, a enfermagem deve seguir um modelo denominado SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem), representado como um instrumento de trabalho do enfermeiro que o torna capaz de identificar as necessidades do paciente (MENEZES; PRIEL; PEREIRA, 2011).

A autonomia do enfermeiro vem sendo cada vez mais valorizada, devido ao fato da implementação de suas funções e sua atuação especializada, de forma particular ao tratamento de feridas. Sendo assim, o profissional está redefinindo quais são as suas reais competências e atribuições, havendo tomada de decisões independentes de quaisquer outros profissionais (FERREIRA; CANDIDO; CANDIDO, 2010).

No tratamento de feridas oncológicas é importante que o profissional seja capaz de fornecer cuidados essenciais visando à qualidade de vida do paciente, e devido a isto, é dada ênfase na importância de ter conhecimento do material a ser utilizado nos curativos, pois isto permitirá a amenização dos sinais e sintomas da lesão, como também uma melhor evolução no quadro de recuperação do paciente (AGUIAR; SILVA, 2012).

O enfermeiro deve identificar, avaliar, e apresentar autonomia em prescrever o tratamento e cuidados corretos para os tipos diversificados de feridas oncológicas, proporcionando assistência individualizada e integral tanto ao portador, quanto aos familiares (AZEVEDO et al, 2014). Acreditamos que autonomia da enfermeira que trabalha com pacientes portadores de feridas oncológicas contribui para melhorar o estado biopsicossocial desses pacientes.

1.1 Problematização

Devido ao seu aspecto em geral, as feridas oncológicas são fatores envolvidos diretamente na qualidade de vida dos pacientes por afetarem principalmente a sua autoestima. Com relação ao sentimento de possuir uma doença conhecida como terminal, o indivíduo chega a sentir-se ainda incapaz de conviver em meio à sociedade em consequência de fatores desagradáveis desencadeados pela doença, como: odor, exsudato, estética etc.

Existe uma ligação constante entre as feridas oncológicas e o fator psicossocial do paciente acometido por câncer, em que determinadas ações implementadas podem manter o indivíduo em seu meio social de uma forma mais confortável. Diante de tal perspectiva, tratar adequadamente a ferida oncológica, contribui para melhora dos fatores biopsicossociais, bem como dos seus aspectos no paciente?

1.2 Justificativa

Este estudo trás relevância científica aos enfermeiros no que diz respeito a uma atuação mais significativa no tratamento de feridas oncológicas frente à recuperação de fatores biopsicossociais do paciente. Como também torna-se de grande importância social aos pacientes que necessitam destes cuidados, para que consigam conviver de uma forma mais agradável com as suas limitações diante da sociedade.

Os pacientes que apresentam feridas oncológicas passam por diversas dificuldades, devido os fatores patológicos afetarem diretamente a qualidade de vida desses indivíduos. Desta forma torna-se importante que o profissional enfermeiro tenha conhecimento ético, científico, prático e legal para cuidar dessas feridas, e amenizar o sofrimento causado pela patologia, fornecendo um maior conforto ao portador da ferida oncológica.

1.3 Hipótese

Acredita-se que ao tratar uma ferida oncológica, o profissional enfermeiro estará agindo não só na ferida em si, mas cuidando do portador da mesma dentro de um contexto que envolve o paciente aos fatores sociais e psicológicos, que são capazes de afetar diretamente na eficácia do tratamento e consequentemente na qualidade de vida do enfermo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Conhecer os aspectos biopsicossociais envolvidos a pessoa acometida por ferida oncológica.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a situação social dos entrevistados;
- Identificar as alterações biopsicossociais do paciente, da primeira abordagem ao término do tratamento oncológico;
- Descrever os impactos sociais na vida do paciente pela presença de feridas oncológicas;
- Conhecer os sentimentos do paciente em relação a vida após o surgimento da ferida;
- Conhecer a capacidade do paciente para realizações das ações diárias.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O aspecto biopsicossocial do paciente portador de ferida oncológica e câncer

Um indivíduo quando acometido por câncer necessita de diversos recursos psicossociais para adaptar-se a situação e conseguir lidar com as consequências da doença, onde a preponderância do cuidar situa-se sobre o desejo de cura (CARVALHO et al, 2008).

Ao falar de câncer, lembrar da morte é algo bastante comum, e por esta ainda ser vista como algo medonho ou pavoroso, este medo de morrer leva ao paciente apresentar alterações psicológicas que são capazes de agravar a patologia (KÜBLER-ROSS, 1996).

A fase de finitude de uma doença leva ao paciente ter pensamentos e reações diversas, onde podem ser chamados de estágios do doente em fase terminal. O primeiro estágio é denominado como negação, é nesta que existe a dificuldade de acreditar na presença da doença, o paciente é capaz de criar situações com o intuito de provar a inexistência da doença. O segundo estágio é compreendido com raiva, este surge quando o paciente não tem mais alternativas para continuar negando seu estado de saúde, sendo assim passa a substituir o sentimento de negação por raiva, ressentimento e até mesmo inveja. O segundo estágio é considerado muito difícil de lidar tanto por profissionais, quanto pelos familiares e pessoas que estão dispostas a conviverem com o paciente. O terceiro estágio é mais desconhecido, denominado de barganha, neste estágio o paciente busca entrar em acordo com algo ou alguém que ele acredite, para que consiga adiar o inevitável, desta forma acaba criando acordos e aceitando melhor o seu estado de saúde (KÜBLER-ROSS, 1996).

Ser acometido por uma doença sem possibilidades terapêuticas de cura gera danos diversos capazes de abalar o psicológico, portanto para este, desenvolver uma ferida pode significar que todas as exigências impostas pela sociedade contemporânea foram descumpridas, pois nesse momento não há resquícios da imagem do corpo ideal divulgado pela mídia, tornando o indivíduo um ser isolado ou diferente por não atender aos requisitos (GEOVANINI, 2014).

A pele é um importante órgão de imagem corporal e autoestima para qualquer indivíduo, portanto ter a sua integridade atingida acarreta sérios problemas à vida, como isolamento social, adaptação ao tratamento medicamentoso e curativo, alterações na capacidade física e motora, alterações na alimentação, e especialmente os problemas com a autoimagem. A presença dessas alterações citadas, são capazes de provocar problemas

emocionais e tornar o indivíduo incapaz de desenvolver seu autocuidado, além de impedir a realização das atividades diárias, também interfere no envolvimento social (BEDIN et al, 2014).

O surgimento de uma ferida oncológica gera um sentimento de angústia característico da maioria dos pacientes oncológicos, tanto na fase inicial quanto no momento em que a doença encontra-se mais avançada. Além de ser um grande problema de imagem física, a ferida oncológica também é considerada um fator socioeconômico e educacional, pois quando o indivíduo encontra-se na condição de miséria e fome, torna-se bastante complicado reverter o quadro de uma doença para um estado benéfico ou de cura, e estas dificuldades podem ser explicadas pela falta de programas de saúde ou até mesmo da eficiência destes. O tratamento de pacientes portadores de feridas oncológicas é considerado bastante complexo, pois requer um grande conhecimento do profissional em relação às prescrições e coberturas para curativos. Vale salientar que para a obtenção de uma melhora significativa da ferida oncológica, devem ser avaliados fatores intrínsecos do cliente, levando em conta o seu estado emocional/psicológico que estão diretamente ligados a evolução da lesão (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2009).

Para atuar no cuidado desses pacientes, é importante que o profissional saiba lidar com a situação de uma forma isolada, para isto alguns princípios devem ser adotados, como: sempre deixar o paciente falar, deixar passar os momentos de silêncio, praticar gestos que demonstre ao paciente que ele tem algum suporte profissional e emocional, compreender que o paciente sabe mais do que ninguém sobre ele mesmo cabendo ao profissional encaminhar e esclarecer este entendimento, jamais negar esperança, aceitar o paciente e suas características individuais mesmo que sejam opostas às do profissional, ao invés de julgar, o profissional deve acolher e realizar os cuidados necessários para gerar mais conforto biopsicossocial ao paciente (CARVALHO et al, 2008).

A importância em avaliar os fatores psicológicos dos pacientes portadores de feridas oncológicas, é estar ciente que a integridade da pele é algo desencadeante da autoestima, podendo gerar momentos desconfortáveis e angustiantes (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2009). Vale ressaltar que a imposição da mídia em relação ao corpo perfeito, gera sentimentos de inadequação social e de autoimagem negativa com o surgimento da ferida, fazendo com que essas pessoas busquem a solidão e assim desenvolvam doenças psicossomáticas. O fato de a sociedade supervalorizar a imagem do corpo perfeito impede de ver o indivíduo como pessoa, portanto mesmo que a ferida não atinja toda a região corporal o simples fato de haver a presença da ferida torna o indivíduo vítima de preconceito desde que

exponha as suas imperfeições, podendo levar a uma possível piora do seu estado biopsicossocial e fisiológico (GEOVANINI, 2014).

A autoestima é algo construído desde a infância de acordo com o tratamento entre os indivíduos que convivem entre si, portanto a autoestima pode ser definida como uma dimensão particular ou de extensão global, ou seja, uma característica permanente de personalidade ou uma condição psicológica temporária. Sendo assim, a autoestima como também o amor próprio torna-se a base para qualquer ser humano ter uma vida satisfatória e bem estruturada, pois estes fatores estão ligados diretamente a cura de doenças originadas por meio do âmbito emocional (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2009).

Quadro 1 – Impactos biopsicossociais que a ferida representa para o indivíduo:

Níveis de comprometimento	Tipos de impacto
Biológico	Alterações intestinais; Alterações de hábitos alimentares; Alteração na deambulação; Restrição de movimentos; Alterações metabólicas; Alterações hidroeletrólíticas; Alterações imunológicas; Alterações de sono e repouso; Limitações pela dor; Limitações pelas dimensões da(s) ferida(s); Alteração na integridade da pele; Suscetibilidade às infecções; Efeitos colaterais e adversos de medicamentos e produtos; Tratamentos incômodos inadequados.

Psicológico/emocional	Alteração da autoimagem; Alterações da autoestima; Perda de autoconfiança; Sentimentos de desgosto, angústia, depressão; Ansiedade quanto a evolução da ferida; Sentimento de inadequação emocional; Medo de expressar seus sentimentos; Sentimentos de medo e solidão; Sofrimento pela dor; Sofrimento com preconceitos; Sofrimento com abandono; Insatisfação com as modificações de hábitos e rotinas; Dependência para autocuidado; Constrangimento quanto à dependência; Insegurança quanto a exalar odor, exsudação; Sentimento de autodefesa; Inconformismo e agressividade; Sentimentos de aversão, rancor, repulsa; Sentimentos de incapacidade e restrição; Instabilidade emocional;
-----------------------	---

Social	Demanda financeira adicional; Falta de liberdade financeira; Necessidade de tratamento especializado; Dependência para autocuidado; Modificação das interações interpessoais; Modificação de hábitos e rotinas; Modificação de estilo de vida; Limitação do direito de ir e vir; Vivência de situações preconceituosas; Sentimento de inadequação social; Restrições de informações e aprendizagem; Restrições no mercado de trabalho.
--------	---

Fonte: Dados da pesquisa com questões adaptadas da autora Geovanini (2014).

Na fase terminal da doença e com o surgimento da ferida oncológica, é de grande necessidade que o paciente tenha o apoio dos amigos e familiares, onde estes devem fornecer suporte emocional, esclarecer o problema, serem sugestivos em relação as alternativas de enfrentamento e apoiar no tratamento para recuperação do doente (CARVALHO et al, 2008).

A atuação do enfermeiro diante da equipe multidisciplinar a respeito das feridas oncológicas, está intimamente ligada ao desenvolvimento de ações terapêuticas diretamente ao problema, além de dar suporte ao cliente e familiares sobre a doença por ser o profissional de saúde mais presente, principalmente devido aos efeitos adversos que podem ocorrer durante o tratamento (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2009).

É um choque para um paciente que desenvolve ferida oncológica conseguir lidar com tantas alterações fisiológicas e de imagem, principalmente quando esta tem poucas possibilidades de cicatrização, a presença do mau odor, do exsudato, sangramento constante, ter que conviver com a doença (o câncer) e ainda acreditar está passando por um castigo divino. Sendo assim, deve ser visado o conforto e uma maior duração deste (ATKINSON, 2002).

O paciente oncológico deve utilizar estratégias para lidar com a doença e o seu enfrentamento como forma de melhores resultados e adaptação ao tratamento. Portanto é importante que o paciente consiga aceitar e compreender o desafio que é o processo saúde-doença, onde as escolhas tanto do profissional quanto do paciente em relação aos cuidados

devem ficar acima do desejo de alcançar a cura, estando diretamente proporcional a melhora dos fatores biopsicossociais destes pacientes (CARVALHO et al, 2008).

3.2 Características e evolução da ferida oncológica

Levando em consideração que a pele é o maior órgão do corpo humano, em um indivíduo adulto chega a revestir cerca de 2m². Além de desempenhar diversas funções fisiológicas, é um importante fator para imagem corporal (IRION, 2011).

As feridas oncológicas e o seu portador, apresentam suas particularidades, devido a isto, estas feridas devem ser tratadas de acordo com suas próprias características. Cerca de 5 a 10% dos pacientes portadores de neoplasias malignas avançadas, apresentam metástase cutânea (AGUIAR; SILVA, 2012).

As feridas oncológicas são formadas pela infiltração das células malignas do tumor nas estruturas da pele. Ocorre quebra da integridade do tegumento e em decorrência da proliferação celular descontrolada que o processo de oncogênese induz, ocorre a formação de uma ferida evolutivamente exofítica (HAISFIELD-WOLFE; BAXENDALE-COX, 1999).

A formação das feridas oncológicas está definida por três eventos a saber o crescimento do tumor, o qual irá causar o rompimento da pele, a neovascularização, a qual fornece substratos para o crescimento tumoral e a invasão da membrana basal das células saudáveis, a qual configura o processo de crescimento expansivo da ferida sobre a superfície acometida (HAISFIELD-WOLFE; BAXENDALE-COX, 1999).

Destaca-se, na formação destas feridas, a invasão metastática da base da membrana, e essa invasão inclui três eventos: a atração das células específicas para a base da membrana; a degeneração da base da membrana pelas células tumorais, com secreção direta de protease e outras enzimas hidrolíticas e formação de uma dura fibrose desmoplásica e o movimento do tumor por pseudópodia - protusão em direção determinada por quimioatrativos dentro da matriz celular alterada pela proteólise. Pelo crescimento que corre dentro da pele e das estruturas de suporte das células, a vascularização é diminuída, passando a haver isquemia e necrose capilar predominante nas bordas adjacentes da ferida já constituída (HAISFIELD-WOLFE; BAXENDALE-COX, 1999).

Este evento será retroalimentado pelos processos de angiogênese e vasculogênese. É necessário destacarmos que a angiogênese é a formação de um vaso sanguíneo suplementar a partir de outros pré-existentes (vasculogênese). Quando ocorre rompimento destes capilares, o sangramento torna-se, muitas vezes, de difícil controle porque no tumor, as plaquetas têm

função diminuída. De outra forma, as proliferações das células cancerígenas, também, podem realizar erosão de vasos sanguíneos adjacentes, ocasionando sangramento que pode levar o paciente a óbito. Durante seu processo de crescimento acelerado, o tumor pode exercer pressão e/ou invasão sobre estruturas e terminações nervosas, ocasionando dor. Pelo processo inflamatório que cursa com este crescimento agressivo, ocorre liberação de histaminas, responsáveis pelas frequentes queixas de prurido ao redor da ferida (HAISFIELD-WOLFE; BAXENDALE-COX, 1999).

Com o crescimento anormal, desorganizado, tem-se a formação, no sítio da ferida, de verdadeiros agregados de massa tumoral necrótica, onde ocorrerá contaminação por microrganismos aeróbicos como *Pseudomonas aeruginosa* e *Stafilococcus aureus*, e, principalmente, microrganismos anaeróbicos como as *Bacteroides*. Como produto do metabolismo final desses microrganismos, são liberados os ácidos graxos voláteis, como o ácido acético, caproico, entre outros, que provocam odor fétido às feridas oncológicas. Este odor é descrito, muitas vezes, como "intolerável" e "nauseante", por conter também os gases putrescina e cadaverina que ocorre da interação da flora aeróbica e anaeróbica as quais colonizam e infectam estas feridas (HAISFIELD-WOLFE; BAXENDALE-COX, 1999) (ELLIS; FAN; REINMUTH; SHAHEEN et al, 2001) (MANNING, 1998).

As feridas podem ser avaliadas de acordo com a coloração, odor, exsudato, extensão, profundidade, localização e pele circundante, por meio de testes para obtenção do diagnóstico (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2011).

A ferida oncológica é caracterizada pela difícil cicatrização, pois para que ocorra dependerá de tratamento antineoplásico, como quimioterapia, radioterapia, cirurgia ou até mesmo interação de procedimentos concomitantes. Vale salientar que estas feridas podem ser decorrentes tanto de um tumor primário maligno para a superfície da pele, tumores malignos presentes em órgãos vizinhos invadir diretamente a pele, quanto desenvolver-se por meio de metástases (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2009).

Fatores importantes a serem analisados, são os diferentes aspectos presentes nas feridas oncológicas de acordo com o tipo de célula cancerígena em proliferação ou a localização. Estas feridas podem apresentar-se desde secas, crosta necrótica na região central, ulcerações nas margens, aparência fungoide e até mesmo presença de muito tecido necrótico com facilidade de sangramento. Ainda existem feridas que se apresentam secas e descamantes com crescimento fungoide volumoso, sendo que outras feridas causam múltiplas erosões em diversas áreas com crostas que descamam com pontos de sangramento (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2009).

Estudos científicos, afirmam que feridas que não cicatrizam por mais de trinta dias, mesmo com investimento para aceleração da cicatrização, é necessário um estudo patológico para melhor classificar e tratar (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2009).

A localização das feridas tumorais é bastante inespecífica, sendo que estas podem surgir em qualquer região do corpo, porém são mais frequentes na face, pescoço, virilha, mama, genitália e região anal. Estas feridas costumam ser bastante resistentes ao tratamento, principalmente quando sua origem é desconhecida, portanto é de grande importância que o profissional tenha conhecimento destas informações para realizar um tratamento mais eficaz ao paciente (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2009).

Ao identificar o local e tipo de câncer primário, torna-se possível a identificação dos sítios de metástases cutâneas mais comuns, como mostra o quadro abaixo:

Quadro 2 – Identificação dos tipos de câncer primários e sítios de metástases.

Tipos de câncer	Sítios de metástase cutânea
Pulmão e mama	Cabeça, pescoço, tórax anterior
Gaстрintestinal	Parede abdominal superior
Geniturinário	Parede abdominal inferior, genitália externa
Estômago	Região periumbilical
Melanoma	Extremidades
Cavidade bucal	Face, pescoço

Fonte: Dados da pesquisa com questões adaptadas dos autores Silva;Figueiredo;Meireles, 2009.

Em sua grande maioria, uma particularidade das feridas oncológicas é o fato destas resistirem ao tratamento, e a forma como se apresentam podem surpreender formidavelmente. Devido as dificuldades na recuperação das feridas oncológicas tornou-se mais importante a obtenção do seu estadiamento, sendo assim Haisfield-Wolf e Baxendale-Cox (1999) propuseram um sistema de estadiamento dessas feridas com o objetivo de permitir uma melhor viabilidade e melhorar a situação da ferida por meio da apresentação de estágios de desenvolvimento, a partir de informações clínicas para avaliação da ferida. O sistema descrito

pelos dois autores apresenta quatro estágios de progressão da destruição cutânea causada por uma ferida oncológica, como descritos abaixo (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2009):

Quadro 3 – Sistema de estadiamento para feridas oncológicas proposto por Haisfield-Wolf e Baxendale-Cox (1999).

Estágio	Descrição
Estágio 1	As feridas estão fechadas e a pele ainda está intacta. Pode haver endurecimento local ou vermelhidão
Estágio 1N	A ferida ainda está fechada ou, então, superficialmente aberta (pele escarificada). Pode haver endurecimento, como um nódulo ou fibrose
Estágio 2	A ferida está aberta e há envolvimento da derme e da epiderme
Estágio 3	A ferida está aberta, há perda da espessura parcial da pele e pode incluir tecido subcutâneo
Estágio 4	A ferida está aberta e já é possível perceber a invasão para as estruturas anatômicas profundas

Fonte: Dados da pesquisa com questões adaptadas dos autores Silva;Figueiredo;Meireles, 2009.

Existem casos em que não há possibilidade de cura para pacientes acometidos por feridas oncológicas, e estes apresentam sintomas como dor e perda da função no local afetado. Além disso pode haver irritação, infecção local ou sistêmica, odor fétido, sangramento, linforragia ou exsudação muito volumosa. Portanto é necessário o manejo local dessas feridas, com a realização e contenção por curativos, pois caso contrário a rotina deste paciente sofrerá diversas alterações devido aos sintomas já citados (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2009).

Para auxiliar no tratamento da ferida, Ashford et al. e Baker e Haig desenvolveram diferentes escalas de classificação para o mau odor, com o intuito de melhorar a avaliação (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2009).

Quadro 4 - Classificação numérica do odor em feridas tumorais proposto por Ashford et al.

Níveis	Descrição do odor
0	Ausência de odor
1	Odor não ofensivo, discreto
2	Odor ofensivo, mas tolerável
3	Odor ofensivo e insuportável

Fonte: Dados da pesquisa com questões adaptadas dos autores Silva;Figueiredo;Meireles, 2009.

Quadro 5 - Classificação da intensidade do odor em feridas proposto por Baker e Haig

Níveis	Descrição do odor
Forte	Cheiro evidente que envolve todo o ambiente, mesmo com o curativo intacto e fechado
Moderado	Quando o odor se dispersa no ambiente no momento que o curativo é removido
Discreto	O odor é sentido quando o paciente está em um ambiente fechado no momento da remoção do curativo
Sem odor	Quando não há odor no ambiente e nem quando o curativo é removido

Fonte: Dados da pesquisa com questões adaptadas dos autores Silva;Figueiredo;Meireles, 2009.

Inúmeros fatores podem ocasionar o surgimento do odor, porém os mais representativos são: presença de tecido necrótico, de infecção e produção de exsudato. O mau cheiro é produto do metabolismo bacteriano, o que significa que a presença exacerbada de microrganismos na região da ferida também é uma causa significativa (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2009).

Visto todas as diversidades e problemas causados por feridas oncológicas, o enfermeiro deve atuar para reduzir o máximo de sintomas possíveis e diminuir significativamente o sofrimento do paciente que desenvolveu a ferida. Vale salientar que este

objetivo dependerá do conhecimento do enfermeiro em relação ao material a ser utilizado nos curativos durante o tratamento (GEOVANINI, 2014).

3.3 Importância do curativo e sua realização correta

Para os cuidados com feridas e realização de curativos, foram registrados desde a antiguidade técnicas utilizadas por povos egípcios e gregos, que estas eram utilizadas de acordo com as necessidades da época. Os primeiros registros de pesquisas sobre a forma correta e eficaz para realização de curativos e tratamento de feridas ocorreu apenas no século XX, e assim também houve a possibilidade de compreender o processo de cicatrização (BORGES et al, 2008).

A preparação da ferida para a obtenção de resultados eficazes necessita de um ambiente que torne propício a formação de colágeno, angiogênese, epitelização e consequentemente o fechamento (BORGES et al, 2008). Antes e durante a realização de um curativo, muitos fatores devem ser levados em conta, principalmente para definir a cobertura ideal a ser utilizada, dentre estes fatores estão: proporcionar umidade e temperatura adequadas ao leito da ferida, permitir proteção a ferida contra fatores externos e do meio ambiente, realizar a remoção do excesso de exsudação evitando assim a maceração (UGGERI, 2011).

Segundo Blanck (2010) existem alguns princípios básicos para a realização de curativos como descritos abaixo:

- Realizar antisepsia do local onde serão depositados os materiais, com álcool a 70%;
- Realizar lavagem das mãos antes e após o procedimento;
- Esclarecer ao paciente o procedimento a ser realizado;
- Utilizar EPI's;
- Realizar limpeza da ferida com Solução fisiológica a 0,9%;
- Para a limpeza da lesão pode ser utilizada seringa de 20ml com agulha 40x12;
- Não secar totalmente o leito da lesão, secar somente a perilesão;
- As coberturas primária que forem utilizadas devem manter o ambiente da ferida úmido e favorável a cicatrização;
- Fazer oclusão (cobertura secundária) e fechamento com adesivos hipoalergênicos;
- Observar e avaliar as reações do paciente;
- Todo o procedimento deve ser registrado;
- O desbridamento deve ser realizado quando necessário;

- Realizar o preenchimento de regiões profundas;
- A utilização da cobertura para realização do curativo dependerá do tecido exposto;
- Manter protegidas a borda da ferida;
- Evitar substâncias tóxicas.

Os princípios que mais devem ser utilizados quando for realizado um curativo e este tenha eficácia são, permitir a realização de trocas gasosas; o fornecimento de isolamento térmico; a cobertura deve ser impermeável aos microrganismos; manter livre de substâncias desconhecidas e toxinas que possam contaminar; permitir uma boa absorção de exsudato (GEOVANINI, 2014).

A realização de curativos busca finalidades em comum, como:

- Remoção de corpos estranhos que possam contaminar a ferida;
- Proporcionar a reaproximação das bordas;
- Proteção da ferida contra contaminação e possíveis infecções;
- Promover hemostasia;
- Preenchimento de espaços mortos e prevenir a formação de sero-hematomas;
- Favorecer a aplicação de medicação de uso tópico;
- Realizar a técnica de desbridamento mecânico e remoção de tecidos necróticos;
- Facilitar drenagem de exsudato;
- Manter úmido o leito da ferida;
- Proporcionar isolamento térmico;
- Promover e permitir a proteção da cicatrização da ferida;
- Manter limitado a movimentação dos tecidos da região perilesional;
- É importante fornecer conforto psicológico ao paciente;
- Diminuir sofrimento e dor como consequentes da ferida.

O curativo é um procedimento voltado ao cuidado com feridas, e deve ser realizado com limpeza rigorosa e material adequado que não cause trauma. Alguns critérios devem ser avaliados antes de iniciar a realização do curativo, como segurança; avaliar o custo-benefício; eficácia e principalmente permitir uma boa e mais rápida possível cicatrização (GEOVANINI, 2014).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipos de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória de natureza quantitativa.

Pesquisas descritivas objetivam basicamente descrever características de uma determinada população, podendo também ser capaz de identificar relações entre variáveis e geralmente são realizadas junto às exploratórias, pois estas proporcionam maior familiaridade com o problema, tornando-o explícito e possibilitando a formação de hipóteses considerando tanto os aspectos relativos mais variados ao fato, quanto ao problema ou fenômeno a ser estudado (GIL, 2010).

Pesquisas de natureza quantitativa apropriam-se de uma análise estatística para tratar de dados coletados, principalmente em estudos exploratórios para conhecer o problema ou objeto de pesquisa de uma forma mais aprofundada; análise ocupacional e de desempenho; nos estudos experimentais e quando existe a necessidade de diagnóstico de uma situação específica (GAUTHIER, 1998).

4.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada no Hospital da Solidariedade-Serviço de Radioterapia localizado no município de Mossoró, Rio Grande do Norte, Rua Dona Isaura Rosado, 129, Abolição III. Devido à especialização do serviço prestado em radioterapia, o atendimento abrange 62 municípios regionais do estado.

4.3 População e amostra

Segundo Gil (2008), população pode ser definida como um conjunto de elementos que possuam características determinadas ou distintas. Já amostra é considerada um subconjunto de uma população ou do universo, em que estabelecem suas características.

O serviço de radioterapia do Hospital da Solidariedade atende anualmente uma população total de 550 casos novos de pacientes oncológicos. A amostra foi estimada nos dados coletados segundo a literatura, onde estima que 5 a 10% da população com câncer avançado desenvolve feridas oncológicas, baseado no maior percentual da população, a

amostra anual de 55 pacientes, e a amostra utilizada para a coleta de dados foi de 14 pacientes durante um período estimado em 03 meses sendo esta por conveniência e obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão abaixo descritos.

- Critérios de inclusão: Foram incluídos na pesquisa, pacientes oncológicos que desenvolveram feridas oncológicas, submetidos à radioterapia no Hospital da Solidariedade, maiores de 18 anos, que aceitem participar da pesquisa e assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os participantes que apresentaram feridas oncológicas originadas pelo avanço da neoplasia maligna, em que este problema provocou relevância insatisfatória a fatores psicológicos e sociais envolvidos na qualidade de vida.
- Critérios de exclusão: Foram excluídos, os pacientes portadores de doenças degenerativas que apresentaram feridas provenientes da doença não neoplásica. Os pacientes portadores de feridas em consequência do tratamento antineoplásico. Os pacientes com feridas causadas por incapacidade motora ou deficiência física. Os que não concluíram o tratamento por motivos de óbito ou abandono.

4.4 Instrumento de coleta

A coleta dos dados foi realizada através de um instrumento contendo questões claras e metodológicas para o registro de uma entrevista sistematizada em formulários. Após as informações colhidas, as feridas foram fotografadas semanalmente para registro da sua evolução e arquivadas em pasta própria do smartphone para comparação da evolução e reveladas conforme a necessidade. O instrumento de coleta de dados levou em consideração os aspectos biopsicossociais envolvendo o paciente portador de ferida oncológica.

4.5 Procedimento de coleta

Os dados foram colhidos através de dois formulários (ANEXO A e B) estruturados com perguntas claras e metodológicas para o registro de uma entrevista sistematizada. Após a primeira entrevista, curativos foram realizados diariamente, e a evolução foi registrada através de fotos semanais feitas em um Smartphone Positivo Selfie.

Para a obtenção destes dados, a coleta foi realizada em três fases, relacionando a evolução ocorrida desde a primeira abordagem à última:

Primeira fase: Foram abordados os pacientes encaminhados ao serviço do Hospital da Solidariedade para a primeira consulta. Nesta primeira abordagem foi acordado com o paciente, a sua participação na pesquisa e explicação dos objetivos, ao aceitar, assinalou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), além de ser preenchido o formulário de caracterização do entrevistado e dados sobre a doença (APÊNDICE B) para auxiliar na pesquisa e coleta;

Segunda fase: Período de tratamento nas feridas oncológicas, no qual foi realizado após o tratamento com radiação ionizante, por meio de curativos, e do registro da evolução através de fotos semanais. Em formulário próprio (ANEXO A) foram registradas as condições biopsicossociais informadas pelo paciente antes do tratamento da ferida. O tratamento foi realizado após cada sessão de radioterapia;

Terceira fase: Após realizada uma nova avaliação do paciente e da ferida, e comparada com a primeira abordagem, foi enfatizado a condição biopsicossocial do paciente ocasionado pela evolução da ferida. Nesta fase foi utilizado o formulário da fase anterior, levando em consideração as condições após o tratamento da ferida (ANEXO B).

4.6 Análise dos dados

Os dados foram analisados por meio de tabelas e gráficos estatísticos descritivos, apresentando percentual e frequência de acordo com as variáveis dos dados coletados, que foram usados para evidenciar a diferença do estado biopsicossocial entre os pacientes antes e após a realização do tratamento das feridas oncológicas.

4.7 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança em João Pessoa, Paraíba, onde foi submetido, analisado e autorizado com número CAAE: 58487416.6.0000.5179. Para construção e elaboração da pesquisa, foram observadas as informações dispostas pelo Conselho Nacional de Saúde, na Resolução 466/12, em que garante ser de respeito do participante os direitos e deveres relacionados ao anonimato dos depoentes e sigilo das informações confidenciais (BRASIL, 2012).

A coleta de dados poderia gerar desconforto por parte dos participantes, além de medo e constrangimento, como também poderia não ocorrer à melhora significativa da lesão em

relação aos aspectos biopsicossociais, portanto como meio de assegurar riscos mínimos, todos os passos da pesquisa foram explicados e bem esclarecidos, tornando segura a privacidade, sigilo e confiança por parte dos participantes e pesquisadora. A participação na pesquisa proporciona benefícios diversos, por gerar conhecimento científico para a enfermagem, e conseqüentemente esta classe poderá fornecer uma assistência de maior qualidade e de eficácia significativa para minimização ou até mesmo resolução do problema a ser abordado.

Durante a coleta de dados como forma de fornecer maior conforto e segurança ao paciente, os curativos foram realizados conforme preconizado na literatura além de haver acompanhamento por profissional qualificado em estomaterapia.

A pesquisa também levou em conta as considerações da Resolução do COFEN 311/2007 que aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, dando ênfase ao capítulo III da mesma resolução (COFEN, 2007).

4.8 Financiamento

Todas as despesas relacionadas à realização da pesquisa e que viabilizaram a sua construção, foram de inteira responsabilidade do pesquisador associado. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró responsabilizou-se na disponibilização do acervo bibliotecário, computadores e conectivos, bem como, a orientadora e banca examinadora.

. Durante a realização do tratamento das feridas oncológicas, foram utilizados os materiais disponíveis e fornecidos pelo Hospital da Solidariedade-Serviço de Radioterapia.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 14 pacientes, no qual um evoluiu a óbito durante o período de realização da pesquisa e outro, por motivos desconhecidos, não concluiu o período que antecede o início do tratamento, com isso obedecendo os critérios de inclusão e exclusão, os mesmos não participaram da análise. Portanto, a amostra total foi de 12 pacientes do Hospital da Solidariedade - Serviço de Radioterapia.

Atendendo aos objetivos da pesquisa, estão descritos abaixo os dados referentes ao perfil dos pacientes participantes representados em tabela(1). Destes, 58% (7/12) são do gênero masculino e 42% (5/12) do gênero feminino, onde a faixa etária encontra-se entre 40 a 100 anos, com maior incidência entre 71 a 80 anos (33%). No que se refere ao estado civil 42%(5/12) são casados(as), 25%(3/12) são solteiros(as) e 33%(4/12) são viúvos(as).

Os casos neoplásicos mais incidentes são na amostra masculina, porém estudos evidenciam cada vez mais o aumento de casos em população feminina. Pode-se relacionar estas mudanças, ao estilo de vida atual da população em geral e especificamente do sexo feminino, como o consumo de álcool, tabaco e hábitos alimentares (ALVARENGA et al, 2008).

Já em relação ao grau de escolaridade, 17%(2/12) são analfabetos, 58%(7/12) são apenas alfabetizados, 17%(2/12) concluíram ou cursaram o ensino fundamental, 8%(1/12) concluíram ou cursaram o ensino médio e 0%(0/12) concluíram ou cursaram o ensino superior (Tabela 3).

O baixo nível de escolaridade pode acarretar numa maior dificuldade em perceber a doença, e conseqüentemente num maior atraso à procura de assistência médica, o que leva a diminuir as possibilidades de tratamento (DALLAGNOL et al, 2011). Pode-se deduzir, que a escolaridade reflete diretamente para o surgimento da ferida oncológica, desde que os com melhor grau de instrução têm melhores condições de esclarecimento se comparado aos demais, podendo levar ao diagnóstico precoce e evitando o avanço da doença.

Tabela 1 - Perfil dos pacientes (N=12) portadores da ferida oncológica, do Hospital da Solidariedade – Serviço de Radioterapia, município de Mossoró, Rio Grande do Norte, 2016.

Variáveis	Nº	%
Gênero		
Masculino:	7	58%
Feminino:	5	42%
Estado Civil		
Casado:	5	42%
Solteiro:	3	25%
Viúvo:	4	33%
Grau de Escolaridade		
Analfabeto:	2	17%
Alfabetizado:	7	58%
Fundamental:	2	17%
Médio:	1	8%
Superior:	0	0%
Idade (anos)		
40 – 50:	2	17%
51 – 60:	0	0%
61 – 70:	3	25%
71 – 80:	4	33%
81 – 90:	2	17%
91 – 100:	1	8%

Fonte: Pesquisa de Campo (2016).

Na tabela 2 identifica-se os sítios de neoplasias/feridas mais frequentes durante a pesquisa, tendo a neoplasia de pele como maior incidência de feridas oncológicas com 6 pacientes, totalizando 50%(6/12). Em pacientes com neoplasias cabeça e pescoço considerado o segundo mais incidente constou 4 pacientes ou 33%(4/12) da amostra. O sistema geniturinário e o tórax, tiveram uma incidência bem divergente em relação aos sítios anteriores, totalizando 1 paciente para cada sítio, 8%(1/12).

Dos pacientes participantes da pesquisa, apenas 25% (3/12) desenvolveram com metástase. Com relação ao tempo de desenvolvimento da ferida oncológica, mostrou um período entre 5 meses até 72 meses com maiores incidências entre 12 e 24 meses 33% (4/12) e até 5 meses 33% (4/12).

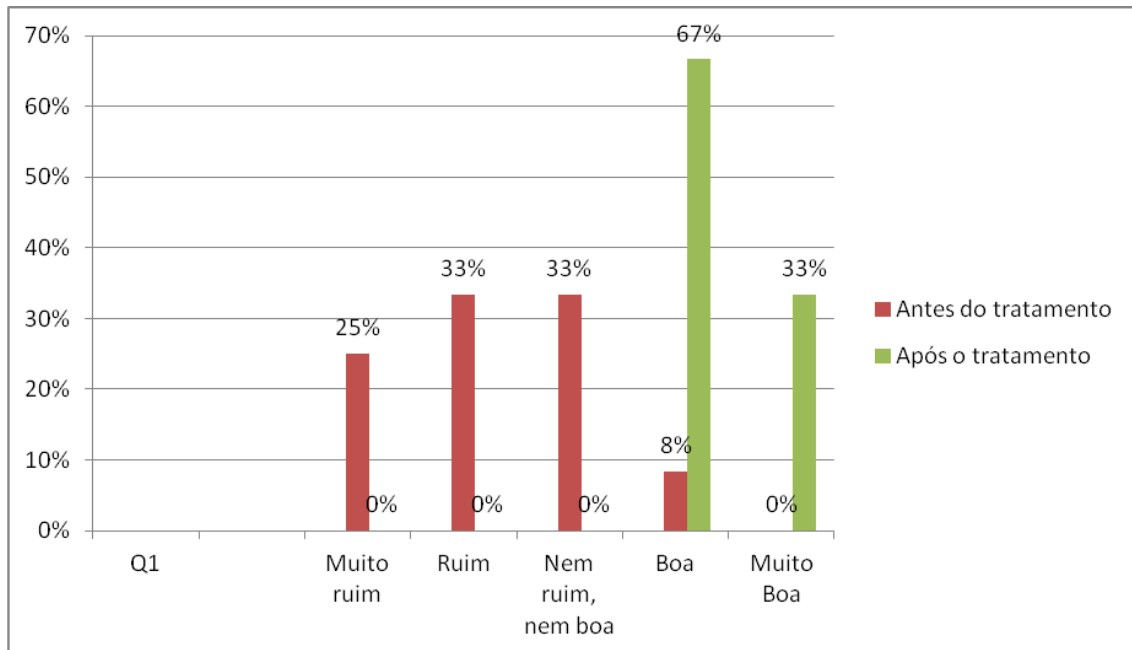
Tabela 2 - Caracterização do perfil clínico.

Variáveis	Nº	%
Sítios		
Pele:	6	50%
Cabeça e Pescoço:	4	33%
Geniturinário:	1	8%
Tórax:	1	8%
Presença de metástase		
	3	25%
Tempo de desenvolvimento da ferida		
Até 5 meses:	4	33%
6 a 11 meses:	1	8%
12 a 24 meses:	4	33%
25 a 48 meses:	2	17%
49 a 72 meses:	1	8%

Fonte: Pesquisa de Campo (2016).

Os gráficos abaixo correlacionam as respostas dos questionários realizados antes e após o tratamento oncológico e da ferida oncológica onde foram utilizados os mesmos questionários em momentos diferentes.

Gráfico 1 - Percentual das respostas, questão 01 referentes aos anexos “A e B”.



Fonte: Pesquisa de Campo (2016).

O gráfico 1 está relacionado a questão 01 (Q1) “Quão satisfeito(a) está com suas relações sociais” antes e após tratamento da ferida oncológica. A partir deste é possível notar a melhora significativa, onde na primeira abordagem foi calculado um percentual maior entre as respostas, (Muito ruim; Ruim; Nem ruim, nem boa) de 25%(3/12), 33%(4/12) e 33%(4/12) respectivamente. No entanto 8%(1/12) dos pacientes apresentou sua relação social como boa e 0%(0/12) considerou a relação social como muito boa.

Ao término da pesquisa, foi observado uma evolução benéfica em relação a primeira abordagem, pois 67%(8/12) dos pacientes consideraram como boa suas relações sociais e 33%(4/12) como muito boa. Enquanto as respostas iniciais (Muito ruim; Ruim; Nem ruim, nem boa) não foram relatadas pelos participantes da pesquisa, 0%(0/12) no término do tratamento.



Antes do Tratamento

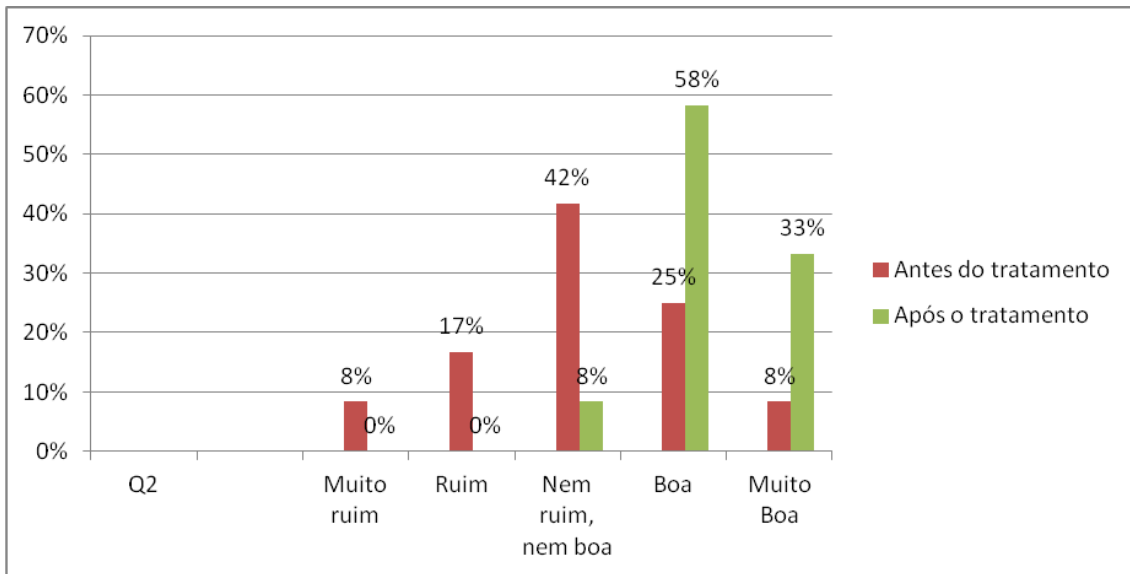
Fonte: Pesquisa de Campo (2016).



Após o Tratamento

Fonte: Pesquisa de Campo (2016).

Gráfico 2 - Percentual das respostas, questão 02 referente aos anexos “A e B”.

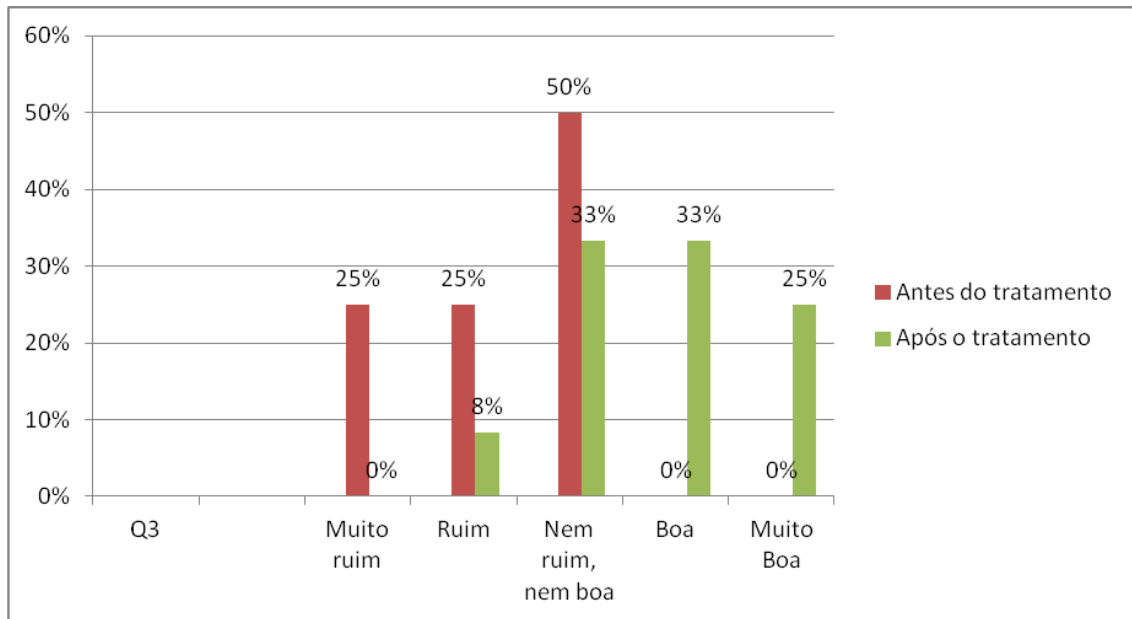


Fonte: Pesquisa de Campo (2016).

A questão 02 (Q2), “Como considera o seu apoio social? ” Dos anexos, representada no gráfico 2 demonstra em dados que os pacientes se apresentavam muito indiferentes sobre o seu apoio social, onde estatisticamente 42%(5/12) apresentou o apoio social como “Nem ruim, nem boa”, enquanto as demais respostas (Muito ruim; Ruim; Boa; Muito boa) foram calculadas em 8%(1/12), 17%(2/12), 25%(3/12) e 8%(1/12) respectivamente o percentual de respostas da primeira abordagem.

Ao término do tratamento os resultados foram mais satisfatórios, pois 58%(7/12) dos pacientes consideraram seu apoio social como “boa” e 33%(4/12) consideraram como “Muito boa”. Estes resultados mostraram uma queda de 34%(4,08/12) na resposta “Nem ruim, nem boa” vista na primeira abordagem totalizando 8%(1/12), e 0%(0/12) dos pacientes consideraram “Muito ruim e Ruim” como respostas para o primeiro questionamento.

Gráfico 3 – Percentual das respostas, questão 03 referente aos anexos “A e B”.

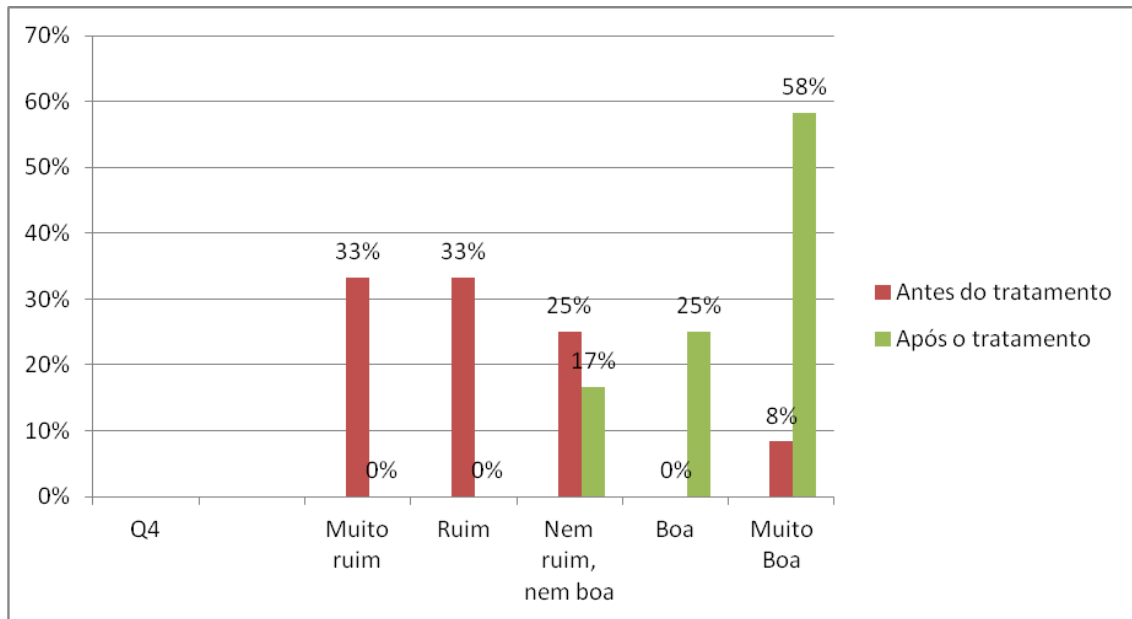


Fonte: Pesquisa de Campo (2016).

O gráfico 3, refere-se a questão 03(Q3) do anexos “Como você considera as mudanças no seu relacionamento afetivo e sexual” considerando primeiramente com a presença da ferida oncológica e após o tratamento. O gráfico mostra estatisticamente que 50%(6/12) dos pacientes consideravam indiferente, apresentando como resposta “Nem ruim, nem boa”. Enquanto os outros 50%(6/12) estão distribuídos uniformemente entre as respostas “Muito ruim e Ruim”(25%(3/12) em cada). E 0%(0/12) dos pacientes consideraram “Boa e Muito boa” como resposta para esta questão.

Após o tratamento e conseqüentemente uma nova realização do mesmo formulário, considerando o momento, foi verificada uma melhor satisfação dos pacientes quanto às respostas deste questionamento, onde apenas 8%(1/12) continuaram considerando “ruim” a situação, 33%(4/12) passou a considerar “Nem ruim, nem boa”, 33%(4/12) dos pacientes passaram a considerar a situação atual como “Boa” e 25%(3/12) considera a situação atual como “Muito boa”. Neste momento nenhum paciente considerou “Muito ruim” a situação atual, totalizando 0%(0/12).

Gráfico 4 – Percentual das respostas, questão 04 referente aos anexos “A e B”.

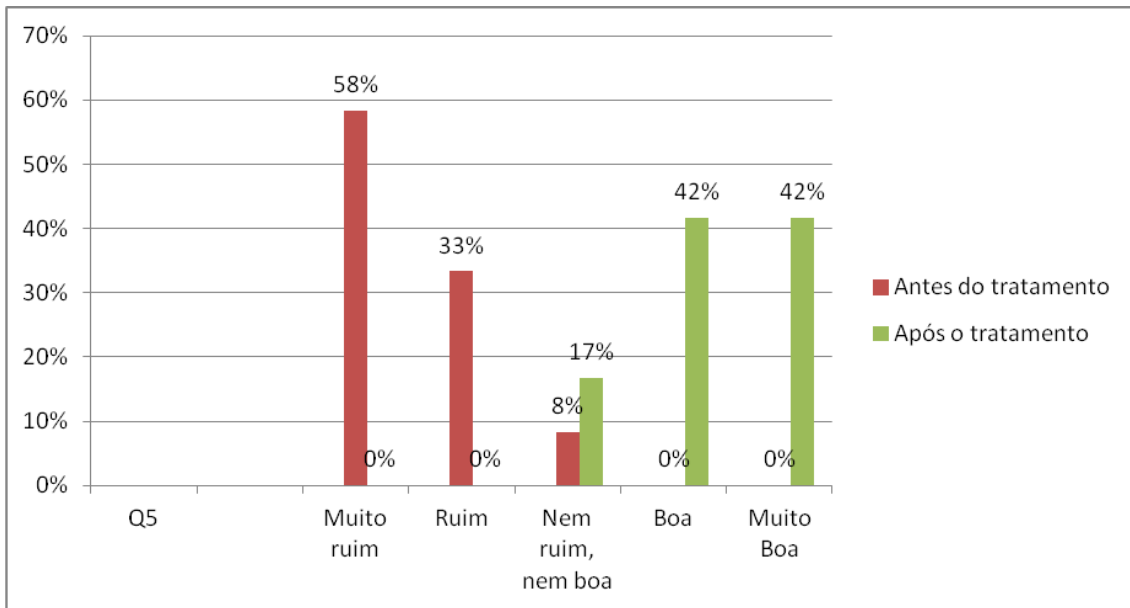


Fonte: Pesquisa de Campo (2016).

O gráfico 04 refere-se à questão 04 (Q4) dos anexos “Como avalia o seu sentimento em relação a vida?” considerando a presença da ferida oncológica e posteriormente após o tratamento. Estatisticamente avaliadas as respostas referentes a esta questão, pode-se afirmar que no primeiro momento a maioria dos entrevistados não tinham bons sentimentos em relação à vida devido a presença da doença e surgimento da ferida, enquanto 33%(4/12) responderam Muito ruim e Ruim, 25%(3/12) responderam “Nem ruim, nem boa”, 0%(0/12) responderam boa e apenas 8%(1/12) respondeu muito boa para a questão relacionada ao gráfico.

Diferentemente do primeiro momento da entrevista, ao fim do tratamento o padrão de respostas foi completamente alterado e os pacientes tiveram uma melhor visão sobre suas vidas e conseqüentemente um sentimento mais confortável. Ao comparar o percentual das respostas, no fim do tratamento, 0%(0/12) responderam “Muito ruim” e “Ruim”, 17%(2/12) responderam “Nem ruim, nem boa”. Já diferentemente do resultado visto no primeiro momento, os pacientes que consideraram “Boa” como resposta subiu de 0%(0/12) para 25%(3/12) e a quantidade mais considerável foi para a resposta “Muito boa” em que anteriormente contava apenas 8%(1/12) enquanto atualmente 58% consideram este momento como “Muito boa”.

Gráfico 5 – Percentual das respostas, questão 05 referente aos anexos “A e B”.



Fonte: Pesquisa de Campo (2016).

O gráfico 5, corresponde a questão 05(Q5) presente nos anexos, “Como ver a sua aparência física?” antes e após o tratamento. Analisando o gráfico, pode-se perceber que ao tratar as peculiaridades das feridas oncológicas, foi notavelmente revertida à percepção dos pacientes quanto suas aparências. Enquanto no anexo A eles consideravam a aparência 58%(7/12) “Muito ruim”, 33%(4/12) “Ruim”, 8%(1/12) “Nem ruim, nem boa” e 0%(0/12) para “Boa” e “Muito Boa”, no anexo B eles mudaram sua opinião considerando 0%(0/12) para “Muito ruim” e “Ruim”, 17%(2/12) para “Nem ruim, nem boa” e 42%(5/12) tanto para “Boa”, quanto para “Muito boa”.

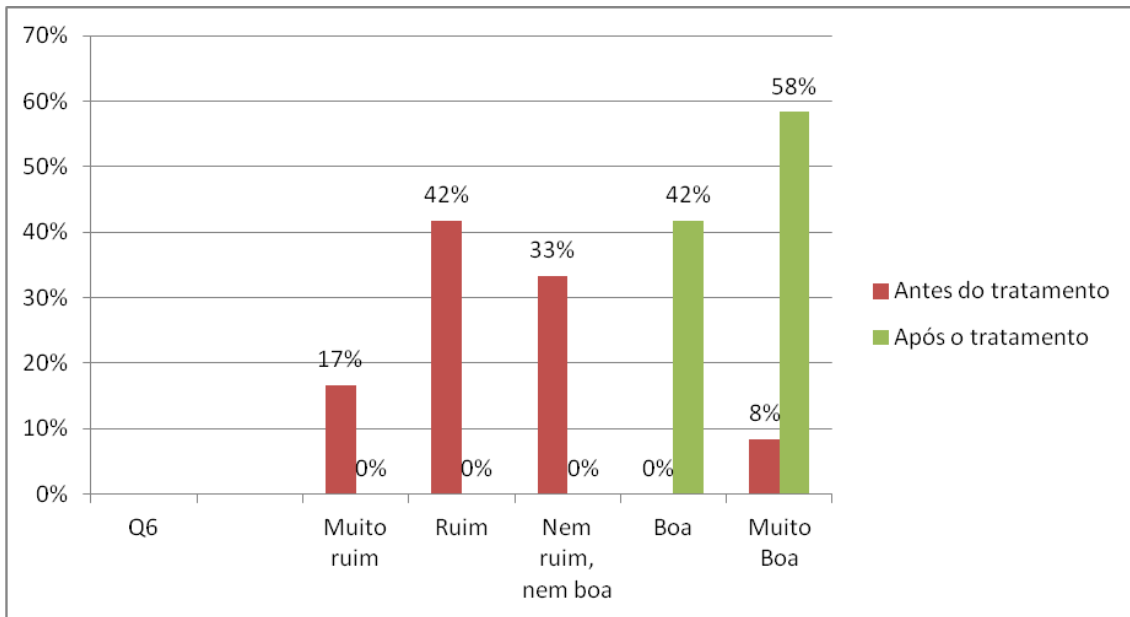


Fonte: Pesquisa de Campo (2016).



Fonte: Pesquisa de Campo (2016).

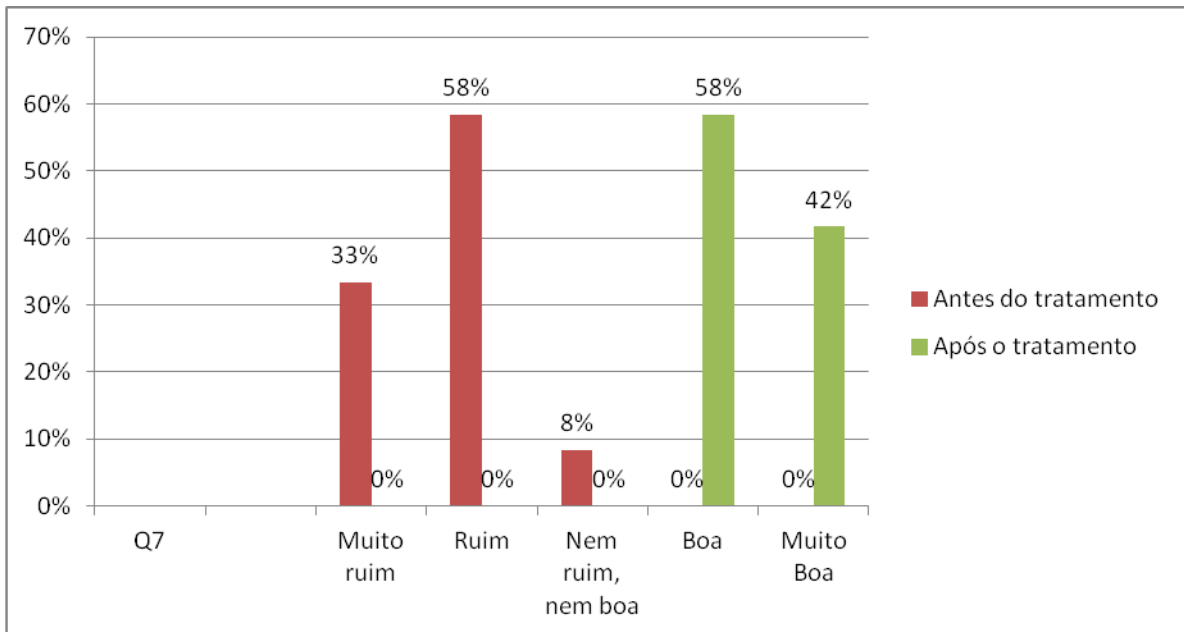
Gráfico 6 – Percentual das respostas, questão 06 referente aos anexos “A e B”.



Fonte: Pesquisa de Campo (2016).

O gráfico 6 refere-se a questão 06(Q6) dos anexos, “Como considera os sentimentos sobre si próprio?” considerando o momento anterior ao tratamento e após. A análise do percentual das respostas mostra uma insatisfação do paciente sobre si próprio devido à presença da ferida oncológica. Exposto: acima, apenas 8%(1/12) considerou o sentimento sobre si próprio como “Muito boa” e 0%(0/12) considerou “Boa”, enquanto 17%(2/12) considerou “Muito ruim”, 42%(5/12) respondeu “Ruim” e 33%(4/12) informou considerar “Nem ruim, nem boa”. Com referência ao anexo B que aborda o período após o tratamento da ferida oncológica, mostra um resultado bem diferente em relação à mesma questão. Os pacientes mudaram as suas percepções e passaram a considerar 0%(0/12) para as respostas “Muito ruim; Ruim; Nem ruim, nem boa”, e descreveram as respostas para este questionamento como 42%(5/12) “Boa” e 58%(7/12) “Muito boa”.

Gráfico 7 – Percentual das respostas, questão 07 referente aos anexos “A e B”.

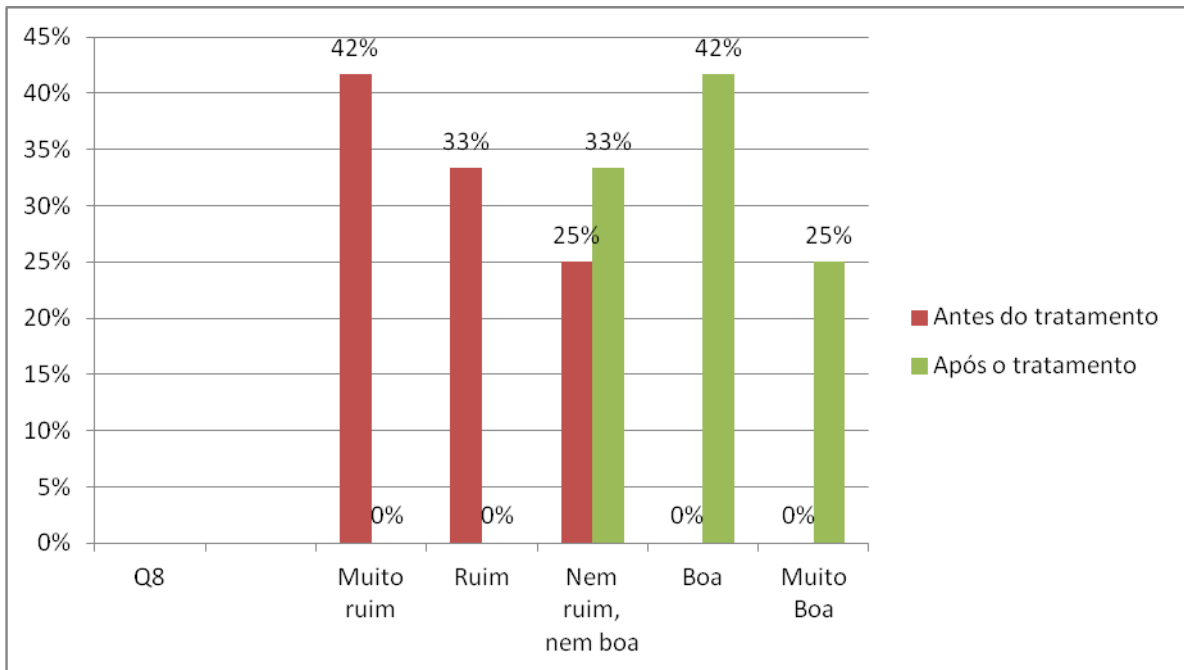


Fonte: Pesquisa de Campo (2016).

O gráfico 7 referente à questão 07 (Q7) dos anexos, “Como avalia as mudanças ocorridas em sua vida?” antes e após o tratamento. Observamos uma mudança com elevada satisfação em números/percentual, do período que antecedeu para o período pós-tratamento. As respostas relacionadas ao questionário antes do tratamento mostraram: 33%(4/12) dos pacientes consideraram “Muito ruim” para as mudanças ocorridas, 58%(7/12) consideraram “Ruim”, apenas 8%(1/12) responderam “Nem ruim, nem boa” e nenhum paciente considerou estas mudanças como “Boa” ou “Muito boa”, totalizando 0% respectivamente.

Após o tratamento da ferida oncológica, os dados colhidos nos mesmos pacientes demonstraram todas as respostas satisfatórias, consideraram 58%(7/12) como “Boa” e 42%(5/12) como “Muito boa” para as mudanças ocorridas. As respostas “Muito ruim; Ruim; Nem ruim, nem boa” não foram votadas, totalizando 0%(0/12) como percentual para estas.

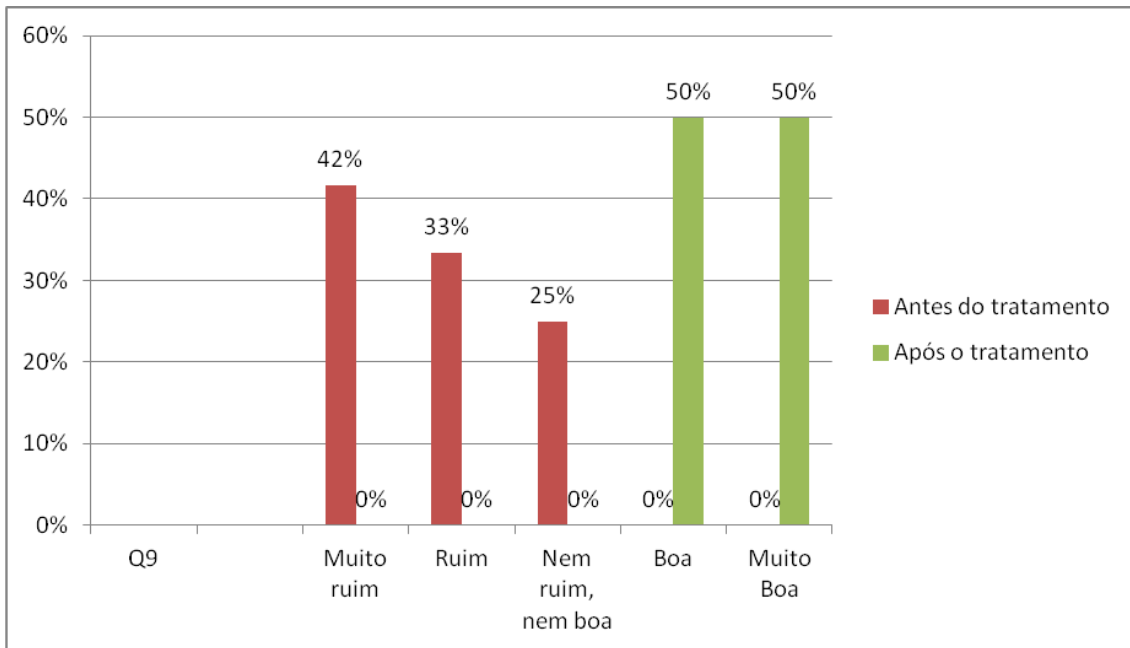
Gráfico 8 – Percentual das respostas, questão 08 referente aos anexos “A e B”.



Fonte: Pesquisa de Campo (2016).

O gráfico 8 refere-se a questão 08 (Q8) dos anexos, no qual diz: “Como avalia a sua capacidade para realizar as ações diárias?” considerando cada momento da pesquisa. No período que antecedeu o tratamento, os pacientes demonstraram sentimento de insatisfação em relação ao questionamento abordado, onde 42%(5/12) considerou “Muito ruim”, 33%(4/12) considerou “Ruim”, 25%(3/12) “Nem ruim, nem boa” e 0%(0/12) respondeu para “Boa” e “Muito boa”. Ao término do tratamento nenhum paciente considerou “Muito ruim” ou “Ruim” totalizando 0%(0/12), porém houve um aumento de 8%(1/12) para as respostas “Nem ruim, nem boa” gerando 33%(4/12), e em contrapartida ao resultado anterior 42%(5/12) do pacientes consideraram “Boa” e 25%(3/12) “Muito boa” para a realização das ações diárias.

Gráfico 9 – Percentual das respostas, questão 09 do Anexo “A”.



Fonte: Pesquisa de Campo (2016).

O gráfico 9 refere-se a questão 09 (Q9) presente nos anexos utilizados para a coleta de dados, em que busca saber do paciente “como avalia sua qualidade de vida” considerando os determinados momentos da pesquisa.

Neste gráfico percebe-se uma grande diferença que divide os dois momentos, pois no primeiro momento os pacientes não consideraram a sua qualidade de vida como “Boa” ou “Muito boa” 0%(0/12), mas sim como “Muito ruim” 42%(5/12), “Ruim” 33%(4/12) e “Nem ruim, nem boa” 25%(3/12). No segundo momento as respostas “Boa” e “Muito Boa” totalizando 50%(6/12) cada, mostrando uma melhora considerada na qualidade de vida. Enquanto “Muito ruim; Ruim; Nem ruim, nem boa” 0%(0/12) não referidas na questão após tratamento.

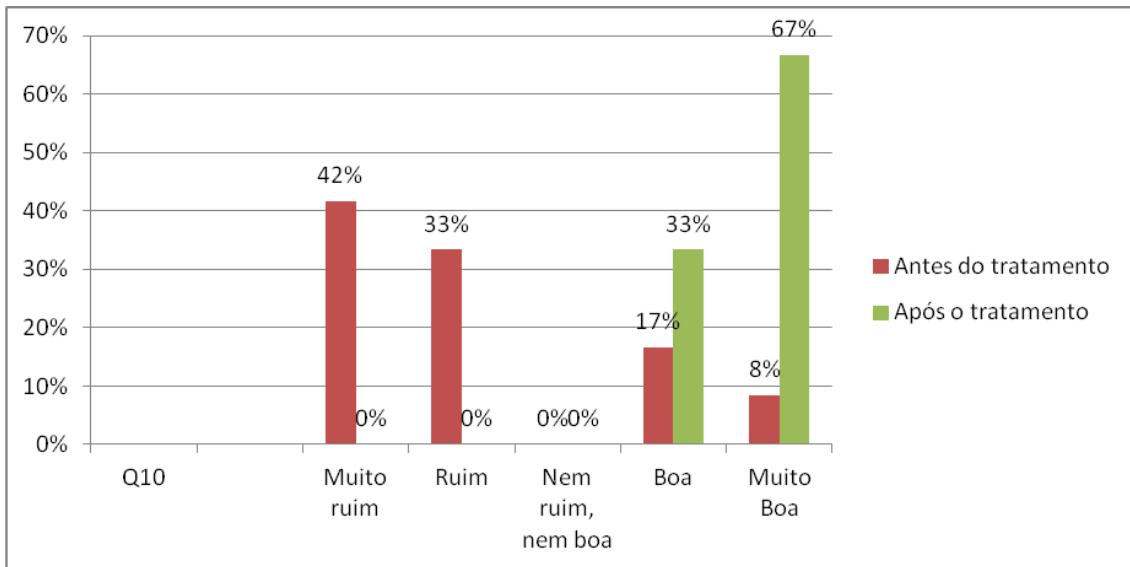


Fonte: Pesquisa de Campo (2016).



Fonte: Pesquisa de Campo (2016).

Gráfico 10 – Percentual das respostas, questão 10 referente aos anexos “A e B”.



Fonte: Pesquisa de Campo (2016)

O gráfico 10 referente a questão 10 (Q10) dos anexos, “Como classifica sua satisfação da vida?” mostra estatisticamente que antes do tratamento 42%(5/12) dos pacientes consideraram sua satisfação da vida como “Muito ruim”, 33%(4/12) consideraram como “Ruim e 0%(0/12) como Nem ruim, Nem boa. Apesar de a maioria sentirem-se insatisfeitos, ainda existiram indivíduos que apresentaram certo grau de satisfação.

No segundo momento da coleta, ao contrário do resultado anterior, nenhum paciente demonstrou insatisfação sobre a vida. Onde 0%(0/12) foi avaliado para “Muito ruim; Ruim; Nem ruim, nem boa”, enquanto 33% (4/12) considerou “Boa” e 67%(8/12) considerou como “Muito boa” a sua satisfação de vida.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a pesquisa destacou-se a importância em tratar não só o câncer, mas também a ferida oncológica, baseando-se no sentido de uma assistência holística e preventiva em relação aos sinais e sintomas, ao invés de curativista. Os pacientes apresentaram relatos coerentes à literatura, viam a ferida oncológica como algo desgastante que impedisse a inserção em meio social, devido suas características e peculiaridades que não são bem aceitas.

Nos primeiros momentos da pesquisa foi visto que as particularidades das feridas oncológicas (odores, exsudato e sangramento) causavam diversos desconfortos biopsicossociais ao portador, principalmente quando havia exposição em locais mais visíveis. A alteração da auto-imagem obteve maior evidência, quando demonstraram sentimentos de inferioridade, medo e rejeição. Supõe-se que isto deve-se ao fato da presença de uma doença muito estigmatizada (câncer) e posteriormente o surgimento da ferida oncológica. Foi notado que os pacientes com doença de origem oncológica apresentaram problemas internos e principalmente emocionais em diversos âmbitos da vida, de forma a intensificar a situação psíquica e refletir em seu estado de saúde.

Participantes da pesquisa relataram que com o diagnóstico da doença existiram mudanças no estilo de vida, e na maioria das vezes demonstraram insatisfação com estas, principalmente ao que diz respeito à realização das ações diárias. Segundo eles, sentiam-se incapazes ou temiam que tal realização desencadeasse uma piora no estado de saúde.

Ao término da pesquisa, alguns pacientes não tiveram uma mudança significativa em sua resposta, mas isso deve-se ao fato de que o tratamento da ferida oncológica é considerado em forma geral como paliativo, a fim de aliviar os principais sintomas e levar mais conforto ao paciente. Portanto mesmo ao fim do tratamento, parte dos pacientes continuaram com a ferida, e ainda existiram casos onde a ferida esteve presente em locais desconfortáveis, que afetou diretamente os sentimentos pessoais e social. Ao tratar, foram fornecidos artifícios para proporcionar uma melhor qualidade de vida, com conforto e segurança, tanto ao paciente quanto a sua família, impedindo ou amenizando as dificuldades sociais influenciadas pela doença.

O tratamento da ferida oncológica foi realizado sob supervisão e orientação de uma enfermeira estomaterapeuta, esta experiência com uma profissional capacitada e habilitada para realizar diversos procedimentos especializados, provou a importância e necessidade do conhecimento científico, técnico, ético e legal para identificar, avaliar e tratar feridas, o que proporcionou uma assistência integral e eficaz imprescindível para autonomia da categoria.

Tendo em base tudo que já foi discutido, pode-se afirmar que o principal objetivo ao tratar uma pessoa com ferida oncológica, é oferecer um tratamento integral e humanizado, apoiando-o também emocionalmente e junto a este, permiti-lo enfrentar a doença, além de proporcionar uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, R. M.; SILVA, G. R. C. Os Cuidados de Enfermagem em Feridas Neoplásicas na Assistência Paliativa. **Rev. Hosp. Univ. Pedro Ernesto UERJ**. 2012.
- ALVARENGA L.M. et al. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo. **Rev Bras Otorrinolaringol**. 2008;74(1):68-73.
- ATKINSON, A. Body image considerations in patients with wounds. **Journal of Community Nursing**. Washington (EUA), v. 16, n. 10, p. 32-8, 2002.
- AZEVEDO, C. I. et al. Conhecimento de Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre Avaliação e Tratamento de Feridas Oncológicas. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 2014; 60(2): 119-127.
- BEDIN, L. F. et al. Estratégias de promoção da auto estima, autonomia e autocuidado das pessoas com feridas crônicas. **Revista Gaúcha Enferm**. 2014 set;35(3):61-67. 65.
- BLANCK, M. Diversidades de curativos e coberturas no mercado atual e uso adequado dos mesmos nas feridas. **In: Curso de Curativos e Feridas**. Rio de Janeiro: Sociedade de Enfermagem em Feridas e Estética, 2010. 58p.
- BORGES, E. L. et al. **Feridas: como tratar**. 2.ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 24 mai, 2016.
- CARVALHO, V.A. et al (Org). **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM-COFEN. **Resolução nº 311/2007, de 09 de fevereiro de 2007**. Aprova reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem. Brasília: Diário Oficial da União. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007_4345.html>. Acesso em: 08 mar, 2016.
- DALLAGNOL J.C. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço que evoluíram a óbito antes de receber tratamento. **Rev Bras Cir Cabeça Pescoço**. 2011;40(2):57-60.
- ELLIS, L.M.; LIU, W.F., FAN, F.; REINMUTH, N.; SHAHEEN, R.M.; JUNG, Y.D. et al. Role of angiogenesis inhibitors in cancer treatment. **Oncology**. 2001 Jul;15(7 Suppl 8):39-46.)

FERREIRA, A. M.; CANDIDO, S.F.C.M.; CANDIDO, A.M. O Cuidado de Pacientes com Feridas e a Construção da Autonomia do Enfermeiro. **Rev. Enferm. UERJ**. 2010 out/dez; 18(4):656-60.

FIRMINO, F. et al. Enfermeiras no atendimento ambulatorial a mulheres com feridas neoplásicas malignas nas mamas. **Rev Rene**. Rio de Janeiro, 2014 mar-abr; 15(2):298-307.

GAUTHIER, J. et al. **Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

GEOVANINI, T. **Tratado de Feridas e Curativos: Enfoque Multiprofissional**. São Paulo: Rideel, 2014.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. Editora Atlas S.A. 5. ed. São Paulo, 2010.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed: São Paulo: Atlas, 2008.

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

IRION, G.L. **Feridas: Novas Abordagens, Manejo Clínico e Atlas em Cores**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a Morte e o Morrer**. 7. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

MALAGUTTI, W.; KAKIHARA, C. T. **Curativos, Estomia e Dermatologia: uma abordagem multiprofissional**. 2.ed. São Paulo: Martinari, 2011.

MANNING, M.P. Metastases to skin. **Semin Oncol Nur**. 1998 Aug;14(30):240-3.

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

MENEZES, S.R.T.; PRIEL, M.R.; PEREIRA, L.L. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da sistematização da assistência de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**. 2011; 45(4):953-8.

SILVA, C.B.;ALBUQUERQUE, V.; LEITE, J. Qualidade de vida em pacientes portadoras de neoplasia mamária submetidas a tratamentos quimioterápicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 2010; 56(2): 227-236

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, 2009.

SMITH, T.; NICASSIO, P. **Psychological Practice: Clinical Application of the Biopsychosocial Model**. In: NICASSIL, P.; SMITH, T. (Eds). *Managing Chronic Illness*. Whashington, D.C.: APA, 1995.

UGGERI, C.J.R. et al. **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem.** 3^a ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado(a) Senhor(a):

Eu, Phillomena Barroso de Borba Simonetti Gomes, pesquisadora responsável e professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN – FACENE/RN, e o aluno Allyson Rodrigo da Silva Marinho estamos desenvolvendo uma pesquisa com o título: “**Aspectos biopsicossociais do paciente portador da ferida oncológica**”.

Tem-se como objetivo geral: Conhecer os aspectos biopsicossociais envolvidos a pessoa acometida por ferida oncológica. E como objetivos específicos: Caracterizar a situação social dos entrevistados; Identificar as alterações biopsicossociais do paciente, da primeira abordagem ao término do tratamento oncológico; Descrever os impactos sociais na vida do paciente pela presença de feridas oncológicas; Conhecer os sentimentos do paciente em relação a vida após o surgimento da ferida; Conhecer a capacidade do paciente para realizações das ações diárias.

Este estudo trás relevância científica aos enfermeiros no que diz respeito a sua atuação no tratamento de feridas oncológicas, como também se torna de grande importância social para os pacientes que necessitam destes cuidados, para que consigam conviver de uma forma mais agradável com as suas limitações diante da sociedade. Os pacientes que apresentam feridas oncológicas passam por diversas dificuldades, devido os fatores patológicos afetarem diretamente a qualidade de vida desses indivíduos. Desta forma torna-se importante que o profissional enfermeiro tenha conhecimento ético, científico, prático e legal para cuidar dessas feridas, e amenizar o sofrimento causado pela patologia, fornecendo um maior conforto ao portador da ferida oncológica.

Convidamos o (a) senhor (a) participar desta pesquisa respondendo algumas perguntas a respeito do Fator biopsicossocial do paciente portador de ferida oncológica, além de submeter ao tratamento da ferida oncológica proposto pela pesquisadora e pesquisador associado, onde haverá o registro da evolução por meio de fotografias. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do(a) senhor(a) será mantido em sigilo. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação. Informamos ainda que o referido estudo poderá apresentar risco(s) para o(a) participante de

constrangimento que possa ser gerado diante dos questionamentos, no entanto, os mesmos serão minimizados através da utilização de um instrumento que não proporcione conotações negativas de caráter pessoal ou profissional, bem como a realização da coleta de dados em um local reservado que proporcione total privacidade. Em relação aos benefícios espera-se que com esta pesquisa os profissionais reflitam sobre a importância de que ao tratar uma ferida oncológica, o profissional enfermeiro estará agindo não só na ferida em si, mas cuidando do portador da mesma dentro de um contexto que envolve o paciente aos fatores sociais e psicológicos, que são capazes de afetar diretamente na eficácia do tratamento e consequentemente na qualidade de vida do enfermo.

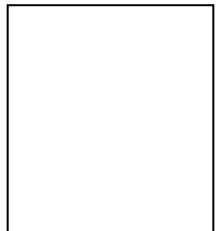
A participação do(a) senhor(a) na pesquisa é voluntária e, portanto, não é obrigado(a) a fornecer as informações solicitadas pelo pesquisador. Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir da mesma, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso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

Eu, _____, declaro que entendi o(s) objetivo(s), e a justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que o pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE. Estou ciente que receberei uma copia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Mossoró-RN, ____ de _____ de 20____.

Responsável da Pesquisa

Participante da Pesquisa/Testemunha



¹Endereço residencial do(a) pesquisador(a) responsável: Av. Presidente Dutra, 701- Bairro Alto de São Manoel- Mossoró- RN – Brasil CEP:59.628-000. Fone: (84) 3312-0143. E-mail: pasimonetti@uol.com.br

²Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba – Brasil CEP.: 58.067-695 - Fone : +55 (83) 2106-4790. E-mail: cep@facene.com.br

APÊNDICE B- Instrumento de coleta de dados

FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO

DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

1- Nome _____

2- Idade _____

3- Estado Civil _____

4- Sexo: Feminino() Masculino ()

5- Escolaridade

() Analfabeto () Alfabetizado () Fundamental () Médio () Superior

QUESTÕES RELACIONADAS À DOENÇA E TRATAMENTO DOS ENTREVISTADOS

1. Neoplasia maligna _____

2. Ano do primeiro diagnóstico _____

3. Tipo de tratamento _____

4. Metástase: () SIM () NÃO

4.1 Diagnóstico _____ 4.2 Tipo de tratamento _____

5. Tempo de desenvolvimento da ferida _____

ANEXOS

ANEXO A – Instrumento de coleta de dados, considerando a presença da ferida antes da realização do tratamento:

PERGUNTAS	RESPOSTAS				
	Muito ruim	Ruim	Nem ruim, nem boa	Boa	Muito Boa
01- Quão satisfeito(a) está com suas relações sociais?					
02- Como considera o seu apoio social?					
03- Como você considera as mudanças no seu relacionamento afetivo e sexual devido a presença da ferida?					
04- Como avalia o seu sentimento em relação a vida após o surgimento da ferida?					
05- Como você vê sua aparência física?					
06- Como considera os sentimentos sobre si próprio?					
07- Como avalia as mudanças ocorridas em sua vida?					

08- Como avalia a sua capacidade para realizar as ações diárias?					
09-Como avalia sua qualidade de vida atual?					
10- Como classifica sua satisfação de vida?					

Fonte: Dados da pesquisa com questões adaptadas de World Health Organization Quality of Life Group Bref (WHOQOL-bref).

ANEXO B – Instrumento de coleta de dados a ser utilizado após o tratamento da ferida:

PERGUNTAS	RESPOSTAS				
	Muito ruim	Ruim	Nem ruim, nem boa	Boa	Muito Boa
01- Quão satisfeito(a) está com suas relações sociais após o tratamento da ferida oncológica?					
02- Como considera o seu apoio social, após o tratamento da ferida oncológica?					
03- Após o tratamento da ferida oncológica, como você considera as mudanças no seu relacionamento afetivo e sexual devido a presença da mesma?					
04- Após o tratamento da ferida oncológica, como avalia o seu sentimento em relação a vida?					
05- Como você vê sua aparência física, após o tratamento da ferida oncológica?					

06- Como considera os sentimentos sobre si próprio, após o tratamento da ferida oncológica?					
07- Como avalia as mudanças ocorridas em sua vida, após o tratamento da ferida oncológica?					
08- Como avalia a sua capacidade para realizar as ações diárias, após o tratamento da ferida oncológica?					
09-Como avalia sua qualidade de vida atual, após o tratamento da ferida oncológica?					
10- Como classifica sua satisfação de vida, após o tratamento da ferida oncológica?					

Fonte: Dados da pesquisa com questões adaptadas de World Health Organization Quality of Life Group Bref (WHOQOL-bref).