

CUIDADOS EM FIM DE VIDA A IDOSOS COM FERIDAS MALIGNAS

Fábia Letícia Martins de Andrade¹, Bruna Mendes da Silva¹, Aline Batista Monteiro¹,
Jucicleia Maiara da Silva Freitas¹, Glenda Agra²

¹ Acadêmico de enfermagem. *Universidade Federal de Campina Grande - Centro de Educação e Saúde, Cuité, PB, Brasil. E-mail: lethyciaandrade@hotmail.com*

² Enfermeira. Professora Adjunto I do Curso de Bacharelado em Enfermagem, *Universidade Federal de Campina Grande (UFPG - PB)*. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB-PB). E-mail: g.agra@yahoo.com.br.

RESUMO: As feridas malignas constituem uma complicação do processo evolutivo do câncer, e requer uma assistência digna e humanizada e quando o paciente encontra-se fora da possibilidade terapêutica em decorrência da evolução do quadro da doença, os cuidados planejados devem fornecer além do alívio dos sintomas, um olhar de apoio, atenção e zelo e que seja percebido não como uma pessoa que têm ferida neoplásica, mas como um ser de possibilidades. Nesta perspectiva, lança-se a questão norteadora da pesquisa: Quais os cuidados em fim de vida para idosos com feridas malignas? Neste sentido, este estudo tem como objetivo investigar os cuidados em fim de vida para idosos com feridas malignas. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura cujo objetivo é investigar sobre a cuidados em fim de vida a idosos com ferida maligna. Para obtenção dos artigos, realizou-se busca no Portal Capes, durante os meses de agosto e setembro de 2016, utilizando-se os seguintes critérios de inclusão: artigos completos, internacionais nacionais, que retratassem a temática investigada, no período de 2005 a 2015; excluíram-se dissertações, teses e resenhas. Encontraram-se 20 de trabalhos de interesse para a leitura na íntegra, que destacavam a temática “os cuidados de fim de vida a idosos com feridas malignas”. A partir da análise dos artigos, pode-se refletir sobre os cuidados em fim de vida a idosos com feridas malignas é trazer à tona um novo olhar para a magnitude do cuidado, assegurando um cuidar que contemple uma relação dialógica, dentro de um contexto de empatia, respeito, aceitação, envolvimento emocional, utilizando habilidades de comunicação. E isto implica em repensar a prática assistencial, assumindo a responsabilidade de um cuidar mais acolhedor, embasado no relacionamento interpessoal, ou seja, agregando aos cuidados de enfermagem a atenção e o comprometimento para com o outro.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos, Saúde do idoso, Úlcera cutânea.

INTRODUÇÃO

O processo de carcinogênese é responsável pela proliferação celular descontrolada; neste, ocorre, frequentemente, a quebra de integridade cutânea e a infiltração de células malignas nas estruturas da pele, causando a formação de feridas malignas. Essas feridas

podem ser tratadas, desde que o câncer esteja na fase inicial e tenha possibilidades de cura. Porém, quando o processo patológico está em fase avançada, o tratamento desse tipo de câncer não é o mais indicado; a conduta diante dessas lesões é unicamente paliativa, tendo seu foco apenas no controle dos sintomas físicos e psicossociais (CHRISMAN, 2010; MERZ, 2011).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2016), A estimativa para o Brasil, biênio 2016-2017, aponta a ocorrência de cerca de 600 mil casos novos de câncer. Excetuando-se o câncer de pele não melanoma (aproximadamente 180 mil casos novos), ocorrerão cerca de 420 mil casos novos de câncer, sendo 80.850 casos novos de câncer de pele não melanoma nos homens e 94.910 nas mulheres, correspondendo a um risco estimado de 81,66 casos novos a cada 100 mil homens e 91,98 para cada 100 mil mulheres.

Um fato mais grave na doença é que, de acordo com pesquisadores sobre tema provavelmente, de 5% a 10% dos pacientes oncológicos desenvolvem feridas, sobretudo em pessoas com mais de 70 anos de idade (BRASIL, 2013; GROCOTT, 2013). As feridas malignas que acometem a pele constituem não apenas mais um agravo na vida do idoso, pois, progressivamente, desfiguram o corpo, tornam-se friáveis, dolorosas, secretivas, liberam odor fétido e muitas vezes concorrem para mutilações; estas feridas afetam fatores psicológicos e sociais, os quais podem interferir nas relações interpessoais com a equipe médica, os próprios familiares e até o social.

Mas, a dinâmica sujeito-doença-cuidado em relação às feridas malignas, amplia o problema a uma 'circunferência' psicossocial e sobretudo existencial mais séria; vai além do fator concreto da doença, remete ao idoso à constante lembrança visível da sua patologia incurável, do mal prognóstico e do insucesso terapêutico curativo e, que na maioria das vezes, traz no discurso deste no entorno relacional do tratamento, a condição, *sine qua non*, da morte que se aproxima (LO, 2012; GIBSON, 2013). É frente a tal situação que o idoso com essa doença necessita não apenas um tratamento medicamentoso, mas, de profissionais que atuem de forma mais empática, nesta condição está o enfermeiro.

A fragilidade em idosos é, por conseguinte, caracterizada por declínios nas reservas funcionais e fisiológica, aumentando, dessa forma, a vulnerabilidade para a morbidade e mortalidade (SUZUKI, 2013).

O enfermeiro é um membro ativo e integrante de uma equipe multiprofissional e, geralmente, é responsável pela realização dos tratamentos que requerem contato físico, afetivo, social; nesta condição, estariam à realização dos curativos, pois, cabe aos profissionais dessa área desenvolver competências e habilidades que lhes permitam conhecer

e identificar características individuais e/ou sociais dos pacientes com feridas malignas e implementar cuidados específicos relacionados a elas. Nesse sentido, realizar um curativo efetivo, confortável ao paciente e esteticamente aceitável é um desafio para o enfermeiro, o qual estaria contribuindo tanto para uma apresentação mais amena do paciente em relação a sua imagem social, bem como, a satisfação consigo e conscientização de que estar sendo bem tratado.

No que se refere ao tratamento de feridas, a finalidade sempre é a cicatrização; contudo, em se tratando de feridas malignas, a terapêutica visa o controle dos sinais e sintomas das lesões e o conforto físico, psíquico, social, espiritual e existencial do paciente em relação à ferida (FIRMINO, 2005). Neste sentido, os cuidados planejados devem fornecer além do alívio dos sintomas, um olhar de apoio, atenção, zelo, carinho e que seja percebido não como uma pessoa que têm ferida neoplásica, mas como um ser de possibilidades.

Nessa perspectiva, se faz necessário não apenas a relevância do conhecimento técnico e científico do enfermeiro, mas, também, uma ênfase em processos humanísticos de relação interpessoal; salientar tais condições para o profissional é valorizar um saber muito maior sobre as propriedades, as características e a classificação das feridas neoplásicas, mas desenvolver ações que valorizem a dimensão humana do cuidado, que invistam em uma relação de proximidade dialógica entre quem cuida e é cuidado.

Os cuidados de enfermagem ao paciente com câncer devem ser individualizados principalmente no que tange à idade, pois cada fase da vida apresenta transformações fisiológicas e psíquicas, além de como a visão da morte é encarada. O paciente idoso, por exemplo, está fragilizado pelo natural processo do envelhecimento e com uma perspectiva de sobrevivência reduzida; por isso diante de um diagnóstico de uma doença neoplásica maligna, a sua expectativa se torna bem reduzida e ocorre um grau de sofrimento físico, psíquico e existencial consideráveis. O enfermeiro deve prover uma maior aproximação com esta clientela, alcançado por meio da interação e comunicação, a fim de identificar suas necessidades e proporcionar melhor qualidade de vida.

Para fins deste estudo, a direção do olhar não é para a doença, ferida maligna, mas para as implicações psicossociais, afetivas que esta provoca na vida do idoso com doença oncológica avançada e, que, na maioria das vezes, são negligenciadas durante o cuidado. Essa revisão tem a intenção de fazer refletir sobre os cuidados direcionados durante o processo de finitude diante do idoso com ferida maligna, a fim de compreender o cuidado como totalidade estrutural da existência humana.

Nesta perspectiva, lança-se a questão norteadora da pesquisa: Quais os cuidados em fim de vida para idosos com feridas malignas?

Neste sentido, este estudo tem como objetivo investigar os cuidados em fim de vida para idosos com feridas malignas.

METODOLOGIA

Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura acerca dos cuidados paliativos de enfermagem a idosos com feridas malignas. Buscou-se responder a seguinte questão norteadora: Quais os cuidados em fim de vida a idosos com feridas malignas?

O levantamento bibliográfico foi realizado pela internet durante o período de agosto a setembro de 2016. Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: estudos científicos disponíveis eletronicamente nas bases de dados ou nos periódicos disponibilizados pelos portais da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Biblioteca Virtual em Saúde, artigos que abordassem a temática dentro de todas as áreas de interesse da Enfermagem, nos idiomas inglês, português ou espanhol, num espaço temporal de 10 anos. Como critérios de exclusão foram considerados: publicações repetidas nas bases de dados, estudos científicos não disponíveis na íntegra e artigos com acesso mediante pagamento.

Para a busca dos estudos utilizaram-se os seguintes termos: “Cuidados Paliativos”; “Cuidados em fim de vida”; “Cuidados na terminalidade”; “Enfermagem”; “Enfermeiros”; “Idoso”; “Envelhecimento”; “Feridas Malignas”; “Feridas Neoplásicas”; “Feridas Oncológicas”; “Feridas Vegetantes”; “Feridas Tumorais. Os cruzamentos foram realizados de diversas formas com as palavras-chave supracitadas com o operador booleano AND. Desse modo, fizeram parte da amostra 20 artigos, nove escritos no idioma inglês e dois, em espanhol, publicados de 2005 a 2015.

RESULTADOS

A amostra do estudo em tela foi constituída por 20 artigos e após análise criteriosa dos mesmos, emergiu a seguinte categoria: “Cuidados em Fim de Vida a Idosos com Feridas Malignas”.

DISCUSSÃO

Cuidados em Fim de Vida a Idosos com Feridas Malignas

As feridas neoplásicas são lesões que se originam do processo de infiltração das células malignas do tumor nas estruturas da pele. Ocorre rompimento da integridade do tegumento e em decorrência da proliferação celular descontrolada que o processo de oncogênese induz, sobrevém o desenvolvimento de uma ferida evolutivamente exofítica (BRASIL, 2011).

As denominações mais comuns que estas lesões recebem são “feridas neoplásicas” ou “feridas tumorais”. No entanto, vale ressaltar que existe uma classificação no que se refere ao aspecto destas lesões, a saber: “feridas ulcerativas malignas” (quando estão ulceradas e formam crateras rasas), “feridas fungosas malignas” (quando têm aspecto vegetativo, semelhantes à couve-flor), “feridas fungosas malignas ulceradas” (união do aspecto vegetativo e partes ulceradas) (FIRMINO, 2005).

Os principais tipos de tumores resultantes em feridas neoplásicas nos idosos são o Carcinoma Basocelular, Carcinoma Espinocelular e Melanoma Maligno (BRASIL, 2011).

As feridas neoplásicas que acometem a pele constituem mais um agravo na vida do idoso, pois, progressivamente, desfiguram o corpo e tornam-se friáveis, dolorosas, secretivas e liberam odor fétido (GROCOTT, 2013; ALEXANDER, 2010; PROBST, 2013).

Essas feridas, além de acarretarem desconforto físico contínuo após um período longo de tratamentos, muitas vezes agressivos e mutiladores, constituem uma deformidade corporal, que provoca no paciente distúrbio da autoimagem e desgaste psicológico, o que pode provocar sensação de desamparo, humilhação e isolamento social. A presença destas feridas neoplásicas causam também sofrimento existencial no paciente, uma vez que apresentam impossibilidade terapêutica de cura, mal prognóstico, indicando, dessa maneira, a aproximação da morte (LO, 2012; PROBST, 2013).

Nesse contexto, se faz mister que o cuidar em enfermagem transcenda o paradigma do modelo biomédico e comece a reconhecer o idoso com ferida neoplásica como um ser de possibilidades.

Ao mudar esse enfoque, acredita-se que há chances de encontrar uma nova forma de abertura para o idoso com ferida neoplásica, de modo a descobri-lo pelos seus significados existenciais e pelas suas propriedades em relação aos cuidados, retomando o que dele foi preterido com os métodos até então utilizados para abordá-lo na investigação de informações essenciais para a prática da Enfermagem (GRAÇAS, 2009).

Além da limpeza da ferida e do curativo, visando o controle dos sinais e sintomas como descritos anteriormente, o enfermeiro precisa saber desenvolver as habilidades técnicas com competência para não cuidar do paciente como um objeto fragmentado, mas, exatamente, para superar o efeito tecnicista da própria técnica (SALES, 2008; FONTES, 2008).

Diante disso, se faz urgente quebrar com o paradigma da objetividade da técnica, do distanciamento e do não envolvimento com o idoso tão enraizado no modelo biomédico e trazer à tona aos enfermeiros, a necessidade de abrir espaços para construção de encontros com o paciente de forma genuína, marcados pela intersubjetividade, com vistas a estabelecer um relação dialógica (SALES, 2008; FONTES, 2008).

Na tentativa de percorrer a dimensão paliativa, é preciso que o enfermeiro transcenda as palavras do idoso e, com perspicácia, desvele delicadamente os significados relativos ao tom de voz, ao olhar, aos gestos e às atitudes dele. Dessa forma, será mais fácil compreender os sentidos das falas e complementá-las com os significados implícitos da linguagem não verbal (SALES, 2008; FONTES, 2008).

Atentar para os significados da linguagem não verbal é perceber gestos, olhares e, sobretudo, o silêncio, tendo em vista que em alguns momentos, a pessoa idosa padece de tal estado de vulnerabilidade, que é incapaz de narrar verbalmente suas experiências e dores (SALES, 2008; FONTES, 2008).

Não obstante, a presença da ferida maligna em estado avançado, a internação ininterrupta, o aparecimento dos sinais e sintomas decorrentes da lesão (dor, odor fétido, sangramento, exsudação profusa), os inúmeros tratamentos e o contato com outros pacientes que vieram a óbito despertam no idoso pensamentos e sentimentos que transformam a morte em possibilidade concreta e iminente. Diante dessas circunstâncias, o idoso se angustia e se entristece, uma vez que reconhece que a morte está próxima (SALES, 2008; FONTES, 2008).

Nesta perspectiva, o enfermeiro ao acolher o idoso em seu estado de fim de vida, depara-se com um ser humano numa situação de extrema dependência com múltiplas necessidades, o que o torna muito vulnerável. Por isso, é imprescindível que o enfermeiro direcione ações de solicitude, abrangendo todas as dimensões da vida cotidiana do idoso, que envolvem todo seu ser na sua relação interna e externa consciente de sua finitude (SANTOS LG, 2015).

Diante disso, se faz urgente que o enfermeiro esteja preparado para lidar com o processo de morte e morrer, a fim de não negá-lo durante o cuidado, uma que vez enquanto cuidador, pode ajudar o idoso em sua terminalidade, a preservar sua dignidade, auxiliando-o no enfrentamento e reconhecimento de sua morte (CHAN, 2013). Para tanto, o enfermeiro

precisa reconhecer o processo de morte e morrer como um evento finito e inevitável; e aceitar que, desde o princípio, o ser humano caminha para a morte, e, portanto, necessita de cuidados eficazes e humanos durante o processo de finitude (CHAN, 2013; PROBST, 2013).

Dentre as ações de solicitude que o enfermeiro pode estar direcionando à pessoa idosa, estão: responder às necessidades do paciente; prever, avaliar e interpretar sinais reveladores; aliviar o sofrimento humano; prezar pelo acolhimento e o não abandono, conservando a autonomia e dignidade do idoso até a morte. Além disso, é importante que o idoso se sinta acolhido em seu ambiente, com presença contínua de alguém querido ao seu lado, capaz o suficiente para cuidar das pendências restantes da vida (testamentos, guarda de filhos, formalização de uniões, despedida de entes próximos) dos detalhes da morte (decisão do local da morte, auxílio de um assistente espiritual, doação de órgãos, rituais de deslance) e ao mesmo tempo permitir uma partida serena e digna (SALES, 2008; FONTES, 2008).

O idoso com ferida maligna espera do profissional que dele cuida um engajamento humano, o estabelecimento de um vínculo, uma disponibilidade pessoal para *estar-com* e, nessa perspectiva, o *eu* do enfermeiro é um instrumento valioso. Investir na relação com o paciente implica também no estabelecimento de estratégias que humanizem a assistência, contudo, as mesmas ultrapassam a instância *ôntica* apenas quando singularizam o paciente; caso contrário, transformam-se em mais técnicas e normas a serem seguidas (SALES, 2008; FONTES, 2008).

CONCLUSÕES

Este estudo buscou sintetizar os cuidados em fim de vida a idosos com ferida maligna, uma vez que os cuidados de enfermagem aos pacientes com doença oncológica avançada extrapolam as intervenções fundamentadas somente em aspectos técnicos e no saber biológico. Se faz mister, pois, compreender as experiências de vida e de finitude desta clientela, abandonando a visão de cuidar apenas no modelo biomédico. O cuidar desenvolvido pelo enfermeiro precisa tornar-se em um encontro dialógico entre a pessoa que é cuidada e a que cuida, sendo este encontro mediado pela relação com o outro, percebidos em sua totalidade, tal como se mostram ou se dão a perceber.

Considera-se fundamental este aspecto para o ensino, pesquisa e prática de enfermagem, pois é evidente a necessidade em garantir o cuidado com habilidade técnica e na dimensão biológica, mas é imprescindível vislumbrar, também, a subjetividade e a intersubjetividade. O enfermeiro precisa estar voltado para o controle de sinais sintomas das lesões malignas, mas necessita, sobretudo, estabelecer um diálogo dentro de um contexto de

empatia, respeito, aceitação, envolvimento emocional, utilizando habilidades de comunicação. E isto implica em repensar a prática assistencial, assumindo a responsabilidade de um cuidar mais acolhedor, embasado no relacionamento interpessoal, ou seja, agregando aos cuidados de enfermagem a atenção e o comprometimento para com o outro.

REFERÊNCIAS

ALEXANDER S. Malignant fungating wounds: key symptoms and psychosocial. *Journal of Wounds Care*. v. 18, n. 8, p. 325-29, 2009.

ALEXANDER SJ. An intense and unforgettable experience: the lived experience of malignant wounds from the perspective of patients caregivers and nurses. *Internacional Wound Journal*, v. 7, n. 6, p. 456-65, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer INCA. Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado. Série Cuidados Paliativos. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Estimativas 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2013.

CHAN HY, LEE LH, CHAN CW. The perceptions and experiences of nurses and bereaved families towards bereavement care in an oncology unit. *Support Care Cancer*. [Internet] Aug [cited 2016 July 01], v. 21, n. 6, p. 1551-6, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23262810>

CHRISMAN, C. A. Care of chronic wounds in palliative care and end-of-life patients. *Internacional Wound Journal*, v. 7. n. 4, p. 214-35, 2010.

FIRMINO F. Pacientes portadores de feridas neoplásicas em serviços de cuidados paliativos: contribuições para a elaboração de protocolos de intervenções de enfermagem. *Rev Bras Cancerol*, v. 51, n. 4, p. 347-59, 2005.

FONTES, C. A. C.; ALVIN, N. A. T. Cuidado humano de enfermagem com pacientes com câncer sustentado na prática dialógica. *Rev Enferm UERJ*. [Internet]. [cited 2016 July 01], v. 16, n. 143-9, 2008. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v16n2/v16n2a09.pdf>

GIBSON, S.; GREEN, J. Review of patients' experiences with fungating wounds and associated quality of life. *Journal Wound Care*, v. 22, n. 5, p. 265-72, 2013.

GRAÇAS, E. M.; SANTOS, G. F. Metodologia do cuidar em enfermagem na abordagem fenomenológica. *Rev Esc Enferm USP*, v. 43, n. 1, p. 200-7, 2009.

GROCOTT, P.; et al. Malignant wound management in advanced illness: new insights. *Current Opinions Support Palliative Care*, v. 7, n. 1, p. 101-5, 2013.

GROCOTT P; GRAY, D. The argument for palliative wound care. *Wound UK*, v. 6, n. 1, p. 167-68, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Estimativas 2016-2017: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

LO, S. F. Symptom burden and quality of life in patients with malignant fungating wounds. *Journal Advances Nursing*, v. 68, n. 6, p. 1312-21, 2012.

MERZ, T; et al. Fungating wounds: multidimensional challenge in palliative care. *Breast Care*, v. 6, n. 1, p. 21-4, 2011.

PROBST, S.; et al. Malignant fungating wounds: the meaning of living in an unbounded body. *European Journal of Oncology Nursing*, v. 17, n.1, p. 38-45, 2013.

PROBST, S. et al. Coping with an exulcerated breast carcinoma: a interpretative phenomenological study. *J Wound Care*. [Internet], [cited 2016 July 01], v. 22, n. 7, p. 352-60, Jul. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24159657>

SALES, C. A. O ser-no-mundo e o cuidado humano: concepções heideggerianas. *Rev Enferm UERJ*. [Internet]. [cited 2016 July 01], v. 16, n. 4, p. 563-8, 2008. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a18.pdf>.

SANTOS. O homem da filosofia de Martin Heidegger. *Rev Filosofia, Ciência e Vida*, v. 107, n. 6, p. 01-08, 2015.

SUZUKI, M. Y. Para uma proposta de educação destinada a cuidadores de idosos, focada em cuidados paliativos. *Revista Kairós Gerontologia*, v. 16, v. 2, p. 223-234, mar 2013.