

Série Cuidados Paliativos

TRATAMENTO E CONTROLE DE FERIDAS TUMORAIS E ÚLCERAS POR PRESSÃO NO CÂNCER AVANÇADO

**TRATAMENTO E CONTROLE DE
FERIDAS TUMORAIS E ÚLCERAS POR
PRESSÃO NO CÂNCER AVANÇADO**

SÉRIE CUIDADOS PALIATIVOS

© 2009 Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte.

Tiragem: 1.000 exemplares

Criação, Informação e Distribuição

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Instituto Nacional de Câncer (INCA)

Praça Cruz Vermelha, 23 - Centro

20230-130 - Rio de Janeiro - RJ

www.inca.gov.br

Realização

Coordenação de Assistência (COAS)

Hospital do Câncer IV (HC IV) - Unidade de Cuidados Paliativos

Rua Visconde de Santa Isabel, 274 - Vila Isabel

20560-120 - Rio de Janeiro - RJ - Tel.: (0xx21) 3879-6358

Edição

Coordenação de Educação (CEDC)

Serviço de Edição e Informação Técnico-Científica

Rua do Rezende, 128 - Centro

20230-092 - Rio de Janeiro - RJ - Tel.: (0xx21) 3970-7818

Impressão

Esdeva

Ficha Catalográfica

Catálogo na fonte – Coordenação de Ensino e Divulgação Científica

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Instituto Nacional de Câncer - INCA

**TRATAMENTO E CONTROLE DE
FERIDAS TUMORAIS E ÚLCERAS POR
PRESSÃO NO CÂNCER AVANÇADO**

SÉRIE CUIDADOS PALIATIVOS

Rio de Janeiro, RJ
2009

Coordenação de Elaboração

Cláudia Naylor - Diretoria/HC IV

Equipe de Elaboração

Eliete Farias Azevedo - Enfermeira/HC IV

Mônica de Fátima Bolzan - Enfermeira/HC IV

Vera Lúcia de Souza Barbosa - Enfermeira/HC IV

Colaboradores

Maria da Glória dos Santos Nunes - Enfermeira/HC IV

Paulo Roberto Nascimento dos Santos - Médico/HC IV

Edição

Taís Facina/CEDC

Revisão

Maria Helena Rossi Oliveira/CEDC

Capa, Projeto Gráfico e Diagramação

Cecília Pachá/CEDC

Normalização Bibliográfica

Eliana Rosa Fonseca - Bibliotecária/CEDC

Iris Maria de Souza Carvalho - Bibliotecária/CEDC

Esther Rocha - Estagiária de Biblioteconomia/CEDC

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1 – Ferida tumoral estadiamento 1	12
Figura 2 – Ferida tumoral estadiamento 1N	12
Figura 3 – Ferida tumoral estadiamento 2	13
Figura 4 – Ferida tumoral estadiamento 3	13
Figura 5 – Ferida tumoral estadiamento 4	14
Figura 6 – Úlcera por pressão – 4 estágios	25
Figura 7 – Áreas de maior incidência de úlcera por pressão	27

QUADROS

Quadro 1 – Classificação quanto ao aspecto	11
Quadro 2 – Classificação quanto ao grau do odor	14
Quadro 3 – Estadiamento da úlcera por pressão	24
Quadro 4 – Escala de Braden	28

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO 1 – FERIDA TUMORAL	11
GÊNESE TUMORAL	11
ESTADIAMENTO DA FERIDA TUMORAL	12
ESTADIAMENTO 1	12
ESTADIAMENTO 1N	12
ESTADIAMENTO 2	13
ESTADIAMENTO 3	13
ESTADIAMENTO 4	14
CAPÍTULO 2 – PROCEDIMENTOS PARA A FERIDA TUMORAL	15
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	15
AVALIAÇÃO DA FERIDA E DAS NECESSIDADES DO PACIENTE	15
ABORDAGEM DA FERIDA - CUIDADOS BÁSICOS	15
ABORDAGEM DA FERIDA - CUIDADOS ESPECÍFICOS	16
O USO DO METRONIDAZOL PARA CONTROLE DE ODOR	19
CARACTERÍSTICAS DA DROGA	19
RESULTADOS ESPERADOS COM O USO DA DROGA	19
APRESENTAÇÕES DISPONÍVEIS	19
RECOMENDAÇÕES DE USO	20
REGISTRO DAS AÇÕES	20
CONDIÇÕES A SEREM REPORTADAS À EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	21
À EQUIPE MÉDICA	21
À PSICOLOGIA	21
AO SERVIÇO SOCIAL	21
À FISIOTERAPIA	21
CAPÍTULO 3 – ÚLCERA POR PRESSÃO	23
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	23

FISIOPATOLOGIA	23
CLASSIFICAÇÃO	23
FATORES RELACIONADOS	25
INTENSIDADE DA PRESSÃO	25
DURAÇÃO DA PRESSÃO	26
TOLERÂNCIA TECIDUAL	26
OUTROS FATORES IMPORTANTES NO DESENVOLVIMENTO DA ÚLCERA POR PRESSÃO	26
ÁREAS DE MAIOR INCIDÊNCIA	27
AVALIAÇÃO DO GRAU DE RISCO	28
ESCALA DE BRADEN	28
CAPÍTULO 4 – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A ÚLCERA POR PRESSÃO	29
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	29
CUIDADOS ESPECÍFICOS	30
PROCEDIMENTOS PRÁTICOS PARA REALIZAÇÃO DE CURATIVOS	30
LIMPEZA DAS FERIDAS	30
DESRIDAMENTO	31
CURATIVOS	31
CAPÍTULO 5 – COBERTURAS	33
CURATIVO COM GAZE UMEDECIDA EM SOLUÇÃO FISIOLÓGICA A 0,9%	33
HIDROCOLOIDES	34
FILME TRANSPARENTE	35
ALGINATO DE CÁLCIO	36
CARVÃO ATIVADO	37
SULFADIAZINA DE PRATA	37
ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS (AGEs)	38
COLAGENASE	39
CAPÍTULO 6 – CUIDADOS AO FIM DA VIDA	41
REFERÊNCIAS	43

INTRODUÇÃO

Este livro sobre tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão tem por objetivo uniformizar as condutas referentes à abordagem das feridas tumorais e das úlceras por pressão nos setores assistenciais do Hospital do Câncer IV – Unidade de Cuidados Paliativos do Instituto Nacional de Câncer (INCA), com base no conhecimento científico vigente.

A adoção desses procedimentos tem como finalidade sistematizar a prática dos profissionais na realização dos cuidados e prevenção de feridas tumorais e úlceras por pressão em pacientes com doença oncológica avançada. Espera-se, com isso, melhorar a qualidade da assistência ao paciente e proporcionar maior segurança técnica ao profissional.

As orientações de tratamento não diferem daquelas preconizadas para outro tipo de clientela, no entanto, algumas particularidades devem ser avaliadas criteriosamente, priorizando as ações no atendimento e evitando a futilidade terapêutica.

CAPÍTULO 1 – FERIDA TUMORAL

As feridas tumorais são formadas pela infiltração das células malignas do tumor nas estruturas da pele. Ocorre quebra da integridade do tegumento, levando à formação de uma ferida evolutivamente exofítica. Isso se dá em decorrência da proliferação celular descontrolada, que é provocada pelo processo de oncogênese.

GÊNESE TUMORAL

O processo de formação das feridas neoplásicas compreende três eventos:

- Crescimento do tumor – leva ao rompimento da pele.
- Neovascularização – provimento de substratos para o crescimento tumoral.
- Invasão da membrana basal das células saudáveis – há processo de crescimento expansivo da ferida sobre a superfície acometida.

Com o crescimento anormal e desorganizado, tem-se a formação, no sítio da ferida, de verdadeiros agregados de massa tumoral necrótica, onde ocorrerá contaminação por micro-organismos aeróbicos (por exemplo: *Pseudomonas aeruginosa* e *Staphylococcus aureus*) e anaeróbicos (bacteroides). O produto final do metabolismo desses micro-organismos são os ácidos graxos voláteis (ácido acético, caproico), além dos gases putrescina e cadaverina, que provocam odor fétido às feridas tumorais.

Quadro 1 – Classificação quanto ao aspecto

Feridas ulcerativas malignas	Feridas fungosas malignas	Feridas fungosas malignas ulceradas
Quando estão ulceradas e formam crateras rasas	Quando são semelhantes à couve-flor	União do aspecto vegetativo e partes ulceradas

ESTADIAMENTO DA FERIDA TUMORAL

ESTADIAMENTO 1

Pele íntegra. Tecido de coloração avermelhada ou violácea. Nódulo visível e delimitado. Assintomático.



Figura 1 – Ferida tumoral estadiamento 1

Fonte: HC IV, 2008.

ESTADIAMENTO 1N

Ferida fechada ou com abertura superficial por orifício de drenagem de exsudato límpido, de coloração amarelada ou de aspecto purulento. Tecido avermelhado ou violáceo, ferida seca ou úmida. Dor ou prurido ocasionais. Sem odor.



Figura 2 – Ferida tumoral estadiamento 1N

Fonte: HC IV, 2008.

ESTADIAMENTO 2

Ferida aberta envolvendo derme e epiderme. Ulcerações superficiais. Por vezes, friáveis e sensíveis à manipulação. Exsudato ausente ou em pouca quantidade (lesões secas ou úmidas). Intenso processo inflamatório ao redor da ferida. Dor e odor ocasionais.



Figura 3 – Ferida tumoral estadiamento 2

Fonte: HC IV, 2008.

ESTADIAMENTO 3

Ferida espessa envolvendo o tecido subcutâneo. Profundidade regular, com saliência e formação irregular. Características: friável, ulcerada ou vegetativa, podendo apresentar tecido necrótico liquefeito ou sólido e aderido, odor fétido, exsudato. Lesões satélites em risco de ruptura. Tecido de coloração avermelhada ou violácea, porém o leito da ferida encontra-se predominantemente de coloração amarelada.



Figura 4 – Ferida tumoral estadiamento 3

Fonte: HC IV, 2008.

ESTADIAMENTO 4

Ferida invadindo profundas estruturas anatômicas. Profundidade expressiva. Por vezes, não se visualiza seu limite. Em alguns casos, com exsudato abundante, odor fétido e dor. Tecido de coloração avermelhada ou violácea, porém o leito da ferida encontra-se predominantemente de coloração amarelada.



Figura 5 – Ferida tumoral estadiamento 4

Fonte: HC IV, 2008.

Quadro 2 – Classificação quanto ao grau do odor

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

CAPÍTULO 2 – PROCEDIMENTOS PARA A FERIDA TUMORAL

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

AVALIAÇÃO DA FERIDA E DAS NECESSIDADES DO PACIENTE

- Avaliar a ferida quanto a:
 - Localização.
 - Tamanho.
 - Configuração.
 - Área de envolvimento.
 - Cor.
 - Extensão (fístula ao redor).
 - Odor.
 - Exsudato.
 - Sangramento.
 - Dor.
 - Prurido.
 - Descamação.
 - Sinais de infecção.
 - Acometimento ou invasão de órgãos e sistemas.
- Avaliar a progressão ou mudança na ferida.
- Definir os produtos necessários/apropriados para a ferida.
- Identificar as necessidades educacionais do paciente/cuidador quanto aos cuidados com a ferida após a alta.
 - Encaminhar o paciente à Psicologia/Serviço Social de maneira apropriada.

ABORDAGEM DA FERIDA – CUIDADOS BÁSICOS

- Limpar a ferida para remoção superficial de bactérias e debris.
- Conter/absorver exsudato.
- Eliminar o espaço morto (preenchê-lo com curativo).
- Eliminar a adesão de gaze às bordas/superfície da ferida.

- Manter úmido o leito da ferida.
- Promover os curativos simétricos com a aparência do paciente.
- Empregar técnica cautelosa visando à analgesia.
- Retirar as gazes anteriores com irrigação abundante.
- Irrigar o leito da ferida com jato de seringa 20 ml/agulha 40x12 mm.
- Proteger o curativo com saco plástico durante o banho de aspersão e abri-lo para troca somente no leito (evitando a dispersão de exsudato e micro-organismos no ambiente).

ABORDAGEM DA FERIDA – CUIDADOS ESPECÍFICOS

Controle da dor

- Monitorar o nível de dor pela Escala Visual Analógica (EVA).
- Considerar o uso de gelo, medicação analgésica resgate/SOS (conforme a prescrição).
- Iniciar o curativo após 30 minutos para analgesia via oral, 5 minutos para analgesia subcutânea ou endovenosa, e início imediato para a via tópica.
- Retirar os adesivos cuidadosamente.
- Adequar o horário de troca de curativos após o paciente já estar medicado.
- Avaliar a necessidade de analgesia tópica com lidocaína gel a 2% (aplicar sobre a ferida tumoral e ao redor, cobrindo cerca de 2 cm de tecido saudável).
- Empregar técnica cautelosa, evitar friccionar o leito da ferida.
- Irrigar o leito da ferida com água destilada ou soro fisiológico 0,9% e aplicar óxido de zinco (pomada) nas bordas e ao redor da ferida (a camada de pomada age evitando o contato direto entre a pele do paciente e o exsudato, o que causa desconforto, por vezes, referido pelo paciente como sensação de dor em queimação ou ardência).
- Observar a necessidade de analgesia após a realização do curativo.
- Reavaliar a necessidade de alteração do esquema analgésico prescrito.
- Considerar a necessidade, junto à equipe médica, de anti-inflamatórios, radioterapia antiálgica ou cirurgia.
- Registrar a avaliação da dor pela EVA e a analgesia empregada antes e após o curativo.
- Comunicar à equipe médica os casos de sofrimento álgico que fogem ao controle da conduta preconizada.

Controle de exsudato

- Curativos absorventes: carvão ativado/alginato de cálcio e compressa/gaze como cobertura secundária.

- Atentar para a proteção da pele ao redor (empregar óxido de zinco na pele macerada e nas bordas da ferida antes da utilização de antissépticos).
- Avaliar os benefícios de coleta de material para cultura (aspirado ou em *swab*).

Controle do prurido

- Investigar a causa do prurido.
- Uso de adesivos: considerar a utilização de adesivos hipoalergênicos. Utilizar dexametasona creme a 0,1% nas áreas com prurido.
 - Exsudato: considerar a redução do intervalo de realização dos curativos. Utilizar dexametasona creme a 0,1% nas áreas com prurido.
 - Relacionado à própria ferida tumoral: utilizar dexametasona creme a 0,1% nas áreas com prurido e em caso de persistência do sintoma, considerar com a equipe médica a introdução de terapia sistêmica.
 - Candidíase cutânea: à inspeção, notam-se áreas de hiperemia ao redor da ferida associada a pápulas esbranquiçadas. Utilizar sulfadiazina de prata a 1%.

Abordagem da necrose

- Avaliar as necessidades de desbridamento, de acordo com a capacidade funcional do paciente.
- Elegar forma de desbridamento (mecânico, químico, autolítico).

Abordagem das fistulas cutâneas

- Aplicar óxido de zinco na pele ao redor da fistula.
- Adaptar, quando possível, uso de bolsas coletoras nas fistulas de alta drenagem, com placas de hidrocoloide ao redor da pele.
- Realizar curativo absorvente com carvão ativado e/ou alginato de cálcio, com compressa/gaze como cobertura secundária.

Abordagem do sangramento

- Aplicar pressão diretamente sobre os vasos sangrantes com amparo de gaze, compressa ou toalha (evitar a cor branca).
- Considerar aplicação de soro fisiológico a 0,9% gelado; curativo hemostático à base de gelatina suína; alginato de cálcio; adrenalina (solução injetável) topicamente sobre os pontos sangrantes.
- Manter o meio úmido evitando aderência de gaze no sítio da ferida.

- Verificar, junto à equipe médica, a possibilidade de tratamento com:
 - Coagulante sistêmico como o ácido aminocaproico.
 - Intervenção cirúrgica.
 - Radioterapia anti-hemorrágica.
 - Sedação paliativa para os casos de sangramento intenso acompanhado de agitação, desespero e angústia do paciente.

Controle do odor

a) Lesões cutâneas

• Odor grau I:

- Proceder à limpeza com soro fisiológico a 0,9% + antissepsia com clorhexidina degermante.
- Retirar antisséptico com jato de soro fisiológico a 0,9% e manter gazes embebidas em hidróxido de alumínio no leito da ferida.
- Outras opções: sulfadiazina de prata e/ou carvão ativado envolto em gaze umedecida com soro fisiológico a 0,9%. Ocluir com gaze embebida em vaselina líquida.
- Se as medidas acima forem ineficazes, considerar o uso de metronidazol tópico (gel a 0,8%).

• Odor grau II:

- Proceder à limpeza da ferida + antissepsia conforme descrito acima.
- Aplicar gel de metronidazol a 0,8% em gaze embebida em vaselina e aplicar no leito da ferida.
- Se houver necessidade, fazer escarotomia em tecido necrótico endurecido e proceder à aplicação do gel de metronidazol.

• Odor grau III:

- Considerar emergência dermatológica.
- Seguir passos acima e considerar, junto à equipe médica, a possibilidade de associação do metronidazol sistêmico (endovenoso ou via oral) ao uso tópico.

b) Lesões cavitárias (a partir de odor grau II)

• **Cavidade oral** – orientar e/ou realizar higiene oral com solução 5 ml de gel de metronidazol a 0,8% diluído em 50 ml de água filtrada. Usar, pelo menos, duas vezes ao dia, durante dez dias.

• **Fístula cutânea** – injetar, com auxílio de uma seringa com bico, 5 ml ou mais (conforme avaliação) de gel de metronidazol a 0,8% no orifício da fístula. Caso essa fístula apresente volume

de drenagem prejudicial à área perifistular, deverá ser delimitada com dispositivo protetor. Usar duas vezes ao dia, por dez dias e reavaliar.

- **Vaginal** – introduzir o aplicador vaginal ou sonda *foley* nº 16 (quando houver estreitamento do canal), com creme vaginal de metronidazol a 10%. Usar duas vezes ao dia, durante dez dias e reavaliar.

- **Canal anal** – introduzir sonda retal ou *foley* nº 16 (quando houver estreitamento do canal), com creme vaginal de metronidazol a 10%. Usar duas vezes ao dia, durante dez dias e reavaliar.

O USO DO METRONIDAZOL PARA CONTROLE DO ODO

CARACTERÍSTICAS DA DROGA

O metronidazol é um derivado imidazólico que atua diretamente no DNA dos micro-organismos, impedindo assim a síntese de enzimas essenciais à sobrevivência do patógeno.

Possui grande ação sobre bactérias anaeróbias, incluindo *B. fragilis*. Por essa razão, é uma droga extremamente útil no controle do odor de feridas tumorais, já que a população de germes anaeróbios nessas feridas está intimamente relacionada com a gênese do mau odor.

RESULTADOS ESPERADOS COM O USO DA DROGA

É importante ressaltar que o uso de metronidazol não visa à erradicação dos germes causadores do odor.

O objetivo do uso da droga é controlar o odor, reduzindo a sua intensidade ou até eliminando-o de forma temporária.

A experiência clínica demonstra que, após a suspensão da droga, o sinal reaparece ou se intensifica, em prazo variável, de acordo com as características do tumor (localização, tamanho, tipo) e de acordo com características do próprio paciente.

APRESENTAÇÕES DISPONÍVEIS

- **Gel a 0,8%** – para uso tópico na pele ou em mucosas, vem apresentando excelentes resultados no controle do odor, sem a indução dos efeitos colaterais da terapia sistêmica.

- **Gel vaginal a 10%** – para uso tópico intravaginal.
- **Comprimidos de 250 mg** – para uso sistêmico, conforme indicação médica.
- **Solução injetável 5 mg/ml** – para uso sistêmico, conforme indicação médica.

Observação: caso o gel a 0,8% esteja indisponível, pode-se alternativamente utilizar por via tópica os comprimidos, que devem ser macerados na proporção de 1 comprimido de 250 mg para 50 ml de soro fisiológico a 0,9%, ou água destilada, ou a solução injetável, que deve ser administrada pura, sem diluir. Reforça-se que esta forma de utilização deve ser reservada apenas para as situações em que seja realmente impossível obter a apresentação em gel a 0,8%.

RECOMENDAÇÕES DE USO

Via tópica

- Deve ser a via preferencial. A apresentação em gel a 0,8% é a melhor opção.
- Cessando o odor, seu uso deve ser interrompido.
- Caso haja retorno do odor, considerar a sua reintrodução.
- Se não houver controle adequado, considerar a associação do uso sistêmico.

Via sistêmica

- O objetivo de uso dessa via é acelerar o controle do odor.
- Deve ser utilizada apenas no controle do odor grau II ou III.
- Deve ser utilizada em associação com o uso tópico.
- Utilizar por no máximo 14 dias. Após esse prazo, suspender o uso sistêmico e manter o uso tópico até cessar o odor.
- Se o odor piorar após a suspensão do uso sistêmico, outros ciclos de 14 dias podem ser repetidos, no entanto, é recomendado, sempre que possível, um intervalo mínimo de 21 dias entre os ciclos.

REGISTRO DAS AÇÕES

Documentar:

- Avaliação do paciente e da ferida.
- Todas as intervenções realizadas.
- Educação realizada ao paciente e/ou família, sinalizando os pontos de dificuldade de entendimento e habilidade.
- Resultados obtidos.

CONDIÇÕES A SEREM REPORTADAS À EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

À EQUIPE MÉDICA

- Odor fétido nauseante.
- Prurido persistente e presença de celulite (que solicitem medicação sistêmica).
- Piora ou mudança na característica da dor (o que pode exigir novo esquema terapêutico de analgesia).
 - Sangramento severo.
 - Estresse emocional severo.
 - Febre (pois será indicativo da necessidade de antibioticoterapia sistêmica a critério médico).
 - Mudanças não usuais na ferida (miíases, fistulas e comprometimento de outros órgãos).

À PSICOLOGIA

- Estresse emocional.
- Mudança de humor após episódios de algia e/ou sangramento associados à ferida.

AO SERVIÇO SOCIAL

- Dificuldades financeiras de obtenção de produtos necessários ao cuidado da ferida em domicílio.
- Dificuldades de entendimento paciente/família em relação às orientações.

À FISIOTERAPIA

- Necessidade de adaptação de próteses, órteses (colete, muleta, andador), coxins.

CAPÍTULO 3 – ÚLCERA POR PRESSÃO (UP)

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

É definida como lesão na pele ou em tecido adjacente, usualmente sobre uma proeminência óssea, como resultado de pressão ou pressão em combinação com força de cisalhamento e força de fricção.

FISIOPATOLOGIA

A pressão é o principal fator etiológico no desenvolvimento da úlcera por pressão (UP). A intensidade da pressão e a tolerância do tecido estão diretamente relacionadas ao aparecimento das úlceras. Uma pressão externa maior do que a pressão nas arteríolas e nas vénulas pode causar um dano no fluxo sanguíneo, uma vez que a interferência do aporte nutricional, a oxigenação dos tecidos envolvidos e o acúmulo de produtos tóxicos proveniente do metabolismo causam anoxia e morte celular.

A tolerância tissular é diferente para os vários tecidos e áreas do corpo e depende da capacidade do corpo de redistribuir a pressão. A intensidade da pressão é maior em área menor do corpo onde é aplicada.

Alguns fatores relacionados ao câncer avançado favorecem o aparecimento e a formação da UP, como por exemplo: diminuição da mobilidade pela evolução clínica da doença de base, alterações sistêmicas como o hipermetabolismo (gasto energético em repouso), caquexia neoplásica pela depleção de proteína e nutrientes, e extremos de idade.

CLASSIFICAÇÃO

A UP é clinicamente graduada em estádios I a IV, de acordo com a severidade e profundidade da lesão (Quadro 3).

Quadro 3 – Estadiamento da úlcera por pressão

Estádios	Característica da Lesão
Estádio I	Pele intacta com eritema que não regride após alívio da pressão, é uma lesão precursora de ulceração de pele. Localizado normalmente em área de proeminência óssea. Em peles negras, pode-se observar descoloração da pele, calor, edema e entumescimento
Estádio II	Perda parcial da epiderme, derme ou ambas. Apresenta-se clinicamente como bolha, abrasão ou cratera rasa rompida ou não
Estádio III	Perda profunda de espessura de tecido ou necrose do tecido subcutâneo, que pode invadir regiões mais profundas, entretanto, não há exposição de ossos, tendões ou músculos. A UP apresenta-se como uma cratera profunda com ou sem descolamento de tecidos subjacentes
Estádio IV	Perda total de espessura de tecido com extensa destruição, necrose de tecido, podendo ter danos em músculo, osso, cápsulas das articulações ou tendões. Pode ser associada ao estágio IV, há presença de descolamentos, fistulas ou túneis
Não estádiável	Perda total de espessura de tecido, onde a base da UP apresenta tecido necrótico (amarelo, bege, cinza, verde ou marrom) e/ou escara (bege, marrom ou preta). Deve-se realizar o desbridamento do tecido necrótico e/ou escara para expor a base da ferida e aferir a verdadeira profundidade. A partir daí, definir o estágio da ferida. Escara estável (seca, aderente, intacta, sem eritema), localizada no calcanhar, serve como "capa protetora natural do organismo" e não deve ser removida

Fonte: Classificação proposta pelo NPUAP, 2007.

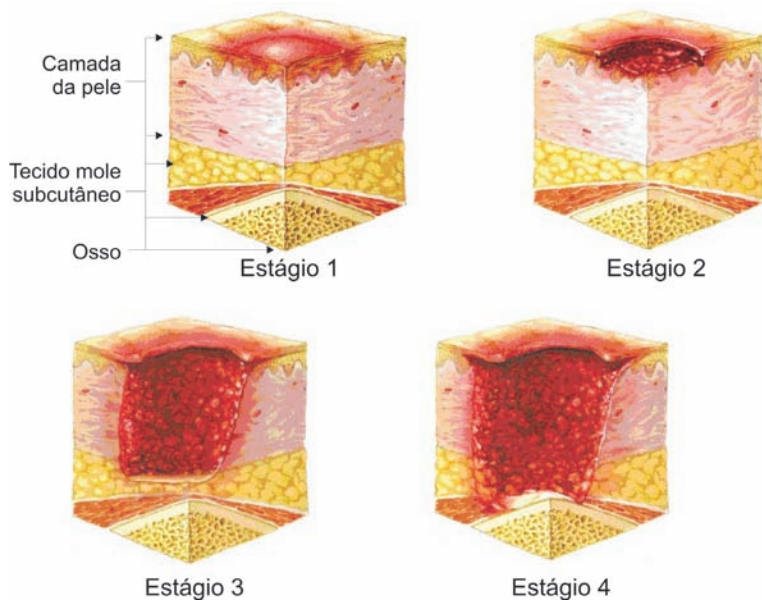


Figura 6 – Úlcera por pressão – 4 estágios

Fonte: Adaptado de www.npuap.org/resources.htm, acesso em 15/4/2009

FATORES RELACIONADOS

INTENSIDADE DA PRESSÃO

- Pressão capilar no final arterial entre 30 e 40 mmHg.
- Pressão capilar no final venoso entre 10 e 14 mmHg.
- Pressão capilar na porção média do capilar = 25 mmHg.

A pressão de fechamento capilar é a quantidade mínima de pressão requerida para o colapso do capilar. Esse colapso, cuja pressão usual é de 12 a 32 mmHg, leva à anoxia tecidual.

Para quantificar a intensidade da pressão que é aplicada externamente na pele, é medida a pressão interface corpo/colchão com o paciente na posição sentada ou supina.

Estudos demonstram que a pressão interface obtida em posições supinas ou sentadas frequentemente excedem a pressão de fechamento capilar.

DURAÇÃO DA PRESSÃO

Deve ser considerada em associação com a intensidade da pressão: existe relação inversa entre a duração e a intensidade da pressão para a criação da isquemia tecidual.

Os danos podem ocorrer com pressão de baixa intensidade durante um longo período de tempo ou pressão de intensidade elevada durante um curto período de tempo.

TOLERÂNCIA TECIDUAL

É o fator que determina o efeito patológico do excesso de pressão, sendo influenciada pela capacidade da pele e estruturas subjacentes em trabalharem juntas para redistribuir a carga imposta ao tecido.

A tolerância tecidual é influenciada por vários fatores:

- **Cisalhamento** – combinação da gravidade e fricção. Exerce uma força paralela à pele e resulta da gravidade que empurra o corpo para baixo e da fricção ou resistência entre o paciente e a superfície de suporte. Quando a cabeceira da cama é elevada, a pele adere-se ao leito, mas o esqueleto empurra o corpo para baixo. Os vasos sanguíneos são esticados ou acotovelados dificultando ou interrompendo o fluxo sanguíneo. O cisalhamento causa a maior parte do dano observado nas úlceras por pressão.

- **Fricção** – se sua ação for isolada, a sua capacidade de danos está restrita à epiderme e derme. Resulta em uma lesão semelhante a uma queimadura leve. Ocorre com maior frequência em pacientes agitados. A forma mais grave de dano por fricção está associada ao cisalhamento.

- **Umidade** – altera a resistência da epiderme para forças externas.

- **Déficit nutricional** – a alteração da nutrição pode afetar o desenvolvimento da UP, pois a hipoalbuminemia altera a pressão osmótica e causa a formação de edema. A difusão de oxigênio no tecido edemaciado fica comprometida. Há uma diminuição da resistência à infecção devido ao efeito no sistema imunológico. A anemia também afeta o transporte de oxigênio. As deficiências de vitaminas A, C e E também podem contribuir para o desenvolvimento da UP devido ao papel que desempenham na síntese do colágeno, imunidade e integridade epitelial.

OUTROS FATORES IMPORTANTES NO DESENVOLVIMENTO DA ÚLCERA POR PRESSÃO

- **Idade avançada** – nesta fase ocorrem: achatamento da junção entre a derme e epiderme, menor troca de nutrientes, menor resistência à força de cisalhamento e diminuição da capacidade de redistribuir a carga mecânica da pressão.

- **Baixa pressão sanguínea** – a hipotensão pode desviar o sangue da pele para órgãos vitais. As pressões geralmente consideradas são pressão sistólica abaixo de 100 mmHg e diastólica abaixo de 60 mmHg. Capilares podem ocluir-se com pressões menores.

- **Estado psicológico** – motivação, energia emocional e estresse são considerados. O cortisol pode ser um fator para uma baixa tolerância tecidual.

- **Tabagismo**

- **Temperatura corporal elevada** – pode estar relacionada ao aumento da demanda de oxigênio em tecidos com anoxia.

- **Incontinência urinária ou fecal**

- **Doenças crônico-degenerativas** – diabetes, hipertensão, doença vascular periférica, doença autoimune e o próprio câncer.

- **Medicações** – antibióticos, anti-inflamatórios, corticoides, quimioterápicos, betabloqueadores e simpaticomiméticos.

ÁREAS DE MAIOR INCIDÊNCIA

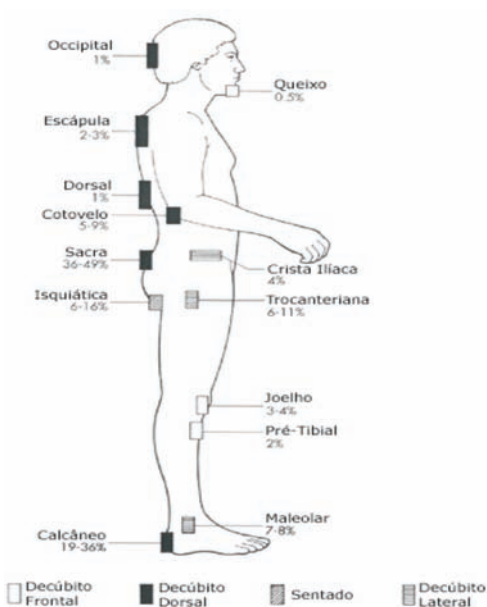


Figura 7 – Áreas de maior incidência de úlcera por pressão

Fonte: http://rferidas.com/images/bryant_fig.11_1.gif, acesso em 16/7/2008.

AVALIAÇÃO DO GRAU DE RISCO

O objetivo é individualizar o tratamento que será dispensado a cada paciente, sistematizando cada fator de risco através da Escala de Braden. A pontuação obtida na escala irá determinar o risco que o paciente corre em desenvolver ou não a UP.

ESCALA DE BRADEN

Quadro 4– Escala de Braden

		Pontuação			
		1	2	3	4
Fatores de Risco	Percepção sensorial	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação
	Umidade	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
	Atividade	Acamado	Confinado à cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente
	Mobilidade	Totalmente	Bastante limitado	Levemente limitado	Não apresenta limitações
	Nutrição	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
	Fricção e Cisalhamento	Problema	Problema potencial	Nenhum problema	-
Total		Risco brando 15 a 16	Risco moderado 12 a 14	Risco severo Abaixo de 11	-

Fonte: Adaptado de HESS, Cathy T. Tratamento de feridas e úlceras. 4ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Afonso Editores, 2002. 226 p.

CAPÍTULO 4 – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A ÚLCERA POR PRESSÃO

Ao planejar intervenções, deve-se adotar uma abordagem holística e considerar todas as necessidades do paciente. Diante disso, a elaboração de um programa individualizado de prevenção e intervenção precoce é um instrumento necessário no plano de cuidados desenhado para as necessidades de cada paciente.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Avaliar a ferida quanto a:
 - Classificação.
 - Formato e tamanho.
 - Profundidade.
 - Localização.
 - Exsudato.
 - Aparência da ferida.
 - Cor da lesão.
 - Extensão da ferida (“lojas” ao redor).
 - Odor.
 - Dor.
 - Tempo de existência.
- Avaliar a progressão/regressão ou qualquer mudança na ferida.
- Definir os produtos necessários/apropriados para cada fase da ferida.
- Identificar as necessidades educacionais do paciente/cuidador quanto aos cuidados com a ferida em domicílio.
 - Encaminhar o paciente a outros profissionais (Psicologia, Serviço Social etc.) de maneira apropriada.

CUIDADOS ESPECÍFICOS

PROCEDIMENTOS PRÁTICOS PARA REALIZAÇÃO DE CURATIVOS

- Lavar as mãos para prevenir infecção.
- Explicar o procedimento ao paciente e familiares para assegurar sua tranquilidade.
 - Reunir todo o material.
 - Fechar portas e janelas para diminuir corrente de ar.
 - Colocar o paciente em posição adequada.
 - Manipulação do pacote de curativo com técnica asséptica, incluindo a utilização de luva estéril.
 - Remover o curativo antigo.
 - Fazer a limpeza com soro fisiológico.
 - Aplicar cobertura adequada.
 - Realizar curativo oclusivo quando necessário.
 - Lavar as mãos.
 - Recolher o material.

LIMPEZA DAS FERIDAS

- A manipulação adequada da ferida consiste na limpeza cuidadosa e rigorosa em toda sua extensão e profundidade.
 - A melhor técnica de limpeza do delicado leito da ferida compreende a irrigação com jatos de soro fisiológico a 0,9%, que serão suficientes para remover os corpos estranhos e os tecidos frouxamente aderidos, além de preservar o frágil tecido de granulação neoformado.
 - Evitar o agressivo esfregão da pele íntegra ao redor da área para não traumatizá-la, uma vez que serve como barreira protetora à penetração de bactéria.
 - Na **técnica limpa** de limpeza de feridas, utiliza-se a água corrente, e a umidade é retirada com uso de gaze não estéril. As luvas são para proteção do indivíduo executor da técnica. Está recomendada para o uso em domicílio, onde a microbiótica representa menor patogenicidade.
 - A **técnica estéril** é recomendada para o uso no ambiente hospitalar, uma vez que a existência de micro-organismos patogênicos e a possibilidade de infecção cruzada são maiores.

DESTRIDAMENTO

• **Autolítico** – autodegradação do tecido necrótico. É necessário que o leito da ferida seja mantido com umidade fisiológica e temperatura de 37°C, pois a autólise é um processo ativo que requer enzimas e células. É necessário impedir a dissecação e promover a autólise. Recomenda-se a utilização de coberturas sintéticas retentoras de umidade.

• **Químico** – remoção do tecido necrótico através da utilização de enzimas proteolíticas promovendo a degradação do colágeno.

• **Mecânico** – retirada da necrose do leito da ferida, utilizando-se de força física, que pode ser empregada por meio de fricção ou do uso de gaze úmida ou seca e instrumento cortante.

CURATIVOS

Características de um curativo ideal:

- Impermeabilidade à água e outros fluidos.
- Viabilidade às trocas gasosas.
- Fácil aplicação e remoção, sem causar traumas.
- Auxiliar na hemostasia.
- Proteger a ferida contra trauma mecânico e contra infecção.
- Limitar o movimento dos tecidos ao redor da ferida.
- Promover um ambiente úmido.
- Absorver exsudato.
- Promover o desbridamento.
- Aliviar a dor e proporcionar condições favoráveis às atividades da vida diária do paciente.

CAPÍTULO 5 – COBERTURAS

A seleção da cobertura ideal deve estar pautada nos seguintes objetivos:

- Eliminar tecido não viável ou com o desbridamento cirúrgico, mecânico, químico ou autolítico.
- Minimizar o risco de infecção.
- Atender às características da ferida.
- Atender às metas da terapia para o paciente e família.
- Ser prático para o paciente e família.
- Ter boa relação custo/benefício.
- Estar disponível.

CURATIVO COM GAZE UMEDECIDA EM SOLUÇÃO FISIOLÓGICA A 0,9%

Composição: gaze estéril e soro fisiológico a 0,9%.

Mecanismo de ação: mantém a ferida úmida, favorece a formação do tecido de granulação, amolece os tecidos desvitalizados, estimula o desbridamento autolítico e absorve exsudato.

Indicação: manutenção da ferida úmida.

Tipos de feridas: feridas com cicatrização por segunda ou terceira intenção.

Contraindicação: feridas com cicatrização por primeira intenção e locais de inserção de drenos e cateteres.

Modo de usar:

- Limpar a ferida com soro fisiológico a 0,9% por irrigação.
- Manter a gaze úmida em contato com todo leito da ferida.
- Ocluir com curativo secundário seco estéril.
- Fixar.

Periodicidade de troca: a troca ocorrerá de acordo com a saturação do curativo secundário ou a cada 24 horas.

Observação: a solução de cloreto de sódio a 0,9% pode ser substituída por solução de Ringer simples, pois possui composição eletrolítica isotônica semelhante à do plasma sanguíneo.

HIDROCOLOIDES

Os hidrocoloides são curativos que podem ser apresentados sob a forma de placa, pasta, gel e grânulos.

Composição: o hidrocoloide em placa é um curativo sintético derivado da celulose natural, que contém partículas hidrofílicas que formam uma placa elástica autoadesiva. A sua face externa contém uma película de poliuretano semipermeável não aderente. A camada de poliuretano proporciona uma barreira protetora contra bactérias e outros contaminantes externos.

Mecanismo de ação: as partículas de celulose expandem-se ao absorver líquidos e criam um ambiente úmido, que permite às células do microambiente da UP fornecer um desbridamento autolítico. Esta condição estimula o crescimento de novos vasos, tecido de granulação e protege as terminações nervosas. Ele mantém o ambiente úmido, enquanto protege as células de traumas, da contaminação bacteriana, e mantém também o isolamento térmico.

Indicação: em úlceras com pequena ou moderada quantidade de secreção, úlceras de pressão, traumáticas, úlceras venosas, e em áreas necróticas ressecadas (escaras).

Os hidrocoloides em forma de pasta são indicados para: úlceras profundas, podendo ser usados para preencher os espaços mortos.

Contraindicação: em casos de infecção, principalmente por anaeróbicos, uma vez que esses produtos são impermeáveis ao oxigênio e não podem ser usados em casos com excessiva drenagem, devido à limitada capacidade de absorção. Não devem ser usados se houver exposição de músculos, ossos ou tendões.

Modo de usar: irrigar o leito da UP com soro fisiológico a 0,9%, secar a pele ao redor, escolher o hidrocoloide com diâmetro que ultrapasse a borda da lesão pelo menos 2 cm a 3 cm. Retirar o papel protetor. Aplicar o hidrocoloide segurando-o pelas bordas da placa.

Pressionar firmemente as bordas e massagear a placa para perfeita aderência. Se necessário, reforçar as bordas com fita adesiva e datar o hidrocoloide. Trocar a placa sempre que o gel extravasar, o curativo se deslocar e/ou, no máximo, a cada sete dias.

Vantagens: protege o tecido de granulação e epitelização de ressecamento e trauma, liquefaz o tecido necrótico por autólise, absorve quantidade moderada de secreção, adere a superfícies irregulares do corpo e possui a capacidade de moldar-se, não necessitando do uso de curativo secundário; não permite a entrada de água durante

a higiene, fornecendo uma barreira efetiva contra bactérias; auxilia na contenção do odor, reduz a dor. Tanto o doente como sua família podem aplicá-lo facilmente.

Desvantagens: não permite a visualização da ferida, devido à sua coloração opaca, precisando ser removido para a avaliação. Pode apresentar odor desagradável na remoção e o adesivo pode causar sensibilidade. Adicionalmente, deve ser ressaltado o alto custo do tratamento, que o torna oneroso.

Observações:

1. Esses curativos produzem odor desagradável e podem permitir que resíduos adesivos da placa se fixem na pele, o que pode causar traumas ao serem removidos. A escolha do produto adequado para cada doente deve ser criteriosa, de acordo com a avaliação da característica da úlcera. Esse procedimento deve ser realizado periodicamente, para detectar os fatores de riscos que interferem na cicatrização.

2. Os grânulos e a pasta promovem os benefícios da cicatrização úmida em úlceras exsudativas e profundas, facilitando a epitelização. Os grânulos agem principalmente na absorção do excesso do exsudato, e a pasta preenche o espaço existente no interior da lesão. Ambos promovem o desbridamento autolítico, com a camada de contato, entre o leito da UP e a cobertura do hidrocóide, maximizando sua ação.

FILME TRANSPARENTE

Composição: é um curativo estéril constituído por uma membrana de poliuretano, coberto com adesivo hipoalergênico. Possui um certo grau de permeabilidade ao vapor-d'água, dependendo do fabricante. Não adere à superfície úmida da ferida; é uma cobertura fina, transparente, semipermeável e não absorvente.

Mecanismo de ação: mantém um ambiente úmido entre a UP e o curativo, favorece o desbridamento autolítico, protege contra traumas, ajudando a cicatrização. A umidade natural reduz a desidratação e a formação de crosta, o que estimula a epitelização. Pode proporcionar barreiras bacterianas e virais, dependendo de sua porosidade. Permite visualizar a úlcera, além de permanecer sobre a mesma por vários dias, diminuindo o número de trocas. Pode também ser utilizado como curativo secundário.

Indicação: deve ser usado em úlceras superficiais com drenagem mínima, em grau I; úlceras cirúrgicas limpas, com pouco exsudato; queimaduras superficiais; áreas doadoras de pele; dermoabrasão; fixação de cateteres; proteção da pele adjacente a fistulas; e na prevenção de úlceras de pressão.

Modo de usar: limpar a pele e a úlcera, irrigando com soro fisiológico a 0,9%. Secar a pele ao redor da lesão, escolher o filme transparente do tamanho adequado, com o diâmetro que ultrapasse a borda. Aplicar o filme transparente. Trocar quando descolar da pele ou em presença de sinais de infecção. Pode ser utilizado como curativo secundário ou associado a outro produto.

Contraindicações: não é recomendado para úlceras exsudativas, profundas e infectadas.

Observação: se usado de forma inadequada, pode levar à maceração da pele ao redor da lesão.

ALGINATO DE CÁLCIO

Composição: é um polissacarídeo composto de cálcio, derivado de algumas algas. Realiza a hemostasia, a absorção de líquidos, a imobilização e retenção das bactérias na trama das fibras. Esse tipo de tratamento pode ser encontrado com sódio em sua composição.

Mecanismo de ação: tem propriedade desbridante. Antes do uso, em seco, e quando as fibras de alginato entram em contato com o meio líquido, realizam uma troca iônica entre os íons cálcio do curativo e os íons de sódio da úlcera, transformando as fibras de alginato em um gel suave, fibrinoso, não aderente, que mantém o meio úmido ideal para o desenvolvimento da cicatrização.

Indicação: pode ser usado em úlceras infectadas e exsudativas, como as de pressão; úlceras traumáticas; áreas doadoras de enxerto; úlceras venosas e deiscências. Pode ser utilizado para preencher os espaços mortos, como cavidades e fistulas. Se houver pequena quantidade de exsudato, a UP pode ressecar e necessitar de irrigação.

Modo de usar: a sua colocação deve ser feita de maneira frouxa, para possibilitar a expansão do gel. Após o seu uso, observa-se no leito da UP uma membrana fibrinosa, amarelo-pálida, que deve ser retirada somente com a irrigação. Pode ser usado em associação com outros produtos. As trocas devem ser mediante a saturação dos curativos, geralmente após 24 horas. Apresenta, como vantagem, a alta capacidade de absorção e, como desvantagem, a potencialidade de macerar quando em contato com a pele sadia.

Observação: dependendo do fabricante, há necessidade de umedecer o alginato com soro fisiológico no leito da UP.

CARVÃO ATIVADO

Composição: possui uma cobertura composta de uma almofada contendo um tecido de carvão ativado cuja superfície é impregnada com prata, que exerce uma atividade bactericida, reduzindo o número de bactérias presentes na úlcera, principalmente as gram-negativas. O curativo não deve ser cortado, porque as partículas soltas de carvão podem ser liberadas sobre a UP e agir como um corpo estranho.

Mecanismo de ação: possui um alto grau de absorção e eliminação de odor das úlceras. O tecido de carvão ativado remove e retém as moléculas do exsudato e as bactérias, exercendo o efeito de limpeza. A prata exerce função bactericida, complementando a ação do carvão, o que estimula a granulação e aumenta a velocidade da cicatrização. É uma cobertura primária, com uma baixa aderência, podendo permanecer de três a sete dias quando a UP não estiver mais infectada. No início, a troca deverá ser a cada 24 ou 48 horas, dependendo da capacidade de absorção.

Indicação: em úlceras exsudativas infectadas, com odores acentuados, em fistulas e gangrenas.

Modo de usar: irrigar o leito da UP com soro fisiológico a 0,9%; remover o exsudato e tecido desvitalizado, se necessário; colocar o curativo de carvão ativado e usar a cobertura secundária.

Observação: nas úlceras pouco exsudativas e nos casos de exposição osteotendinosa, deve ser utilizado com restrições, devido à possibilidade de ressecamento do local da lesão.

SULFADIAZINA DE PRATA

Composição: sulfadiazina de prata a 1%, hidrofílico.

Mecanismos de ação: o íon prata causa precipitação de proteínas, age diretamente na membrana citoplasmática da célula bacteriana e tem ação bacteriostática residual, pela liberação desse íon.

Indicação: prevenção de colonização e tratamento de queimadura.

Contraindicação: hipersensibilidade.

Modo de usar: lavar a UP com soro fisiológico a 0,9%, remover o excesso do produto e tecido desvitalizado. Espalhar uma fina camada (5 mm) do creme sobre as gazes

e aplicá-las por toda a extensão da lesão. Cobrir com cobertura secundária, de preferência estéril.

Observação: existe ainda a sulfadiazina de prata com nitrato de cério, que pode ser utilizada em queimaduras, úlceras infectadas e crônicas, reduzindo a infecção e agindo contra uma grande variedade de micro-organismos. Facilita o desbridamento, auxilia na formação do tecido de granulação e inativa a ação de toxinas nas queimaduras. É contraindicada em casos com grandes áreas (mais de 25% de extensão), em mulheres grávidas, recém-nascidos e prematuros.

ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS (AGEs)

Composição: é um produto originado de óleos vegetais poli-insaturados, composto fundamentalmente de ácidos graxos essenciais (AGEs) que não são produzidos pelo organismo, como: ácido linoleico, ácido caprílico, ácido cáprico, vitamina A, E, e a lecitina de soja. Os ácidos graxos essenciais são necessários para manter a integridade da pele e a barreira de água, e não podem ser sintetizados pelo organismo.

Mecanismo de ação: os AGEs promovem quimiotaxia (atração de leucócitos) e angiogênese (formação de novos vasos sanguíneos), mantêm o meio úmido e aceleram o processo de granulação tecidual. A aplicação tópica em pele íntegra tem grande absorção: forma uma película protetora, previne escoriações – devido à alta capacidade de hidratação – e proporciona nutrição celular local.

Indicação: prevenção e tratamento de dermatites, úlceras de pressão, venosa e neurotrófica; tratamento de úlceras abertas com ou sem infecção.

Modo de usar: irrigar o leito da lesão com soro fisiológico a 0,9%, remover o exsudato e tecido desvitalizado, se necessário. Aplicar o AGE diretamente no leito da UP ou aplicar gaze úmida o suficiente para mantê-la úmida até a próxima troca. Ocluir com cobertura secundária (gaze, chumaço gaze e compressa seca) e fixar. A periodicidade de troca deverá ser até que o curativo secundário esteja saturado ou a cada 24 horas.

Observação: o AGE poderá ser associado ao alginato de cálcio, carvão ativado e outros tipos de coberturas.

COLAGENASE

Composição: colagenase clostridiopeptidase-A e enzimas proteolíticas.

Mecanismo de ação: necrólise, ou seja, degradação seletiva do colágeno nativo no assoalho da ferida.

Indicação: desbridamentos intensos.

Modo de usar: lavar a ferida com soro fisiológico a 0,9%, secar a pele ao redor, aplicar uma fina camada de pomada diretamente na área a ser tratada, colocar gaze de contato úmida e gaze de cobertura seca, ocluir com adesivo.

Frequência de troca: a cada 24 horas.

CAPÍTULO 6 – CUIDADOS AO FIM DA VIDA

É o período que corresponde a 72 horas e se estende até sete dias antes do óbito. Nesse momento, o enfermeiro precisa avaliar os benefícios que o paciente obterá com a realização dos cuidados. Deve-se ter como objetivo principal o conforto do paciente e controle dos sintomas relacionados à UP, como: dor, sangramento, exsudato e odor. A cicatrização da UP não é o objetivo central e não será alcançada pela condição clínica e tempo de sobrevida.

A mudança de decúbito não deve ser realizada frequentemente e o curativo da UP deve ser priorizado nos horários do banho ou higiene íntima, evitando manipulação desnecessária. Os curativos devem ser confortáveis, capazes de manter o melhor controle de sintomas e permitir durabilidade de pelo menos 24 horas, quando possível.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem nesse período visa à proporcionar ao paciente e à família/cuidador maior conforto e melhor qualidade de vida, independente do tempo decorrido até o momento do óbito.

REFERÊNCIAS

Ferida tumoral

Cooley ME. Controlling odors in malignant ulcerating lesions. *Oncol Nurs Forum* 1995; 22(06): 988.

Firmino F. Pacientes portadores de feridas neoplásicas em Serviços de Cuidados Paliativos: contribuições para elaboração de protocolos de intervenções de enfermagem. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2005; 51(4): 347-59.

Gomes IP. Feridas tumorais: em busca de evidências. [monografia]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2003.

Grocott P. A review of advances in fungating wound management since EWMA 1991. *European Wound Management Association Journal* 2002; 2(1): 21-4.

Haisfield-Wolde ME, Baxendale-Cox. Staging of malignant cutaneous wounds: a pilot study. *ONS Connect* 1999; 26(6): 1055-6.

Haisfield-Wolde ME, Rund C. Malignant cutaneous wound: management protocol. *Ostomy Wound Manage* 1997; 43(1): 56-66.

Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Protocolo para tratamento de ferida tumoral. Rio de Janeiro: INCA, 2007.

Mamédio C, Pimenta CAM. Cuidados com lesões vegetativas malignas. In: Pimenta CAM, Mota DDCF, Cruz DALM, organizadores. *Dor e cuidados paliativos*. São Paulo: Manole; 2006.

Manning MP. Metastasis to skin. *Semin Oncol Nurs* 1998; 14(3): 240-3.

Melious N. Using metronidazole for odor control. *Oncol Nurs Forum* 1995; 22(6): 987-8.

Naylor W. Palliative management of fungating wounds. *European journal of palliative care: the journal of the European Association for Palliative Care* 2003; 10(3): 93-7.

Poletti NAAP et al. Feridas malignas: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2002; 48 (3): 411-7.

Schulz V, Triska OH, Tonkin K. Malignant Wounds: caregiver determined clinical problems. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24(6): 572-7.

Seaman S. Home care for pain, odor, and drainage in tumor associated wounds. *Oncol Nurs Forum* 1995; 22 (6): 987.

Silva SP. O desafio do enfermeiro no controle do odor das feridas tumorais em pacientes sob internação domiciliar. [monografia]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2004. 31f.

Úlcera por pressão

- Almeida CE, et al. Manual para realização de curativos. 1. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2003. 122 p.
- Bajay HM. Registro da evolução de feridas: elaboração e aplicabilidade de um instrumento. [dissertação]. Campinas, SP: Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP; 2001. 110 f.
- Bajay HM, et al. Manual de tratamento de feridas. 1. ed. Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas - Hospital das Clínicas. Grupo de Estudos de Feridas; 1999. 79 p.
- Black J, et al. National pressure ulcer advisory panel's updated pressure ulcer staging system. *Urologic Nurses* 2007; 27(2): 144-50.
- Borges EL, et al. Feridas: como tratar. 1. ed. Belo Horizonte: Coopmed, Médica; 2001. 130 p.
- Caliri MHL, Pieper B, Cardozo LJ. Úlcera por pressão. [acesso em 16 jul 2008]. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/projetos/feridas/upressao.htm> .
- Cutsem EV, Arends J. The causes and consequences of cancer associated malnutrition. *Eur J Oncol Nurs* 2005; 9: 551-63,
- Dealey C. Cuidando de feridas: um guia para enfermeiras. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2001.
- Hess CT. Tratamento de feridas e úlceras. 4. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores; 2002. 226 p.
- Jorge SA, Dantas SRPE. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. 1. ed. São Paulo: Atheneu; 2005. 378 p.
- Luiz CC. Livro do feridólogo: tratamento clínico-cirúrgico das feridas crônicas e agudas. 1. ed. Santos, SP: o Autor; 2006. 648 p.
- Poletti NAA. O cuidado de enfermagem a pacientes com feridas crônicas: a busca de evidências para a prática. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2000. 269 f.
- Santor D, et al. Cuidados de Enfermagem em Terapia Intensiva – Recomendações. 1.ed. Rio de Janeiro: Águia Dourada; 2008. 260 p.

A publicação da Série Cuidados Paliativos tem por objetivo uniformizar as condutas referentes à abordagem da terapêutica e dos cuidados em pacientes com doença oncológica avançada.

Desenvolvida com base no conhecimento científico vigente e na prática adotada nos setores assistenciais do Hospital do Câncer IV - Unidade de Cuidados Paliativos, do Instituto Nacional de Câncer (INCA)/MS, esta série sintetiza os procedimentos adotados nos pacientes em cuidados paliativos.

As orientações sobre tratamento e cuidado são específicas para esses pacientes, seus familiares e cuidadores, com algumas particularidades que devem ser avaliadas criteriosamente, priorizando as ações no atendimento interdisciplinar e evitando a futilidade terapêutica.