

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

GLEND A AGRA

**O SABER E O FAZER DE ENFERMEIROS NOS CUIDADOS PALIATIVOS
DESTINADOS ÀS PESSOAS COM FERIDAS TUMORAIS MALIGNAS CUTÂNEAS**



JOÃO PESSOA

2018

GLENDA AGRA

**O SABER E O FAZER DE ENFERMEIROS NOS CUIDADOS PALIATIVOS
DESTINADOS ÀS PESSOAS COM FERIDAS TUMORAIS MALIGNAS CUTÂNEAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Nível Doutorado, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Linha de pesquisa: Fundamentos teórico-filosóficos do cuidar em Enfermagem e Saúde

Orientadora: Professora Dra. Marta Miriam Lopes Costa

JOÃO PESSOA

2018

A277s Agra, Glenda.

O saber e o fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea / Glenda Agra. - João Pessoa, 2018.
390 f. : il.

Orientação: Marta Miriam Lopes Costa Costa.
Tese (Doutorado) - UFPB/CCS.

1. Conhecimento. 2. Enfermeiros. 3. Cuidados Paliativos. 4. Úlcera cutânea. 5. Neoplasia. I. Costa, Marta Miriam Lopes Costa. II. Título.

UFPB/BC

GLEND A GRA

**O SABER E O FAZER DE ENFERMEIROS NOS CUIDADOS PALIATIVOS
DESTINADOS ÀS PESSOAS COM FERIDAS TUMORAIS MALIGNAS CUTÂNEAS**

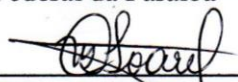
Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Enfermagem, área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Aprovada em 14/ 12/ 2018.

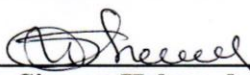
BANCA EXAMINADORA



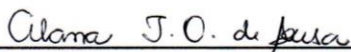
Professora Dra. Marta Miriam Lopes Costa
Universidade Federal da Paraíba – UFPB - Efetivo



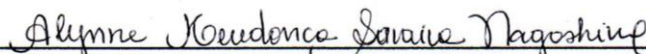
Professora Dra. Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares
Universidade Federal da Paraíba – UFPB - Efetivo



Professora Dra. Simone Helena dos Santos Oliveira
Universidade Federal da Paraíba – UFPB - Efetivo



Professora Dra. Alana Tamar Oliveira de Sousa
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG - Efetivo



Professora Dra. Alynne Mendonça Saraiva Nagashima
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG - Efetivo

Professora Dra. Jacira dos Santos Oliveira
Universidade Federal da Paraíba – UFPB - Suplente

Professora Dra. Lidiany Galdino Félix
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG - Suplente

Quando o amor tocou o meu coração, ele se transformou em Sofia.

À minha filha, dedico.

Agradecimentos Especiais

Quando trabalhamos na área de saúde, frequentemente, ouvimos as pessoas falarem que os profissionais deveriam ser mais humanos. Isso sempre me inquietou e, constantemente, me deixava chateada. Pensava: Como pode uma pessoa ser humana? Uma pessoa, por si só, já não é humana? Até que um dia participei de uma palestra intitulada “O sagrado: a manifestação do invisível [intangível] no mundo”. Foi naquele exato momento que pude compreender realmente o significado de humanização. A palestrante explicou detalhadamente como acontece esse processo, esclarecendo-o da seguinte forma: quando o sagrado se manifesta no mundo por meio da matéria, se materializa; quando o sagrado se manifesta no mundo por meio da vitalidade, se vegetaliza; quando o sagrado se manifesta no mundo por meio do instinto, se animaliza; e, quando o sagrado se manifesta no mundo por meio do espírito, se humaniza. Quando nos humanizamos é o momento, de fato, em que nos conectamos com o que existe de humano no outro. E é essa conexão com o outro que resulta em transformação.

Aqui deixo o registro de minha gratidão a todas os seres divinos e humanos que me humanizaram.

A você, **pessoa com ferida tumoral**, deixo esta simples poesia em forma de agradecimento por ter tocado o meu coração e transformado o meu sentimento em compaixão:

*É uma dor doída e cansada
É uma que maltrata
É a dor da ferida!
Ela não deixa eu fazer nada:
a comida que engasga,
o andar que rasteja,
a dormida que mendiga.
Essa ferida escraviza e não cicatriza,
E ainda por cima revela a morte que desumaniza.
É uma ferida crescente
Que rasga a minha pele pungente
E que me instiga a pensar
Se vale a pena viver
Essa vida de penar...*



Aos enfermeiros participantes da pesquisa, minha eterna gratidão pelos tempos [*Kronos, Kairós e Aion*] cedidos a mim e a esta pesquisa. Vocês destinaram um tempo *Kronos* [cronológico], ou seja, souberam dividir o tempo do plantão para responder ao instrumento de pesquisa; subtraíram o tempo direcionado a outros afazeres pessoais para participar do curso de capacitação e multiplicaram o tempo, esticando-o mais um pouco para, novamente, dar atenção à última etapa da pesquisa. Isso mostrou que vocês souberam aplicar cuidadosamente cada segundo, minuto e hora do tempo cronológico de vocês, porque *Kronos* é tempo com medida e exige responsabilidade. Além do *Kronos*, vocês aproveitaram o tempo *Kairós* [experiência] enquanto estavam envolvidos na pesquisa, vivenciando o momento presente de cada encontro do curso de capacitação, empenhados em aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser. Praticaram o viver, concedendo coração sábio para o bom uso da medida de *Kairós*: usar bem, não desperdiçar e, especialmente, desfrutar. E, por fim, vocês se deram o tempo mais precioso, *Aion* [atemporal], que exige entrega, rendição e humildade. Souberam agradecer a oportunidade de entrar na existência e encarar a aventura de viver como um privilégio. Agradeço e honro o privilégio de ter vivido esses tempos com vocês.

Aos meus alunos do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Unidade Acadêmica de Enfermagem, do Centro de Educação em Saúde, da Universidade Federal de Campina Grande, minha gratidão pela compreensão e solidariedade à minha pessoa durante o ano em que cursei as disciplinas do doutorado, etapa extremamente exaustiva, uma vez que me exigiu um esforço físico e mental para atender às demandas de minhas atividades laborais e acadêmicas.

Agradecimentos

A **Jesus Cristo**, manifestação do Divino na Terra, minha gratidão pelos presentes mais raros a mim agraciados: o sopro da vida, o tempo de minha existência neste mundo, o amor de meus pais, de meus irmãos e de minha filha.

A meu pai, professor **Gabriel Agra**, presente na memória e no coração, minha gratidão, eterna gratidão em ser sua filha! Porque herdei não só características físicas e temperamentais, mas, especialmente, o dom de ensinar! O seu amor pelo ensino, sala de aula e estudante estão, indubitavelmente, registrados em cada célula do meu corpo e entranhados em minha alma. Para ensinar, basta simplesmente ser eu e você juntos! Isso é a prova mais viva de que você não partiu. Está aqui, dentro de mim, me fazendo forte e me guiando. A sua presença se faz mais iluminada e contundente quando sinto cheiro de estudante; quando faço da sala de aula o meu refúgio e quando, em meio às brincadeiras, sorrisos, abraços e discurso acadêmico, obtenho não só a atenção, mas a transformação de vidas humanas! É isso que me renova! Esse título é nosso!

À minha mãe, **Sônia Maria Cabral Agra**, minha gratidão por ter sido gerada no seu ventre, ter sido embalada nos seus braços, ter sido educada na sua presença, porque você é amor; “amor que arde sem se ver; é ferida que dói e não se sente; é um contentamento descontente; é dor que desatina sem doer”. De você herdei essa força que nunca seca, a resiliência colorida diante das intempéries da vida, a beleza da compaixão pelo sofrimento do outro. Com sua história de vida sofrida, aprendi uma grande lição: o sofrimento é quem faz o homem; o bom homem! Você foi lá no fundo do poço e, sem a ajuda de ninguém, fez da dor sua escada de vidro, subiu cada degrau, sem deixar-se esmorecer, e conseguiu chegar ao topo e, mesmo sangrando, reinventou-se e pôs-se novamente a caminhar, sem reclamar nem olhar para trás. Calço os teus sapatos!

À minha filha, **Sofia Agra**, pedaço verdadeiro de mim, minha gratidão e meu pedido de perdão a você! Agradeço a sua compreensão desmedida, o seu afeto e o seu bem-querer a esta mãe travestida de irmã mais velha. Me perdoe pelo tempo que lhe roubei, mas roubei de mim também! Roubei momentos de crescimentos mútuos e transformações diárias. Não tenho como recuperar esse tempo, infelizmente! Mas vê-la crescer e caminhar com as chinelas da humildade é saber que, mesmo na ausência física, a minha presença espiritual se fez forte e pungente. Meu Sol! *Sole mio!* És sal e luz. Hoje finalizo a minha real tese: você!

Aos meus irmãos, **Semíramis Agra e Bertrand Agra**, e aos seus filhos, meus sobrinhos, minha gratidão pela árvore que somos. Somos iguais ao mandacaru, árvore típica

da caatinga nordestina: nasce e cresce no campo sem qualquer trato cultural [ninguém nos corrompe]; somos o caule, que serve de eixo de sustentação, e sua parte central contém vasos condutores de água [nossos valores], e outras substâncias vitais [nosso sangue]. A parte externa do tronco é protegida por uma grossa cutícula [nossa mãe] que impede a excessiva perda de água por transpiração [intempéries da vida]. As flores e frutos [nossos filhos] desta espécie são muito bonitos. Orgulho do que nos transformamos!

Ao meu companheiro, **Frederico Lira**, minha gratidão, por estar ao meu lado durante 11 anos, sobretudo nestes últimos quatro, sentindo de perto os entraves e sucessos de minha caminhada acadêmica. Com você, aprendi que o amor se revela de formas e intensidade distintas: a solidariedade desmedida em me acompanhar nas atividades acadêmicas; o cuidado com a minha saúde física e mental; a preocupação com trabalhos que construí e o zelo com a nossa relação, sempre reclamando quando da saudade do amor sentido. Eu te amo!

À minha orientadora, professora **Marta Miriam Lopes Costa**, minha gratidão eterna! Obrigada por ter estendido a mão sem me conhecer; obrigada por acreditar em minha proposta, em meu trabalho e em meus sentimentos; obrigada por permitir a caminhada realizada; obrigada por me nortear nas dificuldades enfrentadas durante estes quatro anos e meio; obrigada por me amparar quando caí; obrigada pela escuta amiga e solidária; obrigada pelo cuidado com a minha saúde física e emocional; obrigada por ter estado sempre ao meu lado, de mãos dadas. Cheguei até aqui porque a senhora permitiu que eu voasse! E, agora, temos a certeza que podemos transformar vidas por meio da educação e do amor. Vamos voar novamente? Juntas e mais fortes?

À professora **Maria Júlia Guimarães Oliveria Soares**, minha pequena grande mulher, obrigada pela sua força, seu bem-querer e seu cuidado. Com certeza, eles foram essenciais em dias difíceis da minha vida acadêmica e pessoal. Jamais esquecerei sua companhia, seu olhar afetuoso e suas mãos segurando as minhas até o bloco cirúrgico. Aqueles gestos me encorajaram a seguir em frente e sem medo. Gratidão eterna!

À professora **Simone Helena dos Santos Oliveira**, minha gratidão pelo olhar científico e robusto sobre meu trabalho, que permitiu maior elegância no relatório final; bem como o olhar afetuoso sobre a minha caminhada junto aos pacientes que cuido.

À professora **Alana Tamar Oliveira de Sousa**, minha gratidão pela paciência e tranquilidade para com a minha pessoa durante momentos de tensão de minha vida acadêmica e pessoal. Sua voz e seus conselhos foram verdadeiros bálsamos na minha vida. Obrigada por tudo: pela leitura atenta a cada estudo realizado, bem como as contribuições neste trabalho; pela companhia nas viagens à Cuité e pela partilha de noites de estudos, correções de provas,

trabalhos, seminários e processos administrativos; pela disponibilidade e solidariedade em assumir todas as minhas responsabilidades de ensino, pesquisa e cargo administrativo para que eu pudesse ser afastada; pelo cuidado e zelo durante o processo de pós-operatório pelo qual passei. Minha amiga, saber que você existe e ter você por perto é, certamente, saber que o mundo não está perdido e que eu sou realmente abençoada!

À professora **Alynne Mendonça Saraiva Nagashima**, minha gratidão pela escuta afetiva e parcimoniosa aos meus anseios e angústias, bem como pela partilha de momentos de felicidade e de sucesso. Obrigada pela atenção desmedida, pelas atitudes compassivas, pelo olhar empático sobre este trabalho. Obrigada pela compreensão nos momentos difíceis da vida profissional e pela partilha dos sentimentos, muitas vezes negativos, decorrentes das relações de trabalho. És farol na escuridão!

Às professoras **Jacira Oliveira, Isabelle Pimentel e Lidiany Félix**, minha gratidão pelas sugestões e contribuições na redação do trabalho, as quais foram fundamentais para melhorar a qualidade da tese.

Aos mestres, professores **Maria Miriam Nóbrega, Maria Filha, Maria das Graças Fernandes, Solange Costa, Sérgio Santos, Jordana Nogueira, Grace Kelly Bittencourt, Neusa Collet e Sérgio Freire**, minha gratidão por todos os conhecimentos compartilhados, que foram imprescindíveis para a construção-desconstrução-reconstrução de meus saberes.

À professora **Lenilde Duarte Sá**, presente na memória e no coração, saudade eterna de sua mente brilhante, que deixou registrado um (re)pensar necessário e constante sobre a filosofia do cuidar e sobre a possibilidade de aprender por meio da poesia, da arte e da música.

Ao professor **Nilton Soares Formiga**, minha gratidão por ter me acompanhado durante todo este percurso e ter me apresentado ao mundo da Psicometria. Certamente, a robustez dos dados quantitativos é marca indelével de seu trabalho.

À professora e amiga **Flávia Firmino**, minha gratidão e respeito à enfermeira e à pesquisadora que és. Comparo a senhora ao homem das cavernas de Platão, que se encantou com a luz da sabedoria, trouxe à tona e mostrou a todos - da assistência e da academia-, a importância dos cuidados paliativos voltados para as pessoas que sofrem com o câncer avançado, mas, sobretudo, com as que apresentam feridas tumorais. Obrigada pela partilha dos conhecimentos relacionados à prática dos cuidados paliativos com as pessoas com feridas tumorais; pela escuta dos meus anseios e pelo zelo com este estudo. Na verdade, este estudo é seu filho também. Obrigada por ser bússola!

À minha **turma de doutorado**, agradeço a Deus por Ele ter nos designado uma grande missão: dar voz aos excluídos! Foi isso que fizemos! Estivemos juntos na alegria e sobretudo na dor. Aprendemos várias lições: que o mundo é mais cartesiano e comtiano do que parece, principalmente os periódicos; que é preciso refletir na ação para quebrarmos paradigmas, sobretudo os da área da saúde; que fomos lançados no mundo e estamos no mundo como seres-no-mundo, cada um com sua angústia de viver e de morrer [mas, estamos vivos! mesmo trabalhando, estudando, pesquisando]; aprendemos que o sentimento de alteridade é mais intrínseco do que imaginávamos, prova real dessa ética primeira pelo humano foi a escolha de nossos trabalhos; mas a grande lição é que, para cuidar do outro, precisamos, primeiramente, cuidar de nós mesmos e de nossos sofrimentos. Obrigada pela partilha de todos os sentimentos que vivenciamos juntos. Estamos, certamente, mais fortes do que ontem.

Às monitoras do curso de capacitação, **Ana Raquel, Brígida, Débora, Emmannuelle, Fabiana, Jacque, Jany, Luana e Silvanir**, que, na verdade, são amigas do coração, minha gratidão pela ajuda desmedida durante a intervenção educativa. Sem vocês, o curso não teria o brilho que teve!

Aos meus ex-alunos, **Débora, Elton, Fábria, Nayda, Rose, Vivi e Wynne**, minha gratidão em participarem de projetos vinculados a este trabalho. Sem vocês, esta tese não teria dados importantíssimos sobre o entorno da vida das pessoas com feridas tumorais. Os seus estudos permitiram fazer uma diagnose dos cuidados paliativos na Paraíba, ou seja, contribuíram para melhorar a Enfermagem como Ciência e Arte!

À **Fábria Andrade**, minha gratidão pela parceria na construção dos simuladores, que permitiram melhor aprendizado e abrihantaram esta tese.

À **Unidade Acadêmica de Enfermagem**, sobretudo às professoras **Luciana Dantas e Waleska Brito**, minha gratidão pela disponibilidade em ficarem responsáveis por parte das minhas atividades de ensino.

Aos **enfermeiros avaliadores**, minha gratidão pelo tempo despendido para analisar criteriosamente os instrumentos aplicados aos participantes desta pesquisa.

À **Direção do Hospital Napoleão Laureano**, minha gratidão por autorizar a realização desta pesquisa e de outros estudos.

À **Fundação Assistencial da Paraíba**, minha gratidão por autorizar a realização de estudos, de projetos de pesquisa e extensão envolvendo a temática deste estudo e que contribuíram para o arcabouço deste trabalho.

Aos **apoiaadores**, Hospital Residencial, Universidade CBPEX/FABEX, Expansão Médica, Tecnocenter e Comissão de Pele do Hospital Universitário Lauro Wanderley, minha

gratidão pela disponibilidade de materiais de escritório, doação de coberturas, produtos e substâncias que foram utilizados para a viabilização das aulas teóricas e práticas da intervenção educativa deste trabalho.

Aos colegas do Grupo de Estudos e Pesquisa em Tratamento de Ferida – **GEPEFE**, em especial a **Lidiany, Iraktânia, Josilene, Ana Paula, Sumaya, Sandra e Monalisa** obrigada pelo apoio, confiança e partilha de momentos acadêmicos, científicos e pessoais.

Ao grupo de estudos da professora Marta, em especial a **Thalys, Patrícia e Ronny**, obrigada pelos conhecimentos compartilhados, mas, sobretudo, pela escuta amiga e solidária nos momentos de aflição quando da rejeição contínua dos artigos submetidos.

Aos meus amigos íntimos, **Andréa, Leo, Mônica, Marcílio, Silvanir, Teânia, Wallison** gratidão pela compreensão do meu silêncio e minha ausência durante momentos de nossas vidas, mas saibam que senti a presença de cada um de vocês dentro de mim.

À **equipe médica pré-hospitalar e hospitalar**, minha gratidão pelo atendimento e assistência de saúde à minha pessoa durante o período perioperatório a que fui submetida.

À **Direção do Hospital Padre Zé**, por meio da pessoa de **Thiago Lins**, minha gratidão pela autonomia concedida à minha pessoa, de forma que eu pudesse contribuir para o fortalecimento do Programa de Educação Permanente da Unidade de Cuidados Paliativos desta instituição, bem como pelos vínculos de amizade construídos neste período.

À **Layze Almeida**, minha gratidão por ter me agraciado com sua amizade e companhia nos eventos científicos e sociais de cuidados paliativos realizados na Paraíba junto aos oncoterapeutas, Lucca e Rafael, meus afilhados.

À **Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem** da Universidade Federal da Paraíba, minha gratidão por todo o apoio durante estes quatro anos e meio.

À **Universidade Federal de Campina Grande**, por meios das pessoas de **Nathali, Ivan e Carmen**, minha gratidão pela concessão ao afastamento para capacitação docente e pelo patenteamento dos simuladores usados na tese.

À **Universidade Federal da Paraíba**, minha gratidão pela oportunidade em realizar este trabalho e contribuir com a sociedade.

Ao meu cachorro **Max**, que me ensinou outra forma de amar, que esteve pertinho de mim durante as horas destinadas às leituras e preparação deste trabalho e que foi fiel a mim até os seus últimos dias de vida.

Eu repetiria quantas vezes fossem necessárias a minha gratidão por cada um de vocês. Dizem que a energia de uma pessoa se mede conforme a intensidade de sua gratidão. Acredito que essa energia seja a causa de minha força incessante.

‘A maior cura possível é o amor’

Paracelso

RESUMO

Agra, Glenda. O saber e o fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea. 2018. 390f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

Introdução: Enfermeiros têm encontrado dificuldades para prestarem cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea, devido às fragilidades no conhecimento sobre essa temática. **Objetivo:** Analisar a influência de intervenção educativa embasada na Teoria da Aprendizagem Significativa no saber e no fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados às pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas. **Método:** Pesquisa quaseexperimental, do tipo antes e depois, realizada com 38 enfermeiros em um Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia. Os critérios de inclusão foram: enfermeiros assistenciais e disponibilidade para responder ao instrumento, bem como participar do curso. Os critérios de exclusão foram: faltas na terceira e quarta aulas. As etapas operacionais da pesquisa foram: 1- Construção dos instrumentos; 2 – Validação de conteúdo e concordância dos instrumentos 3 – Validação do construto; 4 – Intervenção Educativa; 5- Efeitos da intervenção educativa; 6 – Análise qualitativa. Os participantes responderam o instrumento antes e depois da intervenção educativa, que aconteceu entre agosto e setembro de 2017. Depois de um ano, 11 enfermeiras foram entrevistadas para compor a análise qualitativa. Na análise dos dados quantitativos, utilizou-se a estatística descritiva e indicadores psicométricos e na análise qualitativa, a técnica de análise de conteúdo de Bardin. A pesquisa foi aprovada com CAAE 64122116.1.0000.5188. **Resultados:** Houve aumento e significância dos escores médios relativos ao saber e ao fazer dos enfermeiros depois do processo da intervenção educativa, em todas as categorias que compõem os cuidados paliativos. Os dados qualitativos permitiram revelar que as enfermeiras ressignificaram saberes e transformaram os cuidados paliativos como práxis. **Considerações Finais:** Constatou-se a ampliação do saber e do fazer relativos aos cuidados paliativos em nível de cognição, bem como uma prática reflexiva sobre este tipo de cuidado.

Palavras-chave: Conhecimento. Enfermeiros. Cuidados paliativos. Úlcera cutânea. Neoplasia.

ABSTRACT

Agra, Glenda. The knowledge and practice of nurses dealing with palliative care aimed at patients with cutaneous malignant tumoral wound. 2018. 390p. Thesis (Doctorate) – Graduate Course Program in Nursing, Federal University of Paraíba, João Pessoa.

Introduction: Nurses have been finding some difficulty to deal with palliative care aimed at patients with cutaneous malignant tumoral injury, due to the lack of knowledge concerning to this matter. **Objective:** to analyze the influence of the educational intervention based in the Significant Learning Theory in the knowledge and the practice of nurses dealing with palliative care aimed at patients with cutaneous malignant tumoral injury. **Method:** A quasi-experimental before and after research, carried out with 38 nurses at a High Complexity Care Center in Oncology. The inclusion criteria were: assisting nurses, availability to answer the questionnaire and to participate in the course. The exclusion criterion was: missing the third and fourth classes. The operational stages of the research were: 1 – Drawing up the questionnaire; 2 – Validation of content and accordance of the questionnaires; 3 – Validation of the construct; 4 – Educational intervention; 5 – Effects of the educational intervention; 6 – qualitative analysis. The participants answered the questionnaire before and after the educational intervention, which happened from August to September in 2017. After one year, 11 nurses were interviewed in order to form the qualitative analysis. In the quantitative data analysis, the descriptive statistics and the psychometric indicators have been used and in the qualitative one, the Bardin's content analysis technique. The work has been approved with CAAE 64122116.1.0000.5188. **Results:** There was increase and significance of the average scores related to the knowledge and practice of the nurses after the educational intervention process, in all palliative care categories. The qualitative data showed that the nurses resignified their knowledge and transformed the palliative care as praxis. Final **Considerations:** An enlargement of the knowledge and practice related to the palliative care at a cognitive level, as well as a reflective practice about this kind of care, has been established.

Keywords: Knowledge; Nurses; Palliative Care; Cutaneous Ulcer; Neoplasm.

RESUMEN

Agra, Glenda. El conocimiento y su aplicación en la actuación de enfermeros en los cuidados paliativos destinados a la persona con herida tumoral maligna cutánea. 2018. 390f. Tesis (Doctorado) – Programa de Pos-Grado en Enfermería, Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa.

Introducción: Enfermeros han encontrado dificultades para prestaren cuidados paliativos a la persona con herida tumoral maligna cutánea, debido a las fragilidades en el conocimiento sobre esa temática. **Objetivo:** Analizar la influencia de intervención educativa basada en la Teoría del Aprendizaje Significativo en lo que respecta al saber y al hacer de enfermeros en los cuidados paliativos destinados a las personas con heridas tumorales malignas cutáneas. **Método:** Investigación casi experimental, del tipo “antes y después”, realizada con 38 enfermeros en un Centro de Asistencia de Alta Complejidad en Oncología. Los criterios de inclusión han sido: enfermeros asistenciales y disponibilidad para contestar al instrumento, así como para participar del curso. Los criterios de exclusión han sido: ausencia en la tercera y cuarta clases. Las etapas operacionales de la investigación han sido: 1 – Construcción de los instrumentos; 2 – Validación de contenido y concurrencia de los instrumentos; 3 – Validación de lo construido; 4 – Intervención Educativa; 5 – Efectos de la intervención educativa, que ocurrió entre agosto y septiembre de 2017. Un año después, 11 enfermeras han sido entrevistadas para componer el análisis cualitativo. En el análisis de los datos cuantitativos, se utilizó estadística descriptiva y la psicometría y en el análisis cualitativo, la técnica de análisis de contenido de Bardin. La investigación ha aprobado con CAAE 64122116.1.0000.5188. **Resultados:** Ha habido aumento y significación de los escores medianos relativos al saber y al hacer de los enfermeros tras el proceso de intervención educativa, en todos los roles que componen los cuidados paliativos. Los datos cualitativos han permitido revelar que las enfermeras han resignificado conocimientos y han transformado la praxis respecto a los cuidados paliativos. **Consideraciones finales:** Se ha constatado la ampliación del saber y del hacer relativos a los cuidados paliativos en nivel de cognición, así como una práctica reflexiva sobre esta forma de cuidado.

Palabras-clave: Conocimiento; Enfermeros; Cuidados Paliativos: Úlcera cutánea; Neoplasia.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES REFERENCIAL TEÓRICO E MÉTODO

Lista de Figuras

Figura 01 -	Mapa Conceitual – Definição de ferida tumoral maligna cutânea.....	49
Figura 02 -	Ferida tumoral maligna cutânea estadiamento 1.....	51
Figura 03 -	Ferida tumoral maligna cutânea estadiamento 1N.....	52
Figura 04 -	Ferida tumoral maligna cutânea estadiamento 2.....	52
Figura 05 -	Ferida tumoral maligna cutânea estadiamento 3.....	52
Figura 06 -	Ferida tumoral maligna cutânea estadiamento 4.....	52
Figura 07 -	Mapa Conceitual - Fisiopatologia da ferida tumoral maligna cutânea.....	53
Figura 08 -	Mapa Conceitual – Sinais e sintomas das feridas tumorais malignas cutâneas.....	54
Figura 09 -	Mapa Conceitual – Fisiopatologia da dor na ferida tumoral maligna cutânea.....	55
Figura 10 -	Mapa Conceitual – Fisiopatologia do sangramento na ferida tumoral maligna cutânea.....	56
Figura 11 -	Mapa Conceitual – Fisiopatologia do exsudato na ferida tumoral maligna cutânea.....	57
Figura 12 -	Mapa Conceitual - Fisiopatologia do odor na ferida tumoral maligna cutânea.....	60
Figura 13 -	Mapa Conceitual – Fisiopatologia da necrose na ferida tumoral maligna cutânea.....	62
Figura 14 -	Mapa Conceitual - Fisiopatologia da infecção na ferida tumoral maligna cutânea.....	62
Figura 15 -	Mapa Conceitual - Fisiopatologia do prurido na ferida tumoral maligna cutânea.....	64
Figura 16 -	Mapa Conceitual - Fisiopatologia da fístula na ferida tumoral maligna cutânea.....	65
Figura 17 -	Mapa Conceitual - Fisiopatologia da infestação de miíases na ferida tumoral maligna cutânea.....	67

Figura 18 -	Mapa Conceitual – Cuidados e tratamento das feridas tumorais malignas.....	73
Figura 19 -	Modelo Esquemático das Etapas Operacionais da Pesquisa.....	135
Figura 20 -	Amostra da Intervenção Educativa.....	173
Figura 21 -	Modelo Esquemático da Intervenção Educativa.....	174
Figura 22 -	Simulador de hemangioma.....	183
Figura 23 -	Simulador de retinoblastoma.....	183
Figura 24 -	Simulador de ferida tumoral maligna cutânea em região do pescoço.....	184
Figura 25 -	Simulador de ferida tumoral maligna cutânea em região dorsal.....	184
Figura 26 -	Simulador de ferida tumoral maligna cutânea em região mamária.....	184
Figura 27 -	Simulador de ferida tumoral maligna cutânea em região do acrômio	184
Figura 28 -	Simulador de plastrão e progressão de plastrão.....	185
Figura 29 -	Simulador de ferida tumoral maligna cutânea em região escapular.....	185
Figura 30 -	Simulador de ferida tumoral maligna cutânea em região glútea.....	185
Figura 31 -	Simulador de ferida tumoral maligna cutânea em região pubiana.....	185
Figura 32 -	Simulador de melanoma em região sacral.....	186
Figura 33 -	Simulador de ferida tumoral maligna cutânea em região da coxa.....	186
Figura 34 -	Simulador de ferida tumoral maligna cutânea em região mamária.....	186
Figura 35 -	Simulador de ferida tumoral maligna cutânea em região escapular.....	186
Figura 36 -	Simulador de ferida tumoral maligna cutânea em região mamária.....	187
Figura 37 -	Simulador de ferida tumoral maligna cutânea em região mamária.....	187
Figura 38 -	Simulador de ferida tumoral maligna cutânea em região facial.....	187
Figura 39 -	Simulador de ferida tumoral maligna cutânea em região facial.....	187
Figura 40 -	Simulador de ferida tumoral maligna cutânea em membro inferior esquerdo	188
Figura 41 -	Simulador de ferida tumoral maligna cutânea em membro inferior esquerdo	188
Figura 42 -	Prova de peça íntima feito com fralda geriátrica.....	192
Figura 43 -	Peça íntima com alças (frente).....	192
Figura 44 -	Peça íntima com alças (verso).....	192
Figura 45 -	Peça íntima sem alças (frente).....	193
Figura 46 -	Peça íntima sem alças (verso).....	193
Figura 47 -	Moda Inclusiva - Prova de camisa com gola baixa (frente).....	193
Figura 48 -	Moda Inclusiva - Prova de camisa com gola baixa fechada com cadarços em forma de X (verso).....	193

Figura 49 -	Moda Inclusiva – Camisa com gola alta (frente).....	194
Figura 50 -	Moda Inclusiva – Camisa com gola alta, com zíper aberto (verso).....	194
Figura 51 -	Moda Inclusiva – Camisa com gola alta, fechada com cadarços em forma de X (verso).....	194
Figura 52 -	Moda Inclusiva – Calça feminina estampada com zíper invisível.....	195
Figura 53 -	Moda Inclusiva – Calça feminina estampada em forma de bermuda.....	195
Figura 54 -	Moda Inclusiva – Vestido e faixa de cabelo com estampa infantil.....	195
Figura 55 -	Moda Inclusiva – Detalhe da manga longa, fechada com cadarço.....	195
Figura 56 -	Moda Inclusiva – Tapa-olho com estampa infantil.....	196
Figura 57 -	Moda Inclusiva – Tapa-olho com estampa infantil.....	196
Figura 58 -	Moda Inclusiva – Chapéu infantil com cortinas laterais.....	196
Figura 59 -	Moda Inclusiva – Chapéu infantil com cortinas laterais.....	196

Lista de Quadros

Quadro 01 -	Classificação e Estadiamento das feridas tumorais malignas cutâneas.....	51
Quadro 02 -	Acrômio <i>HOPES</i>	54
Quadro 03 -	Características gerais do exsudato.....	58
Quadro 04 -	Tipo, cor e consistência do exsudato.....	58
Quadro 05 -	Indicador TELER de vazamento de exsudato.....	59
Quadro 06 -	Métodos de graduação do odor em feridas tumorais malignas.....	61
Quadro 07 -	Acrômio <i>RACE</i>	61
Quadro 08 -	Acrômio <i>SPECIAL</i>	73

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS DOS ARTIGOS

ARTIGO 1 - Feridas neoplásicas: controle da dor, exsudato, odor e sangramento (Primeiro artigo de revisão)

Quadro 01 -	Intervenções para o controle da dor.....	95
Quadro 02 -	Intervenções para o controle do exsudato.....	98
Quadro 03 -	Intervenções para o controle do odor.....	100
Quadro 04 -	Intervenções para o controle do sangramento.....	104

ARTIGO 2 – Análise de Conceito de Aprendizagem Significativa à luz da Teoria de Ausubel (Segundo artigo de revisão)

Quadro 01 -	Definições e concepções do conceito de Aprendizagem Significativa....	119
Quadro 02 -	Antecedentes e Consequentes de Aprendizagem Significativa.....	123

ARTIGO 3 – Construção e validação do instrumento ‘cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea’ (Artigo de estudo metodológico)

Quadro 01 -	Cuidados paliativos à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea. João Pessoa – PB, 2017.....	146
Quadro 02 -	Instrumento definitivo para avaliar o saber e o fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea. João Pessoa – PB, 2017.....	161

ARTIGO 4 – Indicadores psicométricos do saber e ao fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea (Primeiro artigo de resultados)

Quadro 01 -	Medidas estatísticas e indicadores psicométricos do instrumento relacionado ao saber de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea. João Pessoa/PB, 2018.....	211
Quadro 02 -	Medidas estatísticas e indicadores psicométricos do instrumento relacionado ao fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea. João Pessoa/PB, 2018.....	221
Quadro 03 -	Análise convergente dos domínios do saber e do fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea. João Pessoa/PB, 2018.....	230

ARTIGO 5 – Efeitos de intervenção educativa nos enfermeiros nos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea (Segundo artigo de resultados)

Tabela 01 -	Distribuição de diferenças entre os escores médios do saber de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea antes e depois de intervenção educativa.....	250
Tabela 02 -	Distribuição de diferenças entre os escores médios do fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea antes e depois de intervenção educativa.....	254

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica de Saúde
ALACP	Academia Latino-Americana de Cuidados Paliativos
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AS	Aprendizagem Significativa
AIHCP	Associação Internacional de Hospices e Cuidados Paliativos
ASAC	Atenção à Saúde de Alta Complexidade
ASMC	Atenção à Saúde de Média Complexidade
BDENFE	Bases de Dados de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CACON	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCI	Correlação Intraclasse
CEFOR	Centro Formador de Recursos Humanos
CD	<i>Compact Disk</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CID	Coagulação Intravascular Disseminada
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
COFEn	Conselho Federal de Enfermagem
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COREn	Conselho Regional de Enfermagem
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPM	Conforme Prescrição Médica
CV	Coeficiente de variação
DAV	Diretiva Antecedida de Vontade
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DNA	Ácido Desoxirribonucleico
EAD	Escada Analgésica da Dor
EONS	<i>European Oncology Nursing Society</i>
EVA	Escala Visual Analógica
GM	Gabinete Ministerial
IARC	<i>International Agency for Research on Cancer</i>
IFES	Instituições Federais de Ensino Superior
IMC	Índice de Massa Corpórea
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IK	Índice Kappa
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
HCP	Hospital do Câncer de Pernambuco
HNL	Hospital Napoleão Laureano
HPZ	Hospital Padre Zé
LILACS	Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>National Library of Medicine and National Institutes of Health</i>
MRSA	<i>Methicillin-resistant Staphylococcus aureus</i>
NDE	Núcleo Docente Estruturante
NPUP	<i>National Pressure Ulcer Advisory Panel</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PB	Paraíba
PE	Processo de Enfermagem
PHMB	Polihexametileno biguanida
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PICO	<i>Patient, Intervention, Control, Outcome</i>
PIVIC	Programa Institucional Voluntário de Iniciação Científica
PNAO	Política Nacional de Atenção Oncológica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPS	<i>Patient Performance Status</i>

PPC	Projeto Pedagógico do Curso
REBEN	Revista Brasileira de Enfermagem
REEUSP	Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
RNA	Ácido Ribonucleico
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SCIH	Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SF	Soro fisiológico
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
TAS	Teoria da Aprendizagem Significativa
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCT	Teoria Clássica dos Testes
TCU	Tribunal de Contas da União
TENS	<i>Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation</i>
TDE	Tamanho do Efeito
UC	Unidade de Contexto
UCP	Unidade de Cuidados Paliativos
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UNACON	Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
UNESCO	Organização das Nações Unidas para Educação, a Ciência e a Cultura
UNIPÊ	Centro Universitário de João Pessoa
UR	Unidade de Registro
VCM	Viés Comum do Método
VRE	<i>Vancomycin resistant enterococcus</i>

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.....	26
1.1	Aproximação com a Temática.....	26
2	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	32
2.1	Contextualização e Justificativa.....	32
2.2	Delimitação do Objeto de Estudo.....	39
3	OBJETIVOS.....	45
3.1	Objetivo Geral.....	45
3.2	Objetivos Específicos.....	45
4	REFERENCIAL TEÓRICO.....	47
4.1	Assistência à Pessoa com Ferida Tumoral Maligna Cutânea.....	48
4.2	Resgate histórico da assistência oncológica e educação permanente em saúde para enfermeiros que cuidam de pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas no âmbito do Sistema Único de Saúde.....	77
4.3	Feridas Neoplásicas: controle da dor, exsudato, odor e sangramento (Primeiro artigo de revisão).....	89
4.4	Análise do Conceito de Aprendizagem Significativa à luz da Teoria de David Ausubel (Segundo artigo de revisão).....	112
5	MÉTODO.....	132
5.1	Tipo de Estudo.....	132
5.2	Cenário da Pesquisa.....	133
5.3	População e Amostra.....	133
5.4	Etapas Operacionais da Pesquisa.....	134
5.4.1	Construção e validação do instrumento.....	136
5.4.2	Construção e validação do instrumento ‘Cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea’ (Artigo metodológico).....	138
5.4.3	Teste piloto.....	170
5.4.4	Discriminação de itens, representatividade do conteúdo e fidedignidade da medida acerca do saber e do fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea.....	171

5.4.5	Intervenção educativa.....	172
1ª etapa	<i>Apresentação do tema que abordado durante o curso.....</i>	174
2ª etapa	<i>Verificação do conhecimento prévio do saber e do fazer.....</i>	177
3ª etapa	<i>Utilização de organizadores prévios.....</i>	177
4ª etapa	<i>Apresentação do conhecimento a ser ensinado/aprendido.....</i>	178
5ª etapa	<i>Continuação da apresentação do conhecimento.....</i>	179
6ª etapa	<i>Conclusão da unidade.....</i>	199
7ª etapa	<i>Reavaliação do saber e do fazer.....</i>	199
8ª etapa	<i>Encerramento do curso.....</i>	199
5.4.6	Avaliação qualitativa depois do curso de capacitação.....	199
5.5	Considerações Éticas da Pesquisa.....	200
5.6	Análise dos Dados.....	201
6	RESULTADOS/DISCUSSÃO.....	204
6.1	Indicadores psicométricos do saber e do fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea (Primeiro artigo de resultados).....	204
6.2	Efeitos de intervenção educativa em enfermeiros nos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea (Segundo artigo de resultados).....	240
6.3	Ressignificando saberes e transformando o cuidado: a práxis de enfermeiras nos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea (Terceiro artigo de resultados).....	268
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	290
	REFERÊNCIAS.....	296
	APÊNDICES.....	320
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Enfermeiros).....	320
	APÊNDICE B – Instrumento para coleta de dados 1.....	322
	APÊNDICE C – Instrumento para coleta de dados 2.....	330
	APÊNDICE D – Carta-convite para os juízes do instrumento da pesquisa.....	331
	APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (juízes).....	333
	APÊNDICE F – Certificado dos juízes.....	334
	APÊNDICE G – Convite explicativo para os enfermeiros.....	335

APÊNDICE H – Cartaz de divulgação da intervenção educativa.....	336
APÊNDICE I – Plano de intervenção educativa.....	337
APÊNDICE J – Ficha de inscrição para intervenção educativa.....	344
APÊNDICE K – Certificado dos enfermeiros.....	345
APÊNDICE L – Artigo de Nota Prévia – Simuladores de feridas tumorais.....	346
APÊNDICE M – Formulário para avaliação, tratamento e acompanhamento de pessoas com lesões decorrentes do câncer e/ou da terapêutica antineoplásica.....	354
ANEXOS.....	357
ANEXO A – Termo de Anuência do Hospital Napoleão Laureano.....	357
ANEXO B – Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa.....	358
ANEXO C – Formulário de controle de curativos e descartáveis do Hospital Napoleão Laureano.....	359
ANEXO D – Formulário de evolução de enfermagem do Hospital Napoleão Laureano.....	360
ANEXO E – Lista de coberturas padronizadas pelo Hospital Napoleão Laureano...	361
ANEXO F – Declarações dos hospitais onde se realizaram as contribuições sociais da pesquisa.....	364
ANEXO G – Normas para publicações de periódicos.....	378



Oxente! - Marcelo Jeneci -

Oxente!

Onde é que 'tá', onde é que 'tá'?

'Tá' aqui na minha frente!

Busquei nas veredas da cidade

Ser inteiro e não metade,

Pois metade eu me sinto só.

Sonhei com amor e plenitude,

Descobri que sonho ilude

E até a pedra vira pó.

'Inda' hoje eu 'tô'

Procurando assim...

Quero achar o amor que é pra mim!

Eu sei

Amizade é diferente

Mas, o coração da gente

Pede sempre um pouco de paixão.

Achei

Meus amigos, estou contente!

Quem souber, me oriente

Ver o céu aqui beijando o chão!

Achei! Tá aqui na minha frente.

1 APRESENTAÇÃO

1.1 Aproximação com a Temática

A aproximação com a temática iniciou-se com a prática docente, em 2005, na disciplina ‘Enfermagem Cirúrgica’ da Faculdade Santa Emília de Rodat, em João Pessoa/PB. Nessa disciplina eram estudados diversos tipos de lesões operatórias, que podem evoluir sem complicações ou se tornar complexas devido a aspectos (biopsicossocial e espiritual), o que requer cuidados especializados com equipe multiprofissional.

Cerca de um ano depois, fui aprovada na seleção do Mestrado da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), momento em que vivenciei o estágio docência, na disciplina ‘Enfermagem Cirúrgica II’ na mesma instituição. As práticas dessa disciplina ocorreram em algumas instituições de saúde, dentre elas o Hospital Napoleão Laureano (HNL), uma instituição filantrópica e de referência no Estado da Paraíba que atende pessoas com câncer. Neste hospital eram realizadas cirurgias, dentre elas as oncológicas curativas e paliativas, o que exigia conhecimento científico e habilidade para avaliar a pessoa e o tumor, escolher a cobertura adequada e ter destreza para realizar o curativo após o procedimento cirúrgico; ao mesmo tempo em que acompanhava os discentes que estavam nas atividades teórico-prática.

Ao finalizar o Mestrado em 2008, continuei a lecionar as disciplinas ‘Enfermagem Cirúrgica’ e ‘Enfermagem em Centro Cirúrgico’ em faculdades privadas de João Pessoa/PB.

Em 2010, fui aprovada em uma seleção pública para professor de magistério superior na Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), *campus* Cuité, Paraíba, e a área de atuação profissional selecionada foi ‘Enfermagem na atenção à saúde do adulto’, que abrange disciplinas relacionadas aos cuidados de enfermagem nas doenças crônicas não transmissíveis e transmissíveis, e dentre as doenças não transmissíveis está o câncer e suas especificidades.

Nesse contexto, diante da necessidade de aprimorar os meus conhecimentos técnicos e científicos, em 2010 ingressei em um curso de pós-graduação *lato sensu* Multiprofissional em Cuidados Paliativos pela Universidade Santa Cecília/SP. Durante o curso, a disciplina ‘Cuidados Paliativos e Profissões da Área de Saúde’ contemplou alguns assuntos da área de Enfermagem, tais como os cuidados relacionados às estomias, às radiodermites e às mucosites, contudo não houve referência aos cuidados relacionados às feridas tumorais malignas cutâneas.

Então, motivada pela curiosidade e identificação com a temática, iniciei uma busca em bibliotecas, portais e bases de dados *on line* e pude perceber o quão eram incipientes os estudos acerca de feridas tumorais malginas cutâneas no Brasil. Diante disso, publiquei, em 2013, um estudo na *Revista de Cancerologia do Instituto Nacional do Câncer (INCA)* intitulado ‘Cuidados paliativos ao paciente portador de ferida neoplásica: uma revisão integrativa da literatura’ como pré-requisito para obtenção do título de especialista em cuidados paliativos⁽¹⁾.

Logo após a publicação desse estudo, fui convidada pelo enfermeiro e professor Dr. William Malagutti do Programa de Pós-Graduação da Universidade São Marcos, para escrever um capítulo de livro acerca do papel do enfermeiro nos cuidados de enfermagem destinados às pessoas com feridas tumorais, o qual foi publicado, em 2014, no livro intitulado ‘Feridas: conceitos e atualidades’⁽²⁾. Além disso, a professora e enfermeira do Instituto Nacional do Câncer, da Unidade IV de Cuidados Paliativos, Dra. Flávia Firmino, enfermeira do INCA, uma das estudiosas na área de feridas tumorais no Brasil, me convidou para participar de seu grupo de estudos e pesquisas, a fim de construir um capítulo de livro sobre essas lesões. O capítulo se intitula ‘Cuidados de enfermagem às pessoas com feridas neoplásicas malignas’⁽³⁾.

Concomitante a isso, pude observar, no transcorrer das atividades práticas como docente da UFCG desenvolvidas em um hospital filantrópico de Campina Grande/PB que atende pessoas com doenças oncológicas, que os enfermeiros, neste serviço, apresentavam fragilidades no conhecimento diante do cuidado de feridas tumorais malignas cutâneas em pessoas com doença oncológica. Esta condição amenizava o conforto e bem-estar da pessoa, me instigando a pesquisar sobre as causas e consequências da conduta profissional com pessoas com essas feridas, pois, assumindo a posição de educadora e supervisora acadêmica, vi-me na responsabilidade de administrar uma prática melhor no processo ensino-aprendizagem dos acadêmicos de enfermagem.

Partindo dessa experiência prática-extensiva, modifiquei o plano de curso da disciplina que ministro, a fim de contemplar o assunto em questão, e incluí, junto ao Núcleo Docente Estruturante (NDE), no novo Projeto Pedagógico do Curso (PPC) de Enfermagem, uma disciplina optativa com dois créditos, denominada “Cuidados Paliativos e Enfermagem”, que contempla, entre outros conteúdos, o “Processo de cuidar da pessoa com ferida tumoral maligna”. A disciplina tem como finalidade contribuir para o aperfeiçoamento de competências e habilidades do discente e do futuro profissional de enfermagem ao prestar os

cuidados paliativos às pessoas (adultas e crianças) que apresentem doenças ameaçadoras da vida, por meio do controle efetivo de sinais e sintomas dentro das dimensões biopsicossocial e espiritual, assim como cuidar da pessoa e sua família no processo de finitude e enlutamento.

Levando em consideração o tripé formado pelo ensino, pesquisa e extensão como eixo fundamental das Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) e que não pode ser compartimentado, desenvolvi dois projetos que foram institucionalizados vinculados à disciplina, a saber: Cine Paliar e EnferRisos. O primeiro viabilizou a apresentação de um filme com temática relacionada aos cuidados paliativos, com periodicidade mensal e aberto à comunidade acadêmica; o segundo projeto – EnferRisos – era composto por alunos da disciplina e tem como finalidade realizar ações lúdicas e/ou educativas relacionadas à saúde em creches, escolas, hospitais, asilos e *campus* universitário. E, por fim, articulei pesquisas envolvendo todo o arcabouço dos cuidados paliativos por meio de Projetos Institucionais Voluntários de Iniciação Científica e Trabalhos de Conclusão de Curso.

Nesse ínterim, também ingressei no Grupo de Estudos e Pesquisa de Tratamento de Feridas (GEPEFE/UFPB), que oportunizou mais conhecimentos e incentivou o meu intuito de desenvolver um projeto maior relacionado às feridas neoplásicas, com ênfase nos cuidados paliativos.

Com a aprovação na seleção de doutorado em 2014, idealizamos e implementamos um projeto integrado sobre feridas neoplásicas, com o objetivo de investigar a abordagem dos cuidados paliativos dispensados às pessoas com estas lesões no cenário acadêmico e na prática assistencial de enfermagem. O projeto subdividiu-se em seis subprojetos, os quais foram executados por acadêmicos dos Cursos de Bacharelado em Enfermagem da UFCG e UFPB e originaram um livro e 21 artigos, que foram publicados e estão indexados em revistas nacionais e internacionais.

Os resultados desses estudos revelaram fragilidades no conhecimento e na prática de enfermeiros com as pessoas com doença oncológica que desenvolvem feridas tumorais malignas cutâneas, bem como lacunas nas estratégias metodológicas e avaliativas utilizadas pelos docentes das disciplinas específicas que abordam os cuidados de pessoas com essas feridas, motivos que me levaram a realizar uma pesquisa de cunho intervencionista com enfermeiros da Atenção à Saúde de Alta Complexidade em Oncologia.

Nesse sentido, considerando toda a trajetória de vida aqui apresentada, esta pesquisa pretende envolver pesquisadores, docentes, enfermeiros assistenciais e acadêmicos a refletirem acerca da educação e ensino de enfermagem, com ênfase em um ensino centrado na

aprendizagem significativa. Aprender com significado é compreender o que se aprende, é ser capaz de aplicar, transferir e compartilhar os conhecimentos adquiridos em diferentes situações⁽⁴⁾. Para aprender significativamente, é imprescindível que o professor organize um material que potencialize a aprendizagem e que identifique os conhecimentos prévios dos aprendizes, e que o aprendiz manifeste intenção de querer aprender significativamente⁽⁵⁾. Contudo, além dessas três condições, para a ocorrência da aprendizagem significativa, é imprescindível que pensamentos, ações e sentimentos estejam integrados a fim de promover o empoderamento do ser humano⁽⁶⁾.

Convém ressaltar que, no intuito de integrar cada vez mais as atividades como docente com o campo de prática e considerando a tríade ensino-pesquisa-extensão, ministrei cursos de curta duração, embasados na Teoria da Aprendizagem Significativa, sobre cuidados paliativos destinados às pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas em alguns hospitais particulares, públicos e filantrópicos da Paraíba e Pernambuco. Esses cursos oportunizaram a participação de docentes, equipe de enfermagem e outros profissionais da área de saúde, e representaram um espaço para discussão e troca de experiências, favorecendo a integração docentes-profissionais-discentes, na perspectiva de promover educação e de desenvolver ações voltadas para os cuidados paliativos de pessoas que sofrem com feridas tumorais malignas cutâneas.

A partir desses cursos, fui convidada pelo médico e professor Dr. Thiago Lins da Costa Almeida, Coordenador da Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) do Hospital Padre Zé (HPZ), inédita na Paraíba, para participar como professora voluntária do Programa de Educação Permanente e dos projetos vinculados à UCP, bem como colaborar na disciplina de Cuidados Paliativos no Curso de Graduação em Medicina da UFPB, implantada no semestre 2018.2.

Diante da necessidade de preparar técnica e cientificamente a equipe multiprofissional do hospital, bem como sensibilizá-la para cuidar paliativamente dos pacientes internos, idealizamos e implementamos a I Semana de Cuidados Paliativos do HPZ e I Encontro de Cuidados Paliativos do HNL (desenvolvidos em outubro de 2017, em comemoração ao Dia Mundial dos Cuidados Paliativos); cursos, palestras, *workshops* com temas que envolviam os cuidados paliativos dentro de uma perspectiva preventiva e de finitude humana; e, por fim, projetos que envolvem práticas integrativas e complementares, tais como o PaliaCão (terapia assistida por animais, nesse caso, cães) e PaliArte (musicoterapia, arteterapia, *clowns*, etc) e a

implantação do projeto ‘Últimos desejos’, em que a equipe multiprofissional se disponibiliza a concretizar os últimos desejos das pessoas que estão em processo de finitude humana.

Vale enfatizar que as palestras, *workshops*, oficinas e projetos foram realizados com a ajuda e participação de professores e estudantes da UFCG, UFPB, Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ), GEPEFE, funcionários e voluntários do HPZ.



Esperança – Glenda Agra -

A pele do rosto enrugada
Com sulcos salientes
Magra e desidratada
Expressa a vida calejada.
Agora, na velhice,
O câncer investe e caminha indolente
Pelo corpo descontente.
Espera, sentada, a vez de ser chamada
Para dizer ao doutor a dor inflamada.
Fica aqui a tentar,
Sem reclamar e chorar
Um remédio para acalantar
A alma sofrida
De tanto amargurar,
E à espera de uma cura
Sem o corpo machucar.

2 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

2.1 Contextualização e Justificativa

O Brasil vivencia um fenômeno conhecido como transição epidemiológica, cuja característica é a mudança nas causas de mortalidade e morbidade secundárias às transformações demográficas sociais e econômicas. Nessa conjuntura, as doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas, o câncer, aparecem como doenças responsáveis pela modificação do perfil de adoecimento da população brasileira; e, apesar dos avanços em pesquisas e novas modalidades terapêuticas existentes, o câncer atinge a segunda maior causa de mortalidade no país⁽⁷⁻⁸⁾.

De acordo com a *International Agency for Research on Cancer* e a Organização Mundial de Saúde (OMS), a cada ano, 8,8 milhões de pessoas morrem de câncer, especialmente entre países de baixa e média renda. Um problema é que muitos casos de câncer são diagnosticados em estágio avançado, quando são mais difíceis de tratar com sucesso; mesmo em países com ótimos sistemas e serviços de saúde. O câncer, atualmente, é responsável por quase uma em cada seis mortes em todo o mundo. Mais de 14 milhões de pessoas desenvolvem câncer a cada ano, e este número deverá aumentar para mais de 21 milhões até 2030⁽⁹⁾.

A estimativa de câncer para o Brasil, para o ano 2018, aponta a ocorrência de cerca de 600 mil casos novos de câncer; destes, 180 mil novos casos, aproximadamente, serão câncer de pele não melanoma. O perfil epidemiológico revela que os cânceres mais frequentes, exceto o de pele não melanoma, serão o câncer de próstata (68.220) em homens e de mama (59.700) em mulheres. Além dos citados, completam a lista dos dez tipos de câncer mais incidentes: cólon e reto (intestino – 36.360), pulmão (31.270), estômago (21.290), colo do útero (16.370), cavidade oral (14.700), sistema nervoso central (11.320), leucemias (10.800) e esôfago (10.970). Embora haja limitações, acredita-se que as estimativas sejam capazes de descrever padrões atuais de incidência de câncer, possibilitando o dimensionamento da magnitude e do impacto dessa doença no Brasil⁽¹⁰⁾.

O câncer é definido como uma doença genética caracterizada pelo crescimento e divisão celular desordenados e, por isso, chamado de tumor maligno, que, por sua vez, pode invadir tecidos e órgãos adjacentes e/ou distantes, o que é denominado de metástases⁽¹¹⁾.

De forma geral, o processo de oncogênese caracterizado pela proliferação celular descontrolada. Neste, ocorrem, frequentemente, a quebra de integridade cutânea e a infiltração de células malignas nas estruturas da pele, causando a formação de feridas neoplásicas. Essas lesões podem ocorrer por extensão do tumor primário, por um processo metastático, assim como pela implantação acidental de células malignas no epitélio durante um procedimento cirúrgico ou diagnóstico, pela invasão de linfonodos próximos do tumor primário e ainda pela presença de feridas crônicas que, por sua vez, podem resultar em malignidade, a exemplo da úlcera de Marjolin⁽¹²⁻¹⁷⁾.

As feridas tumorais malignas cutâneas, geralmente, decorrem de alguns tipos de câncer, sendo o de pele, mama e cabeça e pescoço os de maior ocorrência. De modo geral, as neoplasias cutâneas primárias e as neoplasias de recidivas locais e regionais se propagam por meio da disseminação contígua; já as lesões cutâneas verdadeiramente metastáticas surgem em decorrência da disseminação hematogênica ou linfática de cânceres primários remotos⁽¹⁶⁾.

É difícil determinar a prevalência e incidência de feridas tumorais malignas cutâneas em pessoas com câncer, uma vez que a subnotificação está presente em vários países, sobretudo naqueles em desenvolvimento, contudo, existem alguns estudos que apontam uma prevalência de 6,6%⁽¹⁸⁾ a 14,5%⁽¹⁹⁾; destes casos, 62% são em mulheres com câncer de mama⁽²⁰⁾. No que se refere à progressão do tumor, a prevalência⁽¹⁵⁾ é de 5% para os tumores primários e 10% para os metastáticos e os locais de maior ocorrência foram a mama (47,1%), cabeça e pescoço (46,7%) e pele (39,1%)⁽²¹⁾.

A Unidade de Cuidados Paliativos do Instituto Nacional de Câncer⁽²²⁾ apurou que 14% a 20% dos pacientes evoluem com feridas tumorais malignas cutâneas, sendo os maiores sítios de incidência: cabeça e pescoço (49%), mama (45%), seguidos por pelve (4%) e membros inferiores (2%).

No Nordeste, estudos de incidência e prevalência vêm sendo desenvolvidos e um deles⁽²³⁾, realizado no Hospital do Câncer de Pernambuco, verificou que, de 51 pacientes com feridas neoplásicas atendidos no serviço, 60,8% destes eram homens com idade entre 40 e 60 anos; e as feridas, em sua maioria, se localizavam na região da cabeça e pescoço (52,8%) e três delas apresentavam estadiamento 3 (52%).

Já, na Paraíba, estudo⁽²⁴⁾ realizado no Hospital Napoleão Laureano destacou que as feridas tumorais malignas cutâneas desenvolveram com maior frequência na pele (73,4%) em decorrência do câncer de pele, com aspecto de ulceração superficial (37,6%), nos homens (57,8%) com mais de 60 anos de idade (57,8%); e outro estudo⁽²⁵⁾ realizado com 852

prontuários da Fundação Assistencial da Paraíba revelou que, aproximadamente, 10% dos pacientes com câncer evoluíram para feridas tumorais malignas cutâneas, cujos sítios de incidência foram pele (50,6%), boca (31,8%) e mama (17,6%) e os aspectos das lesões de maior ocorrência foram ulceração infiltrante (20,5%), superficial (11,5%) e vegetante (7,6%), predominantemente em mulheres (53%), com mais de 60 anos de idade (58,2%).

Fator contribuinte para o desenvolvimento das feridas malignas cutâneas é o retardo da confirmação diagnóstica e início de tratamento. Estudos^(26,27,28,29,30) sobre itinerário diagnóstico e terapêutico de pessoas com câncer apontaram alguns fatores que influenciam neste processo, a saber: oferta insuficiente de serviços/recursos humanos; dificuldades de acesso aos serviços de atenção básica e/ou busca ativa insuficiente (baixa flexibilidade no agendamento de consultas, situações críticas de acesso à unidade de saúde); distância dos centros públicos de referência em oncologia; falta de esclarecimento acerca da doença, do tratamento e do prognóstico, o que não permite ao paciente participar das decisões terapêuticas; comunicação equivocada ou insuficiente, caracterizada por informações incompletas, com baixa resolutividade e que não esclareça as etapas e os diferentes pontos de atenção que compõem a rede de atenção e do tratamento a ser instituído; cansaço produzido pelo deslocamento para a realização do tratamento; necessidade de alimentação durante o período que estão fora de casa em tratamento e falta de condições financeiras para custeá-la; não poder deixar o trabalho, principalmente quando o paciente é o provedor da família; dificuldades na logística familiar (não ter com quem deixar filhos ou parentes dependentes); dificuldades financeiras e com transportes dentre outras.

Meta-análise composta por 87% artigos estimou que 20% a 30% das mulheres esperam um mínimo de três meses antes de entrar em contato com um médico após terem experimentado sintomas de câncer de mama e que, aproximadamente, 25% atrasam essa visita médica inicial por seis meses. A taxa de sobrevivência diminuiu para 12% a 19% com o atraso de três meses no tratamento⁽³¹⁾. A sobrevivência de pacientes com câncer após o desenvolvimento de metástases cutâneas foi de 11 meses⁽³²⁾ e o atraso prolongado pode resultar em progressão da doença, desenvolvimento de feridas tumorais malignas cutâneas e mau prognóstico⁽³³⁾.

As feridas tumorais malignas cutâneas constituem um agravo na vida da pessoa com doença oncológica, pois, progressivamente, desfiguram o corpo, tornam-se friáveis, dolorosas, exsudativas, liberam odor fétido e, muitas vezes, concorrem para mutilações. Ao mesmo tempo, essas lesões podem levar ao desenvolvimento de complicações tais como infecções

superficiais e/ou sistêmicas, fístulas e infestação de larvas; outrossim, essas feridas afligem também as dimensões psíquica, social e espiritual do paciente, as quais podem interferir nas relações interpessoais com a equipe médica, com os próprios familiares e até mesmo com o relacionamento social e afetando diretamente a autoestima⁽³⁴⁻³⁷⁾.

Estudo prospectivo realizado com 472 pacientes com câncer em consulta de medicina paliativa demonstrou que 67,7% apresentaram feridas tumorais malignas cutâneas e estas exibiram pelo menos um dos oito sintomas a seguir: dor, exsudação, odor, prurido, sangramento, sofrimento estético, além da ferida com aspecto vegetante volumoso; 21,9% das feridas apresentaram pelos menos dois sintomas e 11,5% apresentaram três ou mais sintomas. A prevalência dos sintomas foi de 31,3% para dor; 23,9% para aspecto vegetante volumoso; 19,4% para desconforto estético; 17,9% para exsudação; 11,9% para odor; 6% para prurido; e 6% para sangramento⁽³⁸⁾.

Dados os efeitos devastadores que essas feridas exercem sobre os pacientes e seus familiares, cabe aos profissionais de saúde realizar anamnese, exame físico, solicitar exames complementares a fim de promover prevenção primária e secundária, assim como encorajar o paciente na adesão ao tratamento logo após a detecção do câncer, a fim de maximizar as possibilidades de cura e reduzir o risco de complicações. Nesse sentido, vale ressaltar que estudo⁽³⁹⁾ demonstrou que mulheres com câncer de mama pós-mastectomia radical apresentaram aumento de sobrevida, bem como diminuição da taxa de recidiva cutânea quando submetidas à quimioterapia e radioterapia adjuvantes. Além disso, meta-análise⁽⁴⁰⁾ revelou associação entre a excisão precoce de feridas tumorais cutâneas primárias e o aumento de sobrevida e menor taxa de recidiva local.

No que se refere ao tratamento das feridas tumorais malignas cutâneas, devem-se considerar duas linhas de ação: a primeira abordagem está relacionada ao diagnóstico precoce e cura da doença e, com isso, à cicatrização da lesão; e a segunda abordagem está relacionada ao câncer em fase avançada, em que a cicatrização não é possível e a conduta diante dessas lesões é unicamente paliativa, tendo seu foco no alívio dos sintomas físicos e psicossociais e espirituais^(14,22, 41-44).

Nesse sentido, vale ressaltar que, para a OMS⁽⁴⁵⁾, o cuidado paliativo é uma abordagem que “melhora a qualidade de vida dos pacientes (adultos e crianças) e suas famílias, que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida; previne e alivia o sofrimento através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais”.

A dinâmica pessoa-doença-cuidado em relação às feridas tumorais malignas cutâneas amplia o problema a uma ‘circunferência’ psicossocial mais séria; vai além do fator concreto da doença (por exemplo, os tumores, a própria ferida dentre outros), remete a pessoa à constante lembrança visível da sua doença incurável, do mau prognóstico e do insucesso terapêutico curativo e, na maioria das vezes, traz em seu discurso, no âmbito relacional do tratamento, a condição *sine qua non* da morte que se aproxima^(38,46-51). É frente a tal situação que a pessoa com essa doença necessita não apenas de um tratamento medicamentoso, mas de profissionais que atuem de forma mais empática, e nesta condição está o enfermeiro.

O enfermeiro é um membro ativo e integrante de uma equipe multiprofissional que, geralmente, é responsável pela realização dos tratamentos que requerem contato físico, afetivo e social; nesta condição, estaria o tratamento de feridas, pois cabe aos profissionais dessa área desenvolver competências e habilidades que lhes permitam conhecer e identificar características individuais e/ou sociais (sociodemográficas, familiares, psíquicas dentre outras) de pacientes com feridas tumorais malignas cutâneas e implementar cuidados específicos relacionados a elas (limpeza, avaliação, prescrição de terapias tópicas, coberturas específicas, realização de curativos e acompanhamento contínuo). Nesse sentido, realizar um curativo eficaz, 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 à sua imagem social, bem como para a satisfação consigo e conscientização de que está sendo bem tratado^(19, 52-53).

Esse cuidado holístico, que agrega os fatores elencados acima, deve ser ofertado por profissionais que atuam nos três níveis de atenção à saúde, a saber: na Atenção Básica, realizando ações de caráter individual e coletivo, voltadas à promoção da saúde e prevenção do câncer, bem como diagnóstico precoce e apoio à terapêutica de tumores, às ações clínicas para o seguimento de tratamento e aos cuidados paliativos; na Atenção à Saúde de Média Complexidade, realizando assistência diagnóstica e terapêutica especializada, inclusive cuidados paliativos, garantida a partir do processo de referência e contrarreferência; e, por fim, Atenção à Saúde de Alta Complexidade (ASAC) em Oncologia, garantindo o acesso de pacientes com diagnóstico clínico ou definitivo de câncer a esse nível de atenção, para determinar a extensão da neoplasia (estadiamento), tratar, cuidar e assegurar qualidade de acordo com rotinas e condutas estabelecidas, assistência essa que se dará por meio de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON)⁽⁵⁴⁻⁵⁵⁾.

Vale ressaltar que a então Política Nacional de Atenção Oncológica⁽⁵⁴⁾ revogada pela Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas⁽⁵⁶⁾ garante que essas ações devem ser organizadas segundo o planejamento de cada unidade federada e norteadas pelos princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde⁽⁵⁶⁾.

Nesse contexto, algumas pesquisas que vêm sendo realizadas revelam algumas fragilidades e lacunas no que se refere à assistência às pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas. Os principais problemas comuns na maioria dos casos são: ausência de registros relativos às pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas; desarticulação entre os três níveis de atenção à saúde; despreparo e falta de atualização dos profissionais; ausência de protocolos ou normatizações; falta de materiais básicos para os curativos nas unidades básicas e hospitalares; ausência de orientações quanto à técnica, à terapia tópica e às coberturas utilizadas para os curativos em domicílio; carência de acompanhamento ou monitoramento de pacientes; falta de medicamentos para o controle dos sintomas das feridas tumorais malignas cutâneas (dor, sangramento, odor, prurido e infestação de larvas); utilização de produtos considerados obsoletos para o cuidado com feridas (de modo geral); utilização de produtos contraindicados para feridas tumorais malignas cutâneas; abordagem tecnicista; espaço físico inadequado na unidade de saúde ou nos setores hospitalares; ausência de comissão de pele em unidades ambulatoriais e hospitalares; ausência de educação permanente nos serviços; e sentimentos de repulsa e aversão diante da ferida e do odor exalado por ela^(19,24-25,47,53,48-64).

Esses problemas contribuem para a progressão da lesão, piora dos sintomas clínicos e desenvolvimento de complicações, como fístulas, infestação de larvas e mutilações, o que concorre para piora da qualidade de vida, promovendo exclusão e isolamento social, sobretudo quando essas pessoas estão vivenciando o processo de terminalidade⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

Na assistência à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea, pesquisadores internacionais^(44,66) desenvolveram diretrizes de orientações e recomendações aos profissionais de saúde e, a partir destas, o Instituto Nacional do Câncer⁽²¹⁾ construiu um manual sobre tratamento e controle de feridas tumorais, cujo objetivo é uniformizar as condutas referentes à abordagem dessas feridas nos setores assistenciais do Hospital do Câncer, Unidade IV, destinada aos cuidados paliativos desse Instituto. A adoção dos procedimentos desse manual tem como finalidade sistematizar a prática dos profissionais na realização dos cuidados e

prevenção de feridas tumorais malignas cutâneas em pacientes com doença oncológica avançada e proporcionar maior segurança técnica ao profissional.

Além das diretrizes internacionais e nacionais supracitadas, pesquisadores⁽⁶⁷⁾ construíram e validaram um subconjunto terminológico, utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem para pacientes em cuidados paliativos com feridas tumorais, de forma a contribuir para a tomada de decisão pelo enfermeiro, que subsidiem intervenções de enfermagem efetivas e eficazes para o manejo dos sintomas.

Nessa perspectiva, se faz necessária não apenas a relevância do conhecimento técnico e científico do enfermeiro, mas, também, uma ênfase em processos humanísticos de relação interpessoal. Assim, salientar tais condições para o profissional é valorizar um saber muito maior sobre as propriedades, características e classificação dessas feridas. Se, por um lado, conhecimento técnico-científico pressupõe subsídios, de forma concreta, ao tratamento e ao planejamento das ações de enfermagem, considerando-se os recursos humanos e materiais disponíveis e necessários, por outro lado, o desenvolvimento de ações educativas direcionadas ao paciente e ao cuidador poderá gerar qualidade de vida e trabalho capazes de promover melhorias significativas nas dimensões física, psicológica e social das pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas.

A ação de cuidar pode e deve se beneficiar de instrumentos tecnológicos, mas, em si mesma, trata-se de uma ação humana, e, portanto, pessoal, o que significa que não pode sob nenhuma circunstância suprir-se à presença – física – da pessoa que cuida. Humanizar a tecnologia é uma forma de cuidar do paciente⁽⁶⁸⁾. Nesse sentido, estudo⁽⁶⁰⁾ realizado com enfermeiras que cuidavam de pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas revelou que as profissionais compreendiam o cuidar como ciência e arte da Enfermagem, uma vez que demonstraram preocupação por um cuidar humanizado, holístico e, sobretudo, empático e compassivo para com o paciente, promovendo ações de solicitude com vistas ao conforto físico, psíquico, social e espiritual do paciente, proporcionando, assim, bem-estar e dignidade no processo de adoecimento e morte dele.

Com isso, julga-se que qualquer transformação humana inicia-se com a educação que enfatize formas de saber e a aplicação destas e que proponha, além de um aprimoramento técnico e científico, que seja capaz de estruturar e organizar, individual e coletivamente, nos enfermeiros uma atenção à saúde competente e responsável por esse conhecimento, permitindo ser coparticipante na vida social e psicológica da pessoa com ferida tumoral

maligna cutânea, contribuindo para percebê-la como requisitante de um cuidar integral para a melhoria da sua vida.

2.2 Delimitação do Objeto de Estudo

De forma geral, a educação em saúde envolve aspectos críticos e transformadores para que o ser humano se qualifique e se visualize como parte de um grupo sócio-historicamente situado e inserido em um ambiente que é influenciado por uma ação, bem como a influencia, tendo por objetivo a adoção de hábitos de cuidado da saúde individual, da higiene do ambiente e da relação social⁽⁶⁹⁾. Portanto, a educação em saúde se expressa como a linha mais tênue entre o agir ético, humanístico, técnico e sistêmico, em que a pessoa desenvolve sua capacidade de compreensão da complexidade dos determinantes do ser saudável, sobretudo, os que dependem dos cuidados de outras pessoas (por exemplo, familiares, profissionais da prática do cuidado dentre outros)⁽⁷⁰⁻⁷²⁾.

O objetivo da educação em saúde não é o de informar para a saúde, mas de transformar saberes existentes. A prática educativa, nesse contexto, pretende desenvolver autonomia e responsabilidade dos profissionais, gestores e usuários no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo entorno relacional dos sujeitos envolvidos e compreensão da situação de saúde. Essa prática educativa é emancipatória e valoriza a comunicação dialógica, com vistas à construção de um saber sobre o processo de saúde-doença-cuidado que prepare as pessoas a definirem quais as estratégias mais adequadas para promover, manter e recuperar sua saúde⁽⁷³⁾.

Nesse contexto de transformação, com o desafio de envolver profissionais preparados para atuar na atenção à saúde, em todos os níveis de atenção, foram criadas, em 2003, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde por meio da Resolução do Conselho Nacional de Saúde⁽⁷⁴⁾(CNS) nº 335 de 27 de novembro de 2003, que aprovou a ‘Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde: Caminhos para Educação Permanente em Saúde’ e a estratégia de ‘Polos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde’.

Em 2013, a então Política Nacional de Atenção Oncológica⁽⁵⁴⁾ foi revogada pela Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas⁽⁵⁶⁾, por meio da Portaria nº 874 de 8 de dezembro de 2013 do

Gabinete do Ministério da Saúde e em sua Seção VII sobre os princípios e diretrizes relacionados à Educação ressalta no seu artigo 17, que se constitui princípios da educação no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer o fomento à formação e à especialização de recursos humanos, assim como a qualificação da assistência por meio da educação permanente dos profissionais envolvidos com o controle do câncer nas redes de atenção à saúde nos diferentes níveis de atenção, conforme os pressupostos da Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde⁽⁷⁵⁻⁷⁶⁾ e, em 2007, a Portaria nº 1996 de 20 de agosto de 2007 do Gabinete do Ministério da Saúde, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde⁽⁷⁷⁾.

Em 2018, foi criada a Resolução nº 41 de 31 de outubro de 2018, que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde, que no seu artigo 3, objetiva fomentar a instituição de disciplinas e conteúdos programáticos de cuidados paliativos no ensino de graduação e especialização dos profissionais de saúde; ofertar educação permanente em cuidados paliativos para os trabalhadores da saúde no SUS e promover a disseminação de informação sobre os cuidados paliativos na sociedade dentre outros⁽⁷⁸⁾.

Essas políticas seguem os pressupostos pedagógicos apresentados pela Organização Pan-América de Saúde (OPAS)/OMS e têm o objetivo de transformar as práticas profissionais de saúde, por meio de ações educativas que considerem as especificidades e necessidades dos profissionais envolvidos como elementos essenciais e significativos para os mesmos, para que, a partir da aprendizagem significativa, tais profissionais possam propor e reorganizar as práticas, com vistas a mudanças no processo de trabalho⁽⁷⁵⁻⁷⁶⁾.

A lógica da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde^(74,77) é a criação de uma nova subjetividade para a prática profissional, que utilize a problematização a fim de contribuir para a educação dos profissionais, gestores e usuários de forma a assumirem um compromisso ético-político e tornarem-se capazes de atuar criticamente nos espaços de saúde⁽⁷⁹⁾. Nesta perspectiva, esta pesquisa propôs desenvolver uma capacitação com elementos teórico-científicos, práticos e empático-humanísticos para enfermeiros da Atenção à Saúde de Alta Complexidade em Oncologia embasada na Teoria da Aprendizagem Significativa (TAS) de David Paul Ausubel.

A Teoria de Ausubel refere-se a um processo de ensino e aprendizagem que contempla um papel mais ativo do aprendiz, que precisa ter disposição para aprender e se confronta com

modelos tradicionais de educação, que, geralmente, têm caráter higienista, imperativo e de transmissão vertical de conhecimentos.

Na Teoria de Ausubel^(4-6,80), a aprendizagem é mais significativa quando um novo conteúdo é agregado às estruturas do conhecimento do aprendiz, oferecendo-lhe um significado, baseado em seu conhecimento anterior. Para Ausubel, o ato de aprender é mais eficaz nas ocasiões em que o estudante consegue agregar aos conceitos anteriores novos conteúdos, evitando que sejam absorvidos de modo mecânico^(4-6,80).

Para haver aprendizagem significativa são necessárias três condições: 1 – intenção do aprendiz para aprender; 2 – disponibilidade de elementos relevantes na estrutura cognitiva do aprendiz; e 3 – que o material a ser aprendido seja potencialmente significativo⁽⁸⁰⁾.

De acordo com Ausubel⁽⁴⁻⁶⁾, para que uma aprendizagem significativa possa ocorrer, é necessário investir em ações que potencializem a disponibilidade do aprendiz para a aprendizagem, que se traduz, por exemplo, no empenho em estabelecer relações entre seus conhecimentos anteriores sobre um assunto e o que está aprendendo sobre ele. Isso significa que os conhecimentos prévios dos aprendizes devem ser levados em consideração. As ideias prévias dão uma visão ao professor sobre de que maneira os aprendizes pensam e, ao analisá-las, conseguirá propor situações de ensino mais adequadas, para que os aprendizes entendam os significados da informação nova⁽⁸¹⁾.

Nesse sentido, vale ressaltar que, para que a aprendizagem seja significativa, “há que se trabalhar com uma pedagogia diferenciada, que considere cada aprendiz com seus potenciais e dificuldades e que esteja voltada à construção de sentidos, abrindo, assim, caminhos para a transformação e não para a reprodução acrítica da realidade social”^(74:5).

É com base na teoria cognitivo-construtivista de Ausubel que se desenvolveu uma capacitação para enfermeiros da Atenção à Saúde de Alta Complexidade em Oncologia, utilizando metodologias ativas, colocando esses atores sociais como seres ativos e participantes no seu processo de aprendizagem.

Esta teoria vem sendo utilizada em pesquisas na área de Enfermagem. Pesquisadoras⁽⁸¹⁻⁸³⁾ observaram resultados relevantes, quando da utilização dos elementos teóricos da aprendizagem significativa, e evidenciaram que a intervenção educativa com a teoria em questão influenciou na aquisição do conhecimento e mudança de atitude e prática de profissionais de enfermagem sobre alguns aspectos de seus exercícios laborais referentes aos cuidados relacionados à hipotermia, vigilância de desenvolvimento neuropsicomotor de lactentes e cuidados relacionados às feridas vasculogênicas. Portanto, se faz necessário

ampliar o uso da teoria em outros cenários, abordando a temática de cuidados paliativos destinados às pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas, de forma que esta teoria reflita na realidade dos profissionais envolvidos.

Convém ressaltar que, de acordo com o Ministério da Saúde⁽⁷⁵⁾, a capacitação deve ocorrer por meio de ações intencionais e planejadas que têm como missão fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas que a dinâmica da organização não oferece por outros meios, pelo menos em escala suficiente. Nesse contexto, vale ressaltar que a capacitação é uma estratégia que tem como finalidade encontrar soluções para as dificuldades que os serviços de saúde enfrentam. Entretanto, há que se quebrar alguns paradigmas, que estão enraizados no âmbito da educação em saúde, como a mera transmissão de conhecimento técnico-científico, ausência de discussões, reflexões e partilha acerca de vivências e dificuldades enfrentadas pelos profissionais, desarticulação do contexto vivenciado pelos profissionais, ausência de avaliação dos resultados e a ideia de que a mudança será imediata⁽⁸¹⁾.

Dessa forma, o cuidado depende de uma formação voltada para uma prática transformadora da realidade e que consiga quebrar o paradigma de concepção do próprio trabalho pedagógico, muitas vezes, conservador, centrado em relações autoritárias, na reprodução e manutenção do conhecimento acrítico e deslocado da realidade e em métodos positivistas-racionalistas⁽⁸¹⁾.

A partir desse contexto e das experiências vivenciadas como docente, realizou-se uma capacitação para enfermeiros da Atenção à Saúde de Alta Complexidade em Oncologia utilizando a Teoria da Aprendizagem Significativa sobre os cuidados paliativos destinados às pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas, tendo em vista que é tarefa do professor “colocar a cultura científica em estado de mobilização permanente, substituir o saber fechado e estático por um conhecimento aberto e dinâmico, capaz de se reconstruir e de se retificar”^(84:366). Portanto, é no interior de concepções abertas e dialéticas que o conhecimento pode encontrar a possibilidade de renovação, de construção e de reconstrução.

Cumprasse assinalar que a aprendizagem é reconhecida como um ato social e a educação crítica enfatiza a práxis, cujos elementos constitutivos são a ação e a reflexão. Nessa perspectiva, estudiosos na área da educação e cuidado⁽⁸⁵⁾ sugerem que a educação seja organizada em torno de quatro aprendizagens consideradas primordiais: *aprender a conhecer* (ou aprender a aprender) que significa despertar o prazer de conhecer, compreender, descobrir, construir e reconstruir o conhecimento; *aprender a fazer*, que abrange o

desenvolvimento de competências e habilidades no uso de tecnologias e sua aplicabilidade na vida moderna, observando as relações interpessoais; *aprender a conviver*, que significa a busca da integralidade pessoal observando as características individuais e o relacionamento com os outros; e *aprender a ser*, que inclui a descoberta de si mesmo como pessoa e como integrante da sociedade, respeitando os valores culturais.

Das atividades de educação permanente, das problematizações ao pensar-agir-perceber e de sua interpretação surge como aprendizagem significativa a invenção de si, onde, nesse processo, observam-se a ‘dissolução de identidades’ e a reconstrução de novas subjetividades, uma vez que aquele que aprende é pressionado pelas problematizações a reinventar-se, e estender aos seus coletivos e às suas instituições⁽⁸⁶⁾.

Dessa forma, o interesse nessa teoria teve os seguintes objetivos: identificar, avaliar, planejar intervenções e implementar nos espaços de saúde destinados aos cuidados paliativos para pessoas com ferida tumoral maligna cutânea (por exemplo, em hospitais que atendam pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas) a prática da aprendizagem significativa na formação do enfermeiro e avaliar a qualidade dos cuidados paliativos de enfermagem destinados aos pacientes com essas feridas após as intervenções educativas.

Considerando-se a demanda de pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas com necessidades diversas de tratamento e em consulta com as palavras-chave “feridas neoplásicas”, “feridas tumorais”, “feridas malignas”, “feridas tumorais malignas cutâneas”, “feridas vegetantes”, “feridas oncológicas”, “educação em saúde”, “saúde”, “enfermeiros” e “enfermagem” nas bases de dados e bibliotecas científicas *on line* (SciELO, LILACS, MEDLINE, CINAHL), encontraram-se poucos estudos⁽⁸⁷⁻⁸⁸⁾, principalmente em relação ao tratamento de feridas tumorais malignas cutâneas com foco na dinâmica ensino-aprendizagem de profissionais de enfermagem como processo de intervenção para mudança de atitudes voltada para a qualidade de vida da pessoa com doença oncológica. Tais reflexões e objetivos são o desenvolvimento desta pesquisa, visando à melhoria da prática de profissionais que atuam junto a esses pacientes, bem como motivar o interesse da comunidade científica e assistencial para a continuidade de pesquisas na área da educação em saúde.

Nessa perspectiva, a presente pesquisa partiu da seguinte questão norteadora: Qual a influência de intervenção educativa embasada na Teoria da Aprendizagem Significativa no saber e no fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados às pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas, em serviços de Atenção à Saúde de Alta Complexidade em Oncologia?

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Nesse contexto, surgiu a seguinte hipótese: A intervenção educativa embasada na Teoria da Aprendizagem Significativa (TAS) exerce mudança no saber e no fazer de enfermeiros da Atenção à Saúde de Alta Complexidade (ASAC) em Oncologia em relação aos cuidados paliativos (CPs) destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea (FTMC).



“Não aguento ser apenas um sujeito que abre portas,
Que puxa válvulas,
Que olha o relógio (...)
Mas, eu preciso de Outros.
Eu penso renovar o homem usando borboletas”

Manoel de Barros

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a influência de intervenção educativa embasada na Teoria da Aprendizagem Significativa no saber e no fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados às pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas, em serviços de Atenção à Saúde de Alta Complexidade em Oncologia.

3.2 Objetivos Específicos

-  Sintetizar a produção científica publicada na literatura sobre os cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea;
-  Analisar o conceito de aprendizagem significativa conforme a Teoria de David Ausubel;
-  Apresentar o processo de construção e validação de instrumento sobre cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea;
-  Verificar a discriminação de itens, representatividade do conteúdo e fidedignidade da medida acerca do saber e do fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea;
-  Verificar o efeito da intervenção educativa em enfermeiros da Atenção à Saúde de Alta Complexidade sobre os cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea;
-  Analisar o processo de resignificação de saberes e transformação dos cuidados paliativos como práxis de enfermeiros que cuidam de pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas.



O manto - Luís Alberto Mussa Tavares

E quando a dose já não fizer mais efeito,
E o coração parar de responder
E pelos protocolos não houver mais jeito
E não restar mais nada o que fazer,
E quando o possível já tiver sido feito,
E o corpo já der sinais que vai morrer,
E o coração bradicadizar dentro do peito,
E a vida ir parecendo se perder,
Então não seja aquele que desiste,
Mesmo diante da morte iminente a vida existe,
E se existe vida ainda há muito o que tentar,
Por isso cobre com teu manto de amor a despedida,
Como um último gesto de amor à vida
Como a derradeira forma de cuidar.

4.REFERENCIAL TEÓRICO

O planejamento e a implementação de um plano de cuidados que compreenda as reais necessidades da pessoa com ferida tumoral maligna cutânea requerem conhecimento prévio acerca do processo de oncogênese e prática assistencial voltada para essa pessoa. Nesse sentido, o conhecimento teórico foi abordado quanto à origem etimológica do termo “câncer”, definição de câncer e de ferida tumoral maligna; nomenclaturas utilizadas para feridas tumorais; estadiamento; fisiopatologia da ferida tumoral maligna; sintomatologia, repercussões biopsicossociais das feridas tumorais malignas para a pessoa que apresenta esse tipo de lesão; avaliação da pessoa e da lesão; ações básicas de enfermagem para o cuidado e, de forma geral, algumas ações específicas de enfermagem para o controle dos sinais e sintomas e das complicações, bem como aspectos importantes para o registro das intervenções de enfermagem e orientações para a alta hospitalar. As intervenções específicas e mais detalhadas para o controle da dor, do exsudato, do odor e do sangramento foram contempladas, neste capítulo, em forma de artigo de revisão integrativa da literatura.

Outros itens pontuados neste referencial tratam de um resgate histórico da assistência oncológica e educação permanente em saúde para enfermeiros que cuidam de pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas no âmbito do SUS e a análise do conceito de Aprendizagem Significativa à luz da Teoria de David Ausubel apresentada em artigo de revisão integrativa.

Neste capítulo, alguns conceitos relacionados às feridas tumorais malignas cutâneas serão apresentados, também, em forma de mapa conceitual, estratégia metodológica utilizada pela teoria da Aprendizagem Significativa, cuja finalidade é apresentar um diagrama que indica a relação de conceitos em uma perspectiva bidimensional, procurando mostrar as relações hierárquicas entre os conceitos pertinentes à estrutura do conteúdo⁽⁸⁹⁻⁹¹⁾.

O mapa conceitual é uma técnica flexível e pode ser utilizada em diversas situações e para diferentes finalidades, a saber: instrumento de análise de currículo; técnica didática; recurso de aprendizagem; meio de avaliação, dentre outros⁽⁸⁹⁻⁹¹⁾.

Os mapas conceituais não apresentam regras fixas para construção; o importante é que o mapa conceitual seja um instrumento capaz de evidenciar significados atribuídos a conceitos e relações de conceitos no contexto de um corpo de conhecimentos de uma disciplina, de uma matéria de ensino, entre outros. Além disso, os mapas conceituais não são

autoinstrutivos, ou seja, devem ser explicados por quem o construiu. Ao explicá-lo, a pessoa externaliza significados e traz à tona, de alguma forma, suas representações internas (mentais)⁽⁸⁹⁻⁹¹⁾.

Na medida em que o aprendiz ou professor utiliza mapas conceituais para integrar, reconciliar e diferenciar conceitos com o objetivo de analisar artigos, textos, capítulos de livros, romances, experimentos de laboratório e outros materiais educativos, estará utilizando o mapa conceitual como recurso de aprendizagem⁽⁸⁹⁻⁹¹⁾.

Vale enfatizar que não existe mapa conceitual correto. Cada mapa é único, singular e é uma representação externa de quem o construiu⁽⁸⁹⁻⁹¹⁾. Nessas circunstâncias, é oportuno salientar que os mapas conceituais presentes nesta tese foram construídos como recurso instrucional para facilitar a apresentação de algumas definições operacionais relacionadas às feridas tumorais malignas cutâneas e foram elaborados no Programa *CMAP Tools*⁽⁹²⁾.

4.1 Assistência à Pessoa com Ferida Tumoral Maligna Cutânea

A palavra “câncer” tem origem latina, *Cancrum*, que significa ‘caranguejo’. Hipócrates criou os termos gregos *Karkinos* para designar lesões neoplásicas não cicatrizantes e *Karkinôma* para indicar tumores malignos sólidos; ambos os termos derivam de *Karkinos*, que também significa ‘caranguejo’. Todavia, não se conhece as razões pelas quais Hipócrates e seus seguidores escolheram o termo para descrever tumores malignos, porém Galeno, ao realizar necropsias em pessoas com câncer, observava e ressaltava que as veias que rodeavam o tumor se pareciam com as patas de um caranguejo⁽⁹³⁾.

O câncer é uma doença genética cujos processos de iniciação e progressão celulares envolvem uma série de lesões no DNA, levando assim às alterações das funções essenciais das células, tais como proliferação, diferenciação, apoptose e estabilidade do genoma. Essas mutações levam à perda progressiva da homeostase e ao aparecimento do fenótipo celular maligno. Essas células diferentes são chamadas de cancerosas, que por sua vez se multiplicam rápida e descontroladamente formando novos vasos sanguíneos, resultando na formação de tumores malignos. Dessa forma, com a substituição das células normais pelas cancerosas, os tecidos invadidos vão perdendo suas funções⁽¹¹⁾.

A pessoa com câncer apresenta uma suscetibilidade para desenvolver algumas lesões, as quais podem ser secundárias às modalidades terapêuticas (quimioterapia, radioterapia,

procedimentos cirúrgicos), como, por exemplo, as lesões por extravasamento de medicamentos quimioterápicos, radiodermites, mucosites e feridas operatórias. Todavia, há feridas que podem estar relacionadas à deficiência do estado clínico, nutricional e à limitação de mobilidade, tais como as lesões por pressão, dermatites associadas às incontinências, para as quais há expectativas de prevenção e cicatrização⁽⁹⁴⁾.

Contudo, nos casos de câncer avançado e sem possibilidades terapêuticas de cura, existem outros tipos de lesões – as feridas tumorais malignas, que se originam em decorrência da infiltração de células malignas do tumor nas estruturas do epitélio, resultante da proliferação celular descontrolada induzida pelo processo de oncogênese; progressão do tumor primário; processo metastático; implantação acidental de células malignas no epitélio durante um procedimento cirúrgico ou diagnóstico; invasão de linfonodos próximos do tumor primário e presença de feridas crônicas que, por sua vez, podem resultar em malignidade, a exemplo da úlcera de Marjolin⁽¹³⁻¹⁷⁾. Essas lesões, geralmente, não cicatrizam e a meta do cuidado é unicamente paliativa, ou seja, se faz necessário enfatizar a melhoria ou manutenção da qualidade de vida da pessoa e de seus familiares.

Logo a seguir, a Figura 01 destaca o mapa conceitual da definição de ferida tumoral maligna cutânea, levando em consideração a representação cognitiva da pesquisadora.

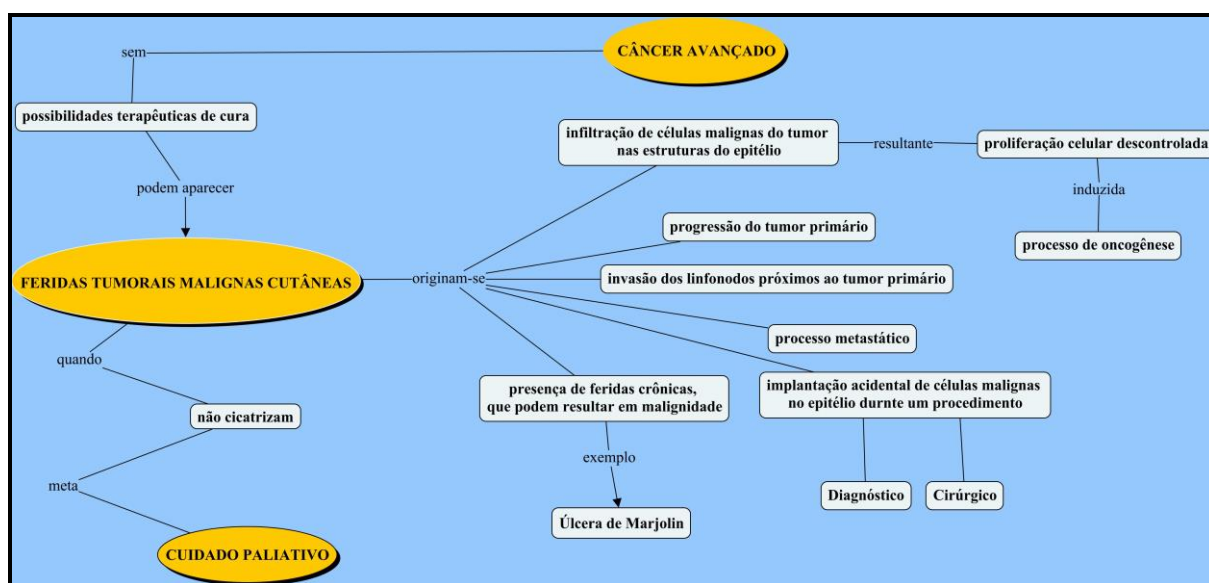


Figura 01 - Mapa Conceitual - Definição de ferida tumoral maligna cutânea

Fonte: Dados da pesquisa, 2018

Nessas circunstâncias, conhecer os conceitos de feridas tumorais malignas, compreender sua fisiopatologia, seus sinais e sintomas, assim como as terapias tópicas para o

seu manejo clínico são fatores primordiais para subsidiar a construção de plano de cuidados e desenvolvimento de pesquisas que pretendam amenizar o sofrimento adicional que essas lesões impõem à pessoa com câncer avançado e sem possibilidades terapêuticas de cura.

A literatura que aborda a temática sobre essas feridas não apresenta um consenso acerca da nomenclatura, todavia algumas designações utilizadas se fundamentam na morfologia que a lesão apresenta sobre o ruptura do epitélio. Desse modo, utilizam-se os termos “*feridas ulcerativas malignas*” quando estão ulceradas e formam crateras rasas; “*feridas vegetantes malignas ulceradas*”, quando existe a associação do aspecto vegetativo com partes ulceradas; e “*feridas vegetantes malignas*”, quando são semelhantes à couve-flor. Ferida vegetante ou ferida vegetante maligna e ferida maligna são os termos predominantes da literatura internacional (*fungating wound; malignant fungating wound, malignant wound*)^(15-16,87,95-96).

Em discussão específica sobre esta ausência de uniformização de termos para designar tais lesões, pesquisadoras denominaram como “*feridas cutâneas malignas*”, entretanto referiram que a melhor designação seria “*feridas tumorais malignas cutâneas*”, haja vista que a ferida tumoral está presente em todo tipo de ferida neoplásica e não designa que a ferida é maligna nem que está sobre o tegumento⁽⁹⁵⁾. No Brasil, a denominação “*feridas tumorais*” é a forma clássica utilizada e tem sido adotada pelo Instituto Nacional do Câncer⁽²²⁾. Exemplos de feridas tumorais malignas cutâneas incluem melanoma, carcinoma basocelular, carcinoma de células escamosas, sarcoma de Kaposi, angiossarcoma e micose fungoide⁽¹⁴⁻¹⁷⁾.

A classificação para o estadiamento de feridas foi proposta pelas enfermeiras Haisfield-Wolfe e Baxendale-Cox, em 1999⁽⁹⁵⁾, baseada no sistema de classificação em estágios das lesões por pressão, criado pelo *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), em 1989⁽⁹⁷⁾. Este estadiamento foi divulgado na literatura brasileira, por tradução livre em 2005 e em 2009 e foi adotado e divulgado pelo Instituto Nacional de Câncer através de sua Unidade de Cuidados Paliativos (Unidade IV)⁽²²⁾. A forma de classificação original é um dos instrumentos de avaliação preconizados pela Sociedade Europeia de Enfermagem Oncológica – *European Oncology Nursing Society* (EONS)⁽⁴⁴⁾ em seu consenso de recomendações de cuidados para feridas tumorais malignas cutâneas.

O estadiamento classifica e caracteriza os estágios pelos quais a ferida se desenvolve da fase proliferativa até a fase de destruição; esta classificação procurou definir o grau de

acometimento tecidual (por proliferação e por destruição) e a associação de sinais e sintomas característicos deste processo^(14,16,43-44,66,96-99).

O Quadro 01, que se apresenta logo a seguir, define o estadiamento proposto de forma sumarizada a partir da versão adaptada utilizada pelo INCA⁽²²⁾.

Classificação e graduação das feridas tumorais
Estádio 1: Nódulo visível, bem delimitado, porém, sem que tenha o rompimento da pele, mantendo a mesma íntegra. Poderá apresentar coloração rósea ou avermelhada. Assintomático.
Estádio 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 dor.
Estádio 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.
Estádio 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.
Estádio 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.

Quadro 01 - Classificação e Estadiamento das feridas tumorais

Fonte: Firmino, 2005⁽¹⁰⁰⁾; INCA, 2011⁽²²⁾.

A seguir, são apresentadas algumas Figuras obtidas a partir do Manual do Instituto Nacional do Câncer⁽²²⁾, as quais clarificam o estadiamento.



Figura 02 - Ferida Tumoral Maligna Estadiamento 1

Fonte: INCA, 2011⁽²²⁾



Figura 03 - Ferida Tumoral Maligna Estadiamento 1N
Fonte: INCA, 2011⁽²²⁾



Figura 04 - Ferida Tumoral Maligna Estadiamento 2
Fonte: INCA, 2011⁽²²⁾



Figura 05 - Ferida Tumoral Maligna Estadiamento 3
Fonte: INCA, 2011⁽²²⁾



Figura 06 - Ferida Tumoral Maligna Estadiamento 4
Fonte: INCA, 2011⁽²²⁾

Fisiopatologicamente, as feridas tumorais originam-se a partir do crescimento tumoral, surgindo como um nódulo, que progressivamente ocasiona a ruptura da pele. Posteriormente, o tumor progride de forma avançada por meio da angiogênese e invasão basal de células saudáveis ao redor do leito tumoral. A partir do crescimento anormal, desorganizado e refratário ao tratamento curativo da doença de base, a ferida acarreta desmoplasia no tecido ao redor (doença do colágeno) e evolui para uma massa que, logo após, sofre hipóxia evolutiva, contaminação por micro-organismos aeróbicos e anaeróbicos e, por fim, necrose. O

crescimento pode ser exofítico (protuberante, para fora do corpo) ou endofítico (para dentro do corpo)^(3,14,16,43-44,66,96-99).

A Figura 07, que se apresenta logo a seguir, exhibe o mapa conceitual da fisiopatologia das feridas tumorais malignas cutâneas.

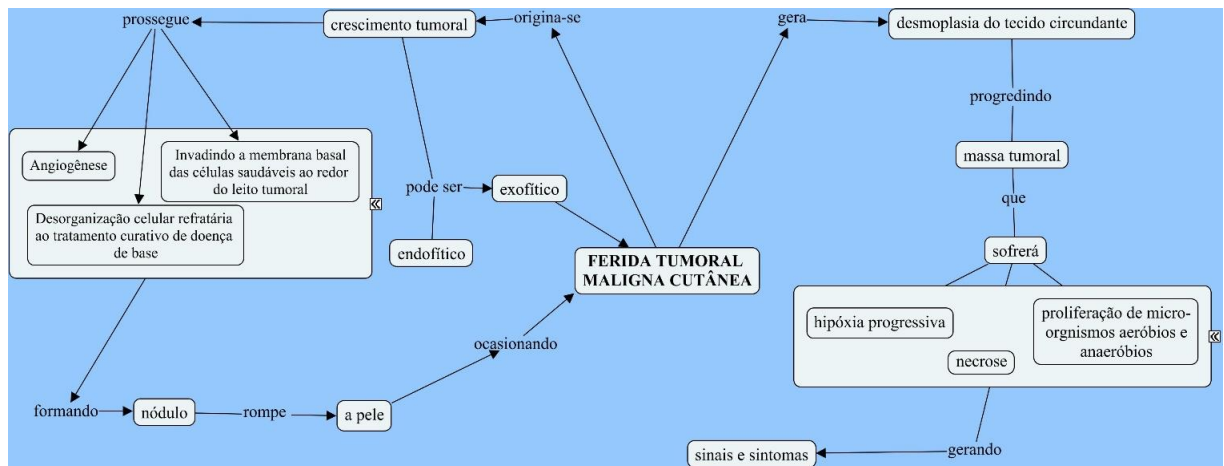


Figura 07 - Mapa Conceitual - Fisiopatologia da Ferida Tumoral Maligna Cutânea

Fonte: Dados da pesquisa, 2018

De modo geral, estas feridas apresentam duas fases: uma proliferativa e uma destrutiva. A fase proliferativa é caracterizada pelo crescimento e desenvolvimento ativos da lesão. Na fase de destruição, a ferida não exhibe crescimento, todavia apresenta sinais de deterioração tecidual caracterizada pela presença de necrose e, por vezes, até perda de partes de tecido tumoral necrosado. Nesta fase da ferida – deterioração –, o câncer se apresenta em estado avançado e sem possibilidades terapêuticas de cura, o que, por sua vez, se beneficia com cuidados paliativos. Todavia, entre estas fases, a ferida apresenta mudanças clínicas com sintomatologia predominante e específica. Nesse sentido, os enfermeiros devem conhecer as formas de evolução destas lesões, com vistas a realizar a avaliação da pessoa, da ferida e manejo clínico da sintomatologia^(3,16,66,74). Esse conhecimento é a condição *sine qua non* para a escolha das terapias tópicas e coberturas das quais os enfermeiros podem lançar mão para melhorar a qualidade de vida dessas pessoas⁽⁶³⁾.

Estas feridas, geralmente, desfiguram segmentos do corpo, ocasionando alteração na imagem corporal; apresentam-se, na maioria dos casos, friáveis, exsudativas, dolorosas e fétidas, com consequente risco de infestação por miíase. Estas lesões podem gerar problemas psíquicos, emocionais, sociais e espirituais lancinantes às pessoas que apresentam essas feridas^(3,14,16,43-44,66,96-99).

Os principais sinais e sintomas apresentados pelas feridas tumorais malignas cutâneas são dor, sangramento, exsudato, odor, sinais de infecção, necrose, prurido, fístulas e infestações de miíases; estes dois últimos sinais são considerados complicações dessas lesões.

Com base nos sinais e sintomas característicos das feridas tumorais malignas, estudiosos⁽¹⁴⁾ propuseram um acrônimo, denominado *HOPES*, disposto no Quadro 02, e teve tradução livre para a língua vernácula.

Letra	Designação em inglês	Tradução livre
H	<i>Hemorrhage</i>	Hemorragia ou sangramento
O	<i>Odor</i>	Odor
P	<i>Pain</i>	Dor
E	<i>Exudate</i>	Exudato
S	<i>Superficial Infection</i>	Infecção superficial

Quadro 02 - Acrônimo *HOPES*

Fonte: Woo; Sibbalt, 2010⁽¹⁴⁾

Para melhor entendimento, logo abaixo, está a Figura 08 que destaca um mapa conceitual sobre a sintomatologia específica dessas lesões:

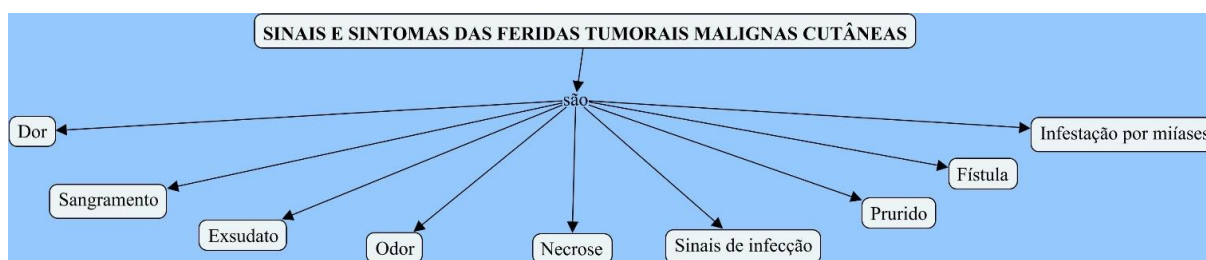


Figura 08 - Mapa Conceitual – Sinais e sintomas das feridas tumorais malignas cutâneas

Fonte: Dados da pesquisa, 2018

A dor é um fenômeno complexo e tem sido descrita como uma sensação indesejável resultante de doença, lesão ou estresse emocional. Em se tratando de feridas, a dor é um problema particular e, muitas vezes, considerada um aspecto inevitável durante o curso do seu tratamento.

A sensação física de dor em feridas tumorais malignas pode estar relacionada a vários fatores, que incluem: pressão da massa tumoral contra as estruturas do corpo, danos nervosos decorrentes do avanço tumoral, exposição das terminações nervosas da pele, infecções recorrentes, edema resultante da permeabilidade capilar aumentada e drenagem linfática

comprometida, procedimentos como debridamento mecânico, além dos danos causados à pele perilesional por remoções sucessivas e frequentes de coberturas^(15,17,34,44,66,101).

A seguir, destaca-se a Figura 09 que mostra o mapa conceitual que abrange a fisiopatologia da dor relacionada às feridas tumorais malignas cutâneas.

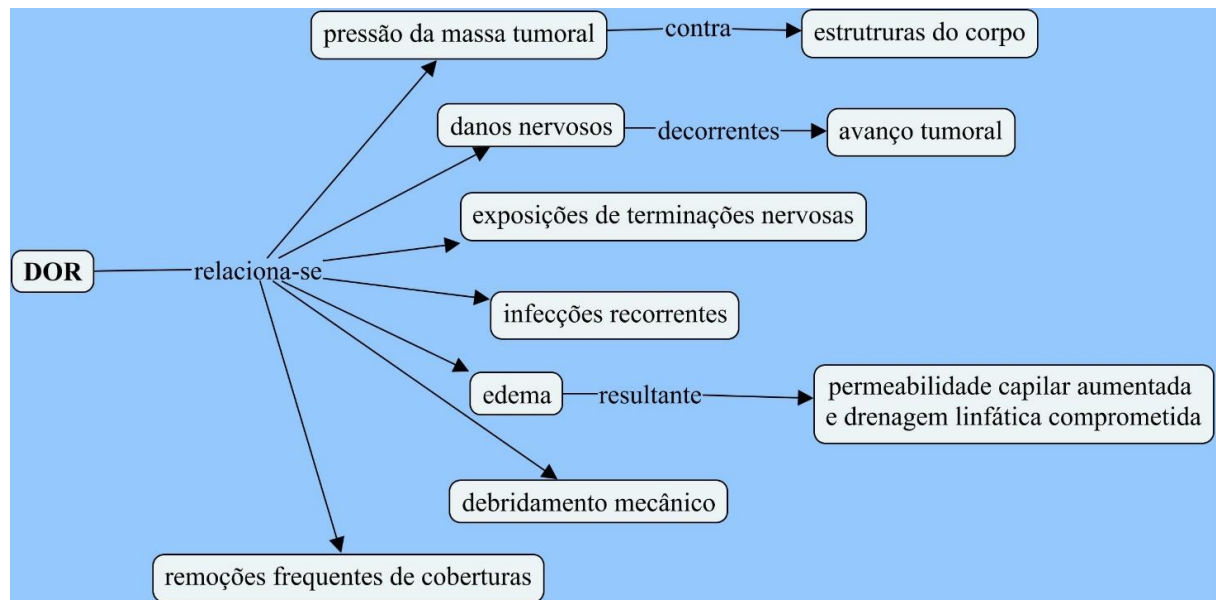


Figura 09 - Mapa Conceitual – Fisiopatologia da dor relacionada às feridas tumorais malignas

Fonte: Dados da pesquisa, 2018

É importante considerar que a experiência de dor não é apenas física, mas pode ser experimentada de forma multidimensional (física, psicológica, social e espiritual) como descrito por Saunders, fundadora do movimento *hospice*, ao descrever o conceito de “dor total”, que reconhece fatores como raiva, medo, ansiedade e depressão como responsáveis pela experiência da dor. Dessa forma, torna-se imprescindível uma avaliação abrangente e individualizada para determinar os fatores que estejam contribuindo para a dor⁽¹⁰²⁾.

Apesar de a dor ser uma experiência subjetiva e multidimensional, a capacidade de estimar sua intensidade é essencial para a avaliação da efetividade da analgesia empregada, por isso é indicado o uso de instrumentos para avaliação da intensidade da dor. As escalas unidimensionais são consideradas simples, de fácil compreensão, reproduzíveis e de uso universal, em que o paciente indica a posição mais próxima da intensidade de sua dor, sendo um dos extremos identificado como ausência de dor e o outro, como dor insuportável (escalas visuais). As escalas multidimensionais são usadas para medir e avaliar o efeito da dor na qualidade de vida do paciente⁽¹⁰³⁾.

Uma das escalas utilizadas para a avaliação da dor é visual analógica (EVA), que designa o escore de zero (0) a 10, com vistas a dimensionar a intensidade da dor verbalizada pelo paciente. Além da identificação de um escore, deve-se avaliar se o paciente sente dores durante as trocas de curativos, e, por fim, caracterizar o episódio álgico de acordo com o julgamento do paciente (por exemplo, se é em ‘queimação’, ‘sentida ao toque leve’ ou sensação de ‘comichão’)⁽¹⁰³⁾.

O sangramento nas feridas neoplásicas está relacionado ao desequilíbrio fisiológico, devido ao crescimento tumoral, diminuição da função plaquetária e aumento da rede neovascular. Além desses fatores, o sangramento pode estar associado à radioterapia e traumas durante a remoção do curativo, erosão dos vasos sanguíneos adjacentes devido à proliferação de células malignas ou ruptura dos principais vasos situados no tumor^(14,17,44,66,101), conforme destaca a Figura 10.

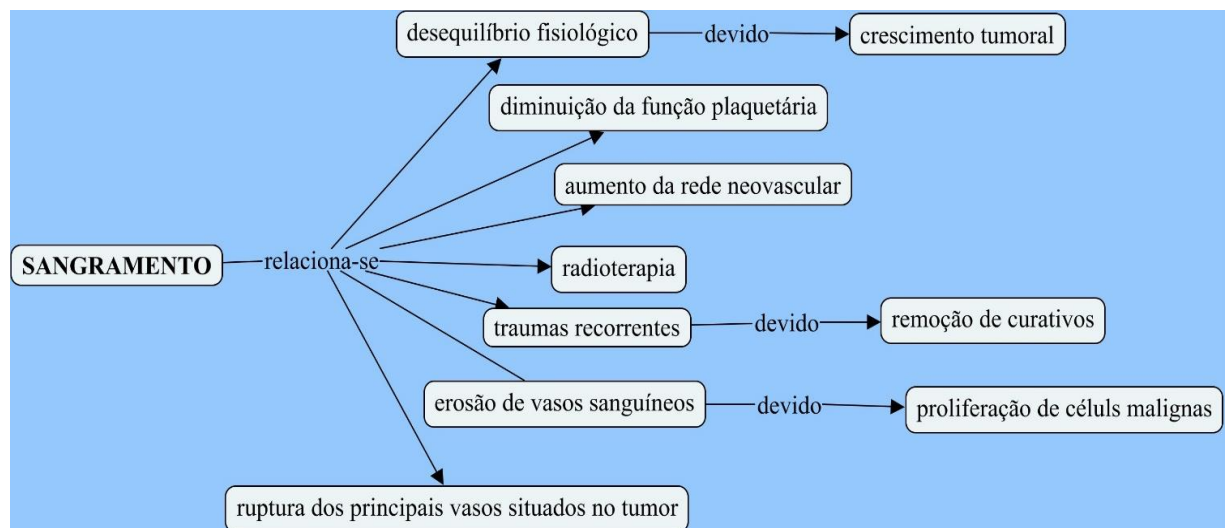


Figura 10 - Mapa Conceitual – Fisiopatologia do sangramento relacionada às feridas tumorais malignas

Fonte: Dados da pesquisa, 2018

As hemorragias tumorais, geralmente, são as formas mais intensas de sangramento e de mais difícil manejo, por isso é fundamental a localização precisa do ponto do sangramento, associada à definição do estadiamento do tumor, para que se possa adotar a conduta mais adequada⁽¹⁰⁴⁾.

A exsudação nas feridas neoplásicas é atribuída à associação do processo inflamatório, à permeabilidade vascular aumentada no leito da ferida, à debilidade neovascular do tumor e à secreção do fator de permeabilidade vascular. As feridas tumorais malignas, geralmente,

apresentam grandes quantidades de exsudato e, quando não controlado de forma eficaz, pode servir como meio de cultura para proliferação de micro-organismos, o que concorre para o desenvolvimento de maus odores e maceração da pele ferida, que, por sua vez, contribuem para a extensão da lesão. Além disso, quantidades excessivas de exsudato podem ultrapassar as coberturas primária e secundária, sujando as roupas do paciente, causando problemas psicossociais significativos para o mesmo. O controle desse sintoma reduz o odor, evita sujar as roupas do paciente e proporciona conforto e confiança do paciente, por isso, torna-se imperativo^(15,17,35,44,66,101).

A seguir, está a Figura 11, que destaca o mapa conceitual da fisiopatologia do exsudato relacionado às feridas tumorais malignas cutâneas.

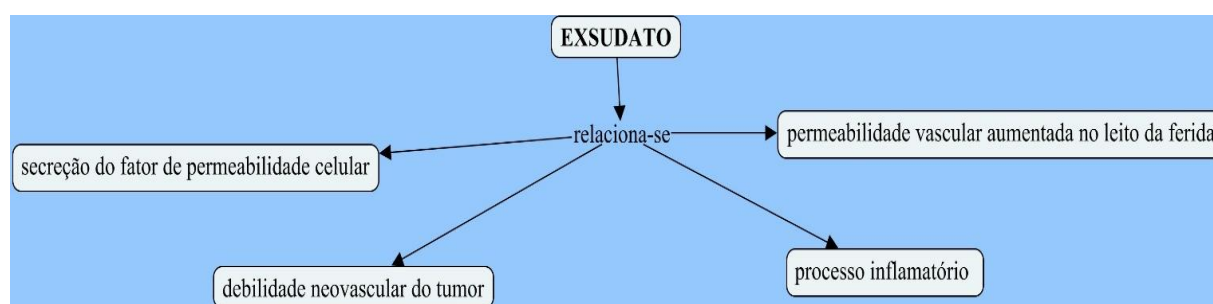


Figura 11 - Mapa Conceitual – Fisiopatologia do exsudato relacionado à ferida tumoral maligna
Fonte: Dados da pesquisa, 2018

O exsudato pode ser descrito em termos de aspecto e quantidade, os quais em tradução livre são: seco, úmido, molhado, seroso, purulento, copioso⁽²³⁾³¹. Nesse sentido, são utilizadas as escalas para avaliação do tipo, coloração, consistência e vazamento do exsudato descritas nos Quadros 03 e 04, logo a seguir.

As características do exsudato presente nas feridas tumorais malignas cutâneas são importantes indicadores que auxiliam no diagnóstico clínico de infecção e escolha de terapias tópicas a serem utilizadas. Para isso, segue o Quadro 03, recomendado pela *European Oncology Nursing Society*⁽⁴⁴⁾ (EONS), que destaca os elementos característicos do exsudato especificamente relacionados às feridas tumorais malignas e teve tradução livre para a língua vernácula.

Elementos	Comentários
Cor	Geralmente, a ferida apresenta um exsudato amarelado/avermelhado (serosanguinolento). Se estiver vermelho, pode indicar sangramento.
Consistência	O exsudato, geralmente, é fino, claro e aquoso (como plasma). Se for espesso e opaco, provavelmente está relacionado a um processo infeccioso e necrótico.
Odor	Exsudato fétido pode indicar infecção.
Quantidade	A quantidade de exsudato varia de acordo com o tamanho, estadiamento e condição do tecido. Por exemplo, se o tecido está infectado ou inflamado, o exsudato pode ser profuso.

Quadro 03 - Características gerais do exsudato**Fonte:** EONS, 2015⁽⁴⁴⁾

No que se refere ao tipo, cor e consistência do exsudato das feridas tumorais malignas cutâneas, segue o Quadro 04, que teve tradução livre para a língua vernácula e explicita as características e os significados de cada um deles.

Tipo	Cor	Consistência	Significado
Seroso	Claro, cor de palha	Fino (ralo), aquoso	Normal. Provavelmente, um sinal de infecção.
Fibrinoso	Amarelo turvo	Fino (ralo)	Contém filamentos de proteínas de fibrina.
Serosanguinolento	Claro, rosa	Fino (ralo), aquoso	Normal
Sanguíneo	Vermelho	Fino (ralo), aquoso	Trauma leve nos vasos sanguíneos.
Seropurulento	Amarelo turvo, cor de creme de café	Grosso (denso), cremoso	Infecção
Purulento	Amarelo, cinza, verde	Grosso (denso)	Infecção. Contém micro-organismos piogênicos e outras células inflamatórias.
Hemopurulento	Amarelo escuro com raios de sangue	Viscoso, pegajoso	Contém neutrófilos e bactérias mortas e células inflamatórias. Isso significa uma infecção presente. Danos aos capilares dérmicos levam a extravasamento de sangue.
Hemorrágico	Vermelho	Fino (ralo)	Infecção. Os capilares são friáveis e se rompem espontaneamente. Não deve ser confundido com exsudato sanguinolento, produzido pelo debridamento.

Quadro 04 - Tipo, cor e consistência do exsudato**Fonte:** EONS, 2015⁽⁴⁴⁾

Em relação à quantidade e vazamento do exsudato, o sistema TELER é um dos indicadores que mais se utilizam para avaliação do desempenho de coberturas na presença de exsudação intensa. Esse indicador clínico é uma escala de medida ordinária com seis pontos de referência que medem alterações. Cada ponto de referência é clinicamente significativo, onde zero é o pior resultado possível, e 5, o melhor. O Quadro 05, que se segue, mostra o indicador clínico de vazamento de exsudato quando a frequência planejada de troca de cobertura é a cada dois dias. O indicador de vazamento é considerado quando o exsudato atravessa o lado externo da cobertura. Embora esse sistema mensure o vazamento de exsudato ao invés da quantidade, mesmo assim, ele tem relevância clínica clara⁽¹⁰⁵⁾.

Código	Vazamento de exsudato em relação ao período planejando ou de rotina para a troca de cobertura
5	Sem vazamento antes da troca de rotina/planejada
4	Vazamento 2 horas antes da próxima troca de rotina/planejada
3	Vazamento 8 horas antes da próxima troca de rotina/planejada
2	Vazamento 24 horas após a última troca
1	Vazamento 8 horas após a última troca
0	Vazamento 2 horas após a última troca

Quadro 05 - Indicador TELER de vazamento de exsudato

Fonte: Dealey, 2008⁽¹⁰⁵⁾

O odor nas feridas neoplásicas está associado à infecção ou colonização de bactérias anaeróbias no tecido necrótico formado pela isquemia devido à neovascularização débil, resultante de capilares frágeis e ingurgitados, originados pelo processo de oncogênese, que se rompem ou formam êmbolos bloqueando a irrigação do tumor. As bactérias exalam como produto metabólico final ácidos voláteis, como o ácido acético, caproico, podendo conter os gases putrescina e cadaverina, resultantes da interação da flora aeróbia e anaeróbia, responsáveis pelo odor fétido presente nesse tipo de ferida^(3,13,17,35,44,66,101), conforme destaca a Figura 12.

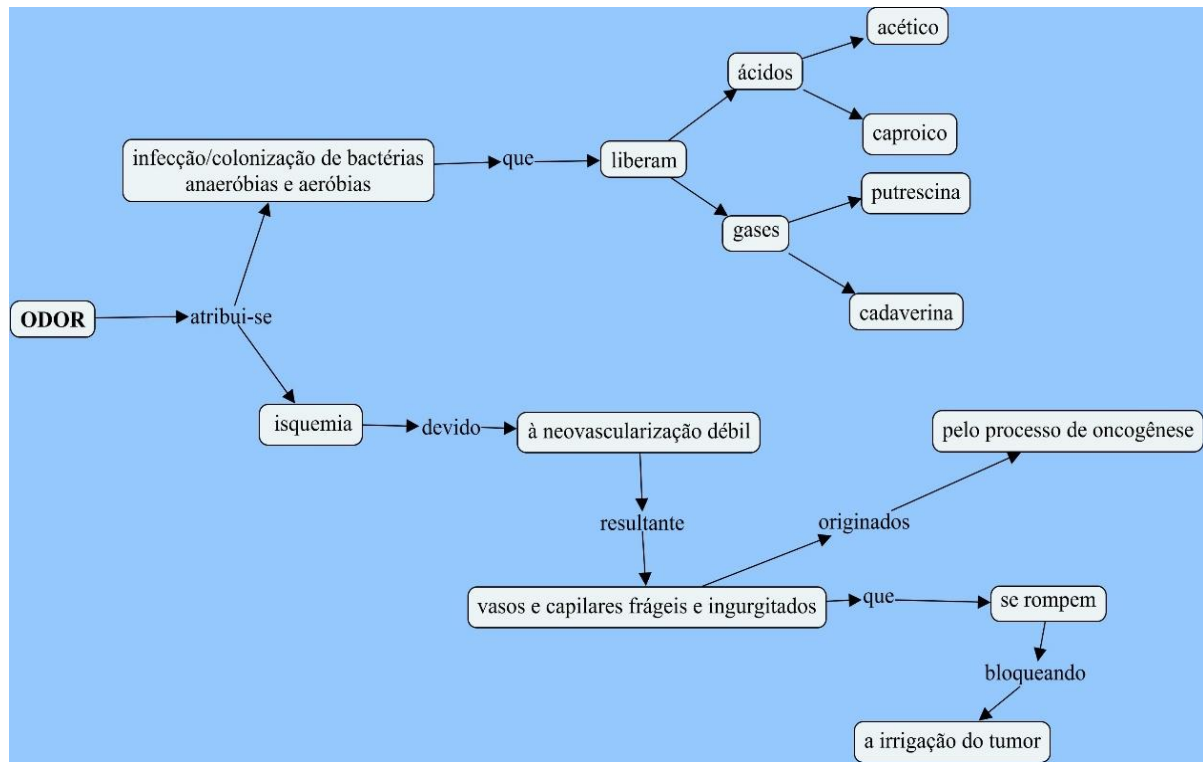


Figura 12 - Mapa Conceitual – Fisiopatologia do odor relacionado à ferida tumoral maligna

Fonte: Dados da pesquisa, 2018

O odor fétido é considerado pelos pacientes como o sintoma mais angustiante, pois pode levar ao constrangimento, sensação de enojamento, depressão, isolamento social, ter um efeito prejudicial sobre a expressão sexual, causando problemas no relacionamento. O odor é detectado por receptores olfativos situados na região nasal e é processado tanto a nível consciente como subconsciente, desencadeando reflexos de vômitos. A nível subconsciente, o odor fétido afeta a experiência de sabor e aroma. Isso, obviamente, tem um impacto profundamente negativo sobre o paciente, diminuindo o seu apetite e prazer pela comida, o que contribui para emagrecimento acentuado^(3,13,17,35,44,66,101).

Alguns métodos de graduação do odor em feridas tumorais malignas são descritos na literatura, conforme sintetizado a seguir, no Quadro 06, em tradução livre do inglês para o idioma português^(66,100,106-107).

Baker, Haig, 1981 ⁽⁹⁴⁾ 106	Von Gruenigen et al., 2000 ⁽⁹⁵⁾ 107	Firmino, 2005 ⁽⁸⁸⁾ 100	Pérez Santos et al., 2015 ⁽⁵⁵⁾ 66
1 – Forte – odor é evidente dentro da sala (6 a 10 passos de frente para o paciente) com curativo intacto	0 – Ausente	1 – Odor sentido ao abrir o curativo	0 – Sem odor
2 – Moderado – odor é evidente dentro da sala com o curativo removido	1 – Não ofensivo	2 – Odor sentido ao se aproximar do paciente, sem abrir o curativo	1 – Odor percebido somente quando a ferida é descoberta
3 – Leve – odor não é evidente, mesmo ao lado do paciente com o curativo removido	2 – Ofensivo mas tolerável	3 – Odor sentido no ambiente, sem abrir o curativo. É caracteristicamente forte e/ou nauseante	2 – Odor percebido sem descobrir a ferida
	3 – Ofensivo e intolerável		3 – Odor fétido e nauseante

Quadro 06 - Métodos de graduação do odor em feridas tumorais malignas

Fonte: Backer, Haig, 1981⁽¹⁰⁶⁾; Von Gruenigen et al., 2000⁽¹⁰⁷⁾; Firmino, 2005⁽¹⁰⁰⁾; Pérez-Santos et al., 2015⁽⁶⁶⁾

Há ainda uma proposta de se identificar o odor considerando graus de intensidade, mas tendo por referência a distância do paciente. Assim, o odor pode ser descrito designando não um escore, mas informando se o odor é sentido quando se remove o curativo ou quando o profissional está próximo ao paciente e se a causa está associada ao tecido necrótico, à infecção ou ao exsudato⁽³⁵⁾.

Reconhecendo o impacto do odor sobre as feridas e sobre a dimensão psicológica dos pacientes, foi proposto o controle deste agravo pelo acrônimo *RACE* descrito a seguir no Quadro 07:

Letra	Designação em inglês	Tradução livre
R	<i>Removal of necrotic tissue</i>	Remoção do tecido necrótico
A	<i>Antibacterials, absorption</i>	Adicionar absorventes antibacterianos
C	<i>Concealers</i>	Camuflar ou ocultar
E	<i>Educations and suport</i>	Educação e suporte

Quadro 07 - Acrônimo *RACE*

Fonte: Samala, Davis, 2015⁽¹⁰⁸⁾

A escala numérica para a intensidade da dor pode ser utilizada de igual maneira para a graduação do odor. Termos como: “insuportável”, “pútrido”, “cheiro de peixe”, “odor que enche a sala” são empregados na prática diária e vividamente retratam a apresentação do odor sem controle⁽¹⁰⁸⁾.

O crescimento tumoral anormal e desorganizado, que acontece a partir da infiltração e proliferação de células tumorais em estruturas da pele, faz com que o tumor supere em

tamanho a perfusão tecidual local, interferindo na oxigenação. Da mesma forma, o colapso vascular que ocorre na drenagem linfática e as alterações no mecanismo de coagulação que interferem na hemostasia tecidual são processos que levam ao déficit de oxigênio tecidual, morte celular e necrose da ferida⁽¹⁰⁹⁾, conforme a Figura 13, logo abaixo.

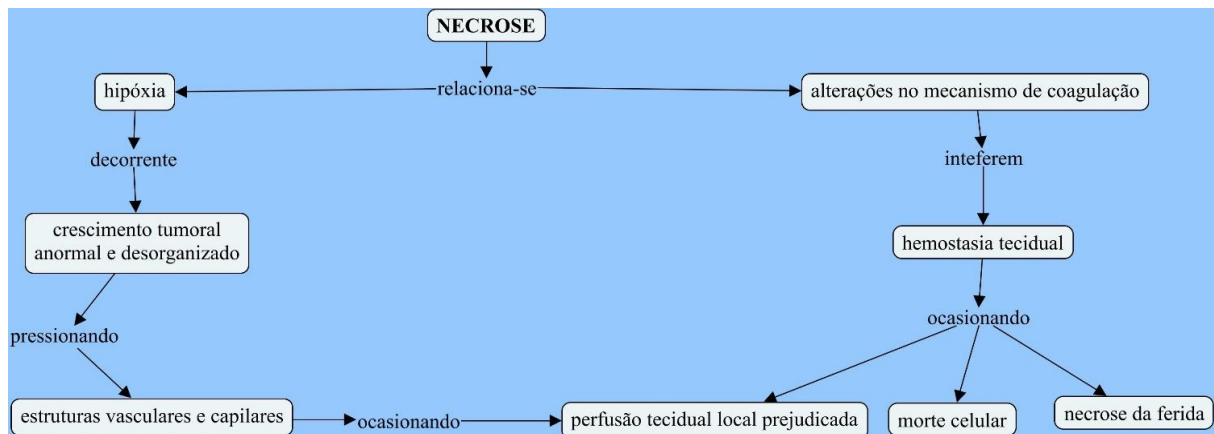


Figura 13 - Mapa Conceitual – Fisiopatologia da necrose relacionada à ferida tumoral maligna

Fonte: Dados da pesquisa, 2018

Os sinais de infecção estão relacionados à colonização de tecidos inviáveis ou necróticos. A extensão local das células malignas provoca alterações na estrutura vascular, o que por sua vez causa flutuações no fluxo sanguíneo, gerando áreas de hipóxia no tumor. Estas variações na perfusão tecidual e o colapso vascular causam ruptura, hipóxia e, por último, necrose^(15,17,44,66,101).

Logo a seguir, a Figura 14, mostra o mapa conceitual que representa a fisiopatologia da infecção relacionada à ferida tumoral maligna cutânea.

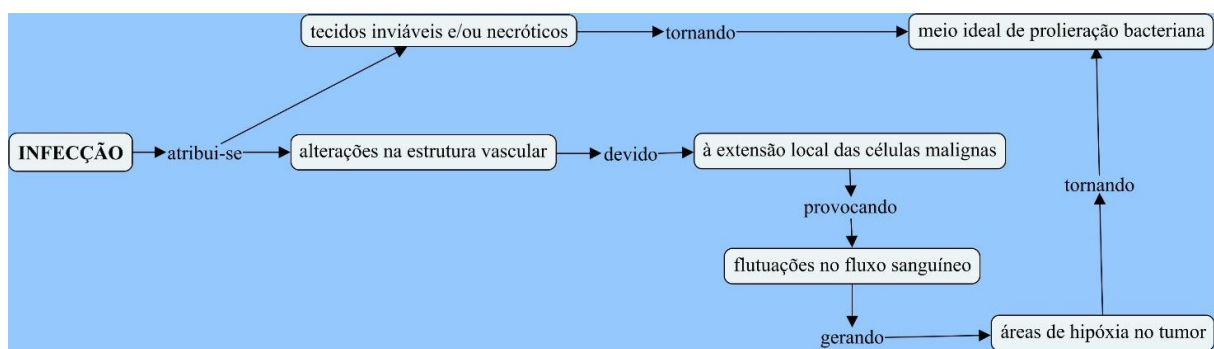


Figura 14 - Mapa Conceitual – Fisiopatologia da infecção relacionada à ferida tumoral maligna

Fonte: Dados da pesquisa, 2018

Com a evolução da lesão, o surgimento de área de necrose torna-se meio ideal para proliferação bacteriana. A contaminação refere-se à presença de bactérias na superfície da ferida. Quando elas se fixam ao tecido e proliferam e a colonização se estabelece, pode ocorrer aumento da carga bacteriana ou infecção localizada⁽¹¹⁰⁾.

Entre os sinais de infecção na ferida, destacam-se o aumento da lesão, aumento da temperatura, novas áreas de ruptura no tecido circundante, eritema e/ou edema, hipergranulação, sangramento, tecido de granulação friável, aumento de exsudato, dor, odor, atraso na cicatrização além das expectativas, dentre outros⁽¹¹⁰⁾.

O manejo da infecção envolve o tratamento da causa subjacente. A carga bacteriana superficial pode ser reduzida com o uso de agentes antimicrobianos tópicos, enquanto que a infecção requer terapia antibiótica sistêmica. Devem-se observar os sinais clínicos para diferenciar um comprometimento superficial ou profundo e assim considerar opções terapêuticas apropriadas⁽¹⁴⁻¹⁷⁾.

As feridas infectadas resultam em um aumento da dor, do odor, do sangramento e da deterioração da condição geral do paciente. Cabe ao profissional a responsabilidade de reconhecer com precisão e rapidez os sinais de infecção e assim prevenir disseminação para tecidos adjacentes ou circundantes, bem como a infecção sistêmica ou *sepsis*⁽¹⁴⁻¹⁷⁾.

Caso haja extensão demasiada de tecidos necrosados, o debridamento pode ser apropriado. No entanto, o método de debridamento é baseado na apresentação clínica, nos objetivos do tratamento do paciente e no conhecimento dos recursos clínicos e disponíveis.

Devido ao aumento da tendência para o sangramento, o debridamento cirúrgico não é indicado, sobretudo nos pacientes que usam anticoagulantes e/ou estão em tratamento quimioterápico e radioterápico. Nesse sentido, o debridamento autolítico ou enzimático é o método considerado padrão ouro em feridas tumorais malignas. O debridamento autolítico é promovido pelo uso de coberturas que mantenham o leito da ferida úmido, tais como hidrogeis e hidrofibras^(14-17,44,66,100-101,111-112).

Pacientes que se encontram na fase paliativa da doença não necessitam de culturas, a menos que para obter qualidade de vida e conforto. Neste caso, a cultura com *swab* é indicada quando a condição clínica exija intervenção com antibióticos ou em que micro-organismos resistentes requeiram medidas de controle de infecção especial⁽¹¹¹⁾.

O prurido está relacionado à liberação de histaminas pelo processo inflamatório da ferida ou ao uso de produtos sobre a lesão causando processo alérgico no leito da ferida ou em tecidos ao redor da ferida^(35,44,98,100-101), conforme explicita a Figura 15.

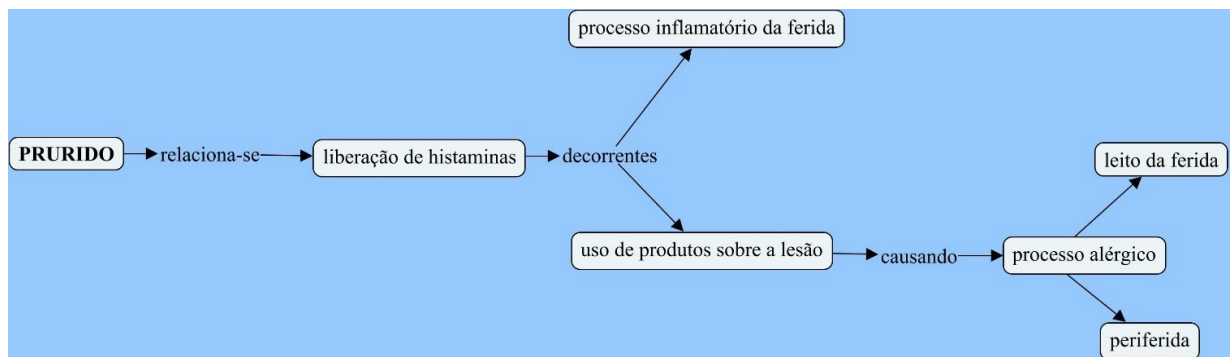


Figura 15 - Mapa Conceitual – Fisiopatologia do prurido relacionada à ferida tumoral maligna
Fonte: Dados da pesquisa, 2018

Nesta conjuntura, o uso de dexametasona creme 0,1% no leito e na região periferida é recomendado, a fim de minimizar as manifestações em caso de processos alérgicos⁽²²⁾. Outros autores⁽⁴⁴⁾ também recomendam o uso de hidrogel, com o intuito de manter o leito da ferida hidratado e, por fim, o uso do *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation* (TENS), método não invasivo de fácil aplicabilidade, que previne a hipersensibilidade central causada pelo processo inflamatório e que ativa a liberação de opioides endógenos, reduzindo, assim, o prurido e a dor.

As feridas tumorais malignas apresentam, *a priori*, duas complicações, a saber: a formação de fístulas e a infestação de larvas.

A fístula cutânea pode surgir em decorrência de complicações de tratamentos como cirurgias, braquiterapia, radioterapia, ou, ainda, avanço e/ou recidiva da doença. Geralmente, a formação de fístulas em feridas tumorais malignas está relacionada à progressão do câncer. Os principais tipos de cânceres que têm maior probabilidade de formar fístulas são aqueles que se desenvolvem nas regiões de cabeça e pescoço (fístulas orocutâneas e esôfago-cutâneas) e nos locais que envolvem a área ginecológica (fístula externa, denominada cutânea, e fístula interna). A presença de fístulas agrava a ferida, tornando-a mais exsudativa e fétida, bem como ocasiona erosão da pele periferida^(3,113-114).

Logo a seguir, está a Figura 16, que destaca o mapa conceitual da fisiopatologia da fístula relacionada à ferida tumoral maligna cutânea.

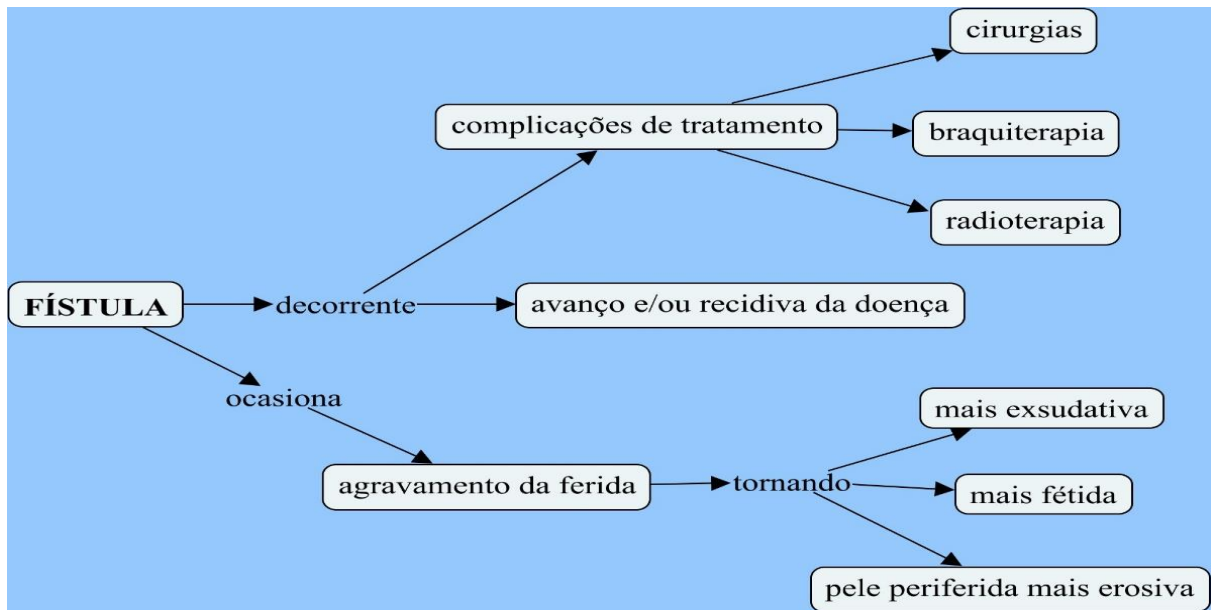


Figura 16 - Mapa Conceitual – Fisiopatologia da fístula relacionada à ferida tumoral maligna

Fonte: Dados da pesquisa, 2018

No que se refere aos cuidados de enfermagem destinados à presença de fístulas na ferida tumoral maligna, existem algumas prioridades, tais como: avaliação do trajeto e estado da fístula, tratamento, educação do paciente e seu cuidador. Os cuidados direcionados às fístulas são, *a priori*, avaliação do efluente no que se refere à coloração, presença de odor e volume drenado nas 24 horas. Conforme o volume do exsudato, a fístula pode ser classificada em baixo débito (menos de 500 mL) e alto débito (acima de 500 mL). Nesse sentido, os cuidados dispensados para o manejo das fístulas devem considerar algumas condições: a) caso o débito seja até 250 mL/24 horas, recomenda-se o uso de gazes e/ou curativos altamente absorventes; b) quando o débito for maior que o volume citado anteriormente, indica-se a utilização de coletores para estomias, inclusive os pediátricos, uma vez que são menores e que se adaptam melhor ao corpo do paciente. Devido às características irregulares na forma dessas feridas, esses coletores podem ser utilizados para moldar as bordas da lesão, de forma a permitir que a bolsa coletora seja acoplada para receber o efluente. É imprescindível a proteção da pele ao redor da fístula e para isso é recomendada a aplicação de placas de hidrocoloide, selantes, creme e/ou pasta barreira^(3,113-114).

Quando as fístulas apresentam odor, recomenda-se o uso de carvão ativado e/ou cápsulas gelificantes para colostomias (que se desintegram no meio líquido e controlam o odor dos efluentes)^(3,114). Outrossim, o enfermeiro junto à equipe médica pode discutir sobre a possibilidade do uso de metronidazol sistêmico diante de odores mais ofensivos ou outros

fármacos, como hioscina e octreotida, que também são recomendados na assistência paliativa. A pessoa com ferida tumoral maligna em estágio avançado com risco de desenvolver fístulas, geralmente, encontra-se desnutrida, apresenta hipoalbuminemia ($< 20 \text{ mg/dL}$) ou balanço negativo de proteínas, anemia significativa ($\text{Hb} < 8 \text{ g/dL}$) e, geralmente, utiliza altas doses de drogas imunossupressoras⁽¹¹⁾⁽¹⁴⁾. Por esse motivo, considerando, integralmente, o entorno da pessoa afetada pelo câncer avançado e pela presença da ferida tumoral maligna, a avaliação do estado nutricional e seu balanço hidroeletrolítico por meio de exames laboratoriais são altamente recomendados⁽⁴⁴⁾.

Quanto à educação ao paciente e/ou familiar ou cuidador, o enfermeiro deverá avaliar a habilidade dos mesmos no manejo dos dispositivos, promover treinamento, explicar os riscos eventuais, esclarecer dúvidas e encorajar a adesão do paciente e familiares na prestação dos cuidados, que são complexos e progressivos^(3,114).

A partir da avaliação da fístula, o enfermeiro deve orientar o paciente e seus familiares sobre os potenciais riscos de episódios de exsudação profusa, sangramento, necessidade de uso de equipamentos como cateter nasoenteral, traqueóstomos, cateter vesical ou outros, a depender do local onde a fístula já se desenvolveu ou está em risco de se desenvolver. Constatada a permanência da fístula pela equipe médica, os cuidados devem ser multidisciplinares e o enfermeiro é um dos profissionais que pode ajudar nesses cuidados junto à equipe de saúde e à família dos pacientes^(3,114).

Outra complicação das feridas tumorais malignas é a infestação por miíases, que está relacionada à progressão e à negligência com os cuidados com a lesão. Existem alguns fatores que influenciam no aparecimento de miíases, entre elas, incluem-se: condições precárias de higienização, difícil acesso aos serviços de saúde, presença de comorbidades, negligência de cuidados com a ferida e baixo poder aquisitivo dos pacientes e de sua família^(3,115). Pessoas que apresentam comorbidades, tais como desnutrição, imunossupressão e sofrimento mental também estão associadas⁽¹¹⁶⁾ a algum comprometimento vascular e respiratório^(3,115).

A seguir, está disposta a Figura 17, cujo mapa conceitual representa a fisiopatologia das miíases relacionadas à ferida tumoral maligna cutânea.

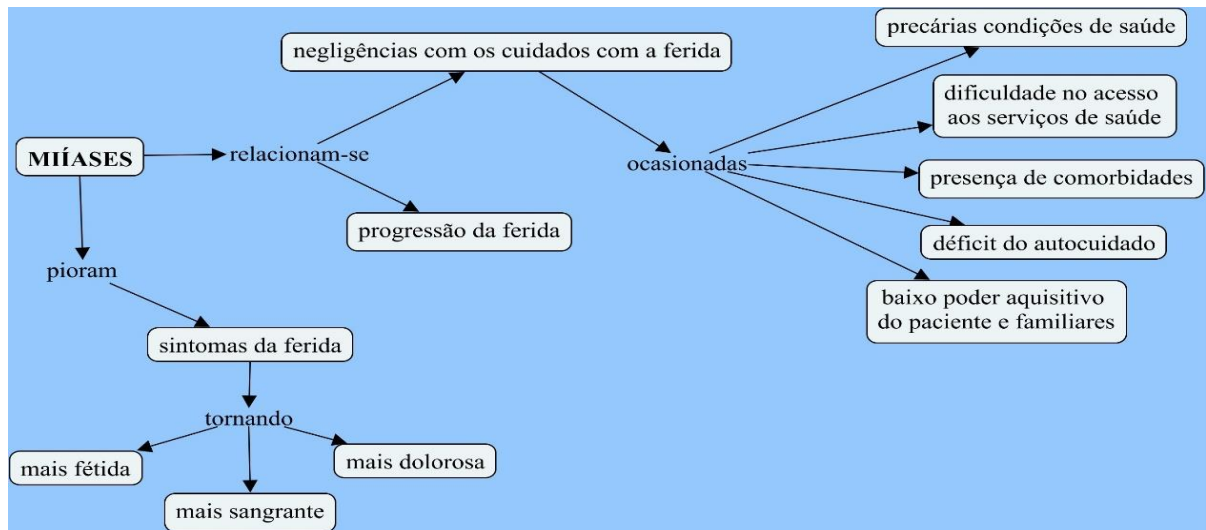


Figura 17 - Mapa Conceitual – Fisiopatologia da infestação por miíases relacionada à ferida tumoral maligna

Fonte: Dados da pesquisa, 2018

A presença de miíases é mais comum em feridas decorrentes de câncer de pele, principalmente na região da cabeça e pescoço. A ferida, geralmente, apresenta-se dolorosa, sangrante, com odor fétido e, muitas vezes, o paciente apresenta febre^(3,62,101,115-117). Concomitante à infestação de miíases, o paciente pode apresentar também infecção na ferida, que deve, igualmente, ser tratada^(3,118).

A presença de miíases amplia o sofrimento do paciente e deve ser tratada local e sistematicamente. O tratamento recomendado baseia-se no uso de lidocaína tópica, com o objetivo de diminuir a dor durante a retirada das larvas, todavia essa indicação é baseada na experiência de especialistas, sem evidências científicas de sua utilização; uso de vaselina líquida para sufocar as larvas, uma vez que o uso de éter está contraindicado pelo reconhecimento da toxicidade e pela sua proscrição em ambientes hospitalares; extração manual das larvas; administração de ivermectina por via sistêmica; terapia antimicrobiana quando houver infecções bacterianas oportunistas associadas ao quadro de infestações parasitárias^(3,62,101,115-118).

Além disso, recomenda-se o aumento da frequência da limpeza da ferida e da troca de curativos, contudo a remoção das larvas, bem como das coberturas devem ser realizadas de forma cuidadosa, tendo em vista o risco de sangramentos. O paciente deve ser orientado a manter bons hábitos de higiene e realizar mudança criteriosa e frequente dos curativos, evitando que moscas possam pousar sobre a ferida. Além disso, deve ser ponderada, junto à

família, a necessidade do uso de telas protetoras em portas e janelas no domicílio^(3,62,101,115-118).

Pessoas com câncer avançado e com feridas tumorais malignas apresentam repercussões biopsicossociais e espirituais lancinantes^(46,49,119). Contudo, os problemas relacionados à dimensão física estão intimamente associados às demais dimensões, com ênfase no social^(49,119).

A deformidade física causada pela ferida tumoral maligna cutânea acarreta comprometimento funcional com consequentes problemas diversos, como: a localização da ferida pode imputar redução da mobilidade; dificuldade para repousar e dormir; sialorreia, dispneia, problemas na deglutição, visão, audição e fala (quando a ferida se encontra na região da cabeça e pescoço) e problemas sobre o vestuário. Além disso, a fadiga e a desnutrição estão sempre presentes no processo de terminalidade^(3,49,114,119).

A inabilidade para o autocuidado e a redução dos níveis de independência são progressivas, haja vista que pacientes admitem que o convívio com os sinais e sintomas modifica o estilo de vida, que passam a ser ‘gerenciados pela própria ferida’^(3,49,114,119).

Estudos revelam que conviver com a ferida tumoral maligna cutânea é a pior parte do câncer, uma vez que a lesão representa a lembrança constante da enfermidade sem possibilidades terapêuticas de cura e da proximidade da morte^(46-47,49,53,119). Por vezes, a equipe de enfermagem é a principal fonte de suporte social que a pessoa conseguiu manter e este fato torna oportuna a necessidade de estimular o relacionamento terapêutico, com vistas a encorajar os pacientes a expressarem suas preocupações, medos, dificuldades, angústias, bem como compartilhar suas emoções^(3,46,49,114,119).

As pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas isolam-se socialmente, pois vivenciam a vergonha e a sensação de enojamento por terem em uma parte de seu corpo uma lesão em estágio avançado de deterioração que apresenta odor fétido e exsudação profusa. Essas pessoas apresentam alteração da imagem corporal, baixa autoestima e sensação de embaraço em espaços públicos e até mesmo privados^(47,49,53,119).

Nesse contexto, o enfermeiro é um dos profissionais responsáveis pela avaliação (da pessoa e da lesão) e tratamento (limpeza, escolha de terapias tópicas, coberturas e realização do curativo). Ademais, cumpre assinalar que o enfermeiro, por ser o profissional que permanece mais tempo próximo ao paciente, pode transcender a técnica de avaliação e tratamento da ferida tumoral maligna cutânea, considerando que a Enfermagem também é

uma arte e exige outras categorias, como a intuição e a sensibilidade. Portanto, a arte de cuidar é, fundamentalmente, uma práxis e isso significa que se fundamenta no fazer. Assim, o conhecimento da técnica na ação de cuidar é básico, mas a intuição e a sensibilidade são fundamentais⁽⁶⁸⁾.

Assim sendo, humanizar o cuidado não significa somente estar mais próximo ao paciente e conversar; é perceber suas dificuldades não apenas aparentes, mas sobretudo a sua essência, para que a assistência possa ser conduzida de forma individual e integral⁽¹²⁰⁾.

Não obstante, o entorno dos cuidados para com a pessoa com ferida tumoral maligna cutânea deve ser norteado pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como método de trabalho instituído em qualquer local onde o cuidado profissional de enfermagem venha a ser executada⁽¹²¹⁾.

O Processo de Enfermagem (PE) executado via SAE demanda conhecimento teórico, experiência prática e habilidade intelectual para gerar ações específicas em face do julgamento das necessidades das pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas e de suas famílias⁽¹²¹⁾. A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 358/2009⁽¹²¹⁾ reconhece que o Processo de Enfermagem se organiza em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, descrevendo essas etapas de acordo com a literatura pertinente e atualizada da área (neste caso, aspectos que envolvam cuidados paliativos e feridas tumorais malignas cutâneas); aborda as atribuições das diferentes categorias profissionais; e, por fim, recomenda os pontos essenciais que devem estar presentes no registro do processo de cuidado que foi executado⁽¹²²⁾.

Ademais, ressalta-se que, em 2012, o COFEN aprovou a Resolução nº 429/2012⁽¹²²⁾, que dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da Enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico, pois considerou, entre outros aspectos, o imperativo ético de registro de informações relativas ao processo de cuidar da pessoa, família ou coletividade humana; e o prontuário do paciente, bem como outros documentos específicos da Enfermagem como fonte de informações clínicas, gerenciais e administrativas para tomada de decisão e um meio de comunicação compartilhado entre os demais profissionais da área de saúde⁽¹²³⁾.

Nesse sentido, se faz preponderante realizar a avaliação da pessoa e da ferida para formular um plano de cuidados centrados nas necessidades individuais que a pessoa com ferida tumoral maligna cutânea apresenta, assim como os sintomas desenvolvidos pela lesão.

Por isso, precisa ser realizada criteriosamente, de forma a encontrar o máximo de informações possíveis a fim de nortear o profissional de enfermagem a cuidar da melhor forma possível, com vistas a proporcionar qualidade de vida, sobretudo durante o processo de morte e morrer^(62,101,123).

No tocante à avaliação da pessoa com ferida tumoral maligna cutânea, é necessário contemplar antecedentes e dados atuais objetivos e subjetivos do paciente e da doença oncológica. Os dados objetivos podem ser encontrados durante a entrevista com a pessoa e/ou familiares, e ainda, por meio da observação, exame físico, história clínica e, por fim, exames complementares^(43-44,66).

Os dados subjetivos estão relacionados às dimensões psíquicas, sociais e espirituais do paciente; neste caso, o enfermeiro junto ao Serviço Social, de Psicologia e de Capelania, realizam a consulta multiprofissional, a fim de verificar o impacto da ferida em termos de adaptação psicossocial (por exemplo: o paciente está evitando situações sociais? Sente-se desencorajado em olhar a ferida? Sente-se desconfortável em discutir sobre a ferida com pessoas mais próximas? Que sintomas lhe causam mais aflição?). Além disso, deve-se verificar o impacto da ferida na vida do cuidador (por exemplo: o cuidador é a pessoa principal que presta os cuidados com a ferida? De que recursos e apoio o cuidador necessita? A sua própria vida social e profissional são afetadas – pelo tempo dedicado como cuidador ?)⁽⁴⁴⁾.

No que se refere aos dados objetivos, é imprescindível encontrar as seguintes informações: data do diagnóstico e progressão da doença oncológica; doenças associadas ao câncer; prognóstico do processo oncológico; capacidade funcional (capacidade da pessoa em realizar as atividades da vida diária); estado nutricional (uma vez que é elevada a incidência de desnutrição na doença oncológica)⁽⁶⁶⁾.

Pacientes com feridas tumorais malignas cutâneas apresentam alta demanda metabólica. Se houver alto débito de fluido da ferida, incluindo o fluido da fístula, as diretrizes gerais recomendam 25-35 kcal/kg de peso corpóreo/dia. Para garantir que as necessidades energéticas sejam atendidas, as pessoas com feridas tumorais podem necessitar de refeições e lanches regulares ao longo do dia⁽⁴⁴⁾.

As feridas tumorais malignas cutâneas podem produzir até 1 litro de exsudato por dia; como resultado, essas pessoas com feridas altamente exsudativas precisam de um aumento na ingestão de proteínas. As recomendações gerais incluem 1,5 – 2,5g de proteínas kg/dia.

Devido à grande perda protéica por meio do exsudato e diminuição do apetite, quer através do processo da doença ou náuseas e vômitos, causados pelo odor fétido da ferida, um nutricionista ou nutrólogo deve ser indicado à pessoa com ferida⁽⁴⁴⁾.

A perda de fluidos por meio do exsudato da ferida é frequentemente subvalorizada como causa de desidratação. Nestas circunstâncias, cuidadores, enfermeiros e os próprios pacientes devem estar conscientes disso, portanto, é fundamental encorajar os pacientes, sempre que possível, a ingerir quantidades extras de líquidos. Para manter a hidratação adequada, recomenda-se 1.500 - 2.000 mL/dia de líquidos⁽⁴⁴⁾.

No que se concerne ao papel do enfermeiro frente aos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea, algumas intervenções de enfermagem devem ser prioritárias, a saber: realizar entrevista clínica e anamnese do paciente de acordo com as necessidades biopsicossociais e espirituais; identificar as necessidades biopsicossociais e espirituais do paciente, elencando os diagnósticos e intervenções de enfermagem; realizar a avaliação da lesão (documentando alergias e/ou sensibilidade a algum tipo de produto ou cobertura; medicamentos prescritos pelo médico para o controle dos sinais e sintomas e, por fim, produtos e coberturas utilizados que foram considerados inadequados); realizar cuidados básicos da lesão (limpeza); escolher as coberturas de acordo com a avaliação da ferida; realizar cuidados específicos da lesão (controle dos sinais e sintomas); avaliar sistematicamente a evolução da ferida; registrar todos os cuidados realizados e solicitar ao paciente a anuência para registro de fotografias; identificar as necessidades do cuidador quanto aos cuidados com a ferida e, por fim, orientar o paciente e cuidador como proceder com os cuidados com a ferida em domicílio^(22,44).

Em relação à avaliação de ferida tumoral maligna, cinco escalas são descritas na literatura, que tiveram tradução livre da língua inglesa para a portuguesa, são: o Sistema de Avaliação de Sintomas de Feridas de Toronto⁽¹²⁴⁾; a Escala de Avaliação de Feridas Tumorais Malignas de Shulz⁽¹²⁵⁾; o Gráfico de AutoAvaliação de Sintomas⁽¹²⁶⁾; o Sistema TELER⁽¹²⁷⁾ e a Escala de Avaliação de Feridas de Hopkins⁽⁸⁷⁾. Os cinco sintomas centrais que são avaliados por estas escalas incluem odor, dor, exsudação, sangramento e prurido. Algumas escalas avaliam os aspectos psicossociais e o impacto da ferida nas atividades da vida diária do paciente. Antes de escolher uma escala, se recomenda que os enfermeiros utilizem uma que atenda às necessidades de seu ambiente de trabalho e às habilidades e conhecimento dos profissionais de saúde envolvidos⁽⁴⁴⁾.

Nesse sentido, utilizou-se, para este referencial teórico e para a intervenção educativa dos enfermeiros desta pesquisa, a Escala de Avaliação de Feridas de Hopkins, uma vez que é a recomendada pelo INCA e adotada pelos profissionais da Unidade de Cuidados Paliativos IV do referido instituto, e que já foi referenciada no Quadro 01 desta fundamentação teórica.

No que se refere à ferida tumoral maligna cutânea, o profissional de enfermagem deve avaliar: localização, tamanho, classificação morfológica da lesão, tipo de tecido, presença e grau de odor, quantidade e natureza do exsudato, quantidade de sangramento, intensidade e características da dor, prurido, condições da pele periférica e bordas, sinais de infecção, acometimento ou invasão de órgãos e sistemas, tunelizações, tempo de evolução e processo infeccioso, presença de fístula e miíases⁽²²⁾. Após a avaliação, classificar a lesão de acordo com o estadiamento de feridas tumorais malignas, o qual já foi descrito no Quadro 01.

Como a morfologia e o estadiamento das feridas tumorais malignas cutâneas podem ser distintamente variáveis, a avaliação e a mensuração do tamanho da lesão podem não estar de acordo com as abordagens convencionais (por exemplo, as bordas da ferida tumoral podem ser invertidas (epibolia) com múltiplos nódulos satélites e descoloração da pele periférica, indicando infiltração do tumor, além da ferida propriamente dita). Isso significa que a mensuração exata dessas feridas é de difícil realização, além de ter valor questionável clinicamente. Por isso, um registro fotográfico da ferida com o consentimento prévio do paciente pode ilustrar a progressão da ferida e ser útil para justificar a escolha dos produtos para o controle dos sinais e sintomas, a frequência de trocas de curativos e o volume de curativos anteriormente utilizados⁽⁴⁴⁾.

Em relação à efetividade dos cuidados paliativos, a literatura internacional⁽¹²⁸⁻¹²⁹⁾ preconiza uma série de ações sumarizadas no acrônimo *SPECIAL*, que teve tradução livre da língua inglesa para a portuguesa, e que está no Quadro 08, logo a seguir:

Letra	Designação em inglês	Tradução livre
S	<i>Stabilize the wound</i>	Estabilizar a ferida
P	<i>Prevent new wounds</i>	Prevenir novas feridas
E	<i>Eliminate odor</i>	Eliminar odor
C	<i>Control pain</i>	Controlar a dor
I	<i>Infection prophylaxis</i>	Impedir infecção
A	<i>Advanced, absorbent wound dressings</i>	Absorver drenagem
L	<i>Lessen dressing changes</i>	Diminuir trocas de curativos

Quadro 08 - Acrônimo *SPECIAL*

Fonte: Alvarez et al., 2007⁽¹²⁸⁾, Ayello; Baranoski, 2010⁽¹²⁹⁾

Já outros autores⁽¹⁴⁾ criaram um acrônimo denominado *HOPES* que contempla o tratamento da pessoa, da ferida e as repercussões que a lesão ocasiona na mesma. O mapa conceitual do acrônimo está descrito na Figura 18, logo a seguir:

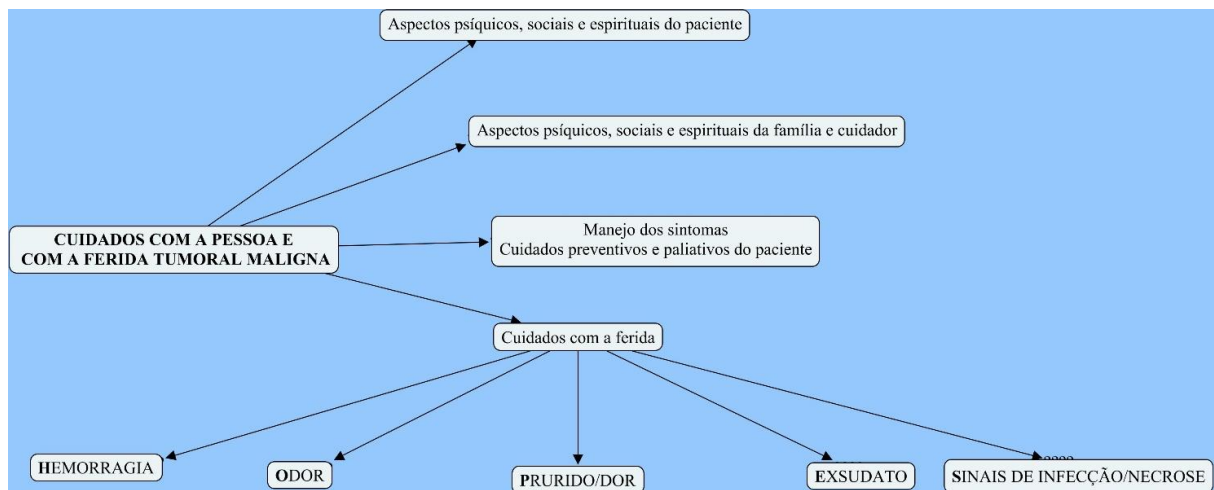


Figura 18 - Cuidados e tratamento de pacientes com feridas tumorais malignas

Fonte: Woo; Sibbald, 2010⁽¹¹⁾

As implicações clínicas de uma ferida tumoral maligna sobre a pele irão depender do estadiamento da lesão, contudo outros fatores podem agravar este quadro, tais como área afetada, o nível de desenvolvimento tumoral, a *performance status* do paciente (PPS), qualidade dos cuidados clínicos prestados, qualidade das coberturas tópicas aplicadas, disponibilidade de recursos terapêuticos, como possibilidade de intervenções cirúrgicas, radioterapia, tecnologia no controle dos sintomas, assistência psicológica e social e adesão de pacientes e familiares às orientações da equipe multiprofissional^(3,14).

Nesse contexto, vale ressaltar que, no cenário das feridas tumorais malignas cutâneas, além do paciente, membros da família estão propensos ao sofrimento físico, psíquico e social, pois apresentam dificuldades em gerenciar os cuidados relacionados ao tratamento paliativo do câncer e da ferida propriamente dita (por exemplo, realizar limpeza e curativos) e a mudança no papel social de membro familiar (por exemplo, cônjuge, filho) para cuidador solidário do paciente. Por isso, é fundamental que profissionais de saúde garantam informações apropriadas e disponíveis, bem como acesso e apoio aos cuidadores, de forma a ajudá-los em suas tomadas de decisões^(3,44,119).

No que se refere ao gerenciamento dos cuidados de enfermagem, é aspecto fundamental o registro dessas intervenções de enfermagem^(3,123). O registro das informações é

imperativo por possibilitar o monitoramento da eficácia das condutas destinadas às pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas^(3,123-130). Devem-se adotar instrumentos padronizados para avaliação dessas feridas e sua evolução, incluindo os sintomas clássicos (dor, odor, sangramento, exsudato dentre outros) e o quanto eles afetam as dimensões física, psíquica, social e espiritual das pessoas acometidas, o que nem sempre é possível com os formulários padronizados para outras feridas.

Protocolos assistenciais uniformizados e sistematizados de condutas também constituem parte da informação e do cuidado. O protocolo precisa nortear a prática e deve ser cumprido pelos profissionais da saúde; para tanto, é necessária capacitação da equipe^(3,123). Desse modo, a sistematização das informações baseadas em formulários adequados e padronizados de condutas adquiridas pela adoção de treinamentos específicos e aperfeiçoamentos são desejáveis^(3,130-131).

No tocante à alta hospitalar da pessoa com ferida tumoral maligna cutânea, é imprescindível planejá-la com antecedência, atentando para: a) identificar e contatar o cuidador principal, a fim de capacitá-lo e treiná-lo para a realização de curativos em domicílio; b) identificar, junto à família, a rede de suporte de atendimento público que poderá ser utilizada como referência próxima ao paciente para os cuidados com relação à ferida; c) realizar relatório de enfermagem sintetizado com relação à alta hospitalar e aos cuidados com a ferida, para que a família tenha um instrumento norteador dos cuidados em domicílio, e que servirá também como um meio de comunicação com a Unidade Básica de Saúde (UBS); d) orientar quanto ao vestuário (roupas mais confortáveis e adaptadas ao melhor acesso à ferida para as trocas de curativos) e e) orientar quanto ao posicionamento, com vistas ao melhor repouso e sono^(3,131).

Ainda sobre o manejo clínico do paciente com ferida tumoral maligna cutânea, vale ressaltar que a progressão da doença, o aumento da lesão, a mutilação de áreas do corpo e a dificuldade no manejo e alívio dos sinais e sintomas prevalentes e a realização de curativos em feridas que apresentam crescimento exuberante, bem como disfarçar o odor fétido exalado podem trazer sentimentos de impotência e desânimo para o profissional^(12,25,119,132-135).

Alterações nos hábitos de vestuário de pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas são descritas na literatura como resultado da adaptação com a ferida. Estudos ressaltam que o odor fétido, o vazamento do exsudato e sangramentos pelas roupas e o volume extenso dos curativos causam restrições funcionais em atividades da vida diária

(como, por exemplo: mobilidade reduzida como resultado da localização da ferida; sono e repouso prejudicados; visão, salivação, audição, deglutição e fonação alterados; problemas com a fala e hidratação e nutrição prejudicados) e constrangimento na vida familiar, profissional e social em termos de frequência de trocas de curativos e roupas adicionais que limitam movimentos, afetando a capacidade de autocuidado e, conseqüentemente, reduzindo a autonomia e independência desses pacientes no que se refere às atividades da vida diária. Além disso, a pessoa apresenta alterações psicoemocionais e sociais, como sentimentos de menos-valia, constrangimento, repugnância de si, impotência, ódio pelo corpo, agressividade, aumento da angústica estética, baixa autoestima, distúrbio da autoimagem, alterações na libido, sexualidade, feminilidade e intimidade, estigma social, isolamento social, sentimentos de perda de papéis sociais, familiares e afetivos e a mudança nas relações materna, afetiva e fraternal, depressão e, algumas vezes, ideia fixa de morte e suicídio^(47,49,52,119,132-135).

Diante dessas circunstâncias, os pacientes com feridas tumorais malignas cutâneas, na tentativa de amenizar os sinais e sintomas provenientes das lesões, tomam decisões e realizam medidas prejudiciais à saúde e à própria lesão, tais como: diminuição da ingesta hídrica e nutricional, a fim de reduzir as eliminações vesicais e intestinais e, com isso, diminuir a frequência de trocas de curativos; utilização de perfumes, óleos perfumados nas coberturas secundárias e/ou na própria lesão e ervas como coberturas primárias, com o objetivo de atenuar o odor fétido; e realização da limpeza da lesão com escovas de dentes infantis, na tentativa de retirar tecidos desvitalizados^(49-52,119,132-135).

Nessa perspectiva, estudos revelam que pacientes e cuidadores, em busca de soluções que pudessem minimizar esses constrangimentos, além de proporcionar maior conforto e segurança, lançaram mão de alguns tipos de vestimentos e acessórios, tais como: para fixação dos curativos: roupas de praia e/ou esportiva (por exemplo, maiô, *top*, *body*) e para disfarçar o tamanho dos curativos e os possíveis vazamentos de exsudato e sangramento: camisas de tecido de malha de cor escura ou estampada, de mangas longas e gola alta, pantalonas, saias e vestidos longos e alguns acessórios, como cachecóis, echarpes, lenços, chapéus, gorros, turbantes, tapa-olhos e óculos escuros para esconder a lesão e/ou disfarçar o curativo^(49-52,132-135).

Diante dessa conjuntura, se faz necessário refletir sobre uma moda inclusiva, que busque alternativas para a problemática da ferida tumoral maligna cutânea, mas que respeite

os preceitos de um curativo funcional e estético, bem como o vestuário adequado às necessidades do paciente.

O conhecimento científico da filosofia e dos princípios dos cuidados paliativos, em que uma abordagem às dimensões física, psicológica, social e espiritual é essencial, e a compreensão da importância de uma equipe interdisciplinar nesse processo podem ajudar na busca de estratégias de enfrentamento, tais como a realização de grupo terapêutico para os profissionais da área de saúde que atendem pacientes com feridas tumorais malignas cutâneas⁽⁶³⁾.

Observam-se que estudos relacionados à efetividade dos sintomas das feridas tumorais malignas cutâneas ainda são limitados e o conhecimento por parte dos enfermeiros ainda é conduzido em parte pelo raciocínio adotado em outras feridas em que a cicatrização é a finalidade do tratamento^(3,59,61-62). Além disso, muitas pesquisas são baseadas em experiências profissionais, refletindo lacunas e carência do cuidado baseado em evidências nessa área e a necessidade por mais estudos e publicações^(3,14,59,61-62).

O pessoa com ferida tumoral maligna cutânea apresenta uma expectativa de vida muito curta, com uma média de seis a 12 meses de sobrevida^(3,52-53), por esse motivo, evidencia-se a necessidade de se realizar mais pesquisas com o objetivo de elaborar, implementar, validar e implantar protocolos que englobem cuidados dispensados ao controle dos sinais e sintomas na ferida tumoral maligna, até então preconizados do ponto de vista empírico, tendo como meta a qualidade de vida dessa pessoa⁽³⁾.

4.2 Resgate histórico da assistência oncológica e educação permanente em saúde para enfermeiros que cuidam de pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas no âmbito do Sistema Único de Saúde

Um grande marco na política de controle do câncer foi a estruturação das unidades hospitalares que prestavam atendimento à pessoa com doença oncológica, por meio da publicação da Portaria nº 3.535 de 2 de setembro de 1998, na qual foi considerada a necessidade de garantir o atendimento integral às pessoas com doenças oncológicas malignas; estabelecer uma rede hierarquizada dos centros que prestavam atendimento pelo Sistema Único de Saúde a esses pacientes e atualizar os critérios mínimos para o cadastramento desses Centros de Alta Complexidade em Oncologia⁽¹³⁶⁻¹³⁷⁾.

Na época, os Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) foram classificados da seguinte forma⁽¹³⁶⁻¹³⁷⁾.

1. Centro de Alta Complexidade em Oncologia I, constituído de hospitais gerais em que são realizados diagnóstico e tratamento de neoplasias malignas mais frequentes no Brasil; caracterizam-se por disporem de todos recursos humanos e equipamentos instalados dentro de uma mesma estrutura organizacional e prestam atendimento à pessoa sempre em uma perspectiva multiprofissional integrada;

2. Centro de Alta Complexidade em Oncologia II, em que foram classificadas instituições dedicadas, prioritariamente, para o controle do câncer, e que desenvolvem ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento de neoplasias malignas mais frequentes no Brasil, em todas as modalidades assistenciais; caracterizam-se por possuírem todos os recursos humanos e equipamentos instalados dentro de uma mesma estrutura organizacional, pelos quais são diretamente responsáveis;

3. Centro de Alta Complexidade em Oncologia III, que é constituído de instituições dedicadas exclusivamente ao controle do câncer, e que desenvolvem ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento de qualquer tipo e localização de neoplasia maligna, em todas as modalidades assistenciais; caracterizam-se por possuírem todos os recursos humanos e equipamentos próprios.

Contudo, para melhor organizar a atenção às pessoas com câncer nos vários níveis de saúde e levando em consideração as dimensões e heterogeneidades cultural e socioeconômica do Brasil, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica, por meio das Portarias nº 2.439 de 8 de dezembro de 2005⁽⁵⁴⁾ e Portaria nº 741 de 19 de

dezembro de 2005⁽⁵⁵⁾, em que a primeira tem o objetivo de organizar uma linha de cuidados que instituísse promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, implantada em todas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, e a segunda determina novas classificações e requisitos para os estabelecimentos que tratam da pessoa com câncer (Centros e Unidades de Alta Complexidade em Oncologia – CACON e UNACON)^(54-55,137).

Entende-se por UNACON o hospital que possui condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos para a prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil^(54-55,137).

Com a implantação da PNAO, verificou-se uma estimativa de redução da ocorrência de câncer em até 30% dos casos, por meio de medidas preventivas. Desse modo, evidenciou-se a necessidade de políticas sanitárias mais abrangentes e robustas. Nesse contexto, foi lançado, em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs) para o decênio 2011-2022, que as aponta como um problema de saúde de grande magnitude. O plano tem como objetivo principal ações que visam ao fortalecimento da capacidade de resposta do SUS e à ampliação das ações de cuidado integral para a prevenção e o controle das DCNTs⁽¹³⁸⁾.

Coerente com a relevância do câncer, na perspectiva da sua atenção integral, foi instituída a Lei Presidencial nº 12.732 de 22 de novembro de 2012, que dispõe sobre o primeiro tratamento de pacientes com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Em seu artigo 2º, a Lei assegura que o paciente com neoplasia maligna tem direito ao primeiro tratamento no SUS no prazo de até sessenta dias, contados a partir do dia em que for confirmado o diagnóstico em laudo patológico, ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso, registrada em prontuário único⁽¹³⁹⁾.

E, em 2013, considerando a importância epidemiológica do câncer e sua magnitude como problema de saúde pública e a necessidade de reduzir os seus índices de mortalidade e incapacidade, foi editada a Portaria nº 874 de 16 de maio de 2013, que institui a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde, sendo de responsabilidade do Ministério da Saúde estabelecer diretrizes nacionais para prevenção e controle do câncer, estimulando a atenção integral e articulando as diversas ações nos três níveis de gestão do

SUS. O objetivo central dessa política é contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos⁽⁵⁶⁾.

O desafio para proporcionar alívio da dor e outros sintomas a pacientes com câncer e a escuta a estes pacientes no momento da proximidade de sua morte foram fatores que impulsionaram, nos anos de 1960, Dame Cicely Saunders, considerada pioneira no desenvolvimentno do Movimento *Hospice*, que deu origem aos cuidados paliativos. Desde então, este novo modelo de cuidar se espalhou por todo o mundo, sendo interpretado por diferentes culturas e em diferentes níveis, com o propósito comum de que as pessoas devem ser ajudadas não só a morrer em paz, mas a viver até a sua morte com suas necessidades e potencialidades atendidas tanto quanto possível⁽¹⁰²⁾.

Saunders relata que seus questionamentos, que impulsionaram todo o movimento, surgiram a partir de várias conversas com um paciente de 40 anos de idade, com câncer de reto, internado em um hospital-escola de Londres, em 1948. Em suas conversas, discutiam o que poderia ajudar outras pessoas na mesma situação e se haveria a possibilidade de que o processo se desenrolasse em outro lugar que não uma enfermaria cirúrgica, onde todos estavam sempre muito ocupados⁽¹⁰²⁾.

Um dos primeiros registros de um *hospice* relata a abertura, no final do século IV da era cristã, em Roma, de um abrigo de peregrinos, doentes e desamparados, por uma cristã de nome Fabíola. O nome dado a este abrigo – *hospice* – tem como referência os hóspedes e estrangeiros, seus anfitriões e a relação de hospitalidade desenvolvida entre eles, sentido que permanece central ao movimento até os dias atuais. Ao longo da Idade Média, a Igreja Cristã dá continuidade a esta iniciativa, abrigando também, além dos doentes, os participantes das Cruzadas. O objetivo destes *hospices* não era inicialmente cuidar daqueles que estivessem morrendo, mas oferecer ajuda material e espiritual, o que frequentemente se estendia até a morte da pessoa⁽¹⁰²⁾.

A primeira instituição voltada especificamente para cuidar daqueles considerados incuráveis e que estivessem morrendo parece ter sido fundada por Mme. Jeanne Garnier, na França, e por ela denominada “*hospice e calvário*”. Em 1905, é estabelecido o primeiro *hospice* na Grã-Bretanha – o Joseph’s Hospice, em Londres –, criado pelas Irmãs de Caridade Irlandesas, após terem fundado instituição semelhante em Dublin⁽¹⁰²⁾.

Várias outras instituições, de cunho religioso (católicas, protestantes ou judias), foram fundadas no Reino Unido, Estados Unidos, Austrália e Alemanha neste século. No momento, a que mais se assemelha com as instituições atuais é a *St. Luke's Home for the Dying Poor*, fundada em 1893 pelo Dr. Howard Barret, e onde Dame Cicely Saunders trabalhava como voluntária durante sua formação médica, iniciada aos 33 anos, estimulada pela possibilidade de aprender mais sobre a dor e o uso de opioides. Inicia o monitoramento da dor e outros sintomas, após sua qualificação com médica, com o uso regular de analgesia, no *St. Joseph's*, onde fortalece as bases dos cuidados paliativos e arrecada fundos para a construção do *St. Christopher's Hospice*, o primeiro *hospice* moderno voltado para pesquisa e ensino, em 1967⁽¹⁰²⁾.

Suas experiências como médica e, anteriormente, como enfermeira e assistente social, associadas à influência exercida pela filosofia e política estudadas em Oxford e à sua formação cristã, não só estão presentes em suas ideias para o desenvolvimento dos *hospices* e do conceito de “dor total” por ela descrito, como proporcionaram uma amplitude maior ao seu trabalho⁽¹⁴⁰⁾.

Paralelamente ao trabalho de Saunders, nos anos de 1960, Ross desenvolve nos Estados Unidos, com pacientes que enfrentam a proximidade da morte, a mesma prática de escuta à beira do leito do paciente, não usual nessa época, e que transforma o mesmo em sujeito ativo no processo de adoecer. Através deste método de escuta, Ross desenvolve uma teoria sobre os estágios do processo de morrer, publicada no livro “*Sobre a morte e o morrer*”, em que descreve suas ideias sobre os mecanismos e estágios através dos quais os pacientes lidam com uma doença incurável e com notícias dolorosas, e de que modo nos comunicamos com estes pacientes⁽¹⁴⁰⁻¹⁴²⁾.

O primeiro estágio foi denominado de “negação”, fase de resistência após notícias sérias, e proporciona tempo para que o paciente se recupere com a mobilização de estratégias menos radicais. Ao não ser mais possível se manter firme com a negação, esse estágio é substituído por sentimentos de raiva, revolta, inveja e ressentimento, o estágio “revolta”, que pode se projetar em todas as dimensões, nos profissionais e familiares, a quem é direcionada. No terceiro estágio, o da “barganha”, o paciente tenta algum tipo de acordo com Deus que possa adiar o desfecho já inevitável. Já, no quarto estágio, o da “depressão”, podem-se evidenciar um sentimento de grande perda e uma tentativa de enfrentar a adversidade, através do seu isolamento e indiferença. No quinto estágio, o da “aceitação”, o paciente passa a

aceitar a sua situação. É importante compreender que não há uma ordem para que esses estágios ocorram, podendo o paciente vivenciar mais de uma dessas fases ao mesmo tempo ou não experimentar algumas delas⁽¹⁴²⁾.

O primeiro conceito de cuidados paliativos foi publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1990, como sendo o “cuidado ativo e total de pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, tendo como objetivo primordial o controle da dor e outros sintomas, além de problemas de ordem psicológica, social e espiritual, visando proporcionar a melhor qualidade de vida para pacientes e família”⁽¹⁴³⁾.

Essa definição é revisada em 2002 e passa a ser “uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento”. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e de outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual⁽¹⁴⁴⁾.

Em 2017, a OMS revisou mais uma vez o conceito de cuidado paliativo e, a partir de então, é considerado “uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes (adultos e crianças) e suas famílias, que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida; previne e alivia o sofrimento através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas, físicos, psicossociais ou espirituais”⁽⁴⁵⁾.

Os cuidados paliativos baseiam-se em princípios definidos pela OMS⁽⁴⁵⁾, conforme descritos abaixo:

- ✚ Promover alívio da dor e outros sintomas responsáveis por sofrimento;
- ✚ Afirmar a vida e reconhecer a morte como um processo natural;
- ✚ Não antecipar nem prolongar ou adiar a morte;
- ✚ Integrar aspectos psicológicos e espirituais ao cuidado;
- ✚ Oferecer um conjunto de cuidados e suporte para ajudar o paciente a viver da maneira mais ativa possível até a morte;
- ✚ Oferecer suporte para a família compreender e se organizar durante o processo de doença e luto;
- ✚ Acessar, por meio de uma equipe multiprofissional, as necessidades do paciente e da família, incluindo assistência ao luto, se necessário;
- ✚ Melhorar a qualidade de vida influenciando positivamente a evolução da doença;

- ✚ Instituir cuidados paliativos precocemente no curso de evolução da doença em conjunto com tratamentos modificadores da doença responsáveis por prolongar a vida (como quimioterapia e radioterapia);
- ✚ Incluir investigações diagnósticas necessárias para melhor compreensão e manejo das complicações clínicas que possam gerar sofrimento.

Já a Associação Internacional de Hospices e Cuidados Paliativos (AIHCP), em 2018,⁽¹⁴⁵⁾ definiu cuidados paliativos como cuidados holísticos ativos destinados às pessoas de qualquer idade, que apresentem sofrimentos intensos devido a doenças graves, sobretudo quando estão em processo de finitude humana e tem como objetivo melhorar a qualidade de vida de pacientes, suas famílias e seus cuidadores. Esta entidade ressalta, ainda, observâncias no conceito de cuidado paliativo, a saber:

- Inclui prevenção, identificação precoce, avaliação abrangente e gerenciamento de problemas físicos, incluindo dor e outros sintomas angustiantes;
- Fornece apoio para ajudar os pacientes a viver de forma mais completa possível até a morte, facilitando a comunicação eficaz, ajudando-os e as suas famílias a determinar metas de cuidado;
- É aplicável durante todo o curso de uma doença, de acordo com as necessidades do paciente;
- É fornecido em conjunto com terapias modificadoras da doença sempre que necessário;
- Pode influenciar positivamente o curso da doença;
- Não pretende apressar nem adiar a morte; afirma a vida e reconhece o morrer como um processo natural;
- Fornece apoio à família e aos cuidadores durante a doença do paciente e em seu próprio luto;
- Reconhece e respeita os valores e crenças culturais do paciente e da família;
- É aplicável em todos os locais de cuidados de saúde (domicílio e instituições de saúde) e em todos os níveis (primário ao terciário);
- Pode ser fornecido por profissionais com treinamento básico em cuidados paliativos;
- Requer cuidados paliativos especializados com uma equipe multiprofissional para encaminhamento de casos complexos.

No Brasil, a prática dos cuidados paliativos é recente, tendo seu início nos anos de 1980 com a consolidação de serviços pioneiros e a criação de outros também importantes a partir do ano 2000.

Para uma assistência efetiva em cuidados paliativos, devem-se estabelecer interlocuções de várias áreas de atenção à saúde. Na atenção básica, eixo estruturante dos

sistemas de saúde, onde a formação continuada dos agentes de saúde ganha importância fundamental, ainda não se observa contemplada, no rol de suas ações, uma formação específica em cuidados paliativos⁽¹⁴⁶⁾.

No nível da assistência de média complexidade, tem-se um verdadeiro espaço vazio com relação à atenção paliativa. De acordo com a Associação Latino-Americana de Cuidados Paliativos (ALACP), o Brasil não possui um serviço completo de cuidados paliativos na média complexidade. Isso confirma o descompasso dos serviços, uma vez que pacientes internos nesse nível de assistência, com suas doenças crônicas evolutivas e terminais, são lançados à própria sorte, recebendo, muitas vezes, um tratamento indigno na fase de maior complexidade da doença⁽¹⁴⁷⁾.

O nível terciário, formado pelos Centros e Unidades de Alta Complexidade em Oncologia, não atende aos pré-requisitos recomendados pela Portaria nº 741/2005, que estabelece diretrizes para o cadastramento e funcionamento dessas unidades e garante atenção em cuidados paliativos, no que tange à assistência ambulatorial multiprofissional; internações por intercorrências; internações de longa permanência, e fornecimento de medicação ou procedimentos de controle da dor⁽¹⁴⁶⁾.

Diante dessas circunstâncias, são evidentes a fragmentação do cuidado e a não efetividade no planejamento, haja vista que, na maioria dos casos, as medidas são isoladas e não implicam um tratamento integral aos pacientes encaminhados à rede de atenção oncológica. Diante dessas circunstâncias, o Tribunal de Contas da União construiu um relatório de auditoria da Política Nacional de Atenção Oncológica e o resultado evidenciou que a rede de atenção oncológica não está suficientemente estruturada para possibilitar às pessoas com câncer acesso tempestivo e equitativo ao diagnóstico e tratamento de câncer⁽¹⁴⁸⁾.

Exceção a essa regra, a Unidade IV (Unidade de Cuidados Paliativos) do Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva, que funciona como *hospice*, considerado unidade de atenção em cuidados paliativos, sendo uma das poucas iniciativas do Brasil, oferece o tratamento da pessoa com câncer avançado e sem possibilidades terapêuticas de cura⁽¹⁴⁶⁾.

Portanto, uma efetiva mudança do modelo fragmentado de assistência em cuidados paliativos encontrados no Brasil depende de uma atenção integral, digna e resolutiva, onde os princípios doutrinários do SUS sejam respeitados e realizados com vistas a garantir o modelo

integral, universal, igualitário e equânime à pessoa com câncer avançado e sem possibilidades terapêuticas de cura⁽¹⁴⁶⁾.

Nesse contexto, a capacitação de profissionais da rede de assistência à saúde em cuidados paliativos se faz urgente, haja vista que a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas⁽⁵⁶⁾ permite qualificar a assistência e promover a educação permanente, fomentar a formação e a especialização de recursos humanos e incentivar a pesquisa.

Nesse sentido, como forma de fortalecer a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas⁽⁵⁶⁾, garantindo a implementação dos princípios dos cuidados paliativos, em 2011, o Conselho Federal de Medicina (CFM) reconheceu os Cuidados Paliativos como área de atuação médica, a partir da Resolução CFM nº 1.973 de 14 de julho de 2011⁽¹⁴⁹⁾, e em 2017 o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) aprovou o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, que acrescenta os capítulos sobre o oferecimento de cuidados paliativos, cuidados em fim de vida respeito à autonomia do paciente e às suas diretivas antecipadas, e assim reconhece os cuidados paliativos como área de atuação do enfermeiro, a partir da Resolução COFEN nº 564 de 6 de novembro de 2017⁽¹⁵⁰⁾.

Diante desse cenário, em 2018, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no uso de suas atribuições, criou a resolução nº 41 de 31 de outubro de 2018⁽⁷⁸⁾, que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do SUS e ressaltou, no seu parágrafo único, que toda pessoa afetada por uma doença que ameace a vida, seja aguda ou crônica, a partir desta condição é elegível para cuidados paliativos. Dentre os objetivos desta Resolução, estão:

- I – integrar os cuidados paliativos na rede de atenção à saúde;
- II – promover a melhoria da qualidade de vida dos pacientes;
- III – incentivar o trabalho em equipe multidisciplinar;
- IV – fomentar a instituição de disciplinas e conteúdos programáticos de cuidados paliativos no ensino de graduação e especialização dos profissionais de saúde;
- V – ofertar educação permanente em cuidados paliativos para os trabalhadores da saúde no SUS;
- VI – promover a disseminação de informação sobre os cuidados paliativos na sociedade;
- VII - ofertar medicamentos que promovam o controle dos sintomas dos pacientes em cuidados paliativos; e

VIII – pugnar pelo desenvolvimento de uma atenção à saúde humanizada, baseada em evidências, com acesso equitativo e custo efetivo, abrangendo toda linha de cuidado e todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, domiciliar e integração com os serviços especializados.

No que se relaciona aos princípios norteadores para a organização dos cuidados paliativos, a Resolução⁽⁷⁸⁾ destaca:

- I – início dos cuidados paliativos o mais precocemente possível, juntamente com o tratamento modificador da doença, e início das investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes;
- II – promoção do alívio da dor e de outros sintomas físicos, do sofrimento psicossocial, espiritual e existencial, incluindo o cuidado apropriado para familiares e cuidadores;
- III – afirmação da vida e aceitação da morte como um processo natural;
- IV – aceitação da evolução natural da doença, não acelerando nem retardando a morte e repudiando as futilidades diagnósticas e terapêuticas;
- V – promoção da qualidade de vida por meio da melhoria do curso da doença;
- VI – integração dos aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente;
- VII – oferecimento de um sistema de suporte que permita ao paciente viver o mais autônomo e ativo possível até o momento de sua morte;
- VIII - oferecimento de um sistema de apoio para auxiliar a família a lidar com a doença do paciente e o luto;
- IX – trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar para abordar as necessidades do paciente e de seus familiares, incluindo aconselhamento de luto, se indicado;
- XI – respeito à autodeterminação do indivíduo;
- XII – promoção da livre manifestação de preferências para o tratamento médico através de diretiva antecipada de vontade (DAV) e
- XIII – esforço coletivo em assegurar o cumprimento de vontade manifesta por diretiva antecipada de vontade.

No que diz respeito à rede de atenção à saúde, os cuidados paliativos deverão ser ofertados em qualquer ponto desta rede, a saber: atenção básica, atenção domiciliar, atenção ambulatorial, urgência e emergência e atenção hospitalar⁽⁷⁸⁾. Outro aspecto merecedor de atenção desta Resolução⁽⁷⁸⁾, salienta que os especialistas em cuidados paliativos atuantes na rede de atenção à saúde poderão ser referência e potenciais matriciadores dos demais serviços da rede, podendo isso ser feito in loco ou por tecnologias de comunicação à distância.

Nessa conjuntura, a educação permanente representa uma importante alternativa que pode ser utilizada, a fim de modificar a concepção e práticas de profissionais de saúde, uma vez que: a) incorpora o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, no contexto real em que ocorrem; b) modifica as estratégias educativas, a

partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer; c) coloca as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de meros receptores; d) aborda a equipe e o grupo como estrutura de interação, evitando a fragmentação disciplinar; e e) amplia os espaços educativos fora da aula e dentro das organizações, na comunidade, em associações, em ações comunitárias^(75,77).

Contudo, para que se possa produzir mudança nas práticas e, sobretudo, naquelas institucionalizadas nos serviços de saúde, se faz mister priorizar o conhecimento prático dos atores sociais envolvidos em suas ações educativas e estimular a reflexão compartilhada e sistemática⁽⁷⁵⁾. Refletir o *saber* e o *fazer* visa atualizar, renovar, simplificar e tornar melhores e mais eficientes as práticas profissionais, posto que a reflexão possibilita, além de adquirir maior conhecimento sobre a prática e as ações nela envolvidas, gerar novos conhecimentos e, conseqüentemente, mudanças de atitudes⁽¹⁵¹⁻¹⁵²⁾.

Para além da problematização e da relação dialógica defendidas por Paulo Freire e David Ausubel, a Teoria da Aprendizagem Significativa, que se utilizou como norte para a capacitação dos enfermeiros participantes desta pesquisa, tem influências de Dewey, que valoriza a investigação e reflexão da experiência cotidiana e considera que o pensamento surge da situação vivida⁽⁷⁹⁾.

Ao dar destaque à problematização e à aprendizagem significativa, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde enaltece o lema “aprender a aprender”, que se incorpora à dinâmica da micropolítica do trabalho, valorizando tecnologias leves. O lema “aprender a aprender” carrega em si a ideia de uma autonomia, que dá ao aprendiz a possibilidade de aprendizagem ao longo da vida⁽⁷⁹⁾.

É nessa perspectiva que se insere o trabalho dos profissionais de saúde da Assistência à Saúde de Alta Complexidade em Oncologia, que estão inseridos no ambiente onde todas as relações de assistência acontecem, incluindo equipe-pessoa com ferida tumoral maligna-família.

Os cuidados paliativos requerem uma abordagem multiprofissional, na qual o enfermeiro tem um importante papel ao prover informações, aconselhamento e educação de pacientes, familiares e equipe de enfermagem e ao facilitar a continuidade do cuidado no hospital e em domicílio. Além disso, devido à sua proximidade com o paciente, tem uma posição privilegiada para monitorar, avaliar e tratar a dor e outros sintomas⁽⁴⁵⁾.

Para os enfermeiros, cuidar de uma pessoa com ferida tumoral maligna cutânea requer envolvimento com o paciente e compreensão do seu sofrimento psicoemocional decorrente da perda da funcionalidade física, baixa autoestima, medo da morte e desesperança, bem como o envolvimento com a equipe multiprofissional; também requer disponibilidade de produtos específicos, conhecimento técnico-científico, recursos humanos, estruturação do serviço de saúde, dentre outros. Contudo, em todas essas dimensões, o enfermeiro pode atuar de forma proativa em prol das pessoas com câncer avançado sem possibilidades terapêuticas de cura, em qualquer cenário onde o cuidado humano precise acontecer.

Além desses aspectos, o envolvimento com a família também se faz imperioso, uma vez que, para alguns familiares, a necessidade de se envolver com as trocas de curativos e outros cuidados relacionados ao manejo da ferida é mais um atributo de seu papel como prestador de cuidados ao seu ente querido. Já, para muitos outros, o momento da troca dos curativos pode se constituir em uma violência simbólica, imposta pela dicotomia entre prestar o cuidado a um ente querido e, ao mesmo tempo, lidar diretamente com uma ferida agressiva que lhes desperta sensação de enojamento, sofrimento e angústia^(47,51,53).

Não obstante, a ferida tumoral maligna cutânea passa a ser parte integrante do corpo do paciente e necessita de cuidados diários, com trocas frequentes de curativos. Em todos esses contextos, a presença de um enfermeiro será imprescindível para auxiliar o paciente e a família a melhor conviverem com a lesão.

Em face dessa questão tão sombria, mas real, o enfermeiro poderá contribuir com seu potencial humanístico e científico, com informações claras, escuta ativa e ensinamentos práticos para que o paciente e família venham a lidar melhor com as diferentes etapas do manejo terapêutico que, inexoravelmente, pode caminhar para a morte, e, então, perda de um ente querido.

Diante desse cenário, é importante considerar que os enfermeiros necessitam de qualificação não somente para o manejo dos sinais e sintomas, mas, sobretudo, para compreender os aspectos psicoemocionais, sociais e espirituais que envolvem todas as pessoas nessa experiência de adoecimento. É nessa perspectiva que a Educação Permanente em Saúde se faz imperiosa.

Por esse motivo, a Atenção à Saúde de Alta Complexidade em Oncologia deve quebrar os paradigmas da alienação, da capacitação meramente mecanizada, o vazio da

solidariedade e a fragmentação do cuidado que engessam os profissionais de saúde diante do sofrimento humano⁽⁸¹⁾, por meio da educação, de forma a conduzir um processo de compreensão de ser cuidador; de saber lidar diretamente com a tecnologia e com o ser humano; de interagir com a equipe; de aprender e captar o significado de cada situação como um todo; de enfrentar o sofrimento e a morte; de saber lidar e aprender com o envolvimento; de captar a dinâmica da prática – desenvolvendo habilidades, descobrindo capacidades pessoais, assim como as dos pacientes e familiares, aprendendo a observar e a centrar-se e a vivenciar o ritmo da unidade⁽¹⁵²⁾.

A atividade do enfermeiro integra o conhecimento técnico e o científico ao cuidado, o que demanda o reconhecimento do *ethos* de quem cuida e de quem é cuidado. Nessa compreensão, o cuidado é idealizado como um valor ético-político, pautado na responsabilidade coletiva, que se materializa nos ambientes de saúde por meio de consultas, ações educativas, atendimento, saberes e práticas, como se trouxesse o outro para dentro de si, como um alargamento do cuidador⁽¹⁵³⁾. Nesta perspectiva, de *saber fazer*, permeada por saberes técnicos, éticos, estéticos e políticos, o enfermeiro se apoia na legislação vigente, a fim de se aperfeiçoar na assistência à pessoa com feridas, dentre elas, a lesão tumoral maligna cutânea.

Conforme a Lei nº 7.498/86, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, no artigo 11, o enfermeiro deve exercer todas as atividades de Enfermagem, cabendo-lhe privativamente⁽¹⁵⁵⁾:

[...]

c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem;

[...]

i) consulta de enfermagem;

j) prescrição da assistência de enfermagem;

[...]

m) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimento de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.

De acordo com as alíneas apresentadas, cabe ao enfermeiro planejar e organizar os serviços de assistência de enfermagem que irão atender às pessoas com feridas e consultá-las, prescrever, e prestar a assistência adequada segundo o grau de complexidade.

Cuidar da pessoa com ferida tumoral maligna cutânea é um desafio para o enfermeiro, uma vez que requer desse profissional conhecimento específico nas bases da Oncologia e

atualizado acerca da fisiopatologia, manifestações clínicas, tratamento, complicações e cuidados paliativos. Simultaneamente a isso, o enfermeiro deve ser capacitado para avaliar a pessoa e a sua lesão, escolher as coberturas específicas, coletar material para cultura, realizar desbridamento quando necessário e encaminhar para outro especialista.

Nessa conjuntura, cabe pontuar algumas competências privativas do enfermeiro no cuidado com as feridas, conforme a Resolução do COFEN nº 567/2018⁽¹⁵⁶⁾:

1.Geral

a) Avaliar, prescrever e executar curativos em todos os tipos de feridas em pacientes sob seus cuidados, além de coordenar e supervisionar a equipe de enfermagem na prevenção e cuidado de pessoas com feridas.

2.Específicas:

[...]

b) Realizar atividades de prevenção e cuidado às pessoas com feridas, a serem executadas no contexto do Processo de Enfermagem, atendendo às determinações das normatizações do Cofen e aos princípios da Política Nacional de Segurança do Paciente – PNSP, do Sistema Único de Saúde – SUS.

c) Prescrever medicamentos e coberturas utilizados na prevenção e cuidado às pessoas com feridas, estabelecidos em Programas de Saúde e/ou Protocolos Institucionais.

d) Realizar curativos em todos tipos de feridas, independente do grau de comprometimento tecidual.

e) Executar debridamento autolítico, instrumental, mecânico e enzimático.

f) Realizar a terapia de compressão elástica e inelástica de alta e baixa compressão, de acordo com diagnóstico médico (úlceras venosa ou mista e linfedemas).

g) Participar da escolha de materiais, medicamentos e equipamentos necessários à prevenção e cuidado aos pacientes com feridas.

h) Estabelecer política de avaliação dos riscos potenciais, por meio de escalas ou outras ferramentas validadas para a prevenção de feridas, elaborando protocolo institucional.

i) Desenvolver e implementar plano de intervenção para o indivíduo em risco de desenvolver lesão/úlceras por pressão.

j) Avaliar estado nutricional do paciente através de seu IMC (Índice de Massa Corporal) e se necessário utilizar-se de indicadores nutricionais como: hemoglobina, glicemia, albumina sérica, aporte de zinco, vitaminas B12 e D e outros, conforme protocolo institucional.

k) Participar de programas de educação permanente para incorporação de novas técnicas e tecnologias.

[...]

m) Executar os cuidados de enfermagem para os procedimentos de maior complexidade técnica e aqueles que exijam tomada de decisão imediata.

n) Garantir com eficácia e eficiência o reposicionamento no leito (mudança de decúbito), devendo estar devidamente prescrito no contexto do Processo de Enfermagem.

o) Coordenar e/ou participar de pesquisas clínicas relacionadas a produtos, medicamentos e tecnologias a serem utilizados na prevenção e tratamento de feridas, respeitando os preceitos éticos e legais da profissão.

[...]

[...]

r) Solicitar exames laboratoriais e radiografias inerentes ao processo do cuidado, estabelecidos em protocolos institucionais, às pessoas com feridas.

s) Utilizar materiais, equipamentos, medicamentos e novas tecnologias aprovados e que venham a ser aprovados pela Anvisa, para a prevenção e cuidado às pessoas com feridas.

t) Executar, coordenar e supervisionar as atividades de enfermagem relacionadas à terapia hiperbárica.

u) Realizar fotodocumentação para acompanhamento da evolução da ferida, desde que autorizado formalmente pelo paciente ou responsável, por meio de formulário institucional, respeitando os preceitos éticos e legais do uso de imagens.

v) Realizar coleta de material para exame microbiológico das feridas quando necessário o diagnóstico etiológico da infecção.

w) Participar e solicitar parecer técnico das Comissões de Curativos.

x) Realizar referência para serviços especializados ou especialistas quando necessário.

y) Garantir a contratransferência quando em serviços especializados.

z) Registrar todas as ações executadas e avaliadas no prontuário do paciente.

Além disso, vale ressaltar que, no Capítulo II, da Resolução COFEN nº 464/2017⁽¹⁵⁰⁾, consta que o profissional de Enfermagem tem como responsabilidade e dever.

Aprimorar os conhecimentos técnico-científicos, ético-políticos, socioeducativos e culturais, em benefício da pessoa, família e coletividade e do desenvolvimento da profissão.

Estimular, apoiar, colaborar e promover o desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão, devidamente aprovados nas instâncias deliberativas.

É diante dessa conjuntura que emerge a necessidade de educação de todos os enfermeiros que irão assistir a pessoa com ferida tumoral maligna cutânea, para que possam se sentir sensibilizados pela realidade lancinante que se apresenta e possam conduzir a prática do exercício profissional com ética e segurança.

4.3 Primeiro Artigo de Revisão

Feridas Neoplásicas: controle da dor, exsudato, odor e sangramento¹

Neoplastic wounds: controlling pain, exudate, odor and bleeding

Heridas neoplásicas: Control del dolor, exudado, mal olor y sangrado

RESUMO

Objetivo: Sintetizar a produção científica publicada na literatura sobre o controle da dor, exsudação, odor e sangramento de feridas neoplásicas. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada nas bases de dados CINAHL, SciELO, MEDLINE e LILACS e Portal de Periódicos CAPES com artigos que abordaram a temática. Fizeram parte da amostra 22 artigos, sendo 19 escritos na língua inglesa e três na língua espanhola, publicados no período de 2004 a 2014. **Resultados:** A partir dos artigos estudados, construíram-se quatro categorias: Intervenções para o controle da dor; Intervenções para o controle do exsudato; Intervenções para o controle do odor; e Intervenções para o controle do sangramento. **Conclusão:** A maioria os estudos foram pesquisas bibliográficas oriundas de opiniões de autoridades e/ou relatórios de comitês de especialistas na área; portanto, torna-se urgente a realização de ensaios clínicos randomizados.

Palavras-chave: Úlcera cutânea; Neoplasias; Enfermagem oncológica; Cuidados de enfermagem; Cuidados paliativos.

ABSTRACT

Objective: To synthesize the scientific work published in the literature concerning to pain control, exudation, odor and neoplastic wounds bleeding. **Method:** It is about an integrative review of the literature performed at the databases CINAHL, SciELO, MEDLINE and LILACS and Portal dos Periódicos CAPES with articles which has dealt with the theme. 22 articles have been part of the sample, 19 written in English and three written in Spanish, and published between 2004 and 2014. **Results:** From the studied articles, four categories have been created: pain control interventions; exudate control interventions; odor control interventions and bleeding control interventions. **Conclusion:** Most of the studies were bibliographic research from authorities' opinions and/or committees' reports written by specialists in the area. Therefore, it is urgent the accomplishment of randomized clinical trials.

Key-words: Cutaneous ulcer; Neoplasm; Oncological nursing; Nursing care; Palliative care.

RESUMEN

1.Publicado em janeiro de 2016

Objetivo: Sintetizar la producción científica publicada en la literatura sobre el control del dolor, exudado, mal olor y sangrado en heridas neoplásicas. **Métodos:** se trata de una revisión integral de la literatura realizada en las bases de datos CINAHL, SciELO, MEDLINE y LILACS y Portal de Periódicos CAPES con artículos que abarcaron la temática. Han hecho parte de la muestra 22 artículos, de los cuales 19 escritos en lengua inglesa y 3 escritos en lengua española, publicados en un periodo entre 2004 y 2014. **Resultados:** a partir de los artículos estudiados se han producido cuatro categorías: Intervenciones para control del dolor; Intervenciones para control del exudado; Intervenciones para control del mal olor e Intervenciones para control del sangrado. **Conclusión:** La mayor parte de los estudios han sido investigaciones bibliográficas oriundas de opiniones de autoridades y o relatos de comités de expertos del área. Por lo tanto se torna urgente la realización de ensayos clínicos estadísticos.

Palabras-clave: Úlcera cutánea; Neoplasias; Enfermería oncológica; Cuidados de enfermería; Cuidados paliativos.

INTRODUÇÃO

De forma geral, o processo de carcinogênese é responsável pela proliferação celular descontrolada; neste, ocorrem, frequentemente, a quebra de integridade cutânea e a infiltração de células malignas nas estruturas da pele, causando a formação de feridas neoplásicas. 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, a conduta diante dessas lesões é unicamente paliativa, tendo seu foco apenas no controle dos sintomas físicos e psicossociais.¹⁻⁵

Mesmo com perspectivas positivas na clínica geral e descobertas de medicamentos, tanto para o câncer em geral, quanto, para a especificidade dessa doença, em 2015, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) estimou que cerca de 596.070 mil novos casos da doença para 2016 e 2017 poderão ser encontrados nas pessoas; para o INCA, no Brasil, os cânceres mais incidentes serão: câncer de pele do tipo não melanoma (175.760 mil), próstata (61.200 mil), mama (57.960 mil), cólon e reto (34.280 mil), pulmão (28.220 mil) e estômago (20.500 mil). Em direção semelhante, a Organização Mundial de Saúde (OMS) projetou algumas perspectivas quanto a tal doença, porém, chamou a atenção para uma situação grave: 27 milhões de novos casos de câncer para o ano de 2030 em todo o mundo e 17 milhões de mortes pela doença são o esperado; sendo os países em desenvolvimento os mais afetados, entre eles, o Brasil.⁶

Um fato mais grave na doença é que, de acordo com pesquisadores^{3-5,7-10} sobre tema, provavelmente, de 5% a 10% dos pacientes oncológicos desenvolvem feridas, seja em decorrência do tumor primário ou de tumores metastáticos. As feridas neoplásicas que acometem a pele constituem não apenas mais um agravo na vida do paciente oncológico, 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, com os próprios familiares e até no social.

Mas a dinâmica sujeito-doença-cuidado em relação às feridas neoplásicas amplia o problema a uma ‘circunferência’ psicossocial mais séria; vai além do fator concreto da doença, remete o paciente à constante lembrança visível da sua patologia incurável, do mau prognóstico e do insucesso terapêutico curativo e, na maioria das vezes, traz em seu discurso, no entorno relacional do tratamento, a condição *sine qua non* da morte que se aproxima.^{3-5,11-15} É frente a tal situação que o paciente com essa doença necessita não apenas um tratamento medicamentoso, mas de profissionais que atuem de forma mais empática, e nesta condição está o enfermeiro.

O enfermeiro é um membro ativo e integrante de uma equipe multiprofissional e, geralmente, é responsável pelo tratamento de feridas que requer contato físico, afetivo e social; nesta condição, estaria a 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 neoplásicas 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 à sua imagem social, bem como a satisfação consigo e conscientização de estar sendo bem tratado.

Nessa perspectiva, se faz necessária 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, se por um lado, conhecimento técnico-científico supõe subsídios, de forma concreta, ao tratamento e ao planejamento das ações de enfermagem, considerando-se os recursos humanos e materiais disponíveis e necessários, por outro lado, o desenvolvimento de ações educativas direcionadas

ao paciente e ao cuidador poderá gerar qualidade de vida e trabalho, capazes de promover melhorias significativas nas dimensões física, psicológica e social.

Com isso, julga-se necessário conhecer as evidências científicas acerca das intervenções para o controle dos principais sinais e sintomas das feridas neoplásicas. Para tanto, emergiu a seguinte questão norteadora deste estudo: Qual a produção científica publicada na literatura sobre o controle da dor, odor, exsudação e sangramento de feridas neoplásicas?

Nesse sentido, o objetivo deste estudo é sintetizar a produção científica publicada na literatura sobre o controle da dor, odor, exsudação e sangramento de feridas neoplásicas.

MÉTODO

Para o alcance do objetivo, optou-se pelo método da revisão integrativa da literatura, visto que apresenta a síntese de múltiplos estudos publicados, permite identificar, avaliar e sintetizar os conhecimentos produzidos sobre determinado tema e possibilita conclusões gerais a respeito de uma área específica de estudo, visando à busca de evidências científicas e ao aprofundamento do tema para a prática clínica.¹⁶

Para elaboração da presente revisão, as seguintes etapas foram percorridas: identificação da questão norteadora da pesquisa e objetivo do estudo, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão para a seleção da amostra, busca na literatura, avaliação dos dados, análise dos dados, discussão e apresentação dos resultados.¹⁶

Para a busca na literatura inicialmente foram realizadas a identificação do tema e a formulação da questão norteadora. Nesta revisão, o tema norteador foi o controle da dor, odor, exsudato e sangramento de feridas neoplásicas, com a seguinte questão norteadora da pesquisa: Qual a produção científica publicada na literatura sobre o controle da dor, exsudato, odor e sangramento de feridas neoplásicas?

Utilizou-se a estratégia PICO (*Patient, Intervention, Control, Outcome*) que viabiliza o processo de encontrar respostas apropriadas às dúvidas advindas da prática; sendo os componentes descritos da seguinte forma: P – Pacientes com feridas neoplásicas; I – Tratamentos disponíveis para o controle da dor, sangramento, exsudato e odor; C – Relação do benefício entre os tratamentos existentes e/ou não tratamento; O – Controle da dor, sangramento, exsudato e odor.

ARTIGOS DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Para a seleção dos artigos, utilizou-se acesso ao Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES) e às seguintes bases de dados e biblioteca, respectivamente: LILACS (Literatura Latino-americana em Ciências da Saúde), MEDLINE (*National Library of Medicine and National Institutes of Health*), CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*), SciELO (*Scientific Eletronic Libray Online*). A busca em diversas bases de dados e na biblioteca teve como finalidade ampliar o âmbito da pesquisa e minimizar vieses.

O levantamento dos artigos foi realizado durante o período de agosto a outubro de 2014, utilizando as palavras-chave: “feridas neoplásicas”, “feridas tumorais”, “feridas malignas”, “feridas vegetantes”, “lesões oncológicas”, “lesões neoplásicas”, “lesões tumorais”, “lesões malignas”, “lesões vegetantes malignas”, “úlceras neoplásicas”, “úlceras oncológicas”, “úlceras malignas”, “úlceras tumorais”, “tratamento”, “terapêutica”, “modalidade terapêutica”, “controle de sinais”, “controle de sintomas”, “controle de sinais e sintomas”, as quais foram combinadas por meio do operador booleano AND.

Cumprasse assinalar que foram adotados os seguintes critérios de inclusão: artigos que abordassem o tratamento de feridas neoplásicas e que respondessem a questão norteadora desse estudo; artigos completos; disponíveis gratuitamente e eletronicamente; nos idiomas inglês, espanhol; publicados entre o período de 2004 e 2014. Foram excluídos da amostra: teses, dissertações, monografias, trabalhos de conclusão de curso, relatos de caso, relatos de experiência, manuais, resenhas, notas prévias, editoriais, cartas ao editor, artigos que não contivessem resumos disponíveis, publicações duplicadas e artigos na língua vernácula, uma vez que se observou em leituras preliminares que as referências contidas nas publicações nacionais tinham origem internacional.

Para análise e posterior síntese dos artigos que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão, utilizou-se um formulário que foi preenchido para cada artigo da amostra final do estudo. O formulário permitiu a obtenção de informações sobre: 1) *Autor*: dados de identificação; 2) *Artigo*: título, nome do periódico, ano de publicação, país de origem, área do conhecimento; 3) *Metodologia*: amostra do estudo, local e tipo de estudo; 4) *Principais achados*.

A primeira seleção dos artigos resultou em 669 estudos (237 na CINAHL, 234 na SciELO, 105 na MEDLINE e 93 na LILACS) e foi realizada por meio da leitura dos resumos, e a segunda seleção, após a leitura do artigo na íntegra. A partir do cumprimento dos critérios

de inclusão e exclusão permaneceram 22 artigos, assim distribuídos: um na base de dados *LILACS*, dois na *SciELO*, seis na *MEDLINE* e 13 na *CINAHL*.

A leitura do material foi realizada pelos pesquisadores, de forma independente. A fase de discussão dos principais resultados encontrados nos artigos ocorreu por meio de sucessivas análises e reflexões sobre suas contribuições para a prática clínica.

As intervenções foram agrupadas em quatro categorias assistenciais, as quais foram apresentadas em forma de quadros, analisadas segundo os seus conteúdos e discutidas de forma descritiva.

RESULTADOS

Dos 22 artigos analisados, 19 foram publicados na língua inglesa e três, na língua espanhola. Quanto à autoria, houve participação de profissionais de diferentes áreas do conhecimento, contudo os enfermeiros participaram de todos os artigos. Quanto ao ano de publicação, houve predominância nos anos de 2006 e 2014 com quatro artigos publicados, respectivamente. A concentração de artigos foi maior na Inglaterra, com seis artigos publicados; outro fator relevante foi o maior número de publicações em periódicos destinados à especialidade de feridas, o que já era esperado, tendo em vista que tanto a fisiopatologia de feridas neoplásicas quanto parte das modalidades terapêuticas para o controle dos sinais e sintomas dessas lesões estarem intimamente associadas a esta especialidade; porém existiram publicações desenvolvidas em dermatologia, oncologia e cuidados paliativos que reforçam o interesse multidisciplinar sobre o tema.

Os estudos foram classificados em níveis de evidência: Nível 1: as evidências são provenientes de revisão sistemática ou meta-análise de todos os relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundos de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; Nível II: evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; Nível III: evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; Nível IV: evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; Nível V: evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; Nível VI: evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; Nível VII: evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.¹⁷

ARTIGOS DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Assim, os estudos selecionados obtiveram a seguinte classificação quanto ao nível de evidência: quatro em nível de evidência I; um em nível de evidência III; dois em nível de evidência IV ; quinze em nível de evidência V; e um em nível de evidência VI . Os níveis de evidência dos estudos desta revisão integrativa estão inseridos nos Quadros que se seguem, com as intervenções para o controle dos sinais e sintomas relativos às feridas neoplásicas.

DISCUSSÃO

Os estudos incluídos nesta revisão abordaram medidas para o controle dos sinais e sintomas de feridas neoplásicas em diversas regiões anatômicas. No Quadro 1, logo a seguir, são apresentadas as intervenções para o controle da dor conforme artigos incluídos nesta revisão integrativa.

Quadro 01 - Intervenções para o controle da dor

Intervenções para o controle da dor
a) Avaliar a dor conforme a Escala Visual da Dor.^{18 (NEIV)-19 (NEV)} b) Umedecer os curativos com solução salina ou com água potável antes da remoção^{20(NEV)}, removendo os curativos cuidadosamente^{1(NEV)-2(NEV)}; limpar a lesão com água potável e sabão líquido medicinal (pH 4,5), com auxílio de pinças e tesoura Metzenbaum.^{21(NEIV)} c) Proceder à utilização de blocos de gelo antes e depois dos curativos.^{22(NEV)} d) Aplicar curativos antiaderentes.^{1(NEV)} e) Administrar analgésicos sistêmicos e/ou anti-inflamatórios não esteroidais para dor leve; opioides fracos para dor moderada e opioides fortes para dor intensa.^{18(NEIV)-20(NEV)} f) Administrar analgésico tópico (xylocaína) antes de proceder à troca de curativo^{1(NEV),18(NEIV),23(NEV)-24(NEV)}; administrar lidocaína combinada com prilocaína ou lidocaína ou benzocaína tópica.^{24(NEV)} g) Administrar opioides tópicos (comprimidos de morfina ou oxicodona ou meperidina macerados e misturados a soro fisiológico 0,9% ou hidrogel).^{1(NEV),7(NEV),19(NEV)-20(NEV),22(NEV)-24(NEV)} h) Aplicar curativos à base de ibuprofeno.^{1(NEV),22(NEV)} i) Considerar o uso de anestesia geral, bloqueio neural local, analgesia espinhal ou anestesia geral com óxido nitroso associado a oxigênio a 50% quando a dor for refratária ao tratamento convencional.^{1(NEV),18(NEIV),23(NEV)} j) Administrar antidepressivos tricíclicos, anticonvulsivantes, gabapentoides.^{19(NEV)} k) Proceder à analgesia combinada à sedação.^{2(NEV)}

- l) Considerar radioterapia antiálgica junto à equipe multiprofissional.^{22(NEV)}
- m) Acordar o tratamento com o paciente, família e equipe.^{20(NEV)}
- n) Proporcionar apoio psicossocial, abordando diálogos sobre como lidar com a doença e, particularmente, com a formação de uma ferida maligna, bem como momentos de descanso, nos quais foram disponibilizados CDs pré-gravados com relaxamento e exercícios.^{21(NEIV)}
- o) Utilizar medidas complementares, como, por exemplo, relaxamento antes, durante e depois dos curativos, pactuando pausas com o paciente.^{20(NEV)}

*NE= Nível de Evidência (I,II,III,IV,V,VI).

Fonte: Dados da pesquisa, 2016

A dor sempre é relatada pelos pacientes com doença oncológica como um dos piores aspectos da vida, sobretudo naqueles que apresentam feridas malignas cutâneas, impactando em sua qualidade de vida. A dor na pessoa com ferida neoplásica é causada por vários fatores, dentre eles: pressão do tumor contra as estruturas adjacentes, danos nervosos provocados pelo aumento e extensão do tumor, edema resultante da permeabilidade capilar aumentada, exposição de terminações nervosas da pele, infecções e remoção de coberturas, principalmente aquelas que aderem à superfície frágil da lesão.^{22,25}

Nesse contexto, avaliar a intensidade da dor, determinar o mecanismo fisiopatológico subjacente (nociceptivo ou neuropático) são intervenções imprescindíveis a fim de definir as opções de tratamento mais adequadas.²⁶

Geralmente, os pacientes com feridas neoplásicas apresentam quadros de dor mista, em que estão presentes os componentes nociceptivos e neuropáticos. Por essa razão, a Organização Mundial de Saúde recomenda a Escada Analgésica da Dor como guia de avaliação e tratamento deste sintoma; em que analgésicos não opioides e anti-inflamatórios não esteroidais são utilizados individualmente ou em combinação para dores consideradas de leve intensidade. Se a dor persiste, podem ser adicionados opioides fracos; e, caso exista insucesso terapêutico para o alívio da dor com as combinações citadas, lança-se mão de opioides fortes.²⁶

Além dos medicamentos analgésicos não opioides, anti-inflamatórios não esteroidais e opioides, estudo¹⁸ enfatizou efeito analgésico em pacientes com dores neuropáticas quando se associam fármacos adjuvantes, como antidepressivos, anticonvulsivantes e gabapentina.

É importante enfatizar que, além dos medicamentos anteriormente citados, estudos vêm recomendando algumas medidas importantes para a redução da dor, como a limpeza da lesão por meio de irrigação ou ainda com uso de pinças Metzembraum²¹, a fim de evitar

maiores traumas tissulares; além disso, a seleção cuidadosa de coberturas com interfaces atraumáticas e não aderentes tem sido amplamente utilizada, com a finalidade de limitar danos à pele e, por conseguinte, reduzir a dor no momento da remoção do curativo.¹ Outro aspecto que vale a pena ressaltar é manter o leito da lesão úmido, uma vez que não só reduz a aderência do curativo, mas também protege as terminações nervosas expostas.^{7,22,25}

Alguns estudos^{1,18,23-24} ressaltam que os agentes anestésicos locais e sistêmicos apresentam alívio da dor quando os tratamentos convencionais com analgésicos não opioides e opioides são refratários. Os anestésicos locais, como a lidocaína ou a combinação de lidocaína com benzocaína, podem ser injetados em torno de um nervo para produzir bloqueio nervoso ou aplicados topicamente nas feridas antes da remoção dos curativos. Os anestésicos inalatórios contêm 50% de oxigênio e 50% de óxido nitroso, os quais fornecem alívio rápido da dor, não apresentam efeitos colaterais duradouros, contudo, apresentam meia-vida de curta duração; geralmente são usados durante procedimentos dolorosos como limpeza e curativo em feridas extensas.

Outras opções para o alívio da dor são opioides tópicos e coberturas à base de ibuprofeno. Opiodes como morfina, oxicodona e meperidina, macerados e misturados a hidrogel ou solução salina colocados sobre a lesão, estão sendo amplamente utilizados e têm obtido sucesso em feridas ulceradas. Já as coberturas à base de ibuprofeno têm sido ressaltadas como clinicamente úteis e seguras, uma vez que, além de diminuir a dor, reduzem o processo inflamatório da lesão.^{1,7,19-20,22,24}

Estudo¹⁷ informou que obteve sucesso no controle da dor aplicando opioide tópico (comprimido de morfina macerado e misturado com algum hidrogel), curativo impregnado de ibuprofeno, anestésico tópico (EMLA) e óxido nitroso nos pacientes com feridas neoplásicas; os resultados indicaram que o uso tópico de opioides é seguro por conta das baixas doses utilizadas e a absorção sistêmica é mínima, bem como a toxicidade.

Caso haja insucesso terapêutico em todas as medidas citadas anteriormente, a equipe de cuidados paliativos pode considerar analgesia associada à sedação e/ou radioterapia antiálgica.^{2,22}

O manejo da dor é complexo porque não envolve somente a dor em si, mas sobretudo ansiedade, angústia e apreensão relacionadas aos curativos.¹⁸ Nesse sentido, é imperioso destacar que estudos²⁰⁻²¹ ressaltam a importância de terapias complementares no tratamento

ARTIGOS DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

da dor em feridas neoplásicas. As terapias complementares incluem massagens, acupuntura, aromaterapia, terapia de relaxamento, psicoterapia, dentre outros.

No Quadro 2, logo a seguir, são apresentadas as intervenções para o controle do exsudato, de acordo com os artigos incluídos nesta revisão integrativa.

Quadro 02 - Intervenções para o controle do exsudato

Intervenções para o controle do exsudato
a) Para limpeza da ferida deve-se utilizar água ou soro fisiológico. Também deve-se incentivar o paciente a tomar banho em água corrente visando ao conforto e descontaminação da ferida e do líquido circundante da pele. ^{24(NEV)}
b) Pode-se utilizar sabão líquido antisséptico para limpeza da lesão. ^{21(NEIV)}
c) Realizar limpeza com sabonete de PHMB. ^{21(NEIV)}
d) Cobrir a ferida com curativo primário de gaze saturada com Octenidina. ^{27(NEVI)}
e) Para controle de exsudato em pequena quantidade, é recomendado manter o ambiente úmido e utilizar curativos não aderentes ^{22(NEV)} , e empregar os curativos hidrogel, hidrocoloide ^{20(NEV),22(NEV),24(NEV),28(NEV)-29(NEV)} e hidrogel amorfo. ^{22(NEV)}
f) Para controle de exsudato em grande quantidade, utilizar os curativos de alginatos, hidrofibras e espumas; e bolsas coletoras do tipo colostomia para pacientes que precisam realizar troca de curativos duas a três vezes ao dia em decorrência da grande quantidade de exsudação ^{1,18(NEIV),20(NEV),22(NEV),25(NEV),28(NEV)-29(NEV)} ; copolímeros de amido e absorventes menstruais ^{22(NEV)} ; compressas superabsorventes. ^{18(NEIV)}
g) Utilizar curativos à base de silicone que tenham uma taxa de transferência de vapor de alta umidade, confortáveis, esteticamente aceitáveis, com redução de trocas. ^{19(NEV)}
h) Aplicar gel de Trióxido de Arsênico a 0,05% sobre a lesão antes da radioterapia e remover todo o produto cinco minutos antes da exposição à radiação. ^{19(NEV),25(NEV)}
i) Aplicar eletroquimioterapia (administração de cisplatina seguida de aplicação local de impulsos de eletroporação). ^{30(NEV)}
j) Não utilizar coberturas adesivas, a fim de evitar complicações nas trocas dos curativos. ^{20(NEV)}
k) Atentar para sinais de dermatite em pele periulceral; utilizar creme de barreira, se for o caso de aparecimento dessas lesões. ^{20(NEV)}

***NE** = Nível de Evidência (I,II,III,IV,V,VI)

Fonte: Dados da pesquisa, 2016

A exsudação das feridas neoplásicas está relacionada ao processo inflamatório tumoral, vasodilatação e aumento da permeabilidade dos vasos sanguíneos dentro do tumor e secreção do fator de permeabilidade vascular pelas células tumorais.^{1,18,20,25,29}

As feridas neoplásicas, geralmente, apresentam grandes quantidades de exsudato e, quando não controladas de forma eficaz, podem servir como meio de cultura para proliferação de micro-organismos, o que concorre para o desenvolvimento de maus odores e maceração da pele ferida, que, por sua vez, contribuem para a extensão da lesão.^{1,18,20,29}

Além disso, quantidades excessivas de exsudato podem ultrapassar as coberturas primária e secundária, sujando as roupas do paciente, causando problemas psicossociais significativos para o mesmo, por isso, o controle desse sintoma torna-se urgente.^{1,18,20,29}

Para evitar proliferação bacteriana, processo infeccioso e mau odor, autores²¹ têm recomendado realizar a limpeza da lesão com sabonete líquido medicinal ou Polihexametileno biguanida (PHMB)¹⁸ ou utilizar gazes saturadas de Octenidina²⁷ como cobertura primária de lesões exsudativas que apresentem processo infecciosos e odor fétido, uma vez que observaram redução significativa desses sinais e sintomas presentes nas feridas dos sujeitos da pesquisa.

Infelizmente, apesar dos avanços tecnológicos no tratamento de feridas, ainda não existem protocolos de curativos ideais indicados para as feridas neoplásicas e os produtos e coberturas mais avançados que estão disponíveis no mercado não se adaptam aos tamanhos e configurações dessas lesões. Ademais, esses produtos e coberturas foram desenvolvidos com o objetivo de promover umidade ao leito da lesão e cicatrização, não sendo, desse modo, adequados para as feridas neoplásicas, uma vez que essas lesões não apresentam possibilidades terapêuticas de cura e cicatrização quando a doença está avançada e, além disso, já são excessivamente úmidas.²⁹

Alguns pesquisadores^{1,18-20,22,25,28-29} têm enfatizado a teoria do equilíbrio de hidratação para facilitar o controle do exsudato e manutenção da umidade do leito da ferida em nível adequado, levando em consideração as especificidades de cada lesão. Para isso, se faz necessário utilizar, primeiro, cobertura primária não aderente, confortável e capaz de liberar o excesso de umidade para a cobertura secundária; e, depois, uma cobertura secundária altamente absorvente, confortável e esteticamente aceitável o quanto possível.

As coberturas devem ser selecionadas conforme a quantidade de exsudato produzido pela lesão. Deste modo, autores^{1,18-20,25,28-29} recomendam, para lesões pouco exsudativas, coberturas siliconadas, hidrogel, hidrogel amorfo e hidrocoloides; e hidrofibras, alginatos, espumas e bolsas coletoras (do tipo colostomia) para feridas com alta produção de exsudato.

Já pacientes com lesões altamente exsudativas que transbordam a cobertura secundária, sujando suas roupas e causando constrangimento, podem se beneficiar utilizando absorventes menstruais²² e/ou compressas superabsorventes.¹⁸

Além desses produtos e coberturas, estudo²² recomenda o uso de copolímero de amido, já que sua composição química – o amido – retém o exsudato, impedindo retorno à lesão, absorve até dez vezes do peso da cobertura e não deixa resíduos quando a cobertura está saturada.

Estudos^{19,25} vêm pesquisando e recomendando o uso do gel de trióxido de arsênico a 0,05% para controle de alguns sintomas de feridas neoplásicas, sobretudo exsudato e odor. Tomou-se como base um estudo piloto³¹ que verificou que o gel de trióxido de arsênico a 0,05%, aplicado uma hora antes da radioterapia e removido cinco minutos antes da exposição à radiação durante cinco semanas, obteve redução do tamanho das feridas vegetantes, desaparecimento das lesões superficiais, redução significativa do exsudato, diminuição do odor e controle da dor. Apesar do número pequeno da amostra, os resultados foram positivos em todos os sujeitos da pesquisa, que relataram melhora da qualidade de vida.

Outra modalidade que vem sendo aplicada para o controle dos sintomas de feridas neoplásicas é a eletroquimioterapia, que consiste na administração de cisplatina seguida de aplicação local de impulsos de eletroporação. Autores³⁰ verificaram indícios crescentes da eficácia da eletroquimioterapia em termos de redução do volume tumoral e diminuição significativa do exsudato e sangramento e, em menor grau, do odor.

As trocas frequentes dos curativos podem provocar lesões na região periferida e, conseqüentemente, extensão da ferida. Diante desse cenário, autores²⁰ recomendam a proteção dessa pele utilizando coberturas siliconadas, produtos à base de óxido de zinco, hidrocoloides em pó, cremes sem álcool na composição química (creme barreira).

No Quadro 3, logo a seguir, são apresentadas as intervenções para o controle do odor, segundo os artigos incluídos nesta revisão integrativa.

Quadro 03 - Intervenções para o controle do odor

Intervenções para o controle do odor
a) Limpar a lesão com sabão líquido medicinal com pH 4,5 ^{21(NEIV)} , com o soro fisiológico e clorhexidina ^{32(NEI)} ou aplicar PHMB ^{18(NEIV)} ou Octenidina. ^{27(NEVI)}
b) Aplicar metronidazol tópico (creme ou gel 0,75%-0,8%) ^{1(NEV)-2(NEV),20(NEV),22(NEV)-23(NEV),25(NEV),32(NEI)-33(NEV)} ; gaze ou compressa embebida de solução intravenosa de metronidazol; comprimidos de metronidazol macerados e colocados sobre a superfície da ferida ^{1(NEV)-2(NEV),19(NEV),22(NEV),32(NEI),34(NEI)-35(NEI)} e administrar metronidazol sistêmico. ^{2(NEV),18(NEV),22(NEV),25(NEV),32(NEI)-33(NEV),34(NEI)-35(NEI)}

- c)Aplicar carvão ativado.^{1(NEV),19(NEV)-20(NEV),23(NEV),33(NEV)-35(NEI)}
- d)Aplicar pomada de curcumina.^{19(NEV),25(NEV),30(NEV),35(NEI)}
- e)Aplicar curativo impregnado de cloreto de sódio.^{19(NEV),22(NEV),25(NEV)}
- f)Aplicar curativo hidrocélular impregnado com íons de prata; curativos com nanocristais de prata.^{18(NEIV),25(NEV),32(NEI)-33(NEV)}
- g)Aplicar cadexômero de iodo sobre a lesão.^{22(NEV),32(NEI)}
- h)Aplicar Creme Neutralizador de Odor (NEOC) a 3% topicamente^{37(NEIII)} e, em seguida, utilizar cobertura secundária do tipo hidropolímero.^{1,32(NEI),36(NEV)}
- i)Aplicar de hidrogel ionizado sobre a lesão como cobertura primária, e espuma de hidropolímero ou hidrocélular como cobertura secundária.^{32(NEI)}
- j)Utilizar medidas ambientais, como azeite de menta e produtos de aromaterapia e óleos essenciais^{20(NEV),25(NEV),36(NEV)-37(NEIII)} e perfumes e absorventes de odores externos.^{25(NEV)}

*NE = Nível de Evidência (I,II,III,IV,V,VI)

Fonte: Dados da pesquisa, 2016

O odor nas feridas neoplásicas é resultante do produto do metabolismo final de bactérias anaeróbias e aeróbias, ácidos graxos voláteis, como ácido acético e gases putrescina e cadaverina, que são eliminados pela interação dessas bactérias, as quais colonizam essas lesões.^{1-2,19-20,23,25,32,35}

Nesse sentido, vale ressaltar que alguns fatores influenciam no metabolismo final dessas bactérias, como: tecido necrosado servindo como meio de crescimento; coberturas saturadas de fluidos e fragmentos de tecidos desvitalizados e extensão de lesões ulceradas com formação de fístulas.²⁹

O odor ocasiona impacto negativo sobre qualidade de vida individual e também de familiares e cuidadores, uma vez que provoca sensação de enojamento, repulsa e, com isso, isolamento social, humilhação e angústia.^{1-2,20,23,25}

Além das repercussões psicológicas e sociais, o odor fétido desencadeia náuseas ao próprio paciente, podendo levar ao agravamento progressivo do seu estado nutricional, progredindo para a síndrome de anorexia-caquexia, o que o deixará em estado de debilidade física importante.^{1-2,20,23,25}

Agentes de limpeza como clorhexidina, octenisept e PHMB são importantes produtos que atuam na remoção bacteriana e diminuição do odor fétido de feridas neoplásicas, uma vez que apresentam ação bactericida e bacteriostática. Atualmente, vêm sendo utilizados na

prática clínica, além de serem amplamente recomendados por autores especialistas na área de dermatologia e estomaterapia, bem como órgãos regulamentadores de ações epidemiológicas e vigilância sanitária reconhecidos nacional e internacionalmente.^{18,21,27,32}

Para o tratamento do odor fétido em feridas neoplásicas, o metronidazol utilizado sistematicamente e/ou topicamente tem sido referenciado como padrão ouro, uma vez que apresenta eficácia no alívio desse sintoma. O metronidazol é um imidazólico que impede a replicação bacteriana através da ligação do DNA.^{1-2,19-20,22-23,25,32-35}

Revisões sistemáticas da literatura e outros estudos³⁴⁻³⁵ destacam, além do metronidazol para o controle do odor, o uso de carvão ativado^{1,19-20,23,33}, pomada de curcumina^{19,25,30} e cobertura primária impregnada de cloreto de sódio.^{19,22}

Nesse sentido, vale mencionar a ação farmacológica das coberturas recomendadas pelo estudo citado anteriormente, a saber: carvão ativado, pomada de curcumina e cobertura impregnada de cloreto de sódio.

O carvão ativado tem sido recomendado^{19,34-35} para o controle do odor em feridas crônicas, tais como as neoplásicas, uma vez que apresenta ação bactericida, eliminando, assim, os odores.

A curcumina é um fitoquímico que apresenta atividades farmacológicas contra o câncer, contudo, ainda não foram confirmadas por meio de estudos científicos randomizados em humanos. Em testes pré-clínicos em animais, a curcumina demonstrou atividades quimiopreventivas, anti-inflamatórias e antineoplásicas, uma vez que age ligando-se diretamente ao DNA e RNA e, a partir dessa interação, ocorre inibição da proliferação de tumores, da formação de metástases e de angiogênese, além de induzir à apoptose.^{19,35-37}

A cobertura primária impregnada de cloreto de sódio é um produto com 100% de algodão impregnado com cristais de cloreto de sódio, que cria um meio hipertônico, estimulando a limpeza da ferida, removendo o excesso de líquidos e diminuindo o edema intersticial. Acredita-se que o meio hipertônico reduz o potencial para proliferação bacteriana.^{19,22,35}

Outra cobertura que vem sendo recomendada devido à sua capacidade de reduzir o mau odor é o curativo impregnado de íons ou nanocristais de prata, os quais atuam como uma barreira antimicrobiana, liberando íons de prata mais rapidamente que a prata comum. É efetiva contra mais de 150 patógenos, incluindo *Pseudomonas*, *MRSA* e *VRE*.^{18,25,32-33.}

O cadexômero de iodo tem sido pesquisado^{22,32} e utilizado para o tratamento de feridas neoplásicas exsudativas e que exalam mau odor. É composto de amido de polissacarídeo reticulado formado por micropérolas contendo 0,9% de iodo elementar, que em contato com o exsudato forma um gel, mantendo o meio úmido na superfície da lesão. Sua capacidade de absorção de altos níveis de exsudato reforça o argumento para o seu uso em feridas neoplásicas.

Pesquisa³⁹ realizada utilizando cobertura primária de hidrogel ionizado e espuma hidrocelular como cobertura secundária em pacientes com feridas neoplásicas observou a redução significativa do exsudato e odor, além do alívio dos episódios de dor, mencionado pelos pacientes. O hidrogel ionizado é um gel cuja finalidade farmacológica é a manutenção da superfície da lesão úmida e absorção de níveis altos de exsudato.

Óleos essenciais são utilizados, geralmente, em aromaterapia, e, atualmente, vêm sendo utilizados no tratamento tópico de feridas neoplásicas com odor fétido, uma vez que vêm obtendo sucesso terapêutico no controle desse sintoma. Esse efeito é resultante da natureza complexa dos constituintes desses óleos – polifenóis, terpenoides e flavonoides –, os quais apresentam atividade antimicrobiana, fagocíticas e cicatriciais quando usados diretamente na ferida.^{20,25,36-37} Cumpre assinalar que ainda não foram realizados estudos clínicos robustos usando óleos essenciais, contudo, autores³⁶⁻³⁷ documentaram resultados positivos da utilização desses óleos na erradicação do mau odor em feridas neoplásicas.

No Quadro 4, logo a seguir, são apresentadas as intervenções para o controle do sangramento, consoante artigos incluídos nesta revisão integrativa.

Quadro 04 - Intervenções para o controle do sangramento

Intervenções para o controle do sangramento
a) Limpar a ferida suavemente, com irrigação, sem esfregar a lesão, com intuito de proteger o tecido friável. ^{22(NEV),40(NEV),41(NEI)}
b) Aplicar pressão diretamente. ^{7(NEV),19(NEV),22(NEV),25(NEV),41(NEI)}
c) Aplicar compressas de gelo locais. ^{22(NEV),41(NEI)}
d) São recomendados materiais não fibrosos que incluem silicone, a fim de evitar maior aderência sobre o leito da ferida e possível sangramento nas trocas. ^{2(NEV),18(NEVI),22(NEV),40(NEV),41(NEI)}
e) Administrar compressas superabsorventes. ^{18(NEIV),41(NEI)}
f) Aplicar curativos hemostáticos naturais: alginato de cálcio ^{1(NEV),18(NEIV)-20(NEV),22(NEV),25(NEV),41(NEI)} ; alginato de sódio ^{1(NEV), 41(NEI)} ; curativos à base de colágeno e celulose regenerada oxidada. ^{1(NEV),20(NEV),22(NEV),25(NEV),41(NEI)}

ARTIGOS DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

- g) Aplicar adstringentes: pasta de sucralfato^{1(NEV),7(NEV),22(NEV),25(NEV),41(NEI)}(1 comprimido de 1 g sucralfato macerado em 5 mL de SF0,9% e/ou solução de alumínio.^{1(NEV)}
- h) Aplicar agentes esclerosantes: nitrato de prata em pontos sangrantes^{1(NEV),20(NEV),22(NEV)-23(NEV),25(NEV),41(NEI)} e/ou ácido tricloroacético.^{1(NEV)}
- i) Administrar adrenalina localmente em pontos sangrantes ou gazes saturadas de adrenalina, de forma restritiva, uma vez que pode agravar a necrose de tecidos.^{2(NEV),20(NEV),22(NEV)-25(NEV),41(NEI)}
- j) Aplicar coagulantes, em casos de hemorragia capilar mais profusa, tais como esponjas cirúrgicas^{1(NEV)-2(NEV),22(NEV)-23(NEV),25(NEV),41(NEI)} e/ou trombina tópica.^{1(NEV),7(NEV),23(NEV),25(NEV),41(NEI)}
- k) Aplicar/Administrar inibidores da fibrinólise: ácido tranexâmico tópico ou sistêmico.^{1(NEV)-2(NEV),23(NEV),25(NEV),41(NEI)}
- l) Propor radioterapia anti-hemorrágica em feridas ulcerosas.^{1(NEV)-2(NEV),22(NEV)-25(NEV),41(NEI)}
- m) Outras modalidades de controle de sangramento incluem: embolização terapêutica; infusão intra-arterial de quimioterápicos^{1(NEV),20(NEV),22(NEV),23(NEV),25(NEV),41(NEI)}; sutura de um vaso próximo; tratamento a *laser* e cauterização elétrica.^{1(NEV),24(NEV)-25(NEV),41(NEI)}
- n) Utilizar toalhas escuras para absorver o sangue e recomendar o uso de roupas escuras, a fim de evitar angústia ao paciente que apresenta pavor a hemorragias profundas.^{2(NEV),25(NEV)}

*NE = Nível de Evidência (I,II,III,IV,V,VI).

Fonte: Dados da pesquisa, 2016

O sangramento em feridas neoplásicas está relacionado à fisiopatologia adjacente e fatores associados à malignidade, como trombocitopenia e coagulação intravascular disseminada (CID).^{7,19,22,25} O sangramento torna-se comum devido ao crescimento tumoral e angiogênese, o que conduz a um desequilíbrio fisiológico, levando a rupturas dos principais capilares situados no tumor; além dessas rupturas, o sangramento também ocorre devido a tratamentos radioterápicos e remoção dos curativos.⁷

Nesse sentido, é recomendado, prioritariamente, o uso de coberturas não aderentes, tais como as de silicone, a fim de evitar aderência sobre o leito da lesão e possível sangramento durante as trocas de curativos. Os curativos não aderentes são aplicados diretamente sobre o leito da lesão não causam traumas significativos no momento da remoção e exigem cobertura secundária. Outros fatores importantes que devem ser ressaltados para a prevenção do sangramento dizem respeito à irrigação com solução salina do curativo anterior (quando forem utilizadas coberturas aderentes) e limpeza da ferida com a técnica de irrigação.^{1-2,7,19,22,25,30}

No entanto, como as feridas neoplásicas apresentam friabilidade, o profissional de saúde pode lançar mão de várias modalidades, a depender do grau de fluxo sanguíneo que a lesão esteja apresentando (espontâneo ou profuso, por exemplo). Nesse sentido, diversos agentes hemostáticos podem ser aplicados topicamente e/ou sistemicamente para controlar a hemorragia, os quais variam de acordo com a aplicação e mecanismos fisiopatológicos.^{1-2,7,19,22,25,30}

Dessa forma, cumpre assinalar que a hemostasia é o efeito combinado de vários mecanismos que evitam ou limitam o sangramento após a lesão de um vaso sanguíneo. Nesse conceito, incorporam-se duas funções básicas da hemostasia: contenção, isto é, impedir o sangramento, e fluidez, ou seja, evitar trombose, permitindo a livre circulação de massa líquida. Os hemostáticos são recursos utilizados para cessar a hemorragia na prática clínica e constituem um conjunto heterogêneo de medidas que incluem ações físicas, químicas e biológicas, que associadas aos mecanismos fisiológicos possibilitam a parada do sangramento.⁴¹

Diante desse contexto, para sangramentos menores, estudos recomendam pressão local e utilização de bolsas de gelo diretamente na lesão^{7,19,22,25,41-42}, e agentes esclerosantes como a aplicação de nitrato de prata direto nos vasos sanguíneos sangrantes de pequeno calibre.^{1,20,22-23,25,41,42}

Já, para sangramentos moderados, estudos remendam curativos hemostáticos naturais como alginato de cálcio^{1,18-20,22,25}; alginato de sódio¹; curativos à base de colágeno e celulose regenerada oxidada^{1,20,22,25}; agentes coagulantes como esponjas hemostáticas cirúrgicas^{1-2,22-23,25} e trombina tópica^{1,7,23,25}; soluções adstringentes como pasta de sucralfato (modo de diluição: um comprimido de 1 g sucralfato macerado em 5 mL de SF0,9%)^{1,7,22,25}; solução de alumínio aplicada diretamente sobre a lesão ou gaze saturada com a solução¹; agentes vasoconstritores como adrenalina, aplicada sobre a lesão depois de diluída ou colocar gaze saturada com a solução diluída em contato direto com a lesão.^{2,20,22-25}

Em se tratando de sangramentos profusos, estudos recomendam agentes antifibrinolíticos como ácido tranexâmico, ácido aminocaproico, e fatores de coagulação como vitamina K, que podem ser utilizados de forma sistêmica^{1-2,23,25}; embolização terapêutica; infusão intra-arterial de quimioterápicos^{1,20,22-23,25}; sutura do vaso sangrante; tratamento a *laser* e/ou cauterização elétrica do vaso^{1,20,25}; e radioterapia anti-hemorrágica em feridas ulcerosas.^{1-2,22-23-25}

Estudo de coorte¹⁸ observou eficácia do uso de compressas superabsorventes em lesões cujo sangramento era leve, alginatos em feridas que apresentavam grau de sangramento moderado e adrenalina tópica para úlceras de difícil controle.

Um sangramento maciço é muito doloroso para o paciente e sua família, não só por causa da hemorragia, mas, sobretudo, porque a perda profusa de sangue pode causar a morte do paciente. Nesse sentido, um plano estratégico deve ser desenvolvido em conjunto com o paciente e família quando tal evento é considerado como uma possibilidade. Após uma avaliação cuidadosa das circunstâncias do paciente, o plano deve incluir: explicação acerca da possibilidade de hemorragia profusa para cuidadores e familiares; orientações acerca das atitudes que devem ser realizadas pela família no momento da hemorragia; deixar próximo à cabeceira do paciente toalhas de cores escuras e uma bacia^{2,25,41}; preparação de um *kit* de emergência, incluindo droga sedativa; acesso ao serviço de transporte de emergência e linhas de comunicação abertas com centros especializados apropriados, onde a emergência pode ser rapidamente chamada.⁷

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O interesse pelas feridas neoplásicas ainda é escasso, porquanto alguns estudiosos vêm tentando descobrir, através de seus problemas de pesquisa, medidas que possam contribuir para o conforto e melhora da qualidade de vida de pacientes que padecem com essas feridas, em qualquer estágio, considerando as variedades demográficas e sociais pertinentes a cada grupo.

Com base no exposto, os estudos avaliados demonstraram a utilização de uma diversidade de produtos, substâncias e coberturas que estão sendo pesquisadas e utilizadas para o tratamento de feridas neoplásicas. Estas pesquisas são relevantes, pois buscam alternativas que contribuem para o controle da dor, exsudato, odor e sangramento de feridas neoplásicas, proporcionando conforto e dignidade ao paciente oncológico, sobretudo, àqueles que estão em fim de vida.

De maneira geral, a maioria dos estudos analisados nesta revisão integrativa da literatura foram pesquisas bibliográficas oriundas de opiniões de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas em dermatologia e/ou estomaterapia, portanto, não são fontes de evidências para serem aplicadas na prática clínica, e, sim, evidências que demonstram a

necessidade de realização de ensaios clínicos randomizados. Contudo, sete estudos (quatro deles meta-análises) que fizeram parte desta revisão apresentaram níveis de evidência considerados robustos, ou seja, são consideradas fontes válidas, confiáveis e recomendáveis para a aplicabilidade clínica.

Salienta-se a importância de estudos cujos resultados possam suscitar aos profissionais de saúde, sobretudo, os de enfermagem, a elaboração e implementação de protocolos para o controle de sinais e sintomas de feridas neoplásicas, visando proporcionar aos pacientes com câncer avançado uma atenção integral, digna e respeitosa, com a finalidade de melhorar sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- 1.Woo Ky, Sibbald RG. Local wound care for malignant and palliative wounds. *Adv Skin Wound Care*. [Internet] 2010. Set [cited 2016 Nov 10] 23(9):417-28. DOI:[10.1097/01.ASW.0000383206.32244.e2](https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000383206.32244.e2)
- 2.Merz T, Klein C, Uebach B, Kern M, Ostgathe C, Bükki J. Fungating wounds: multidimensional challenge in palliative care. *Breast Care*. [Internet] 2011. Feb [cited 2016 Nov 10] 6(1):21-4. DOI [10.1159/000324923](https://doi.org/10.1159/000324923)
- 3.Tilley C; Lipson J, Ramos M. Palliative wound care for malignant fungating wounds: holistic considerations at end-of-life. *Nurs Clin North Am*. [Internet]. 2016. Sep. [cited 2016 Nov 10] 51(3):513-31. DOI: [10.1016/j.cnur.2016.05.006](https://doi.org/10.1016/j.cnur.2016.05.006).
- 4.Maida V, Alexander S, Case AA, Fakhraei P. Malignant wound management. *Public Health Emerg*. [Internet] 2016. Jun [cited 2016 Nov 10] 1:12. DOI: [10.21037/phe.2016.06.15](https://doi.org/10.21037/phe.2016.06.15)
- 5.Beh SY, Leow LC. Fungating breast cancer and other malignant wounds: epidemiology, assessment and management. *Expert Rev Qual Life Cancer Care*. [Internet] 2016. Mar [cited 2016 Nov 10] 1(2):137-44. DOI.org/[10.1080/23809000.2016.1162660](https://doi.org/10.1080/23809000.2016.1162660)
- 6.Ministério da Saúde. Brasil. Instituto Nacional do Câncer. Estimativas 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2016.
- 7.Alexander S. Malignant fungating wounds: managing pain, bleeding and psychosocial issues. *J Wound Care*. [Internet]. 2009. Oct. [cited 2016 Nov 10]18(10): 418-25. DOI:[10.12968/jowc.2009.18.10.44603](https://doi.org/10.12968/jowc.2009.18.10.44603)
- 8.Benbow M. Fungating malignant wounds and their management. *J Community Nurs*. [Internet]. 2009. Aug [cited 2016 Nov 10]23(11):12-8. Available from: <http://www.jcn.co.uk/journal/11-2009/wound-management/1321-fungating-malignant-wounds-and-their-management/>

ARTIGOS DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

- 9.Maida V, Ennis M, Kuziemy C, Corban J. Wounds and survival in cancer patients. *Eur J Cancer*. [Internet] 2009. Dec [cited 2016 Nov 10] 45(18):3237-44. DOI: [10.1016/j.ejca.2009.05.014](https://doi.org/10.1016/j.ejca.2009.05.014)
- 10.Grocott P, Gray D. The argument for palliative wound care. Wounds UK. [Internet]. 2010. Mar [cited 2016 Nov 10] 6(1):167-8. Available from: <http://www.wounds-uk.com/journal-articles/the-argument-for-palliative-wound-care>
- 11.Lo SF, Hayter M, Hu MY, Tai CY, Hsu MY, Li YF. Symptom burden and quality of life in patients with malignant fungating wounds. *J Advan Nurs*. [Internet] 2012. Jun [cited 2016 Nov 10] 68(6):1312-21. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2011.05839.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05839.x)
- 12.Alexander SJ. An intense and unforgettable experience: the lived experience of malignant wounds from the perspective of patients caregivers and nurses. *Int Wound J*. [Internet] 2010. Dec [cited 2016 Nov 10] 7(6):456-65. DOI:[10.1111/j.1742-481X.2010.00715.x](https://doi.org/10.1111/j.1742-481X.2010.00715.x)
- 13.Gethin G, Grocott P, Probst S, Clarke E. Current practice in the management of wound odour: na internacional survey. *Int J Nurs Stud*. [Internet] 2013. Jun [cited 2016 Nov 10] 51(6):865-74. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2013.10.013](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.10.013)
- 14.Gibson S, Green J. Review of patients' experiences with fungating wounds and associated quality of life. *J Wound Care*. [Internet] 2013. May [cited 2016 Nov 10] 22(5):265-72. DOI:[10.12968/jowc.2013.22.5.265](https://doi.org/10.12968/jowc.2013.22.5.265)
- 15.Probst S, Arber A, Faithfull S. Malignant fungating wounds: the meaning of living in an unbounded body. *Eur J Oncol Nurs*. [Internet] 2013. Feb [cited 2016 Nov 10] 17(1):38-45. DOI:[10.1016/j.ejon.2012.02.001](https://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.02.001)
- 16.Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. [Internet]. 2008. Out/Dez [cited 2016 Nov 10] 17(4):758-64. DOI.org/10.1590/S0104-07072008000400018
- 17.Galvão CM. Editorial. Níveis de Evidência. *Act Paul Enferm*. [Internet]. 2006 [cited 2016 Nov 10]. 19(2): VI. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/en_a01v19n2.pdf
- 18.Fromantin I, Watson S, Baffie A, Rivat A, Falcou MC, Kriegel I, Ingenior YR. A prospective, descriptive cohort study of malignant wound characteristics and woound care strategies in patients with breast cancer. *Ostomy Wound Mangement*. [Internet] 2014. Jun [cited 2016 Nov 10] 60(6): 38-48. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24905356>
- 19.Jarvis V. The range and role of palliative interventions for locally advanced breast cancer. *Curr Opin Support Palliat Care*. [Internet] 2014. Mar [cited 2016 Nov 10] 8(1):70-6. DOI: [10.1097/SPC.0000000000000029](https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000029)

ARTIGOS DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

20. Matute AEG, López AC, Vázquez MB, Ponce MC, León RJ, Sánchez IR. Cuidados del paciente com herida tumoral. *Evidentia*. [Internet]. 2013. Aug [cited 2016 Nov 10] 14(41):1-8. Available from: https://www.researchgate.net/publication/273766792_Cuidados_del_paciente_con_herida_tumoral
21. Lund-Nielsen B, Adamsen L, Kolmos HJ, Rorth M, Tolver A. The effect of honey-coated bandages compared with silver-coated bandages on treatment of malignant wounds - a randomized study. *Wound Rep Reg*. [Internet]. 2011. Nov [cited 2016 Nov 10] 19 (6):664-670. DOI: [10.1111/j.1524-475X.2011.00735.x](https://doi.org/10.1111/j.1524-475X.2011.00735.x)
22. Seaman S. Management of malignant fungating wounds in advanced cancer. *Semin Oncol Nurs* [Internet]. 2006. Aug [cited 2016 Nov 10] 22(3):185-93. DOI: [10.1016/J.SONCN.2006.04.006](https://doi.org/10.1016/J.SONCN.2006.04.006)
23. Amy MD, Pauline Lesage MD. Palliative Management of Pressure Ulcers and Malignant Wounds in Patients with Advanced Illness. *J Palliat Med*. [Internet]. 2006. Apr [cited 2016 Nov 10] 9(2): 285-95. DOI: [10.1089/JPM.2006.9.285](https://doi.org/10.1089/JPM.2006.9.285)
24. Meaume S, Fromantin I, Teot L. Neoplastic wounds and degenerescence. *J Tissue Viability*. [Internet]. 2013. Nov [cited 2016 Nov 10] 22(4):122-130. DOI: [10.1016/j.jtv.2013.07.001](https://doi.org/10.1016/j.jtv.2013.07.001)
25. Vaquer LM. Manejo del las úlceras cutáneas de origen tumoral; cutánides. *Rev Int Grupos Invest Oncolo*. [Internet] 2012. Mar [cited 2016 Nov 10] 1(2):52-9. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-regio-revista-internacional-grupos-investigacion-339-articulo-manejo-las-ulceras-cutaneas-origen-X2253645012578954>
26. Wiermann EG, Diz MP, Caponero R, Lages PSM, Araújo CZS, Bettiga RTC et al. Consenso brasileiro sobre manejo da dor relacionada ao cancer. *Rev Bras Oncol Clín*. [Internet] 2015. Out/Dez [cited 2016 Nov 10] 10(38):132-43. Available from: <http://sboc.org.br/revista-sboc/pdfs/38/artigo2.pdf>
27. Sopata M, Ciupińska M, Glowacka A, Muszyński Z, Tomaszewska, E. Effect of Octenisept antiseptic on bioburden of neoplastic ulcers in patients with advanced cancer. *J Wound Care*. [Internet]. 2008. Sep [cited 2016 Nov 10] 17(1): 24-7. DOI: [10.12968/jowc.2008.17.1.27975](https://doi.org/10.12968/jowc.2008.17.1.27975)
28. Selby T. Managing exsudate in malignant fungating wounds and solving problems for patients. *Nursing times*. [Internet]. 2009. May [cited 2016 Nov 10] 105(18):14-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19507614>
29. Alexander S. Malignant fungating wounds: managing malodour and exudate. *J Wound Care*. [Internet]. 2009. Sep [cited 2016 Nov 10] 18 (9): 374-82. DOI: [10.12968/jowc.2009.18.9.44305](https://doi.org/10.12968/jowc.2009.18.9.44305)

30. Grocott P, Gethin G, Probst S. Malignant wound management in advanced illness: new insights. *Curr Opin Support Palliat Care*. [Internet]. 2013. Mar [cited 2016 Nov 10] 7(1):101-5. DOI:[10.1097/SPC.0b013e32835c0482](https://doi.org/10.1097/SPC.0b013e32835c0482)
31. Mali B, Jarm T, Snoj M, Miklavcic D. Antitumor effectiveness of electrochemotherapy: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Surg Oncol*. [Internet]. 2012. Jan [cited 2016 Nov 10] 39(1):4-16. DOI:[10.1016/j.ejso.2012.08.016](https://doi.org/10.1016/j.ejso.2012.08.016)
32. Ponte D.; Ferreira K; Costa N. O controlo do odor na ferida maligna. *J Tissue Regeneration & Healing*. [Internet]. 2012. [cited 2016 Nov 10] 1:38-43. Available from: <http://www.trh-journal.com/o-controlo-do-odor/>
33. Draper C. The management of malodour and exudate in fungating wounds. *British J Nurs*. [Internet]. 2005. Jun (Tissue Viability Supplement). [cited 2016 Nov 10] 14(11):S4-12. DOI: [10.12968/bjon.2005.14.Sup2.18210](https://doi.org/10.12968/bjon.2005.14.Sup2.18210)
34. Adderley UJ, Smith R. Topical agentes and dressings for fungating wounds. Cochrane Database of Systematic Reviews. [Internet]. 2007. Apr [cited 2016 Nov 10] 18(2):1-28. DOI:[10.1002/14651858.CD003948.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003948.pub2)
35. Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MR. A systematic review of topical treatments to control the odor of malignant fungating wounds. *J Pain Symptom Manage*. [Internet] 2010. Jun. [cited 2016 Nov 10] 39(6):1065-76. DOI:[10.1016/j.jpainsymman.2009.11.319](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.11.319)
36. Stringer J, Donald G, Knowles R, Warn P. The symptom management of fungating malignant wounds using a novel essential oil cream. *Wounds UK*. [Internet]. 2014. Sep [cited 2016 Nov 10] 10(3):54-9. Available from: <http://www.wounds-uk.com/journal-articles/the-symptom-management-of-fungating-malignant-wounds-using-a-novel-essential-oil-cream>
37. Mercier D, Kneivitt A. Using topical aromatherapy for the management of fungating wounds in a palliative care unit. *J Wound Care*. [Internet]. 2005. Nov [cited 2016 Nov 10] 14(10):497-501. DOI: [10.12968/jowc.2005.14.10.26850](https://doi.org/10.12968/jowc.2005.14.10.26850)
38. Akbik D, Ghadiri M, Chzanowski W, Rohanizadeh R. Curcumin as a wounds healing agent. *Life Sciences*. [Internet]. 2014. Oct. [cited 2016 Nov 10] 116(1):1-7. DOI:[10.1016/j.lfs.2014.08.016](https://doi.org/10.1016/j.lfs.2014.08.016)
39. Maud M. Use of an ionic sheet hydrogel dressing on fungating wounds: two case studies. *J Wound Care*. [Internet]. 2008. Fev [cited 2016 Nov 10] 17(2):65-8. DOI:[10.12968/jowc.2008.17.2.28180](https://doi.org/10.12968/jowc.2008.17.2.28180)
40. Grocott P, Browne N, Cowley S. Quality of life: assessing the impact and benefits of care to patients with fungating wounds. [Internet]. 2005. [cited 2016 Nov 10] 17(1): 8-15. Available from: <http://www.medscape.com/viewarticle/498843>
41. Harris DG, Noble AIR. Management of terminal hemorrhage in patients with advanced cancer: a systematic literature review. *J Pain Symptom Management*. [Internet] 2009. Dec [cited 2016 Nov 10] 38(6): 913-7. DOI:[10.1016/j.jpainsymman.2009.04.027](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.04.027)

42. Rang HP, Dale MM, Ritter JM, Flower RJ, Henderson G. Farmacologia. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

4.4 Segundo Artigo de Revisão

Análise do conceito de aprendizagem significativa à luz da Teoria de Ausubel²

Analysis of the concept of meaningful learning in the light of Ausubel's theory

Análisis del concepto de aprendizaje significativo a la luz de la Teoría de Ausubel

RESUMO

Objetivo: Analisar o conceito de aprendizagem significativa conforme a Teoria de David Ausubel. **Método:** Revisão Integrativa da Literatura realizada por meio de portais da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando o modelo de análise teórica de Meleis. **Resultados:** Foram selecionados dez estudos de enfermagem publicados entre 2005 e 2015. Identificaram-se os antecedentes: Conhecimentos prévios, organizadores prévios, material potencialmente significativo e o aprendiz deve apresentar disposição para aprender. Os atributos de aprendizagem significativa incluíram: Ampliação da estrutura cognitiva por meio da incorporação de novas ideias relacionadas com as ideias preexistentes; Informação nova adquire significado na estrutura cognitiva e há interação entre um novo conhecimento e o prévio; Nova informação gera sentido e significado em aspectos relevantes da estrutura cognitiva; Mecanismo que facilita a aquisição e o armazenamento de novas informações na estrutura cognitiva do aprendiz. Os consequentes encontrados foram: Aquisição de novos significados na estrutura cognitiva, de forma interativa, hierarquizada e organizada, com componentes pessoais presentes no sistema cognitivo do aprendiz. **Conclusão:** A análise conceitual realizada contribuiu com a instituição de uma definição mais completa para a aprendizagem significativa, que poderá ser apreciada no ensino e na pesquisa independente de área de atuação.

DESCRIPTORIOS: Formação de conceito; Teoria Psicológica; Aprendizagem; Ensino; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To analyze the concept of meaningful learning according to David Ausubel's theory. **Method:** Integrative Review of the Literature performed at the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) and Biblioteca Virtual em Saúde portals, using Meleis' theoretical analysis pattern. **Results:** Ten nursing studies published between 2005 and 2015 were selected. The prior records have been identified: background knowledge, previous organizers, potentially significant material and the student is supposed to be willing to learn. Among the meaningful learning attributes are: enlargement of the

cognitive structure by means of the incorporation of new ideas related to the pre-existing ones; new information acquires meaning in the cognitive structure and there is interaction between a new knowledge and the previous one; Mechanism which facilitates the acquisition and the storage of new information in the student's cognitive structure. The subsequent ones were: acquisition of new meanings in the cognitive structure, in an interactive, hierarchical and organized way, with personal components presented in the student's cognitive system.

Conclusion: The conceptual analysis performed has contributed with the establishment of a more precise definition to the meaningful learning, which can be used in the teaching and in the research irrespective of the practice area.

DESCRIPTORS: Concept Formation; Psychological Theory; Learning. Teaching; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Analizar en concepto de aprendizaje significativo conforme la teoría de David Ausubel. **Método:** Revisión integral de la literatura realizada a través de portales de la “Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nivel Superior” (Coordinación de Perfeccionamiento de Personal a Nivel Superior) CAPES y Biblioteca Virtual en Salud, utilizando el modelo de análisis teórico de Meleis. **Resultados:** Han sido seleccionados diez estudios de enfermería publicados entre 2005 y 2015. Se identificaron los antecedentes: Conocimientos previos, organizadores previos, material potencialmente significativo y disposición del alumno para aprender. Los atributos de aprendizaje significativo incluyen: Ampliación de la estructura cognitiva a través de la incorporación de nuevas ideas relacionadas con las ideas preexistentes; Información nueva adquiere significado en la estructura cognitiva y hay interacción entre el nuevo conocimiento y lo previo; Nueva información genera sentido y significado en aspectos relevantes de la estructura cognitiva; Mecanismo que facilita la adquisición y el almacenamiento de nuevas informaciones en la estructura cognitiva del alumno. Los consecuentes encontrados han sido: Adquisición de nuevos significados en la estructura cognitiva, de manera interactiva, jerarquizada y organizada, con componentes personales presentes en el sistema cognitivo del alumno. **Conclusión:** El análisis conceptual realizado ha contribuido con la institución de una definición más completa para el aprendizaje significativo, que podrá ser apreciada en la enseñanza y en la pesquisa independiente del área de actuación.

DESCRIPTORES: Formación de concepto; Teoría psicológica; Aprendizaje; Enseñanza; Enfermería.

INTRODUÇÃO

De forma geral, uma situação de ensino corresponde ao momento em que uma pessoa, intencionalmente, ajuda outra a aprender algo. Todavia, o conhecimento individual não é um objeto concreto e diretamente observável, mas, sobretudo, um conjunto de representações mentais construídas a partir da dinâmica interpretativa que o sujeito do saber estabelece com

os objetos do mundo que percebe.¹⁻² Destarte, o ato de ensinar e de aprender é mediado por diferentes representações sobre um mesmo conhecimento: a do professor, a do aprendiz e a do material de ensino.¹

Assim sendo, aprender, nessa dinâmica, corresponde a um processo – contínuo (porque é progressivo), pessoal (por sua natureza idiossincrática), intencional (cabendo ao aprendiz relacionar de forma substantiva a nova informação com as ideias relevantes existentes em sua estrutura cognitiva), ativo (porque requer atividade mental), dinâmico, recursivo (não linear), de interação (entre a informação e conhecimentos prévios) e interativo (porque estabelece relações entre sujeitos) – que gera um produto sempre provisório caracterizado por um conhecimento particular produzido em um determinado momento e contexto.²⁻³

Nessa perspectiva, uma aprendizagem significativa, de acordo com David Ausubel,⁴ autor da Teoria da Aprendizagem Significativa – TAS, se trata de uma estratégia promissora em situação formal de ensino, a qual consiste na interação não arbitrária e não literal de novos conhecimentos com conhecimentos prévios (subsunçores) relevantes. Assim, a partir de sucessivas interações, um determinado subsunçor progressivamente adquire novos significados, torna-se mais rico, mais refinado, mais diferenciado e é capaz de servir de âncora para novas aprendizagens significativas.⁴⁻⁵ O ponto central da reflexão na teoria de Ausubel⁴ é que, dentre todos os fatores que influenciam a aprendizagem, o mais importante é o que o aprendiz previamente sabe, aspecto considerado ponto de partida.⁴⁻⁶

Nesse sentido, desvendar o que o aprendiz já sabe é mais do que identificar suas representações, conceitos e ideias, requer consideração à totalidade do ser cultural/social em suas manifestações e linguagens corporais, afetivas e cognitivas. Para tanto, o professor deve estar aberto para que o aprendiz possa revelar as suas expectativas vividas, dos objetos incorporados na sua vida, das condições existenciais e não apenas o aspecto intelectual.²⁻⁶

O atual processo de ensino-aprendizagem tem colaborado para uma aprendizagem mecânica, em que os aprendizes são acostumados a memorizar conceitos, ofuscando, desse modo, o pensar. Os conhecimentos aprendidos mecanicamente somente são aplicáveis às situações já conhecidas e que não implicam em compreensão, pois não instrumentalizam o aprendiz a agir com autonomia diante de sua realidade.²

Planejar, desenvolver e avaliar um ensino na visão tradicional e comportamentalista de aprendizagem, sabidamente inadequada para a atualidade, é tão difícil quanto na concepção

cognitivista, mas a superação desse equívoco encontra-se na reflexão – individual e coletiva – sobre os saberes que norteiam a atual prática educativa.² É por essa razão que a TAS é a base conceitual deste estudo.

O interesse em estudar este conceito à luz da teoria de Ausubel⁴ surge mediante a relevância desta para o ensino e para a pesquisa em Enfermagem, bem como para as demais áreas do conhecimento científico. Assim, investigar o conceito de AS no âmbito desta teoria contribui para melhorar seu entendimento e aplicabilidade, de modo que o seu significado expresse o que ocorre na realidade empírica.^{4,7-8}

Um conceito é uma ideia ou uma construção mental elaborada acerca de um fenômeno, sendo essencial no desenvolvimento de pesquisas, assim como na construção de teorias. Os conceitos compreendem atributos abstratos da realidade e, conseqüentemente, representam mais do que palavras ou imagens mentais, pois estas não capturam a natureza complexa dos conceitos.⁹

Nos últimos dez anos, as pesquisas na área de ensino em saúde apontam a importância da análise de conceitos, uma vez que este processo faz parte da construção do conhecimento e pode ser uma estratégia para descobrir o delineamento do fenômeno. Para tanto, os resultados do processo de análise do conceito são úteis para julgar os instrumentos de medida disponíveis quanto à capacidade de cobrir o fenômeno em questão, à construção de instrumentos de medida, e também para permitir a observação e crítica de outros interessados no mesmo conceito.⁹

Dessa forma, o presente estudo objetivou analisar o conceito de aprendizagem significativa, delimitando seus antecedentes, atributos e conseqüentes, consoante a teoria de Ausubel, com ênfase na área de Enfermagem.

MÉTODO

Para a operacionalização desta fase do Modelo de Análise de Teoria de Meleis, utilizou-se o método de revisão integrativa da literatura¹⁰ sobre a análise do conceito de Aprendizagem Significativa, proposto pela Teoria de Ausubel⁴. O modelo¹¹ utilizado como método engloba descrição, análise, crítica, teste e apoio. A descrição pode ser realizada por meio da elucidação dos seus componentes estruturais e funcionais da Teoria. A análise é definida como um processo de identificação de partes e componentes. A crítica é um exame

ou estimativa de uma situação. O teste teórico refere-se a uma avaliação para a utilidade da teoria. Já o teste de apoio verifica alternativas de validação, em congruência com a natureza da disciplina.

Considerando os aspectos propostos por esse modelo,¹¹ utilizou-se neste estudo a etapa de análise do conceito, que é dividida em quatro unidades de análise: definições, que são subdivididas em semântica, lógica e contexto; antecedentes; consequentes; e exemplos. Para a análise do termo Aprendizagem Significativa, dentre as unidades de análise do conceito citadas, no presente estudo optou-se pela definição, a qual reúne identificação e descrição de diferentes dimensões e componentes do conceito, antecedentes e consequentes.

Na condução da revisão integrativa, foram seguidas as etapas: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos, amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados; e apresentação da revisão ou síntese do conhecimento.¹⁰

Na primeira etapa, buscou-se responder às perguntas norteadoras: Qual a definição de aprendizagem significativa? Como ela se caracteriza? Quais os atributos que compõem a aprendizagem significativa? Quais os antecedentes e consequentes que compõem a aprendizagem significativa?

O levantamento da literatura foi realizado pela Internet durante o período de maio a julho 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 de intervenção que abordassem a temática ou aspectos da Teoria da Aprendizagem Significativa, dentro de todas as áreas de interesse da Enfermagem, nos idiomas inglês, português ou espanhol, no espaço temporal de 2005 a 2015. Como critérios de exclusão foram considerados: publicações repetidas nas bases de dados, estudos científicos não disponíveis na íntegra e artigos que não fizessem alusão à aprendizagem significativa ou à Teoria de David Ausubel.

Para a busca dos estudos utilizaram-se as bases de dados: Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), *Scientific Library*

Online (SciELO) e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) com os seguintes termos: “Enfermagem”, “Aprendizagem Significativa”, “Ensino”; “Nursing”, “Meaningful learning”, “Teaching”; “Enfermería”, “Aprendizaje Significativo”, “Enseñanza”.

Os cruzamentos foram realizados com palavras-chave com o operador booleano AND, como a seguir: “Enfermagem” AND “Aprendizagem Significativa” AND “Ensino”; “Nursing” AND “Meaningful learning” AND “Teaching”; “Enfermería” AND “aprendizaje significativo” AND “enseñanza”.

Inicialmente, dirigiu-se à apreciação do título, resumo e descritores que abordassem o fenômeno aprendizagem significativa, conforme o número de publicações descrito nas bases de dados: MEDLINE, SciELO, LILACS, BDENF (37 em inglês, 15 em português e duas em espanhol) e CINAHL (30 em inglês). Esta etapa inclui um processo de organização e reorganização de ideias e informações essenciais colhidas na literatura, as quais se tornam importantes para orientar o pesquisador quanto ao modo de definir e medir cada característica fundamental na composição do fenômeno. Depois de uma leitura flutuante desses artigos, observou-se que 12 eram repetidos, 24 eram estudos de revisão e 15 não faziam alusão à aprendizagem significativa ou à Teoria de David Ausubel, restando 33 artigos. Após essa etapa, procedeu-se à leitura na íntegra desses artigos, e pôde-se constatar que 23 não faziam alusão à aprendizagem significativa ou à Teoria de David Ausubel. Assim, fizeram parte da amostra 10 artigos, sete escritos no idioma português e três, em inglês.

A leitura do material foi realizada pelos pesquisadores, de forma independente. A fase de discussão dos principais resultados encontrados nos artigos ocorreu por meio de sucessivas análises e reflexões sobre suas contribuições para a construção do processo de ensino-aprendizagem em Enfermagem, fundamentado na Teoria da Aprendizagem Significativa.

As informações extraídas de cada um dos artigos foram: título do periódico, base de dados, ano de publicação, título do artigo, objetivo, alusão à Teoria da Aprendizagem Significativa ou David Ausubel, estratégias de ensino e modo de aplicação da Teoria. Posteriormente, direcionou-se à extração das características essenciais: definições teóricas e operacionais, atributos, antecedentes e consequentes acerca do fenômeno aprendizagem significativa, considerando o método de análise de conceito. As características essenciais, incluindo atributos, antecedentes e consequentes, foram analisadas quanto à coesão e coerência, formalizando sentido às informações colhidas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, foi realizada a caracterização dos dez estudos que constituíram a amostra quanto ao ano de publicação e ao periódico. Quanto ao ano de publicação, 2013 teve quatro publicações; 2012, duas publicações; e 2005, 2009, 2011 e 2015, cada um apresentou uma publicação. No que concerne ao periódico, os estudos nacionais foram publicados na seguinte ordem: três estudos foram publicados na *Revista da Escola de Enfermagem da USP* (REEUSP); um, na *Revista Brasileira de Enfermagem* (REBEn); um, na *Revista Texto e Contexto Enfermagem*; um, na *Revista Interface*, um, na *Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria*; e os estudos internacionais: um na *Nurse Education in Practice*, um no *International Journal of Palliative Nursing* e outro no *Journal of Advanced Nursing*.

A análise de conceito¹² possibilitou identificar e descrever as definições trazidas em cada manuscrito pesquisado sobre o conceito de aprendizagem significativa segundo a Teoria da Aprendizagem Significativa,⁴ no âmbito da área de Enfermagem. A seguir, serão apresentados as definições, os atributos, os antecedentes e os consequentes.

Atributos

Para a identificação dos atributos essenciais do conceito de AS, utilizaram-se as questões: *Como os autores definem o conceito? Quais as características ou atributos apontados por eles? Que ideia os autores discutem sobre a AS?*

As respostas a essas questões permitiram a identificação dos seguintes atributos do conceito de aprendizagem significativa: (a) *Ampliação da estrutura cognitiva por meio da incorporação de novas ideias que se relacionam com as ideias preexistentes*; (b) *Existência de conhecimentos estruturados[...] que possibilite a conexão com o novo conhecimento[...] e conecta o conhecimento com aquele que pretende absorver*; (c) *Informação nova adquire significado na estrutura cognitiva[...] interação entre um novo conhecimento e o prévio*; (d) *Interação de um novo material com o que já existe na estrutura cognitiva*; (e) *Modelo [...] que amplia [...] conhecimento por meio da assimilação de novos conceitos com os pré-existentes [...] que serve de base para incorporar, compreender e fixar os novos*

ARTIGOS DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

conhecimentos na estrutura cognitiva do aprendiz; (f) Nova informação [...] gera sentido e significado[...] em aspectos relevantes da estrutura cognitiva.

No Quadro 1, destacam-se as definições de aprendizagem significativa com os autores dos estudos desta revisão, atributos e concepções de origem do ensino-aprendizagem.

Quadro 01 - Definições e Concepções do Conceito de Aprendizagem Significativa, Internet, 2016

Autores, Ano publicação e Periódico	Definição de Aprendizagem Significativa	Concepções
Mendoza et al., 2012. ¹³ Mendoza et al., 2012. ¹⁴ Reusp	Ampliação da estrutura cognitiva por meio da incorporação de novas ideias que se relacionam com as ideias preexistentes de forma não arbitrária e substantiva. Não arbitrária significa relação lógica das ideias novas com outras já existentes, e substantiva é a capacidade que o aprendiz tem de explicar o que aconteceu com suas próprias palavras (a).	Behaviorista
Kalinowski et al., 2012. ¹⁵ Interface	A aprendizagem significativa pode ser definida como a oferta de um novo conhecimento estruturado de maneira lógica; a existência de conhecimentos na estrutura cognitiva que possibilite a conexão com o novo conhecimento, bem como a atitude explícita de apreender e conectar o conhecimento com aquele que pretende absorver (b).	
Prado et al., 2011. ¹⁶ Rev. Bras. Enferm.	Considera-se que a aprendizagem é significativa quando uma nova informação adquire significado para o aluno através da ancoragem desta em aspectos relevantes de sua estrutura cognitiva preexistente. Caracteriza-se pela interação entre o novo conhecimento e o prévio (c).	Social
Kinchin; Hay, 2005. ¹⁷ J Adv Nurs	Aprendizagem Significativa é quando ocorre a interação de um novo material com o que já existe na estrutura cognitiva do aluno (d).	
Silva et al., 2013. ¹⁸ Reusp	A aprendizagem significativa é um mecanismo que facilita a aquisição e o armazenamento de novas informações, desde que um conhecimento existente na estrutura cognitiva do aluno atue como uma espécie de ancoragem do novo conhecimento (d).	Sócio-humanista
Carvalho et al., 2015. ¹⁹ Rev. Enferm. UFSM	Aprendizagem significativa é um modelo de aprendizagem no qual o aluno amplia seu conhecimento por meio da assimilação de novos conceitos com os pré-existentes; isso se dá por meio de um sistema de ancoragem, no qual a informação anterior se ancora às novas informações e, assim, expande sua estrutura cognitiva. As principais características da aprendizagem significativa são a não arbitrariedade, que se entende por uma relação lógica e relevante entre a nova ideia e as outras já existentes, que serve de base para incorporar, compreender e fixar os novos conhecimentos na estrutura cognitiva do aprendiz (e) e substantiva, com o qual garante que, uma vez aprendido determinado conteúdo, o aluno será capaz de expressar a essência da nova informação com suas próprias palavras, ou seja, gera sentido e significado na estrutura cognitiva do aprendiz (f).	

Fonte: Dados da pesquisa, 2016

A análise conceitual evidenciou diferentes abordagens para o conceito de aprendizagem significativa, com base na área de conhecimento em que o mesmo é utilizado, perpassando pelas concepções behaviorista, social, cognitivista e sócio-humanista.

A definição de aprendizagem significativa com foco na concepção behaviorista tem o seu suporte nas explicações orais do professor, que transmite ideias (como estímulos) aos aprendizes, de forma que sejam traduzidas como arquivadores do conhecimento, e exige, em troca, que os alunos usem a sua atividade mental, reforçada pelo professor, com o objetivo de acumular, armazenar e reproduzir as informações vindas das ideias apresentadas.

Neste campo de instrução da organização do ensino, o aprendiz tem uma função de cognitivo passivo, sendo encarado como um reservatório de informações que, mais tarde, serão úteis para a vida. Além de o professor lançar mão de técnicas que ressaltem novas informações e exposições corretas, deverá viabilizar também reforços diretos e imediatos, com vistas a produzir mudanças comportamentais dos aprendizes e a sua estabilidade. O papel do professor, que exerce centralidade face aos seus conhecimentos científicos, sobrepõe-se ao papel do aluno. Este, ao invés de *aprender de forma ativa*, apenas acumula saberes que deverá ser capaz de repetir ‘fielmente’.²⁰⁻²¹

Na perspectiva behaviorista de aprendizagem, a passividade, acriticidade e reprodutividade de informações do aprendiz impedem o desenvolvimento da criatividade e, embora se respeitem os ritmos individuais, não são enfatizadas curiosidade e motivação intrínsecas como condições *sine qua non* para o avanço do saber de um tema em questão.²² O aprendiz, provavelmente, tornar-se-á apático, uma vez que é dependente do professor para o seu crescimento cognitivo e comportamental no aprender, não havendo, assim, uma preocupação em ensinar ao aprendiz a pensar. O ensino salienta o *saber fazer* ou a aquisição e manutenção das respostas.^{20,21,23}

No que se refere à definição de aprendizagem significativa com ênfase na teoria social da aprendizagem, mapeia uma perspectiva sobre aprendizagem que inclui a consideração das características pessoais do aprendiz, dos padrões de comportamento e do ambiente.²³⁻²⁵ Esta, por sua vez, preocupa-se que a aprendizagem tenha lugar no contexto de uma situação social e sugere que uma parte significativa daquilo que o aluno aprende resulta da interação aprendiz-ambiente com uma modelagem em sua aprendizagem por observação ativa. Com isso, o papel do professor ou a ação de um sujeito podem facilmente originar uma aprendizagem modelada junto aos aprendizes.

Neste contexto, a aprendizagem é uma atividade de processamento de informação, permitindo que condutas e eventos ambientais sejam transformados em representações simbólicas as quais servem como orientações de ação. Se, numa perspectiva behaviorista, o comportamento deve ser reforçado tendo em vista a sua aquisição e manutenção, na aprendizagem por modelagem, mesmo quando reforçada, a aprendizagem pressupõe experiência prévia de observação. Contudo, incentivos podem influenciar o aprendiz, determinando quais as condutas que devem ser observadas.^{20,23,25}

A verdadeira ênfase do aprendiz como construtor do seu próprio conhecimento surge com as teorias cognitivo-construtivistas da aprendizagem, que produzem um caráter determinante às concepções prévias dos aprendizes. Neste contexto, a definição de aprendizagem significativa na concepção cognitiva estabelece uma preocupação com o *aprender a pensar* e o *aprender a aprender*, e não com a obtenção de comportamento observável; além de responsabilizar o aprendiz pelo seu processo pessoal de aprendizagem e ajudá-lo a ser cognitiva e afetivamente persistente⁴. Nesta perspectiva, o processo de aprendizagem cognitivista apresenta duas dimensões relativamente independentes: a) o modo como o conhecimento a ser aprendido é disponível ao aprendiz; e b) o modo como os aprendizes incorporam essa informação nas suas estruturas cognitivas já existentes. Nesse sentido, discussões promovidas na sala de aula desviam a atenção do professor para uma avaliação mais efetiva, tendo em vista regular o processo de ensino-aprendizagem e implicando o aprendiz na construção do seu conhecimento. O papel ativo do aprendiz aparece reclamando a sua autonomia no ato de conhecer e o papel central dado à descoberta e à exploração são tidos como decisivos na aprendizagem.^{4-6,20,23-26}

A espontaneidade, a importância dos sentimentos e das emoções empáticas, o direito das pessoas de fazerem suas próprias escolhas e a criatividade são as bases da abordagem humanista da aprendizagem, as quais foram contempladas na última definição de aprendizagem significativa. Porém, vale destacar que, ao abordar a condição de “liberdade” proposta por esta perspectiva da aprendizagem, não se pode desconsiderar as questões político-pedagógica e didática, afinal a condição de ser livre do aprendiz no processo da aprendizagem no humanismo não exclui o cumprimento com o plano de ensino e cronogramas acadêmicos. O que poderá ser espontâneo e livre é a dinâmica interna do estudo do aprendiz, nas quais o mesmo poderá encontrar novos conceitos, técnicas e condutas

acadêmicas que contribuam para o avanço qualitativo e quantitativo do seu saber sobre um determinado tema.^{22,25-27}

Vale ressaltar que Ausubel⁴ define o conceito de aprendizagem significativa como um processo de aquisição de novos conhecimentos, a partir do qual concebe o significado como resultado desse processo.^{4-6,23,25-26,28} Para Ausubel⁴, o significado é um produto ‘fenomenológico’ do processo de aprendizagem, no qual o significado potencial, inerente aos símbolos, converte-se em conteúdo cognitivo, diferenciado para um determinado indivíduo.^{29:14}

Com base nas reflexões ora expressas, observou-se uma dissonância entre as concepções de aprendizagem significativa apresentadas na área de Enfermagem, uma vez que cada artigo explorou apenas parte do conceito de aprendizagem significativa proposto pela teoria de Ausubel.⁴ Deste modo, essa incompletude do conceito merece atenção, pois reforça a apropriação superficial e polissêmica do conceito de aprendizagem significativa, limitando, com isso, a compreensão teórica e aplicada da aprendizagem significativa na área de estudo.^{1,4,6,30} Assim, em algumas circunstâncias corre-se o risco de considerar a aprendizagem como sendo significativa frente às metodologias de ensino, situação inadmissível, pois, para ser considerada uma aprendizagem significativa, precisa-se apropriar de uma teoria ou filosofia subjacente.

Antecedentes e Consequentes

Os estudos analisados trouxeram como antecedentes de aprendizagem significativa: conhecimentos prévios, organizadores prévios, material potencialmente significativo e disposição do aluno para aprender. De modo geral, as consequências dessa utilização envolvem aquisição de novos significados na estrutura cognitiva do aprendiz, de forma interativa, organizada e hierarquizada, com componentes pessoais no sistema cognitivo; atribuição de significados a determinado conhecimento pelo aprendiz, conforme a utilidade para a sua vida cotidiana e retenção do conhecimento, com possível esquecimento, no entanto com facilidade de resgate e reaprendizagem. Como forma de melhorar a visibilidade e o entendimento do leitor, a seguir descrevem-se, no Quadro 2, os antecedentes e consequentes do conceito de aprendizagem significativa, conforme a Teoria de Ausubel.⁴

ARTIGOS DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Quadro 02 - Antecedentes e Consequentes do Conceito de Aprendizagem Significativa, Internet, 2016

Antecedentes	Fontes	Consequentes	Fontes
<i>Conhecimentos prévios</i>	Mendoza et al., 2012; ¹³ Mendoza et al., 2012; ¹⁴ Kalinowski et al., 2012; ¹⁵ Prado et al., 2011; ¹⁶ Silva et al., 2013; ¹⁸ Carvalho et al., 2015; ¹⁹ Villela; Maftum; Paes, 2013; ³¹ Price; Dornan; Quail, 2013; ³² Brajtman; Higuchi; Murray, 2009. ³³	<i>Aquisição de novos significados na estrutura cognitiva, de forma interativa, hierarquizada e organizada, com componentes pessoais presentes no sistema cognitivo de cada sujeito.</i>	Mendoza et al., 2012; ¹³ Mendoza et al., 2012; ¹⁴ Kalinowski et al., 2012; ¹⁵ Carvalho et al., 2015; ¹⁹ Villela et al., 2013; ³¹ Price et al., 2013. ³²
<i>Organizadores prévios</i>	Silva et al., 2013. ¹⁸	<i>Significado que o aprendiz atribui a determinado conhecimento e lhe confere importância conforme a utilidade para sua vida cotidiana.</i>	Kalinowski et al., 2012. ¹⁵
<i>Material potencialmente significativo</i>	Mendoza et al., 2012; ¹³ Mendoza et al., 2012; ¹⁴ Kalinowski et al., 2012; ¹⁵ Prado et al., 2011; ¹⁶ Silva et al., 2013; ¹⁸ Carvalho et al., 2015; ¹⁹ Villela et al., 2013; ³¹ Price et al., 2013; ³² Brajtman et al., 2009. ³³	<i>Apresenta retenção do conhecimento, no entanto pode haver esquecimento, sendo o conhecimento facilmente resgatado quando o aprendiz estuda novamente o conteúdo.</i>	Carvalho et al., 2015; ¹⁹ Villela et al., 2013; ³¹ Price et al., 2013. ³²
<i>O aprendiz deve apresentar uma disposição para aprender.</i>	Mendoza et al., 2012; ¹³ Mendoza et al., 2012; ¹⁴ Kalinowski et al., 2012; ¹⁵ Prado et al., 2011; ¹⁶ Silva et al., 2013; ¹⁸ Carvalho et al., 2015; ¹⁹ Villela et al., 2013; ³¹ Price et al., 2013; ³² Brajtman et al., 2009. ³³		

Fonte: Dados da pesquisa, 2016

No que se diz respeito aos antecedentes do conceito de aprendizagem significativa, expostos no Quadro 2, observam-se situações, eventos ou fenômenos que precedem o conceito de interesse. Os antecedentes auxiliam na compreensão do contexto social no qual o conceito é geralmente utilizado, bem como favorecem o seu refinamento.¹² No presente estudo, identificaram-se os antecedentes por meio das respostas à pergunta: *De que forma está descrito o conceito (papéis, habilidades e contexto)?*

O primeiro antecedente do conceito de aprendizagem significativa é o conhecimento prévio ou subsunçor ou ideia âncora, definido como conhecimento específico e relevante que o aprendiz apresenta em sua estrutura cognitiva e cuja função é possibilitar novos significados aos conhecimentos que estão sendo apresentados ou descobertos pelo mesmo.⁴ Destaca-se que a atribuição de significados aos novos conhecimentos aprendidos depende da existência de subsunçores na estrutura cognitiva do aprendiz. Nesse sentido, vale ressaltar que Ausubel⁴ menciona estrutura cognitiva como o conteúdo total e organizado de ideias do sujeito.^{1,6,29-30}

Já organizador prévio⁴ é uma modalidade instrucional com características de nível mais alto de abstração, generalidade e inclusividade em relação ao material de aprendizagem, cuja finalidade é auxiliar o sujeito a perceber a relação entre os novos conhecimentos e os subsunçores existentes em sua estrutura cognitiva, os quais servem para facilitar a aprendizagem, uma vez que assumem a função de ‘pontes cognitivas’.^{1,6,29-30}

No que concerne ao material potencialmente significativo não arbitrário e substantivo,⁴ se faz necessário entender, primeiramente, que os termos *não arbitrário* ou *logicamente significativo* ou *ter significado lógico* constituem-se em *não aleatoriedade*, ou seja, que a interação de significados não seja com qualquer ideia prévia, mas sim com algum conhecimento específico e relevante existente na estrutura cognitiva do aprendiz; e os termos *substantivo* ou *não literal* significam que o que é incorporado à estrutura cognitiva é o novo conhecimento, as novas ideias. Assim, o material deve apresentar relação entre a estrutura cognitiva e o conhecimento prévio do aprendiz e que se situe dentro do domínio da capacidade intelectual humana.^{1,6,29-30}

Nesse sentido, é pertinente distinguir significado lógico de psicológico;⁴ o primeiro depende exclusivamente da ‘natureza do material’, uma vez que a ênfase do significado encontra-se na relação entre o material e as ideias e corresponde ao domínio da capacidade intelectual humana; já o segundo refere-se a uma experiência idiossincrática do aprendiz, ou seja, que a disponibilidade do conteúdo seja relevante e adequada na estrutura cognitiva do aprendiz.^{1,6,29-30}

Por fim, para que a aprendizagem seja significativa, o aprendiz deve querer relacionar os novos conhecimentos, de forma não arbitrária (lógica) e substantiva (não literal) a seus conhecimentos prévios.⁴ Isso não significa que o aprendiz se mostre motivado ou tenha preferência pela temática estudada; significa que o aprendiz esteja predisposto a relacionar os novos conhecimentos com os conhecimentos prévios, deixando-os mais elaborados, mais

enriquecidos, mais estáveis; do mesmo modo, os novos conhecimentos adquirem significado e são integrados à estrutura cognitiva.^{1,4,6,29-30}

Podem-se observar os consequentes do conceito de aprendizagem significativa. Estes se referem a eventos ou situações resultantes da sua utilização.¹² Para a identificação das consequências utilizou-se a seguinte questão: *O que se pretende atingir com a aprendizagem significativa?*

O resultado da aprendizagem significativa é a aquisição de novos significados na estrutura cognitiva, de forma interativa, hierarquizada e organizada, com componentes pessoais presentes no sistema cognitivo de cada aprendiz, o que é conceituado como um processo de interação entre o conhecimento prévio e o novo, no qual as novas informações adquirem significado e são integradas à estrutura cognitiva do aprendiz e o conhecimento prévio fica mais estável, mais elaborado e com maior capacidade de ancorar outros novos conhecimentos.⁴ Vale ressaltar que, nesse processo interativo, os dois conhecimentos (o novo e o prévio) se modificam.^{1,4,6,29-30}

Quando a aprendizagem é significativa, novos significados apresentam-se hierarquizados, pois alguns subsunçores são mais gerais e inclusivos do que outros; e organizados, porque o aprendiz apresenta na sua estrutura cognitiva aspectos relevantes e específicos para a aprendizagem da nova informação.^{1,4,6,29-30}

Outro consequente da aprendizagem significativa relaciona-se com o significado que o aprendiz atribui a determinado conhecimento e lhe confere importância conforme a utilidade para sua vida cotidiana; ou seja, quando o aprendiz aprende significativamente, o mesmo apresenta a capacidade de transferir significados a situações novas, diferentemente de como acontece na aprendizagem mecânica, em que o aprendiz é capaz de lidar apenas com situações conhecidas e rotineiras, uma vez que se encontra pouca ou nenhuma informação prévia na estrutura cognitiva do aprendiz.^{1,4,6,29-30}

Ao referir esquecimento como consequente da aprendizagem significativa, Ausubel⁴ refere que a aprendizagem significativa não é aquela em que o aprendiz nunca esquece. O aprendiz apresenta retenção do conhecimento, no entanto pode haver esquecimento, mas o conhecimento é facilmente resgatado quando o aprendiz estuda novamente o conteúdo. Segundo Ausubel,⁴ o esquecimento é uma continuidade natural da aprendizagem significativa, porém o aprendiz não esquece totalmente o que aprendeu. Trata-se de uma perda progressiva

da associabilidade dos novos conhecimentos em relação aos conhecimentos que lhe deram significados e que serviram de ancoradouro cognitivo; não uma perda de significados.^{1,4,6,29-30}

Na aprendizagem significativa,⁴ o esquecimento é residual, isto se deve porque o conhecimento esquecido está inserido no subsunçor e por esse motivo existem algumas vantagens, por exemplo: o conhecimento adquirido é retido e lembrado por mais tempo, o aprendiz aumenta sua capacidade de aprender outros conteúdos mais facilmente e, mesmo que a informação original tenha sido esquecida, há facilidade em reaprender mais facilmente.^{1,4,6,29-30}

A partir dos resultados identificados, em que se vislumbraram lacunas no emprego do conceito de aprendizagem significativa, a análise conceitual realizada assume uma importância singular, visto que o presente estudo propõe como desfecho uma definição para aprendizagem significativa e consoante à Teoria de Ausubel,⁴ sugere uma definição ampla e consistente podendo ser utilizada nas diferentes áreas do conhecimento.

Diante do exposto, a aprendizagem significativa é um processo de ensino-aprendizagem em que o aprendiz, como ser biopsicossocial e participante deste processo, apresenta motivação de aprender. Assim, compreende, reflete e atribui novos conceitos, partindo de conhecimentos e experiências prévias, modificando os significados existentes, por meio da organização e integração na estrutura cognitiva dos conceitos prévios e novos, tornando-os significativos, os quais, necessariamente, são transferidos para outras situações que vivenciar.

CONCLUSÃO

O termo ‘aprendizagem significativa’ vem sendo utilizado em muitos estudos que abordam a Educação na Saúde, inclusive na Enfermagem. No entanto, a maioria destes não ressalta a teoria de David Ausubel, pois é utilizada frequentemente para designar que o processo de aprendizagem é importante. Nesse sentido, analisar o conceito de aprendizagem significativa possibilitou a ampliação da compreensão tanto do conceito quanto da aplicabilidade deste mediante a definição dos seus atributos, antecedentes e consequentes, sendo possível esclarecer o seu significado.

Durante a realização da análise do conceito de aprendizagem significativa identificaram-se diferentes atributos nas definições de aprendizagem significativa utilizadas

pelos autores dos estudos, o que levou a resgatar distintas concepções do processo de ensino-aprendizagem, revelando, dessa forma, que a Enfermagem ainda apresenta, no âmbito educacional, paradigmas do ensino tradicional, mas que gradativamente vem modificando e atribuindo novos significados na forma de pensar, agir e educar na dinâmica docente-discente no processo do aprender.

Sendo assim, observou-se que a Enfermagem, na condição de ciência do cuidado, vem utilizando teorias a fim de elevar a qualidade do ensino, pesquisa e, conseqüentemente, da assistência prestada; trabalhos dessa natureza contribuem para a disseminação do conhecimento novo, muitas vezes, ainda desconhecidos para docentes e pesquisadores e por discentes no processo de sua formação acadêmica e científica na área da saúde e do cuidado humano.

A partir desta análise, evidenciaram-se como limitações a discreta utilização da Teoria da Aprendizagem Significativa de David Ausubel pela Enfermagem no Brasil, restrição da análise do conceito de aprendizagem significativa em estudos nacionais e internacionais disponibilizados na rede mundial de dados, o que pode refletir em uma caracterização incompleta do estado da arte do conceito; em alguns estudos avaliados, observou-se a ausência de descrições de antecedentes e conseqüentes indispensáveis à utilização do conceito de aprendizagem significativa, dificultando sua aplicação e a conjunção do conceito completo.

Considerando os achados, salienta-se a necessidade de pesquisas com o uso da Teoria da Aprendizagem Significativa e apresentação de seus respectivos resultados, análises conceituais, além de estudos que sintetizem as produções existentes sobre análise conceitual de aprendizagem significativa ou outra unidade de análise crítica, uma vez que a presente pesquisa bibliográfica restringiu-se à análise do conceito, atributos, antecedentes e conseqüentes da Teoria da Aprendizagem Significativa à luz de David Ausubel.

Destarte, a compreensão do conceito de aprendizagem significativa facilita a sua utilização por pesquisadores, professores e enfermeiros assistenciais e respalda suas ações no âmbito do processo de ensino-aprendizagem. Isto possibilita a aplicação do conceito em sua plenitude, inclusive por docentes de Enfermagem que o adotam há muito tempo em suas aulas, embora empírica ou inconscientemente.

REFERÊNCIAS

1. Moreira MA. Al final, qué es aprendizaje significativo? Rev Currículum [Internet]. 2012 Mar [cited 2016 Ago 20]; 25: 29-56. Available from: <http://www.if.ufrgs.br/~moreira/alfinal.pdf>
2. Lemos ES. A teoria da aprendizagem significativa e sua relação com o ensino e com a pesquisa sobre o ensino. Rev Aprendizagem Significativa [Internet]. 2011 [cited 2016 Ago 20];1(3):47-52. Available from: http://www.if.ufrgs.br/asr/artigos/Artigo_ID17/v1_n3_a2011.pdf
3. Lamburú CE, Barros MA, Silva OHM. Multimodos e múltiplas representações, aprendizagem significativa e subjetividade: três referenciais conciliáveis da educação científica. Ciên Educ [Internet]. 2011 [cited 2016 Ago 20];17(2): 469-87. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ciedu/v17n2/a14v17n2.pdf>
4. Ausubel, DP. The psychology of meaningful verbal learning. New York: Grune & Stratton; 1963.
5. Moreira MA. Enseñanza de la física: aprendizaje significativo, aprendizaje mecánico y criticidade. Rev Enseñanza de la Física [Internet]. 2014 [cited 2016 Ago 15];26(1): 45-52. Available from: <http://www.revistas.unc.edu.ar/index.php/revistaEF/article/viewFile/9515/10290>
6. Moreira MA. La Teoría del Aprendizaje Significativo Crítico: un referente para organizar la enseñanza contemporánea. Rev iberoamericana educación Matemática [Internet]. 2012 [cited 2016 Ago 16];31(5):9-20. Available from: http://www.fisem.org/www/union/revistas/2012/31/archivo_5_de_volumen_31.pdf
7. Bousso RS, Poles K, Cruz DALM. Nursing concepts and theories. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2014 [cited 2016 Ago 20]; 48(1):144-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n1/pt_0080-6234-reeusp-48-01-141.pdf
8. Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. Measurement in nursing research. 3rd ed. Philadelphia: Davis; 2010
9. Fontenele FC, Pagliuca LMF, Cardoso MVLML. Cuidados com a pele do recém-nascido: análise do conceito. Esc Anna Nery [Internet]. 2012 Jul/Sept [cited 2016 Ago 20]; 16(3):480-5. Available from: http://eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=778
10. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e enfermagem. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2008 Oct/Dec [cited 2016 Ago 20];17(4):758-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>
11. Meleis AI. Theoretical nursing: development and progress. 5th ed. Philadelphia (PA): Lippincott William e Wilkins; 2012

12. Tofthagen R, Fagstrom LM. Rodger's evolutionary concept analysis – a valid method for developing knowledge in nursing science. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2010 [cited 2016 Ago 20]; 24:21-31
13. Mendoza IYQ, Peniche ACG, Püschel VAA. Knowledge of hypothermia in nursing professionals of surgical center. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 Oct [cited 2016 Ago 16]; 46(Esp):123-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46nspe/en_18.pdf
14. Mendoza IYQ, Peniche ACG. Educational intervention regarding hypothermia: a teaching strategy for education in the Surgery Department. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 Oct [cited 2016 Ago 18]; 46(4):851-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/en_10.pdf
15. Kalinowski CE, Massoquetti RMD, Peres AM, Larocca LM, Cunha ICKO, Gonçalves LS et al. Metodologias participativas no ensino da administração em Enfermagem. *Interface Comunicação Saúde Educação* [Internet]. 2013 Oct/Dec [cited 2016 Ago 18]; 17(47):959-67. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n47/aop4413.pdf>
16. Prado C, Vaz DR, Almeida DM. Teoria da Aprendizagem Significativa: elaboração e avaliação de aula virtual na plataforma Moodle. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2011 Nov/Dec [cited 2016 Ago 20]; 64(6):1114-21. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a19.pdf>
17. Kinchin I, Hay D. Using concept maps to optimize the composition of collaborative student groups: a pilot study. *J Adv Nurs* [Internet]. 2005 Jul [cited 2016 Ago 20]; 51(2):182-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15963190>
18. Silva CC, Oliveira AKS, Egry EY, Lima Neto EA, Anjos UU, Silva ATMC. Constructing a Gowin's V diagram to analyze academic work in Nursing. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 Jun [cited 2016 Ago 16]; 47(3):709-13. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/en_0080-6234-reeusp-47-3-00709.pdf
19. Carvalho DPSRP, Rego ALC, Ferreira KS, Sila SB, Vitor AF, Ferreira Júnior MAF. Teoria da Aprendizagem Significativa como proposta para inovação no ensino de enfermagem: experiência de estudantes. *Rev Enferm UFSM*. [Internet]. 2015 Jan/Mar [cited 2016 Ago 20]; 5(1):186-92. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/13210>
20. Festas MIF. A aprendizagem contextualizada: análise dos seus fundamentos e prática pedagógica. *Educ Pesq* [Internet]. 2015 Jul/Sept [cited 2016 Ago 20]; 41(3):713-28. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v41n3/1517-9702-ep-41-3-0713.pdf>
21. Peres CM, Vieira MNC, Altafim ERP, Mello MB, Suen KS. Abordagens pedagógicas e sua relação com as teorias da aprendizagem. *Medicina (Ribeirão Preto)* [Internet]. 2014 Jun [cited 2016 Ago 16]; 47(3):249-55. Available from: http://revista.fmrp.usp.br/2014/vol47n3/1_Abordagens-pedagogicas-e-sua-relacao-com-as-teorias-de-aprendizagem.pdf

-
- 22.Fonseca DM. A pedagogia científica de Bachelard: uma reflexão a favor da qualidade da prática e da pesquisa docente. Educação e Pesquisa [Internet]. 2008 May/Ago [cited 2016 Ago 20];34(2):361-70. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v34n2/10.pdf>
- 23.Guista AS. Concepções de aprendizagem e práticas pedagógicas. Educ Rev [Internet]. 2013 Mar [cited 2016 Ago 20]; 29(1):20-36, 2013. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/edur/v29n1/a03v29n1.pdf>
- 24.Bastable SB. O enfermeiro como educador: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- 25.Job SCPD. Teorias da aprendizagem: uma revisão da literatura. Id *online* Rev Psicol [Internet]. 2011 Nov [cited 2016 Ago 14];5(15):22-30. Available from: <http://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/18/18>
- 26.Sousa ATO, Formiga NS, Oliveira SHS, Costa MML, Soares MJGO. Using the theory of meaning learning in nursing education. Rev Bras Enferm [Internet]. 2015 Jul/Ago [cited 2016 Ago 20]; 68(4):713-22. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n4/0034-7167-reben-68-04-0713.pdf>
- 27.Escario S. Concepção humanista (Carl Rogers) como recurso de atuação na educação para o trânsito – aprendizagem contextualizada. Rev Bras Educ [Internet]. 2014 Jan/Jun [cited 2016 Ago 15]; 2(3): 83-95. Available from: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/arquivobrasileiroeducacao/article/view/P.2318-7344.2014v2n3p83/8004>
- 28.Pantoja GCF, Moreira MA, Herscovitz VE. La enseñanza de conceptos fundamentales de Mecánica Cuántica a alumnos de graduación en Física. Rev Electrónica Investigación en Educación en Ciencias [Internet]. 2014 Jul [cited 2016 Ago 20]; 9(1): 22-39. Available from: <http://www.scielo.org.ar/pdf/reiec/v9n1/v9n1a02.pdf>
- 29.Moreira MA, Masini EFS. Aprendizagem significativa: a Teoria de David Ausubel. São Paulo: Centauro; 2008.
- 30.Moreira MA. Teorias de aprendizagem. São Paulo: E.P.U; 2014.
- 31.Villela JC, Maftum MA, Paes MR. The teaching of mental health a nursing undergraduate course: a case study. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2013 Apr/Jun [cited 2016 Ago 20]; 22(2):397-406. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a16.pdf>
- 32.Price J, Dornan J, Quail L. Seeing is believing – Reducing misconceptions about children’s hospice care through effective teaching with undergraduate nursing students. Nurs Educ Pract [Internet]. 2013 Sept [cited 2016 Ago 20]; 13 (5):361-5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23111411>
- 33.Brajtman S, Higuchi K, Murray MA. Developing meaningful learning experiences in palliative care nursing education. Int J Palliat Nurs [Internet]. 2009 Jul [cited 2016 Ago 20]; 15(7):327-31. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19648847>



A força do professor – Bráulio Bessa

Um guerreiro sem espada, sem faca, foice ou facão
Armado só de amor, segurando um giz na mão;
O livro é seu escudo, que lhe protege de tudo que possa lhe causar dor.
Por isso, eu tenho dito:
Tenho fé e acredito na força do professor!
Ah! Se um dia governantes prestassem mais atenção
Nos verdadeiros heróis que constroem a nação!
Ah! Se fizessem justiça, sem corpo mole ou preguiça
Lhe dando o real valor, eu daria um grande grito:
Tenho fé e acredito na força do professor!
Porém, não sinta vergonha; não se sinta derrotado,
Se o nosso país vai mal, você não é culpado!
Nas potências mundiais, são sempre heróis nacionais; e por aqui sem valor;
Mesmo triste e muito aflito,
Tenho fé e acredito na força do professor!
Um arquiteto de sonhos, engenheiro do futuro,
Um motorista da vida dirigindo no escuro...
Um plantador de esperança; plantando em cada criança, um adulto sonhador!
E esse cordel foi escrito
Por quem ainda acredita
Na força do professor!

5 MÉTODO

O percurso metodológico apresentado a seguir descreve todas as etapas deste estudo. Neste capítulo também será apresentado um artigo metodológico relacionado à construção e validação do instrumento. A metodologia específica, bem como os resultados estão neles descritos.

5.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa quase experimental, do tipo antes-depois, com abordagem quantiquantitativa realizada por meio de intervenções educativas, com foco na Teoria da Aprendizagem Significativa à amostra coletada, sem randomização, com comparação dos participantes antes e depois⁽¹⁵⁷⁾. Especificamente, na investigação antes-depois, ocorre a utilização de um grupo de pessoas, que é pesquisado em períodos temporais distintos, isto é, antes e depois da aplicação de uma intervenção educativa⁽¹⁴⁴⁾⁽¹⁵⁸⁾; neste caso, a intervenção educativa, que ocorreu por meio de um curso de capacitação. Nesta pesquisa, a avaliação antes-depois da capacitação possibilitou a comparação entre o saber e o fazer de enfermeiros da Atenção à Saúde de Alta Complexidade em Oncologia acerca dos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea, subsidiando a avaliação do efeito da intervenção educativa.

A abordagem quantitativa foi realizada por meio da verificação de variáveis na avaliação dos escores observados antes e depois da intervenção educativa, conforme as respostas fornecidas pelos participantes, e serviu para avaliar o impacto de um programa de capacitação para os profissionais de enfermagem da Atenção à Saúde de Alta Complexidade em Oncologia. Por envolver aspectos subjetivos de avaliação, que contempla o último objetivo, a investigação também teve uma abordagem qualitativa, o que possibilitou a análise dos discursos desses profissionais para compreender o espaço cognitivo dos participantes numa perspectiva hermenêutica, a fim de apreender como os enfermeiros pensavam, compreendiam e refletiam sobre o fenômeno investigado.

5.2 Cenário da Pesquisa

O cenário da pesquisa foi o Hospital Napoleão Laureano, instituição filantrópica e de referência no tratamento do câncer, considerada um Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), localizada à avenida Capitão José Pessoa, 1140, Jaguaribe, João Pessoa/Paraíba. A instituição conta com uma equipe multiprofissional e vários serviços, dentre eles: ambulatório, urgência, clínica médica, clínica cirúrgica, bloco cirúrgico, unidade de terapia intensiva, pediatria, quimioterapia, radioterapia, hematologia, centro de imagens, agência de transfusão de sangue e derivados e cuidados paliativos.

A escolha do referido cenário se deve ao fato de que as feridas tumorais malignas cutâneas afetam 10% das pessoas com câncer que procuram assistência da Atenção à Saúde de Alta Complexidade em Oncologia para tratamento do próprio câncer e dessas lesões⁽²¹⁾. Por se tratar de lesões complexas, a evolução é rápida e não apresentam potencial para cicatrização e, com frequência, evoluem com exsudação profusa, odor fétido, dor, sangramento e geralmente concorrem para mutilações, desfigurando, assim, a imagem corporal da pessoa^(19,44,53). O que requer, por parte do profissional, uma abordagem técnico-científica e humanística adequada, que inclua orientações acerca da saúde, acompanhamento das condições clínicas da pessoa, cuidados com a lesão e habilidades empáticas diante dos problemas que envolvem o entorno da doença que a pessoa apresenta.

O local específico para a intervenção educativa foi o Centro de Estudos da própria instituição, destinado a qualificar a assistência e promover a educação permanente; fomentar a formação e a especialização de recursos humanos; e incentivar a pesquisa.

5.3 População e Amostra

Para calcular a amostra referente ao estudo da tese, utilizou-se o pacote estatístico *G Power 3.1*, *software* destinado a calcular o poder estatístico (isto é, o teste de hipótese), tendo como base, não apenas o 'n' necessário para a pesquisa, mas, também, o tipo de cálculo a ser realizado⁽¹⁵⁹⁾. Para a coleta de dados deste estudo, foram consideradas uma probabilidade de 95% ($p < 0,05$), uma magnitude do efeito amostral ($r \geq 0,30$) e um padrão de poder hipotético ($\pi \geq 0,80$). Considerados tais critérios, uma amostra mínima de 50 sujeitos revelou-se adequada (tendo como indicadores: $r \geq 1,98$; $\pi \geq 0,95$; $p < 0,05$).

O *G Power* foi criado pelo corpo docente do Instituto de Psicologia Experimental em Dusseldorf, Alemanha e é uma ferramenta para computar análises de poder estatístico para vários testes e calcular tamanhos de efeito e exibir graficamente os resultados de análises de potência⁽¹⁶⁰⁾.

Sendo assim, seguiu-se a orientação do *N* amostral indicada do *G Power*, bem como que a amostra representasse, também, todos os setores da instituição.

A população do estudo foi composta por 57 enfermeiros que exerciam atividades laborais nos diversos setores do referido hospital. Para isso, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: enfermeiros que exercessem atividades laborais diretamente com pacientes; com um ano de experiência laboral na referida instituição; disponibilidade de horário para responder ao instrumento antes e depois do curso e comparecimento ao curso. Para os critérios de exclusão, consideraram-se as faltas nos dias relacionados à terceira e quarta aulas durante a intervenção educativa. Com isso, constituiu-se uma amostra não probabilística e intencional, pois considerou-se o sujeito consultado e que fez a inscrição para curso destinado à intervenção que comporia a amostra da tese.

Para isso, a amostra foi formada com base nas ofertas de vagas para a realização da intervenção educativa (57 vagas), distribuídas em três turmas, sendo duas no turno da tarde e uma à noite, de forma que pudesse contemplar todos os enfermeiros, de todos os turnos e regimes de trabalho (diarista e plantonista).

5.4 Etapas Operacionais da Pesquisa

Para o rigor metodológico da proposta da pesquisa, foi necessário cumprir as etapas observadas no mapa conceitual a seguir na Figura 19:

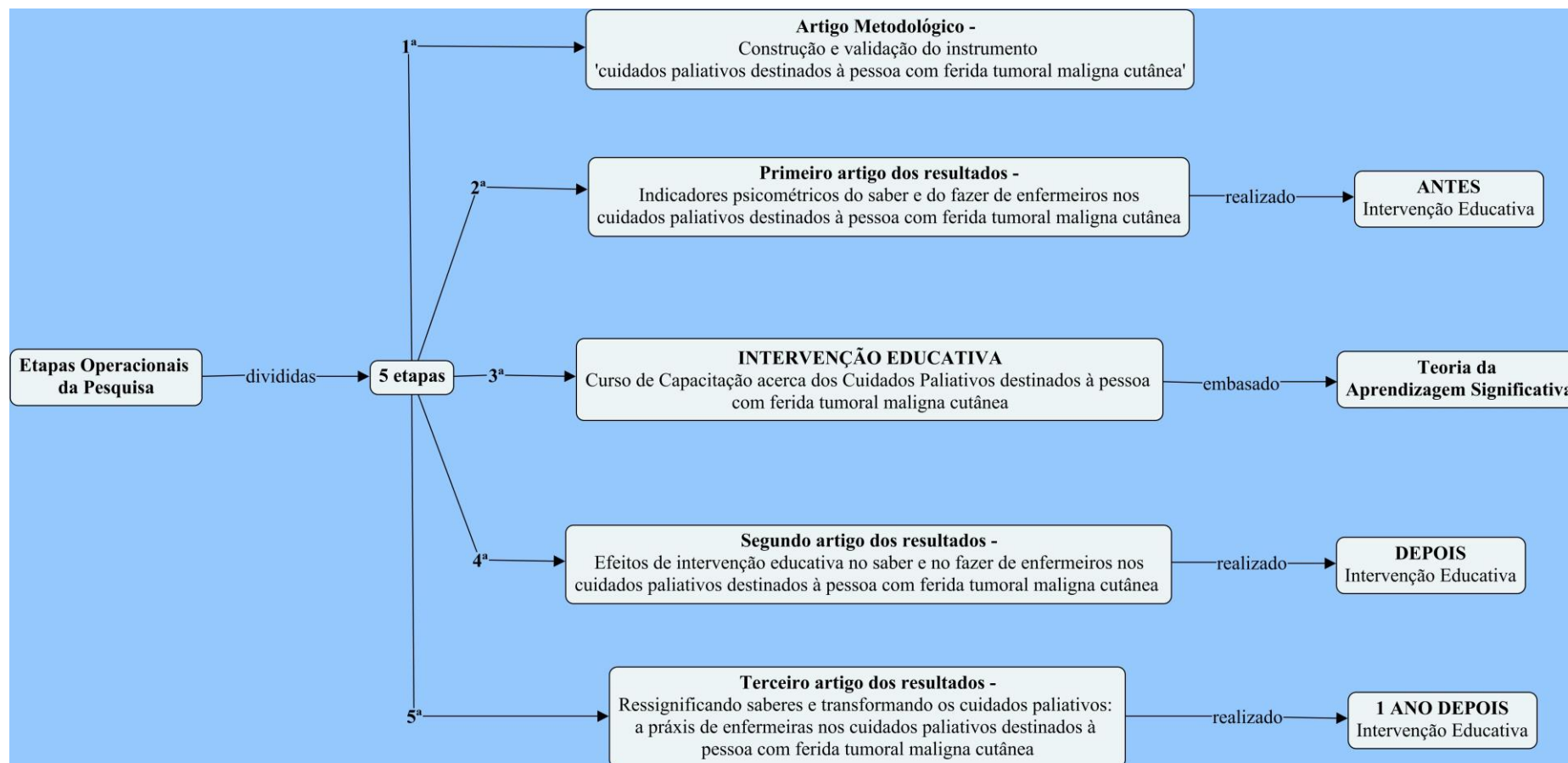


Figura 19 - Mapa Conceitual: Modelo esquemático das etapas operacionais da pesquisa

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

5.4.1 Construção e validação do instrumento

O procedimento teórico do processo de desenvolvimento do instrumento envolveu uma busca dos itens representativos do constructo em investigação, mediante uma revisão do Manual do Instituto Nacional do Câncer de Tratamento e Controle de Ferida Tumoral e Úlceras por Pressão no Câncer Avançado⁽²²⁾ e da construção de uma revisão integrativa da literatura em artigos científicos (artigo 1 de revisão teórica).

Desse processo de análise da literatura (artigo 1 de revisão teórica), foi construído um instrumento com 112 itens com o objetivo de avaliar o saber e o fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea.

Logo a seguir, serão explicitados os passos pelos quais o instrumento foi construído e validado (artigo metodológico) por meio da técnica *Delphi*⁽¹⁶¹⁾, em duas avaliações: a primeira com 30 juízes e a segunda com 17.

Na análise dos dados do artigo metodológico, foram utilizadas medidas de estatística descritiva, tais como média e desvio padrão e alguns testes estatísticos, a saber:

- ✚ Pacote estatístico *G Power* 3.1 para verificar a significância da amostra composta pelos juízes, que avaliaram o instrumento da tese. Considerou-se probabilidade 95% ($p < 0,05$); magnitude do efeito amostral ($r \geq 0,25$) e padrão do poder hipotético ($\pi \geq 0,80$)⁽¹⁵⁹⁾;
- ✚ Cálculo de Shapiro-Wilk (SW) para testar a normalidade da amostra composta pelos juízes. Assume-se como ideal a normalidade amostral de SW 0,96 e $p > 0,27$ ⁽¹⁶²⁾.
- ✚ *Lambda 2* de Gutman (λ) para verificar a clareza e pertinência dos itens quando a amostra é igual ou menor a 30 sujeitos; nesse caso, 30 juízes. Aceita-se um escore superior a 0,80⁽¹⁶³⁻¹⁶⁵⁾;
- ✚ *Rhô de Kurder-Richardson* (ρ), para verificar a confiabilidade do grau de concordância entre avaliadores numa medida dicotômica, devendo apresentar um escore acima de 0,70⁽¹⁶³⁾;
- ✚ Índice Kappa (K), para verificar o grau de concordância e consistência dos juízes em relação à permanência ou não dos itens do instrumento. Como critério de aceitação, foi estabelecida a concordância igual ou superior a 0,61 entre os juízes, que apresenta nível bom⁽¹⁶⁵⁾;

-
- ✚ Índice de Validade de Conteúdo (IVC), para verificar a validade aparente, ou seja, a qualidade da concordância e do conteúdo dos itens na concepção dos juízes, aceitando-se os valores de 0,91 a 1,00 para a clareza e importância e 0,85 a 1,00 para os itens da medida⁽¹⁶⁶⁾.

5.4.2 Artigo metodológico

Construção e validação de instrumento sobre cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea³

Construction and validation of instrument on palliative care to the person with malignant cutaneous malignant wound

Construcción y validación de instrumento sobre cuidados paliativos destinados a la persona con herida tumoral maligna cutánea

Resumo

Objetivo: Apresentar o processo de construção e validação de um instrumento para avaliar o saber e o fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea. **Método:** Estudo metodológico, quantitativo, com aplicação da técnica *Delphi* realizada em dois momentos. A primeira etapa foi realizada com 30 juízes e a segunda, com 17. Para a análise utilizaram-se o coeficiente de Lambda 2 Guttman e o índice Kappa. **Resultados:** Dos 112 itens do instrumento original, 28 foram excluídos, pois os percentuais de Lambda 2 Guttman e Kappa apresentaram escores menores do que o aceitável, desse modo, a versão 2 do instrumento resultou em 84 itens, o qual apresentou aceitação em 100% na fase *Delphi* 2. **Conclusão:** A partir da avaliação dos juízes, foi definida uma versão do instrumento com índice de concordância e validade de conteúdo adequados, que poderá contribuir para a avaliação do saber e do fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea.

Descritores: Validação; Cuidados Paliativos; Úlcera cutâneas; Neoplasias.

Abstract

Objective: To present the process of construction and validation of an instrument to evaluate the knowledge and the practice of nurses in palliative care to the person with tumoral malignant cutaneous wound. **Method:** Methodological, quantitative study, with application of the Delphi technique performed in two moments. The first step was performed with 30 judges and the second with 17. For the analysis Lambda 2 Guttman coefficient and the Kappa index were used. **Results:** Of the 112 items of the original instrument, 28 were excluded, as the Lambda 2 Guttman and Kappa percentages had lower than acceptable scores, so version 2 of the instrument resulted in 84 items, which showed acceptance in 100% in the Delphi phase 2. **Conclusion:** Based on the evaluation of the judges, a version of the instrument was defined with an adequate index of agreement and content validity, which could contribute to the assessment of nurses' knowledge and skills in palliative care to the person with the wound malignant cutaneous malignancy.

Descriptors: Validation; Palliative Care; Cutaneous Ulcers; Neoplasm.

Resumen

³ Artigo submetido em junho de 2018

Objetivo: Presentar el proceso de construcción y validación de un instrumento para evaluar lo saber y lo hacer de los enfermeros en los cuidados paliativos a la persona con herida tumoral maligna cutánea. **Método:** Estudio metodológico, cuantitativo, con aplicación de la técnica *Delphi* realizada en dos momentos. La primera etapa fue realizada con treinta jueces y la segunda con diecisiete. Para el análisis se utilizó el coeficiente de Lambda 2 Guttman y el índice Kappa. **Resultados:** De los 112 (ciento doce) ítems del instrumento original, 28 (veintiocho) fueron excluidos, ya que los porcentajes de Lambda 2 Guttman y Kappa presentaron scores menores de lo aceptable, o sea que, la versión 2 del instrumento resultó en 84 (ochenta y cuatro) ítems, que presentó aceptación en 100% (cien por ciento) en la fase *Delphi* 2. **Conclusión:** A partir de la evaluación de los jueces, ha sido definida una versión del instrumento como índice de concordancia y validación de contenidos adecuados, que podrá contribuir para evaluación del saber y del hacer de enfermeros en los cuidados paliativos a la persona con herida tumoral maligna cutánea.

Descriptor: Validación; Cuidados paliativos; Úlcera cutánea; Neoplasias.

INTRODUÇÃO

As feridas tumorais malignas são infiltrações cutâneas de células cancerígenas, que se desenvolvem em decorrência do crescimento de um tumor primário de pele ou por metástases de qualquer tumor maligno⁽¹⁾. A prevalência dessas lesões não é bem documentada, mas se estima a partir de estudos internacionais que 5 a 15% das pessoas com câncer desenvolvem feridas malignas⁽²⁻⁴⁾.

As feridas tumorais malignas cutâneas constituem um agravo na vida da pessoa com câncer, porquanto, progressivamente, desfiguram o corpo, tornando-se friáveis, dolorosas, exsudativas, com odor fétido. Estas feridas apresentam efeitos psicológicos e sociais que podem interferir nas relações interpessoais, uma vez que a pessoa apresenta sentimentos de rejeição, isolamento social, ansiedade, tristeza e solidão⁽¹⁻²⁾. Além disso, essas feridas remetem à pessoa uma constante lembrança visível da sua enfermidade incurável, do mau prognóstico e, na maioria das vezes, a pessoa traz no seu discurso, durante o entorno relacional do tratamento, a condição *sine qua non* da morte que se aproxima. Frente a tal situação, a pessoa necessita de cuidados paliativos para o controle dos sinais e sintomas dessas lesões.

A atenção em saúde das pessoas com esse tipo de ferida exige cuidados paliativos sistematizados, prestados pela equipe multiprofissional e orientados por protocolos assistenciais, disponibilidade de recursos materiais e produtos farmacológicos, articulação entre os níveis de complexidade da assistência, bem como a participação efetiva da pessoa com a ferida, dos familiares e cuidadores⁽¹⁻³⁾.

O tratamento das feridas tumorais malignas cutâneas é complexo, pois exige avaliação de etiologia oncológica, da lesão, da pessoa nas suas dimensões biopsicossocial e espiritual, condição econômica da família, controle dos sinais e sintomas, bem como planejamento e orientações dos cuidados a serem executados pela própria pessoa e família em seu domicílio, uma vez que a cura da doença e cicatrização da ferida já não são mais possíveis ⁽¹⁻⁴⁾.

O enfermeiro é o membro da equipe de saúde que avalia, gerencia o manejo clínico de feridas e realiza curativos, por isso cabe a ele desenvolver competências e habilidades que lhes permitam conhecer e identificar características individuais e/ou sociais de pessoas com feridas tumorais, além de implementar ações específicas às necessidades identificadas. Nesse sentido, realizar curativos confortáveis, funcionais e esteticamente aceitável é um desafio para o enfermeiro, que estaria contribuindo tanto para uma apresentação mais aceitável da pessoa em relação à sua imagem social com o cuidado recebido.

Na enfermagem, são escassos os estudos de utilização de instrumentos de medida baseados em situações de realidade e que reproduzem a rotina das atividades do enfermeiro na vida profissional⁽⁵⁾. Assim, os instrumentos a serem adotados na avaliação da prática do cuidado prestado pelo enfermeiro devem ser validados, fundamentados em estudos científicos, além de contemplarem a sistematização da assistência, como forma de homogeneizarem e assegurarem condutas eficientes no ensino, pesquisa e prática clínica⁽⁶⁾.

Diante desse cenário, este estudo objetivou apresentar o processo de construção e validação de um instrumento direcionado aos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo metodológico que apresenta a construção e validade de conteúdo e concordância de um instrumento de coleta de dados, em duas etapas, realizadas no período de janeiro a julho de 2017. A coleta de dados iniciou-se em março de 2017, quando do início da primeira avaliação Delphi, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba, Protocolo nº 031/2017 e CAAE 64122116.1.0000.5188, e seguiu até julho de 2017, época da conclusão da segunda avaliação Delphi, segundo as normas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde para pesquisas envolvendo seres humanos.

Primeira etapa – construção do instrumento

O procedimento teórico do processo de desenvolvimento do instrumento envolveu uma busca dos itens representativos do constructo em investigação, mediante uma revisão do Manual do Instituto Nacional do Câncer de Tratamento e Controle de Ferida Tumoral e Úlceras por Pressão no Câncer Avançado⁽⁷⁾ e da construção de uma revisão integrativa da literatura em artigos científicos⁽⁸⁾.

Desse processo de análise da literatura, foi construído um instrumento, que apresenta 112 itens com o objetivo de avaliar o saber e o fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea. O instrumento é composto por cinco categorias: 1) avaliação da lesão e das necessidades da pessoa com ferida tumoral maligna cutânea; 2) cuidados básicos realizados com a ferida tumoral maligna cutânea; 3) cuidados específicos realizados com a ferida tumoral maligna cutânea [esta categoria subdivide-se em oito subcategorias, que estão relacionadas ao controle dos sinais e sintomas, a saber: a) o controle da dor, b) do

exsudato, c) do prurido, d) da necrose, e) da fístula, f) do sangramento, g) do odor e h) da infestação por miíases]; 4) registros das ações de enfermagem e 5) orientações para a alta hospitalar.

Segunda etapa – validação do conteúdo do instrumento

Escolha da técnica de validação – Estratégia metodológica, que visa obter um máximo de consenso de um grupo de especialistas sobre um determinado tema, quando a unanimidade de opinião não existe em virtude da falta de evidências científicas ou quando há informações contraditórias⁽⁹⁾. A técnica apresenta algumas vantagens: viabilidade econômica, possibilidade de reunir a opinião de profissionais qualificados, participação de juízes de localidades geográficas diferentes, eliminação de vieses inerentes a encontros presenciais⁽¹⁰⁾. Por tais motivos, tem sido amplamente utilizada na pesquisa em saúde^(5, 10).

Seleção dos juízes – a validação de conteúdo pressupõe um julgamento subjetivo sobre se uma medida faz sentido intuitivamente e se refere ao grau em que um instrumento representa um domínio ou a relevância de seus itens. Para o quantitativo dos juízes, é recomendado seis a vinte sujeitos⁽¹¹⁾. Para seleção dos juízes, foi utilizada a amostragem por conveniência do tipo bola de neve, que possibilita a definição de pessoas com características comuns ao interesse da pesquisa. É solicitado aos primeiros membros da amostra que indiquem outras pessoas que atendam aos critérios para a composição da amostra da pesquisa⁽¹²⁾.

Foram convidados 57 profissionais com base no atendimento aos seguintes critérios de inclusão: enfermeiros com nacionalidade brasileira; doutores, mestres com atuação em ensino e pesquisa e especialistas em Dermatologia/Estomaterapia, com experiência prática.

Os enfermeiros selecionados foram contatados por correio eletrônico e convidados a participar como juízes da pesquisa, por meio de uma carta convite, contendo os objetivos, metodologia do estudo, instrumento e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o prazo de 30 dias para sua devolução.

O formulário enviado aos juízes era composto por duas partes: a primeira direcionada à caracterização dos participantes do estudo, com questões sobre sexo, idade, qualificação profissional, área de atuação e local de trabalho; a segunda parte referiu-se à apresentação do instrumento estruturado com 112 itens, as instruções para o preenchimento.

Análise de concordância – Os juízes foram solicitados a avaliar a adequação em relação à clareza e pertinência dos itens, os quais foram dispostos em quadros, seguido de duas colunas, uma delas destacava a clareza e a outra, a pertinência dos itens apresentados. Os juízes deveriam indicar por meio de uma resposta binomial para cada uma das questões o quanto concordavam quanto à categoria e subcategorias e especificidade do item. No caso de inadequações nos itens, reservou-se espaço para comentários, justificativas e sugestões que os juízes julgassem pertinentes.

As sugestões também foram consideradas, o que resultou em alterações realizadas pelos autores, posteriormente justificadas. Uma concordância de pelo menos 80% entre os juízes pode servir de critério de decisão sobre a pertinência e/ou aceitação do item que teoricamente se refere.¹³ Por isso, considerou-se a concordância mínima de 80% para a validação do instrumento.

A segunda avaliação pelos juízes – Foi enviado um formulário contendo as duas versões do instrumento, a original e a modificada. Nessa fase, os juízes teriam que avaliar o instrumento original e o modificado de acordo com suas sugestões e com o tratamento analítico, atribuindo a qualidade de avaliação entre os instrumentos relacionados aos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea.

RESULTADOS

Da revisão integrativa de literatura, os cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea foram identificados como padrão para a construção do

instrumento e serão apresentados no quadro que segue, no qual estão dispostas as informações relacionadas à primeira versão do instrumento, os percentuais de clareza e pertinência obtidos a partir das respostas dos juízes, os percentuais de Kappa e a segunda versão, com as modificações sugeridas pelos juízes e pelo tratamento analítico.

Participaram na condição de juízes, 30 enfermeiros (assistenciais, professores e pesquisadores), sendo 28 mulheres e 2 homens, com idade variando de 29 a 58 anos (Média = 39,82 anos, dp = 8,17). Nesse contexto, utilizou-se o pacote estatístico G Power 3.1 para verificar a significância da amostra para o estudo pretendido. Esse *software* destina-se ao cálculo do poder estatístico, que tem como base verificar não apenas o 'n' necessário para o tipo de pesquisa, mas, também o tipo de cálculo a ser realizado⁽¹³⁾. Assim, considerou-se uma probabilidade de 95% ($p < 0,05$), magnitude do efeito amostral ($r \geq 0,25$) e padrão de poder hipotético ($n \geq 0,80$). Gerado o cálculo amostral com base nestes critérios, a amostra em questão revelou-se suficiente (tendo como indicadores, $r \geq 1,98$; $n \geq 0,98$; $p < 0,05$), condição essa, que sugere que a amostra é suficiente para o que se pretende realizar.

No que diz respeito à normalidade da amostra, realizou-se o cálculo de Shapiro-Wilk (S-W), que é adequado quando o tamanho da amostra é menor que 50 sujeitos, bem como não exige que os parâmetros da distribuição sejam especificados⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Considerando esses indicadores, observou-se a existência de normalidade amostral (S-W = 0,96, $p > 0,27$).

Ainda sobre a caracterização da amostra, quanto à titulação, 11 eram Especialistas em Dermatologia/Estomaterapia; nove eram Mestres e 10 eram Doutores; quanto à área de atuação, 15 trabalhavam na assistência hospitalar e destes, nove exerciam atividades assistenciais diretamente com pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas; 11 eram docentes e quatro eram assessores técnicos. Em relação ao local de trabalho, 12 exerciam atividades laborais em hospitais públicos, oito em universidades públicas, quatro eram autônomos, dois trabalhavam em ambulatórios para tratamento de feridas

vinculados às secretarias municipais de saúde, dois em clínicas particulares para tratamento de feridas, um em hospital privado e um em faculdade particular.

A seguir, o Quadro 1 destaca o instrumento (primeira e segunda versões) e alguns indicadores estatísticos (Lambda 2 Gutmann e índice Kappa) acerca dos cuidados paliativos destinados às pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas e seus respectivos cinco domínios e oito subdomínios.

Quadro 01 - Cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea. João Pessoa/PB, 2017.

Primeira versão	Clareza			Pertinência			Segunda versão
	Sim	Não	Kappa	Sim	Não	Kappa	
CATEGORIA 1 - Avaliação da lesão e das necessidades da pessoa com ferida tumoral maligna cutânea							
1.Localização	87%	13%	0,74	97%	3%	0,94	1.Localização anatômica da lesão
2.Tamanho	80%	20%	0,60	93%	7%	0,86	2.Tamanho – Mensuração da lesão (altura, largura, profundidade ou abaulamento)
3.Estadiamento	80%	20%	0,60	97%	3%	0,94	3.Estadiamento (1, 1N, 2, 3 e 4)
4.Área de envolvimento	43%	57%	0,14	50%	50%	0	Excluído
5.Coloração	80%	20%	0,60	73%	27%	0,46	Excluído
6.Extensão	57%	43%	0,14	73%	27%	0,46	Excluído
7.Odor (classificação)	97%	3%	0,94	100%	0	1,00	7.Intensidade do odor (grau I, II e III)
8.Exsudato (tipo, cor e consistência)	93%	7%	0,86	100%	0	1,00	8.Exsudato (tipo e quantidade)
9.Sangramento (classificação)	83%	17%	0,66	100%	0	1,00	9.Intensidade do sangramento (leve, moderado e intenso)
10.Dor (intensidade)	97%	3%	0,94	100%	0	1,00	10.Intensidade da dor na ferida (leve, moderada, intensa, excruciante) usando a Escala Visual Analógica ou Escala Visual Numérica
11.Prurido	100%	0	1,00	97%	3%	0,94	11.Não houve alteração.
12.Descamação	90%	10%	0,80	80%	20%	0,60	12. Borda e área perilesional
13.Sinais de infecção	93%	7%	0,86	90%	10%	0,80	13.Sinais de infecção locais (calor, rubor, edema e dor)
14.Tipo de tecido (cicatrização, granulação, liquefação, coagulação)	83%	17%	0,66	90%	10%	0,80	14.Tipo de tecido (necrose de coagulação, necrose de liquefação, granulação, epiteliação)
15.Presença de miíases	100%	0	1,00	97%	3%	0,94	15.Não houve alteração.

Continuação

16.Fístulas	97%	3%	0,94	93%	7%	0,86	16.Presença de fístulas e quantidade drenada
17. <i>Sinus</i>	87%	13%	0,74	83%	17%	0,66	17. <i>Sinus</i> (túneis)
18.Cavidade	93%	7%	0,86	93%	7%	0,86	18.Classificação morfológica da lesão (nodular, cavitária e vegetante)
19.Acometimento ou invasão de órgãos ou sistemas	87%	13%	0,74	93%	7%	0,86	19.Não houve alteração.
20.Avaliação dos aspectos social, psíquico e espiritual	87%	13%	0,74	93%	7%	0,86	20.Avaliação dos aspectos social, psíquico, espiritual e econômico
21.Progressão ou mudança da ferida	83%	17%	0,66	90%	10%	0,80	21.Não houve alteração.
22.Produtos necessários/apropriados para a ferida	75%	15%	0,60	80%	20%	0,60	Excluído
23.Identificação das necessidades educacionais da pessoa ou cuidador quanto aos cuidados com a ferida após a alta	98%	2%	0,96	97%	3%	0,94	23.Não houve alteração.
CATEGORIA 2 - Cuidados básicos realizados com a ferida tumoral maligna cutânea							
24.Calçar luvas estéreis para proceder com o curativo.	90%	10%	0,80	73%	27%	0,46	Excluído
25.Retirar gazes anteriores com irrigação abundante utilizando solução salina.	97%	3%	0,94	87%	13%	0,74	25.Retirar gazes aderidas ao leito da lesão com irrigação abundante utilizando solução salina.
26.Irrigar o leito da ferida com solução salina em jato com seringa de 20 mL e agulha 40 x 12 cm.	97%	3%	0,94	90%	10%	0,80	26.Irrigar o leito da ferida com solução salina.
27.Lavar a ferida com sabonete antisséptico (clorhexidine ou PHMB).	93%	7%	0,86	83%	17%	0,74	27.Lavar a ferida com antisséptico (clorhexidine degermante ou PHMB sabonete) para remoção superficial de bactérias e <i>debris</i> .
28.Limpar a ferida para a remoção superficial de bactérias e <i>debris</i> .	93%	7%	0,86	83%	17%	0,74	28.Excluído. Direcionado para o item 27
29.Empregar técnica asséptica.	97%	3%	0,94	87%	13%	0,74	29.Não houve alteração.

Continuação

30.Conter/absorver o exsudato.	87%	17%	0,74	90%	10%	0,80	30.Utilizar coberturas absorventes.
31.Manter úmido o leito da ferida.	100%	0	1,00	90%	10%	0,80	31.Manter úmido o leito da ferida, a fim de evitar aderência de gases.
32.Eliminar o espaço morto (preenchê-lo com curativo).	97%	3%	0,94	93%	7%	0,86	32.Não houve alteração.
33.Promover os curativos simétricos com a aparência do paciente).	100%	0	1,00	100%	0	1,00	33.Promover as coberturas em conformidade com contornos da área para oferecer conforto à pessoa.
34.Proteger o curativo com saco plástico durante o banho de aspersão e abri-lo para troca somente no leito (evitando a dispersão do exsudato e micro-organismos no ambiente).	100%	0	1,00	90%	10%	0,80	34.Proteger o curativo com saco plástico ou filme transparente durante o banho de aspersão e abri-lo para troca somente no leito (evitando a dispersão do exsudato e micro-organismos no ambiente).
CATEGORIA 3 – Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea							
SUBCATEGORIA 1 - Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle da dor							
35.Monitorar o nível de dor pela Escala Visual Analógica.	100%	0	1,00	100%	0	1,00	35.Monitorar o nível de intensidade da dor pela Escala Visual Analógica ou Escala Visual Numérica.
36.Considerar o uso de gelo e medicação analgésica conforme prescrição médica.	80%	20%	0,60	80%	20%	0,60	Excluído
37.Iniciar o curativo após 30 minutos da analgesia via oral; 5 minutos da analgesia subcutânea ou endovenosa e início imediato para via tópica conforme prescrição médica.	97%	3%	0,94	97%	3%	0,94	37. Não houve alteração.
38.Retirar os adesivos cuidadosamente.	100%	0	1,00	93%	7%	0,94	38. Retirar os adesivos cuidadosamente usando solução removedora (solução salina ou vaselina ou óleo mineral). Direcionado para o Domínio 2

39.Adequar o horário de troca de curativos após o paciente já estar medicado.	100%	0	1,00	93%	7%	0,94	39.Adequar o horário de troca de curativos após a pessoa já estar medicada, respeitando o intervalo de acordo com o tipo de analgesia.
40.Avaliar a necessidade de analgesia tópica com lidocaína gel a 2%.	93%	7%	0,94	87%	13%	0,84	40. Avaliar a necessidade de analgesia tópica com lidocaína gel a 2% conforme prescrição médica.
41.Evitar friccionar com força o leito da ferida.	97%	3%	0,94	83%	17%	0,66	41. Não friccionar com força o leito da ferida.
42.Irrigar o leito da ferida com solução salina.	100%	0	1,00	80%	20%	0,60	42. Excluído. Já está contemplado no Domínio 2.
43.Utilizar coberturas antiaderentes (gaze de <i>rayon</i> , gaze impregnada de <i>petrolatum</i> , gaze embebida de óleo mineral ou vaselina.	97%	3%	0,94	97%	3%	0,94	43. Utilizar coberturas antiaderentes Direcionar para o Domínio 2.
44.Considerar coberturas à base de ibuprofeno	90%	10%	0,80	73%	27%	0,46	Excluído
45.Considerar a aplicação sobre a lesão de comprimidos de morfina (10 mg ou 30 mg) macerados e misturados com hidrogel (15 g).	83%	17%	0,66	60%	40%	0,20	Excluído
46.Considerar o uso de hidrogel se a ferida estiver seca ou com baixa exsudação.	93%	7%	0,94	80%	20%	0,60	Excluído
47.Aplicar pomada de óxido de zinco nas bordas e ao redor da ferida.	90%	10%	0,80	67%	33%	0,30	Excluído
48.Observar a necessidade de analgesia após a realização do curativo.	100%	0	1,00	100%	0	1,00	48. Não houve alteração.
49.Considerar a redução de trocas frequentes de curativos utilizando compressas cirúrgicas, absorventes íntimos geriátricos descartáveis ou fraldas infantis descartáveis.	93%	7%	0,94	83%	17%	0,66	49.Direcionar para o Domínio 2.
50.Verificar a necessidade de alteração do esquema analgésico prescrito.	100%	0	1,00	87%	13%	0,74	50. Reavaliar junto à equipe médica a necessidade de alteração do esquema

Continuação

							analgésico prescrito.
51.Considerar, junto à equipe médica, a necessidade de anti-inflamatórios, radioterapia antiálgica ou cirurgia.	100%	0	1,00	97%	3%	0,94	51. Não houve alteração.
52. Registrar a avaliação da dor pela Escala Visual Analógica e a analgesia antes e após o curativo.	97%	3%	0,94	97%	3%	0,94	52. Registrar a avaliação da intensidade dor pela Escala Visual Analógica ou Escala Visual Numérica e a analgesia antes e após o curativo.
53. Comunicar à equipe médica os casos de sofrimento álgico que fujam ao controle da conduta preconizada.	90%	10%	0,80	93%	7%	0,94	53. Não houve alteração.
SUBCATEGORIA 2 - Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle do exsudato							
54.Coletar material para cultura (aspirado ou swab).	90%	10%	0,80	93%	7%	0,94	54.Coletar material para cultura (aspirado/swab pela técnica de Levine) com limpeza prévia da lesão.
55.Empregar carvão ativado/alginato de cálcio/copolímero de amido/ espumas com ou sem prata/ hidrofibra e compressas/gaze como cobertura secundária.	97%	3%	0,94	97%	3%	0,94	55.Empregar carvão ativado/alginato de cálcio/copolímero de amido/espumas com ou sem prata/hidrofibra como cobertura primária e compressas/gazes como cobertura secundária.
56.Empregar óxido de zinco, hidrocoloide, creme barreira na pele macerada e nas bordas da ferida antes da utilização de antissépticos.	77%	23%	0,54	53%	47%	0,06	Excluído
SUBCATEGORIA 3 - Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle do prurido							
57. Investigar a causa do prurido.	97%	3%	0,94	97%	3%	0,94	57. Não houve alteração.
58.Realizar crioterapia (uso de gelo) para bloquear o estímulo nervoso.	87%	13%	0,74	80%	20%	0,60	Excluído

59.Considerar o uso de adesivos hipoalergênicos (micropore).	100%	0	1,00	97%	3%	0,94	59.Utilizar adesivos hipoalergênicos.
60.Utilizar dexametasona creme 0,1% nas áreas do prurido conforme prescrição médica.	97%	3%	0,94	97%	3%	0,94	60. Não houve alteração.
61.Investigar presença de infecções fúngicas.	93%	7%	0,86	100%	0	1,00	61. Não houve alteração.
62.Utilizar nistatina ou sulfadiazina de prata com 1% ou sem cério conforme prescrição médica para candidíase cutânea nas áreas de hiperemia ao redor da ferida associada a manchas esbranquiçadas.	93%	7%	0,86	93%	7%	0,86	62. Utilizar nistatina ou sulfadiazina de prata 1% com ou sem nitrato de cério conforme prescrição médica para candidíase cutânea nas áreas de hiperemia ao redor da ferida associada a manchas esbranquiçadas.
63.Considerar a redução do intervalo dos curativos, para evitar esse sintoma.	83%	17%	0,66	93%	7%	0,86	63. Considerar a redução do intervalo dos curativos, para evitar esse sintoma e investigar reação alérgica a cobertura utilizada.
64.Caso o prurido persista, considerar junto à equipe médica a introdução de terapia sistêmica.	97%	3%	0,94	97%	3%	0,94	64. Não houve alteração.
65.Considerar cremes à base de desonida para os casos de alergia ao corticoide tópico conforme prescrição médica.	97%	3%	0,94	87%	13%	0,74	65. Utilizar cremes à base de desonida para os casos de alergia conforme prescrição médica.
SUBCATEGORIA 4 - Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle da necrose							
66. Avaliar as necessidades de debridamento, de acordo com a capacidade do paciente.	90%	10%	0,80	87%	13%	0,74	66. Avaliar as necessidades de debridamento, de acordo com a condição clínica da pessoa e as características da lesão (por ex. friáveis).
67. Eleger a forma de debridamento (autolítico, químico, mecânico e instrumental conservador).	97%	3%	0,94	93%	7%	0,94	67. Não houve alteração.
68. Considerar o debridamento autolítico pelo uso de hidrogel ou alginato.	93%	7%	0,86	83%	17%	0,66	68. Considerar, prioritariamente, o debridamento autolítico.

SUBDOMÍNIO 5 - Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle da fístula							
69. Aplicar óxido de zinco/hidrocoloide/creme barreira/solução polimérica na pele ao redor da fístula.	93%	7%	0,86	93%	7%	0,86	69. Não houve alteração.
70. Adaptar, quando possível, uso de bolsas coletoras nas fístulas de alta drenagem, com placas de hidrocoloide ao redor da pele.	90%	10%	0,80	100%	0	1,00	70. Adaptar, quando possível, bolsas coletoras nas fístulas de alta drenagem e proteger a área perifistular.
71. Realizar curativo absorvivo com carvão ativado e/ou alginato de cálcio com compressa/gaze como cobertura secundária.	90%	10%	0,80	77%	23%	0,54	Excluído
SUBCATEGORIA 6 - Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle do sangramento							
72. Aplicar pressão diretamente sobre os vasos sangrantes com amparo de gazes, compressas ou toalhas.	93%	7%	0,86	93%	7%	0,86	72. Aplicar pressão diretamente sobre os vasos sangrantes com emprego de gazes, compressas ou toalhas de cores escuras por 10 a 15 minutos.
73. Considerar aplicação de solução salina gelada por meio de gaze ou compressa gelada ou compressão manual por 10 a 15 minutos.	93%	7%	0,86	100%	0	1,00	73. Considerar aplicação de solução salina gelada com emprego de gazes e/ou compressas.
74. Considerar aplicação de nitrato de prata para sangramentos pequenos.	87%	13%	0,74	77%	23%	0,54	Excluído
75. Considerar aplicação de solução de alumínio para sangramentos pequenos a moderados.	87%	13%	0,74	77%	23%	0,54	Excluído
76. Considerar aplicação de comprimidos macerados ou solução de sucralfato 1% (comprimido diluído em 5 mL de gel aquoso ou água destilada ou salpicado sobre a lesão conforme prescrição médica.	80%	20%	0,60	77%	23%	0,54	Excluído
77. Considerar curativo hemostático à base de gelatina suína (Gelfoam).	97%	3%	0,94	97%	3%	0,94	77. Não houve alteração.

78. Considerar alginato de cálcio.	100%	0	1,00	90%	10%	0,80	78. Aplicar alginato de cálcio.
79. Considerar aplicação de curativo de celulose oxidada.	93%	7%	0,94	73%	27%	0,46	Excluído
80. Considerar adrenalina (solução injetável) topicamente sobre os pontos sangrantes 1:1000 conforme prescrição médica.	93%	7%	0,86	90%	10%	0,80	80. Não houve alteração.
81. Manter o meio úmido evitando aderência de gaze no sítio da ferida.	100%	0	1,00	97%	3%	0,94	Excluído. Já está contemplado no Domínio 2.
82. Verificar, junto à equipe médica, a possibilidade de tratamento com coagulante sistêmico como ácido aminocaproico (comprimidos ou em solução injetável) ou ácido tranexâmico (comprimidos ou em solução injetável).	97%	3%	0,94	97%	3%	0,94	82. Não houve alteração.
83. Considerar o uso de coberturas antiaderentes (gaze de <i>rayon</i> ou gaze impregnada de petrolatum, óleo mineral, vaselina).	93%	7%	0,86	87%	13%	0,74	Excluído. Já está contemplado no Domínio 3.
84. Considerar a redução das trocas frequentes de curativos utilizando compressas cirúrgicas, absorventes íntimos geriátricos descartáveis, fraldas infantis descartáveis.	97%	3%	0,94	90%	10%	0,80	Excluído. Já está contemplado no Domínio 3.
85. Verificar, junto à equipe médica, a possibilidade de tratamento com intervenção cirúrgica.	93%	7%	0,86	93%	7%	0,86	85. Verificar, junto à equipe médica, a possibilidade de tratamento com intervenção cirúrgica nos sangramentos persistentes ou resistentes às terapias convencionais.
86. Verificar, junto à equipe médica, a possibilidade de tratamento com radioterapia anti-hemorrágica.	93%	7%	0,86	90%	10%	0,80	86. Não houve alteração.
87. Verificar, junto à equipe médica, a	97%	3%	0,94	97%	3%	0,94	87. Não houve alteração.

possibilidade de tratamento com sedação paliativa para os casos de sangramento intenso acompanhado de agitação, desespero e angústia da pessoa.							
88. Em casos de agitação e angústia do paciente por causa do sangramento intenso, considerar o uso de toalhas pretas para conter a hemorragia.	83%	17%	0,66	83%	17%	0,66	88. Em casos de agitação e angústia da pessoa por causa do sangramento intenso, considerar o uso de toalhas de cores escuras para conter a hemorragia.
SUBCATEGORIA 7 - Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle do odor							
89. Proceder à limpeza com solução salina e antissepsia com clorhexidina degermante ou PHMB (polihexanidametilbiguanida).	97%	3%	0,94	97%	3%	0,94	89. Considerar a aplicação de solução de PHMB.
90. Retirar antisséptico com jato de solução salina e manter gases embebidas em hidróxido de alumínio no leito da ferida.	97%	3%	0,94	87%	13%	0,74	90. Considerar o uso de gases embebidas em hidróxido de alumínio no leito da ferida para odor grau I.
91. Empregar sulfadiazina de prata em gaze e ocluir com gaze embebida em vaselina líquida.	78%	22%	0,56	70%	30%	0,40	Excluído
92. Empregar carvão ativado em gaze umedecida com solução salina.	93%	7%	0,94	90%	10%	0,80	92. Considerar o uso de carvão ativado.
93. Aplicar gel de metronidazol 0,8% conforme prescrição médica, em gaze embebida em vaselina e aplicar no leito da ferida.	90%	10%	0,80	83%	17%	0,66	93. Aplicar gel ou solução de metronidazol 0,8% para odor grau II conforme prescrição médica.
94. Se houver necessidade, fazer escarotomia em tecido necrótico e proceder à aplicação de gel de metronidazol.	87%	13%	0,74	77%	23%	0,54	Excluído
95. Considerar junto à equipe médica, a possibilidade de associação de metronidazol sistêmico (endovenoso ou oral) ao uso tópico.	93%	7%	0,86	93%	7%	0,86	95. Considerar junto à equipe médica, a possibilidade de associação de metronidazol sistêmico (endovenoso ou oral) ao uso tópico para odor grau

							III.
96. Considerar curativo impregnado de cloreto de sódio.	97%	3%	0,94	67%	33%	0,34	Excluído
97. Considerar o uso de copolímero de amido.	83%	17%	0,74	67%	33%	0,34	Excluído
98. Considerar o uso de cadexômero de iodo.	83%	17%	0,74	67%	33%	0,34	Excluído
SUBCATEGORIA 8 - Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle de infestação por míases							
99. Considerar a aplicação lidocaína tópica a fim de reduzir a dor durante a retirada manual das larvas.	93%	7%	0,86	90%	10%	0,80	99. Considerar a aplicação de lidocaína tópica conforme prescrição médica a fim de reduzir a dor durante a retirada manual das larvas.
100. Aplicar vaselina líquida a fim de sufocar as larvas e facilitar a remoção.	100%	0	1,00	87%	13%	0,74	100. Aplicar vaselina líquida a fim de impedir que as larvas respirem, facilitando a remoção.
101. Realizar a retirada manual (com pinças) das larvas.	97%	3%	0,94	97%	3%	0,94	101. Não houve alteração.
102. Administrar ivermectina sistêmico conforme prescrição médica.	100%	0	1,00	90%	10%	0,80	102. Não houve alteração.
CATEGORIA 4 - Registro das ações de enfermagem							
103. Documentar avaliação da ferida e do paciente.	97%	3%	0,94	97%	3%	0,94	103. Documentar a avaliação das características da ferida e as necessidades da pessoa.
104. Documentar todas as intervenções realizadas.	100%	0	1,00	97%	3%	0,94	104. Documentar todas as intervenções realizadas com a ferida e com a pessoa.
105. Documentar educação realizada ao paciente e/ou família, sinalizando os pontos de dificuldades de entendimento e habilidade.	97%	3%	0,94	93%	7%	0,86	105. Documentar educação realizada com a pessoa e/ou família, sinalizando os pontos de dificuldades de entendimento e habilidade.

106. Documentar os resultados obtidos.	97%	3%	0,94	93%	7%	0,86	106. Não houve alteração.
107. Realizar registro fotográfico das feridas.	97%	3%	0,94	93%	7%	0,86	107. Considerar registro fotográfico das feridas após a autorização da pessoa e/ou familiar.
CATEGORIA 5 - Orientações para alta hospitalar							
108. Identificar e contatar o cuidador principal para a capacitação na realização dos curativos à domicílio.	97%	3%	0,94	100%	0	1,00	108. Não houve alteração.
109. Identificar com a família, a rede de atendimento público que poderá ser acessada para a parceria nos cuidados com relação à ferida.	97%	3%	0,94	100%	0	1,00	109. Identificar e contatar com a família, a rede de atendimento público que poderá ser acessada para a parceria nos cuidados com relação à ferida e capacitar esse profissional se necessário.
110. Realizar relatório de enfermagem sumarizado com relação à alta hospitalar e aos cuidados com a ferida.	100%	0	1,00	97%	3%	0,94	110. Realizar relatório de enfermagem sumarizado com relação à alta hospitalar e aos cuidados com a ferida, produtos utilizados, resultados obtidos e esperados e processo de educação da família.
111. Orientar vestuário: roupas mais confortáveis e adaptadas ao melhor acesso à ferida para as trocas de curativos.	97%	3%	0,94	100%	0	1,00	111. Não houve alteração.
112. Orientar melhores condições para dormir, considerando uso de coxins e outros artefatos para melhorar o posicionamento.	97%	3%	0,94	100%	0	1,00	112. Não houve alteração.

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

DISCUSSÃO

Considerando o instrumento em questão, observou-se que a maioria dos itens apresentaram um percentual igual ou maior que 80% quanto ao grau de concordância na clareza bem como na pertinência⁽¹⁶⁾, por esse motivo permaneceram na escala de medida proposta, contudo os itens 4, 5, 6, 22, 24, 44, 45, 46, 47, 56, 58, 71, 74, 75, 76, 79, 91, 94, 96, 97 e 98 não apresentaram percentuais desejados, os quais foram excluídos das respectivas categorias. Vale mencionar que alguns desses resultados estão relacionados ao desconhecimento por parte dos juízes acerca dos produtos e coberturas destacados nesses itens, visto que os próprios avaliadores explicitaram-no no espaço para sugestões e comentários, por esse motivo, optou-se pela exclusão dos mesmos.

Vale destacar que todos os itens com percentual igual ou maior que 80% foram significativos com $p < 0,001$. À título de complemento avaliativo da qualidade dos itens avaliados pelos juízes, efetuou-se o cálculo do Lambda2 (λ) de Guttman. A intenção no uso desse coeficiente se deve ao fato de encontrar alguns estudos⁽¹⁷⁻¹⁸⁾, que utilizaram este Lambda como melhor estimativa de confiabilidade quando o instrumento avaliado é composto por poucos itens, que formam categorias ou por uma amostra igual ou menor que 30 sujeitos⁽¹⁹⁻²¹⁾.

O Lambda2 (λ) de Guttman desse estudo revelou [para o conjunto dos itens sobre a avaliação da clareza e pertinência $\lambda_2 = 0,84$ e $0,81$, respectivamente] um escore superior exigido pela literatura estatística⁽¹⁹⁻²²⁾, que é de $0,80$, que é destinado para avaliações de baixa participação, bem como instrumentos que exigem comentários de instrução. Com isso, quanto maior for o λ estatisticamente exigido, melhor o teste é capaz de diferenciar dos resultados reais e dos erros de medida. Considerando esses resultados, os Lambdas apresentados significam o percentual da variação real da medida, isto é, os Lambdas explicam os valores acima de 80%.

A adequabilidade quanto ao grau de clareza e relevância dos itens do instrumento em questão apontada pelos juízes poderão ser usadas para respectiva avaliação sobre o

fenômeno 'o saber e o fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados às pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas'.

Além disso, a análise gerou uma versão com alterações no conteúdo do instrumento, a partir dos comentários e sugestões dos juízes, a saber: o item 28 foi excluído, mas a frase foi direcionada ao item 27, uma vez que os juízes entenderam que as informações contidas nesses itens se complementavam; os itens 38, 43 e 49 foram direcionados da Categoria 3 para a 2, uma vez que os juízes compreenderam que estariam melhor articulados nos cuidados básicos; já os itens 42, 81, 83 e 84 foram excluídos das Categorias 3 e 8, pois os juízes perceberam que as informações eram repetidas daquelas que estavam contempladas na Categoria 2 e compreenderam que deveriam permanecer somente nos cuidados básicos realizados com a lesão.

Além desses indicadores estatísticos, efetuou-se também o Rhô (ρ) de Kurder-Richardson, que se destina a verificação da confiabilidade do grau de concordância entre avaliadores numa medida dicotômica, devendo apresentar um escore acima de 0,70⁽²²⁾. Os resultados para condição de clareza do instrumento foram os seguintes: categoria 1, $\rho = 0,80$; categoria 2, $\rho = 0,73$; a categoria 3 (total, $\rho = 0,71$) foi subdividida em oito subcategorias: subcategoria 1, $\rho = 0,71$; subcategoria 2, $\rho = 0,72$; subcategoria 3, $\rho = 0,73$; subcategoria 4, $\rho = 0,78$; subcategoria 5, $\rho = 0,78$; subcategoria 6, $\rho = 0,76$; subcategoria 7, $\rho = 0,75$; subcategoria 8, $\rho = 0,77$; categoria 4, $\rho = 0,73$ e categoria 5, $\rho = 0,75$.

Para não deixar dúvidas, foi realizada a validade de conteúdo com aplicação do Índice Kappa (K), que trata de uma medida de concordância interobservador e que mensura o grau de concordância e consistência dos juízes em relação à permanência ou não dos itens do instrumento, levando em consideração as indicações de "inadequado" para os mesmos; este índice deve variar de "menos 1" a "mais 1", com isso, quanto mais próximo de 1 melhor o nível de concordância entre os observadores. Como critério de aceitação, foi estabelecida a concordância igual ou superior a 0,61 entre os juízes, que apresenta nível bom⁽²³⁾.

O instrumento submetido para a primeira avaliação dos juízes contemplava os aspectos relacionados aos cuidados paliativos esperados para sua execução pelo enfermeiro na assistência paliativa à pessoa com ferida tumoral maligna, todavia os procedimentos envolvidos no processo de cuidar não contemplavam a descrição detalhada da técnica. Essa configuração inicial influenciou os valores de Kappa e subsidiou as reformulações no instrumento para a segunda avaliação dos instrumentos (original e modificado), contudo alguns foram mantidos, uma vez que são cuidados paliativos considerados imprescindíveis e respaldados pela literatura pertinente, a saber: os itens 2, 3 e 12 no que se refere à clareza⁽⁷⁻⁸⁾.

Por fim, verificou-se validade aparente (nesta, considera-se a definição teórica de uma variável que, de fato, parece mensurar o item proposto. Concretamente, refere-se ao que o item, pelo tipo de questões ou de situações apresentadas, aparenta avaliar); para isso, efetuou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC)^(12,16) relacionada à qualidade da concordância e do conteúdo dos itens na concepção dos juízes para a clareza e importância e observou-se que este indicador variou de 0,91 a 1,00 e para os itens da medida ficou entre 0,85 a 1,00.

Apesar dos itens 2, 3 e 12 não terem apresentado um Kappa com valor aceitável, optou-se pela permanência deste, porque: no item 2, uma vez que o tamanho se refere à mensuração da lesão, ou seja, é um parâmetro avaliativo que confere a evolução da ferida. Recomenda-se medir o comprimento e a largura, e, se possível, medir a profundidade e/ou abaulamento, já que as feridas tumorais malignas também apresentam aspecto vegetativo^(1,7-8). No que se refere à permanência do item 3, vale ressaltar que o estadiamento é outro método avaliativo para feridas tumorais e trata-se de uma classificação proposta pelo manual do Ministério da Saúde⁽⁷⁾ e literatura pertinente^(1-3,8), cuja finalidade é classificar a ferida conforme o grau de comprometimento tecidual e sinais e sintomas predominantes. O item 12, que está relacionado à avaliação da borda e pele periferida, também foi mantido e justifica-se pelo fato da borda e área perilesional apresentarem além da descamação, problema comum

encontrado nas feridas tumorais, maceração, escoriação, fragilidade e hiperqueratose. Esses danos causam dor e desconforto nas pessoas, além de afetar negativamente sua qualidade de vida⁽²⁴⁾. Já os itens 36 e 58 foram excluídos, pois não apresentaram um Kappa com percentual aceitável, mesmo sendo respaldados pela literatura pertinente ^(1-3, 7-8).

Todos os comentários e sugestões dos juízes foram acatados, bem como os itens foram reformulados, no sentido de atendê-los na sua totalidade. Para não deixar dúvidas, solicitou-se uma segunda avaliação dos juízes; para isso, foi enviado o instrumento original e o modificado, para que os juízes analisassem e atribuissem a qualidade de avaliação entre os mesmos. Dos 30 juízes que participaram da primeira avaliação do instrumento, mais de 50% (17) responderam e aceitaram a segunda versão em sua totalidade. Vale ressaltar que a perda de participantes é um fato esperado a cada avaliação da técnica Delphi, embora não represente um fator limitante para análise dos dados da pesquisa⁽²⁵⁾.

Frente ao exposto, o instrumento definitivo, que segue a conformidade dos juízes e de acordo com o tratamento analítico permaneceu com cinco categorias e 84 itens e que será aplicado aos participantes destinados à pesquisa sobre cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea.

Quadro 2: Instrumento definitivo para avaliar o saber e o fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea. João Pessoa/PB, 2017

CATEGORIA 1 - Avaliação da lesão e das necessidades da pessoa com ferida tumoral maligna cutânea
1. Localização anatômica da lesão
2. Tamanho - Mensuração da lesão (altura, largura, profundidade ou abaulamento)
3. Estadiamento (1, 1N, 2, 3, 4)
4. Intensidade do odor (grau I, II, III)
5. Exsudato (tipo e quantidade)
6. Intensidade do sangramento (leve, moderado e intenso)
7. Intensidade da dor na ferida (leve, moderada, intensa e excruciante), usando a Escala Visual Analógica ou Escala Visual Numérica
8. Prurido
9. Borda e pele perilesional
10. Sinais de infecção locais (calor, rubor, edema, dor)
11. Tipo de tecido (necrose de coagulação, necrose de liquefação, granulação, epitelização)
12. Presença de miíases
13. Fístulas e quantidade drenada
14. <i>Sinus</i> (túneis)
15. Classificação morfológica da lesão (nodular, cavitária, vegetante)
16. Acometimento ou invasão de órgãos-alvo
17. Avaliação dos aspectos social, psíquico, espiritual e econômico
18. Progressão ou mudança da forma da ferida
19. Identificação das necessidades educacionais da pessoa ou cuidador quanto aos cuidados com a ferida após a alta
CATEGORIA 2 - Cuidados básicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea
20. Retirar os adesivos cuidadosamente usando solução removedora (solução salina ou vaselina ou óleo mineral).
21. Retirar gazes aderidas ao leito da lesão com irrigação abundante utilizando solução salina.
22. Irrigar o leito da ferida com solução salina.
23. Lavar a ferida com antisséptico (clorhexidine degermante ou PHMB sabonete), para remoção superficial de bactérias e <i>debris</i> .

Continuação

24. Empregar técnica asséptica.
25. Manter úmido o leito da ferida a fim de evitar aderência de gazes.
26. Eliminar espaço morto (preenchê-lo com curativo) antes da cobertura selecionada.
27. Utilizar coberturas absorventes.
28. Considerar o uso de coberturas antiaderentes.
29. Considerar a redução das trocas frequentes de curativos utilizando compressas cirúrgicas como coberturas primárias e absorventes íntimos geriátricos descartáveis ou fraldas infantis descartáveis como coberturas secundárias.
30. Promover as coberturas em conformidade com contornos da área para oferecer conforto à pessoa.
31. Proteger o curativo com saco plástico ou filme transparente durante o banho de aspersão e abri-lo para troca somente no leito (evitando a dispersão de exsudato e micro-organismos no ambiente).
CATEGORIA 3 - Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea
SUBCATEGORIA 1 - Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle da dor
32. Monitorar o nível de intensidade da dor pela Escala Visual Analógica ou Escala Visual Numérica.
33. Iniciar o curativo após 30 minutos da analgesia via oral; 5 minutos da analgesia subcutânea ou endovenosa; e início imediato para a via tópica conforme prescrição médica.
34. Adequar o horário de troca de curativos após a pessoa já estar medicada, respeitando o intervalo de acordo com o tipo de analgesia.
35. Avaliar a necessidade de analgesia tópica com lidocaína gel a 2% conforme prescrição médica.
36. Não friccionar com força o leito da ferida.
37. Verificar a necessidade de alteração do esquema analgésico prescrito.
38. Considerar, junto à equipe médica, a necessidade de anti-inflamatórios, radioterapia antiálgica ou cirurgia.
39. Registrar a avaliação da dor pela Escala Visual Analógica ou Escala Visual Numérica e a analgesia antes e após o curativo.
40. Comunicar à equipe médica os casos de sofrimento álgico que fujam ao controle da conduta preconizada.
SUBCATEGORIA 2 - Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle do exsudato
41. Coletar material para cultura (aspirado/swab pela técnica de Levine) com limpeza prévia da lesão.
42. Empregar carvão ativado/alginato de cálcio/copolímero de amido/espumas com ou sem prata/hidrofibra como cobertura primária e compressas/gazes como cobertura secundária.

Continuação

SUBCATEGORIA 3 - Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle do prurido
43. Investigar a causa do prurido.
44. Utilizar adesivos hipoalergênicos.
45. Utilizar dexametasona creme 0,1% nas áreas do prurido conforme prescrição médica.
46. Investigar presença de infecções fúngicas.
47. Utilizar nistatina ou sulfadiazina de prata 1% com ou sem nitrato de cério para candidíase cutânea nas áreas de hiperemia ao redor da ferida associada a manchas esbranquiçadas conforme prescrição médica.
48. Considerar a redução do intervalo dos curativos, para evitar esse sintoma e investigar reação alérgica à cobertura utilizada,
49. Caso o prurido persista, considerar, junto à equipe médica, a introdução de terapia sistêmica.
50. Utilizar cremes à base de desonida para os casos de alergia conforme prescrição médica.
SUBCATEGORIA 4 - Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle da necrose
51. Avaliar as necessidades de debridamento, de acordo com a condição clínica da pessoa e as características da lesão (por ex. friáveis).
52. Eleger a forma de debridamento (autolítico, químico, mecânico e instrumental conservador).
53. Considerar, prioritariamente, o debridamento autolítico.
SUBCATEGORIA 5 - Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle da fístula
54. Aplicar óxido de zinco/hidrocoloide/creme barreira/solução polimérica na pele ao redor da fístula.
55. Adaptar, quando possível, bolsas coletoras nas fístulas de alta drenagem e proteger a área perifistular.
SUBCATEGORIA 6 - Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle do sangramento
56. Aplicar pressão diretamente sobre os vasos sangrantes com emprego de gazes por 10 a 15 minutos.
57. Considerar aplicação de solução salina gelada com emprego de gazes e/ou compressas.
58. Considerar o uso de curativo hemostático à base de gelatina suína (Gelfoam).
59. Aplicar alginato de cálcio.
60. Considerar o uso de adrenalina (solução injetável) topicamente sobre os pontos sangrantes 1:1000 conforme prescrição médica.
61. Verificar, junto à equipe médica, a possibilidade de tratamento com coagulante sistêmico como ácido aminocaproico (comprimidos ou em solução injetável) ou ácido tranexâmico (comprimidos ou em solução injetável).
62. Verificar, junto à equipe médica, a possibilidade de tratamento com intervenção cirúrgica nos sangramentos persistentes ou

Continuação

resistentes às terapias convencionais
63. Verificar, junto à equipe médica, a possibilidade de tratamento com radioterapia anti-hemorrágica.
64. Verificar, junto à equipe médica, a possibilidade de tratamento com sedação paliativa para os casos de sangramento intenso acompanhado de agitação, desespero e angústia da pessoa.
65. Em casos de agitação e angústia da pessoa por causa do sangramento intenso, considerar o uso de toalhas de cores escuras para conter a hemorragia.
SUBCATEGORIA 7 - Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle do odor
66. Considerar a aplicação de solução de PHMB (polihexanidametilbiguanida).
67. Considerar o uso de gazes embebidas em hidróxido de alumínio no leito da ferida para odor grau I.
68. Considerar o uso de carvão ativado.
69. Aplicar gel ou solução de metronidazol 0,8% para odor grau II conforme prescrição médica.
70. Considerar, junto à equipe médica, a possibilidade de associação de metronidazol sistêmico (endovenoso ou oral) ao uso tópico para odor grau III.
SUBCATEGORIA 8 - Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle da infestação de míases
71. Considerar a aplicação de lidocaína tópica a fim de reduzir a dor durante a retirada manual das larvas conforme prescrição médica.
72. Aplicar vaselina líquida a fim de impedir que as larvas respirem, facilitando a remoção.
73. Realizar a retirada manual (com pinças) das larvas.
74. Administrar ivermectina sistêmico conforme prescrição médica.
CATEGORIA 4 - Registro das ações de enfermagem
75. Documentar a avaliação das características da ferida e as necessidades da pessoa.
76. Documentar todas as intervenções realizadas com a ferida e com a pessoa.
77. Documentar a educação realizada com a pessoa e/ou família, sinalizando os pontos de dificuldades de entendimento e habilidade.
78. Documentar os resultados obtidos.
79. Considerar registro fotográfico das feridas após a autorização da pessoa e/ou familiar.
CATEGORIA 5 - Orientações para a alta hospitalar
80. Identificar e contatar o cuidador principal para a capacitação na realização dos curativos no domicílio.

81. Identificar e contatar com a família a rede de atendimento público que poderá ser acessada para a parceria nos cuidados com relação à ferida e capacitar esse profissional, se necessário.
82. Realizar relatório de enfermagem sumarizado com relação à alta hospitalar e aos cuidados com a ferida, produtos utilizados, resultados obtidos e esperados e processo de educação da família.
83. Orientar vestuário: roupas mais confortáveis e adaptadas ao melhor acesso à ferida para as trocas de curativos.
84. Orientar melhores condições para dormir, considerando uso de coxins e outros artefatos para melhorar o posicionamento.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018

CONCLUSÃO

De forma geral, o presente estudo teve como objetivo a descrição da construção, desenvolvimento e validação de uma medida que contribuísse para avaliação dos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea realizados em unidades de oncologia clínica e cuidados paliativos. A partir dos resultados observados, é possível afirmar que nesta primeira etapa da análise da medida, o instrumento é adequado para o que se pretende mensurar; este, por sua vez, teve sua orientação na construção destas medidas, nas ações preconizadas pelo Instituto Nacional do Câncer e na literatura vigente atualizada direcionada aos cuidados paliativos para pessoas que sofrem com essas lesões.

Além desta medida, de forma inicial, apresentaram-se indicadores estatísticos que sugeriram segurança na escolha dos itens para suas respectivas categorias. Nesse sentido, acredita-se que a construção de instrumentos com tal perspectiva teórica e prática seja válida para a área da saúde e, especificamente, na enfermagem; condição essa que, provavelmente, contribui para avaliar a qualidade do cuidado e, desta forma, direcionar mudanças necessárias no processo de cuidar da equipe de enfermagem, que tem como objetivo principal uma maior amplitude na qualidade da assistência e do cuidado no contexto da realidade local.

Com isso, de forma prática, as reduzidas perdas de dados, o refinamento das opiniões e o consenso dos juízes em relação aos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea visaram a uniformização da medida e de atitudes intervencionistas mais claras, a partir do 'lugar' em que os respondentes apontaram o grau de importância dos itens e as categorias na área da enfermagem, condição esta, que indicou que o instrumento em questão é aplicável.

De forma geral, apesar desses resultados garantirem a qualidade inicial do instrumento, ressalta-se a importância de estudos posteriores para determinação da confiabilidade do mesmo, seja na perspectiva psicométrica mais clássica (por exemplo,

discriminação dos itens, representatividade de conteúdo dentre outros) ou na perspectiva mais complexa, que vise a qualidade do construto teórico pretendido (por exemplo, Análise e Modelagem de Equação Estrutural, Teoria de Resposta do Item dentre outros), condição esta, que possibilitará determinar o grau de coerência com que o instrumento mede o atributo teórico em estudo.

Com isso, a etapa seguinte, destina-se à aplicação deste instrumento em cenários de oncologia clínica e cuidados paliativos com o objetivo de avaliar suas contribuições ao público ao qual foi destinado.

REFERÊNCIAS

1. Tilley C; Lipson J, Ramos M. Palliative wound care for malignant fungating wounds: holistic considerations at end-of-life. *Nurs Clin North Am* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jun 28]; 51(3):513-31. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27497023> DOI: 10.1016/j.cnur.2016.05.006
2. Maida V, Alexander S, Case AA, Fakhraei P. Malignant wound management. *Public Health Emerg* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jun 28]; Jun: 1:12. Available from: <http://handle.uws.edu.au:8081/1959.7/uws:36287> DOI: 0.21037/phe.2016.06.15
3. Probst S, Arber A, Faithfull S. Malignant fungating wounds: a survey of nurses' clinical practice in Switzerland. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jun 28]; 13(4):295-98. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19386546> DOI: 10.1016/j.ejon.2009.03.008
4. Probst S, Arber A, Faithfull S. Malignant fungating wounds: the meaning of living in an unbounded body. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. 2013 [cited 2017 Feb 28]; 17(1):38-45. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22459257> DOI: <http://10.1016/j.ejon.2012.02.001>
5. Costa RKS, Torres GV, Salvetti MG, Azevedo IC, Costa MAT. Instrument for evaluating care given by undergraduate nursing students to people with wounds. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(2):317-25. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000200018> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000200018>
6. Bittencourt HR, Creutzberg M, Rodrigues ACM, Casartelli AO, Freitas ALS. Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação de disciplinas na educação superior. *Est. Aval. Educ* [Internet]. 2011 [citado 2017 Jun 28]; 22(48):91-114. Disponível em: <http://www.fcc.org.br/pesquisa/publicacoes/eae/arquivos/1630/1630.pdf>
7. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Hospital do Câncer IV. Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Hospital do Câncer IV. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

- 8.Agra G, Ferreira TMC, Oliveira DMN, Nogueira WP, Brito DT, Oliveira PS et al. Neoplastic wounds: controlling pain, exudate, odor and bleeding. *Int Arch Med* [Internet]. 2017 [cited 2017 Feb 28];10(118):1-11. Available from: <http://imedicalsociety.org/ojs/index.php/iam/article/view/2477/2127> DOI: <http://10.3823/2388>
- 9.Revorêdo LS, Maia RS, Torres GV, Maia EMC. O uso da técnica Delphi em saúde: uma revisão integrativa de estudos brasileiros. *Arq Ciên Saúde* [Internet]. 2015 [citado 2017 jul 20]; 22(2):16-21. Disponível em:<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/136/61>. DOI: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.22.2.2015.136>.
- 10.Marques CAV, Figueiredo EM, Gutiérrez MGR. Validation of an instrument to identify actions for screening and detection of breast câncer. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2017 Apr 30]; 28(2):183-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500031> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500031>
- 11.Pasquali L. Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- 12.Vinuti J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate aberto. *Temáticas* [Internet]. 2014 [citado 2017 jun 20]; 22(44):203-20. Disponível em: <https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/tematicas/article/view/2144/1637>
- 13.Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods* [Internet]. 2007 [cited 2017 Jan 20]; 39(2):175-91. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17695343>
- 14.Field A. Descobrimos a estatística usando o SPSS. (2º ed.). Porto Alegre: Artmed; 2009.
- 15.Nascimento DC, Tibana RA, Melo GF, Prestes J. Testes de normalidade em análises estatísticas: uma orientação para praticantes em ciências da saúde e atividade física. *Rev Mackenzie Educação Física Esporte* [Internet]. 2015 [citado 2017 jun 20]; 14(2):73-7. Disponível em: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/remef/article/viewFile/6583/6653>
- 16.Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2011[citado 2017 mar 30];16(7): 3061-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>.
- 17.Mourão L, Faiad C, Coelho Júnior FA. Análise psicométrica da escala de heteroavaliação de estilos de liderança. *Est Psicol* [Internet]. 2016 [cited 27 Feb 2018]; 21(3):293-304. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psuf/v17n1/a15v17n1.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1678-4669.20160028>
- 18.Torres CV, Schwartz SH, Nascimento TG. The refined theory of values: associations with behavior and evidences of discriminative and predictive validity. *Psicologia USP* [Internet]. 2016 [cited 27 Feb 2018]; 27(2): 341-56. Available from: <http://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/119783/117075> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-656420150045>

-
19. Sijsma K. Future of psychometrics: Ask what psychometrics can do for psychology. *Psychometrika* [Internet]. 2012 [cited 2017 Mar 30]; 77(1):4-20. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11336-011-9242-4> DOI: <https://doi.org/10.1007/s11336-011-9242-4>
20. Tellegen PJ, Laros JA. SON-R 6-40. Snijders-Oomen non-verbal intelligence test. Research Report. Gottingen & Germany: Hogrefe; 2014.
21. Peres AJS, Laros JA. Estrutura fatorial do questionário de esquemas e crenças da personalidade. *Aval. psicol.* [Internet]. 2016 [citado 2017 Jun 02]; 15(2):141-50. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712016000200003&lng=pt
22. Cohen RJ, Swerdlik ME, Sturman ED. Testagem e avaliação psicológica: introdução a testes e medidas. Porto Alegre: Artmed; 2014.
23. Pillati LA, Pedroso B, Gutierrez GL. Propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação: um debate necessário. *Rev R.B.E.C.T* [Internet]. 2010 [citado 2017 mar 30]; 3(1): 81-91. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbect/article/view/619/469> DOI: <http://0.3895/S1982-873X2010000100005>.
24. Dowsett C, Protz K, Drouard M, Harding KG. Tringle of wound assessment. *Wounds Internacional* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jun 13]; 6(1):1-6. Available from: http://www.woundsinternational.com/media/other-resources/_/1189/files/twa-made-easy_web.pdf
25. Scarparo AF, Laus AM, Azevedo ALCS, Freitas MRI, Gabriel CS, Chaves LDP. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. *Rev RENE* [Internet]. 2012 [citado 2017 Jun 13]; 13(1): 242-51. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3803/3000> DOI: <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v13i1.3803>

5.4.3 2ª Etapa – Teste piloto

Não foi realizado o teste piloto nos enfermeiros desta pesquisa, pois, em populações muito pequenas (a exemplo, este estudo) ou aplicações especiais, os testes pilotos correm o risco de cansá-los, sensibilizá-los, enviesá-los ou perdê-los em relação ao próprio estudo. Esse risco geralmente é ofuscado pelas melhorias feitas no projeto em uma execução de teste⁽¹⁶⁷⁾.

Nesse sentido, para não deixar dúvidas, após a validação pelos juízes, o instrumento passou por um teste para verificar a qualidade dos itens (clareza e pertinência [importância]), por meio da sua aplicação com uma amostra de nove enfermeiros não pertencentes à população deste estudo.

Após a validação do instrumento, a pesquisadora procurou pessoalmente as Coordenadoras de Enfermagem de algumas instituições públicas e filantrópicas de João Pessoa/PB e Campina Grande/PB, a fim de explicar o tipo de pesquisa e seus objetivos. Uma vez feito isso, as coordenadoras apresentaram uma lista de contatos telefônicos de enfermeiros que atendessem aos critérios de inclusão e exclusão selecionados: ser enfermeiro assistencial de instituições de saúde públicas e/ou filantrópicas da Paraíba que atendem pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas e ter, no mínimo, um ano de experiência na assistência na instituição à qual estava vinculado.

Primeiramente, a pesquisadora apresentou-se, pessoalmente, a cada enfermeiro(a), com a declaração de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (Anexo B), juntamente com o convite explicativo acerca da pesquisa. Após os esclarecimentos, solicitou-se que lessem e assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) em duas vias, ficando uma com o participante. Dos 13 enfermeiros sugeridos para a participação nesse pré-teste, nove aceitaram responder ao instrumento. Durante esta validação, os participantes foram orientados a responder às questões e assinalar as que não tivessem clareza na redação ou no conteúdo, bem como quanto à importância do item para avaliação do fenômeno em questão. O tempo de duração do pré-teste foi de, aproximadamente, 30 minutos.

Dos nove enfermeiros participantes do pré-teste, oito eram mulheres e um era homem; cinco exerciam atividades laborais em instituições públicas (uma de Campina Grande e as demais de João Pessoa) e quatro em instituições filantrópicas (uma de Campina Grande e as demais de João Pessoa); um enfermeiro era mestre e os outros, especialistas.

Os nove (100%) enfermeiros concordaram com todos itens do instrumento, no que se refere à sua clareza e pertinência.

5.4.4 - 3ª Etapa – Discriminação de itens, representatividade do conteúdo e fidedignidade da medida acerca do saber e do fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea (Antes da Intervenção Educativa)

Após a validação do instrumento, a pesquisadora apresentou o projeto de pesquisa à Coordenação de Enfermagem da instituição, a fim de explicar o tipo de pesquisa e seus objetivos. Uma vez feito isso, apresentou-se, pessoalmente, a cada enfermeiro(a), nos três turnos, com a declaração de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (Anexo B), bem como da Coordenação de Enfermagem, juntamente com um convite explicativo acerca da pesquisa e suas demais fases (Apêndice G). Após os esclarecimentos, solicitou-se que lessem e assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) em duas vias, ficando uma com o participante; telefone celular e endereço eletrônico, a fim de contatá-lo, posteriormente, para confirmação e inscrição no curso de capacitação; e, por fim, que respondessem ao instrumento.

Para a coleta de dados foi elaborado um questionário estruturado, que é autoavaliativo (Apêndice B), e dividido em duas seções. A primeira destinou-se aos aspectos sociodemográficos e profissionais dos enfermeiros, cujo objetivo é realizar uma breve caracterização dos participantes deste estudo. Ela continha informações sobre o sexo, idade, tempo de formação acadêmica e tempo de experiência na área de oncologia, cursos de aperfeiçoamento e pós-graduação. A segunda parte do questionário é composta por cinco domínios que abrangem 84 itens a respeito do saber e do fazer frente aos cuidados paliativos às pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas. As respostas seguiram uma escala do tipo Likert de cinco pontos, que variou de 0 = nenhum, 1 = pouco, 2 = moderado, 3 = bom, 4 = excelente. Esse instrumento apresentou a seguinte finalidade: verificar a discriminação de itens, representatividade do conteúdo e fidedignidade do instrumento.

O tempo de respostas ao instrumento foi, em média, 30 minutos. Ao final, foi entregue um *kit* contendo uma caneta, três chocolates e um chaveiro em forma de enfermeiro(a), como forma de agradecimento pela participação no estudo. Participaram desta etapa 51 enfermeiros e o tempo médio para esta fase da pesquisa foi de dois meses (maio a julho de 2017). A amostra de 51 enfermeiros foi garantida quando se efetuou o cálculo no *G Power* 3.1⁽¹⁵⁹⁾.

Depois de aplicado, o instrumento foi testado estatisticamente e se revelou confiável, com base nos indicadores psicométricos, para avaliar o saber e o fazer do enfermeiro frente aos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea e serviu para avaliar o autoconhecimento teórico e prático de enfermeiros na temática, antes e depois do curso de capacitação.

5.4.5 4ª Etapa – Intervenção educativa

A pesquisadora criou um grupo de Whats App intitulado “Curso de capacitação em cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea” e adicionou os 51 enfermeiros que responderam ao instrumento (fase 1 – Antes). Novamente, realizou uma breve explicação sobre o curso e disponibilizou três turmas (A, B, C), com as respectivas datas, horários, carga horária, deixando livre a escolha da turma pelo profissional. Essa estratégia foi utilizada com a finalidade de beneficiar os profissionais que trabalhavam no turno noturno, evitando, assim, maiores perdas de participantes. Além do grupo do Whats App, a pesquisadora entregou, pessoalmente, fichas de inscrição (Apêndice J) e *folders* de divulgação (Apêndice H) à Coordenação de Enfermagem, caso houvesse algum imprevisto com o contato telefônico de algum participante. O prazo para a inscrição foi de 15 dias (15 a 31 de julho de 2017).

Inscreveram-se no curso de capacitação 44 enfermeiros, distribuídos da seguinte forma: turma A, 16 inscritos; turma B, 13 inscritos; turma C, 15 inscritos. Durante a capacitação houve perda de seis enfermeiros, devido aos seguintes motivos: indisponibilidade de horário (3); desligamento da instituição (1); problemas pessoais (1); faltas consecutivas, sobretudo, na terceira e quarta aulas (1). Portanto, a amostra dessa fase é de 38 participantes, que finalizaram o curso de capacitação e responderam ao instrumento logo após o seu término.

A Figura 20 destaca o mapa conceitual, que ilustra a alocação dos participantes das turmas para a intervenção educativa e as perdas ocorridas até se obter a amostra final.

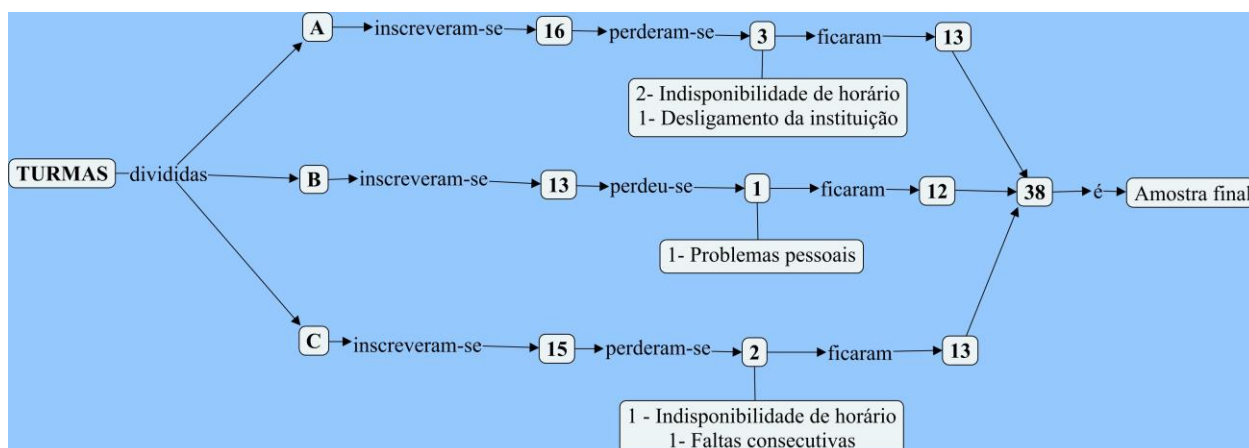


Figura 20 - Mapa Conceitual - Amostra da intervenção educativa

Fonte: Dados da pesquisa, 2018

A intervenção educativa, intitulada de “Curso de capacitação nos cuidados paliativos destinados às pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas”, foi implementada em três turmas, nos meses de agosto e setembro de 2017. A operacionalização do curso aconteceu da seguinte forma: turma A ocorreu nas terças-feiras à noite; a turma B, nas quintas-feiras à tarde; e a turma C, nas segundas-feiras à tarde. A carga horária do programa educacional foi de 15 horas, distribuídas em cinco encontros de 3 horas e 10 horas não presenciais para o desenvolvimento de exercícios extraclasse e leitura de textos, totalizando 25 horas de carga horária. A carga horária de 15 horas foi programada conforme orientação da Coordenação de Enfermagem e também prevista para a apresentação do conteúdo programático e com a intenção de que o curso não ficasse muito longo e os enfermeiros desistissem por interferência em suas atividades na vida profissional e/ou pessoal. O acréscimo de 10 horas foi pensado como estratégia para computar o tempo despendido na realização de atividades extraclasse.

O curso foi ministrado pela pesquisadora, com o auxílio de nove monitores (três em cada turma), que eram enfermeiros e pesquisadores do Grupo de Estudos e Pesquisas em Tratamento de Feridas da Universidade Federal da Paraíba (GEPEFE) – quatro com experiência teórica e prática em tratamento de feridas e uma com experiência em projeto de extensão, projeto institucional voluntário de iniciação científica e trabalho de conclusão de curso em feridas tumorais malignas cutâneas.

As etapas do curso (Apêndice I) seguiram o modelo proposto por estudioso da teoria⁽¹⁶⁸⁾, desenvolvido a partir das orientações e dos requisitos básicos propostos por Ausubel⁽⁴⁻⁶⁾, que concebe a teoria da Aprendizagem Significativa como Cognitivista, ou seja, que descreve o que sucede quando o aprendiz organiza e atribui significados à realidade em

que se encontra (significados em constante transformação) e como Construtivista, isto é, interpreta a aquisição do conhecimento na asserção de que ver, ouvir, cheirar, apalpar, compreender, elaborar, relacionar, transformar e lembrar, que são atos de construção do aprendiz⁽¹⁶⁹⁾. A Figura 21 mostra o mapa conceitual, que apresenta o esquema da intervenção educativa, com base nesse modelo:

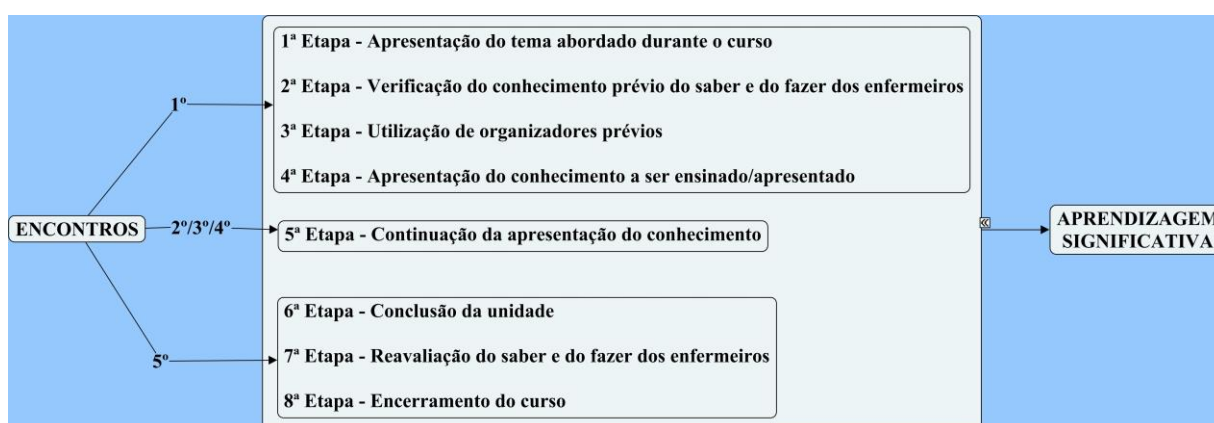


Figura 21 - Mapa Conceitual: Modelo esquemático da intervenção educativa

Fonte: Dados da pesquisa, João Pessoa, 2018

A seguir, apresenta-se a descrição de cada encontro e, por conseguinte, as etapas desenvolvidas, com as respectivas atividades:

1º Encontro – 3 horas (19:00 às 22:00 / 14:00 às 17:00) – 1, 3, 7 de agosto de 2017 (terça, quinta e segunda-feira)

1ª Etapa: Apresentação do tema abordado durante o curso⁽¹⁴⁷⁾

Previamente ao início das aulas, elaborou-se um planejamento de ensino (Apêndice I) para o curso de capacitação, cuja intenção era nortear as atividades que seriam desenvolvidas em sala de aula.

No primeiro encontro, foram entregues pastas que continham o material instrucional preparado pela pesquisadora, *folders* de algumas empresas patrocinadoras, bloco de papel e caneta. A pesquisadora explicou aos enfermeiros os objetivos e o processo da intervenção educativa e criou momentos introdutórios⁽¹⁷⁰⁾ (dinâmicas, discussão, construção de mapas conceituais, trechos de filmes e vídeos educativos) de aprendizagem, que permitiram o acesso da pesquisadora aos conhecimentos prévios dos enfermeiros.

Basendo-se nos pressupostos da Teoria da Aprendizagem Significativa, a pesquisadora propôs a realização de dinâmicas de grupo com os enfermeiros, em cada encontro, uma vez que a dinâmica de grupo constitui um valioso instrumento educacional que pode ser utilizado para trabalhar o ensino-aprendizagem quando se opta por uma concepção de educação que valoriza tanto a teoria quanto a prática e considera todos os envolvidos neste processo como sujeitos⁽¹⁷¹⁾. Dessa forma, a aprendizagem acontece em um processo coletivo, em que o encontro de pessoas promove a construção do saber em conjunto, estimula a capacidade criadora e a desenvoltura dos participantes, melhora sua produtividade, mostra a possibilidade de transformações, estimula o trabalho em equipe e pode melhorar as relações interpessoais e intrapessoais, possibilitando um caminho para se interferir na realidade, modificando-a⁽¹⁷²⁾.

Nesse sentido, para o primeiro encontro, elegeu-se uma dinâmica específica, em que, em um primeiro momento, os profissionais foram convidados a se levantar, darem as mãos e, com isso, formar um círculo. Cada um se apresentou e verbalizou suas expectativas em relação ao primeiro encontro e ao curso.

Dando prosseguimento, apresentou-se o conteúdo (teórico e prático) disposto a seguir, que seria abordado durante o curso, e que foi elaborado pela pesquisadora, baseado nos manuais do INCA sobre ações de enfermagem para o controle do câncer e de tratamento e controle de feridas tumorais no câncer avançado^(22,137), a saber:

- ✚ Aspectos éticos e legais no tratamento de feridas
- ✚ Aspectos bioéticos relacionados à assistência à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea em cuidados paliativos
- ✚ Anatomia e fisiologia da pele
- ✚ Fisiologia do processo cicatricial
- ✚ Fisiopatologia do câncer
- ✚ Bases morfológicas da cicatrização em Oncologia
- ✚ Feridas tumorais malignas cutâneas – Demonstração de prática (Simuladores)
- ✚ Definição
- ✚ Estadiamento
- ✚ Fisiopatologia
- ✚ Sinais e Sintomas
- ✚ Complicações
- ✚ Avaliação da pessoa e da lesão
- ✚ Cuidados básicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea – Demonstração de prática (produtos e coberturas)

-
- ✚ Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea (controle dos sinais e sintomas)
 - ✚ Registros das ações de enfermagem
 - ✚ Orientações para a alta hospitalar
 - ✚ Estudo de caso

Em consonância com a Teoria da Aprendizagem Significativa, procurou-se respeitar, no mínimo, duas condições: 1) a natureza do conteúdo a ser aprendido deve ter significado lógico, ou seja, a abordagem pedagógica do conteúdo partiu de conceitos mais simples até os mais complexos, estabelecendo relações entre eles de forma não arbitrária e substantiva às existentes na estrutura cognitiva; e 2) a natureza da estrutura cognitiva do aprendiz, que deve apresentar uma relação não arbitrária e substantiva entre o novo conhecimento e o já existente (subsunções)⁽¹⁷⁰⁾.

Logo após, foi oportunizado aos participantes do curso propor a inserção ou retirada de assuntos do plano de curso de capacitação, com vistas a adequá-los, considerando suas expectativas, experiências, conhecimentos prévios e necessidades de aprendizagem^(4-6,170).

Ao serem estimulados a discutir o plano e ao verificarem que os conteúdos teórico-práticos que haviam sido selecionados seriam úteis para a assistência de enfermagem relacionada aos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea, demonstraram *disposição para aprender*^(4-6,170) e reconheceram a importância do *material potencialmente significativo*^(4-6,170) que estava sendo apresentado (dinâmicas, vídeos, construção de mapas conceituais, metodologias ativas, uso de simuladores de feridas tumorais, estudo de casos clínicos e seminários) e que este poderia atender às suas necessidades profissionais, passando a fazer sentido estar participando do curso para aprender os cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea.

De tal modo, o plano foi discutido com os participantes e os mesmos não propuseram qualquer alteração, indicando que os conteúdos que haviam sido selecionados alcançavam suas expectativas para o desenvolvimento do curso de capacitação e que muito contribuiriam para a prática da assistência de enfermagem relacionada aos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea.

Para o desenvolvimento dos conteúdos teórico-práticos em sala de aula, as estratégias de ensino selecionadas visavam à participação dos enfermeiros como sujeitos ativos do processo de ensinar e aprender, com a finalidade de facilitar a construção e reconstrução do conhecimento.

2ª Etapa: Verificação do conhecimento prévio do saber e do fazer

[Propor situações para o aprendiz exteriorizar o seu conhecimento]

Para a verificação do conhecimento prévio do saber, é necessário criar ou propor situações-problema por meio de discussão, questionário, mapa conceitual, mapa mental ou situações-problema, que levem o aprendiz a externalizar seu *conhecimento prévio*, aceito ou não aceito no contexto da matéria de ensino, supostamente relevante para a aprendizagem significativa do tema abordado^(4-6,170).

Nessa etapa, entregaram-se folhas de papel ofício aos participantes e depois eles foram convidados a refletir individualmente sobre as facilidades e as dificuldades que enfrentaram para realizar os cuidados paliativos com as pessoas com feridas tumorais malignas. Em seguida, solicitou-se que os participantes escrevessem três competências de enfermagem. Essa estratégia serve para verificar o *conhecimento prévio* ou *subsunçor* do aprendiz. Depois abriu-se a discussão para o grupo a partir da seguinte questão norteadora: *Quais as competências do enfermeiro para cuidar de feridas?*

A discussão em grupo resgatou os conhecimentos prévios e as experiências dos enfermeiros como ponto de partida, uma vez que apresentaram a compreensão e os significados internalizados sobre o tema. Ao socializar o conhecimento, o aprendiz amplia, assimila e organiza os conhecimentos prévios e novos em sua estrutura cognitiva, atribuindo significado ao que está sendo ensinado e aprendido⁽¹⁷⁰⁾.

3ª Etapa: Utilização de organizadores prévios

[Propor situações-problema iniciais para preparar o aprendiz para a apresentação do conhecimento]

A partir do conhecimento prévio do aprendiz, identificado na etapa anterior, propôs-se a situação-problema para preparar o aprendiz para a introdução do conhecimento, que funciona como *organizador prévio* e dá sentido aos novos conhecimentos, mas, para isso, o aprendiz deve percebê-la como problema e deve ser capaz de modelá-la mentalmente. A situação-problema inicial pode ser proposta por meio de simulações, demonstrações, vídeos, problemas do cotidiano, representações vinculadas pela mídia, mas sempre de modo acessível e problemático^(4-6,80,170).

Assim, apresentaram-se discursos de pessoas que sofriam com feridas tumorais malignas cutâneas, bem como discursos de enfermeiros que cuidavam de pessoas com este tipo de lesão, envolvendo aspectos éticos e legais. Depois, os participantes foram convidados

a refletir, individualmente, sobre os discursos destacados anteriormente e, em seguida, solicitou-se que escrevessem três aspectos éticos e legais relacionados aos cuidados paliativos direcionados às pessoas com feridas tumorais malignas.

Conforme a teoria^(4-6,170), nesse momento, devem-se provocar conflitos cognitivos nos aprendizes que os levem a empreender uma busca pessoal para a resolução de problemas. Os enfermeiros foram estimulados a discutir em grupo.

A discussão dos enfermeiros possibilitou a negociação de conceitos e significados sobre o tema, a ressignificação de saberes e a possibilidade, de mais uma vez, a troca de experiências com os colegas, o que ampliou mais ainda a estrutura cognitiva deles.

Ao final dessa etapa, houve intervalo de 15 minutos para o lanche.

4ª Etapa: Apresentação do conhecimento a ser ensinado/aprendido

Nesta etapa, considerou-se o princípio da *diferenciação progressiva*, no qual as ideias e os conceitos mais gerais e mais específicos do assunto devem ser apresentados no início para, progressivamente, serem diferenciados. A estratégia de ensino pode ser uma exposição oral seguida de atividade colaborativa em pequenos grupos, que, por sua vez, deve ser seguida de atividade de apresentação ou discussão em grande grupo^(4-6,80,170). Assim, o conteúdo foi ministrado, por meio de apresentação expositiva-dialogada, com a utilização de mapas conceituais projetados por recurso multimídia.

A apresentação expositiva-dialogada, segundo a teoria ausubeliana, é aquela em que recebe-se a informação pronta e o trabalho do aprendiz consiste em atuar ativamente sobre esse material, a fim de relacioná-lo a ideias relevantes disponíveis em sua estrutura cognitiva⁽¹⁷⁰⁾.

Nessa direção, os mapas conceituais foram empregados como recurso instrucional à facilitação da aprendizagem, uma vez que podem ser utilizados para o processo de planejamento bem como avaliativo. Mapas conceituais são representações gráficas que relacionam palavra e conceitos, desde os mais abrangentes até os menos inclusivos, e são usados para facilitar, ordenar e dar uma sequência organizada dos conteúdos a serem estudados, para estimular a aprendizagem de modo adequado. Ausubel^(4-6,170), em sua teoria, nunca falou de mapas conceituais, embora estejam presentes, de modo subjetivo, na aprendizagem significativa. Moreira e colaboradores^(4,170) propõem o uso de mapas conceituais, pois tornam fácil ao professor a identificação da estrutura cognitiva de seus

aprendizes ou os subsunçores indispensáveis para os conceitos a serem estudados, em um determinado assunto.

Os assuntos abordados foram:

- ✚ Aspectos éticos e legais no tratamento de feridas
- ✚ Aspectos bioéticos relacionados à assistência à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea em cuidados paliativos

Por fim, apresentou-se um vídeo⁽¹⁷³⁾ (estratégia facilitadora para aprendizagem significativa crítica)⁽¹⁶⁹⁾ de um caso clínico de um paciente sem possibilidade terapêutica de cura, que ressaltava aspectos éticos e legais relacionados aos cuidados paliativos (9'32"). Nesse contexto, associar o uso de vídeos ou filmes a conteúdos teóricos contribui para motivação e fixação do aprendizado, uma vez que são fontes de experiências emocionais e cognitivas que permitem ampliar a visão de mundo e aperfeiçoar as competências, habilidades e atitudes dos aprendizes⁽¹⁷⁴⁾.

Para o encerramento, os participantes foram convidados a formar, novamente, um círculo e, com base no que foi apresentado e vivenciado, verbalizarem sobre a experiência do primeiro encontro.

Assim, no desenvolvimento desse encontro, as estratégias de ensino (aula expositiva dialogada com uso de mapas conceituais, discussão em grupo, vídeos e dinâmicas) desenvolvidas dentro de uma perspectiva dialógica, com a participação ativa dos enfermeiros, levou à reconstrução dos saberes, agora com conceitos mais estáveis e elaborados a partir da pactuação dos significados atribuídos pelos enfermeiros participantes.

**2º Encontro - 3 horas (19:00 às 22:00 / 14:00 às 17:00) – 8, 10, 14 de agosto de 2017
(terça, quinta e segunda-feira)**

Inicialmente, realizou-se uma dinâmica de aquecimento com os enfermeiros, cujo objetivo era melhorar a interação entre os participantes. Os enfermeiros foram convidados a formar um círculo; depois, cada um realizava um movimento, enquanto os demais imitavam, seguindo o ritmo da música da própria dinâmica. Todos participaram.

5ª Etapa: Continuação da apresentação do conhecimento

Em continuidade, esta etapa deve retomar os aspectos mais gerais, estruturantes do conteúdo da unidade de ensino, em nova apresentação, porém em nível mais alto de complexidade em relação à primeira apresentação. As situações devem ser propostas em

níveis crescentes de complexidade; dar novos exemplos, destacar semelhanças e diferenças relativamente às situações, ou seja, promover a *reconciliação integrativa*. Após esta segunda apresentação, propor alguma atividade colaborativa que leve os aprendizes a interagir socialmente, negociando significados, tendo o professor como mediador^(4-6,80,170). Esta atividade pode ser a resolução de problemas, a construção de um mapa conceitual, etc. Nesta etapa, o conhecimento foi desenvolvido com a apresentação expositiva dialogada, vídeos, exercícios teórico-práticos usando dinâmica de grupo e discussão em grupo.

Antes de iniciar a apresentação do conteúdo, fez-se uma revisão do que foi apresentado na aula anterior, por meio de um vídeo⁽¹⁷⁵⁾ denominado “Direitos do paciente terminal” (3’12”), com o objetivo de consolidar o conteúdo da aula anterior. A consolidação é um dos princípios programáticos ausubelianos e ressalta que é preciso insistir no domínio ou maestria do que está sendo estudado antes que novos materiais sejam introduzidos, buscando assegurar contínua prontidão da matéria de ensino e sucesso na aprendizagem sequencialmente organizada^(4,168,170).

Logo após, explicou-se o conceito de mapa conceitual e construiu-se um mapa em uma cartolina, como forma de demonstração. Em seguida, entregaram-se folhas de papel ofício aos enfermeiros e solicitou-se que os mesmos construíssem, individualmente, um mapa conceitual sobre as funções da pele e as fases do processo de cicatrização. Os enfermeiros foram estimulados a discutir em grupo.

Ausubel sugere alguns princípios práticos para avaliação do conhecimento; um deles é propor um teste anterior ao início da aula, a fim de avaliar a presença de subsunçores necessários para que o aluno possa aprender, de forma significativa, o novo conteúdo que se objetiva ensinar; outro é propor testes no final de cada aula, a fim de verificar a retenção dos diversos conceitos abordados^(4,168,170).

Posteriormente a essa etapa, deu-se continuidade à apresentação do conhecimento, por meio de aula expositiva-dialogada, em que foram abordados os seguintes assuntos:

-  Anatomia e fisiologia da pele
-  Fisiologia do processo cicatricial

Depois de finalizada a aula expositiva-dialogada, realizou-se um exercício utilizando uma dinâmica de grupo, cujo objetivo era estimular o processo cognitivo de diferenciação progressiva: a pesquisadora fez um quebra-cabeças com palavras-chave do processo de

cicatrização; dispôs as peças no chão e solicitou que todos organizassem o quebra-cabeças, de forma que formassem um mapa conceitual, dando lógica às etapas do processo de cicatrização. Todos participaram e conseguiram montar o quebra-cabeças, conforme a lógica do processo de cicatrização.

Houve intervalo de 15 minutos para o lanche.

Logo após o retorno, solicitou-se que os enfermeiros, individualmente, construíssem um mapa conceitual (em folha de ofício) sobre a definição de câncer e alguns aspectos intervenientes na cicatrização de lesões em pessoas com alguma neoplasia. Os enfermeiros foram estimulados a discutir em grupo.

Posteriormente, apresentou-se o vídeo⁽¹⁷⁶⁾ “Câncer: conhecer prevenir e vencer” (6’58”) e, em seguida, procedeu-se à aula expositiva-dialogada dos assuntos:

- ✚ Fisiopatologia do câncer
- ✚ Bases morfológicas da cicatrização em Oncologia

Depois, realizou-se um exercício utilizando uma dinâmica de grupo, cujo objetivo era estimular o processo cognitivo de reconciliação integrativa: a pesquisadora fez placas escritas com palavras-chave que envolviam a fisiopatologia do processo cicatricial em Oncologia; solicitou-se a presença de um enfermeiro para iniciar a dinâmica; o enfermeiro tinha que descobrir a palavra-chave escrita na placa (exposta pela pesquisadora, sem que o enfermeiro visualizasse), mediante a ajuda dos colegas, que deveriam, por sua vez, dar dicas até que o mesmo adivinhasse a palavra-chave. Todos participaram e conseguiram adivinhar as palavras-chave que caracterizam os aspectos que envolviam a fisiopatologia do processo cicatricial.

Alguns participantes erraram a palavra-chave sorteada, contudo, foi dada mais uma oportunidade para que pudessem avaliar os conceitos verbalizados pelos colegas e tentassem adivinhar qual seria o termo. Todos acertaram a palavra-chave depois dessa segunda chance.

Sobre esse aspecto, Moreira^(4,168,170) destaca que durante o processo de avaliação da aprendizagem significativa deve-se incentivar a busca de evidências, pois essa aprendizagem não é linear e sim é progressiva (está em constante modificação e reestruturação, bem como aprende-se corrigindo-se os erros), que ocorre na zona cinza da estrutura cognitiva, onde o processo de aprendizagem mecânica é o *continuum* da aprendizagem significativa. A zona cinza é onde ocorre o erro, que deve ser aproveitado, ao invés de ser punido. Por esse motivo,

deve-se considerar o erro como parte integrante do processo de aprendizagem e a sua superação como uma evolução no conhecimento de determinado conteúdo^(4,168,170).

Nesse encontro, pôde-se observar que a aula expositiva dialogada com auxílio de *slides*, construção de mapas conceituais e metodologias ativas de aprendizagem (exercícios teórico-práticos) colaboraram para que a *diferenciação progressiva* e a *reconciliação integrativa* conduzissem à *aprendizagem significativa*.

O segundo encontro finalizou com uma dinâmica de grupo, cujo objetivo era estimular o trabalho em equipe: solicitou-se aos participantes que se levantassem e formassem um círculo, dando as mãos. A pesquisadora formou um ‘caracol’ com os participantes, de modo que ficassem frente a frente, um olhando para o outro. Quando todos ficaram posicionados, a pesquisadora segurou a mão do participante que estava no centro do ‘caracol’ e facilitou a sua saída do centro, de forma que o mesmo se posicionasse contrariamente aos outros. Quando todos conseguiram sair do caracol, estavam em círculo, sempre de mãos dadas, contudo, de costas um para o outro. A pesquisadora solicitou que voltassem à posição inicial (um de frente para o outro), sem que soltassem as mãos. Todos participaram e conseguiram voltar à posição inicial.

**3º Encontro - 3 horas (19:00 às 22:00 / 14:00 às 17:00) – 15, 17, 21 de agosto de 2017
(terça, quinta e segunda-feira)**

Inicialmente, realizou-se uma dinâmica de grupo, cujo objetivo era estimular o trabalho em equipe: solicitou-se que os participantes formassem um círculo; forneceu-se uma bola de sopro e cada um encheu a sua. Depois, solicitou-se que cada um entregasse sua bola ao colega do lado direito. A bola significava a sua própria vida. Logo após, solicitou-se que todos não permanecessem com a bola parada, fazendo uma comparação com o cuidado, caracterizado por ser dinâmico. As bolas não poderiam cair ao chão. À medida que a dinâmica dava continuidade entre os participantes, acrescentaram-se mais algumas bolas, de forma que os mesmos tentassem ‘cuidar da vida do colega e outras pessoas que não conheciam’. Todos participaram.

Nesta etapa, o conhecimento foi desenvolvido com a apresentação expositiva dialogada, vídeos, aulas práticas e exercícios teórico-práticos usando simuladores de feridas tumorais malignas cutâneas e discussão em grupo.

Houve o resgate do que foi apresentado na aula anterior, por meio da apresentação dos seguintes vídeos⁽¹⁷⁷⁻¹⁷⁸⁾: ‘Estrutura da pele’ (1’17”) e ‘Inflamação aguda’ (3’49”).

Solicitou-se aos participantes que se dividissem em duplas. Cada dupla ficou com um simulador de ferida tumoral maligna cutânea⁽¹⁷⁹⁾⁴ (Apêndice L) e pediu-se que cada dupla construísse um mapa conceitual (em folha de ofício) acerca do conceito de ferida tumoral maligna cutânea, sinais e sintomas e métodos avaliativos que os mesmos utilizavam na prática diária. Além do simulador, as ilustrações reais dos pacientes com essas lesões foram projetadas em *datashow*. Os enfermeiros foram estimulados a discutir em grupo.

Logo a seguir, estão dispostas as Figuras 22 e 23 dos simuladores de feridas tumorais utilizados na intervenção educativa. A Figura 22 demonstra um simulador de um hemangioma e a Figura 23 mostra um retinoblastoma, ambos em manequins infantis.



Figura 22 - Simulador de Hemangioma
Fonte: Arquivos da pesquisadora, 2018.



Figura 23 - Simulador de Retinoblastoma

⁴ Artigo de Nota Prévia “Simuladores de feridas tumorais malignas cutâneas como estratégia de ensino-aprendizagem para enfermeiros” disposto no Apêndice L.

Abaixo, estão as Figuras 24 e 25, que mostram dois simuladores de feridas tumorais, um na região que envolve pescoço e escápula, e outro que envolve a área dorsal.



Figura 24 - Simulador de Ferida Tumoral Maligna Cutânea na região do pescoço

Figura 25 - Simulador de Ferida Tumoral Maligna Cutânea no dorso

Fonte: Arquivos da pesquisadora, 2018

A seguir, estão as Figuras 26 e 27, que mostram dois simuladores de feridas tumorais, um na região mamária, e outro que envolve a região do acrômio e escápula.



Figura 26 - Simulador de Ferida Tumoral Maligna Cutânea Mamária

Figura 27 - Simulador de Ferida Tumoral Maligna Cutânea na região do acrômio e escápula

Fonte: Arquivos da pesquisadora, 2018

A seguir, observa-se, na Figura 28, um simulador de plastrão localizado na região mamária direita e a progressão deste na região mamária esquerda, uma vez que se utilizou um manequim para demonstrar a evolução da mesma ferida, em momentos distintos; já a Figura 29 mostra um simulador de ferida tumoral em grande extensão na região escapular.



Figura 28 - Simulador de Plastrão e progressão do plastrão

Figura 29 - Simulador de Ferida Tumoral Maligna Cutânea na região da escápula (inferior e superior)

Fonte: Arquivos da pesquisadora, 2018

As Figuras 30 e 31, que estão logo abaixo, mostram dois simuladores de feridas tumorais, um na região do glúteo e outro na região pubiana.



Figura 30 - Simulador de Ferida Tumoral Maligna Cutânea na região glútea

Figura 31 - Simulador de Ferida Tumoral Maligna Cutânea na região pubiana

Fonte: Arquivos da pesquisadora, 2018

A seguir, estão as Figuras 32 e 33, que mostram dois simuladores de feridas tumorais, um na região sacral e outro na região pubiana e vasto medial da coxa.



Figura 32 - Simulador de Melanoma em região sacral

Figura 33 - Simulador de Ferida Tumoral Maligna nas regiões pubiana e no vasto medial da coxa

Fonte: Arquivos da pesquisadora, 2018

Logo abaixo, as Figuras 34 e 35 mostram dois simuladores de feridas tumorais, um na região mamária atingindo subclávia direita e esterno e outro na região escapular.



Figura 34 - Simulador de Ferida Tumoral Maligna Cutânea Mamária

Figura 35 - Simulador de Ferida Tumoral Maligna Cutânea na região escapular

Fonte: Arquivos da pesquisadora, 2018

As Figuras 36 e 37, que se seguem, mostram um simulador de ferida tumoral mamária em grande extensão, atingindo as regiões mamária esquerda, subclávia esquerda, esterno, axila e lateral esquerda.

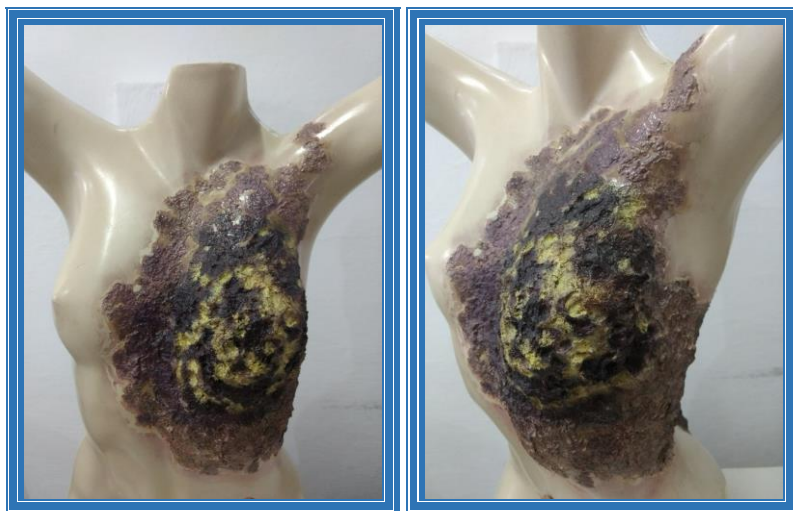


Figura 36 - Simulador de Ferida Tumoral Maligna Cutânea Mamária

Figura 37 - Simulador de Ferida Tumoral Maligna Cutânea Mamária

Fonte: Arquivos da pesquisadora, 2018

Abaixo, estão as Figuras 38 e 39, que mostram um simulador de ferida tumoral facial, com perda de globo ocular direito, alterando a simetria da região nasal e oral.



Figura 38 - Simulador de Ferida Tumoral Maligna Cutânea Facial

Figura 39 - Simulador de Ferida Tumoral Maligna Cutânea Facial

Fonte: Arquivos da pesquisadora, 2018

As Figuras 40 e 41, a seguir, mostram um simulador de ferida tumoral em membro inferior esquerdo, atingindo faces anterior e posterior.



Figura 40 - Simulador de Ferida Tumoral Maligna Cutânea em Membro Inferior Esquerdo

Figura 41 - Simulador de Ferida Tumoral Maligna Cutânea em Membro Inferior Esquerdo

Fonte: Arquivos da pesquisadora, 2018

Concluída a atividade com os simuladores, houve um intervalo de 15 minutos para o lanche.

Depois do retorno, por meio da apresentação expositiva-dialogada (com mapas conceituais) e da demonstração prática com simuladores realísticos, procedeu-se à continuação dos seguintes assuntos:

- ✚ Feridas tumorais malignas cutâneas
- ✚ Definição
- ✚ Estadiamento
- ✚ Fisiopatologia
- ✚ Sinais e Sintomas
- ✚ Complicações
- ✚ Avaliação da pessoa e da lesão

Ao término da exploração e demonstração prática do conteúdo, solicitou-se que as duplas completassem o mapa conceitual com os processos avaliativos não ressaltados anteriormente; depois, os enfermeiros discutiram em grupo.

Nesse encontro, percebeu-se que o uso de simuladores de feridas tumorais pelos enfermeiros possibilitou a motivação e colaboração para a compreensão do saber-agir⁽¹⁸⁰⁾(ir além do que está prescrito) e do saber-fazer⁽¹⁸⁰⁾(habilidade) e que a nova aprendizagem irá enriquecer ou ampliar seus conhecimentos para melhor desempenharem sua prática assistencial de enfermagem relacionada aos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral.

O terceiro encontro finalizou com um dinâmica de grupo cujo objetivo era estimular a habilidade empática dos participantes: solicitou-se aos enfermeiros que formassem um círculo; a pesquisadora também participou dessa dinâmica e criou uma história envolvendo uma formiga imaginária, que deveria ser guardada em alguma parte do corpo do colega do lado esquerdo, que seguiu a dinâmica até o último colega; por fim, solicitou-se que cada enfermeiro beijasse a parte do corpo escolhida pelo mesmo. Todos participaram.

4º Encontro - 3 horas (19:00 às 22:00 / 14:00 às 17:00) – 22, 24 e 28 de agosto de 2017 (terça, quinta e segunda-feira)

Inicialmente, realizou-se uma dinâmica de grupo cujo objetivo era estimular o trabalho em equipe: solicitou-se aos participantes que se dividissem em dois grupos; amarraram-se as pernas de cada participante umas nas outras; depois explicaram-se as regras da dinâmica: cada grupo deveria atravessar os campos desenhados no chão, sem arrastar os pés e sem pisar nos campos demarcados. O grupo que ultrapassou os campos, obedecendo as regras estabelecidas, foi o vencedor e recebeu uma caixa de chocolates.

Nesta etapa, o conhecimento foi desenvolvido com a apresentação expositiva dialogada, vídeos, aulas práticas e exercícios teórico-práticos usando simuladores e discussão em grupo.

Houve o resgate do que foi apresentado na aula anterior, por meio da apresentação do seguinte vídeo⁽¹⁸¹⁾: “Câncer de mama com lesão vegetante maligna” (2’03”).

Solicitou-se aos participantes que se dividissem em duplas. Cada dupla ficou com um simulador de ferida tumoral maligna cutânea e pediu-se que cada dupla construísse um mapa conceitual (em folha de ofício) acerca dos cuidados paliativos que poderiam ser realizados

para controlar os sinais e sintomas da respectiva ferida que se apresentava no simulador. Especificou-se que todos os simuladores apresentavam feridas dolorosas, sangrantes, exsudativas e com odor fétido. Além do simulador, as ilustrações reais dos pacientes com essas lesões foram projetadas em *datashow*.

Também, por contato prévio com a coordenadora da Comissão de Pele, conseguiu-se a lista de coberturas e materiais acessíveis para o controle de sinais e sintomas das feridas tumorais malignas cutâneas (Anexo E) do hospital e o curso foi ministrado mediante a disponibilidade de material existente no hospital e outros, adquiridos pela pesquisadora. Os enfermeiros foram estimulados a discutir em grupo.

Houve 15 minutos de intervalo para o lanche.

Depois do retorno, por meio da apresentação expositiva-dialogada (com mapas conceituais) e da demonstração prática com simuladores realísticos e vestuários específicos (idealizados pela pesquisadora e confeccionados por modelista), procedeu-se à continuação dos seguintes assuntos:

- ✚ Cuidados básicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea – Demonstração de prática (produtos e coberturas)
- ✚ Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea (controle dos sinais e sintomas)
- ✚ Curativo funcional e estético – Demonstração de vestuário e acessórios para disfarçar o tamanho da lesão e do curativo
- ✚ Registros das ações de enfermagem
- ✚ Orientações para a alta hospitalar

Um aspecto importante de ser ressaltado é que, a partir do desenvolvimento desta tese, tornou-se questão de pesquisa a investigação sobre a possibilidade de desenvolvimento de peças de roupas mais adequadas às necessidades de pacientes com feridas tumorais malignas cutâneas, uma vez que o crescimento acentuado da ferida gera vazamento de exsudato e sangramento pelas roupas e curativos volumosos provocando no paciente vergonha, enojamento de si, mobilidade reduzida e constrangimento na vida social, devido à frequência de trocas de curativos e roupas adicionais, afetando a capacidade de autocuidado e, conseqüentemente, reduzindo sua autonomia.

Nesse sentido, a pesquisadora consultou profissionais modelistas, que desenvolveram os moldes, os quais foram apresentados a diversos profissionais pareceristas (enfermeiros

assistenciais na prática paliativa destinada às pessoas com feridas tumorais e pesquisadores nessa área de conhecimento), tendo, assim, origem as primeiras peças, as quais novamente foram avaliadas pelos profissionais até receberem parecer final de aprovação.

Foram confeccionados vestuários na tentativa de disfarçar o tamanho da ferida e, conseqüentemente, o volume dos curativos. Para isso, foram utilizadas fraldas geriátricas, tecidos de malha de cores escuras e/ou estampados. As fraldas geriátricas foram costuradas com um molde de uma peça íntima feminina para cobrir as feridas mamárias e que pudessem ser utilizadas como cobertura secundária. E os vestidos, as camisas e as calças apresentam um fundo falso interno de tecido extra, de forma que consiga cobrir toda a extensão e volume dos curativos, que é fechado com fitas em forma de X, de maneira que possa ser ajustado conforme o crescimento da ferida e, conseqüentemente, o volume dos curativos. Para melhor mobilidade e facilidade no momento de vestir a roupa, os vestuários têm uma abertura na frente justaposta com zíper, de forma que o manuseio seja realizado pela própria pessoa, dando-lhe autonomia.

Essa ideia é inédita e é uma contribuição social desta Tese de Doutorado. A moda inclusiva para pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas pode proporcionar conforto, segurança, melhora da autoestima, retorno à vida social e, portanto, qualidade de vida.

A seguir, estão as figuras dos vestuários construídos pela pesquisadora e modelista como uma moda inclusiva para pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas, apresentados no Curso de Capacitação para os enfermeiros participantes da pesquisa.

A Figura 42 mostra a prova da peça íntima feminina (*sutiã*), cujo material se constitui de fralda geriátrica. O processo de confecção das peças íntimas com fralda geriátrica foi realizado da seguinte forma: primeiro recortaram-se as abas, para que a fralda tivesse um aspecto de *top* ou *sutiã* do tipo “tomara que caia”, podendo ser usada dessa forma; quando se deseja usar o *sutiã* com alças, as abas são costuradas na parte anterior e interna da fralda e são presas na parte posterior da fralda, com auxílio de esparadrapo ou fita adesiva.



Figura 42 - Prova de peça íntima (*sutiã*) feito de fralda geriátrica

Fonte: Arquivos da pesquisadora, 2018

As Figuras 43 e 44 mostram uma peça íntima feminina (frente e verso) confeccionada em forma de sutiã com alças.



Figura 43 - Peça íntima com alças (frente)

Figura 44 - Peça íntima com alças (verso)

Fonte: Arquivos da pesquisadora, 2018

A seguir, as Figuras 45 e 46 mostram uma peça íntima feminina (frente e verso) confeccionada em forma de *top* ou sutiã sem alças.



Figura 45 - Peça íntima sem alças (frente)

Figura 46 - Peça íntima sem alças (verso)

Fonte: Arquivos da pesquisadora, 2018

As Figuras 47 e 48 mostram as provas da camisa feminina (frente e verso).



Figura 47 - Moda Inclusiva – Prova da camisa com gola baixa (frente)

Figura 48 - Moda Inclusiva – Prova da camisa fechada com cadarços em forma de X (verso)

Fonte: Arquivos da pesquisadora, 2018

A seguir, as Figuras 49, 50 e 51 mostram a forma de vestir da camisa feminina (frente e verso) com gola alta, para disfarçar feridas que se desenvolvem na região do pescoço com espaços nas laterais para prender e cruzar os cadarços em forma de X, a fim de fechar a camisa, conforme o tamanho da lesão e volume dos curativos.

Vale ressaltar que os vestidos e camisas masculinas seguem o mesmo padrão das camisas femininas, ou seja, confeccionados com tecidos de malha fria, estampados ou de cores escuras. Outro aspecto importante de enfatizar é que o zíper da camisa/vestido pode vir na parte da frente ou no verso, com o objetivo de facilitar o movimento de vestir-se.



Figura 49 - Moda Inclusiva – Camisa com gola alta (frente)

Figura 50 - Moda Inclusiva – Camisa com zíper (verso)

Figura 51 - Moda Inclusiva – Camisa fechada com cadarços em forma de X (verso)

Fonte: Arquivos da pesquisadora, 2018

A seguir, as Figuras 52 e 53 mostram a forma de vestir da calça feminina (frente e verso) com zíper na coxa, cujo objetivo é facilitar a retirada da calça (deixando em forma de bermuda curta ou longa) para realização de curativos. Vale ressaltar que as calças masculinas apresentam o mesmo formato, contudo são confeccionadas com tecidos escuros (preto, marrom, azul marinho).



Figura 52 - Moda Inclusiva – Calça feminina estampada com zíper embutido

Figura 53 - Moda Inclusiva – Calça feminina estampada com zíper aberto (bermuda)

Fonte: Arquivos da pesquisadora, 2018

As Figuras 54 e 55 mostram um vestido infantil confeccionado com estampa infantil. Nele, as mangas são longas e adaptadas ao tamanho da lesão e ao volume do curativo.



Figura 54 - Moda Inclusiva Infantil – Vestido e faixa de cabelo com estampa infantil

Figura 55 - Moda Inclusiva Infantil – Detalhe da manga longa, fechada com cadarço

Fonte: Arquivos da pesquisadora, 2018

Abaixo, estão as Figuras 56 e 57, que mostram um tapa-olho confeccionado com tecido de algodão com estampa infantil, utilizado para camuflar e proteger o curativo do retinoblastoma da luz solar.



Figura 56 - Moda Inclusiva Infantil – Tapa-olho com estampa infantil

Figura 57 - Moda Inclusiva Infantil – Tapa-olho com estampa infantil

Fonte: Arquivos da pesquisadora, 2018

As Figuras 58 e 59 mostram um chapéu infantil com cortinas laterais, confeccionado com feltro e algodão, cujo objetivo é evitar a exposição do curativo à luz solar.



Figura 58 - Moda Inclusiva Infantil – Chapéu com cortinas laterais de estampa infantil

Figura 59 - Moda Inclusiva Infantil - Chapéu com cortinas laterais de estampa infantil

Fonte: Arquivos da pesquisadora, 2018

Ao término da exploração e demonstração prática do conteúdo, solicitou-se que as duplas completassem o mapa conceitual com os cuidados paliativos para o controle dos sinais e sintomas já especificados no exercício anterior, mas que não haviam sido ressaltados anteriormente; depois, os enfermeiros discutiram em grupo.

Nesse encontro, observou-se que os enfermeiros continuaram motivados em participar ativamente do processo de ensino-aprendizagem com o uso de simuladores de feridas tumorais, uma vez que nesta aula foi realizada a demonstração de curativos funcionais esteticamente aceitáveis, bem como as formas de utilização da moda inclusiva para pessoas com ferida tumorais. Prova disso é que uma participante de um dos grupos se voluntariou em ser a manequim viva, para que a pesquisadora realizasse os curativos funcionais e esteticamente aceitáveis e para o uso da moda inclusiva nela própria.

Isso remete à compreensão de que, durante o processo de aprendizagem significativa, os enfermeiros participantes precisaram aprender de maneira que o novo saber ou o saber reconstruído e ressignificado fizesse sentido, fosse internalizado e elaborado para ser utilizado em intervenções de enfermagem em situações da vida real.

O quarto encontro finalizou com uma dinâmica de grupo cujo objetivo era estimular a habilidade empática e compassiva dos participantes: solicitou-se aos participantes que se dividissem em duplas; distribuíram-se pirulitos. Cada enfermeiro se posicionou frente ao outro, segurando o pirulito com a mão direita; depois, cada um degustou o seu pirulito, sem que flexionasse o seu braço. Todos participaram.

5º Encontro - 3 horas (19:00 às 22:00 / 14:00 às 17:00) – 29 e 31 de agosto de 2017 (terça, quinta-feira) e 4 de setembro de 2017

Inicialmente, apresentou-se um recorte do filme⁽¹⁶⁸⁾⁽¹⁸²⁾ “Uma lição de vida” (12’02”) como resgate de todo o conhecimento apresentado.

Concluindo a unidade, deu-se seguimento ao processo de *diferenciação progressiva* retomando as características mais relevantes do conteúdo em questão, porém de uma perspectiva integradora, ou seja, buscando a *reconciliação integrativa*; isso deve ser feito através de uma nova apresentação dos significados. Após essa apresentação, novas situações-problemas devem ser propostas e trabalhadas em níveis mais altos de complexidade em relação às anteriores, que devem ser resolvidas em atividades colaborativas e depois apresentadas e/ou discutidas em grande grupo, sempre com a mediação do docente^(4-5,73,150).

Assim, elegeram-se estudos de casos clínicos verídicos de pacientes com feridas tumorais malignas cutâneas e seus respectivos simuladores.

Os estudos de caso se pautam na Teoria da Aprendizagem Significativa e consistem em uma metodologia problematizadora desenvolvida com o intuito de possibilitar aos aprendizes o contato com problemas reais ou simulados. Possuem a característica de enfatizar o aprendizado autodirigido, centrado no aprendiz, que passa a ser o principal responsável por seu aprendizado. Esse método possibilita a interação entre os sujeitos da aprendizagem: professor, aprendizes e conhecimento, objetivando a construção coletiva do conhecimento⁽¹⁸³⁾.

Trabalhar com o método de estudo de caso possibilita ao professor o reconhecimento dos *subsunçores* propostos pela Teoria da Aprendizagem Significativa, uma vez que, na sequência de passos a ser seguida durante a aplicação desta metodologia, está a tentativa de o aprendiz resolver previamente o problema proposto, no caso, considerando apenas o conhecimento que já possui⁽¹⁷⁰⁾.

Esse método viabiliza maior correlação entre teoria e prática, favorecendo assimilação e aplicação prática do ensino teórico pelos aprendizes, além de proporcionar o estudo dos problemas e necessidades do paciente, família e comunidade, o que oferece subsídios para se identificar a melhor estratégia para solucionar problemas⁽¹⁸⁴⁾.

Solicitou-se aos participantes que se dividissem em duplas e construíssem um mapa conceitual contendo um plano de cuidados envolvendo todos os aspectos abordados nos encontros anteriores. Forneceram-se cartolinas, canetas e pincéis de cores diferentes para a construção do mapa conceitual. Por fim, cada dupla apresentou seu mapa conceitual, de forma que todos pudessem sugerir e/ou acrescentar outros cuidados. Assim, os enfermeiros tiveram a chance de se exercitar para dirimir as possíveis dúvidas que envolvessem os cuidados paliativos no controle dos sinais e sintomas de feridas tumorais malignas cutâneas.

Apresentar o seminário (situação de cooperação compartilhada que constitui condições para compreender, transformar e atribuir novos significados⁽¹⁸⁵⁾) em forma de mapa conceitual (fator a incentivar a reestruturação cognitiva dos aprendizes, que tiveram que explicitar as relações que julgavam pertinentes entre os conceitos relevantes daquela matéria⁽¹⁷⁰⁻¹⁸⁵⁾) trouxe para os enfermeiros a compreensão de que estavam aprendendo de forma não arbitrária (ou seja, a assistência de enfermagem dentro do contexto real (situação em que estão inseridos socioculturalmente⁽¹⁸⁶⁾) e substantiva ou não literal (uma vez que tiveram a capacidade de explicar com suas próprias palavras^(4,168,170)), o que contribuiu para

diferenciação e estabilidade dos saberes (reconstruídos, ampliados e organizados) nas estruturas cognitivas dos mesmos.

6ª Etapa: Conclusão da unidade

A conclusão da unidade relaciona-se ao seguimento ao processo de *diferenciação progressiva* retomando as características mais relevantes do conteúdo em questão, porém numa perspectiva integradora, ou seja, buscando a *reconciliação integrativa*. Novas situações-problema devem ser propostas e trabalhadas em níveis mais altos de complexidade em relação às anteriores e devem ser resolvidas em atividades colaborativas e depois apresentadas e/ou discutidas em grande grupo, sempre com a mediação do docente^(4-6,80,168,170).

Nesse momento foi estimulada a discussão em grupo sobre o que os enfermeiros fariam com o conhecimento aprendido para nortear as práticas, repensar nos cuidados paliativos direcionados às pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas e elaborar protocolos para padronizar as condutas assistenciais.

7ª Etapa: Reavaliação do saber e do fazer

Momento de avaliação pós-intervenção. Os participantes responderam o mesmo instrumento aplicado antes da intervenção (Apêndice B).

Sabe-se que, quando a aprendizagem é significativa, a experiência do conhecimento é agradável porque faz sentido para a atividade desenvolvida e tem retenção significativa em relação à memorização^(4,168,170). Com isso, pretendeu-se identificar se o curso trouxe contribuições para esses profissionais, do ponto de vista da autoavaliação, a partir do que foi aprendido.

8ª Etapa: Encerramento do curso

Neste momento, foi estimulada a fala dos participantes quanto aos aspectos positivos e negativos da intervenção, houve sorteio de brindes, entrega dos certificados e apresentação de um vídeo com os momentos vivenciados nos cinco encontros. Por fim, serviu-se um lanche como forma de confraternização.

5.4.6 Avaliação qualitativa depois do curso

A realização da avaliação qualitativa aconteceu um ano após o curso de capacitação e teve como objetivo analisar o espaço cognitivo dos participantes numa perspectiva

hermenêutica, a fim de apreender como os enfermeiros pensavam, compreendiam e refletiam sobre o fenômeno investigado.

Nesse sentido, fizeram parte desta etapa aqueles participantes que não perderam nenhuma aula do curso de capacitação, ou seja, 11 enfermeiros. Contudo, realizou-se, mais uma vez, o contato prévio com eles, convidando-os para a continuação da pesquisa.

Nesta etapa, após agendar previamente com cada enfermeiro, foi realizada uma entrevista, com gravador e roteiro semiestruturado (Apêndice C). As entrevistas foram transcritas e o material empírico foi analisado por meio da técnica de Análise de Conteúdo de Bardin⁽¹⁸⁷⁾.

5.5 Considerações Éticas da Pesquisa

No que se refere às considerações éticas, a presente investigação foi norteada pelas Diretrizes e Normas Regulamentadoras para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, no cenário brasileiro, contemplados pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) / Ministério da Saúde (MS), que dispõe sobre pesquisas com seres humanos⁽¹⁸⁸⁾. Assim, o projeto de pesquisa foi submetido à qualificação pelo Programa de Pós- Graduação em Enfermagem e depois da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 64122116.1.0000.5188 e Procolo nº 031/2017.

Na fase empírica da pesquisa, os participantes foram esclarecidos quanto à possibilidade de desistência na participação no estudo, em qualquer etapa do seu desenvolvimento, sem que isso lhes acarretasse nenhum prejuízo ou constrangimento, e que suas identidades seriam mantidas no anonimato, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), o qual informava o teor científico e as características da pesquisa no momento em que foi realizada a coleta de dados. Esta pesquisa ofereceu riscos e/ou desconfortos mínimos do tipo constrangimento e interferência no tempo de trabalho/estudo.

Em relação à legislação referida acima, o participante que faltou à terceira e quarta aulas foi autorizado a participar da intervenção educativa como ouvinte, realizando as mesmas atividades, mas não foi incluído na amostra da pesquisa.

5.6 Análise dos Dados

Os dados referentes aos resultados das avaliações foram alimentados e, consequentemente, analisados no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) para *Windows* – versão 22.0.

Na análise dos dados do **primeiro artigo dos resultados**, utilizaram-se medidas estatísticas como média e desvio padrão e indicadores paramétricos, a saber:

- ✚ t de Student⁽¹⁸⁸⁻¹⁸⁹⁾ para verificar a discriminação dos itens;
- ✚ Correlação de Pearson⁽¹⁸⁸⁻¹⁸⁹⁾ para verificar a representatividade do conteúdo;
- ✚ Alfa de Cronbach e Correlação Intraclass (CCI)⁽¹⁸⁸⁻¹⁸⁹⁾ para verificar a fidedignidade e consistência interna do instrumento.

Na análise dos dados do **segundo artigo dos resultados**, utilizaram-se medidas estatísticas como média e desvio padrão e indicadores paramétricos, a saber:

- ✚ Média e desvio-padrão;
- ✚ Teste de Wilcoxon⁽¹⁸⁸⁻¹⁸⁹⁾ para amostra pareada, a fim de verificar a diferença significativa em relação aos momentos antes e depois da intervenção educativa;
- ✚ Teste de Fator de Harman⁽¹⁹⁰⁻¹⁹¹⁾ para verificar a existência de algum viés comum de método(VCM);
- ✚ Teste de tendência de não resposta por meio do procedimento de Armnstrong e Overton⁽¹⁹²⁾;
- ✚ Teste de Levene⁽¹⁹³⁾ para verificar igualdade das variâncias;
- ✚ Teste t⁽¹⁹⁴⁾ para verificar igualdade dos meios e teste da covariância para verificar a proporção da média como desvio padrão^(25,31).
- ✚ Cálculo de d de Cohen⁽¹⁹⁵⁾ para verificar a objetividade dos resultados pós-intervenção e sua significância e análise dos tamanhos do efeito (TDE).

Por fim, para a análise do **terceiro artigo dos resultados**, elegeu-se a Técnica de Análise de Conteúdo de Bardin⁽¹⁸⁷⁾, para a exploração dos discursos dos participantes, que se

constitui em um conjunto de técnicas, com procedimentos sistemáticos para descrever e analisar o conteúdo de mensagens: a pré-análise do material coletado com a realização da leitura flutuante, constituição do *corpus* dos dados e leitura aprofundada para a determinação das Unidades de Registros (URs) e Unidades de Contexto (UCs). Em seguida, foi realizada a exploração do material, que consistiu na apreensão e construção de categorias analíticas, na perspectiva da compreensão do objeto investigado.



Coração de Estudante – Milton Nascimento

Quero falar de uma coisa; adivinha onde ela anda?

Deve estar dentro do peito ou caminha pelo ar...

Pode estar aqui do lado, bem mais perto que pensamos

A folha da juventude:

É o nome certo desse amor!

Já podaram seus momentos;

Desviaram seu destino...

Seu sorriso de menino

Quantas vezes se escondeu,

Mas renova-se a esperança

Nova aurora a cada dia

E há que se cuidar do broto, pra que a vida nos dê

Flor, flor e fruto!

Coração de estudante

Há que se cuidar da vida,

Há que se cuidar do mundo,

Tomar conta da amizade

Alegria e muito sonho

Espalhados no caminho

Verdes, planta e sentimento

Folhas, coração

Juventude e fé!

6 RESULTADOS/DISCUSSÃO

6.1 Primeiro Artigo dos Resultados

Indicadores psicométricos do saber e do fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea⁵

Psychometric indicators of the nurse's knowledge and practice dealing with the palliative care to the person with malignant cutaneous malignant wound

Indicadores psicométricos del saber y que hacer de enfermeros en los cuidados paliativos a la persona con herida tumoral maligna cutánea

RESUMO

Objetivo: verificar a discriminação de itens, a representatividade do conteúdo e a fidedignidade da medida acerca do **saber** e do **fazer** de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea. **Material e método:** trata-se de estudo metodológico, descritivo e correlacional realizado com 51 enfermeiros de um hospital filantrópico da Paraíba, Brasil. Esses profissionais responderam a um instrumento validado com 84 itens referentes ao **saber** e ao **fazer** nos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea. Na análise dos dados, foi utilizado o programa *SPSS for Windows*, versão 22.0, com análises descritivas e psicométricas. **Resultados:** ao se verificarem as propriedades psicométricas, a fidedignidade dos itens apresentou *alfa* de Cronbach superior a 0,70 em todos os domínios. Assim, é possível elaborar um pressuposto teórico sobre o fenômeno, no qual quanto maior for o **saber** relacionado aos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea, maior será o **fazer** desses cuidados. **Conclusões:** esse instrumento possibilita que outros profissionais possam adequar a mesma metodologia para outras temáticas e identificar as especificidades do saber e do fazer, o que preencheria as lacunas na área de educação em enfermagem, sobretudo na temática de cuidados paliativos.

Palavras-chave: Enfermagem, úlceras cutâneas, neoplasias, educação, conhecimento.

ABSTRACT

Objective: to verify the description of items, selection of content and reliability of the measure about the nurses' knowledge and practice dealing with the palliative care to the person with cutaneous malignant tumor injury. **Material and method:** a descriptive and correlation methodological study has been performed with 51 nurses from a philanthropic hospital of Paraíba state, Brazil. They have been dealt with a validated instrument with 84

⁵ Publicado em dezembro de 2018

items related to the knowledge and practice concerning to the palliative care to the person with cutaneous malignant tumor wound. To the data analyses the SPSS for Windows software, version 22.0 with descriptive and psychometric analyses has been used. **Results:** checking the psychometric properties, the reliability of the items has showed Cronbach alpha higher than 0,70 in all domains. Therefore, it is possible to draw a theoretical assumption up related to the phenomenon, in which the greater the knowledge related to the person with cutaneous malignant tumor wound, the greater the palliative care with it. **Conclusion:** this procedure enables other professionals to suit the same methodology to other subject matters, identifying the specificities concerning to the knowledge and palliative care, fulfilling the gaps in the nursing higher education area, and especially dealing with palliative care.

Keywords: Nursing, cutaneous ulcer, neoplasm, education, knowledge.

RESUMEN

Objetivo: verificar la discriminación de ítems, la relevancia del contenido y la fidelidad de la medida acerca del saber y del hacer de enfermeros en los cuidados paliativos a las personas con herida tumoral maligna cutánea. **Material y método:** se trata de estudio metodológico, descriptivo y correlacional realizado con 51 enfermeros de un hospital filantrópico de Paraíba, Brasil, quienes contestaron a un instrumento con 84 ítems referentes al saber y el hacer en los cuidados paliativos destinados a la persona con herida tumoral maligna cutánea. En el análisis de los datos se ha utilizado el programa SPSS for Windows, versión 22.0, con análisis descriptivos y psicométricos. **Resultados:** al verificarse las propiedades psicométricas, la autenticidad de los ítems presentó *alfa de Cronbach* superior a 0,70 en todos los dominios. Por lo tanto que es posible elaborar un presupuesto teórico sobre el fenómeno, en lo que cuanto mayor sea el saber relacionados a los cuidados paliativos a la persona con herida tumoral maligna cutánea, mayor será la acción de estos cuidados. **Conclusiones:** este instrumento posibilita que otros profesionales puedan adecuar la misma metodología para otras temáticas e identificar las especificidades del saber y del hacer, lo que podría llenar los vacíos en el área de educación en enfermería, sobre todo en la temática de cuidados paliativos.

Palabras clave: Enfermería, úlceras cutáneas, neoplasias; educación, conocimiento.

INTRODUÇÃO

As feridas tumorais malignas são infiltrações cutâneas de células cancerígenas, que se desenvolvem em decorrência do crescimento de um tumor primário de pele ou por metástases de qualquer tumor maligno⁽¹⁾. A prevalência dessas lesões não é bem documentada, mas se estima, a partir de estudos internacionais, que de 5 a 10% das pessoas com câncer desenvolvem feridas malignas⁽²⁻⁴⁾; já estudos nacionais estimaram o valor de aproximadamente 10%⁽⁵⁻⁶⁾.

As feridas tumorais malignas cutâneas constituem um agravo na vida da pessoa com câncer, porquanto, progressivamente, desfiguram o corpo, tornando-se friáveis, dolorosas,

exsudativas e com odor fétido. Estas feridas apresentam efeitos psicológicos e sociais que podem interferir nas relações interpessoais, uma vez que o paciente apresenta sentimentos de rejeição, isolamento social, ansiedade, tristeza e solidão⁽¹⁻²⁾. Além disso, essas feridas remetem à pessoa uma constante lembrança visível da sua enfermidade incurável, do mau prognóstico e, na maioria das vezes, a pessoa traz no seu discurso, no âmbito relacional do tratamento, a condição imperativa da morte que se aproxima. Diante de tal situação, a pessoa doente necessita de cuidados paliativos para o controle dos sinais e sintomas dessas lesões.

Os cuidados paliativos destinado às pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas são complexos, pois exigem avaliação de etiologia oncológica, da lesão e da pessoa nas suas dimensões biopsicossocial e espiritual, condição econômica e familiar, controle dos sinais e sintomas, bem como planejamento e orientações dos cuidados a serem executados pela própria pessoa e pela família em seu domicílio, uma vez que a cura da doença e cicatrização da ferida já não são mais possíveis^(3,7). Para isso, os cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea requer do enfermeiro conhecimento específico. Nessa perspectiva, um dos caminhos metodológicos para a implementação dos cuidados paliativos pode ter como base os padrões de conhecimento propostos por Carper, a saber: o empírico, o estético, o ético e o pessoal, que estão inseridos em teorias que guiam o cuidado de enfermagem⁽⁸⁾.

Devido à complexidade e abrangência de componentes que fundamentam a enfermagem e ao aprofundamento requerido para analisá-los, optou-se pelo padrão de conhecimento empírico ou ciência da enfermagem, pois é fático, descritivo e fundamentalmente voltado para o desenvolvimento de explicações teóricas e abstratas, além de ser replicável, formulado e verificável⁽⁸⁾.

A partir dessa concepção, foram selecionadas habilidades para um domínio de conhecimento teórico – o **saber** – e um de conhecimento prático – o **fazer** –, com que foi possível elaborar uma escala cujo objetivo é de verificar, na concepção de enfermeiros responsáveis pelos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea, a correlação entre a dimensão teórica e a prática.

Na enfermagem, o **domínio** pode ser compreendido como o âmbito de sua área, ou seja, a abrangência de seu conhecimento, que é um domínio pessoal, uma apropriação e compreensão do saber por uma pessoa. Nesse caso, o enfermeiro, durante a sua formação, desenvolve o **saber que** (um conhecimento explícito – **saber teórico**) e, em sua prática diária, o **saber como** (um conhecimento prático - **habilidade**). Hipoteticamente, ambos são

interdependentes e fazem parte de um conjunto mais amplo da enfermagem, que inclui componentes éticos e pessoais percebidos durante a implementação do cuidado⁽⁹⁾.

Diante disso, é necessário que por meio de instrumentos de medição válidos seja possível avaliar a qualidade da assistência de enfermagem⁽¹⁰⁾, ao passo que o reconhecimento da qualidade dos instrumentos torna-se aspecto fundamental para a legitimidade e credibilidade dos resultados de uma pesquisa, o que reforça a importância do processo de validação⁽¹¹⁾.

O uso de medidas válidas e fidedignas propicia monitorar a qualidade do cuidado dispensado aos pacientes, identificar situações de riscos evitáveis, bem como subsidiar o planejamento de ações corretivas, além de direcionar estratégias e reajuste de metas. Ressalta-se que o uso de instrumentos válidos e fidedignos pode contribuir para o avanço do conhecimento da profissão e para o desenvolvimento da teoria que a sustenta⁽¹²⁾. Fidedignidade implica confiabilidade e concordância, que são aspectos importantes no desenvolvimento de instrumentos de medida. Seus resultados fornecem informações sobre a quantidade de erros inerente a essa medida, o que reflete a qualidade da medição⁽¹³⁾.

Diante desse cenário e dando continuidade ao estudo que se iniciou com a construção e validação de conteúdo do instrumento ‘cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea’, tem-se como questão de pesquisa: a medida constituída pelo **saber** e pelo **fazer** de enfermeiros relativos aos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea atende aos requisitos de discriminação de itens, representatividade do conteúdo e fidedignidade do instrumento em tela?

Nesse sentido, a presente pesquisa tem como objetivo verificar a discriminação de itens, a representatividade do conteúdo e a fidedignidade da medida acerca do **saber** e do **fazer** de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo metodológico do tipo descritivo e correlacional, que apresenta a discriminação dos itens, a representatividade do conteúdo e a fidedignidade do instrumento da pesquisa relacionado ao **saber** e ao **fazer** de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea, realizado em um hospital filantrópico de referência na Paraíba (nordeste do Brasil) para o tratamento do câncer (Centro de Alta

Complexidade em Oncologia - CACON), durante os meses de junho e julho de 2017, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 64122116.1.0000.5188.

A população do estudo foi composta por 57 enfermeiros que exerciam atividades laborais nos diversos setores do referido hospital. Para isso, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: enfermeiros que exercessem atividades assistenciais diretamente com pacientes e contassem com a disponibilidade de horário para responder ao instrumento. Desse modo, participaram do estudo 51 enfermeiros assistenciais. A amostra foi do tipo não probabilística, pois se buscou aleatória e intencionalmente enfermeiros que se dispusessem a participar da pesquisa, ao responderem ao instrumento ‘cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea’.

Em relação ao cálculo da amostra, utilizou-se o pacote estatístico *G Power* 3.1, que se trata de um *software* destinado a calcular o poder estatístico, tendo como base não apenas o ‘n’ necessário para a pesquisa, mas, também, o tipo de cálculo a ser realizado⁽¹⁴⁾. Para a coleta de dados deste estudo, considerou-se uma probabilidade de 95% ($p < 0,05$), magnitude do efeito amostral ($r \geq 0,30$) e um padrão de poder hipotético ($\pi \geq 0,80$); a partir desses critérios, a amostra de 51 sujeitos revelou-se suficiente (com indicadores, $r \geq 1,98$, $\pi \geq 0,95$, $p < 0,05$).

Para a coleta de dados, foi elaborado um questionário estruturado, dividido em duas seções: a primeira destinou-se aos aspectos sociodemográficos e profissionais dos enfermeiros, cujo objetivo foi realizar uma breve caracterização dos participantes deste estudo. Ele continha informações sobre o sexo, idade, tempo de formação acadêmica e tempo de experiência na área de oncologia, cursos de aperfeiçoamento e pós-graduação. A segunda parte é um instrumento validado quanto à concordância e ao conteúdo, composto por cinco categorias: 1) avaliação da lesão e necessidades da pessoa com ferida tumoral maligna cutânea; 2) cuidados básicos realizados com a ferida tumoral maligna cutânea; 3) cuidados específicos realizados com a ferida tumoral maligna cutânea (esta categoria subdivide-se em oito subcategorias, que estão relacionadas ao controle dos sinais e sintomas, a saber: a) o controle da dor; b) do exsudato; c) do prurido; d) da necrose; e) da fístula; f) do sangramento; g); do odor e h) da infestação por miíases); 4) registros das ações de enfermagem e 5) orientações para a alta hospitalar, que abrangem 84 itens a respeito do **saber** e do **fazer** dos enfermeiros ante aos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea.

a) Validação de Conteúdo e de Confiabilidade

Tais categorias, subcategorias e itens foram construídos com base numa revisão integrativa da literatura e do manual do Instituto Nacional do Câncer e submetidos à validação de concordância e conteúdo por meio da técnica *Delphi* em duas avaliações: a primeira com 30 especialistas na área de dermatologia e a segunda com 17. As respostas tanto do **saber** como do **fazer** seguiram uma escala do tipo Likert de cinco pontos, que variou de 0 = nenhum, 1 = pouco, 2 = moderado, 3 = bom, 4 = excelente.

Realizou-se o convite pessoal aos enfermeiros, que exerciam atividades assistenciais nos três turnos de trabalho, bem como buscou-se a participação voluntária deles. Após a apresentação da pesquisa, seus objetivos, etapas e instruções para o entendimento das questões, solicitou-se que os participantes lessem e assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias (ficando uma com o participante) e, por fim, que respondessem ao instrumento. Vale ressaltar que foram obedecidos a todos os aspectos éticos contidos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde para pesquisas, que envolvem seres humanos. O tempo de resposta ao instrumento foi, em média, 30 minutos.

Os dados foram processados por meio do Programa *Excel for Windows*. As análises estatísticas foram realizadas utilizando-se o *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 22.0. Quanto à análise dos dados, foram realizadas estatísticas descritivas (média e desvio-padrão), teste *t* de Student para avaliar a discriminação de itens; correlação de Pearson para verificar a representatividade do conteúdo e, por fim, o cálculo de *alfa* de Cronbach e o coeficiente de correlação intraclasse (CCI) para avaliar a fidedignidade e consistência interna da medida proposta. O nível de significância adotado foi de $p < 0,01^{(16)}$.

b) Validação Convergente

Para verificar a proposta do cálculo, realizou-se uma correlação de Pearson entre as variáveis-categorias-subcategorias do saber com o fazer.

c) Validação Lógica e de Hipótese

Foram selecionados dois peritos com especialização na área de psicometria para verificarem a validade lógica e de hipótese do referido estudo e instrumento, com base nos indicadores psicométricos apresentados.

RESULTADOS

Dentre os participantes, predominou o sexo feminino (88%), com variação etária de 26 a 60 anos (média = 40,73, dp = 11,40) e média de 9,61 anos de atuação profissional no hospital onde se realizou a pesquisa e 57% deles apresentam pós-graduação *lato sensu* em enfermagem oncológica. A amostra, em geral, apresentou uma distribuição normal (a Assimetria variou de - 1,45 a 1,30 e Curtose de -0,85 a 2,53), dado que os valores de Assimetria e Curtose se encontram entre -1 e 3⁽¹⁶⁾.

A seguir, está o Quadro 01, em que são apresentados os resultados com indicadores psicométricos dos itens do instrumento relacionado ao saber de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea.

ARTIGOS DOS RESULTADOS

Quadro 01 - Medidas estatísticas e indicadores psicométricos do instrumento relacionado ao saber de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea. João Pessoa/PB, 2018.

CATEGORIAS / SUBCATEGORIAS	Estatística descritiva						Indicadores psicométricos			
CATEGORIA 1 - Avaliação da lesão e das necessidades da pessoa com ferida tumoral maligna cutânea	M	σ	Min	Max	As	Cu	t	r (pontuação total) [†]	α	CCI (95%IC)
1.Localização anatômica da lesão	2,75	1,07	0	4	-0,57	-0,48	-4,76*	0,59	0,94*	0,95* (0,92-0,96)
2.Tamanho - Mensuração da lesão (altura, largura, profundidade ou abaulamento)	2,14	1,06	0	4	-0,07	-0,51	-4,55	0,65		
3. Estadiamento (1, 1N, 2, 3, 4)	1,96	1,23	0	4	-0,06	-1,05	-5,39	0,66		
4. Intensidade do odor (grau I, II, III)	2,53	1,29	0	4	-0,57	-0,68	-3,88	0,57		
5. Exsudato (tipo e quantidade)	2,57	1,12	0	4	-0,40	-0,56	-4,72	0,51		
6.Intensidade do sangramento (leve, moderado e intenso)	2,92	0,96	0	4	-0,67	-0,29	-5,02	0,70		
7. Intensidade da dor na ferida (leve, moderada, intensa e excruciante), usando a Escala Visual Analógica ou a Escala Visual Numérica	2,14	1,22	0	4	-0,06	-0,62	-3,75	0,55		
8.Prurido	2,37	1,09	0	4	-0,42	-0,43	-5,35	0,60		
9. Borda e pele perilesional	2,22	1,14	0	4	-0,45	-0,54	-4,96	0,73		
10. Sinais de infecção locais (calor, rubor, edema, dor)	3,10	0,88	0	4	-0,75	-0,06	-5,06	0,72		
11. Tipo de tecido (necrose de coagulação, necrose de liquefação, granulação, epitelização)	2,47	1,08	0	4	-0,26	-0,51	-5,45	0,66		
12.Presença de miásas	3,08	1,02	0	4	-0,87	-0,32	-5,17	0,58		

Continuação

ARTIGOS DOS RESULTADOS

13. Fístulas e quantidade drenada	2,41	1,00	0	4	-0,06	-0,55	-3,00	0,66		
14. Sinus (túneis)	1,49	1,03	0	4	0,03	-1,1	-5,54	0,57		
15. Classificação morfológica da lesão (nodular, cavitária, vegetante)	1,75	1,16	0	4	-0,11	-0,98	-5,33	0,58		
16.Acometimento ou invasão de órgãos-alvo	1,98	0,99	0	4	0,04	-0,34	-3,57	0,77		
17. Avaliação dos aspectos social, psíquico, espiritual e econômico	2,61	0,98	0	4	-0,05	-0,98	-6,14	0,56		
18.Progressão ou mudança da forma da ferida	2,33	1,01	0	4	-0,12	-0,74	-4,23	0,68		
19. Identificação das necessidades educacionais da pessoa ou cuidador quanto aos cuidados com a ferida após a alta	2,59	1,20	0	4	-0,36	-0,95	-4,92	0,71		
CATEGORIA 2 - Cuidados básicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea										
20. Retirar os adesivos cuidadosamente usando solução removedora (solução salina, vaselina ou óleo mineral).	2,88	1,03	0	4	-1,00	0,87	-4,11	0,69	0,94	0,93
21. Retirar gazes aderidas ao leito da lesão com irrigação abundante utilizando solução salina.	3,04	0,94	0	4	-1,14	1,45	-4,43	0,67		
22. Irrigar o leito da ferida com solução salina.	2,78	1,06	0	4	-1,00	0,49	-4,48	0,60		
23. Lavar a ferida com antisséptico (clorohexidine degermante ou PHMB sabonete), para a remoção superficial de bactérias e <i>debris</i> .	2,98	0,95	0	4	-0,84	0,66	-4,18	0,57		
24. Empregar técnica asséptica.	3,35	0,80	0	4	-0,99	0,14	-2,63	0,57		
25. Manter úmido o leito da ferida a fim de evitar aderência de gazes.	2,59	0,92	0	4	-0,35	0,11	-3,08	0,67		
26. Eliminar espaço morto (preenchê-lo com	2,41	1,15	0	4	-0,22	-0,92	-3,16	0,67		

Continuação

ARTIGOS DOS RESULTADOS

curativo) antes da cobertura selecionada.										(0,91-0,96)
27. Utilizar coberturas absorventes.	2,41	1,12	0	4	-0,26	-0,77	-3,47	0,81		
28. Considerar o uso de coberturas antiaderentes.	2,25	1,11	0	4	-0,17	-0,64	-4,49	0,77		
29. Considerar a redução das trocas frequentes de curativos utilizando compressas cirúrgicas como coberturas primárias e absorventes íntimos geriátricos descartáveis ou fraldas infantis descartáveis como coberturas secundárias.	2,20	1,18	0	4	-0,17	-0,63	-5,66	0,69		
30. Promover as coberturas em conformidade com contornos da área para oferecer conforto à pessoa.	2,76	0,99	0	4	-0,52	-0,10	-6,23	0,59		
31. Proteger o curativo com saco plástico ou filme transparente durante o banho de aspersão e abri-lo para troca somente no leito (o que evita a dispersão de exsudato e micro-organismos no ambiente).	2,78	0,97	0	4	-0,52	0,04	-4,18	0,70		
CATEGORIA 3 - Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea										
SUBCATEGORIA 1 - Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle da dor										
32. Monitorar o nível de intensidade da dor pela Escala Visual Analógica ou pela Escala Visual Numérica.	2,14	1,15	0	4	-0,20	-0,61	-3,39	0,59		
33. Iniciar o curativo após 30 minutos da analgesia via oral; 5 minutos da analgesia subcutânea ou endovenosa; e início imediato para via tópica conforme prescrição médica.	2,20	1,20	0	4	-0,03	-0,85	-4,70	0,54		
34. Adequar o horário de troca de curativos após a pessoa já estar medicada, respeitando o intervalo de	2,63	0,96	0	4	-0,31	-0,13	-2,92	0,60		

Continuação

ARTIGOS DOS RESULTADOS

acordo com o tipo de analgesia.									0,90	0,89 (0,85-0,93)
35.Avaliar a necessidade de analgesia tópica com lidocaína gel a 2% conforme prescrição médica.	2,00	1,11	0	4	0,09	-0,69	-3,36	0,52		
36. Não friccionar com força o leito da ferida.	3,12	0,93	0	4	-1,02	1,11	-3,49	0,68		
37.Reavaliar a necessidade de alteração do esquema analgésico prescrito.	2,71	0,96	0	4	-089	0,99	-3,35	0,56		
38.Considerar, junto à equipe médica, a necessidade de anti-inflamatórios, radioterapia antiálgica ou cirurgia.	2,53	1,17	0	4	-0,69	-0,26	-5,17	053		
39.Registrar a avaliação da dor pela Escala Visual Analógica ou pela Escala Visual Numérica e a analgesia antes e após o curativo.	2,10	1,17	0	4	-0,27	-0,72	-3,30	0,55		
40.Comunicar à equipe médica os casos de sofrimento álgico que fujam ao controle da conduta preconizada.	2,88	1,19	0	4	-1,08	0,54	-2,57	0,58		
SUBCATEGORIA 2 - Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle do exsudato										
41.Coletar material para cultura (aspirado/swab pela técnica de Levine) com limpeza prévia da lesão.	2,76	1,12	0	4	-0,92	0,34	-2,93	0,55	0,78	078 (0,70-0,87)
42.Empregar carvão ativado/alginato de cálcio/copolímero de amido/espumas com ou sem prata/hidrofibra como cobertura primária e compressas/gazes como cobertura secundária.	2,57	1,17	0	4	-0,48	-0,50	-2,45	0,72		
SUBCATEGORIA 3 - Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle do prurido										
43.Investigar a causa do prurido.	2,25	1,23	0	4	0,02	-1,07	-4,33	0,58		
44.Utilizar adesivos hipoalergênicos.	2,55	1,32	0	4	-0,47	-0,99	-4,82	0,67		

Continuação

ARTIGOS DOS RESULTADOS

45.Utilizar dexametasona creme 0,1% nas áreas do prurido conforme prescrição médica.	2,53	1,15	0	4	-0,52	-0,47	-2,02	0,74	0,91	0,91 (0,87-0,94)
46.Investigar presença de infecções fúngicas.	2,55	1,08	0	4	-0,67	0,50	-4,85	0,72		
47.Utilizar nistatina ou sulfadiazina de prata 1% com ou sem nitrato de cério para a candidíase cutânea nas áreas de hiperemia ao redor da ferida associada a manchas esbranquiçadas conforme prescrição médica.	2,04	1,22	0	4	-0,10	-0,82	-5,25	0,63		
48.Considerar a redução do intervalo dos curativos, para evitar esse sintoma e investigar a reação alérgica a cobertura utilizada.	2,08	1,11	0	4	-0,25	-0,63	-4,65	0,78		
49.Caso o prurido persista, considerar, junto à equipe médica, a introdução de terapia sistêmica.	2,53	1,21	0	4	-0,36	-1,01	-4,14	0,70		
50.Utilizar cremes à base de desonida para os casos de alergia conforme prescrição médica.	1,96	1,34	0	4	-0,03	-1,06	-5,75	0,65		
SUBCATEGORIA 4 - Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle da necrose										
51.Avaliar as necessidades de debridamento, de acordo com a condição clínica da pessoa e as características da lesão (por exemplo friáveis).	2,60	1,14	0	4	-0,51	-0,60	-3,93	0,84	0,93	0,93 (0,89-0,96)
52.Eleger a forma de debridamento (autolítico, químico, mecânico e instrumental conservador).	2,29	1,27	0	4	-0,1	-1,05	-3,00	0,73		
53.Considerar, prioritariamente, o debridamento autolítico.	2,35	1,26	0	4	-0,09	-1,15	-5,50	0,75		
SUBCATEGORIA 5 - Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle da fístula										
54.Aplicar óxido de zinco/hidrocoloide/creme	2,18	1,16	0	4	-0,12	-0,77	-5,53	0,77		

Continuação

ARTIGOS DOS RESULTADOS

barreira/solução polimérica na pele ao redor da fístula.									0,84	0,83 (0,72-0,91)
55.Adaptar, quando possível, bolsas coletoras nas fístulas de alta drenagem e proteger a área perifistular.	2,43	1,22	0	4	-0,21	-0,92	-5,21	0,77		
SUBCATEGORIA 6 - Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle do sangramento										
56.Aplicar pressão diretamente sobre os vasos sangrantes com emprego de gazes por 10 a 15 minutos.	2,63	1,09	0	4	-0,72	0,15	-5,91	0,75	0,90	0,89 (0,85-0,93)
57.Considerar a aplicação de solução salina gelada com emprego de gazes e/ou compressas.	2,53	1,12	0	4	-0,39	-0,62	-6,24	0,70		
58.Considerar o uso de curativo hemostático à base de gelatina suína (Gelfoam).	1,55	1,17	0	4	0,34	-0,69	-5,25	0,69		
59.Aplicar alginato de cálcio.	2,20	1,17	0	4	-0,08	-0,71	-4,37	0,60		
60. Considerar o uso de adrenalina (solução injetável) topicamente sobre os pontos sangrantes 1:1000 conforme prescrição médica.	2,69	1,19	0	4	-0,61	-0,42	-5,68	0,60		
61. Verificar, junto à equipe médica, a possibilidade de tratamento com coagulante sistêmico como ácido aminocaproico (comprimidos ou em solução injetável) ou ácido tranexâmico (comprimidos ou em solução injetável).	2,49	1,24	0	4	-0,57	-0,49	-3,35	0,70		
62. Verificar, junto à equipe médica, a possibilidade de tratamento com intervenção cirúrgica nos sangramentos persistentes ou resistentes às terapias	2,73	1,04	0	4	-0,74	0,29	-3,18	0,59		

Continuação

ARTIGOS DOS RESULTADOS

convencionais.										
63. Verificar, junto à equipe médica, a possibilidade de tratamento com radioterapia anti-hemorrágica.	2,12	1,31	0	4	-0,28	-0,89	-7,20	0,56		
64. Verificar, junto à equipe médica, a possibilidade de tratamento com sedação paliativa para os casos de sangramento intenso acompanhado de agitação, desespero e angústia da pessoa.	2,55	1,19	0	4	-0,23	-0,94	-4,77	0,61		
65. Em casos de agitação e angústia da pessoa por causa do sangramento intenso, considerar o uso de toalhas de cores escuras para conter a hemorragia.	1,61	1,23	0	4	0,41	-0,64	-3,76	0,64		
SUBCATEGORIA 7 - Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle do odor										
66.Considerar a aplicação de solução de PHMB (polihexanidametilbiguanida).	1,69	1,27	0	4	0,38	-0,60	-4,13	0,71	0,90	0,90 (0,84-0,94)
67.Considerar o uso de gases embebidas em hidróxido de alumínio no leito da ferida para odor grau I.	1,53	1,14	0	4	0,35	-0,47	-4,85	0,62		
68. Considerar o uso de carvão ativado.	2,22	1,20	0	4	-0,08	-0,88	-5,37	0,67		
69. Aplicar gel ou solução de metronidazol 0,8% para odor grau II conforme prescrição médica.	1,67	1,16	0	4	0,14	-0,74	-3,80	0,61		
70. Considerar, junto à equipe médica, a possibilidade de associação de metronidazol sistêmico (endovenoso ou oral) ao uso tópico para odor grau III.	1,76	1,21	0	4	0,19	-0,72	-3,76	0,57		
SUBCATEGORIA 8 - Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle da infestação de míases										
71.Considerar a aplicação de lidocaína tópica a fim	2,02	1,22	0	4	0,03	-0,88	-4,13	0,66		

Continuação

ARTIGOS DOS RESULTADOS

de reduzir a dor durante a retirada manual das larvas conforme prescrição médica.										
72. Aplicar vaselina líquida a fim de impedir que as larvas respirem e facilitar a remoção.	1,67	1,29	0	4	0,43	-0,88	-4,85	0,54		
73. Realizar a retirada manual (com pinças) das larvas.	2,86	1,11	0	4	-0,53	-1,07	-5,37	0,55	0,80	0,80 (0,70-0,88)
74. Administrar ivermectina sistêmico conforme prescrição médica.	2,88	1,19	0	4	-0,79	0,40	-3,80	0,57		
CATEGORIA 4 - Registro das ações de enfermagem										
75. Documentar a avaliação das características da ferida e as necessidades da pessoa.	2,92	1,11	0	4	-1,21	1,06	-3,76	0,53		
76. Documentar todas as intervenções realizadas com a ferida e com a pessoa.	3,02	1,12	0	4	-1,28	1,21	-3,63	0,60		
77. Documentar a educação realizada com a pessoa e/ou família, sinalizando os pontos de dificuldades de entendimento e habilidade.	2,67	1,19	0	4	-0,78	-0,09	-3,45	0,60	0,92	0,92 (0,89-0,95)
78. Documentar os resultados obtidos.	2,80	1,15	0	4	-0,99	0,32	-4,56	0,63		
79. Considerar o registro fotográfico das feridas após a autorização da pessoa e/ou familiar.	2,61	1,25	0	4	-0,80	-0,28	-4,27	0,59		
CATEGORIA 5 - Orientações para a alta hospitalar										
80. Identificar e contatar o cuidador principal para a capacitação na realização dos curativos no domicílio.	2,51	1,19	0	4	-0,58	-0,42	-4,61	0,53		
81. Identificar e contatar com a família e a rede de atendimento público que poderá ser acessada para a	2,41	1,19	0	4	-0,49	-0,60	-3,10	0,60		

Continuação

ARTIGOS DOS RESULTADOS

parceria nos cuidados com relação à ferida e capacitar esse profissional, se necessário.										
82. Realizar relatório de enfermagem sumarizado com relação à alta hospitalar, aos cuidados com a ferida, aos produtos utilizados, aos resultados obtidos e esperados e ao processo de educação da família.	2,25	1,20	0	4	-0,37	-0,75	-3,41	0,55	0,92	0,92 (0,88-0,95)
83. Orientar vestuário: roupas mais confortáveis e adaptadas ao melhor acesso à ferida para as trocas de curativos.	2,63	1,02	0	4	-0,71	0,25	-4,22	0,59		
84. Orientar melhores condições para dormir, considerando uso de coxins e outros artefatos para melhorar o posicionamento.	2,73	1,13	0	4	-0,89	0,19	-4,41	0,54		

Notas: t = teste t de Student (discriminação dos itens); r = correlação de Pearson (representatividade de conteúdo); † = Σ todos os itens do instrumento; α = alfa de Cronbach e ICC = coeficiente de correlação intraclasse (fidedignidade e consistência interna); *p < 0,001.

De acordo com os resultados do Quadro 01, foi possível observar que o teste t comprovou que todos os itens que compõem as categorias/subcategorias da medida do saber apresentaram valores discriminativos e estatisticamente significativos. Além disso, o cálculo de correlação de Pearson realizado constatou que os 84 itens do saber apresentaram correlações fortes, positivas, significativas e não excluíram nenhum item da medida pretendida. Também se constatou que os alfas de Cronbach e os intervalos de confiança no CCI no saber foram significativos e maiores que 0,70 e 0,80, respectivamente.

A seguir, está o Quadro 02, em que são apresentados os resultados com indicadores psicométricos dos itens do instrumento relacionado ao fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea.

ARTIGOS DOS RESULTADOS

Quadro 02 - Medidas estatísticas e indicadores psicométricos do instrumento relacionado ao fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea. João Pessoa/PB, 2018.

CATEGORIAS / SUBCATEGORIAS	Estatística descritiva						Indicadores psicométricos			
CATEGORIA 1 – Avaliação da lesão e das necessidades da pessoa com ferida tumoral maligna cutânea	M	σ	Min	Max	As	Cu	t	r (pontuação total) [†]	α	CCI (95%CCI)
1.Localização anatômica da lesão	2,02	1,30	0	4	-0,26	-1,20	-7,88*	0,87	0,98*	0,97* (0,96-0,98)
2.Tamanho - Mensuração da lesão (altura, largura, profundidade ou abaulamento)	1,71	1,20	0	4	0,17	-0,79	-5,31	0,73		
3. Estadiamento (1, 1N, 2, 3, 4)	1,55	1,27	0	4	0,37	-0,93	-4,49	0,70		
4. Intensidade do odor (grau I, II, III)	2,00	1,44	0	4	0	-1,27	-5,69	0,69		
5. Exsudato (tipo e quantidade)	2,06	1,26	0	4	-0,24	-0,91	-5,50	0,73		
6.Intensidade do sangramento (leve, moderado e intenso)	2,37	1,40	0	4	-0,39	-1,13	-5,93	0,82		
7. Intensidade da dor na ferida (leve, moderada, intensa e excruciante), usando a Escala Visual Analógica ou a Escala Visual Numérica	1,71	1,28	0	4	0,29	-0,86	-3,47	0,51		
8.Prurido	1,88	1,27	0	4	-0,25	-1,21	-7,16	0,80		
9. Borda e pele perilesional	1,80	1,25	0	4	-0,60	-1,21	-6,80	0,79		
10. Sinais de infecção locais (calor, rubor, edema, dor)	2,41	1,36	0	4	-0,45	-0,89	-6,73	0,82		
11. Tipo de tecido (necrose de coagulação, necrose de liquefação, granulação, epitelização)	2,06	1,32	0	4	-0,28	-0,97	-6,00	0,79		
12.Presença de miíases	2,27	1,50	0	4	-0,27	-1,39	-5,48	0,74		

Continuação

ARTIGOS DOS RESULTADOS

13. Fístulas e quantidade drenada	1,94	1,26	0	4	-0,01	-0,75	-5,95	0,81		
14. Sinus (túneis)	1,24	1,05	0	4	0,48	-0,47	-5,32	0,72		
15. Classificação morfológica da lesão (nodular, cavitária, vegetante)	1,33	1,14	0	4	0,30	-1,00	-4,94	0,68		
16.Acometimento ou invasão de órgãos-alvo.	1,59	1,13	0	4	0,11	-0,80	-4,85	0,75		
17. Avaliação dos aspectos social, psíquico, espiritual e econômico.	2,20	1,36	0	4	-0,17	-1,16	-4,05	0,77		
18.Progressão ou mudança da forma da ferida.	1,96	1,17	0	4	-0,32	-0,80	-5,94	0,81		
19. Identificação das necessidades educacionais da pessoa ou cuidador quanto aos cuidados com a ferida após a alta.	2,12	1,42	0	4	-0,13	-1,31	-5,87	0,82		
CATEGORIA 2 – Cuidados básicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea										
20. Retirar os adesivos cuidadosamente usando solução removedora (solução salina ou vaselina ou óleo mineral).	2,45	1,33	0	4	-0,74	-0,55	-4,41	0,84		
21. Retirar gazes aderidas ao leito da lesão com irrigação abundante utilizando solução salina.	2,37	1,40	0	4	-0,71	-0,83	-5,52	0,84		
22. Irrigar o leito da ferida com solução salina.	2,22	1,42	0	4	-0,49	-1,12	-4,30	0,75		
23. Lavar a ferida com antisséptico (clorohexidine degermante ou PHMB sabonete), para remoção superficial de bactérias e <i>debris</i> .	2,39	1,41	0	4	-0,56	-0,95	-4,85	0,87		
24. Empregar técnica asséptica.	2,61	1,44	0	4	-0,85	-0,62	-5,36	0,83		
25. Manter úmido o leito da ferida a fim de evitar aderência de gazes.	2,10	1,34	0	4	-0,34	-1,09	-6,58	0,81		
26. Eliminar espaço morto (preenchê-lo com	1,80	1,33	0	4	-0,10	-1,27	-5,72	0,85	0,95	0,95

Continuação

ARTIGOS DOS RESULTADOS

curativo) antes da cobertura selecionada.										(0,92-0,97)
27. Utilizar coberturas absorventes.	1,80	1,31	0	4	-0,05	-0,99	-6,34	0,87		
28. Considerar o uso de coberturas antiaderentes.	1,82	1,38	0	4	-0,01	-1,23	-5,38	0,87		
29. Considerar a redução das trocas frequentes de curativos utilizando compressas cirúrgicas como coberturas primárias e absorventes íntimos geriátricos descartáveis ou fraldas infantis descartáveis como coberturas secundárias.	1,61	1,39	0	4	-0,19	-1,26	-4,44	0,87		
30. Promover as coberturas em conformidade com contornos da área para oferecer conforto à pessoa.	2,08	1,37	0	4	-0,19	-1,09	-5,42	0,74		
31. Proteger o curativo com saco plástico ou filme transparente durante o banho de aspersão e abri-lo para troca somente no leito (evitando a dispersão de exsudato e micro-organismos no ambiente).	2,10	1,50	0	4	-0,25	-1,36	-7,49	0,88		
CATEGORIA 3 - Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea										
SUBCATEGORIA 1 - Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle da dor										
32. Monitorar o nível de intensidade da dor pela Escala Visual Analógica ou Escala Visual Numérica.	1,71	1,33	0	4	0,25	-1,06	-4,91	0,89		
33. Iniciar o curativo após 30 minutos da analgesia via oral; 5 minutos da analgesia subcutânea ou endovenosa; e início imediato para a via tópica conforme prescrição médica.	1,76	1,33	0	4	0,14	-1,11	-5,60	0,74		
34. Adequar o horário de troca de curativos após a pessoa já estar medicada, respeitando o intervalo de	2,06	1,35	0	4	-0,31	-1,04	-5,96	0,84		

Continuação

ARTIGOS DOS RESULTADOS

acordo com o tipo de analgesia.									0,96	0,96 (0,95-0,98)
35.Avaliar a necessidade de analgesia tópica com lidocaína gel a 2% conforme prescrição médica.	1,59	1,25	0	4	0,40	-0,70	-4,57	0,83		
36. Não friccionar com força o leito da ferida.	2,31	1,46	0	4	-0,49	-1,07	-4,21	0,83		
37.Reavaliar a necessidade de alteração do esquema analgésico prescrito.	2,22	1,38	0	4	-0,45	-1,00	-3,99	0,72		
38.Considerar, junto à equipe médica, a necessidade de anti-inflamatórios, radioterapia antiálgica ou cirurgia.	2,04	1,44	0	4	-1,20	-1,31	-5,61	0,76		
39.Registrar a avaliação da dor pela Escala Visual Analógica ou Escala Visual Numérica e a analgesia antes e após o curativo.	1,69	1,32	0	4	0,18	-1,10	-3,18	0,86		
40.Comunicar à equipe médica os casos de sofrimento álgico que fujam ao controle da conduta preconizada.	2,45	1,46	0	4	-0,64	-0,92	-4,80	0,71		
SUBCATEGORIA 2 - Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle do exsudato										
41.Coletar material para cultura (aspirado/swab pela técnica de Levine) com limpeza prévia da lesão.	2,27	1,45	0	4	-0,42	-1,22	-5,17	0,76	0,88	0,88 (0,78-0,93)
42.Empregar carvão ativado/alginato de cálcio/copolímero de amido/espumas com ou sem prata/hidrofibra como cobertura primária e compressas/gazes como cobertura secundária.	2,02	1,46	0	4	-0,11	-1,36	-3,89	0,86		
SUBCATEGORIA 3 - Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle do prurido										
43.Investigar a causa do prurido.	1,90	1,37	0	4	0,04	-1,17	-6,24	0,71		
44.Utilizar adesivos hipoalergênicos.	2,16	1,49	0	4	-0,24	-1,37	-5,53	0,76		

Continuação

ARTIGOS DOS RESULTADOS

45.Utilizar dexametasona creme 0,1% nas áreas do prurido conforme prescrição médica.	2,04	1,38	0	4	-0,17	-1,26	-5,13	0,86	0,95	0,95 (0,93-0,97)
46.Investigar presença de infecções fúngicas.	2,10	1,45	0	4	-0,22	-1,31	-5,30	0,74		
47.Utilizar nistatina ou sulfadiazina de prata 1% com ou sem nitrato de cério para candidíase cutânea nas áreas de hiperemia ao redor da ferida associada a manchas esbranquiçadas conforme prescrição médica.	1,67	1,32	0	4	0,22	-1,10	-7,49	0,84		
48.Considerar a redução do intervalo dos curativos, para evitar esse sintoma e investigar reação alérgica a cobertura utilizada.	1,78	1,33	0	4	-0,01	-1,17	-4,98	0,80		
49.Caso o prurido persista, considerar, junto à equipe médica, a introdução de terapia sistêmica.	2,12	1,45	0	4	-0,25	-1,32	-6,26	0,80		
50.Utilizar cremes à base de desonida para os casos de alergia conforme prescrição médica.	1,63	1,38	0	4	0,19	-1,28	-9,20	0,88		
SUBCATEGORIA 4 - Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle da necrose										
51.Avaliar as necessidades de debridamento, de acordo com a condição clínica da pessoa e as características da lesão (por ex. friáveis).	2,06	1,45	0	4	-0,23	-1,33	-6,76	0,75	0,96	0,96 (0,94-0,98)
52.Eleger a forma de debridamento (autolítico, químico, mecânico e instrumental conservador).	1,75	1,43	0	4	0,30	-1,16	-6,90	0,81		
53.Considerar, prioritariamente, o debridamento autolítico.	1,88	1,44	0	4	0,17	-1,29	-6,41	0,90		
SUBCATEGORIA 5 - Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle da fístula										
54.Aplicar óxido de zinco/hidrocoloide/creme	1,78	1,30	0	4	0,08	-1,12	-7,16	0,79		

Continuação

ARTIGOS DOS RESULTADOS

barreira/solução polimérica na pele ao redor da fístula.									0,92	0,91 (0,85-0,95)
55.Adaptar, quando possível, bolsas coletoras nas fístulas de alta drenagem e proteger a área perifistular.	2,06	1,49	0	4	-0,14	-1,40	-6,01	0,89		
SUBCATEGORIA 6 - Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle do sangramento										
56.Aplicar pressão diretamente sobre os vasos sangrantes com emprego de gazes por 10 a 15 minutos.	2,25	1,40	0	4	-0,38	-1,10	-6,52	0,85	0,95	0,95 (0,93-0,97)
57.Considerar aplicação de solução salina gelada com emprego de gazes e/ou compressas.	2,06	1,36	0	4	-0,11	-1,16	-7,47	0,86		
58.Considerar o uso de curativo hemostático à base de gelatina suína (Gelfoam).	1,18	1,18	0	4	0,63	-0,53	-7,13	0,83		
59.Aplicar alginato de cálcio.	1,82	1,41	0	4	0,10	-1,22	-6,39	0,87		
60. Considerar o uso de adrenalina (solução injetável) topicamente sobre os pontos sangrantes 1:1000 conforme prescrição médica.	2,33	1,52	0	4	-0,45	-1,25	-5,86	0,88		
61. Verificar, junto à equipe médica, a possibilidade de tratamento com coagulante sistêmico como ácido aminocaproico (comprimidos ou em solução injetável) ou ácido tranexâmico (comprimidos ou em solução injetável).	2,00	1,48	0	4	-0,15	-1,45	-6,82	0,83		
62. Verificar, junto à equipe médica, a possibilidade de tratamento com intervenção cirúrgica nos sangramentos persistentes ou resistentes às terapias	1,92	1,40	0	4	-0,07	-1,10	-6,76	0,84		

Continuação

ARTIGOS DOS RESULTADOS

convencionais										
63. Verificar, junto à equipe médica, a possibilidade de tratamento com radioterapia anti-hemorrágica	1,80	1,40	0	4	0,09	-1,27	-5,14	0,61		
64. Verificar, junto à equipe médica, a possibilidade de tratamento com sedação paliativa para os casos de sangramento intenso acompanhado de agitação, desespero e angústia do pessoa.	1,82	1,37	0	4	0,09	-1,17	-7,63	0,81		
65. Em casos de agitação e angústia da pessoa por causa do sangramento intenso, considerar o uso de toalhas de cores escuras para conter a hemorragia.	1,22	1,22	0	4	0,80	-0,08	-5,70	0,82		
SUBCATEGORIA 7 - Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle do odor										
66.Considerar a aplicação de solução de PHMB (polihexanidametilbiguanida).	1,49	1,32	0	4	0,43	-0,87	-6,51	0,83		
67.Considerar o uso de gases embebidas em hidróxido de alumínio no leito da ferida para odor grau I.	1,31	1,27	0	4	0,65	-0,57	-5,58	0,88		
68. Considerar o uso de carvão ativado.	1,82	1,38	0	4	0,09	-1,23	-8,11	0,65		
69. Aplicar gel ou solução de metronidazol 0,8% para odor grau II conforme prescrição médica.	1,43	1,25	0	4	0,38	-0,92	-6,27	0,84	0,93	0,93 (0,89-0,96)
70. Considerar, junto à equipe médica, a possibilidade de associação de metronidazol sistêmico (endovenoso ou oral) ao uso tópico para odor grau III.	1,57	1,28	0	4	0,22	-0,99	-5,38	0,70		
SUBCATEGORIA 8 - Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle da infestação de míases										
71.Considerar a aplicação de lidocaína tópica a fim	1,49	1,33	0	4	0,44	-0,93	-5,44	0,77		

Continuação

ARTIGOS DOS RESULTADOS

de reduzir a dor durante a retirada manual das larvas conforme prescrição médica.									0,89	0,89 (0,83-0,93)
72.Aplicar vaselina líquida a fim de impedir que as larvas respirem, facilitando a remoção.	1,37	1,34	0	4	0,62	-0,78	-6,78	0,68		
73. Realizar a retirada manual (com pinças) das larvas.	2,10	1,55	0	4	-0,07	-1,56	-6,46	0,85		
74. Administrar ivermectina sistêmico conforme prescrição médica.	2,25	1,58	0	4	-0,31	-1,45	-7,80	0,72		
CATEGORIA 4 - Registro das ações de enfermagem										
75.Documentar a avaliação das características da ferida e as necessidades da pessoa.	2,39	1,50	0	4	-0,45	-1,26	-7,34	0,74	0,94	0,94 (0,91-0,96)
76.Documentar todas as intervenções realizadas com a ferida e com a pessoa.	2,41	1,50	0	4	-0,49	-1,24	-5,70	0,68		
77. Documentar educação realizada com a pessoa e/ou família, sinalizando os pontos de dificuldades de entendimento e habilidade.	2,00	1,43	0	4	-0,13	-1,27	-6,75	0,70		
78. Documentar os resultados obtidos.	2,27	1,51	0	4	-0,42	-1,33	-6,67	0,77		
79. Considerar registro fotográfico das feridas após a autorização da pessoa e/ou familiar.	1,88	1,44	0	4	0,00	-1,35	-4,95	0,79		
CATEGORIA 5 - Orientações para a alta hospitalar										
80.Identificar e contatar o cuidador principal para a capacitação na realização dos curativos à domicílio.	1,98	1,49	0	4	-0,12	-1,48	-7,00	0,84		
81. Identificar e contatar com a família, a rede de atendimento público que poderá ser acessada para a parceria nos cuidados com relação à ferida e	1,96	1,45	0	4	-0,05	-1,40	-4,88	0,82		

Continuação

ARTIGOS DOS RESULTADOS

capacitar esse profissional, se necessário.										
82. Realizar relatório de enfermagem sumarizado com relação à alta hospitalar e aos cuidados com a ferida, produtos utilizados, resultados obtidos e esperados e processo de educação da família.	1,78	1,39	0	4	0,03	-1,28	-5,40	0,85	0,95	0,94 (0,92-0,97)
83. Orientar vestuário: roupas mais confortáveis e adaptadas ao melhor acesso à ferida para as trocas de curativos.	2,18	1,35	0	4	-0,33	-1,19	-5,76	0,80		
84. Orientar melhores condições para dormir, considerando uso de coxins e outros artefatos para melhorar o posicionamento.	2,31	1,42	0	4	-0,50	-1,13	-5,55	0,73		

Notas: t = teste t de Student (discriminação dos itens); r = correlação de Pearson (representatividade de conteúdo); † = Σ todos os itens do instrumento; α = alfa de Cronbach e ICC = coeficiente de correlação intraclasse (fidedignidade e consistência interna); *p < 0,001.

De acordo com os resultados do Quadro 02, foi possível observar que o teste t comprovou que todos os itens que compõem as categorias/subcategorias da medida do fazer apresentaram valores discriminativos e estatisticamente significativos. Além disso, o cálculo de correlação de Pearson realizado constatou que os 84 itens do fazer apresentaram correlações fortes, positivas, significativas e não excluíram nenhum item da medida pretendida. Também se constatou que os alfas de Cronbach e os intervalos de confiança no CCI no fazer foram significativos e maiores que 0,80 em ambos.

A seguir, está o Quadro 03, em que são apresentados os resultados da análise convergente das categorias e subcategorias do saber e do fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea.

Quadro 03 - Análise convergente das categorias e subcategorias do saber e do fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea. João Pessoa, 2018.

Categorias e Subcategorias do SABER	Categorias e Subcategorias do FAZER												
	CF 1	CF 2	CF 3	SC F1	SC F2	SC F3	SC F4	SC F5	SC F6	SC F7	SC F8	CF 4	CF5
CS 1	0,77	0,58	0,52	0,52	0,56	0,57	0,75	0,54	0,57	0,53	0,69	0,89	0,78
CS 2	0,54	0,59	0,49	0,58	0,55	0,56	0,53	0,57	0,49	0,44	0,52	0,45	0,54
CS 3	0,57	0,52	0,66	0,50	0,53	0,52	0,48	0,55	0,49	0,44	0,58	0,46	0,57
SCS 1	0,43	0,48	0,45	0,65	0,47	0,40	0,48	0,47	0,42	0,41	0,44	0,44	0,53
SCS 2	0,69	0,70	0,65	0,70	0,78	0,72	0,68	0,72	0,60	0,56	0,75	0,65	0,61
SCS 3	0,52	0,53	0,46	0,50	0,57	0,69	0,55	0,51	0,47	0,49	0,52	0,40	0,57
SCS 4	0,73	0,59	0,51	0,62	0,62	0,62	0,76	0,57	0,47	0,42	0,57	0,47	0,63
SCS 5	0,62	0,62	0,56	0,58	0,61	0,60	0,52	0,76	0,67	0,59	0,71	0,54	0,62
SCS 6	0,66	0,59	0,54	0,54	0,64	0,63	0,64	0,67	0,88	0,74	0,61	0,74	0,71
SCS 7	0,64	0,42	0,48	0,47	0,46	0,45	0,49	0,51	0,61	0,71	0,47	0,43	0,58
SCS 8	0,50	0,79	0,77	0,69	0,84	0,77	0,68	0,63	0,73	0,61	0,91	0,86	0,74
C 4	0,83	0,45	0,49	0,48	0,50	0,42	0,72	0,58	0,56	0,52	0,57	0,68	0,65
C5	0,51	0,82	0,79	0,70	0,76	0,74	0,75	0,67	0,72	0,68	0,62	0,59	0,68

***Notas:** CS = Categoria Saber; SCS = Subcategoria do Saber; CF = Categoria Fazer; SCF = Subcategoria do fazer. Todas as correlações foram significativas a um $p < 0,001$.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018

DISCUSSÃO

a) Validação de Conteúdo e de Confiabilidade

Tendo finalizada a coleta e organizado o banco de dados, procurou-se avaliar, a partir dos pressupostos da Teoria Clássica dos Testes (TCT), a diferença do grupo de participantes que tiveram alta pontuação total dos que tiveram baixa pontuação total no constructo medido, bem como a interpretação da resposta final, ou seja, o que a soma diz sobre o participante⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Com a finalidade de discriminar os itens da medida, foi calculada uma pontuação total da escala e, em seguida, suas medianas ($Me_{\text{saber}} = 4,00$; min-máx = 1,20 - 6,69 e $Me_{\text{fazer}} = 3,63$; min-máx = 0,00 - 6,37); os participantes com pontuação abaixo da mediana foram classificados como sendo do grupo inferior, enquanto aqueles com pontuações acima da mediana foram definidos como do grupo superior de respostas.

Considerando-se cada um dos itens desta medida, efetuou-se um teste t de Student para amostras independentes e compararam-se ambos os grupos, observando quais dos itens da escala discriminam as pessoas com magnitudes próximas, estatisticamente significativas (Quadros 01 e 02). Como pode ser observado, todos os itens foram significativos, o que justifica a sua inserção no instrumento pretendido, pois, aponta-se em direção da proposta teórica, previamente defendida, de que a dimensão teórica acerca dos cuidados paliativos com as feridas tumorais malignas cutâneas se associe à dimensão prática dos cuidados paliativos com essas feridas, a qual estabelece relação do conteúdo das cinco categorias do **saber** e do **fazer** e seus 84 itens, que fazem parte do construto cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea.

Ainda nos mesmos quadros e continuando com base nas concepções da TCT, avaliou-se a relação do conteúdo dos itens, tendo por objetivo verificar a representatividade comportamento-domínio expressa nos itens. Tal condição tem como objetivo, sistematicamente, avaliar a relação teórica apresentada no instrumento validado com as situações especificadas nos itens e o quanto o instrumento representa os aspectos esperados para a referida medida⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

A partir dessa perspectiva, efetuou-se o cálculo de correlação de Pearson (r), que mede o grau da correlação (e a direção dessa correlação, se positiva ou negativa) entre duas variáveis de uma escala e assume valores entre -1 e 1, em que 1 significa uma correlação perfeita positiva entre duas variáveis; -1 significa uma correlação negativa perfeita entre duas

variáveis, isto é, se uma aumenta, a outra diminui, e 0 significa que as duas variáveis não dependem linearmente uma da outra. O cálculo da correlação de Pearson foi realizado para verificar a medida dos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea tanto para o contexto do **saber** quanto do **fazer** destinados à avaliação dos itens referentes ao desenvolvimento da mesma escala quando observados na validade de conteúdo. Com isso, destaca-se que todos os 84 itens, além de apresentarem correlações fortes e positivas, relativas ao construto em questão (pontuação total da escala; especificamente, para o **saber** e o **fazer**), foram significativos e não excluíram nenhum item da medida pretendida.

Orientado pelos resultados expostos acima, decidiu-se verificar a fidedignidade da escala. O objetivo dessa etapa é apresentar indicadores estatísticos que corroborem a capacidade de mensuração da escala neste estudo (sobre o **saber** e o **fazer**) buscando tornar uma medida acurada. Ao tratar da fidedignidade de um teste, esta se refere à característica que ele deve possuir ao se mensurar o fenômeno estudado com os mesmos sujeitos ou outros em ocasiões diferentes e que possa garantir a precisão instrumental com um coeficiente matemático próximo a 1.

Nessa condição, utilizou-se *alfa* de Cronbach como critério de consistência psicométrica. Trata-se de um dos indicadores psicométricos mais utilizados para verificar a fidedignidade ou validade interna do instrumento, que varia de 0,70 a 1, contudo, quanto mais próximo de 1, melhor será sua precisão, o que significa que os itens são homogêneos em sua mensuração e produzem a mesma variância, caracterizando uma segurança para a medida do fenômeno que se quer avaliar⁽²¹⁻²⁵⁾. Desta forma, ao observar os Quadros 01 e 02 relativos ao **saber** e ao **fazer** de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea, constata-se que os *alfas* para a referida medida foram melhores e significativos. Chama-se a atenção para o resultado do intervalo de confiança no Coeficiente de Correlação Intraclassa (CCI), que permaneceu em intervalos próximos aos observados no *alfa* de Cronbach, o que garante a confiabilidade da medida na amostra estudada.

Nos resultados apresentados dos Quadros 01 e 02, é possível destacar que as categorias e subcategorias referidas no instrumento em questão são confiáveis; isto é, foi possível discriminar as respostas dos participantes que pontuaram para mais ou para menos na escala apresentada a eles em relação a cada situação especificada no instrumento, revelando que os participantes foram capazes de reconhecer as questões relacionadas ao objetivo de estudo, permitindo a estes indicar, em frequência de respostas, do quanto **sabem** e **fazem** os cuidados paliativos. É também destaque, com base nos resultados, que é possível afirmar que

o conteúdo e categoria focados na dimensão da perspectiva teórica abordada e no desenvolvimento empírico do estudo assumiram uma representatividade de conteúdo muito clara, a qual foi observada nas correlações de Pearson, com todas apresentando escores correlacionais acima de 0,50, o que demonstra que os itens explicam, aproximadamente, mais de 25% do item para a especificidade do domínio⁽²²⁾. Destaca-se, também, a qualidade consistente da medida, reforçada pelo *alfa* de Cronbach, com todas as categorias do **saber** e do **fazer** que apresentam um *alfa* acima de 0,70 e que os *alfas* se mantiveram acima do limite aceito na literatura estatística. Salienta-se que os resultados dos *alfas* foram garantidos quando se observou a correlação intraclasse, que, além de ter sido significativa, revelou escores que estiveram muito próximos aos observados nos *alfas*, o que reforça a consistência da medida em questão⁽²³⁻²⁷⁾.

b) Validação Convergente

Ao garantir a medida de cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea para o **saber** e o **fazer** de enfermeiros, resolveu-se verificar a validade convergente desta medida associando o construto do **saber** com o do **fazer**. A validade convergente é definida como a relação significativa entre duas ou mais medidas de um mesmo constructo ou de constructos teoricamente relacionados, utilizando-se diferentes métodos ou instrumentos de avaliação^(17,20,26). A escolha de realizar essa etapa psicométrica se deve à condição conceitual e pragmática da abordagem dos padrão de conhecimento empírico e à educação em saúde, na qual, por consequência, é aguardado que esses dois testes apresentem alta correlação entre si.

Para a verificação dessa proposta do cálculo (validade convergente), realizou-se uma correlação de Pearson entre as variáveis-categorias-subcategorias do **saber** com o **fazer**. Os resultados observados no Quadro 3 revelaram que não somente houve uma correlação positiva e significativa acima de 0,50 entre as categorias do **saber** e do **fazer**, destacada na diagonal em negrito do quadro em questão, mas, também, a existência de uma intracorrelação entre as categorias. Esses resultados sugerem que uma qualidade no processo do **saber** referente aos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea influenciará positivamente no processo do **fazer** referente ao mesmo fenômeno. Assim, é possível elaborar um pressuposto teórico sobre esse fenômeno, no qual quanto maior for o **saber** nas categorias

e subcategorias relacionadas aos cuidados paliativos direcionados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea, maior será o **fazer** desse ‘cuidado’.

c) Validação Lógica e de Hipótese

Com vistas a uma maior garantia desses resultados, realizaram-se mais dois tipos de validade: a da lógica e a de hipótese: a primeira, de acordo com Pasquali¹⁷, refere-se à capacidade de peritos (no caso deste estudo, dois peritos com especialização na área da psicometria) avaliarem o instrumento como sendo válido, com base nos indicadores estatísticos apresentados, e a segunda tem por base a hipótese levantada no estudo, tendo por orientação a análise de conteúdo do instrumento validado. Portanto, dois peritos com experiência na psicometria admitiram que, com base nos critérios psicométricos, a referida medida (do **saber** e do **fazer** de enfermeiros nos cuidados paliativos à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea) é válida, em consequência, confiável.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo pretendeu verificar, através de cálculos relativos aos indicadores psicométricos (por exemplo, a discriminação dos itens, a representatividade do conteúdo e a fidedignidade) da medida acerca do **saber** e do **fazer** de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral. Considerando os resultados observados, pode-se destacar que tanto o instrumento quanto à perspectiva teórica abordada em relação ao constructo apresentado foram confirmados (isto é, analisar o quanto o participante é capaz de avaliar e responder a um conjunto de símbolos ou números constituídos numa regra, com o objetivo de verificar os seus comportamentos ou atitudes⁽¹⁷⁾).

Nos referidos resultados, o instrumento apresentado contempla uma amplitude avaliativa dos itens quando se pretende observar o **saber** e o **fazer** dos enfermeiros no contexto dos cuidados paliativos, além de oferecer uma base mais distribuída sobre as categorias e subcategorias na avaliação profissional e de educação em saúde para os cuidados paliativos; principalmente, quando comparado a outros instrumentos que propõem medidas semelhantes^(28,29).

Com isso, os achados deste estudo oferecem dois caminhos de reflexão e aplicabilidade na abordagem do fenômeno para a área do **saber** e o **fazer** exposto neste artigo:

1 – A capacidade empírica de uma medida teoricamente confiável para mensurar tais fenômenos, principalmente, relacionada à garantia psicométrica das respostas dos participantes, de tal forma, que demonstre a compreensão do saber e do fazer sobre a qualidade do conceito-conteúdo dos itens. Este, por sua vez (como foi observado no Quadro 01) teve resultado positivo (o participante que indicou sua resposta concordante a um dos domínios avaliados, provavelmente, pontuará também, alto nos demais domínios) e foi corroborado de forma consistente, uma vez que os escores dos *alfas* estiveram acima do estatisticamente exigido. Com isso, a partir dessas condições estatísticas, pode-se afirmar que, aquilo que se pretende mensurar teoricamente, de fato, foi medido;

2 – A comprovação do elemento teórico-empírico. Etapa que pretende mensurar axiomas, uma vez que, geralmente, ao se elaborar e/ou adaptar um instrumento, busca-se verificar a associação entre teoria e prática em termos de convergência, haja vista que não se pode conceber uma medida de avaliação que venha do vazio teórico e, sim, de uma base numa perspectiva conceitual e aplicada. Dessa forma, os resultados apresentados no Quadro 02, reforçam que **saber** e **fazer** são teoricamente correlacionados.

Nesse sentido, em termos de axioma da medida de identidade e de aditividade⁽¹⁷⁾, existe legitimidade científica no uso do número na descrição do fenômeno avaliado, salvaguardado o procedimento empírico e sua representação teórica. Assim, ao se considerarem tais resultados, existe uma espécie de isomorfismo, na qual, propriedades do número na escala de resposta e aspectos dos atributos pontuados à realidade empírica do respondente foram corroborados.

De forma geral, a medida das categorias-subcategorias-itens (o constructo sobre os cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea) do instrumento apresentado sobre o **saber** e o **fazer** contribuiu não somente para uma compreensão a respeito da condução e aplicação de conhecimentos teóricos e práticos nos cuidados paliativos voltados à pessoa com ferida tumoral por parte dos enfermeiros, mas também para propor um novo instrumento, já que estudos sobre esse fenômeno são escassos. Essa medida poderia também ser utilizada para uma diagnose em termos de estrutura e funcionalidade do conhecimento e ajustamento desses saberes na área da saúde, sobretudo, nos cuidados paliativos e no acolhimento de pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas.

Limitações do estudo

Apesar de os resultados serem significativos, algumas limitações no estudo podem ser pontuadas: inicialmente, mesmo que o presente instrumento contemple as categorias apresentadas pelo protocolo original⁽²⁹⁾ sobre o fenômeno abordado nesta pesquisa (cuidados paliativos direcionados às pessoas com feridas tumorais), bem como outros mais, propostos pelos autores deste estudo, a extensão do instrumento é uma condição que merece maior atenção. Além disso, sugere-se rever itens e categorias, principalmente, quanto à sua tautologia, que seria de grande utilidade em futuros estudos. Outra sugestão para novas pesquisas seria quanto ao tamanho amostral, pois existe um número pequeno de profissionais responsáveis nessa área, condição que promove a realização de um estudo multicêntrico ou até transcultural (que contemple centros de saúde que abordem protocolos com os conteúdos na mesma direção); também, seria importante conhecer a estabilidade temporal (teste-reteste), ao comparar com os resultados que podem ser indicados por outros autores e a replicabilidade deles, considerando amostras maiores e mais diversificadas quanto às características dos participantes, que incluiriam também questões da cultura profissional, acadêmico-curriculares e econômicas dos respondentes, do hospital e da condição econômica do Estado.

Para isso, faz-se necessário considerar, na nova avaliação do instrumento, ter em conta os aspectos mais específicos ou universais de cada cultura na avaliação desse instrumento quando se pretender adaptá-lo para outros contextos profissionais, sociais e acadêmicos. Por um lado, é importante considerar as dimensões locais, específicas ou exclusivas (*emics*) da orientação de cada contexto, e por outro e não menos importante, avaliar as dimensões universais (*etics*) do mesmo contexto, com o objetivo de comparar o constructo avaliado neste estudo com outro espaço geopolítico e social⁽²⁴⁾.

Contribuição Científica para a Disciplina

Espera-se que o instrumento possa contribuir para o ensino e para a pesquisa, o que leva a novos conhecimentos, bem como possa facilitar o processo de trabalho da prática diária e fornecer uma direção mais consistente para os registros de enfermagem.

Outrossim, é indispensável a continuidade de pesquisas nessa área, a fim de identificar as especificidades do **saber** e do **fazer** na enfermagem, e, desse modo, diminuir as lacunas na área de educação em enfermagem, sobretudo na área de cuidados paliativos.

Agradecimentos

Os autores expressam os seus agradecimentos aos enfermeiros participantes da pesquisa e à instituição que facilitou a sua realização.

Conflitos de Interesse

Os autores declaram que não há conflito de interesses no presente artigo.

REFERÊNCIAS

1. Tilley C, Lipson J, Ramos M. Palliative wound care for malignant fungating wounds: holistic considerations at end-of-life. *Nurs Clin North Am* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 10]; 51(3):513-31. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27497023>.
2. Maida V, Alexander S, Case AA, Fakhraei P. Malignant wound management. *Public Health Emerg* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jun 10]; 1(12):1-14. Available from: <http://handle.uws.edu.au:8081/1959.7/uws:36287>.
3. Probst S, Arber A, Faithfull S. Malignant fungating wounds: a survey of nurses' clinical practice in Switzerland. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. 2016 [cited 2017 Sep 10]; 13(4):295-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19386546>.
4. Virmani NC, Sharma YK, Panicker NK, Dash KN, Patvekar MA, Deo KS. Zosteriform skin metastases: clue to an undiagnosed breast cancer. *Indian J Dermatol* [Internet]. 2011 [cited 2017 Jan 25]; 56(6):726-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3276906/>.
5. Nogueira WP, Agra G, Formiga NS, Costa MML. Sociodemographic, clinical and therapeutic profile of patients with neoplastic wounds. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 01]; 11(8):3039-49. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/110207/22109> DOI: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.11064-98681-4-ED.1108201707>.
6. Brito DTF, Macêdo EL, Agra G, Andrade FLM, Formiga NS, Costa MML. Perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico de pacientes com feridas neoplásicas. *Rev Enferm Atual* [Internet]. 2017 [acesso em 01 mar 2018]; (esp): 88-97. Disponível em: http://revistaenfermagematual.com.br/revistas/revista_especial_17.pdf.
7. Probst S, Arber A, Faithfull S. Malignant fungating wounds: the meaning of living in an unbounded body. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. 2013 [cited 2017 Feb 28]; 17(1):38-45. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22459257>.

8. Carper B. Fundamental patterns of knowing in nursing. *Adv Nurs Sci* [Internet]. 1978 [cited 2018 Feb 24]; 1(1): 13-23. Available from: https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Citation/1978/10000/Fundamental_Patterns_of_Knowing_in_Nursing_.4.aspx
9. Cestari ME. Padrões de conhecimento da enfermagem e suas implicações no ensino. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2003 [citado em 24 fev 2018]; 24(1): 34-42. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGaucha%20de%20Enfermagem/article/viewFile/4435/2361>
10. Vituri DW, Matsuda LM. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [citado em 24 fev 2018]; 43(2): 429-37. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a24v43n2.pdf>
11. Bittencourt HR, Creutzberg M, Rodrigues ACM, Casartelli AO, Freitas ALS. Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação de disciplinas na educação superior. *Est Aval Educ* [Internet]. 2011 [citado em 24 fev 2018]; 22(48):91-114. Disponível em: <http://educa.fcc.org.br/pdf/eae/v22n48/v22n48a06.pdf>
12. Gillespie BM, Polit DF, Hamlin L, Chaboyer W. Developing a model of competence in the operating theatre: Psychometric validation of the Perceived Perioperative Competence Scale-Revised. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2012. [citado em 24 fev 2018]; 49(1):90-101. Available from: [http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(11\)00301-4/fulltext](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(11)00301-4/fulltext)
13. Kottner J, Audigé L, Brorson S, Donner A, Gajewski BJ, Hróbjartsson A, et al. Guidelines for Reporting Reliability and Agreement Studies (GRRAS) were proposed. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2011. [citado em 24 fev 2018]; 64(1):96-106. Available from: <http://www.rygforskning.dk/sites/default/files/files/articles/Kottner%20et%20al%202011.pdf>
14. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods* [Internet]. 2007 [cited 2017 Jan 20]; 39(2):175-91. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17695343>.
15. Revorêdo LS, Maia RS, Torres GV, Maia EMC. O uso da técnica Delphi em saúde: uma revisão integrativa de estudos brasileiros. *Arq Ciên Saúde* [Internet]. 2015 [citado 2017 jul 20]; 22(2):16-21. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/136/61>. DOI: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.22.2.2015.136>
16. Souza AC, Alexandre NMC, Guirardello EB. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2017 [citado em 25 fev 2018]; 26(3):649-59. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n3/2237-9622-ress-26-03-00649.pdf>
17. Pasquali L. Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed; 2010.

-
- 18.Sartes LMA, Souza-Formigoni MLO. Avanços na psicometria: da Teoria Clássica dos Testes à Teoria de Resposta ao Item. *Psicol. Reflex. Crit* [Internet]. 2013 [acesso em 05 mar 2018]; 26(2): 241-250. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v26n2/04.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722013000200>
- 19.Cunha JA. *Psicodiagnóstico*. Porto Alegre: Artmed; 2000.
- 20.Pasquali L. *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*: Rio de Janeiro: Vozes; 2011.
- 21.Kline P. *An easy guide to fator analysis*. Routledge: New York; 2014
- 22.Tabachnick BG, Fidel LS. *Using multivariate statistics*. Boston, MA. Pearson Education; 2013.
- 23.Pasquali L. *Técnicas de exames psicológicos: os fundamentos*. São Paulo: Vetor; 2016.
- 24.Formiga NS, Sampaio LR, Guimarães PRB. How many dimensions measure empathy? Empirical evidence multidimensional scale of interpersonal reactivity in brazilian. *Eureka*. [Internet] 2015 [citado em 25 fev 2018]; 12 (1): 94-105. Disponível em: <http://psicoeureka.com.py/sites/default/files/articulos/eureka-12-1-14.pdf>
- 25.Cronbach L. Como julgar os testes: fidedignidade e outras qualidades. In: Urbina S. *Fundamentos da testagem psicológica*. Porto Alegre: Artmed; 2007.
- 26.Rueda FRM, Castro NR. *Teste de inteligência – TI*. São Paulo: Vetor; 2012.
- 27.Farias Júnior JC, Loch MR, Lima Netto AJ, Sales JM, Ferreira FELL. Reprodutividade, consistência interna e validade do constructo KIDSCREEN-27 em adolescentes brasileiros. *Cad Saúd Públ* [Internet] 2017 [citado em 25 fev 2018];33(9):e-00131116. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v33n9/1678-4464-csp-33-09-e00131116.pdf
- 28.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* [Internet] 2005 [citado em 07 ago 2018]; 51 (4): 347-59. http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v04/pdf/revisao6.pdf
29. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Hospital do Câncer IV. Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Hospital do Câncer IV. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Feridas_Tumorais.pdf

6.2 Segundo Artigo dos Resultados

Efeitos de intervenção educativa em enfermeiros nos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea⁶

Educational intervention effects on nurses concerning to palliative care aimed at patients with cutaneous malignant tumor wound

Efectos de intervención educativa sobre los enfermeros em cuidados paliativos destinados a la persona con herida tumoral maligna cutánea

Resumo

Objetivo: verificar o efeito da intervenção educativa em enfermeiros da Atenção à Saúde de Alta Complexidade em Oncologia sobre cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea. **Método:** trata-se de uma pesquisa quase-experimental, do tipo antes e depois, com abordagem quantitativa, realizada com 38 enfermeiros de uma instituição filantrópica da Paraíba considerada CACON, que participaram de uma intervenção educativa nos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea, entre agosto e setembro de 2017, com carga horária de 35 horas. Na análise dos dados, utilizou-se a versão 22.0 do pacote estatístico SPSS para *Windows*, com teste de *Wilcoxon* para amostra pareada, considerando-se $p\text{-valor} < 0,001$. **Resultados:** observou-se que houve diferença estatística e significativa entre os escores médios em todas as categorias/subcategorias que compõem a avaliação dos cuidados paliativos nas fases antes e depois no **saber** e no **fazer** dos enfermeiros após a intervenção educativa e mais de 50% dos enfermeiros responderam positivamente a todas as categorias/subcategorias que compõem os cuidados paliativos no **saber** e no **fazer**, o que comprova que houve aprendizagem significativa. **Conclusão:** percebe-se a necessidade de que esses profissionais precisem avançar em seus estudos e executar o que foi aprendido, principalmente sobre os cuidados paliativos específicos, para que novas conexões mentais sejam estabelecidas e que esse conhecimento se consolide na estrutura cognitiva de cada um, com o treinamento de habilidades, como um *continuum* do conhecimento teórico, em que a ação remete à reflexão.

Descritores: Ensino; Aprendizagem; Enfermagem; Cuidados Paliativos; Úlceras Cutâneas; Neoplasias.

Abstract

Objective: to verify the educational intervention effect on nurses of the Attention to Health of High Complexity in Oncology concerning to palliative care aimed at patients with cutaneous malignant tumoral wound. **Method:** it is about a before and after quasi-experimental research, carried out with 38 nurses from a philanthropic institution of Paraíba state considered CACON, who participated in an educational intervention, 35 hours workload, related to palliative care aimed at patients with cutaneous malignant tumoral injury, from August to September in 2017. To analyze the data the SPSS to *Windows* version 22.0 has been used, with Wilcoxon test to paired sample, taking $p\text{-value} < 0,001$ into account. **Results:** it was noticed some

⁶ Será submetido em janeiro de 2019

statistical and significant difference among the average scores at all categories/subcategories which arrange the palliative care assessment in the before and after phases related to the knowledge and practice of the nurses after the educational intervention and more than 50% of the nurses replied positively to all categories/subcategories which arrange the palliative care related to the knowledge and practice, which proved the significant learning has happened. **Conclusion:** it is possible to notice that these professionals need to practice what has been learned, mainly about the specific palliative care, in order to establish new mental connections and to consolidate this knowledge in the cognitive structure of each one, with the skills training, as a *continuum* of the theoretical knowledge, in which the action refers to the reflection.

Descriptors: Teaching; Learning; Nursing; Palliative care; Skin Ulcers; Neoplasms.

Resumen

Objetivo: verificar el efecto de la intervención educativa sobre enfermeros de Atención a la Salud de Alta Complejidad en Oncología respecto a cuidados paliativos destinados a la persona con herida tumoral maligna cutánea. **Método:** Se trata de una investigación casi experimental, del tipo “antes y después”, con abordaje cuantitativo, realizado con 38 enfermeros de una institución filantrópica de Paraíba, considerada CACON, que participaron de una intervención educativa sobre los cuidados paliativos destinados a la persona con herida tumoral maligna cutánea, entre agosto y septiembre de 2017, con duración de 35 horas. En el análisis de los datos, se utilizó la versión 22.0 del paquete estadístico SPSS para Windows, con teste de Wilcoxon para muestra apareada, considerándose $p\text{-valor} < 0,001$. **Resultados:** se ha observado que hubo diferencia estadística y significativa entre los escores medianos en todas las categorías que componen la evaluación de los cuidados en las fases antes y después, respecto al saber y al hacer de los enfermeros tras la intervención educativa y más de 50% de los enfermeros contestaron positivamente a todas las categorías/subcategorías que componen los cuidados paliativos en el saber y hacer, lo que comprueba que ha habido aprendizaje significativo. **Conclusión:** se percibe la necesidad de que esos profesionales avancen en sus estudios y ejecuten los que ha sido aprendido, principalmente sobre cuidados paliativos específicos, para que nuevas conexiones mentales sean establecidas y que ese conocimiento se consolide en la estructura cognitiva de cada uno, con entrenamiento de habilidades, como un *continuum* del conocimiento teórico, en que acción remete a la reflexión.

Descritores: Enseñanza; Aprendizaje; Enfermería; Cuidados Paliativos; Úlceras Cutáneas; Neoplasias

INTRODUÇÃO

As feridas tumorais malignas cutâneas são lesões crônicas que se originam a partir da infiltração do tumor, por implantação acidental de células malignas na pele durante procedimento cirúrgico, diagnóstico ou pela metástase do tumor primário nas estruturas que compõem a pele, o que causa a quebra do tegumento mediante o processo de oncogênese⁽¹⁻³⁾.

As feridas tumorais malignas cutâneas constituem um agravo na vida da pessoa com doença oncológica, pois, progressivamente, desfiguram o corpo, tornam-se friáveis, dolorosas, exsudativas, liberam odor fétido e, muitas vezes, concorrem para mutilações. Ao mesmo tempo, essas lesões podem levar ao desenvolvimento de complicações tais como infecções superficiais e/ou sistêmicas, fístulas e infestação de larvas; outrossim, essas feridas afligem também as dimensões psíquica, social e espiritual do paciente, as quais podem interferir nas relações interpessoais com a equipe médica, com os próprios familiares e até mesmo com o relacionamento social⁽¹⁻³⁾.

A Unidade de Cuidados Paliativos do Instituto Nacional de Câncer⁽⁴⁾ apurou que 14% a 20% dos pacientes evoluem com feridas tumorais malignas, sendo os maiores sítios de incidência: cabeça e pescoço (49%), mama (45%), seguidos por pelve (4%) e membros inferiores (2%).

Na Paraíba, estudo⁽⁵⁾ realizado no Hospital Napoleão Laureano destacou que as feridas tumorais malignas se desenvolveram com maior frequência na pele (73,4%) em decorrência do câncer de pele, com aspecto de ulceração superficial (37,6%), nos homens (57,8%) com mais de 60 anos de idade (57,8%). E outro estudo⁽⁶⁾ realizado com 852 prontuários da Fundação Assistencial da Paraíba revelou que, aproximadamente, 10% dos pacientes com câncer evoluíram para feridas tumorais malignas cutâneas, cujos sítios de incidência foram pele (50,6%), boca (31,8%) e mama (17,6%) e os aspectos da lesões de maior ocorrência foram ulceração infiltrante (20,5%), superficial (11,5%) e vegetante (7,6%), predominantemente em mulheres (53%), com mais de 60 anos de idade (58,2%).

Estudo prospectivo realizado com 472 pacientes com câncer em consulta de medicina paliativa demonstrou que 67,7% apresentaram feridas tumorais malignas cutâneas e estas exibiram pelo menos um dos oito sintomas a seguir: dor, exsudação, odor, prurido, sangramento, sofrimento estético, além da ferida com aspecto vegetante volumoso; 21,9% das feridas apresentaram pelos menos dois sintomas e 11,5% apresentaram três ou mais sintomas. A prevalência dos sintomas foi de 31,3% para dor; 23,9% para aspecto vegetante volumoso; 19,4% para desconforto estético; 17,9% para exsudação; 11,9% para odor; 6% para prurido; e 6% para sangramento⁽⁷⁾.

O cuidado destinado às pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas é complexo e envolve um olhar multidisciplinar. Além disso, pode acarretar em aumento das despesas para a saúde pública, caso não haja um controle efetivo dos sinais e sintomas, já que pode resultar em internações e tratamentos que poderiam ser evitados. O enfermeiro deve implementar

intervenções no âmbito dos cuidados paliativos e promover, por meio de curativos funcionais, estéticos e efetivos, um atendimento individualizado à pessoa que resulte no controle dos sinais e sintomas, melhorando, assim, sua qualidade de vida e, sobretudo, conferindo dignidade no processo de finitude humana^(1-3,8).

Porém, pesquisas revelam que o enfermeiro encontra dificuldades para realizar os cuidados paliativos destinados às pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas, a saber: fragilidade no conhecimento sobre a temática; ausência de protocolos ou normatizações; ausência de orientações quanto à técnica, à terapia tópica e às coberturas utilizadas; carência de acompanhamento ou monitoramento de pacientes internos e ambulatoriais; abordagem tecnicista; ausência de educação permanente nos serviços; sentimento de culpa pela ferida não apresentar êxito no processo de cicatrização e sentimentos de repulsa e aversão diante do odor exalado pela ferida⁽⁹⁻¹²⁾.

Para se efetivar mudanças na prática de profissionais envolvidos nos cuidados paliativos, o Sistema Único de Saúde implementou a Política Nacional para o Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas⁽¹³⁾, por meio da Portaria nº 874/2013/GM/MS e a Resolução nº 41 de 31 de outubro de 2018⁽¹⁴⁾, que visam qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da assistência oncológica, incluindo os cuidados paliativos, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização e fomentar a formação e a especialização de recursos humanos para a rede de atenção oncológica. E também implementou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), regulamentada pela Portaria nº 1996/07/GM/MS, por meio de atividades educativas dos profissionais, como elementos que ‘façam sentido’ para eles, para que, com a *aprendizagem significativa*, possam, propor e reordenar práticas que promovam mudanças no processo de trabalho⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Este estudo se justifica por considerar os pressupostos da Educação Permanente em Saúde fundamentais para a implantação e implementação dos cuidados paliativos na Atenção à Saúde de Alta Complexidade em Oncologia (ASAC), uma vez que parte de uma revisão crítica das práticas laborais no contexto real onde ocorrem; de um processo educativo a partir da prática como fonte de conhecimentos e problemas; aborda a equipe multiprofissional como estrutura de interação e coloca o profissional, aqui, no caso, o enfermeiro, como ator reflexivo da prática e construtor do conhecimento e de alternativas de ação, desenvolvendo habilidades

e mudanças nas práticas e na organização do trabalho, principalmente, para ofertarem às pessoas com feridas tumorais, cuidados paliativos de boa qualidade⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Nesta pesquisa, consideraram-se os termos ‘saber’ e ‘fazer’ como sinônimos de conhecimento teórico e habilidade prática, respectivamente. O conhecimento teórico pode ser definido como “o conjunto de conteúdos obtidos predominantemente por meio de exposição, leitura e reelaboração crítica que possibilitam ao profissional o domínio cognitivo de um *saber* e a capacidade de tomar decisões e resolver problemas em sua área de atuação”^(17:33). O conhecimento prático ou habilidade, como “conjunto de práticas adquiridas sobretudo por demonstração, repetição e reelaboração crítica, que fornecem ao profissional o domínio psicomotor, a prática de um *saber fazer* e a capacidade de tomar decisões e resolver questões no campo em que atua (intervenção)”^(17:33).

Nesse contexto de desafios, em que o enfermeiro necessita de um *saber* e um *saber fazer* para exercer sua competência nos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea, esta pesquisa emerge como uma intervenção educativa fundamentada na Teoria da Aprendizagem Significativa (TAS) de David Ausubel. De acordo com a teoria, a aprendizagem é significativa quando o conhecimento passa a dar sentido ao saber e ao fazer para quem aprende. A TAS parte do pressuposto de que o conhecimento prévio do aprendiz e a disposição em aprender são elementos imprescindíveis para o novo conhecimento apresentado, e a assimilação e interação do novo conhecimento ao conhecimento prévio são o que conduz ao conhecimento transformado, ou seja, significativo⁽¹⁸⁾.

Ao utilizar essa teoria como norte para a intervenção educativa para enfermeiros da Atenção à Saúde de Alta Complexidade em Oncologia, esses profissionais podem desenvolver uma aprendizagem significativa para resolver casos clínicos que necessitem de conduta específica para os cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea. Cada pessoa cuidada paliativamente apresenta uma especificidade que nem sempre é conhecida pelo enfermeiro e uma capacitação como parte de uma Educação Permanente em Saúde, certamente poderá fortalecer o conhecimento preexistente ao apresentado. Com vistas a reelaborar um saber amplo, rico em sua experiência, que leve em consideração a troca de vivências com outros profissionais da equipe multidisciplinar de saúde e, até mesmo a possibilidade de transformar-se em educador para usuários, familiares, voluntários e estudantes.

Esta pesquisa parte da hipótese de que uma intervenção educativa para enfermeiros da Atenção à Saúde de Alta Complexidade em Oncologia modifica o saber e o fazer relacionados aos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea. Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi verificar o efeito de intervenção educativa em enfermeiros da Atenção à Saúde de Alta Complexidade em Oncologia sobre os cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa quase experimental, do tipo antes e depois, com abordagem quantitativa, que faz parte de um estudo maior intitulado “O saber e o fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea”. A avaliação antes e depois subsidiou a comparação do saber e do fazer de enfermeiros que participaram da intervenção educativa (variável independente) a respeito dos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea (variável dependente).

O cenário da pesquisa foi o Hospital Napoleão Laureano (Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia) localizado no Município de João Pessoa/PB, Brasil, que dispunha de 57 enfermeiros que exerciam atividades laborais nos diversos setores do referido hospital. A intervenção educativa intitulada “Curso de capacitação nos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea” foi implementada no Centro de Estudos da própria instituição.

Os enfermeiros que participaram da intervenção educativa foram selecionados respeitando os seguintes critérios de inclusão: enfermeiros que exercessem atividades laborais diretamente com pacientes; disponibilidade de horário para responder ao instrumento antes e depois do curso e comparecer ao curso. Para os critérios de exclusão, consideraram-se as faltas nos dias relacionados à terceira e quarta aulas durante a intervenção educativa. Com isso, constituiu-se uma amostra não probabilística e intencional, pois considerou-se o enfermeiro consultado e que fez a inscrição para curso destinado à intervenção que comporia a amostra da tese.

Para isso, a amostra foi formada com base nas ofertas de vagas para a realização da intervenção educativa (57 vagas), distribuídas em três turmas, sendo duas no turno da tarde e uma à noite, de forma que pudesse contemplar todos os enfermeiros, de todos os turnos e regimes de trabalho (diarista e plantonista).

Inscreveram-se no curso de capacitação 44 enfermeiros, distribuídos da seguinte forma: turma A, 16 inscritos; turma B, 13 inscritos; turma C, 15 inscritos. Houve perda de seis enfermeiros, devido aos seguintes motivos: indisponibilidade de horário (3); desligamento da instituição (1); problemas pessoais (1); faltas consecutivas, sobretudo, na terceira e quarta aulas (1). Portanto, a amostra final é de 38 participantes, que responderam ao instrumento antes e depois da intervenção educativa e que finalizaram o curso de capacitação, que aconteceu entre os meses de agosto e setembro de 2017.

As etapas do curso seguiram um modelo proposto por um estudioso⁽¹⁹⁾ da Teoria da Aprendizagem Significativa, desenvolvido a partir das orientações e dos pressupostos ausubelianos, a saber:

1ª Etapa: Apresentação do tema abordado durante o curso

Nesse momento, foram entregues pastas que continham o material instrucional preparado pela pesquisadora, bloco de papel e caneta. A pesquisadora explicou aos enfermeiros os objetivos e o processo da intervenção educativa, esclarecendo, que em cada encontro, eles participariam de dinâmicas de acolhimento e encerramento, realizariam exercícios teórico-práticos, práticas de curativos com simuladores de feridas tumorais e seminários.

2ª Etapa: Verificação do conhecimento prévio do saber e do fazer [Propor situações para o aprendiz exteriorizar o seu conhecimento]

Os participantes refletiram individualmente sobre as facilidades e as dificuldades encontradas para realizar os cuidados paliativos com as pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas. Em seguida, foram estimulados a discutir sobre as competências do enfermeiro para tratar feridas.

3ª Etapa: Utilização de organizadores prévios [Propor situações-problema iniciais para preparar o aprendiz para a apresentação do conhecimento]

Apresentou-se material introdutório - discursos de pessoas que sofriam com feridas tumorais malignas cutâneas, bem como discursos de enfermeiros que cuidavam de pessoas com este tipo de lesão, envolvendo aspectos éticos e legais – conhecido na TAS como *organizador prévio*.

4ª Etapa: Apresentação do conhecimento a ser ensinado/aprendido

Nesta etapa, considerou-se o princípio da *diferenciação progressiva*, no qual as ideias e os conceitos mais gerais e mais específicos do assunto devem ser apresentados no início para, progressivamente, serem diferenciados. O conteúdo foi ministrado por meio de

apresentação expositiva dialogada, com a utilização de mapas conceituais projetados por recurso multimídia, vídeos, simuladores de feridas tumorais para demonstração prática dos procedimentos que envolvem avaliação e tratamento de ferida, exercícios teórico-práticos em forma de dinâmicas de grupo e discussão em grupo.

5ª Etapa: Continuação da apresentação do conhecimento

Esta etapa deve retomar os aspectos mais gerais, estruturantes do conteúdo da unidade de ensino, em nova apresentação, porém em nível mais alto de complexidade em relação à primeira apresentação, a fim de promover a *reconciliação integrativa*. Utilizaram-se exposição dialogada com mapas conceituais projetados por recurso multimídia, vídeos, aulas práticas com simuladores de feridas tumorais para demonstração de procedimentos que envolvem a avaliação e o tratamento de feridas, exercícios teórico-práticos em forma de dinâmicas de grupo e discussão em grupo.

Nesta etapa, o curso foi desenvolvido de modo que cada profissional implementasse as técnicas em simuladores de feridas tumorais malignas cutâneas, sendo acompanhado e avaliado no momento da execução. Nas aulas teóricas, houve exposição dialogada, exibição de vídeos, demonstração de material para curativos.

Para avaliar a ferida empregaram-se simuladores de feridas tumorais malignas cutâneas construídos pela pesquisadora e uma acadêmica de enfermagem e materiais para avaliação (roteiro de avaliação, régua de papel descartáveis). Além disso, as imagens reais das feridas tumorais malignas cutâneas que embasaram a confecção dos simuladores foram projetadas em recurso multimídia. Na execução dos procedimentos, foram utilizados materiais (*swab* e *kit* de pinças descartáveis), substâncias, produtos e coberturas para os cuidados básicos e específicos e roupas e acessórios para demonstração de curativos funcionais, estéticos e eficientes. Seguiram-se a lista de materiais disponíveis e o instrumento de avaliação adotado pela instituição.

6ª Etapa: Conclusão da unidade

Estimulou-se a discussão em grupo sobre o que os enfermeiros fariam com o conhecimento aprendido para nortear as práticas, repensar os cuidados paliativos direcionados às pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas e elaborar protocolos para padronizar as condutas assistenciais.

7ª Etapa: Reavaliação do saber e do fazer

Momento de avaliação pós-intervenção. Reaplicação do instrumento.

8ª Etapa: Encerramento do curso

Neste momento, foi estimulada a fala dos participantes quanto aos aspectos positivos e negativos da intervenção, houve sorteio de brindes, entrega dos certificados e apresentação de um vídeo com os momentos vivenciados nos cinco encontros. Por fim, serviu-se um lanche como forma de confraternização.

Os participantes responderam a um instrumento construído com base numa revisão integrativa da literatura e manual do Instituto Nacional do Câncer e submetido à validação de concordância e conteúdo por meio da técnica *Delphi* em duas avaliações: a primeira com 30 especialistas na área de dermatologia e a segunda com 17. As respostas tanto do **saber** como do **fazer** seguiram uma escala do tipo Likert de cinco pontos, que variou entre 0 = nenhum, 1 = pouco, 2 = moderado, 3 = bom, 4 = excelente.

Quanto à análise dos dados, utilizou-se a versão 22.0 do pacote estatístico *SPSS* para *Windows*, e com o objetivo de comparar os resultados obtidos antes e depois da intervenção. A partir da coleta dos dados, foram calculadas as médias e desvio padrão e realizado o teste de Wilcoxon para a amostra pareada, a fim de verificar a diferença significativa em relação aos momentos antes e depois da intervenção educativa intitulada ‘Cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea’, com base na Teoria da Aprendizagem Significativa. Na análise considerou-se um nível de significância de 5%. Também foram realizados o teste de Fator de Harman⁽²⁰⁾ para verificar a existência de algum viés comum de método (VCM); teste de tendência de não resposta por meio do procedimento de Armnstrong e Overton⁽²¹⁾; teste de Levene para verificar igualdade das variâncias; teste t para verificar igualdade dos meios; e teste da covariância para verificar a proporção da média como desvio padrão⁽²²⁻²³⁾.

A pesquisa seguiu os preceitos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba, com Protocolo nº 031/17 e CAAE 64122116.1.0000.5188.

RESULTADOS

A maioria dos participantes era mulher (87%), com idades entre 27 e 55 anos e com tempo médio de experiência em oncologia de 7,5 anos. Em relação à pós-graduação, 25 (67%) responderam que finalizaram uma Especialização (*Lato sensu*) em enfermagem oncológica e

21 (55%) relataram ter participado de algum tipo de capacitação em feridas tumorais malignas cutâneas.

É preciso destacar que, no presente estudo, tanto as variáveis independentes quanto as dependentes mensuram opiniões dos mesmos enfermeiros que participaram da intervenção educativa e, por isso, a variância comum do método (*common method variance*) pode representar um problema. Por esse motivo, empregou-se o teste de um fator de Harman para examinar a existência de algum viés comum de método (VCM) nos dados coletados, conforme sugestão de Podsakoff, MacKenzie, Podsakoff⁽²⁰⁾. Nesse sentido, observou-se que, tanto para a amostra da coleta da fase antes quanto para a amostra da coleta da fase depois, foi encontrado um único fator com autovalor acima de 1,00, o que explicou um valor menor do que 50% (40,90% para a amostra da fase antes e 38,48% para a amostra da fase depois) da covariância nas variáveis, o que implica a inexistência do problema de variância comum do método.

Além disso, testou-se também a tendência de não resposta, usando o procedimento de Armstrong e Overton⁽²¹⁾, através do qual se avaliaram as diferenças entre os primeiros ($n_1 = 10$) e os últimos ($n_2 = 10$) participantes da pesquisa, utilizando o teste de Levene para verificar a igualdade das variâncias e um teste-t para verificar a igualdade dos meios. Assim, observou-se que não houve resultado significativo a um nível de 5% entre os escores médios dos constructos (com $t \leq 1,96$), o que revela o viés de não resposta, condição esta que não representa ser um problema significativo.

A Tabela 01, a seguir, apresenta os resultados da comparação entre os escores médios na etapa antes e depois no processo de intervenção relativo ao **saber** dos enfermeiros no que se refere aos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea.

Tabela 01 - Distribuição de diferenças entre os escores médios do **saber** de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea antes e depois da intervenção educativa. João Pessoa/PB, 2018.

Categorias/Subcategorias	Média	Dp	Mín - Max	N (categorias) Ranks	CV	TDE d Cohen	Z	p <
Avaliação da pessoa/ferida tumoral (antes) [AVALFERPACas] <i>versus</i> Avaliação da pessoa/ferida tumoral (depois) [AVALFERPACds]	42,87	12,78	12,00 -64,00	Negativo ^a (1) Positivo ^b (37) Empate ^c (0)	30%	1,96 (98%)	- 5,32	0,0001
Cuidados básicos com a ferida tumoral (antes) [CUIDBASFERas] <i>versus</i> Cuidados básicos com a ferida tumoral (depois) [CUIDBASFERds]	33,47	10,00	6,00 – 50,00	Negativo ^d (1) Positivo ^e (36) Empate ^f (1)	30%	1,41 (92%)	- 5,27	0,0001
Cuidados específicos - controle da dor (antes) [CUIDESPDORas] <i>versus</i> Cuidados específicos - controle da dor (depois) [CUIDESPDORds]	23,89	7,30	0 – 38,00	Negativo ^g (0) Positivo ^h (38) Empate ⁱ (0)	31%	2,03 (98%)	- 5,38	0,0001
Cuidados específicos - controle da exsudato (antes) [CUIDESPEXUas] <i>versus</i> Cuidados específicos - controle da exsudato (depois) [CUIDESPEXUds]	5,13	2,12	0 - 8,00	Negativo ^j (5) Positivo ^k (24) Empate ^l (9)	41%	1,14 (87%)	- 3,09	0,001
Cuidados específicos - controle do prurido (antes) [CUIDESPPRUas] <i>versus</i> Cuidados específicos - controle do prurido (depois) [CUIDESPPRUds]	18,26	7,46	0 – 32,00	Negativo ^m (3) Positivo ⁿ (34) Empate ^o (1)	41%	1,77 (96%)	- 4,87	0,0001
Cuidados específicos - controle da necrose (antes)	6,75	3,45	0 - 12,00		51%			

Continuação

ARTIGOS DOS RESULTADOS

[CUIDESPNECas] <i>versus</i> Cuidados específicos - controle da necrose (depois) [CUIDESPNECs]	9,18	2,26	0 – 12,00	Negativo ^p (8) Positivo ^q (29) Empate ^r (0)	24%	1,83 (94%)	- 3,96	0,0001
Cuidados específicos - controle da fístula (antes) [CUIDESPFISas] <i>versus</i> Cuidados específicos - controle da fístula (depois) [CUIDESPFISds]	4,63	2,26	0 – 8,00	Negativo ^s (6) Positivo ^t (28) Empate ^u (4)	49%	1,17 (80%)	- 3,47	0,001
Cuidados específicos - controle do sangramento (antes) [CUIDESPSANGas] <i>versus</i> Cuidados específicos - controle do sangramento (depois) [CUIDESPSANGds]	25,05	8,52	8,00 – 40,00	Negativo ^v (9) Positivo ^w (27) Empate ^x (2)	37%	1,12 (86%)	- 3,33	0,001
Cuidados específicos - controle do odor (antes) [CUIDESPODORas] <i>versus</i> Cuidados específicos - controle do odor (depois) [CUIDESPODORds]	8,66	4,85	0 – 20,00	Negativo ^y (0) Positivo ^z (37) Empate ^{aa} (1)	56%	1,12 (86%)	- 5,31	0,0001
Cuidados específicos realizados para o controle das miíases (antes) [CUIDESPMIIs] <i>versus</i> Cuidados específicos realizados para o controle das miíases (depois) [CUIDESPMIids]	13,37	3,55	2,00 – 16,00	Negativo ^{ab} (3) Positivo ^{ac} (35) Empate ^{ad} (0)	27%	2,51 (99%)	- 4,94	0,0001
Registro das ações de enfermagem (antes) [REGAÇAOas] <i>versus</i> Registro das ações de enfermagem (depois) [REGAÇAOds]	13,37	5,16	0 – 20,00	Negativo ^{ae} (3) Positivo ^{af} (34) Empate ^{ag} (1)	38%	1,20 (88%)	- 4,66	0,0001
Orientações para alta hospitalar (antes) [ORIENTHOSPas]	12,00	4,75	0 – 20,00	Negativo ^{ah} (2)	40%	1,61		

Continuação

ARTIGOS DOS RESULTADOS

Orientações para alta hospitalar (depois) versus [ORIENTHOSPds]	18,03	2,36	7,00 – 20,00	Positivo ^{ai} (34) Empate ^{aj} (2)	13%	(94%)	- 4,62	0,0001

FONTE: Dados da pesquisa, 2018

Nota: *p < 0,0001

Teste dos sinais de Wilcoxon: **a.** AVALFERPACds < AVALFERPACas, **b.** AVALFERPACds > AVALFERPACas, **c.** AVALFERPACds = AVALFERPACas; **d.** CUIDBASFERds < CUIDBASFERas, **e.** CUIDBASFERds > CUIDBASFERas, **f.** CUIDBASFERds = CUIDBASFERas; **g.** CUIDESPDORds < CUIDESPDORas, **h.** CUIDESPDORds > CUIDESPDORas, **i.** CUIDESPDORds = CUIDESPDORas, **j.** CUIDESPEXUds < CUIDESPEXUas, **k.** CUIDESPEXUds > CUIDESPEXUas, **l.** CUIDESPEXUds = CUIDESPEXUas, **m.** CUIDESPPRUds < CUIDESPPRUas, **n.** CUIDESPPRUds > CUIDESPPRUas, **o.** CUIDESPPRUds = CUIDESPPRUas; **p.** CUIDESPNECds < CUIDESPNECas, **q.** CUIDESPNECds > CUIDESPNECas, **r.** CUIDESPNECds = CUIDESPNECas; **s.** CUIDESPFISds < CUIDESPFISas, **t.** CUIDESPFISds > CUIDESPFISas, **u.** CUIDESPFISds = CUIDESPFISas; **v.** CUIDESPSANGds < CUIDESPSANGas, **w.** CUIDESPSANGds > CUIDESPSANGas, **x.** CUIDESPSANGds = CUIDESPSANGas; **y.** CUIDESPODORds < CUIDESPODORas, **z.** CUIDESPODORds > CUIDESPODORas, **aa.** CUIDESPODORds = CUIDESPODORas; **ab.** CUIDESPMIIds < CUIDESPMIIas, **ac.** CUIDESPMIIds > CUIDESPMIIas, **ad.** CUIDESPMIIds = CUIDESPMIIas; **ae.** REGAÇÃOrd < REGAÇÃOas, **af.** REGAÇÃOrd > REGAÇÃOas, **ag.** REGAÇÃOrd = REGAÇÃOas; **ah.** ORIENTHOSPds < ORIENTHOSPas, **ai.** ORIENTHOSPds > ORIENTHOSPas, **aj.** ORIENTHOSPds = ORIENTHOSPas.

De acordo com a Tabela 01, é possível observar que, para todas as categorias/subcategorias que compõem os cuidados paliativos (avaliação, cuidados básicos, cuidados específicos, registro de ações e orientações após a alta hospitalar), houve um aumento nos escores das respostas dos participantes na etapa pós-intervenção e todos eles foram significativos ($p < 0,001$).

Ainda na mesma tabela, considerando o teste dos sinais de Wilcoxon com base nas categorias (*ranks*) dos escores de respostas, observou-se a existência de uma quantidade de sujeitos (N) que apresentaram mais respostas positivas (o que revela um aumento nas *performances* da aprendizagem significativa) na etapa pós-intervenção do que antes (respostas negativas referentes às baixas *performances*) da intervenção. Isso mostra que mais da metade da amostra do estudo demonstrou maior habilidade no reconhecimento do **saber** dos cuidados paliativos (todas as categorias/subcategorias) destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea.

Além disso, foi observado o coeficiente de variação (CV), que define a proporção da média como desvio padrão, isto é, quanto menor for o valor do coeficiente de variação, mais homogêneos serão os dados, portanto, menor será a dispersão em torno da média. Para isso, devem-se considerar os seguintes limites: $\leq 15\%$ = baixa dispersão (dados homogêneos), 15% e 30% = média dispersão e $> 30\%$ = alta dispersão (dados heterogêneos)⁽²²⁻²³⁾. Nesse sentido, ainda na Tabela 01, pode-se observar em todas as categorias/subcategorias que os resultados após a intervenção educativa apresentaram menores percentuais na variância, isto é, os dados relativos às categorias/subcategorias são mais homogêneos do que aqueles observados antes da intervenção.

A Tabela 02, a seguir, apresenta os resultados da comparação entre os escores médios nas etapas antes e depois no processo de intervenção relativos ao **fazer** dos enfermeiros no que se refere aos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea.

ARTIGOS DOS RESULTADOS

Tabela 02 - Distribuição de diferenças entre os escores médios do **fazer** dos enfermeiros nos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea antes e depois da intervenção educativa. João Pessoa/PB, 2018.

Categorias/Subcategorias	Média	Dp	Mín – Máx	N (categorias) Rank	CV	TDE d Cohen	Z	p <
Avaliação da pessoa/ferida tumoral (antes) [AVALFERPACaf] <i>versus</i> Avaliação da pessoa/ferida tumoral (depois) [AVALFERPACdf]	37,16	19,10	0-64,00	Negativo ^a (1) Positivo ^b (37) Empate ^c (0)	51% 14%	1,84 (96%)	-5,33	0,0001
Cuidados básicos com a ferida tumoral (antes) [CUIDBASFERaf] <i>versus</i> Cuidados básicos com a ferida tumoral (depois) [CUIDBASFERdf]	27,50	14,82	0-50,00	Negativo ^d (2) Positivo ^e (36) Empate ^f (0)	53% 11%	1,58 (94%)	-5,30	0,0001
Cuidados específicos - controle da dor (antes) [CUIDESPDORaf] <i>versus</i> Cuidados específicos - controle da dor (depois) [CUIDESPDORdf]	19,32	11,15	0-37,00	Negativo ^g (2) Positivo ^h (35) Empate ⁱ (1)	57% 18%	1,40 (92%)	-5,08	0,0001
Cuidados específicos - controle da exsudato (antes) [CUIDESPEXUaf] <i>versus</i> Cuidados específicos - controle da exsudato (depois) [CUIDESPEXUdf]	5,13	2,12	0-8,00	Negativo ^j (2) Positivo ^k (29) Empate ^l (7)	41% 26%	1,21 (88%)	-3,09	0,0001
Cuidados específicos - controle do prurido (antes) [CUIDESPPRUaf] <i>versus</i> Cuidados específicos - controle do prurido	15,34	9,43	0 – 32,00	Negativo ^m (3) Positivo ⁿ (34) Empate ^o (1)	61% 15%	1,64 (94%)	-5,08	0,0001

Continuação

ARTIGOS DOS RESULTADOS

(depois) [CUIDESPPRUaf]								
Cuidados específicos - controle da necrose (antes) [CUIDESPNECaf] <i>versus</i> Cuidados específicos - controle da necrose (depois) [CUIDESPNECdf]	5,66 9,18	3,99 2,26	0 – 12,00 0 – 12,00	Negativo ^p (4) Positivo ^q (32) Empate ^r (2)	70% 25%	1,10 (86%)	-4,86	0,0001
Cuidados específicos - controle da fístula (antes) [CUIDESPFISaf] <i>versus</i> Cuidados específicos - controle da fístula (depois) [CUIDESPFISdf]	3,97 7,92	2,62 1,55	0 – 8,00 2,00 – 8,00	Negativo ^s (3) Positivo ^t (34) Empate ^u (1)	65% 20%	1,84 (96%)	-4,89	0,0001
Cuidados específicos - controle do sangramento (antes) [CUIDESPSANGaf] <i>versus</i> Cuidados específicos - controle do sangramento (depois) [CUIDESPSANGdf]	20,24 32,84	11,83 8,87	0 – 40,00 3,00 – 44,00	Negativo ^v (5) Positivo ^w (31) Empate ^x (2)	58% 27%	1,21 (88%)	- 4,60	0,0001
Cuidados específicos - controle do odor (antes) [CUIDESPODORaf] <i>versus</i> Cuidados específicos - controle do odor (depois) [CUIDESPODORdf]	7,50 15,58	5,25 3,60	0 – 20,00 0 – 20,00	Negativo ^y (1) Positivo ^z (35) Empate ^{aa} (2)	70% 23%	1,80 (96%)	-5,09	0,0001
Cuidados específicos - controle das miíases (antes) [CUIDESPMIIaf] <i>versus</i> Cuidados específicos - controle das miíases (depois) [CUIDESPMIIdf]	7,13 12,87	4,71 3,46	0 – 16,00 0 – 16,00	Negativo ^{ab} (4) Positivo ^{ac} (30) Empate ^{ad} (4)	66% 23%	1,40 (92%)	-4,76	0,0001
Registro das ações de enfermagem (antes)	11,05	6,28	0 – 20,00		57%			

Continuação

ARTIGOS DOS RESULTADOS

[REGAÇAOaf]				Negativo ^{ae} (2)		1,33		
versus				Positivo ^{af} (33)		(90%)	-4,81	0,0001
Registro das ações de enfermagem (depois)	18,05	3,97	5 – 20,00	Empate ^{ag} (3)	21%			
[REGAÇAOdf]								
Orientações para alta hospitalar (antes)	10,03	6,06	0 – 20,00	Negativo ^{ah} (3)	60%	1,47		
[ORIENTHOSPaf]				Positivo ^{ai} (31)		(92%)	-4,55	0,0001
versus				Empate ^{aj} (4)	21%			
Orientações para alta hospitalar (depois)	17,37	3,65	5 – 20,00					
[ORIENTHOSPaf]								

FONTE: Dados da pesquisa, 2018

Nota: *p < 0,0001.

Teste dos sinais de Wilcoxon: **a.** AVALFERPACdf < AVALFERPACaf, **b.** AVALFERPACdf > AVALFERPACaf, **c.** AVALFERPACdf = AVALFERPACaf; **d.** CUIDBASFERdf < CUIDBASFERaf, **e.** CUIDBASFERdf > CUIDBASFERaf, **f.** CUIDBASFERdf = CUIDBASFERaf; **g.** CUIDESPDORdf < CUIDESPDORaf, **h.** CUIDESPDORdf > CUIDESPDORaf, **i.** CUIDESPDORdf = CUIDESPDORaf, **j.** CUIDESPEXUdf < CUIDESPEXUaf, **k.** CUIDESPEXUdf > CUIDESPEXUaf, **l.** CUIDESPEXUdf = CUIDESPEXUaf, **m.** CUIDESPPRUdf < CUIDESPPRUaf, **n.** CUIDESPPRUdf > CUIDESPPRUaf, **o.** CUIDESPPRUdf = CUIDESPPRUaf; **p.** CUIDESPNECdf < CUIDESPNECaf, **q.** CUIDESPNECdf > CUIDESPNECaf, **r.** CUIDESPNECdf = CUIDESPNECaf; **s.** CUIDESPFISdf < CUIDESPFISaf, **t.** CUIDESPFISdf > CUIDESPFISaf, **u.** CUIDESPFISdf = CUIDESPFISaf; **v.** CUIDESPSANGdf < CUIDESPSANGaf, **w.** CUIDESPSANGdf > CUIDESPSANGaf, **x.** CUIDESPSANGdf = CUIDESPSANGaf; **y.** CUIDESPODORdf < CUIDESPODORaf, **z.** CUIDESPODORdf > CUIDESPODORaf, **aa.** CUIDESPODORdf = CUIDESPODORaf; **ab.** CUIDESPMIIdf < CUIDESPMIIaf, **ac.** CUIDESPMIIdf > CUIDESPMIIaf, **ad.** CUIDESPMIIdf = CUIDESPMIIaf; **ae.** REGAÇÃOf < REGAÇÃOaf, **af.** REGAÇÃOf > REGAÇÃOaf, **ag.** REGAÇÃOf = REGAÇÃOaf; **ah.** ORIENTHOSPdf < ORIENTHOSPaf, **ai.** ORIENTHOSPdf > ORIENTHOSPaf, **aj.** ORIENTHOSPdf = ORIENTHOSPaf.

No que se refere ao **fazer**, observando a Tabela 02, pode-se destacar que, nos resultados da comparação entre os escores médios nas etapas antes e depois no processo de intervenção relativo ao **fazer** dos enfermeiros sobre os cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea (em todas as categorias que compõem os cuidados paliativos), não somente houve um aumento nos escores médios das respostas dos enfermeiros após a intervenção, bem como foram significativos ($p < 0,001$).

Outro aspecto observado ainda na mesma tabela, considerando o teste dos sinais de Wilcoxon, foi o aumento na quantidade de participantes (N) nas respostas positivas (isto é, aumento nas *performances* da aprendizagem significativa) na etapa pós-intervenção, quando comparada à etapa antes (respostas negativas referentes à baixa *performance*) do processo da Aprendizagem Significativa.

Em direção semelhante aos resultados sobre o **saber** (conforme a Tabela 01), mais da metade da amostra revelou maior *performance* no reconhecimento do **fazer** nos cuidados paliativos (categorias/subcategorias) destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea (em todas as categorias/subcategorias). Também foi realizado o cálculo do coeficiente de variação (CV), considerando semelhantes padrões conceituais e empíricos estabelecidos para avaliação deste critério estatístico na Tabela 1; sendo assim, ainda na Tabela 2 observa-se que, em todas as categorias/subcategorias, os resultados após a intervenção apresentaram variância bem menor do que os resultados antes da intervenção, permitindo afirmar que os dados relativos às categorias/subcategorias são homogêneos, tendo com isso, menor dispersão em torno do escore médio.

Buscando ter mais segurança referente à objetividade dos resultados pós-intervenção e sua significância, voltou-se para a análise dos tamanhos do efeito (TDE), realizando o cálculo do 'd' de Cohen. De forma geral, os testes estatísticos têm seu TDE específico, que, além de apresentar uma vantagem de não dependência do tamanho da amostra, é capaz de informar sobre o significado dos resultados e a qualidade métrica para comparação dos resultados em estudos distintos (por exemplo, meta-análise, experimental e/ou quase experimental)⁽²⁴⁻²⁵⁾.

De acordo com Cohen⁽²⁶⁻²⁷⁾, o TDE poderá ser compreendido em termos do grau ou dimensão em que o fenômeno está presente na população ou amostra pesquisada, sendo exclusivo desta. O poder do teste, por sua vez, se refere à suposição de probabilidade do pesquisador em relação ao poder de detecção do teste em sinalizar que a diferença observada na comparação entre os grupos ou eventos avaliados é, de fato, significativa, a partir da qual rejeita-se o *erro tipo I* (rejeição da hipótese nula). Para isso, o poder deste teste, em geral, é

fixado por convenção, exigindo ser $\geq 80\%$. Com isso, nas Tabelas 1 e 2, pode-se observar que o 'd' de Cohen, em todas as categorias/subcategorias esteve acima dos 80%, isto é, existe uma chance de que a proposta da intervenção educacional com sujeitos que tenham características semelhantes às aquelas apresentadas pelos participantes deste estudo apresente escores mais altos na etapa pós-intervenção.

DISCUSSÃO

A enfermagem historicamente tem sido caracterizada como uma profissão tipicamente feminina, embora a população de enfermeiros do sexo masculino venha aumentando gradativamente na última década. Pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem⁽²⁸⁾, em 2013, revelou que, na época, o Brasil tinha 414. 712 mil enfermeiros inscritos, sendo 86% do sexo feminino, contudo é importante ressaltar que, mesmo se tratando de uma categoria predominantemente feminina, registrou-se a presença de 14% de homens. Atualmente⁽²⁹⁾, no Brasil, há 501. 812 mil enfermeiros inscritos nos 27 estados brasileiros; destes, 12. 154 mil estão concentrados na Paraíba.

Quanto ao nível de instrução educacional, 67% dos enfermeiros participantes deste estudo responderam que finalizaram curso de especialização em enfermagem oncológica e 55% relataram ter participado de algum tipo de capacitação em feridas tumorais malignas cutâneas. Isso mostra que a instituição onde foi realizada a pesquisa segue os princípios da Política Nacional de Atenção Oncológica,⁽¹³⁻¹⁴⁾ que preconiza fomento à formação e à especialização de recursos humanos, assim como à qualificação da assistência por meio da educação permanente dos profissionais envolvidos, conforme os pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Com base nos resultados das Tabelas 01 e 02, observou-se que houve diferença estatística e significativa entre os escores médios em todas as categorias/subcategorias que compõem a avaliação dos cuidados paliativos nas fases antes e depois no **saber** e no **fazer** dos enfermeiros após a intervenção educativa. Além disso, constatou-se, por meio do teste de sinais de Wilcoxon (*ranks*), que, além de ter mais de 50% dos enfermeiros respondendo positivamente a todas as categorias/subcategorias que compõem os cuidados paliativos no **saber** e no **fazer**, houve uma pequena quantidade de enfermeiros que revelou empate (isto é, igualdade e/ou não diferença) nas suas respostas, condição que não interfere na amostra total, já que a quantidade de enfermeiros com resposta positivas teve amostras muito maiores.

As diferenças nos escores médios entre as fase antes e depois em ambas as avaliações (saber e fazer), bem como o aumento dos números de profissionais (N) nos *ranks* do saber e do fazer podem ser explicados mediante os pressupostos teóricos da Aprendizagem Significativa (AS) de David Ausubel⁽¹⁸⁾, destacados a seguir:

a) É preciso ressaltar que, no presente estudo, em nível de estrutura (e funcionalidade) cognitiva, os enfermeiros participantes da pesquisa já apresentavam conhecimentos prévios (subsunçores) sobre feridas tumorais malignas cutâneas, uma vez que já tinham experiência prévia laboral com pacientes com ferida tumoral (média de 7,5 anos de experiência profissional, ou seja, em alguma situação depararam-se com um paciente com uma ferida tumoral maligna cutânea). Bem como a maioria já havia finalizado pós-graduação em enfermagem oncológica, em que é abordado o conteúdo de feridas tumorais, e a maioria também ressaltou que participou de palestras, minicursos e *workshops* sobre estas feridas, os quais foram oferecidos pela instituição.

b) Nesse contexto, ao se aplicar o instrumento antes da intervenção educativa, tentou-se identificar os subsunçores dos enfermeiros, uma vez que servem de âncoras cognitivas, que podem se conectar a um novo conhecimento que se deseja ensinar. De acordo Ausubel⁽¹⁸⁾, o aprendiz, de alguma forma, apresenta algum conhecimento prévio, seja ele aprendido de forma correta, errada e/ou insuficiente, sendo errado mencionar que o aprendiz chega ao espaço da aprendizagem ‘sem’ conhecimento. Desta forma, foi possível resgatar dos enfermeiros, em nível cognitivo, os subsunçores sobre os cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea, os quais serviram de pontes cognitivas para os novos conhecimentos ensinados durante o curso de capacitação. O processo de aprendizagem significativa ocorre por meio da aquisição, armazenamento e organização de novos conhecimentos, de forma a ampliar a estrutura cognitiva do aprendiz, levando em consideração a funcionalidade desses novos conhecimentos, os quais poderão ser aplicados na prática profissional⁽¹⁹⁾.

c) Outro fator favorável ao processo de aprendizagem significativa foi a disponibilidade por parte dos enfermeiros em participar da intervenção educativa. A disponibilidade do aprendiz para a aprendizagem significativa é considerada um fator interno afetivo-social, em que o aprendiz sai da condição de ser passivo e torna-se ativo, ou seja, participa amplamente das atividades desenvolvidas e tem a intenção de aprender. Segundo Ausubel⁽¹⁸⁾, a aprendizagem é significativa quando se estabelece uma ligação não arbitrária (relação lógica e explícita entre a nova ideia e as pré-existentes) e substantiva (o aprendiz

conseguirá explicar com suas próprias palavras) entre uma nova ideia e uma já existente. Contudo, para internalizar estas relações, o aprendiz precisa ter vontade de fazê-lo, visto que é um processo ativo (isto é, aprende-se aprendendo e com automotivação para aprender). Assim, mesmo que a aula seja potencialmente significativa para o aprendiz, ele pode optar por simplesmente decorar (aprendizagem mecânica)⁽¹⁹⁾. Para que isso não ocorra, faz-se necessário que o responsável pela intervenção da aprendizagem esteja em atenta avaliação ao comportamento e às atitudes do aprendiz e à sua produção do aprender.

d) Para aquisição de novos significados, além da necessidade da existência de subsunçores e da disponibilidade em aprender significativamente, é preciso que o material seja potencialmente significativo⁽¹⁸⁾. Considerando-se isto, utilizaram-se como estratégias de ensino: dinâmicas de acolhimento e encerramento em cada encontro; mapas conceituais antes de iniciar um novo assunto e metodologias ativas (exercícios teórico-práticos usando simuladores de feridas tumorais no final de cada encontro e apresentação de estudos de casos no último encontro).

As dinâmicas utilizadas em capacitações favorecem a aprendizagem em um nível coletivo, uma vez que o encontro de pessoas promove a construção do saber em conjunto, estimula a capacidade criadora e a desenvoltura dos participantes, melhora suas produtividades, mostra a possibilidade de transformações, estimula o trabalho em equipe e pode melhorar as relações interpessoais e intrapessoais, possibilitando um caminho para se interferir na realidade, modificando-a⁽³⁰⁾.

O mapa conceitual é um diagrama de organização de conhecimento, em que a ideia principal e significativa está conectada por linhas ou setas a vários conceitos, evidenciando a relação entre eles, o que permitiu que os enfermeiros estabelecessem uma relação entre os problemas apresentados e o conhecimento existente em suas estruturas cognitivas⁽¹⁹⁾. Na prática da enfermagem, o uso de mapas conceituais pode estimular a visualização da interdependência conceitual e, com isso, subsidiar o planejamento integral do cuidado, cujo objetivo é promover o pensamento reflexivo, a resolução de problemas e a síntese de definições⁽³¹⁻³²⁾. Autores⁽³³⁻³⁴⁾ enfatizam que o uso de mapas conceituais como estratégia no processo de ensino-aprendizagem direcionado aos estudantes /profissionais de enfermagem propicia o desenvolvimento do pensamento crítico voltado para o planejamento do cuidado.

Além dos mapas conceituais, também foram utilizadas metodologias ativas tanto no processo de ensino-aprendizagem quanto na avaliação final de cada encontro da intervenção educativa. Nessas circunstâncias, vale ressaltar que as metodologias ativas estimulam o

processo de ensino-aprendizagem crítico-reflexivo, no qual o aprendiz reflete criticamente sobre o problema apresentado e identifica soluções hipotéticas para o problema, com vistas a realizar ações de transformação, participando ativamente do processo de construção de seu conhecimento⁽³⁵⁾.

Os simuladores de feridas tumorais foram utilizados tanto para a demonstração dos cuidados paliativos (avaliação da ferida, realização de cuidados básicos e específicos) destinados à pessoa com ferida, quanto para a avaliação prática dos enfermeiros, o que contribuiu para a ampliação do olhar crítico para a realidade clínico-assistencial e técnico-pedagógica da instituição da pesquisa, bem como para preencher as lacunas de conhecimentos científicos atualmente existentes, cuja evidência se encontra na escassez de publicações que envolvem esse contexto. Ademais, o valor das peças que é muito acessível, possibilitando o uso desse tipo de simulação em outras realidades em que haja escassez de recursos financeiros, de modo a contribuir para o ensino desse e de outros tipos de lesões. Vale ressaltar que os simuladores utilizados na intervenção educativa foram patenteados pela Universidade Federal de Campina Grande/PB como ‘processo e material para moldagem e simulação de feridas, fístulas e estomias’, sob o Número do Processo: BR 10 2018 005900 9⁽³⁶⁾.

Para a Enfermagem, exercícios teórico-práticos baseados em situações reais como simulações enriquecem o processo de ensino-aprendizagem, uma vez que viabilizam uma situação mais próxima da realidade e, sobretudo, de como o aprendiz iria se comportar diante do paciente e no momento oportuno para que o facilitador intervenha na transformação do conhecimento⁽³⁷⁾.

Vale ressaltar que, em todas as etapas do processo de aprendizagem significativa, novos conceitos vão sendo assimilados e incorporados aos já existentes, elaborados, desenvolvidos e diferenciados na estrutura cognitiva do aprendiz (neste caso, os enfermeiros), de forma a gerar novos sentidos e significados na sua vida pessoal e profissional. Esta afirmação poderá ser observada nos achados destacado nas Tabelas 01 e 02, pois nos escores de respostas no antes e depois do saber e do fazer dos enfermeiros, denotam-se possibilidades reais de mudança no sistema cognitivo. Mas, suponhamos que o leitor indique um erro de medida ou estruture alguma explicação sobre a dúvida desses resultados; a fim de inibir tais condições, a título de lembrança, efetuou-se, justamente, o cálculo de variância comum do método, empregando o teste de um fator de Harman⁽²⁰⁾ e o teste de tendência de não resposta⁽²¹⁾, bem como o teste de Levene, os quais garantiram a não existência de viés ou

desejabilidade social das respostas. Isto é, a possibilidade de que as respostas tenham baixo desvio padrão é bastante confiável.

Além disso, o processo de aprendizagem significativa ocorre por meio de dois princípios⁽¹⁹⁾: o da diferenciação progressiva (as ideias e os conceitos devem ser trabalhados em ordem crescente de especificidade, dos mais gerais para os mais específicos) e da reconciliação integrativa (forma com que se relacionam as ideias a serem apresentadas para o aprendiz e como estas serão relacionadas por ele na sua estrutura cognitiva), os quais foram utilizados em todas as etapas da intervenção educativa.

A aprendizagem significativa envolve a compreensão de que o aprendizado ocorre de forma individual associado a fatores cognitivos e afetivo-sociais do aprendiz com o objeto do conhecimento, em situações distintas e na interação sujeito-aprendiz com sujeito-professor/facilitador em um contexto cultural e social ao qual pertencem⁽³⁸⁾.

Nesse sentido, se faz imperioso, na Enfermagem, que professores modifiquem seus métodos de ensino, geralmente, baseados em modelos tecnicistas, que são fortemente enraizados na academia por metodologias baseadas nas áreas da sensibilidade humana, em que a experiência perceptiva de estar com o outro torna o aprendiz capaz de refletir, de se relacionar, de perceber e de se aproximar do ser cuidado, de forma a transformar os espaços de aprendizagem em experiências significativas⁽³⁹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados comprovaram que a intervenção educativa para enfermeiros da Atenção à Saúde de Alta Complexidade sobre os cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea promoveu uma aprendizagem significativa. Entretanto, percebeu-se que esses profissionais precisavam avançar em seus estudos e executar o que foi aprendido, principalmente sobre os cuidados paliativos específicos, para que novas conexões mentais fossem estabelecidas e que esse conhecimento se consolidasse na estrutura cognitiva de cada um, com o treinamento de habilidades, como um *continuum* do conhecimento teórico, em que a ação remete à reflexão.

Apesar de comprovada a aprendizagem significativa, a pesquisa investigou o conhecimento em nível de cognição. Nesse contexto, outros estudos poderiam ser realizados para identificar mudança no conhecimento prático, como, por exemplo, de pesquisa etnográfica ou pesquisa-ação. Além disso, que se mantenham as ações dentro da instituição

onde se realizou a pesquisa, para aprofundar o conhecimento desses profissionais, com o desenvolvimento de protocolos, de modo a garantir à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea acesso a um cuidado paliativo integral.

Apesar de os resultados revelarem que a proposta de intervenção educativa relacionada aos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea embasada na Teoria da Aprendizagem Significativa é viável, sobretudo, quando direcionada a enfermeiros que trabalham com essa modalidade terapêutica, acredita-se que existam algumas limitações: a) seria importante salientar a constância (isto é, a quantidade e o tempo) de atualização educativa na prática do enfermeiro sobre esta temática; b) outro ponto crucial para estudos futuros refere-se à orientação do facilitador (pesquisador, professor) nos cursos de capacitação, salientando o tempo de formação com a teoria supracitada (por exemplo, perspectiva teórica e de aplicabilidade) e o seu saber e fazer relativos aos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral; c) outro aspecto importante seria comparar o saber e o fazer de profissionais de enfermagem em distintos estados brasileiros, considerando investimento econômico, políticas públicas de saúde oncológica e de cuidados paliativos e avanço científico em diferentes Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON); e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e d) seria importante incluir nos Programas de Educação Permanente dos hospitais elementos teóricos da Psicologia que contemplassem um treinamento de habilidades empáticas relacionado à pessoa com doença oncológica, sobretudo, àquelas que necessitam de cuidados paliativos, pois se acredita que quanto mais o profissional de saúde apresente maior sensibilidade com a situação do outro, melhor será a assistência e maior a responsabilidade deste para com a pessoa com câncer.

REFERÊNCIAS

1. Tilley C, Lipson J, Ramos M. Palliative wound care for malignant fungating wounds: holistic considerations at end-of-life. *Nurs Clin North Am* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 10]; 51(3):513-31. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27497023>.
2. Maida V, Alexander S, Case AA, Fakhraei P. Malignant wound management. *Public Health Emerg* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jun 10]; 1(12):1-14. Available from: <http://handle.uws.edu.au:8081/1959.7/uws:36287>.
3. Beh SY, Leow LC. Fungating breast cancer and other malignant wounds: epidemiology, assessment and management. *Expert Rev Qual Life Cancer Care* [Internet]. 2016 [cited 2016

Nov 10]; 1(2):137-44. Available from: Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/23809000.2016.1162660?journalCode=terq20>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.11.319>.

4.Instituto Nacional de Câncer (BR). Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Hospital do Câncer IV. Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Hospital do Câncer IV. Rio de Janeiro: INCA; 2011.

5.Nogueira WP, Agra G, Formiga NS, Costa MML. Sociodemographic, clinical and therapeutic profile of patients with neoplastic wounds. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2017 [cited 2018 mar 01]; 11(8):3039-49. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/110207/22109>. DOI: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.11064-98681-4-ED.1108201707>.

6.Brito DTF, Macêdo EL, Agra G, Andrade FLM, Formiga NS, Costa MML. Perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico de pacientes com feridas neoplásicas. Rev Enferm Atual [Internet]. 2017 [acesso em 01 mar 2018]; (esp): 88-97. Disponível em: http://revistaenfermagematual.com.br/revistas/revista_especial_17.pdf.

7.Maida V, Ennis M, Kuziemy C, Corban J. Wounds and survival in cancer patients. Eur J Cancer [Internet]. 2009 [cited 2016 Nov 10];45(18):3237-44. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19481927>. ==DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejca.2009.05.014>.

8.Maida V. Wound management in patients with advanced illness. Curr Opinion Support Palliat Care [Internet]. 2013 [cited 2016 Nov 16]; 7(1):73-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23254860>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/SPC.0b013e32835c48e5>

9.Probst S, Arber A, Faithfull S. Malignant fungating wounds: a survey of nurses' clinical practice in Switzerland. Eur J Oncol Nurs [Internet]. 2009 [cited 2016 Nov 10]; 13(4):295-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19386546>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2009.03.008>.

10.Agra G, Santos JP, Sousa ATO, Gouveia BLA, Brito DTF, Macêdo EL, et al. Malignant Neoplastic Wounds: Clinical Management Performed by Nurses. Int Arch Med [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 30]; 9(344):1-13. Available from: <https://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/2043>. DOI: <http://dx.doi.org/10.3823/2215>.

11.Brito DTF, Agra G, Sousa ATO, Medeiros MVS, Formiga NS, Costa MML. Vivências de enfermeiras no cuidado de pacientes com feridas neoplásicas. Enferm Brasil. 2017;16(5):284-92.

12.Firmino F, Alcântara LFFL. Enfermeiras no atendimento ambulatorial a mulheres com feridas neoplásicas malignas nas mamas. Rev Rene [Internet]. 2014 [acesso em 16 nov 2016]; 15(2):298-307. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/315>. DOI: <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v15i2.3155>.

-
- 13.Ministério da Saúde (BR). Portaria nº874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para o Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 17 de maio 2013. Seção 1, p.129-32.
- 14.Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 41 de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília. Publicado em 23/11/2018. Edição 225. Seção 1. Página 276.
- 15.Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar Educação Permanente no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
- 16.Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- 17.Saupe R, Benito GAV, Wendhausen ALP, Cutolo LRA. Conceitos de competência: validação por profissionais de saúde. Saúde Rev [Internet]. 2006 [acesso em 02 ago 2018]; 8(18): 31 -7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a09v16n4>.
- 18.Ausubel D. Aquisição e retenção de conhecimentos: uma perspectiva cognitiva. Lisboa: Plátano Edições Técnicas; 2000.
19. Moreira MA. Subsídios teóricos para o professor pesquisador em ensino de ciência: a teoria da aprendizagem significativa. Instituto de Física, UFRGS, Porto Alegre, Brasil, 2016. Disponível em: <https://www.if.ufrgs.br/~moreira/Subsidios6.pdf> Acesso em 2018 set 05.
- 20.Podsakoff PM, MacKenzie SB, Podsakoff NP. Common method biases in behavioral research: a critical review of the literature and recommended remedies. J Appl Psychol [Internet]. 2003 [cited 2018 Ago 02]; 88 (5): 879-903. Available from: <http://www.jwalkonline.org/docs/Grad%20Classes/Survey/articles/required/Podsakoff%20-%20common%20method%20biases.pdf>. DOI:10.1037/0021-9010.88.5.879
- 21.Armstrong JS, Overton TS. Estimating non response bias in mail surveys. J Mark Research [Internet]. 1977 [cited 2018 Ago 02]; 14: 396-402. Available from: https://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1024&context=marketing_papers. DOI: <http://dx.doi.org/10.2307/3150783>.
22. Bisquerra R, Sarriera JC, Martinez F. Introdução à estatística: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004.
- 23.Oliveira FEM. SPSS básico para análise de dados. Rio de Janeiro: Ciência Moderna; 2007.
- 24.Cumming G. Understanding the new statistics: Effect sizes, confidence intervals, and meta-analysis. New York: Routledge; 2012.

-
- 25.Lenhard W, Lenhard A. Calculation of effect sizes. Dettelbach: Psychometrica; 2016. Available from: https://www.psychometrica.de/effect_size.html
- 26.Cohen, J. A power primer. Psychological Bulletin [Internet]. 1992 [cited 2018 Sep 02]; 112(1), 155-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19565683>
- 27.Cohen, J. Statistical power analysis. Current Directions in Psychological Science [Internet]. 1992 [cited 2018 Sep 02]; 1(3): 98–101. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1111/1467-8721.ep10768783>
- 28.Conselho Federal de Enfermagem [Internet] Brasília; 2013 [citado 2018 set 04]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/blocoBr/Blocos/Bloco1/bl_ident-socio-economica-enfermeiros.pdf
- 29.Conselho Federal de Enfermagem [Internet] Brasília; 2018 [citado 2018 set 04]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>
- 30.Alberti TF, Abegg I, Costa MRJ, Tilton M. Dinâmicas de grupo orientadas pelas atividades de estudo: desenvolvimento de habilidades e competências na educação profissional. Rev Bras Est Pedagog [Internet]. 2014 [acesso em 03 dez 2017]; 95 (240): 346-62. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbeped/v95n240/06.pdf>
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S2176-66812014000200006>
- 31.Bittencourt GKGD, Schaurich D, Marini M, Crossetti MGO. Aplicação de mapa conceitual para identificação de diagnósticos de enfermagem. Rev Bras Enferm [Internet]. 2011 [acesso em 2018 set 04]; 64 (5): 963-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a25v64n5.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000500025>
- 32.Bittencourt, GKGD, Nóbrega MML, Medeiros ACT, Furtado LG. Mapas conceituais no ensino de pós-graduação em enfermagem: relato de experiência. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2013 [acesso em 2018 set 04]; 34 (2): 172-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n2/v34n2a22.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000200022>
- 33.Hsu L-L, Pan H-C, Hsieh S-I. Randomized comparison between objective-based lectures and outcome-based concept mapping for teaching neurological care to nursing students. Nurs Educ Today [Internet]. 2016 [cited 2018 Set 04]; 37: 83-90. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26725013>. DOI: [10.1016 / j.nedt.2015.11.032](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.11.032)
- 34.Carvalho, DPSRP, Vitor AF, Barichello E, Villar RLA, Pereira-Santos VE, Ferreira Júnior MA. Aplicação do mapa conceitual: resultados com diferentes métodos de ensino-aprendizagem. Chía [Internet]. 2016 [acesso em 2018 set 04]; 16 (3): 382-91. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74147078009> DOI: [10.5294/aqui.2016.16.3.9](https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.3.9)
- 35.Sobral FR, Campos CJG. Utilização de metodologias ativas no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: uma revisão integrativa. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 [acesso 2018 set 04]; 46 (1): 202-11. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a28.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000100028>

36. Agra G, Andrade FLM, Costa MML. Malignant cutaneous tumor wound simulators as a teaching-learning strategy for nurses. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2017 [cited 2018 Sep 05]; 11 (8): 3180-6. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110226/22147> DOI: [10.5205/reuol.11064-98681-4-ED.1108201724](https://doi.org/10.5205/reuol.11064-98681-4-ED.1108201724)

37. Sousa ATO, Formiga NS, Oliveira SHS, Costa MML, Soares MJGO. A utilização da teoria da aprendizagem significativa no ensino da Enfermagem. Rev Bras Enferm [Internet]. 2015 [acesso em 2018 set 04]; 68 (4): 713-22. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n4/0034-7167-reben-68-04-0713.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680420i>.

38. Masini EFS. Aprendizagem significativa: condições para ocorrência e lacunas que levam a comprometimentos. Aprendizagem Significativa em Revista [Internet]. 2011 [cited 2014 May 10]; 1(1): 16-24. Available from: http://www.if.ufrgs.br/asr/artigos/Artigo_ID2/v1_n1_a2011.pdf

39. Terra MG, Gonçalves LHT, Santos EKA, Erdmann AL. Sensibility in the relations and interactions of teaching and learning to be and do nursing. Rev Lat Am Enferm [Internet]. 2010 [cited 2014 Nov 10]; 18 (2): 203-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/10.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000200010>

6.3 Terceiro Artigo dos Resultados

Ressignificando saberes e transformando os cuidados paliativos: a práxis de enfermeiras voltadas à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea⁷

Resignifying the knowledge and transforming the palliative care: the praxis of nurses who care of patients with cutaneous malignant tumor wound

Resignando conocimientos y transformando los cuidados paliativos: la praxis de enfermeras hacia la persona con herida tumoral maligna cutánea

RESUMO

Objetivou-se analisar o processo de resignificação de saberes e transformação dos cuidados paliativos como práxis de enfermeiras que cuidavam de pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas. Trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa, realizada com 11 enfermeiras que atuavam na Atenção à Saúde de Alta Complexidade da Paraíba (PB), Brasil. As entrevistas foram gravadas utilizando um roteiro semiestruturado e analisadas com a técnica de análise de conteúdo de Bardin. Na análise, emergiram duas categorias: **Categoria 1 – Há sempre o que aprender: desconstruindo, reconstruindo e transformando saberes**, que se dividiu em três subcategorias: Subcategoria 1 – Disponibilizando-se a aprender e melhorar profissionalmente; Subcategoria 2 – Resgatando e aprimorando saberes existentes; Subcategoria 3 – Aprender a ser; e **Categoria 2 - Ressignificando o saber-fazer: transformando o cuidado**. Constatou-se que o processo de aprendizagem significativa foi, para as enfermeiras, fio condutor para uma prática reflexiva, uma vez que resignificaram saberes e práticas relativos aos cuidados paliativos e transformaram a assistência de enfermagem voltada para a pessoa com ferida tumoral maligna cutânea.

Palavras-chave: Conhecimento; Cuidados Paliativos; Enfermeiros; Enfermagem; Úlcera cutânea; Neoplasia.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the resignifying process of knowledge and transformation of the palliative care as the praxis of the nurses who take care of patients with cutaneous malignant tumoral wound. It is about an exploratory research, with a qualitative approach, carried out with 11 nurses who work at the Attention to Health of High Complexity in Paraíba state, Brazil. The interviews have been recorded using a semi-structured script and analyzed with the Bardin's content analysis technique. In the analysis two categories have emerged: **Category 1 – There is Always something to be learned: deconstructing, reconstructing and transforming the knowledge**, which has been divided into three

⁷ Será submetido em janeiro de 2019

subcategories: Subcategory 1 – Volunteering to learn and improve as a professional; Subcategory 2 – Recovering and improve existing knowledge; Subcategory 3 – Learning to be and **Category 2 – Resignifying the knowledge-practice: transforming care**. It has been established that the significant learning process was, to the nurses, a central thread to a reflective practice, since they have resignified the knowledge and practice related to the palliative care and have transformed the nursing assistance aimed to the patient with cutaneous malignant tumoral wound.

Keywords: Knowledge; Palliative care; Nurses; Nursing; Cutaneous ulcer; Neoplasia.

RESUMEN

Se ha objetivado analizar el proceso de re-significación de conocimientos y cambios en los cuidados paliativos en cuanto praxis de enfermeras que cuidan de personas con heridas tumorales malignas cutáneas. Se trata de una investigación exploratoria, con abordaje cualitativo, realizada con 11 enfermeras que actúan en Atención a la Salud de Alta Complejidad de Paraíba – PB, Brasil. Las entrevistas han sido grabadas utilizando un guión medio estructurado y analizadas con la técnica de análisis de contenido de Bardin. En el análisis han emergido dos categorías: **Categoría 1 – Hay siempre qué aprender: descomponiendo, recomponiendo y trasformando saberes**, que se ha dividido en tres subcategorías: Subcategoría 1 – Disponiéndose a aprender y a mejorar profesionalmente; Subcategoría 2 – Rescatando y perfeccionando saberes existentes; Subcategoría 3 – Aprender a ser y **Categoría 2 - Re significando el saber – hacer : trasformando lo cuidado**. Se ha constatado que el proceso de aprendizaje significativa ha sido, para las enfermeras, hilo conductor para una praxis reflexiva, una vez que re significaron conocimientos y prácticas respectivos a los cuidados paliativos y trasformaron la asistencia de enfermería en el entorno de la persona con herida tumoral maligna cutánea.

Palabras-clave: Conocimiento; Cuidados Paliativos; enfermeras; enfermería; Úlcera cutánea; Neoplasia.

INTRODUÇÃO

A Enfermagem é uma ciência, arte e uma prática social, imprescindível às organizações e ao funcionamento dos serviços de saúde, e expande as responsabilidades dos enfermeiros para realizarem os cuidados paliativos disponíveis para garantir conforto físico, psíquico, social e espiritual às pessoas com doenças ameaçadoras de vida, bem como respeitarem as diretivas antecipadas no que se refere aos desejos sobre os cuidados e tratamento que queiram ou não receber no momento em que estiverem inaptas para expressarem suas vontades⁽¹⁾.

Nesse relacionamento com a pessoa em cuidados paliativos, o enfermeiro baliza seu exercício profissional quando expressa nesse cuidar numa relação dialógica, que permite a

pessoa em palição exprimir seus sentimentos, pensamentos, desejos, bem como aceitação desse profissional como agente da práxis do cuidado humano, contribuindo para uma práxis transformadora, isto é, transformando a si mesmo, o outro e a sua prática assistencial⁽²⁾. Nessas circunstâncias, o enfermeiro que atua no âmbito da Atenção à Saúde de Alta Complexidade em Oncologia (ASAC) depara-se com diversos problemas de saúde pública, entre eles, a ferida tumoral maligna cutânea.

A ferida tumoral maligna cutânea origina-se a partir da infiltração do tumor, por implantação accidental de células malignas na pele durante o procedimento cirúrgico, diagnóstico ou pela metástase do tumor primário nas estruturas que compõem a pele ou por alterações na ferida crônica em decorrência do processo de oncogênese⁽³⁻⁶⁾.

As pessoas com esse tipo de ferida apresentam consequências biopsicossociais e espirituais lancinantes, dentre elas: perda dos limites físicos em decorrência do crescimento da lesão; sentimentos de constrangimento, baixa autoestima, déficit da autoimagem transmitidos pela presença da lesão, geralmente mutilante, e pelo extravasamento do exsudato derivado da saturação do curativo, o que resulta na necessidade de mudanças frequentes de roupas e na realização de curativos volumosos; isolamento social, já que as pessoas passam mais tempo confinadas em suas residências a fim de evitar o estigma social e o sentimento de sofrimento intenso e prolongado, uma vez que a ferida é a lembrança contínua da morte que se aproxima⁽³⁻⁶⁾.

Nesse sentido, entende-se que a pessoa com ferida tumoral maligna cutânea necessita de cuidados específicos, levando em consideração as especificidades desse tipo de lesão. De tal modo, se faz mister refletir sobre um cuidado humano abrangente, que se manifeste em atitudes de relacionamento com o outro e com o mundo⁽⁷⁾. Por isso, há que se considerar que o cuidado paliativo destinado à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea seja constituído por princípios fundamentais, como: direito, autenticidade, defesa da vida, acolhimento e alteridade⁽⁸⁾.

Esse aspecto é fundamental no enfrentamento das necessidades atuais nas áreas de ensino e saúde, muitas vezes, marcadas pelas práticas reducionistas e curativistas voltadas para alterações fisiopatológicas e sintomatológicas, que não contribuem para a compreensão dos cuidados paliativos, ou seja, cuidados voltados para qualidade de vida no processo de adoecimento e, sobretudo, dignidade durante o processo de finitude humana. Implica em um processo de ensino-aprendizagem norteado pela partilha de experiências e reflexões, procurando articular o saber-agir e o saber-fazer contextualizados política e socialmente para

uma prática assistencial embasada na integralidade e no desenvolvimento da autonomia do outro⁽⁹⁾.

Essa pesquisa se justifica devido à necessidade de oferecer intervenções educacionais para enfermeiros da ASAC em Oncologia, possibilitar mudanças em relação ao saber e ao fazer desses enfermeiros e, conseqüentemente, melhorar os cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea. Essa proposta se baseia na Política Nacional para Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas regulamentada por meio da Portaria nº 874/2013/GM/MS⁽¹⁰⁾ e na Resolução nº 41 de 31 de outubro de 2018⁽¹¹⁾ – dispõe sobre as diretrizes para organização dos cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde -, que visam qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da assistência oncológica e paliativa de acordo com os princípios da integralidade e da humanização e a Política de Educação Permanente em Saúde⁽¹²⁾ (PEPS) gerida pela Portaria 1996/07/GM/MS, que valoriza as necessidades advindas do cotidiano desses profissionais, dos problemas vivenciados em suas atividades laborais, em que o ensino-aprendizagem ocorre continuamente, em cada intervenção realizada. Por isso, este estudo partiu de uma inquietação profissional de uma das autoras, quando da vivência prévia com pessoas que apresentavam feridas tumorais malignas cutâneas e eram atendidas em instituição filantrópica de saúde.

Para fundamentar o estudo em tela, optou-se pela Teoria da Aprendizagem Significativa de David Ausubel⁽¹³⁾ (2000), utilizada na área de educação em enfermagem em trabalhos recentes⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. A Aprendizagem Significativa tem lugar quando novas ideias vão se relacionando de forma não arbitrária e não literal com as ideias pré-existentes na estrutura cognitiva do aprendiz. Por não arbitrariedade entende-se uma relação lógica e explícita entre a nova ideia e outras pré-existentes na estrutura cognitiva. Além de não arbitrariedade, para ser significativa, a aprendizagem precisa ser não literal, ou seja, uma vez aprendido determinado conteúdo, o aprendiz conseguirá explicá-lo com as suas próprias palavras. Para a teoria ausubeliana, existem três fatores imprescindíveis para que a aprendizagem se torne significativa: a existência de subsunçores que podem se ancorar a uma nova ideia que se deseja ensinar; a disposição da pessoa em aprender, visto que é um processo ativo; e o material a ser ensinado tem que ser potencialmente significativo. Portanto, os saberes transformados adquirem novos sentidos e significados e são únicos para cada pessoa.

A Educação Permanente em Saúde⁽¹²⁾ baseia-se em uma aprendizagem significativa que possa conceber a modalidade paliativa como uma oportunidade de acrescentar conhecimentos e experiências, com um cuidado integral, humanizado, sensível e resolutivo. Na educação de profissionais da ASAC em Oncologia, esse processo ocorreu em vários momentos e cenários, por meio de compartilhamento de novos saberes, respeitando a autonomia e a relação dialógica com o outro.

Nesse sentido, o estudo em tela teve o objetivo de analisar o processo de ressignificação de saberes e transformação dos cuidados paliativos como práxis de enfermeiras que cuidam de pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa, inserido em um estudo maior intitulado “O saber e o fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea”, do qual fizeram parte enfermeiras que atuavam na ASAC em Oncologia de uma instituição filantrópica (Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia) do Município de João Pessoa/PB, Brasil, e que concluíram a intervenção educativa teórico-prática intitulada “Curso de capacitação em cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea”, com carga horária de 25 horas. Para selecionar os participantes desta etapa, utilizaram-se alguns critérios de inclusão, dentre eles: não terem faltado a nenhuma aula do curso, estarem em atividade assistencial no período da coleta de dados e concordarem em participar das entrevistas. Assim, foram selecionadas 11 enfermeiras para participar das entrevistas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba, sob o Protocolo nº 031/17 e CAAE 64122116.1.0000.5188, resguardando todos os preceitos estabelecidos na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Nesse sentido, as participantes foram mantidas em anonimato, receberam uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o assinaram voluntariamente.

Os dados foram coletados um ano depois da intervenção educativa, nos meses de junho e julho de 2018, depois de agendar previamente um horário conveniente com a enfermeira da instituição que participou do curso, por meio de entrevista. A coleta teve o auxílio de um roteiro semiestruturado e de um gravador como instrumento de registro de

dados. As entrevistas ocorreram em ambiente com privacidade e duraram, em média, 30 minutos. Depois, foram transcritas na íntegra para o programa *Word* para *Windows*.

Para explorar os discursos das participantes, elegeu-se a análise de conteúdo proposta por Bardin⁽¹⁷⁾, que se constitui em um conjunto de técnicas, com procedimentos sistemáticos para descrever e analisar o conteúdo de mensagens: a pré-análise do material coletado com a realização da leitura flutuante, constituição do *corpus* dos dados e leitura aprofundada para a determinação das Unidades de Registros (URs) e Unidades de Contexto (UCs). Em seguida, foi realizada a exploração do material, que consistiu na apreensão e construção de categorias analíticas, na perspectiva da compreensão do objeto investigado.

Para manter o sigilo das participantes da pesquisa, os discursos foram identificados no texto com nomes de enfermeiras e/ou paliativistas que marcaram a história da Enfermagem e dos Cuidados Paliativos, a saber: Anna Nery, Cicely Saunders, Dorothea Orem, Elisabeth Kübbler-Ross, Florence Nightingale, Jeane Garnier, Jean Watson, Marie Curie, Rosimarie Parse, Virgínia Handerson e Wanda de Aguiar Horta.

RESULTADOS

Participaram deste estudo 11 enfermeiras, com idades entre 28 e 55 anos e tempo médio de 7,5 anos de atuação na referida instituição. Das 11 participantes, somente uma não referiu possuir pós-graduação *Lato sensu* em enfermagem oncológica.

Com base na análise dos relatos obtidos nas entrevistas, foram construídas as seguintes categorias e subcategorias: **Categoria 1 – Há sempre o que aprender: desconstruindo, reconstruindo e transformando saberes**, que se dividiu em três subcategorias: Subcategoria 1 – Disponibilizando-se a aprender e melhorar profissionalmente; Subcategoria 2 – Resgatando e aprimorando saberes existentes; Subcategoria 3 – Aprender a ser; e **Categoria 2 - Ressignificando o saber-fazer: transformando o cuidado**.

Apresentando as categorias e subcategorias

Categoria 1 – Há sempre o que aprender: desconstruindo, reconstruindo e transformando saberes

Subcategoria 1 – Disponibilizando-se a aprender e melhorar profissionalmente

[...] antes do curso, eu não tinha nenhuma curiosidade em querer aprender e [...] nunca me preocupei em fazer um curso de capacitação de cuidados paliativos em relação às feridas [...]. Depois de todo aquele aprendizado, a gente percebeu que poderia melhorar profissionalmente [...] *Cicely Saunders*

[...] eu não me identificava com essa parte da ferida, porque eu trabalho com as consequências do tratamento [...]depois do curso, eu tive a oportunidade de enxergar essa área com outros olhos [...] fiquei encantada, e agora, me vejo mais interessada em perguntar [...] em observar [...] em querer fazer [...] *Marie Currie*.

Subcategoria 2 – Resgatando e aprimorando saberes existentes

Hoje eu percebo que eu sabia um pouquinho; melhorou 100% [...] porque a gente vê isso diariamente [...]. Muitas vezes, a gente pensa que não sabe, mas a gente sabe! [...] faltava uma orientação mais específica e um professor [...] que nos orientasse para fazer o melhor. O curso veio para melhorar a assistência. *Cicely Saunders*

O curso foi bem valioso e mudou o retrato e a imagem do cuidado com o paciente que tem ferida tumoral [...] é impossível a gente ver o paciente e não lembrar do curso [...] marcou mesmo [...] ainda está gravado aqui {aponta em direção à cabeça – grifo próprio} todos os detalhes; quando eu vejo um paciente, penso: vou fazer daquele jeito [...] *Wanda de Aguiar Horta*

[...] eu gostei muito [...] porque tinha muitas coisas que eu não sabia e que eu aprendi [...]; eu não sabia [...] como limpar [...] e o que usar nessas feridas [...]; entender os tipos de curativos, as coberturas, os produtos [...]. Tirei um bocado de dúvidas [...]. Depois das aulas, eu aprendi a fazer os cuidados paliativos em relação aos curativos. *Jean Watson*

Subcategoria 3 – Aprender a ser

Aprendi muito. Na verdade, me fez ficar com um olhar diferenciado. Hoje é diferente de um ano atrás [...]; quando eu vejo um paciente com uma ferida tumoral, é diferente [...]; olho com mais cuidado, com mais carinho, com um olhar mais humanizado. Quando a gente adquire conhecimento, a gente passa uma segurança a mais para a equipe e pra gente mesmo. *Cicely Saunders*

Por experiência própria, eu, antes do curso ficava meio receosa de chegar perto, de me aproximar do paciente com ferida e não saber por onde

começar. E, depois do curso, eu vi que eu tenho essa capacidade: de que eu sei e posso fazer. *Marie Curie*.

[...] tudo aquilo que a gente aprendeu [...] vou levar para o resto da vida [...] e uma delas foi [...] sentir mais a dor do outro; se colocar sempre na posição dele [...] em relação à dor que ele sente com a ferida, o constrangimento que ele passa [...] o isolamento que ele sofre [...]; tipo, a gente deve fazer de conta que não está sentindo [...] o odor da ferida [...] porque é menos um constrangimento pra eles. *Florence Nightingale*

Categoria 2 – Ressignificando o saber-fazer e transformando o cuidado

[...] no que eu posso, eu coloco em prática tudo o que eu aprendi; não só com relação às feridas, mas com o cuidado paliativo mesmo [...]. Eu converso com o paciente, [...] com a família, [...] tento fazer com que eles entendam [...]. Hoje, na minha vivência, depois do curso, uma coisa que bato muito [...] é que tem que respeitar [...] o paciente. Se ela não quer comer, não vai comer [...], se ela não quer falar, é porque é o momento dela [...]. Eu só não deixo o paciente sentir dor. *Elisabeth Kübler-Ross*

Eu tinha medo daquelas feridas. Não é nojo. Eu evitava cuidar de pacientes com aquelas feridas tumorais enormes. Mas foi ali no curso, que eu comecei a enfrentar esse medo, por causa dos manequins[...]. Depois do curso, eu vi dois pacientes com feridas tumorais. Aí, eu lembrei do manequim, do curso, das aulas [...] e eu enfrentei aquele temor que eu tinha – de machucar, de não fazer um curativo bem feito, [...] do sofrimento do paciente - [...] aí, eu fiz questão [...] de limpar as feridas [...]. Aí, eu consegui fazer tudinho. *Jean Watson*

Depois do curso [...] eu consigo aplicar [...] os cuidados que você passou pra gente [...] que, quando a gente não tem um produto, você pode substituir por outro [...]; por exemplo: se um paciente tem odor e precisa usar uma cobertura de alta tecnologia, se não tiver, a gente usa hidróxido de alumínio [...] o importante é amenizar o sofrimento do paciente [...] a gente só não pode mandar o paciente pra casa sem fazer nada. [...] eu vi que, depois do curso, podia trazer orientação para os meus colegas de equipe, de tirar dúvidas e [...] estar junto da equipe na hora do curativo, para poder melhorar a qualidade de vida do paciente [...] *Cicely Saunders*

Muitas vezes a gente sabe, porém não executa, e foi através do curso, que, agora, a gente está sabendo e fazendo [...] porque antes a gente sabia, mas não fazia [...] É gratificante saber que você [...] proporcionou uma palavra de conforto, [...] deu atenção, [...] deu uma qualidade de vida para aquele paciente[...] *Marie Curie*.

A gente ganhou o conhecimento [...], mas quem ganhou realmente foram os pacientes, porque a gente está botando em prática. [...] Eu utilizo outros produtos que podem ser substituídos [...] como hipoglós, vaselina, hidróxido de alumínio [...] e tenho a minha assistência de enfermagem bem feita e a

evolução da ferida muito mais rápida do que se tivesse esperando por curativos mais modernos chegarem. *Jeane Garnier*

DISCUSSÃO

Embasada em um modelo dinâmico, a Aprendizagem Significativa (AS) implica na participação ativa do aprendiz no processo de ensino e de aprendizagem, viabilizando a construção e reconstrução de saberes. Neste contexto, Ausubel⁽¹³⁾, por meio desta teoria, procurou sistematizar os princípios cognitivos que permitem ao aprendiz situar-se no mundo, vivenciar e atribuir significados à realidade em que se encontra⁽¹⁸⁾.

Nessa perspectiva, a **categoria 1 - Há sempre o que aprender: desconstruindo, reconstruindo e transformando saberes** está alicerçada nos depoimentos que revelaram os três aspectos fundamentais da aprendizagem significativa: a intenção do aluno de aprender significativamente; a presença de elementos relevantes em sua estrutura cognitiva; e o material potencialmente significativo a ser ensinado para o aprendiz⁽¹⁹⁾.

No que se refere à **subcategoria 1 - Disponibilizando-se a aprender e melhorar profissionalmente**, algumas enfermeiras destacaram que, antes da intervenção educativa, não se interessavam em querer aprender sobre os cuidados paliativos destinados à ferida tumoral ou não se identificavam com o conjunto dos saberes e fazeres que envolvem a pessoa com este tipo de ferida. Todavia, depois da capacitação, houve um despertar para a temática, bem como a compreensão da importância deste saber e deste fazer para lidar melhor nas atividades profissionais.

A intenção de querer aprender, na concepção ausubeliana⁽¹³⁾, é considerada um fator afetivo-social intrínseco do aprendiz, ou seja, dá-se quando uma situação existencial gera uma necessidade de saber e, conseqüentemente, um aumento da disposição para aprender⁽²⁰⁾. Nesse contexto, para que a aprendizagem significativa se efetive, o aprendiz precisa ter o interesse em se envolver ativamente no processo de ensino-aprendizagem⁽¹⁹⁾ e assumir suas responsabilidades no direcionamento da própria aprendizagem, questionando e confirmando os significados compartilhados com o professor/facilitador e demais colegas⁽²¹⁾.

Nesse sentido, a aprendizagem significativa ocorre quando o aprendiz relaciona o novo conhecimento de forma não arbitrária e não literal ao conhecimento pré-existente. Por não arbitrariedade entende-se que existe uma relação lógica e explícita entre a nova ideia e outra(s) já existente(s) na estrutura cognitiva do aprendiz, e não literal refere-se a o aprendiz

conseguir explicar o conteúdo aprendido com as suas próprias palavras⁽¹⁹⁾. Vale ressaltar que os significados adquiridos durante um momento educativo são particulares a quem os vivencia, isto é, o alcance do significado é um fenômeno psicológico puramente idiossincrático (maneira de ver, de sentir e de reagir), próprio de uma pessoa⁽¹⁸⁾. Por isso, as enfermeiras atribuíram sentidos e significados diferentes umas das outras.

No que concerne à subcategoria 2 – Resgatando e aprimorando saberes existentes, algumas enfermeiras ressaltaram que o curso foi a oportunidade de se apropriarem de um tema que desconheciam, problema enfrentado por outros profissionais da ASAC em Oncologia em outras regiões do Brasil⁽²²⁻²³⁾ e que se expressa na dificuldade de conduzir os cuidados paliativos necessários à pessoa com ferida tumoral, ou seja, realizar ações básicas e específicas de enfermagem para o controle dos sinais e sintomas desse tipo de ferida.

Para outras enfermeiras, a intervenção educativa foi um momento de resgatar e aprimorar (relembrar e ressignificar) os cuidados paliativos aprendidos em outras ocasiões da vida profissional (educação continuada e/ou permanente), bem como uma oportunidade de aprendizagem contextualizada, reflexiva e transformadora.

Nessa conjuntura, a aprendizagem pode se processar tanto por descoberta quanto por recepção. Na primeira, o aluno aprende ‘sozinho’ (soluciona um problema ‘sem assistência’) e na segunda, o aprendiz ‘recebe’ a informação (o que não significa passividade – o conteúdo é apresentado pronto para o aprendiz, que deve compreendê-lo, interiorizá-lo e lembrá-lo em momento posterior) e cabe ao aprendiz atuar ativamente sobre esse material, a fim de relacioná-lo às ideias relevantes disponíveis em sua estrutura cognitiva⁽¹³⁾.

Além disso, Ausubel⁽¹³⁾ resalta que é fundamental resgatar os subsunçores (conhecimentos prévios) do aprendiz, pois servem de pontes cognitivas para os novos conhecimentos. Contudo, Ausubel, Novak, Hanesian⁽²⁴⁾ e Moreira⁽¹⁹⁾ alertam que não basta ser quaisquer conhecimentos prévios; estes precisam ser adequados e relevantes para que as interações cognitivas aconteçam e que, uma vez integrados aos novos conhecimentos, fiquem mais diferenciados, mais elaborados em termos de significados e se tornem mais estáveis, modificando, no processo de aprendizagem, tanto os novos conhecimentos como os anteriores.

Vale ressaltar que, durante a intervenção educativa, a negociação de significados foi fomentada por metodologias ativas que permitiram a viabilização da aprendizagem receptiva dentro de uma perspectiva dialógica e estratégias voltadas para a construção de mapas

conceituais e discussão em grupo, que segundo Moreira⁽¹⁹⁾ são considerados ferramentas de ensino e princípios facilitadores para uma aprendizagem significativa crítica e reflexiva.

Assim, antes de cada assunto a ser abordado, foi solicitado às enfermeiras que representassem por meio de mapas conceituais suas experiências e conhecimentos prévios acerca da temática (isto é, a compreensão dos significados), posteriormente compartilhados com as demais. Ao socializar esses mapas, observaram-se a negociação desses significados com as colegas, a ampliação e ressignificação de saberes, assim como a possibilidade de interação social.

O mapeamento conceitual tem sua fundamentação teórica na Aprendizagem Significativa de Ausubel⁽¹³⁾ e ajuda o aprender acerca da própria aprendizagem, pois estimula o pensamento reflexivo do aprendiz quando ele consegue representar as relações conceituais inerentes a determinado assunto e desenvolver proposições. Além disso, permite ao professor/facilitador avaliar o pensamento do aprendiz sobre determinado fenômeno e estabelecer negociação dos significados sobre os conceitos e proposições expressas pelas ligações realizadas⁽²¹⁾.

Os assuntos apresentados obedeceram aos princípios de diferenciação progressiva e reconciliação integrativa, que acontecem simultaneamente na dinâmica da estrutura cognitiva do aprendiz. Na diferenciação progressiva, o ensino deve começar com os aspectos mais gerais, mais inclusivos e mais organizadores do conteúdo para os mais específicos; e, na reconciliação integrativa, apresenta-se algo mais específico, relacionando-o com o geral, chamando a atenção para diferenças e semelhanças, mostrando como o novo se relaciona com o geral e com outros tópicos abordados. O resultado da aplicação desses dois princípios é uma estrutura cognitiva dinâmica, hierárquica e mais organizada, segundo a perspectiva do que se aprende⁽¹⁹⁾.

A subcategoria 3 – Aprender a ser – demonstra que as enfermeiras construíram novos saberes ou reconstruíram saberes existentes e ressignificaram o sentido de aprender a ser, revelando-se mais seguras, mais capazes, mais autônomas, mais reflexivas e empáticas. Para Delors⁽²⁵⁾, aprender a ser compreende a descoberta de si mesmo como pessoa e parte integrante da sociedade, que respeita os valores culturais⁽²⁵⁾.

Esta pessoa, aqui concebida, tem a possibilidade de perceber, de atribuir significados e de estar aberta ao que está ao seu redor. Essa abertura – característica fundamental da natureza humana (o homem é essencialmente um ser aberto diante do que vem ao seu encontro)⁽²⁶⁾ – é entendida como condição individual de utilizar diversas formas de se

relacionar e escolher aquilo para o qual se volta. “O perceber acontece na relação dessa possibilidade humana de estar aberto àquilo que a ela se mostra. Desse modo, pela percepção humana, as coisas ao redor são tematizadas e pela compreensão, podem ter significado no mundo”^(27:35). Essa junção da percepção e da compreensão é que torna possível à pessoa, na sua individualidade, atribuir significados à realidade em que se encontra – significados em constante transformação⁽²⁷⁾.

O significado, segundo Ausubel⁽¹³⁾, é um produto fenomenológico - que se revela no processo de aprendizagem quando o significado potencial ou temática de uma área de conhecimento modifica-se em conteúdo cognitivo, diferenciado para um aprendiz – consequente de uma aprendizagem por compreensão⁽²⁷⁾.

Nesta perspectiva, Ausubel, Novak e Hanesian⁽²⁴⁾ ressaltam que um fator essencial para aprender significativamente (atribuir significados) é que o material de aprendizagem seja potencialmente significativo, pois os significados estão nas pessoas e não nas palavras, objetos ou acontecimentos.

Nesse sentido, “o professor age intencionalmente para que o aprendiz capte os significados do conteúdo ensinado, em um contexto particular cujos elementos são constantemente avaliados”^(21:81). Para isso, o professor/facilitador desenvolve condições de ensino utilizando modalidades educativas diferenciadas, que estimulem à reflexão e remetam o aprendiz à organização e transformação do conhecimento de forma compartilhada⁽²⁸⁾.

Desse modo, a autora principal organizou as situações de aprendizagem (selecionou e preparou de forma lógica, o material para a aprendizagem [dinâmicas de acolhimento, encerramento, vídeos, trechos de filmes sobre cuidados paliativos e humanização]), a fim de que o conteúdo ensinado pudesse fazer sentido para as enfermeiras.

Além disso, a interação social é fundamental na efetivação do momento educativo, pois, conforme Gowin⁽²⁹⁾, professor/facilitador e aprendiz são corresponsáveis no processo de ensino e de aprendizagem, atuando ativamente na negociação e partilha dos significados do material de ensino, de maneira a favorecer a aprendizagem significativa.

Nessa perspectiva, Novak⁽³⁰⁾ ressalta que qualquer momento educativo é considerado uma ação partilhada, que busca a troca de significados e sentimentos entre o aprendiz e o professor/facilitador. Esta troca será positiva e intelectualmente construtiva quando os aprendizes obtiveram maior compreensão de um conhecimento ou experiência, e será negativa quando a compreensão for equivocada ou aparecerem sentimentos de inadequação.

Na categoria 2 - Ressignificando o saber-fazer e transformando o cuidado, os discursos permitem entender que, depois do curso de capacitação, as enfermeiras ressignificaram o saber-agir⁽³¹⁾ (aquilo que vai além do prescrito) e o saber-fazer⁽³¹⁾ (habilidade) mediante a aprendizagem por reflexão⁽³²⁾, o que levou à transformação do cuidado.

Nesse contexto, vale ressaltar que a aprendizagem por reflexão ou por solução de problemas é parte integrante da teoria da aprendizagem significativa e envolve o hiato entre o conhecimento que o aprendiz dispõe e o que tem que alcançar para a solução do problema⁽³²⁾. Para que ocorra aprendizagem por reflexão (aprendizagem pelo pensar, relacionar conceitos, princípios e informações), é preciso que: a) o problema exista e tenha significado para o aprendiz; b) que o aprendiz tenha disposição para resolver o problema; c) domine os conceitos com os quais irá trabalhar para a solução do problema; e d) analise se entendeu a natureza do problema e se possui material necessário para trabalhá-lo⁽³²⁾.

Desse modo, os discursos nos permitem compreender que as enfermeiras ressignificaram o saber-agir e o saber-fazer e, conseqüentemente, transformaram os cuidados paliativos relativos à pessoa com ferida tumoral quando revelaram que estavam praticando tudo o que aprenderam durante o curso e quando demonstraram suas habilidades na prática assistencial.

Uma das habilidades realçadas nos discursos das enfermeiras foi a dimensão técnica⁽³³⁾ (a capacidade de relacionar os conteúdos) no que tange aos cuidados paliativos com a ferida tumoral, quando mencionaram que era gratificante realizar um curativo bem feito, proporcionar conforto e, quando necessário, substituir determinadas coberturas de alta tecnologia por produtos e substâncias que apresentavam o mesmo efeito para controlar os sinais e sintomas das feridas.

Além da dimensão técnica, as enfermeiras destacaram a ressignificação e transformação da habilidade ou dimensão estética⁽³³⁾ (presença da sensibilidade e sua orientação em uma perspectiva criadora) no que se refere à filosofia e aos princípios norteadores dos cuidados paliativos, quando ressaltaram o respeito pela autonomia, e escuta terapêutica, esclarecimentos para o paciente e família sobre a doença, medidas para o alívio da dor e outros tipos de sofrimentos, assim como ações que envolvem o cuidado sensível, empático e compassivo, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do paciente.

Isso nos leva a perceber que as enfermeiras construíram novos saberes, reconstruíram saberes existentes⁽²⁵⁾ (aprender a aprender) e desenvolveram competências e habilidades no

uso da tecnologia e sua aplicabilidade na vida profissional (aprender a fazer), na perspectiva da integralidade do cuidado⁽²⁵⁾.

Nesse contexto, vale ressaltar que competências compreendem a capacidade de expressar as dimensões cognitiva, socioafetiva e psicomotora, de forma articulada, na prática profissional e influenciam significativamente na obtenção de resultados de qualidade⁽³³⁾. Portanto, as falas das enfermeiras demonstram a transformação da prática profissional de forma competente, uma vez que mudaram suas atitudes e modificaram o curso de algumas ações que julgaram mais adequadas para o momento. Essas mudanças provavelmente foram fruto da aprendizagem por reflexão⁽³²⁾.

Ainda sobre as competências, é possível observar, por meio das falas, que algumas enfermeiras, depois do curso, conduziram suas ações de enfermagem baseadas na dimensão ética⁽³³⁾ (orientação da ação, fundada no princípio do respeito e da solidariedade, em direção à realização de um bem coletivo) quando enfatizaram que não poderiam dar alta hospitalar ao paciente sem que realizassem alguma intervenção de enfermagem para aliviar o sofrimento humano. Também referiram que os conhecimentos adquiridos durante o curso foram direcionados para melhorar a assistência de enfermagem, uma vez que os grandes beneficiados deste aprendizado foram os seus pacientes.

Esse agir ético, provavelmente, foi consequência da aprendizagem por reflexão, pois exigiu das enfermeiras a experiência da vivência da ação (produto fenomenológico), ressignificação de valores e princípios, disposição para a resolução da situação e domínio do conteúdo⁽³⁴⁾. Portanto, a visão de mundo reconstruída levou à transformação do cuidado.

Nessa perspectiva, o cuidado é entendido como um modo de ser, portanto é um ideal ético. O aspecto essencial do cuidado é o deslocamento de interesse de nossa realidade para a do outro⁽³⁵⁾. Desse modo, em resposta às necessidades geradas pelo sofrimento associado à doença ameaçadora de vida, no paciente e na família, a Organização Mundial de Saúde⁽³⁶⁾ estabeleceu alguns princípios éticos dos cuidados paliativos que foram desvelados nos discursos das enfermeiras, a saber: proporcionar cuidados integrais, totais e continuados, levando em consideração os aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais; controlar a dor e os sintomas que ocasionam outros sofrimentos; e ser solidário⁽³⁷⁾. Portanto, observou-se que as enfermeiras aliaram a competência técnica, os conhecimentos aprimorados e seus valores a serviço da pessoa fragilizada, com o objetivo de aliviar os sofrimentos no final da vida.

Outro aspecto merecedor de atenção foi que uma das enfermeiras revelou sua atitude de integralidade pessoal observando suas características individuais e no relacionamento com

o outro⁽²⁵⁾ (aprender a conviver), quando ressaltou que estava compartilhando os saberes adquiridos no curso com a equipe de enfermagem, dirimindo as dúvidas dos colegas e orientando a técnica de realização do curativo na presença da equipe.

Essa atitude de partilha de saberes⁽³¹⁾ (conjunto de recursos incorporados pelo aprendiz – conhecimentos, habilidades, experiência, capacidade cognitiva, recursos emocionais) com a equipe de enfermagem permite confirmar que a aprendizagem por reflexão foi significativa, uma vez que a enfermeira participou de forma autônoma e ativa nas relações com o meio profissional (cultural e social), compreendendo seu contexto, libertando-se de coerções e transformando-o, quando teve a oportunidade de vivenciar situações de cooperação compartilhada⁽²⁷⁾.

Também foi possível constatar que uma das enfermeiras superou obstáculos psicoemocionais e psicomotores no que tange à realização de um curativo em uma pessoa com ferida tumoral maligna. Esses obstáculos, primeiramente, foram superados por meio das aulas práticas realizadas com simuladores de feridas tumorais, que, porventura, foram relembradas na situação real de sua prática assistencial.

Os simuladores são ferramentas utilizadas no processo de ensino-aprendizagem que favorecem um momento reflexivo sobre os aspectos envolvidos na realização de um cuidado. Esse espaço de reflexão é um ponto essencial para integração e confiança tanto em competências técnicas, quanto interpessoais⁽³⁸⁾.

Dessa forma, o discurso da enfermeira permite ratificar que a participante superou o medo da ferida tumoral, por meio da aprendizagem por reflexão, uma vez que o problema existia e tinha significado para ela; apresentou disposição para solucionar o problema (enfrentar o obstáculo do medo); dominava os conceitos com os quais trabalhou para a solução do problema (aulas práticas realizadas nos simuladores) e compreendeu que a experiência vivenciada em realizar o curativo da ferida tumoral foi momento de superação do obstáculo. Neste contexto, Waldow^(34:144) resalta que a prática assistencial envolve uma série de elementos que a teoria não consegue contemplar e um deles “é aprender e lidar com a própria ansiedade, medo e insegurança e captar a dinâmica da prática – desenvolvendo habilidades e descobrindo capacidades pessoais.”

Para Ausubel⁽¹³⁾, a solução de problemas envolve mais que a capacidade de aplicar conceitos, pois requer poder de raciocínio, flexibilidade, perseverança, improviso, ousadia, sensibilidades aos obstáculos e astúcia tática. Considerando esses aspectos, a avaliação realizada na solução de problemas deve estar mais orientada para o processo de resolução

(superar o medo) seguido pelo aprendiz (enfermeira) do que para o resultado obtido (curativo realizado com sucesso)⁽³⁹⁾.

A partir da perspectiva da aprendizagem significativa, a intervenção educativa permitiu que as enfermeiras repensassem o sentido e o significado de ser enfermeira no contexto dos cuidados paliativos; elas ressignificaram o saber-agir e o saber-fazer no entorno da pessoa que sofre com a ferida tumoral maligna cutânea e transformaram a práxis por meio de mudança de atitudes e práticas de cuidar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apresentou resultados que permitiram analisar o processo de ressignificação de saberes e transformação dos cuidados paliativos como práxis de enfermeiras que cuidavam de pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas. Isso ratifica a importância de desenvolver intervenções educativas que promovam os saberes para profissionais que atuam em serviços de saúde especializados, como os centros de atenção oncológica, com a finalidade de melhorar os cuidados paliativos.

Foi possível observar que a intervenção educativa foi um momento que possibilitou às enfermeiras construir e reconstruir os saberes relativos aos cuidados paliativos como direito da pessoa que sofre de uma doença ameaçadora de vida e como modalidade terapêutica que melhora a qualidade de vida, por meio do alívio do sofrimento, e promove dignidade humana no processo de finitude. Esse movimento de construir-desconstruir-reconstruir permitiu a ampliação e reorganização destes saberes, tornando-os mais diferenciados e estáveis a nível cognitivo.

Este estudo também revelou que a intervenção educativa oportunizou às enfermeiras resgatarem memórias afetivas negativas e/ou positivas, trabalhadas conscientemente durante o processo de ensino-aprendizagem e, que, posteriormente, foram manifestadas como sentimentos de superação, de crescimento pessoal, de gratidão, bem como agir com ética, empatia e compaixão em relação à pessoa com ferida tumoral.

Outrossim, constatou-se que o processo de aprendizagem foi significativo para as enfermeiras, já que proporcionou uma prática reflexiva sobre o processo de cuidado e, com isso, permitiu uma práxis transformadora como possibilidade de desenvolver os cuidados paliativos integrativos e contínuos, orientados por um projeto ético-estético-político em defesa da dignidade humana.

Nesse contexto, para que este ideal de práxis transformada seja fortalecido, se faz necessário que programas de educação permanente de serviços especializados em oncologia apresentem pressupostos de uma prática educativa que contemplem um processo de ensino-aprendizagem interativo, vivenciado entre diversos sujeitos (facilitadores, profissionais da saúde, gestores e pacientes), implicando em corresponsabilidade e em participação de todos os envolvidos.

No estudo em tela, um caminho possível, aqui considerado, é organizar o ensino e investigação sobre ele, com base nos pressupostos da teoria da aprendizagem significativa, bem como utilizar estratégias que subsidiem o processo de ensino-aprendizagem (aula expositiva dialogada, construção de mapas conceituais, discussões em grupo, exercícios práticos com simuladores de feridas), que contribuam para a aprendizagem significativa dos conteúdos abordados.

Todavia, se faz necessário que o professor passe a agir como facilitador da aprendizagem, compreendendo os desafios que permeiam o processo de ensino-aprendizagem, sobretudo em profissionais da área de saúde, que, muitas vezes, já exercem atividades laborais em serviços de saúde e que trazem consigo vivências e conhecimentos prévios, não só no âmbito da vida pessoal e profissional, mas também no contexto de ensino-aprendizagem, que nem sempre foram positivas em suas trajetórias de estudantes.

Nessa perspectiva, considerando o contexto de atuação das enfermeiras nos cuidados paliativos, os conteúdos e práticas apresentados na intervenção educativa se propuseram a explicitar um ensino centrado no cuidado (aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser) de forma flexível, livre da rigidez dos padrões convencionais, valorizando as dimensões biopsicossocial e espirituais da pessoa que sofre com uma ferida tumoral. Além disso, foram realizadas metodologias ativas que pudessem trabalhar a intersubjetividade, a alteridade, a solidariedade e o amor como elementos essenciais dos cuidados paliativos destinados à pessoa em processo de morte e morrer, com vistas à integralidade do cuidar.

Ressalta-se que, como todo processo de ensino-aprendizagem é inacabado, as enfermeiras precisam assumir a responsabilidade na gestão da própria aprendizagem, participando ativamente de outros processos educativos. Por essa razão, terão o compromisso de se atualizarem, na importante missão de fazer com que o ideal de cuidados paliativos que desejem se aproxime de suas realidades.

Diante desses aspectos, do fato de os resultados serem originados de um estudo qualitativo após um ano de intervenção educativa e dada a escassez de subsídios originados de pesquisas com esse foco, existe a necessidade de maior aprofundamento dessa temática em outros contextos.

REFERÊNCIAS

1. Resolução COFEN nº 564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, que acrescenta os Capítulos sobre o oferecimento de cuidados paliativos; cuidados em fim de vida; respeito à autonomia do paciente e às suas diretivas antecipadas. Diário Oficial da União. 6 Nov 2017. Seção I: 157.
2. Prado ML, Reibnitz KS, Gelbcke FL. Aprendendo a cuidar: a sensibilidade como elemento plasmático para formação da profissional crítico-criativa em enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2006 [acesso em 2018 set 05]; 15 (2): 296-302. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a13v15n2.pdf> DOI:
3. Instituto Nacional de Câncer (BR). Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Hospital do Câncer IV. Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Hospital do Câncer IV. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
4. Tilley C, Lipson J, Ramos M. Palliative wound care for malignant fungating wounds: holistic considerations at end-of-life. *Nurs Clin North Am* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 10]; 51(3):513-31. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27497023>.
5. Maida V, Alexander S, Case AA, Fakhraei P. Malignant wound management. *Public Health Emerg* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jun 10]; 1(12):1-14. Available from: <http://handle.uws.edu.au:8081/1959.7/uws:36287>.
6. Beh SY, Leow LC. Fungating breast cancer and other malignant wounds: epidemiology, assessment and management. *Expert Rev Qual Life Cancer Care* [Internet]. 2016 [cited 2016 Nov 10]; 1(2):137-44. Available from: Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/23809000.2016.1162660?journalCode=terq20>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.11.319>.
7. Waldow VR. Enfermagem: a prática do cuidado sob o ponto de vista filosófico. *Investing Enferm Imagen Desarr* [Internet]. 2015 [acesso em 02 set 2018]; 17 (1): 13-25. Disponível em: [http://texto%20del%20artículo-42478-1-10-20141222%20\(2\).pdf](http://texto%20del%20artículo-42478-1-10-20141222%20(2).pdf)
8. Silva RS, Medeiros ACT, Nóbrega MML. Processo de enfermagem na perspectiva dos cuidados paliativos. In: Silva RS, Amaral JB, Malagutti W. *Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando de uma boa morte*. São Paulo: Martinari; 2013. 11p.

- 9.Sena RR, Silva KL, Gonçalves AM, Duarte ED, Coelho S. O cuidado no trabalho em saúde: implicações para formação de enfermeiros. *Interface – Comunic, Saúde, Educ* [Internet]. 2008 [acesso em 2018 set 04]; 12 (24): 23-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n24/02.pdf>
- 10.Ministério da Saúde (BR). Portaria nº874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para o Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília, 17 de maio 2013. Seção 1, p.129-32.
- 11.Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 41 de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília. Publicado em 23/11/2018. Edição 225. Seção 1. Página 276.
- 12.Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar Educação Permanente no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
- 13.Ausubel D. Aquisição e retenção de conhecimentos: uma perspectiva cognitiva. Lisboa: Plátano Edições Técnicas; 2000.
- 14.Mendoza IYQ. Intervenção educativa sobre hipotermia: uma estratégia para aprendizagem em Centro Cirúrgico. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo; 2011.
- 15.Reichert APS. Vigilância do desenvolvimento neuropsicomotor de lactentes na estratégia de saúde da família. [tese]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, Recife; 2011.
- 16.Sousa ATO. Úlcera venosa: proposta educacional para enfermeiros da atenção primária. [tese]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa; 2015.
- 17.Bardin L. Análise do conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
- 18.Masini SFS. Aprendizagem significativa na escola. *Aprendizagem Significativa Rev* [Internet]. 2016 [acesso em 02 set 2018]; 6 (3): 70-8. Disponível em: http://www.if.ufrgs.br/asr/artigos/Artigo_ID90/v6_n3_a2016.pdf
- 19.Moreira MA. Subsídios teóricos para o professor pesquisador em ensino de ciência: a teoria da aprendizagem significativa. Instituto de Física, UFRGS, Porto Alegre, Brasil, 2016. Disponível em: <https://www.if.ufrgs.br/~moreira/Subsidios6.pdf> Acesso em 2018 set 05.
- 20.Iglesias AG, Pazin-Filho A. Aprendizado de adultos. *Medicina (Ribeirão Preto)* [Internet]. 2014 [acesso em 02 set 2018]; 47 (3): 256-63. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/86612>

-
21. Belmont RS. Contribuições da teoria da aprendizagem significativa para avaliação educacional. *Aprendizagem Significativa Rev* [Internet]. 2016 [acesso em 02 set 2018]; 6 (3): 79-88. Disponível em: http://www.if.ufrgs.br/asr/artigos/Artigo_ID91/v6_n3_a2016.pdf
22. Brito DTF, Agra G, Sousa ATO, Medeiros MVS, Formiga NS, Costa MML. Vivências de enfermeiras no cuidado de pacientes com feridas neoplásicas. *Enferm Brasil*. 2017;16(5):284-92.
23. Firmino F, Alcântara LFFL. Enfermeiras no atendimento ambulatorial a mulheres com feridas neoplásicas malignas nas mamas. *Rev Rene* [Internet]. 2014 [acesso em 16 nov 2016]; 15(2):298-307. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/315>. DOI: <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v15i2.3155>.
24. Ausubel DP, Novak JD, Hanesian H. *Psicologia educacional*. Rio de Janeiro: Interamericana; 1980.
25. Delors J. *A educação para o século XXI: questões e perspectivas*. Porto Alegre, RS: Artmed, 2005.
26. Costa BA. Daseinsanalyse e psicoterapia no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. *Revi Abordagem Gestáltica* [Internet]. 2017 [acesso em 02 set 2018]; 23 (2): 177-88. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v23n2/v23n2a06.pdf>
27. Masini EFS. Aprendizagem por compreensão e reflexão. *Aprendizagem Significativa Rev* [Internet]. 2012 [acesso em 02 set 2018]; 2 (1): 35-43. Disponível em: http://www.if.ufrgs.br/asr/artigos/Artigo_ID23/v2_n1_a2012.pdf
28. Fernandez V, Beligoy M. Estilos de aprendizaje y su relación con la necesidad de reestructuración de las estrategias de aprendizaje de los estudiantes universitarios de primer año. *FEM* [Internet]. 2015 [acesso em 02 set 2018]; 18 (5): 361-6. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/fem/v18n5/original8.pdf>
29. Gowin DB. *Educating*. New York: Cornell University Press, 1981.
30. Novak JD. *Aprender, criar e utilizar o conhecimento: mapas conceituais como ferramenta de facilitação nas escolas e empresas*. Lisboa: Plátano.
31. Vale EG, Pagluica LMF, Quirini RHR. Saberes e práxis em enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2009 [acesso em 02 set 2018]; 13 (1): 174-80. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a24.pdf>
32. Masini EFS. Aprendizagem significativa: condições para ocorrência e lacunas que levam a comprometimentos. *Aprendizagem Significativa Rev* [Internet]. 2011 [acesso em 02 set 2018]; 1 (1): 16-24. Disponível em: http://www.if.ufrgs.br/asr/artigos/Artigo_ID2/v1_n1_a2011.pdf

-
- 33.Waldow VR. Reflexões sobre educação em Enfermagem: ênfase em um ensino centrado no cuidado. O Mundo da Saúde [Internet]. 2009 [acesso em 30 nov 2016]; 33(2):182-8. Disponível em: https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/70/488a494.pdf.
- 34.Waldow VR. Momentos de cuidar: momento de reflexão na ação. Rev Bras Enferm [Internet]. 2009 [acesso em 30 nov 2016]; 62(1):140-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/22.pdf>.
- 35.Waldow VR, Borges RF. Cuidar e humanizar: relações e significados. Acta Paul Enferm [Internet]. 2011 [acesso em 02 set 2018]; 24 (3): 414-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/17.pdf>
- 36.World Health Organization (WHO) – Definition of palliative care. 2017. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>>. Acesso em set 2018.
- 37.Rosa DOS, Fontoura EG. Bioética e cuidados paliativos. In: In: Silva RS, Amaral JB, Malagutti W. Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando de uma boa morte. São Paulo: Martinari; 2013. 9p.
- 38.Oliveira SN, Prado ML, Kempfer SS. Utilização da simulação no ensino da enfermagem: revisão integrativa [Internet]. 2014 [acesso em 02 set 2018]; 18 (2): 487-95. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/941>
- 39.Pozzo JI, Crespo MAG. A solução de problemas nas ciências da natureza. In: Pozzo JI. A solução de problemas: aprender a resolver, resolver para aprender. Porto Alegre: Artmed, 1998. p68-102.



“Cuidar do corpo e da alma
De quem no instante se vai
Tecer pedaços de calma
Para a vida que decai...
Com o saber que alivia
Mas que saber, coração,
De quem sem medo se adia
Para dar-se em profusão
Um gesto, um caldo, uma prece
A medicação precisa,
Um silêncio que entenece
E a palavra que eterniza!
Olhar o fluxo da vida
E acompanhar em carinho
O que se põe de partida
E vislumbra outro caminho!
Cuidar do corpo e da essência
De quem de nós se despede
É missão, é persistência
É o amor que não se perde!”

Dora Incontri

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo central desta tese destinou-se à verificação da influência de uma intervenção educativa, com base nos elementos teóricos e empíricos da Teoria da Aprendizagem Significativa, relacionada ao saber e ao fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados às pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas, em serviços de Atenção à Saúde de Alta Complexidade. Para alcançar o que se propôs, realizaram-se seis estudos: dois de revisão integrativa da literatura, dois metodológicos e dois de resultados, sendo um de abordagem quantitativa e outro, qualitativa.

No primeiro estudo, realizou-se uma revisão integrativa da literatura acerca dos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea; este tinha o objetivo de atualizar os estudos sobre as intervenções de enfermagem contempladas e recomendadas pelo Instituto Nacional do Câncer - Ministério da Saúde, publicadas em 2007. Observou-se que alguns desses estudos apresentaram intervenções de enfermagem com níveis de evidência considerados robustos, e por este motivo, incluíram-se no conjunto das intervenções ora recomendadas pelo referido manual. Desse modo, essa revisão orientou e contribuiu para a avaliação e construção de um instrumento sobre os cuidados paliativos destinados às pessoas com ferida tumoral maligna cutânea, de forma atualizada e que, posteriormente, seria validado em relação ao conteúdo, consistência interna e convergência de construto, uma vez que seria aplicado aos participantes deste estudo.

O segundo estudo, também de revisão integrativa, teve como objetivo analisar o conceito de aprendizagem significativa, que se concentrou, especificamente, nos pressupostos teóricos da teoria da aprendizagem desenvolvida por David Ausubel. Tal escolha foi motivada porque esta teoria conduziria tanto o conjunto teórico quanto metodológico da tese no processo da intervenção educativa. A partir dos resultados, foi possível identificar e elaborar uma definição ampla e mais consistente de aprendizagem significativa, a saber: é um processo de ensino-aprendizagem em que o aprendiz, como um ser biopsicossocial e agente deste processo, apresenta motivação para o aprender. Com isso, para compreender, refletir e atribuir novos conceitos, é necessário partir de conhecimentos e experiências prévias, com possibilidades de modificar os significados existentes (*grifo próprio*, de forma criativa), por meio da organização e integração conhecimento-prática desses conceitos prévios e, posteriormente, novos, acomodados na estrutura cognitiva do aprendente, tornando-os significativos, os quais, necessariamente, são transferidos para outras situações que vivenciar.

O terceiro estudo surgiu da base conceitual e axiomática dos dois artigos anteriores; neste, o objetivo central tratou da construção e validação do instrumento proposto. Foi realizada a validação de conteúdo e de concordância utilizando a técnica de *Delphi* em duas rodadas; a primeira com 30 juízes e a segunda com 17, de distintas regiões do país. Neste estudo, observou-se que o Lambda2 (λ) de Guttman para o conjunto dos itens do instrumento sobre a avaliação relacionada à clareza e à pertinência esteve acima do que é estatisticamente exigido (isto é, acima de 0,70: respectivamente, 0,84 e 0,81); destaca-se também que estes resultados foram significativos com $p < 0,001$. A partir deste procedimento estatístico relativo a este processo, o instrumento mostrou-se válido quanto à clareza e pertinência dos itens referentes ao tema proposto nesta tese.

O quarto estudo verificou a validade de construto; para isto, utilizou-se como indicador psicométrico o *alfa* de Cronbach, que tinha como critério verificar a consistência interna do respectivo instrumento. Observou-se, a partir da avaliação deste indicador, que a proposta da medida apresentou boa qualidade de consistência. Destaca-se que, em todas as categorias do saber e do fazer, observaram-se *alfas* acima de 0,70. Além disso, é preciso salientar que os resultados dos *alfas* foram garantidos quando se observou a correlação intraclasse, que, além de ter sido significativa, revelou escores que estiveram muito próximos aos observados nos *alfas* (isto é, acima de 0,70), o que reforça a consistência da medida em questão.

De forma geral, o quarto estudo verificou que a medida das categorias-subcategorias-itens (o constructo sobre os cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea) do instrumento apresentado sobre o saber e o fazer contribuiu não somente para uma compreensão a respeito da condução e aplicação de conhecimentos teóricos e práticos nos cuidados paliativos voltados à pessoa com ferida tumoral por parte dos enfermeiros, mas também para propor um novo instrumento, já que estudos sobre esse fenômeno são escassos. Além disso, essa medida poderia também ser utilizada para uma diagnose em termos de estrutura e funcionalidade do conhecimento e ajustamento desses saberes na área da saúde, sobretudo, nos cuidados paliativos e no acolhimento de pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas.

O quinto estudo avaliou os efeitos da intervenção educativa e comprovou que os enfermeiros aprenderam significativamente. Os resultados mostraram que os escores médios relativos ao saber e ao fazer dos enfermeiros depois do processo da intervenção educativa, em todas as categorias que compõem os cuidados paliativos, além de revelarem um aumento em

seus escores médios, também foram significativos ($p < 0,001$). Além disso, tendo por base o teste dos sinais de Wilcoxon, é quantitativamente visível o aumento de adesão de participantes (N) nas respostas positivas (isto é, houve um aumento nas *performances* da aprendizagem significativa) na etapa pós-intervenção, principalmente, quando comparado ao 'N' na etapa antes (respostas negativas referentes à baixa *performance*) do processo da Aprendizagem Significativa.

Considerando ainda esse quinto estudo e visando maior segurança referente à objetividade quanto à qualidade da significância dos resultados pós-intervenção, houve uma preocupação em verificar se, de fato, o resultado significativo sustenta o erro tipo I (isto é, rejeita-se, de fato, a hipótese nula). Para isso, realizou-se a análise do tamanho do efeito (TDE) dos resultados significativos, por meio do cálculo do 'd' de Cohen, que, por sua vez, atendeu a um percentual acima de 80% em todas as categorias, o que é exigido pela literatura estatística. Com isso, pode-se afirmar que a intervenção educacional é corroborada e que o grau de significância é verdadeiro, rejeitando, totalmente, o erro tipo I.

Entretanto, mesmo que estes resultados tenham garantido a segurança da pesquisa (isto é, a qualidade do instrumento e o efeito da intervenção), percebeu-se que esses profissionais precisavam avançar em seus estudos e executar o que foi aprendido, principalmente sobre o que se refere aos cuidados paliativos específicos. Esta condição é importante, pois se fazem necessários tanto a aquisição de novas conexões mentais quanto o estabelecimento delas para que o saber e o fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea se consolidem na estrutura cognitiva de cada participante. Para isso, exige-se um aumento da frequência de treinamento mais aperfeiçoados das habilidades do saber e do fazer, bem como insistir em um *continuum* do conhecimento teórico sobre determinado tema, em que a ação remeta à reflexão e vice-versa.

Apesar de esta tese ter sido comprovada, principalmente, no que se refere à aplicação da teoria da aprendizagem significativa, buscou-se investigar o conhecimento em nível de cognição.

O último artigo, que trata de um estudo qualitativo, permitiu observar que a intervenção educativa foi um momento que possibilitou às enfermeiras construir e reconstruir os saberes relativos aos cuidados paliativos como direito da pessoa que sofre de uma doença ameaçadora de vida e como modalidade terapêutica que melhora a qualidade de vida, por meio do alívio do sofrimento, e promove dignidade humana no processo de finitude.

Também oportunizou às enfermeiras resgatarem memórias afetivas negativas e/ou positivas, trabalhadas conscientemente durante o processo de ensino-aprendizagem e, que, posteriormente foram manifestadas como sentimentos de superação, de crescimento pessoal, de gratidão, bem como agir com ética, empatia e compaixão em relação à pessoa com ferida tumoral.

Além disso, apesar de ser um estudo que não priorizou uma estatística para efeito de avaliação da mudança na aprendizagem, constatou-se que o processo do aprender existiu e foi alterado para melhor, uma vez que proporcionou às enfermeiras uma prática reflexiva sobre o processo de cuidado, permitindo uma práxis transformadora como possibilidade de desenvolver os cuidados paliativos integrativos e contínuos, orientados por um projeto ético-estético-político em defesa da dignidade humana.

A estratégia de usar simuladores de feridas tumorais como ferramenta no processo de ensino-aprendizagem favoreceu um momento reflexivo sobre os aspectos envolvidos na realização de um cuidado paliativo que proporcionou integração e confiança nas competências técnicas e interpessoais das participantes, além de ter sido uma experiência inovadora tanto para a pesquisadora quando para as enfermeiras.

Vale ressaltar que todo o processo de ensino-aprendizagem realizado na intervenção educativa seguiu as recomendações de aprendizagens da UNESCO, assim como as dimensões de competência para a qualidade do ensino. Isso resultou em uma experiência singular e desafiadora de educação permanente em saúde e permitiu à pesquisadora um crescimento pessoal e uma transformação de suas práticas docentes, despertando a necessidade de construir práticas pedagógicas que estimulem o raciocínio reflexivo e a consciência crítica dos seus alunos, frente às suas necessidades de aprendizagem.

Apesar de os resultados revelarem que a proposta de intervenção educativa relacionada aos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea embasada na Teoria da Aprendizagem Significativa é viável, sobretudo, quando direcionada a enfermeiros que trabalham com essa modalidade terapêutica, acredita-se que existam algumas limitações, a saber: a) frequência de práticas educativas do enfermeiro sobre esta temática; b) o tempo de formação com a teoria supracitada e a experiência com cuidados paliativos e feridas tumorais do facilitador nos cursos de capacitação; c) comparação do saber e do fazer de profissionais de enfermagem em distintos hospitais nos estados brasileiros; d) inclusão de elementos teóricos da Psicologia nos Programas de Educação Permanente dos hospitais, que contemplem um treinamento de habilidades empáticas relacionado à pessoa necessita de

cuidados paliativos; e) a realização de uma pesquisa etnográfica ou pesquisa-ação a qual contemplaria uma amostra maior (acima de 100 sujeitos) em distintas regiões do Brasil; f) organização de um programa para a manutenção de ações dentro da instituição hospitalar, com objetivo de aprofundar o conhecimento dos profissionais, tendo por base de orientação o desenvolvimento de protocolo apresentado nesta tese ou outros protocolos, de modo a garantir à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea acesso a um cuidado paliativo integral, e consequentemente, maior alívio do sofrimento e melhor qualidade de vida.

Buscando maior engajamento na prática dos cuidados em enfermagem, no que se refere ao processo de ensino-aprendizagem norteado pelas aprendizagens da UNESCO, a autora da presente tese compromete-se a encaminhar e apresentar um relatório com os resultados desta pesquisa à Direção do Hospital Napoleão Laureano, no intuito de levar ao conhecimento da gestão as dificuldades e demandas reveladas pelos enfermeiros para melhoria dos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea; bem como se compromete a dar continuidade às atividades de educação permanente em saúde sobre o tema, para auxiliar os profissionais nesse processo.

Vale mencionar que a autora deste estudo já apresentou à Coordenação Geral de Enfermagem um formulário de avaliação, tratamento e acompanhamento de lesões decorrentes do câncer e do tratamento antineoplásico (Apêndice M). Ele foi elaborado a partir do instrumento validado e das necessidades levantadas pelos participantes, durante a intervenção educativa, de possuírem um formulário para acompanhamento dos pacientes que apresentam feridas tumorais, como forma de padronizar as intervenções de enfermagem, de ser um meio de comunicação entre a equipe de enfermagem e de registrar os cuidados paliativos, respaldando legalmente a atuação do exercício profissional nesta modalidade terapêutica.

Outrossim, recomenda-se o desenvolvimento de pesquisas futuras para a elaboração de um protocolo de cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea para instituições especializadas em tratamento oncológico localizadas na Paraíba, baseado em evidências científicas e nas necessidades locais, que possa uniformizar as condutas e funcionar como instrumento para avaliar a qualidade dos cuidados paliativos prestados.



“A educação é um processo através do qual procuramos ativamente mudar o significado da experiência”.

Novak e Gowin

REFERÊNCIAS

- 1.Agra G, Fernandes MA, Platel ICS, Freire MEM. Cuidados paliativos a portadores de feridas neoplásicas: uma revisão integrativa da literatura. Rev Bras Cancerol. 2013; 59(1): 95-104.
- 2.Agra G, Soares MJGO, Costa MML. O papel do enfermeiro frente às feridas neoplásicas. Cuidado In: Malagutti W. Feridas: conceitos e atualidades. São Paulo: Martinari, 2014.
- 3.Firmino F, Azevedo IC, Agra G, Carvalho ESS, Ferreira FS, Agostini N, Santos VLCG. Cuidado de enfermagem às pessoas com feridas neoplásicas malignas. In: Silva RCV, Sant'Ana SER, Cardoso MBR, Alcântara LFFL. Tratado de Enfermagem em Oncologia. Vol 1. São Paulo: Chicago Books, 2018.
- 4.Moreira MA, Masini EFS. Aprendizagem significativa: a Teoria de David Ausubel. São Paulo: Centauro; 2008.
- 5.Ausubel D. Aquisição e retenção de conhecimentos: uma perspectiva cognitiva. Lisboa: Plátano Edições Técnicas; 2000.
- 6.Novak JD, Gowin DB. Learning How to Learn. New York and Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1984.
- 7.Vasconcelos AMN, Gomes MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2012 [acesso em 10 nov 2010] ;21(4): 539-48. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v21n4/v21n4a03.pdf>. DOI <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742012000400003>.
- 8.Guimarães RM, Muzi CD, Teixeira MP, Pinheiro SS. A transição da mortalidade por cânceres no Brasil e a tomada de decisões estratégicas nas políticas públicas de saúde da mulher. Rev Pol Pub [Internet]. 2016 [acesso em 10 nov 2010]; 20(1):33-50. Disponível em:<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/5035/3077>. DOI: <http://dx.doi.org/10.18764/2178-2865.v20n1p35-50>.
- 9.World Health Organization. Early cancer diagnosis saves lives, cuts treatment costs. Rio de Janeiro: WHO; 2017. [cited 2018 Mar 01]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/early-cancer-costs/en/>

10. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (BR). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA; 2017.
11. Marques CLTQ, Barreto CL, Moraes VLL, Lima Júnior NF. Oncologia: uma abordagem multidisciplinar. Recife: Carpe Diem Edições; 2015.
12. Alexander S. Malignant fungating wounds: epidemiology, aetiology, presentation and assessment. J Wound Care [Internet]. 2009 [cited 2016 Nov 10]; 18(7):273-4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19827480>. DOI: <http://dx.doi.org/10.12968/jowc.2009.18.7.43110>.
13. Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MR. A systematic review of topical treatments to control the odor of malignant fungating wounds. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2010 [cited 2016 Nov 10]; 39(6):1065-76. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20538188>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.11.319>.
14. Woo KY, Sibbald RG. Local wound care for malignant and palliative wounds. Adv Skin Wound Care [Internet]. 2010 [cited 2016 Nov 10]; 23(9):417-28. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20711056>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.ASW.0000383206.32244.e2>.
15. Beh SY, Leow LC. Fungating breast cancer and other malignant wounds: epidemiology, assessment and management. Expert Rev Qual Life Cancer Care [Internet]. 2016 [cited 2016 Nov 10]; 1(2):137-44. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/23809000.2016.1162660?journalCode=terq20>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.11.319>.
16. Maida V, Alexander S, Case AA, Fakhraei P. Malignant wound management. Public Health Emerg [Internet]. 2016 [cited 2016 Nov 10]; 1:12. Available from: <http://researchdirect.westernsydney.edu.au/islandora/object/uws:3628>. DOI: <http://dx.doi.org/10.21037/phe.2016.06.15>.
17. Tilley C; Lipson J, Ramos M. Palliative wound care for malignant fungating wounds: holistic considerations at end-of-life. Nurs Clin North Am [Internet]. 2016 [cited 2016 Nov 10]; 51(3):513-31. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27497023>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cnur.2016.05.006>.

-
- 18.Maida V, Carbo M, Dolzhykov M, Ennis M, Ironi S, Trozzolo L. Wounds in advanced illness: a prevalence and incidence study based on a prospective case series. *Int Wound J* [Internet]. 2008. [cited 2016 Nov 10]; 5(2):305-14. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18494636>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1742-481X.2007.00379.x>.
- 19.Probst S, Arber A, Faithfull S. Malignant fungating wounds: a survey of nurses' clinical practice in Switzerland. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. 2009 [cited 2016 Nov 10]; 13(4):295-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19386546>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2009.03.008>.
20. Dowsett C. Malignant fungating wounds: assessment and management. *Br J Community Nurs* [Internet]. 2002 [cited 2018 Jun 24]; 7(8):394-400. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12192342>. DOI: 10.12968/bjcn.2002.7.8.10641
- 21.Maida V, Ennis M, Kuziemy C, Corban J. Wounds and survival in cancer patients. *Eur J Cancer* [Internet]. 2009 [cited 2016 Nov 10];45(18):3237-44. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19481927>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejca.2009.05.014>.
- 22.Instituto Nacional de Câncer (BR). Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Hospital do Câncer IV. Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Hospital do Câncer IV. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
- 23.Lisboa IND, Valença MP. Conhecimento de pacientes com feridas neoplásicas. *Rev Estima*. 2016; 14(1): 21-8.
- 24.Nogueira WP, Agra G, Formiga NS, Costa MML. Sociodemographic, clinical and therapeutic profile of patients with neoplastic wounds. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 01]; 11(8):3039-49. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/110207/22109>. DOI: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.11064-98681-4-ED.1108201707>.
- 25.Brito DTF, Macêdo EL, Agra G, Andrade FLM, Formiga NS, Costa MML. Perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico de pacientes com feridas neoplásicas. *Rev Enferm Atual* [Internet]. 2017 [acesso em 01 mar 2018]; (esp): 88-97. Disponível em: http://revistaenfermagematual.com.br/revistas/revista_especial_17.pdf.

26. Teston EF, Fukumori EFC, Benedetti GMS, Spigolon DN, Costa MAR, Marcon SS. Feelings and difficulties experienced by cancer patients along the diagnostic and therapeutic itineraries. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2018 [cited 2018 Jan 07]; 22(4):e20180017. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n4/1414-8145-ean-22-04-e20180017.pdf>. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0017

27. Brito-Silva K, Bezerra AFB, Chaves LDP. Integrality in cervical cancer: evaluation of access. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2014 [cited 2018 Jan 07]; 48(2):240-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n2/en_0034-8910-rsp-48-2-0240.pdf DOI:10.1590/S0034-8910.2014048004852

28. Souza KZ, Sousa SR, Tocantins FR, Freitas TF, Pacheco PQC. The therapeutic itinerary of patient in oncological treatment: implications for nursing practice. *Cienc Cuid Saúde* [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 07]; 15(2):259-67. Available from: <http://educn.uern.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/29896/17399>. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v15i2.29896

29. Rennó Cs, Campos CJ. Interpersonal communication research: valorization of the oncological patient in a high complexity oncology unit. *REME* [Internet]. 2014 [cited 2018 Jan 07]; 18(1):116-25. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/912>. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140009>

30. Cunha FF, Vasconcelos EV, Silva SED, Freitas KO. Oncologic patients representations about the antineoplastic chemotherapy treatment. *J Res fundam care online* [Internet]. 2017. [cited 2018 Jan 07]; 9(3): 840-47. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5579/pdf>. DOI: 10.9789/2175.5361.2017.v9i3.840847

31. Richards MA, Westcombe AM, Love SB, Littlejohns P, Ramirez AJ. The influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. *Lancet* [Internet]. 1999 [cited 2018 Jun 24]; 353 (9159):1119-26. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10209974>.

32. Lookingbill DP, Spangle N, Helm KF. Cutaneous metastases in patients with metastatic carcinoma: a retrospective study of 4200 patients. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 1993 [cited 2018 Jun 25]; 29(2 Pt1): 228-36. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8335743>

33. Mohamed IE, Skeel Williams K, Tamburrino MB et al. Understanding locally advanced breast cancer: what influences a woman's decision to delay treatment? *Prev Med* [Internet]. 2005 [cited 2018 Jun 25]; 41(2):399-405. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15890396> DOI:10.1016/j.ypmed.2004.12.012

-
34. Alexander S. Malignant fungating wounds: managing pain, bleeding and psychosocial issues. *J Wound Care* [Internet]. 2009 [cited 2016 Nov 10];18(10): 418-25. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19816381>. DOI: <http://dx.doi.org/10.12968/jowc.2009.18.10.44603>.
35. Alexander S. Malignant fungating wounds: managing malodour and exudate. *J Wound Care* [Internet]. 2009 [cited 2016 Nov 10];18 (9): 374-82. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19789474>. DOI: <http://dx.doi.org/10.12968/jowc.2009.18.9.44305>.
36. Alexander S. Malignant fungating wounds: key symptoms and psychosocial. *J Wound Care* [Internet]. 2009 [cited 2016 Nov 10];18(8):325-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19862870>. DOI: <http://dx.doi.org/10.12968/jowc.2009.18.8.43631>.
37. Blakely AM, McPhillips J, Miner TJ. Surgical palliation for malignant disease requiring locoregional control. *Ann Palliat Med* [Internet]. 2015 [cited 2016 Nov 2010]; 4(2):48-53. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25971290>. DOI: <http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.2224-5820.2015.04.03>.
38. Maida V, Ennis M, Kuziemy C, Trozzolo L. Symptoms associated with malignant wounds: a prospective case series. *J Pain Symptom Managem* [Internet]. 2009 [cited 2018 Jun24]; 37 (2): 206-11. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18619764> DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2008.01.009
39. Rutqvist LE, Johansson H. Long-term follow-up of the Stockholm randomized trials of postoperative radiation therapy versus adjuvant chemotherapy among 'high risk' pre-and postmenopausal breast cancer patients. *Acta Oncol* [Internet]. 2006 [cited 2016 Nov 10]; 45(5): 517-27. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16864164>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/02841860600702068>.
40. Sladden MJ, Balch C, Barzilai DA, Berg D, Freiman A, Handiside T, et al. Surgical excision margins for primary cutaneous melanoma. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet] 2009 [cited 2016 Nov 10]; 7(4): CD004835. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19821334>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004835.pub2>.
41. Chrisman CA. Care of chronic wounds in palliative care and end-of-life patients. *Int Wound Care* [Internet]. 2010 [cited 2016 Nov 10]; 7(4):214-35. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20528993>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1742-481X.2010.00682.x>.

-
42. Grocott P, Gray D. The argument for palliative wound care. *Wounds UK* [Internet]. 2010 [cited 2016 Nov 10]; 6(1):167-8. Available from: <http://www.wounds-uk.com/journal-articles/the-argument-for-palliative-wound-care>.
43. Merz T, Klein C, Uebach B, Kern M, Ostgathe C, Bükki J. Fungating wounds: multidimensional challenge in palliative care. *Breast Care* [Internet]. 2011 [cited 2016 Nov 10]; 6 (1): 21-4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3083267/>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1159/000324923>.
44. European Oncology Nursing Society. EONS. Recommendations for the care of patients with malignant fungating wounds. EONS: London, UK, 2015. Available from: <https://www.cancernurse.eu/documents/EONSMalignantFungatingWounds.pdf>.
45. World Health Organization. Palliative Care. Fact sheet. Rio de Janeiro: WHO; 2017 [cited 2018 Mar 01]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>.
46. Lo SF, Hayter M, Hu MY, Tai CY, Hsu MY, Li YF. Symptom burden and quality of life in patients with malignant fungating wounds. *J Advan Nurs* [Internet]. 2012 [cited 2016 Nov 10]; 68(6):1312-21. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22043819>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05839.x>.
47. Alexander SJ. An intense and unforgettable experience: the lived experience of malignant wounds from the perspective of patients caregivers and nurses. *Int Wound J* [Internet]. 2010 [cited 2016 Nov 10]; 7(6):456-65. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20673255> DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1742-481X.2010.00715.x>.
48. Gethin G, Grocott P, Probst S, Clarke E. Current practice in the management of wound odour: na internacional survey. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2013 [cited 2016 Nov 10]; 51(6):865-74. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24238490>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.10.013>.
49. Gibson S, Green J. Review of patients' experiences with fungating wounds and associated quality of life. *J Wound Care* [Internet]. 2013 [cited 2016 Nov 10]; 22(5):265-72. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23702724>. DOI: <http://dx.doi.org/10.12968/jowc.2013.22.5.265>.

-
- 50.Probst S, Arber A, Faithfull S. Malignant fungating wounds: the meaning of living in an unbounded body. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. 2013 [cited 2016 Nov 10]; 17(1):38-45. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22459257>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2012.02.001>.
- 51.Probst S, Arber A, Faithfull S. Coping with an exulcerated breast carcinoma: an interpretative phenomenological study. *J Wound Care* [Internet]. 2013 [cited 2016 Nov 16]; 22(7):352-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24159657>. DOI: <http://dx.doi.org/10.12968/jowc.2013.22.7.352>.
- 52.Lo SF, Hu WY, Hayter M, Chang SC, Hsu MY, Wu LY. Experiences of living with a malignant fungating wound: a qualitative study. *J Clin Nurs* [Internet]. 2008 [cited 2016 Nov 2010]; 17(20):2699-2708. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18808638>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02482.x>.
- 53.Probst S, Arber A, Trojan A, Faithfull S. Caring for a loved one with a malignant fungating wound. *Supportive Care Cancer* [Internet]. 2012 [cited 2016 Nov 16]; 20(12):3065-70. Available from: [http://Caring for a loved one with a malignant fungating wound. Supportive Care Cancer: Off J Malignant Assoc Supportive Care Cancer](http://Caring%20for%20a%20loved%20one%20with%20a%20malignant%20fungating%20wound.%20Supportive%20Care%20Cancer%3A%20Off%20J%20Malignant%20Assoc%20Supportive%20Care%20Cancer). DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-012-1430-y>.
- 54.Ministério da Saúde (BR). Portaria N° 2.349, de 8 de dezembro de 2005. Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. *Diário Oficial da União, Brasília*, 9 de dez. 2005. Seção 1, p.80-1.
- 55.Ministério da Saúde (BR). Portaria nº741, de 19 de dezembro de 2005, com anexos: definem as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidades e inclui outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília*, 23 de dez. 2005. Seção 1, p.113.
- 56.Ministério da Saúde (BR). Portaria nº874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para o Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União. Brasília*, 17 de maio 2013. Seção 1, p.129-32.
- 57.Azevedo IC, Costa RKS, Holanda CSM, Salvetti MG, Torres GV. Conhecimento de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre avaliação e tratamento de feridas oncológicas. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2014 [acesso em 10 nov 2016]; 60(2):119-27. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_60/v02/pdf/05-artigo-conhecimento-de-

enfermeiros-da-estrategia-saude-da-familia-sobre-avaliacao-e-tratamento-de-feridas-oncologicas.pdf.

58.Agra G, Santos JP, Sousa ATO, Gouveia BLA, Brito DTF, Macêdo EL, et al. Malignant Neoplastic Wounds: Clinical Management Performed by Nurses. *Int Arch Med* [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 30]; 9(344):1-13. Available from: <https://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/2043>. DOI: <http://dx.doi.org/doi:10.3823/2215>.

59.Brito DTF, Agra G, Sousa ATO, Medeiros MVS, Formiga NS, Costa MML. Vivências de enfermeiras no cuidado de pacientes com feridas neoplásicas. *Enferm Brasil*. 2017;16(5):284-92.

60.Agra G, Medeiros MVS, Sousa ATO, Formiga NS, Costa MML. Nurses' knowledge and practice in caring for patients with malignant tumor wounds. *Rev Cuid* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 01]; 8(3): 1849-62. Available from: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/441/814>. DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i3.441>.

61.Agra G, Medeiros MVS, Brito DTF, Andrade FLM, Pimentel ERS, Costa MML. Conhecimento e prática de enfermeiros no controle de feridas neoplásicas. *Rev Enferm Atual* [Internet]. 2017 [acesso em 01 mar 2018]; (esp): 43-53. Disponível em: http://revistaenfermagematual.com.br/revistas/revista_especial_17.pdf.

63.Firmino F, Alcântara LFFL. Enfermeiras no atendimento ambulatorial a mulheres com feridas neoplásicas malignas nas mamas. *Rev Rene* [Internet]. 2014 [acesso em 16 nov 2016]; 15(2):298-307. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/315>. DOI: <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v15i2.3155>.

64.Brito DTF, Agra G, Medeiros MVS, Pereira IKC, Macedo EL, Andrade FLM. Sentimentos de enfermeiras no cuidado de pessoas com feridas neoplásicas. *Rev Enferm Atual* [Internet]. 2018 [acesso em 07 jan 2018]; 86(24): 1-11. Disponível em: <http://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/sentimentosdeenfermeiras>.

66.Pérez Santos L, Cañadas Nunes F, García Aquilar R, Turrado Muñoz MA, Fernández García G, Moreno Noci M, et al. Guía de Práctica Clínica para el Cuidado de Personas con Úlceras Neoplásicas. Cañadas Núñez F, Pérez Santos L (Coord). Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba), Complejo Hospitalario Torrecárdenas (Amería). Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. Editoriales. Andalucía; 2015. Disponible em: <https://www.repositoriosalud.es/handle/10668/2019>.

-
67. Castro MCF, Fuly PSC, Garcia TR, Santos MLSC. ICNP terminological subgroup for palliative care patients malignant tumor wounds. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 Apr 20]; 29(3): 340-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v29n3/1982-0194-ape-29-03-0340.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600047>.
68. Roselló FT. *Antropologia do cuidar*. Rio de Janeiro: Vozes; 2009.
69. Barroso MGT, Vieira NFC, Varela ZMV. *Educação em saúde no contexto da promoção humana*. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha; 2003.
70. Depraz N. A ética relacional: uma prática de ressonância interpessoal. *Rev Dep Psicologia UFF* [Internet]. 2005 [acesso em 16 nov 2016]; 17(2):19-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rdpsi/v17n2/v17n2a03.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-80232005000200003>.
71. Gonçalo ET. Os valores como fundamento ético do agir humano. *Contexto* [Internet]. 2008 [acesso em 16 nov 2016]; 3(3):111-24. Disponível em: <http://periodicos.uern.br/index.php/contexto/article/view/49>.
72. Rios IC. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. *Rev Bras Educ Médica* [Internet]. 2009 [acesso em 16 nov 2016]; 33(2):253-61. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n2/13.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000200013>.
73. Souza IPMA Jacobina RR. Educação em saúde e suas versões na história brasileira. *Rev Baiana Saud Pub* [Internet]. 2009 [acesso em 16 nov 2016]; 33(4):618-27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n2/13.pdf>.
74. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar Educação Permanente no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
75. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
76. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde: Brasília, Ministério da Saúde; 2012.

-
- 77.Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.
- 78.Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 41 de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília. Publicado em 23/11/2018. Edição 225. Seção 1. Página 276.
- 79.Lemos CLS. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2016 [acesso em 16 nov 2016];21(3): 913-22. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n3/1413-8123-csc-21-03-0913.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015213.08182015>.
- 80.Ausubel DP, Novak JD, Hanesian H. Psicologia educacional. Rio de Janeiro: Interamericana; 1980.
- 81.Sousa ATO. Úlcera venosa: proposta educacional para enfermeiros da atenção primária. [tese]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa; 2015.
- 82.Mendoza IYQ. Intervenção educativa sobre hipotermia: uma estratégia para aprendizagem em Centro Cirúrgico. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo; 2011.
- 83.Reichert APS. Vigilância do desenvolvimento neuropsicomotor de lactentes na estratégia de saúde da família. [tese]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, Recife; 2011.
- 84.Fonseca DM. A pedagogia científica de Bachelard: uma reflexão a favor da qualidade da prática e da pesquisa docente. Educação e Pesquisa [Internet]. 2008 [acesso em 16 nov 2016]; 34(2):361-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v34n2/10.pdf>.
- 85.Delors JA. Educação: um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre educação para o século XXI. Brasília: MEC/UNESCP; 2010. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0010/001095/109590por.pdf>
- 86.Cecim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciên Saúde Colet [Internet]. 2005 [acesso em 16 nov 2016];

10(4): 975-86. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n4/a20v10n4.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000400020>.

87.Haisfield-Wolfe ME, Rund C. Malignant cutaneous wounds: developing education for hospice, oncology and wounds care nurses. *Int J Palliative Nurs* [Internet]. 2002 [cited 2016 Nov 16]; 8(2):57-66. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11873234>.

88.Willis S, Sutton J. Managing complex palliative wounds: an interactive educational approach for district nurses. *Int J Palliative Nurs* [Internet]. 2013 [cited 2016 Nov 16];19(9):457-62. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11873234> DOI: <http://dx.doi.org/10.12968/ijpn.2002.8.2.10240>.

89. Moreira MA. Aprendizagem significativa: a teoria e textos complementares. São Paulo: Editora Livraria da Física; 2011.

90. Moreira MA. Mapas conceituais e aprendizagem significativa. Marco Antônio Moreira. Porto Alegre: UFRGS, Instituto de Física; 2012. Disponível em: <https://www.if.ufrgs.br/~moreira/mapasport.pdf>

91.Moreira MA. Aprendizagem significativa em mapas conceituais. Marco Antônio Moreira. Porto Alegre: UFRGS, Instituto de Física; 2013. Disponível em: http://www.if.ufrgs.br/public/tapf/v24_n6_moreira_.pdf

92.Balduino AFA, Gomes IM, Lacerda MR, Mantovani MF. A utilização de mapas conceituais no estudo de um referencial metodológico: relato de experiência. *Cienc. Cuid. Saúde* [Internet]. 2013 jan/mar [cited 2014 Nov 19];12(1):177-83. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/16227/pdf> DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v12i1.16227

93.Simões RS, Gitão JHRC, Sasso GRS, Silva RF, Alonso LG, Marques SR. Etimologia de termos morfológicos. São Paulo; 2014. Disponível em: <http://www2.unifesp.br/dmorfo/Prof%20Manoel%20Histologia/Dicionario%20etimologico.pdf>.

94.Cochran S, Jakubek P. In: Hass ML, Morre-Higgs GJ. Principles of skin care and the oncology patient. In: Hass ML, Morre-Higgs GJ. Principles of skin care and the oncology patient. Oncology Nursing Society: Pittsburgh, Pennsylvania; 2010.

-
- 95.Haisfield-Wolfe ME, Baxendale-Cox LM. Staging of malignant cutaneous wounds: a pilot study. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 1999 [cited 2016 Nov 16]; 26(6):1055-64. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10420423>.
- 96.Maida V. Wound management in patients with advanced illness. *Curr Opin Support Palliat Care* [Internet]. 2013 [cited 2016 Nov 16]; 7(1):73-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23254860>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/SPC.0b013e32835c48e5>.
- 97.National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Perth, Australia; 1989. Available from: <http://www.npuap.org/>.
- 98.Vaquer LM. Manejo del las úlceras cutáneas de origen tumoral; cutánides. *Rev Int Grupos Invest Oncol* [Internet]. 2012 [cited 2016 Nov 10];1(2):52-9. Available from:<http://www.elsevier.es/es-revista-regio-revista-internacional-grupos-investigacion-339-articulo-manejo-las-ulceras-cutaneas-origen-X2253645012578954>.
- 99.Jarvis V. The range and role of palliative interventions for locally advanced breast cancer. *Curr Opin Support Palliat Care* [Internet]. 2014 [cited 2016 Nov 10]; 8(1):70-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24407016>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/SPC.0000000000000029>.
- 100.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* [Internet]. 2005 [acesso em 26 nov 2016]; 51(4):347-59. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_51/v04/pdf/revisao6.pdf.
- 101.Agra G, Costa MML. Feridas neoplásicas. In: Campos MGCA, Sousa ATO, Vasconcelos JMB, Lucena SAP, Gomes SKA. Feridas complexas e estomias: aspectos preventivos e manejo clínico. João Pessoa/PB: Ideia, 2016.
102. Saunders C. The Evolution of palliative care. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2000 [cited 2018 Mar 03]; 41(1): 7-13. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10900362>.
- 103.Cardoso MGM. Classificação, fisiopatologia e avaliação da dor. In: Gomes L, editor. Manual de Cuidados Paliativos. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. 2ed. Porto Alegre: Ed. Meridional; 2012.

-
104. Matsumoto DY, Manna MC. Hemorragias. In: Caderno de Cuidados Paliativos do Cremesp. Coordenação Institucional de Reynaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2008.
105. Dealey C. Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras. São Paulo: Atheneu; 2008.
106. Baker PG, Haig G. Metronidazole in the treatment of chronic pressure sores and ulcers: a comparison with standard treatment in general practice. Practitioner [Internet]. 1981 [cited 2017 Jan 30]; 225(1354): 569-73. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7024971>.
107. Von Gruenigen VE, Coleman RL, Li AJ, Heard MC, Miller DS, Hensell DL. Bacteriology and treatment of malodorous lower reproductive tract in gynecologic cancer patients. Obstet Gynecol [Internet]. 2000 [cited 2016 Nov 26]; 96(1):23-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10862836>.
108. Samala RV, Davis MP. Comprehensive wound malodor management: win the RACE. Cleveland Clinic J Medicine [Internet]. 2015 [cited 2016 Nov 28]; 82(8): 535-43. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26270433>. DOI: <http://dx.doi.org/10.3949/ccjm.82a.14077>.
109. O'Brien C. Malignant wounds: managing odour. Can Fam Physician [Internet]. 2012 [cited 2016 Nov 26]; 58(3):272-4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22518896>.
110. International Wound Infection Institute (IWII) Wound Infection in Clinical Practice. Wounds International. 2016. Available from: <http://www.woundinfection-institute.com/wp-content/uploads/2017/03/IWII-Wound-infection-in-clinical-practice.pdf>
111. Winnipeg Regional Health Authority. Caring for helath. Malignant fungating wounds: evidence informed practice tools. May; 2014. Available from: <http://www.wrha.mb.ca/extranet/eipt/files/EIPT-013-007.pdf>.
112. Seaman S. Providing appropriate care to patients living with malignant wounds. Today's wound clinic [Internet]. 2014 [cited 2016 Nov 28]; 8(9):6-10. Available from: <http://www.todayswoundclinic.com/articles/providing-appropriate-care-patients-living-malignant-wounds>.
113. Ramos GHA, Crivelaro ALS, Oliveira BV, Pedruzzi PAG, Freitas RRF. Fístula orocutânea após cirurgia de câncer de cavidade oral: fatores de risco. Rev Col Bras [Internet].

2010 [acesso em 30 nov 2016]; 37(2):89-91. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v37n2/a03v37n2.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912010000200003>.

114.Seaman S, Bates-Jensen BM. Skin disorders. Malignant wounds, fistulas, and stomas. IN: Ferrell BR, Coyle N, Paice JA. Oxford Textbok of palliative nursing. 4ª ed. Oxford University Press; 2015.

115.Wollina U. Myiasis on squamous cell carcinoma of skin. Wien MedWochenschr [Internet]. 2015 [cited 2016 Nov 30]; 165(34): 79-82. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25387871>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10354-014-0326-5>.

116.Santana LA, Assunção MN, Antônio VE, Pereira SO, Castro ASB, Moreira TR. Miíases humanas: atualidades para a prática clínica. JBM [Internet]. 2014 [acesso em 30 nov 2016];102(4): 7-10. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2014/v102n4/a4342.pdf>.

117.Fortuna T, Costa Neto W, Rebouças DS, Marques Neto J, Marchionni AMT, Zerbinati LPS. Miíase secundária à carcinoma espinocelular: relato de caso. Rev Bras Cancerol [Internet]. 2013 [acesso em 30 nov 2016]; 59(4): 359-64. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_59/v04/pdf/10-relato-caso-miíase-nasal-secundaria-carcinoma-escamocelular-relato-caso.pdf.

118.Vilwock JA, Harris TM. Head and neck myiasis, cutaneous malignancy and infection: a case series and review of the literature. J Emerg Med [Internet]. 2014 [cited 2016 Nov 30]; 47(2): 37-41. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24910364> DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2014.04.024>.

119.Moreira CRL. A gestão da ferida maligna em cuidados paliativos – práticas de enfermagem. [dissertação]. Porto: Instituto Português de Oncologia do Porto. Escola Portuguesa de Oncologia do Porto; 2013.

120.Sales CA, Silva VA. A atuação do enfermeiro na humanização do cuidado no contexto hospital. Ciênc Cuid Saúde [Internet]. 2011 [cited 2016 Nov 30]; 10(1): 66-73. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/14912>. DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v10i1.14912>

121.Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN nº 358 do Conselho Federal de Enfermagem, de 15 de outubro de 2009 (BR). Dispõe sobre a Sistematização da

Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambiente, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html. Acesso em 25 jun 2018.

122. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN nº 429 do Conselho Federal de Enfermagem, de 30 de maio de 2012 (BR). Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. 2012. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/9263>>. Acesso em 25 jun 2018.

123. Garcia, TR. Systematization of nursing care: substantive aspect of the professional practice. Esc Anna Nery [Internet]. 2016 [cited 2018 Jun 25]; 20 (1): 5-10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0005.pdf>. DOI: 10.5935/1414-8145.20160001

124. Maida V, Ennis M, Kuziemy C. The Toronto Symptom Assessment System for Wounds: a new clinical and research tool. Adv Skin Wound Care [Internet]. 2009 [cited 2018 Jun 25]; 22(10):468-73. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20026922>. DOI: 10.1097/01.ASW.0000361383.12737.a9

125. Schulz V, Kozell K, Biondo PD, Stiles C, Martins L, Tonkin K et al. The malignant wound assessment tool: a validation study a Delphi approach. Palliat Med [Internet]. 2009 [cited 2018 Jun 25]; 23(3): 266-73. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19318462> DOI: 10.1177/0269216309102536

126. Naylor W. Malignant wounds: aetiology and principles of management. Nurs Stand [Internet]. 2002 [cited 2018 Jun 25]; 16(52): 45-53; quiz 54, 56. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12271616>. DOI: 10.7748/ns2002.09.16.52.45.c3266

127. Grocott P, Blackwell R, Pillay E, Young R. Clinical note-making and patient outcome measure using TELER. Wounds Intern [Internet]. 2011 [cited 2018 Jun 25]; 2(3): 13- 6. Available from: <http://www.woundsinternational.com/journal-content/view/clinical-note-making-and-patient-outcome-measures-using-teler>

128. Alvarez OM, Kalinski C, Nusbaum J, Hernandez L, Pappous E, Kyriannis C, et al. Incorporating wound healing strategies to improve palliation (Symptom Management) in patients with chronic wounds. J Palliat Med [Internet]. 2007 [cited 2016 Nov 30]; 10(5):1161-89. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17985974>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2007.9909>.

-
129. Ayello EA, Baranosk S. Wound care products and treatments. In: Hass ML, Morre-Higgs GJ. Principles of skin care and the oncology patient. Oncology Nursing Society : Pittsburgh, Pennsylvania; 2010.
130. Malucelli A, Otemaier KR, Bonnet M, Cubas MR, Garcia TR. Sistema de informação para apoio à Sistematização da Assistência de Enfermagem. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010 [acesso em 30 nov 2016]; 63(4): 629-36. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/20.pdf>.
131. Pimenta CAM, Lopes CT, Amorim AF, Nishi FA, Shimoda GT, Jensen R. Guia para construção de protocolos de Enfermagem. São Paulo: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo – COREN SP; 2015. Disponível em: <http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>.
132. Dolbeault S; Flahault C, Baffie A, Fromantin I, Psychological profile of patients with neglected malignant wounds a qualitative exploratory study. J Wond Care [Internet]. 2010 [cited 2018 Jun 25]; 119(12):513-21. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21160442>. DOI:10.12968/jowc.2010.19.12.513
133. Lund-Nielsen B, Muller K, Adamsen L. Qualitative and quantitative evaluation of a new regimen for malignant wounds in women with advanced breast cancer. J Wound Care [Internet]. 2005 [cited 2018 Jun 25]; 14(2):69-73. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15739654>. DOI: 10.12968/jowc.2005.14.2.26736
134. Lund-Nielsen B, Muller K, Adamsen L. Malignant wounds in women with breast cancer: feminine and sexual perspectives. J Clinical Nursing [Internet]. 2005 [cited 2018 Jun 25]; 14(1): 56–64. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15656849>. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2004.01022.x
135. Piggin C, Jones V. Malignant fungating wounds: na analysis of the lived experience. J Wound Care [Internet]. 2009 [cited 2018 Jun 25]; 18(2): 57-64. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18018818>. DOI:10.12968/ijpn.2007.13.8.24537
136. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº3.535, de 2 de setembro de 1998. Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia. Diário Oficial da União. Brasília, 14 de out. 1998. Seção 1, p.53-4.
137. Instituto Nacional de Câncer (BR). Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro: INCA; 2008.

-
- 138.Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- 139.Ministério da Saúde (BR). Lei nº12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece o prazo para o seu início. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de nov. 2012. Seção 1, p.1.
- 140.Clark D. From margins to centre: a review of the history of palliative care in cancer. *Lancet Oncol* [Internet]. 2007 [cited 2018 Mar 03]; 8(5): 430-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17466900>.
- 141.Clark D. ‘Total pain’, disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958 – 1967. *Soc Sci Med* [Internet]. 1999 [cited 2018 Mar 03]; 49(6):727-36. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10459885>.
- 142.Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes; 2017.
- 143.World Health Organization (US) [Internet]. [cited 2016 Nov 30]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>.
- 144.World Health Organization (US) [Internet]. [cited 2016 Nov 30]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/en>.
145. International Association for Hospice and Palliative Care [Internet]. [cited 2018 Jan 07]. Available from: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/>
- 146.Mendes EC, Vasconcellos LCF. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. *Saúde Debate* [Internet]. 2015 [acesso em 30 nov 2016];39(106): 881-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00881.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201510600030026>.
- 147.Pastrana T, Lima L, Pons JJ, Centeno C. Atlas de cuidados paliativos em Latinoamérica. Houston: International Association for Hospice and Palliative Care. 1 ed.;2012. Disponível em: <http://cuidadospaliativos.org/uploads/2014/3/Atlas%20Latinoamerica%20-%20edicion%20cartografica.pdf>.

-
- 148.Tribunal de Contas da União (BR). Relatório de Auditoria Operacional na Política Nacional de Atenção Oncológica. Brasília; 2010.
- 149.Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução CFM nº 1.973/2011 do Conselho Federal de Medicina, de 01 de agosto de 2011 (BR). Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução 1845/08 do Conselho Federal de Medicina, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Diário Oficial da União. 1 Ago 2011. Seção I:144-7.
- 150.Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN nº 564/2017 do Conselho Federal de Enfermagem, de 06 de novembro de 2017 (BR). Dispõe sobre a aprovação do novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, que acrescenta os Capítulos sobre o oferecimento de cuidados paliativos; cuidados em fim de vida; respeito à autonomia do paciente e às suas diretivas antecipadas. Diário Oficial da União. 6 Nov 2017. Seção I: 157.
- 151.Waldow VR. Momentos de cuidar: momento de reflexão na ação. Rev Bras Enferm [Internet]. 2009 [acesso em 30 nov 2016]; 62(1):140-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/22.pdf>.
- 152.Waldow VR. Reflexões sobre educação em Enfermagem: ênfase em um ensino centrado no cuidado. O Mundo da Saúde [Internet]. 2009 [acesso em 30 nov 2016]; 33(2):182-8. Disponível em: https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/70/488a494.pdf.
- 153.Pinheiro R. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In: Pinheiro R, Mattos, RA. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. 2 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: Cepesc: Abrascoo; 2009, Cap.1, p.15-28.
- 154.Waldow VR, Borges RF. Cuidar e humanizar: relações e significados. Acta Paul Enferm [Internet]. 2011 [acesso em 30 nov 2016]; 24(3):414-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/17.pdf>
- 155.Conselho Federal de Enfermagem (BR). Lei nº 7.498/86 do Conselho Federal de Enfermagem, de 25 de julho de 1986 (BR). Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências.
- 156.Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN nº 567/2018 do Conselho Federal de Enfermagem, de 29 de janeiro de 2018 (BR). Dispõe sobre a regulamentação da atuação da Equipe de Enfermagem no Cuidado aos pacientes com feridas. Disponível em:

http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-567-2018_60340.html. Acesso em 17 maio 2018.

157.Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed; 2004.

158.Braz JRC. Tipos de estudo. In: Duarte NMC, Turazzi JC, Gozzani JL, Mathias LAST. Metodologia científica. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Anestesiologia; 2008.

159.Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods [Internet]. 2007 [cited 2017 Jan 20]; 39(2):175-91. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17695343>.

160.Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. Behavior Research Methods [Internet]. 2009 [cited 02 jun 2018]; 41: 1149-60. Available from: <http://www.gpower.hhu.de/>

161.Revorêdo LS, Maia RS, Torres GV, Maia EMC. O uso da técnica Delphi em saúde: uma revisão integrativa de estudos brasileiros. Arq Ciên Saúde [Internet]. 2015 [citado 2017 jul 20]; 22(2):16-21. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/136/61>. DOI: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.22.2.2015.136>.

162.Nascimento DC, Tibana RA, Melo GF, Prestes J. Testes de normalidade em análises estatísticas: uma orientação para praticantes em ciências da saúde e atividade física. Rev Mackenzie Educação Física Esporte [Internet]. 2015 [citado 2017 jun 20]; 14(2):73-7. Disponível em: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/remef/article/viewFile/6583/6653>.

163.Cohen RJ, Swerdlik ME, Sturman ED. Testagem e avaliação psicológica: introdução a testes e medidas. Artmed: Porto Alegre, 2014.

164.Peres AJS, Laras JA. Estrutura fatorial do questionário de esquemas e crenças da personalidade. Aval psicol [Internet]. 2016 [citado 2017 jun 02];15(2):141-50. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v15n2/v15n2a03.pdf>.

165.Pillati LA, Pedroso B, Gutierrez GL. Propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação: um debate necessário. Rev RBECT [Internet]. 2010 [citado 2017 mar 30]; 3(1): 81-

-
91. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbect/article/view/619/469>. DOI: <http://0.3895/S1982-873X2010000100005>.
166. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2011[citado 2017 mar 30];16(7): 3061-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>.
167. Cooper DR, Schindler OS. Métodos de pesquisa em administração. McGraw Hill Education: São Paulo; 2016.
168. Moreira MA. Aprendizagem significativa: a teoria e textos complementares. São Paulo: Editora Livraria Física; 2011.
169. Masini EFS. Aprendizagem significativa: condições para ocorrência e lacunas que levam a comprometimentos. *Aprendizagem Significativa Rev* [Internet]. 2011 [acesso em 02 set 2018]; 1 (1): 16-24. Disponível em: http://www.if.ufrgs.br/asr/artigos/Artigo_ID2/v1_n1_a2011.pdf
170. Moreira MA. Subsídios teóricos para o professor pesquisador em ensino de ciências. *A Teoria da Aprendizagem Significativa*. Porto Alegre; 2016. Disponível em: <https://www.if.ufrgs.br/~moreira/Subsidios6.pdf>
171. Perpétuo SC, Gonçalves AM. Dinâmicas de grupos na formação de lideranças. Rio de Janeiro: DPA; 2005.
172. Alberti TF, Abegg I, Costa MRJ, Tilton M. Dinâmicas de grupo orientadas pelas atividades de estudo: desenvolvimento de habilidades e competências na educação profissional. *Rev Bras Estud Pedagog* [Internet]. 2014 [acesso em 03 dez 2017]; 95(240): 346-62. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbeped/v95n240/06.pdf>.
173. A galega e seus livros. Vídeo muito emocionante: tente não chorar. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=W1Whh9Iuf8Q&t=6s> Acesso em: 01 ago 2017.
174. Oliveira PM, Mariano MR, Rebouças CBA, Pagliuca LMF. O uso de filme como estratégia de ensino-aprendizagem sobre pessoas com deficiência: percepção dos alunos de enfermagem. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2012 [acesso em 03 dez 2017]; 16(2): 297-305. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n2/13.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000200013>.

-
- 175.Santos L. Direitos do paciente terminal. Morte em domicílio. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=dwo5sAa8Ej4>. Acesso em 01 ago 2017.
- 176.Academia de ciência. Câncer: conhecer, prevenir e vencer. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=HU2sXd5H48Q>. Acesso em 01 ago 2017.
- 177.NovidermPt. A estrutura da pele: a epiderme. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=jwJ-A4HcnKM&t=4s>. Acesso em 01 ago 2017.
- 178.Teoria MedVet. Inflamação aguda. Animação legendado. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=5mmzDyrL-Ng>. Acesso em 01 ago 2017.
- 179.Agra G, Andrade FLM, Costa MML. Malignant cutaneous tumor wounds simulators as a teaching-learning strategy for nurses. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2017 [cited 2017 Nov 30]; 11 (8): 3180-6. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/enfermagem/article/download/110226/22146>. DOI: 10.5205/reuol.11064-98681-4-ED.1108201724
- 180.Vale EG, Pagluica LMF, Quirini RHR. Saberes e práxis em enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2009 [acesso em 02 set 2018]; 13 (1): 174-80. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a24.pdf>
- 181.Gaty G. Câncer de mama que perfora pulmón. Imágenes explícitas. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=sQm9_CbfiFI. Acesso em 01 ago 2017.
- 182.Cacciari P. Uma lição de vida editado. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=asyeJpBqPAw&t=49s>. Acesso em 01 ago 2017.
- 183.Silva RS, Paixão GPN, Lins DB, Jesus RA, Pereira A. Estudo de caso como uma estratégia de ensino na graduação: percepção dos graduandos em Enfermagem. Rev Cuid [Internet]. 2014 [acesso em 03 dez 2017]; 5(1):606-12. Disponível em: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/98/156>. DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i1.98>.
- 184.Freitas MIP, Cormona EV. Estudo de caso como estratégia de ensino do Processo de Enfermagem e do uso de linguagem padronizada. Rev Bras Enferm [Internet]. 2011 [acesso em 03 dez 2017]; 64(6):1157-60. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a25.pdf>.

-
- 185.Masini EFS. Aprendizagem por compreensão e reflexão. *Aprendizagem Significativa Rev [Internet]*. 2012 [acesso em 02 set 2018]; 2 (1): 35-43. Disponível em: http://www.if.ufrgs.br/asr/artigos/Artigo_ID23/v2_n1_a2012.pdf
- 186.Masini SFS. Aprendizagem significativa na escola. *Aprendizagem Significativa Rev [Internet]*. 2016 [acesso em 02 set 2018]; 6 (3): 70-8. Disponível em: http://www.if.ufrgs.br/asr/artigos/Artigo_ID90/v6_n3_a2016.pdf
187. Bardin L. *Análise do conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.
188. Ministério da Saúde (BR). Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, de 12 de dezembro de 2012 (BR). Dispõe sobre a aprovação de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em 14 ago 2014.
- 189.Pasquali L. *Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas*. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- 190.Pasquali L. *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*: Rio de Janeiro: Vozes; 2011.
- 191.Podsakoff PM, MacKenzie SB, Podsakoff NP. Common method biases in behavioral research: a critical review of the literature and recommended remedies. *J Appl Psychol [Internet]*. 2003 [cited 2018 Ago 02]; 88 (5): 879-903. Available from: <http://www.jwalkonline.org/docs/Grad%20Classes/Survey/articles/required/Podsakoff%20-%20common%20method%20biases.pdf>. DOI:10.1037/0021-9010.88.5.879
- 192.Armstrong JS, Overton TS. Estimating non response bias in mail surveys. *J Mark Research [Internet]*. 1977 [cited 2018 Ago 02]; 14: 396-402. Available from: https://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1024&context=marketing_papers. DOI: <http://dx.doi.org/10.2307/3150783>.
193. Bisquerra R, Sarriera JC, Martinez F. *Introdução à estatística: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS*. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004.
- 194.Oliveira FEM. *SPSS básico para análise de dados*. Rio de Janeiro: Ciência Moderna; 2007.

-
195. Cohen, J. A power primer. *Psychological Bulletin* [Internet]. 1992 [cited 2018 Sep 02]; 112(1), 155-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19565683>



No meio do fundo

Do começo da vida

Abre cor ou ferida

Beleza ou Pesar

Alegria vivida

Estrela caída

Cadente subida

Para a vida levar

Noely Soares Veloso Moura

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Participantes da Pesquisa)

Título do Projeto: “O saber e o fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados às pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas”

Pesquisadora: Glenda Agra

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marta Miriam Lopes Costa

Prezado(a) Senhor(a),

Sou pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (Doutorado) e pretendo realizar um estudo com o seguinte objetivo principal: Analisar a influência de intervenção educativa embasada na Teoria da Aprendizagem Significativa no saber e no fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados às pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas, em serviços de Atenção à Saúde de Alta Complexidade em Oncologia. A pesquisa também conta com objetivos específicos:

- ✓ Sintetizar a produção científica publicada na literatura sobre os cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea;
- ✓ Analisar o conceito de aprendizagem significativa conforme a Teoria de David Ausubel;
- ✓ Apresentar o processo de construção e validação de instrumento sobre cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea;
- ✓ Verificar a discriminação de itens, representatividade do conteúdo e fidedignidade da medida acerca do saber e do fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea;
- ✓ Verificar o efeito da intervenção educativa em enfermeiros da Atenção à Saúde de Alta Complexidade sobre os cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea;
- ✓ Analisar o processo de ressignificação de saberes e transformação dos cuidados paliativos como práxis de enfermeiros que cuidam de pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas.

Com essa investigação, propõe-se nortear novas condutas, subsidiar o planejamento e implementação de protocolos e, principalmente, auxiliar em uma assistência que possa contemplar as reais necessidades das pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas.

Solicitamos sua colaboração para conceder entrevista e participar de um curso de capacitação teórico-prático, com duração total de 40 horas, que será desenvolvido em cinco encontros de 3 horas, nas segundas-feiras ou terças-feiras ou quintas-feiras à tarde ou à noite, e ocorrerá no Centro de Estudos do Hospital Napoleão Laureano. Antes do curso, o(a) Sr.(a) responderá um questionário referente aos cuidados com a pessoa com feridas tumorais, que irá durar cerca de 30 minutos. Imediatamente após o término do curso, o(a) Sr.(a) responderá ao mesmo questionário e depois de um ano será entrevistado acerca das dificuldades e facilidades encontradas para aplicação do que foi aprendido na capacitação. Esta última entrevista poderá durar cerca de 30 minutos. Informamos que esta pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a

sua saúde, exceto a inibição em responder às entrevistas, por esse motivo, estas serão realizadas em um ambiente reservado do hospital, a fim de preservar a sua privacidade.

Solicito o seu consentimento também para a publicação e divulgação dos resultados, garantindo o seu anonimato nos veículos científicos e/ou de divulgação (jornais, revistas, congressos, dentre outros), que a pesquisadora achar conveniente. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que esta pesquisa não oferece riscos e/ou desconfortos, previsíveis, para a sua saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não receberá pagamento para isto, não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

Caso o(a) Sr.(a). consinta, será necessário assinar este termo de acordo com a Resolução nº. 466/2012, do Conselho Nacional De Saúde (CNS)/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos.

A pesquisadora estará à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa do processo de pesquisa. Espero contar com seu apoio e, desde já, agradeço sua colaboração.

Contato com a pesquisadora responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre a pesquisa, favor ligar para a pesquisadora: Pesquisadora: Glenda Agra e Telefone: 9.9992-2438.

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde, Bloco Arnaldo Tavares, Sala 812, 1º andar, Campus I, Castelo Branco, João Pessoa/PB. CEP: 58059-900. Tel. (83) 3216-7791.

E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

Horário de funcionamento: 08:00 às 12:00 e das 14:00 às 17:00

Coordenadora: Prof.^a Dr.^a Eliane Marques Duarte de Sousa

CONSENTIMENTO

Após ter sido devidamente esclarecido(a) sobre a pesquisa, consinto em participar da mesma. Informo que estou recebendo uma cópia deste Termo.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente de que recebi uma via deste documento.

Assinatura do(a) voluntário(a) da pesquisa

Assinatura da pesquisadora responsável

João Pessoa, ____/____/____

Observação: Todas as páginas deste termo devem ser rubricadas

APÊNDICE B - Instrumento para coleta de dados 1

PARTE 1 - Dados sociodemográficos e profissionais

1. Número de identificação: _____
2. Idade: _____
3. Sexo: () Feminino () Masculino
4. Pós-graduação *latu sensu* na área de Oncologia: () Sim () Não
Curso: _____
Instituição: _____
5. Pós-graduação *strictu sensu* na área de Oncologia: () Sim () Não
Curso: _____
Instituição: _____
6. Tempo de experiência profissional em Oncologia: _____
7. Tempo de experiência com feridas oncológicas: _____
8. Você já recebeu algum tipo de instrução sobre o cuidado direcionado a pacientes que apresentem feridas tumorais malignas cutâneas?
Sim (): _____
Especifique: _____
Não ()
9. Abaixo, você encontrará algumas questões relacionadas à importância das feridas tumorais malignas cutâneas na sua prática assistencial; por isso, gostaríamos que você colocasse, em cada espaço, o número que indique o quanto elas são importantes para você:

Pouco importante (1)	Importante em parte (2)	Muito importante (3)
Descrição		
10. Você considera _____ as feridas tumorais malignas como extensão/complicação do câncer.		
11. Você considera _____ uma capacitação oferecida pela instituição sobre feridas tumorais malignas.		
12. Você considera _____ a prescrição médica em relação ao tratamento de medicamentos no que se refere às feridas tumorais malignas.		

13. Marque com um X o número que representa o seu domínio:

Na área de tratamento em feridas	Pouco	0	1	2	3	4	Muito
Na área de tratamento em feridas tumorais malignas cutâneas	Pouco	0	1	2	3	4	Muito

14. Marque com um (x) o item que corresponde ao **quanto você sabe** e ao **quanto você faz** das intervenções nos cuidados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea:

Avaliação da lesão e das necessidades da pessoa com ferida tumoral maligna cutânea	O quanto você sabe	O quanto você faz
1. Localização anatômica da lesão	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
2. Tamanho - Mensuração da lesão (altura, largura, profundidade ou abaulamento)	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
3. Estadiamento (1, 1N, 2, 3, 4)	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
4. Intensidade do odor (grau I, II, III)	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
5. Exsudato (tipo e quantidade)	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
6. Intensidade do sangramento (leve, moderado e intenso)	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
7. Intensidade da dor na ferida (leve, moderada, intensa e excruciante), usando a EVA ou EVN	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
		
8. Prurido	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
9. Borda e pele perilesional	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
10. Sinais de infecção locais (calor, rubor, edema, dor)	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
11. Tipo de tecido (necrose de coagulação, necrose de liquefação)	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
12. Presença de miíases	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
13. Fístulas e quantidade drenada	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito

Continuação

14. Sinus (túneis)	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
15. Classificação morfológica da lesão (nodular, cavitária, vegetante)	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
16. Acometimento ou invasão de órgãos-alvo	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
17. Avaliação dos aspectos social, psíquico, espiritual e econômico	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
18. Progressão ou mudança da forma da ferida	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
19. Identificação das necessidades educacionais da pessoa ou familiar/cuidador quanto aos cuidados com a ferida após a alta	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
Cuidados básicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea		
20. Retirar os adesivos cuidadosamente usando solução removedora (solução salina ou vaselina, óleo mineral).	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
21. Retirar gazes aderidas ao leito da lesão com irrigação abundante utilizando solução salina.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
22. Irrigar o leito da ferida com solução salina.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
23. Lavar a ferida com antisséptico (clorhexidine degermante ou PHMB sabonete), para remoção superficial de bactérias e <i>debris</i> .	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
24. Empregar técnica asséptica.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
25. Manter úmido o leito da ferida, a fim de evitar aderência de gazes.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
26. Eliminar espaço morto (preenchê-lo com curativo) antes da cobertura selecionada.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
27. Considerar coberturas absorventes.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
28. Considerar coberturas antiaderentes.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
29. Considerar a redução das trocas frequentes de curativos utilizando compressas cirúrgicas como coberturas primárias e absorventes íntimos geriátricos descartáveis e fraldas infantis descartáveis como coberturas secundárias.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito

Continuação

30. Promover as coberturas em conformidade com contornos da área para oferecer conforto ao paciente.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
31. Proteger o curativo com saco plástico ou filme transparente durante o banho de aspersão e abri-lo para troca somente no leito (evitando a dispersão de exsudato e micro-organismos no ambiente).	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle da dor		
32. Monitorar o nível de intensidade da dor pela Escala Visual Analógica ou Escala Visual Numérica.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
33. Iniciar o curativo após 30 minutos para analgesia via oral, 5 minutos para analgesia subcutânea ou endovenosa; e início imediato para a via tópica conforme prescrição médica.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
34. Adequar o horário de troca de curativos após a pessoa já estar medicada, respeitando o intervalo de acordo com o tipo de analgesia.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
35. Avaliar a necessidade de analgesia tópica com lidocaína gel a 2% conforme prescrição médica.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
36. Não friccionar com força o leito da ferida.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
37. Reavaliar a necessidade de alteração do esquema analgésico prescrito.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
38. Considerar, junto à equipe médica, a necessidade de anti-inflamatórios, radioterapia antiálgica ou cirurgia.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
39. Registrar a avaliação da dor pela Escala Visual Analógica ou Escala Visual Numérica e a analgesia antes e após o curativo.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
40. Comunicar à equipe médica os casos de sofrimento álgico que fujam ao controle da conduta preconizada.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle do exsudato		
41. Coletar material para cultura (aspirado/swab pela técnica de Levine) com limpeza prévia da lesão.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
42. Empregar carvão ativado/alginato de cálcio/matriz polimérica/espumas com ou sem prata/hidrofibra como cobertura primária e compressas/gazes como cobertura secundária.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito

Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle do Prurido		
43. Investigar a causa do prurido.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
44. Utilizar adesivos hipoalergênicos.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
45. Utilizar dexametasona creme 0,1% nas áreas do prurido conforme prescrição médica.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
46. Investigar presença de infecções fúngicas.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
47. Utilizar nistatina ou sulfadiazina de prata 1% com nitrato de cério para candidíase cutânea nas áreas de hiperemia ao redor da ferida associada a manchas esbranquiçadas conforme prescrição médica.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
48. Considerar a redução do intervalo dos curativos, para evitar esse sintoma e investigar reação alérgica a cobertura utilizada.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
49. Caso o prurido persista, considerar junto à equipe médica a introdução de terapia sistêmica.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
50. Utilizar cremes à base de desonida para os casos de alergia conforme prescrição médica.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle da necrose		
51. Avaliar as necessidades de debridamento, de acordo com a condição clínica do paciente e as características da lesão (por ex. friáveis).	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
52. Eleger a forma de debridamento (autolítico, químico, mecânico e instrumental conservador).	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
53. Considerar, prioritariamente, o debridamento autolítico.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle da fístula		
54. Aplicar óxido de zinco/hidrocoloide/creme barreira/solução polimérica na pele ao redor da fístula.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
55. Adaptar, quando possível, bolsas coletoras nas fístulas de alta drenagem e proteger a área perifistular.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito

Continuação

Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle do sangramento		
56. Aplicar pressão diretamente sobre os vasos sangrantes com emprego de gazes ou compressas por 10 a 15 minutos.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
57. Considerar aplicação de solução salina gelada com emprego de gazes e/ou compressas.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
58. Considerar curativo hemostático à base de gelatina suína (Gelfoam).	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
59. Aplicar alginato de cálcio.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
60. Considerar adrenalina (solução injetável) topicamente sobre os pontos sangrantes 1:1000 conforme prescrição médica.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
61. Verificar, junto à equipe médica, a possibilidade de tratamento com coagulante sistêmico como ácido aminocaproico (comprimidos ou em solução injetável) ou ácido tranexâmico (comprimidos ou em solução injetável).	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
62. Verificar, junto à equipe médica, a possibilidade de tratamento com intervenção cirúrgica nos sangramentos persistentes ou resistentes às terapias convencionais.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
63. Verificar, junto à equipe médica, a possibilidade de tratamento com radioterapia anti-hemorrágica.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
64. Verificar, junto à equipe médica, a possibilidade de tratamento com sedação paliativa para os casos de sangramento intenso acompanhado de agitação, desespero e angústia do paciente.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
65. Em casos de agitação e angústia do paciente por causa do sangramento intenso, considerar o uso de toalhas de cores escuras para conter a hemorragia.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle do odor		
66. Considerar aplicação de solução de PHMB (polihexanidametilbiguanida).	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
67. Considerar gazes embebidas em hidróxido de alumínio no leito da ferida para odor grau I.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
68. Considerar carvão ativado.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
69. Aplicar gel ou solução de metronidazol 0,8% para odor grau II conforme prescrição médica.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito

70. Considerar, junto à equipe médica, a possibilidade de associação de metronidazol sistêmico (endovenoso ou oral) ao uso tópico para odor grau III.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea para o controle da infestação de miíases		
71. Considerar a aplicação lidocaína tópica a fim de reduzir a dor durante a retirada manual das larvas conforme prescrição médica.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
72. Aplicar vaselina líquida a fim de impedir que as larvas respirem e facilitar a remoção.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
73. Realizar a retirada manual (com pinças) das larvas.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
74. Administrar ivermectina sistêmico conforme prescrição médica.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
Registro das ações de enfermagem		
75. Documentar a avaliação das características da ferida e as necessidades da pessoa.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
76. Documentar todas as intervenções realizadas com a ferida e com a pessoa.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
77. Documentar educação realizada com a pessoa e/ou família, sinalizando os pontos de dificuldades de entendimento e habilidade.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
78. Documentar os resultados obtidos.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
79. Considerar registro fotográfico das feridas após a autorização da pessoa.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
Orientações para a alta hospitalar		
80. Identificar e contatar o cuidador principal para a capacitação na realização dos curativos à domicílio.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
81. Identificar e contatar com a família, a rede de atendimento público que poderá ser acessada para a parceria nos cuidados com relação à ferida e capacitar esse profissional, se necessário.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
82. Realizar relatório de enfermagem sumarizado com relação à alta hospitalar e aos cuidados com a ferida, produtos utilizados, resultados obtidos e esperados e processo de educação da família.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito

83. Orientar vestuário: roupas mais confortáveis e adaptadas ao melhor acesso à ferida para as trocas de curativos.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito
84. Orientar melhores condições para dormir, considerando uso de coxins e outros artefatos para melhorar o posicionamento.	Pouco 0 1 2 3 4 Muito	Pouco 0 1 2 3 4 Muito

APÊNDICE C - Instrumento de coleta de dados 2**(Entrevista após 1 ano da realização do curso)****Identificação:** _____**Sexo:** _____

1. Como você avalia o curso de capacitação para o cuidado da pessoa com FTMC?
2. Considerando o conteúdo teórico-prático administrado, qual foi o tema que você teve mais dificuldade em aprender?
3. Considerando o conteúdo teórico-prático administrado, qual foi o tema que você teve mais facilidade em aprender?
4. Após o curso, quais as dificuldades enfrentadas por você para aplicar os conhecimentos adquiridos na sua prática assistencial?
5. Após o curso, quais as facilidades que você teve para aplicar os conhecimentos adquiridos na assistência à pessoa com FTMC?
6. A partir do curso, que aspectos lhe motivaram para aplicar os conhecimentos na sua prática diária?
7. O curso contribuiu para alguma mudança na sua vida profissional? Caso afirmativo, quais?
8. O curso contribuiu para alguma mudança na sua vida pessoal? Caso afirmativo, quais?

APÊNDICE D - Carta-convite aos juízes

João Pessoa, ____/____/____ de 2017

Prezado(a) Senhor(a)

Meu nome é Glenda Agra, sou aluna da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB/PB). Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: “O saber e o fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados às pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas”, para obtenção do título de Doutora em Enfermagem, sob a orientação da Professora Dra. Marta Miriam Lopes Costa.

O presente estudo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, onde se pretende coletar os dados, tem como objetivo geral: Analisar a influência de intervenção educativa embasada na Teoria da Aprendizagem Significativa no saber e no fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados às pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas, em serviços de Atenção à Saúde de Alta Complexidade em Oncologia. A pesquisa também conta com objetivos específicos:

- ✓ Sintetizar a produção científica publicada na literatura sobre os cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea;
- ✓ Analisar o conceito de aprendizagem significativa conforme a Teoria de David Ausubel;
- ✓ Apresentar o processo de construção e validação de instrumento sobre cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea;
- ✓ Verificar a discriminação de itens, representatividade do conteúdo e fidedignidade da medida acerca do saber e do fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea;
- ✓ Verificar o efeito da intervenção educativa em enfermeiros da Atenção à Saúde de Alta Complexidade sobre os cuidados paliativos destinados à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea;
- ✓ Analisar o processo de ressignificação de saberes e transformação dos cuidados paliativos como práxis de enfermeiros que cuidam de pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas.

Neste momento, necessitamos da colaboração do(a) senhor(a) para avaliar a relevância dos itens que compõem o instrumento de coleta de dados, através da análise da aparência, conteúdo e construção dos mesmos. Ressalto que, para a elaboração do instrumento, realizamos os seguintes procedimentos: revisão de literatura para identificação dos itens, bem como de instrumentos de avaliação de práticas dos profissionais direcionadas à avaliação e tratamento de feridas tumorais malignas cutâneas, utilizados por outros autores, e análise e incorporação do protocolo utilizado no Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva e do protocolo utilizado na instituição onde se pretende coletar os dados.

O propósito de sua participação nesta etapa do trabalho consiste em avaliar se o questionário realmente avalia a hipótese a ser testada, ou seja, se o questionamento permite identificar o saber e o fazer de enfermeiros no cuidado a pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas. Cabe ainda aos juízes avaliar o instrumento quanto à aceitabilidade, compreensão, relevância, clareza e ambiguidade dos itens. Encaminhamos em anexo o questionário para direcionar esta avaliação, podendo suas considerações serem realizadas nele ou no próprio instrumento de coleta de dados.

Informo que, após esta avaliação, as sugestões serão analisadas e as considerações necessárias realizadas.

Após esta etapa, realizar-se-á um estudo piloto na instituição de interesse a fim de simular uma pesquisa de campo e verificar o funcionamento da versão preliminar.

Desta forma, venho por meio deste convidá-lo(a) para participar da validação do instrumento de coleta de dados que segue em anexo.

Caso aceite participar, peço o favor de enviar o questionário preenchido e/ou o instrumento de coleta de dados com as considerações e uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado, até o dia _____, via *e-mail*, ou me informe a maneira mais adequada de recebê-lo (via correio, pessoalmente ou outros).

Certo de contar com a sua colaboração e de que é através do trabalho conjunto que contribuiremos para uma melhor qualidade na assistência, agradeço a atenção e coloco-me à disposição para esclarecimento de qualquer dúvida que possa surgir.

Atenciosamente,

Glenda Agra

Orientanda UFPB/PB

Marta Miriam Lopes Costa

Orientadora – Professora Doutora da UFPB/PB

Contatos: Glenda Agra. *E-mail*: g.agra@yahoo.com.br; glendaagra@outlook.com; Telefone: (83) 3226-4721; (83) 9.9992-2438. Endereço: Rua: Nicola Porto, 251 – Manaíra – João Pessoa/PB. CEP: 58038-120

Professora Dra. Marta Miriam Lopes Costa. *E-mail*: marthamiryam@hotmail.com; Telefone: (83) 9.9136-0137. Endereço: Universidade Federal da Paraíba. Cidade Universitária Campus I, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, João Pessoa/PB.

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**(Juízes da Pesquisa)**

Eu, _____, declaro estar de acordo em participar como juiz para validação do instrumento de coleta de dados da pesquisa intitulada: “O saber e o fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados às pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas”, cujo objetivo geral é avaliar os efeitos da intervenção educativa embasada na Teoria da Aprendizagem Significativa como estratégia de mudança no saber e fazer de enfermeiros da Atenção à Saúde de Alta Complexidade no cuidado à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea.

Afirmo estar ciente de que:

- A finalidade da minha participação é validar o conteúdo, aparência e semântica do instrumento de coleta de dados em construção, através de um questionário pré-elaborado.

-Esta pesquisa não oferece riscos ou desconfortos à minha pessoa e meu sigilo e minha privacidade serão mantidos.

-Estarei livre para participar ou retirar meu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo.

-Não haverá nenhum custo ou remuneração pela minha participação.

João Pessoa, _____ de _____ de 2017

Assinatura do juiz

Glenda Agra

Marta M. Lopes Costa

Orientanda

Pesquisadora Responsável

APÊNDICE F – Certificado dos juízes

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM
CURSO NÍVEL DOUTORADO**

**C E R T I F I C A D O**

Certificamos que _____ colaborou e participou como validadora externa dos instrumentos da pesquisa “*O saber e o fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados às pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas*”.

Este estudo constitui parte da Tese de Doutorado da Enfermeira Mestre Glenda Agra, sob a orientação da professora Doutora Marta Miriam Lopes Costa, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Salientamos que sua participação foi de fundamental importância para a melhoria dos instrumentos, por isso apresentamos os mais sinceros agradecimentos.

João Pessoa, 13 de março de 2017

Glenda Agra

Aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba

Marta Miriam Lopes Costa

Professora Titular – Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica –
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal da Paraíba

APÊNDICE G – Convite explicativo para os participantes da pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL DOUTORADO



Doutoranda: Glenda Agra

Título da pesquisa:

O SABER E O FAZER DE ENFERMEIROS NOS CUIDADOS PALIATIVOS
DESTINADOS ÀS PESSOAS COM FERIDAS TUMORAIS MALIGNAS CUTÂNEAS

Quatro etapas:

1ª fase – Coleta de dados com o instrumento – Maio e Junho de 2017

2ª fase – Curso de Capacitação em Feridas Tumoraes Malignas Cutâneas – Agosto e Setembro 2017

{ Material gratuito
Aulas teóricas
Aulas práticas com manequins específicos de feridas tumorais; produtos e coberturas
Coffee break

Inscrições:

Hospital Napoleão Laureano - Centro de Estudos ou na Coordenação de Enfermagem

Horário: Diurno e Noturno

Dias: 15 a 31 de julho de 2017

3ª fase – Coleta de dados com o instrumento logo depois do curso – Agosto e Setembro 2017

4ª fase – Entrevista com alguns participantes da pesquisa - Junho 2018



Glenda Agra – 9.9992-2438

E-mail: glendinha1975@gmail.com

APÊNDICE H - Cartaz de divulgação da intervenção educativa



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM
CURSO NÍVEL DOUTORADO



CONVITE

CONVIDAM OS ENFERMEIROS DO HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO A
PARTICIPAREM DO CURSO

‘CUIDADOS PALIATIVOS DESTINADOS À PESSOA COM FERIDA TUMORAL
MALIGNA CUTÂNEA’

Facilitadora: Glenda Agra



“O sofrimento só intolerável quando ninguém cuida” (Cecily Saunders)

APOIO:



Universidade Federal
de Campina Grande



APÊNDICE I – Plano da Intervenção Educativa

Plano de Curso	
Curso: Cuidados paliativos com a pessoa com ferida tumoral maligna cutânea Facilitadora: Glenda Agra Local: Centro de Estudos do Hospital Napoleão Laureano Turmas: A – Terças-feiras (19:00 às 22:00) – 01, 08, 15, 22 e 29/08/2017 B – Quintas-feiras (14:00 às 17:00) – 03, 10, 17, 24 e 31/08/2017 C – Segundas-feiras (14:00 às 17:00) – 07, 14, 21, 28/08/2017 e 04/09/2017	
1º Encontro – 3 horas (19:00 às 22:00 / 14:00 às 17:00) – 1, 3, 7 de agosto de 2017 (terça, quinta e segunda-feira)	
Entrega do material instrucional [presencial] Envio do material complementar pelo <i>e-mail</i> individual de cada participante* Apresentação da pesquisadora, da pesquisa e da intervenção educativa 1ª Etapa: Dinâmica de aquecimento ✚ Apresentação dos participantes por meio de uma dinâmica de aquecimento denominada ‘Mandala’: todos serão convidados a se levantar, ficar em círculo, dar as mãos, se apresentar e verbalizar as expectativas para a aula e para o curso. Essa dinâmica enfatiza das expectativas em relação ao curso. 2ª Etapa: Apresentação do tema que seria abordado durante o curso ✚ Aspectos éticos e legais no tratamento de feridas ✚ Aspectos bioéticos relacionados à assistência à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea em cuidados paliativos ✚ Anatomia e fisiologia da pele ✚ Fisiologia do processo cicatricial ✚ Fisiopatologia do câncer ✚ Bases morfológicas da cicatrização em Oncologia ✚ Feridas tumorais malignas cutâneas – Demonstração de prática (Simuladores) ✚ Definição ✚ Estadiamento ✚ Fisiopatologia ✚ Sinais e Sintomas ✚ Complicações ✚ Avaliação da pessoa e da lesão ✚ Cuidados básicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea – Demonstração de prática (produtos e coberturas) ✚ Cuidados específicos realizados na ferida tumoral maligna cutânea (controle dos sinais e sintomas) ✚ Registros das ações de enfermagem ✚ Orientações para a alta hospitalar	

- ✚ Estudo de caso

3ª Etapa: Propor situações para o aprendiz exteriorizar o seu conhecimento - Verificação do conhecimento prévio

- ✚ Solicitar aos participantes que os mesmos escrevam na folha de ofício, três competências de enfermagem no que se refere ao tratamento de feridas
- ✚ Organizador prévio: Discussão em grupo

4ª Etapa: Apresentar o conhecimento que será ensinado/ aprendido - Aula expositiva-dialogada

- ✚ Utilizar Mapas Conceituais como estratégias fundamentais para a aprendizagem significativa e como estratégia de acessar o espaço mnemônico dos participantes da pesquisa e resgate da lembrança do assunto abordado; usando *Datashow*
- ✚ Intervalo para o lanche – 15 minutos –

5ª Etapa: Propor situações-problema iniciais para preparar o aluno para a apresentação do conhecimento

- ✚ Solicitar aos participantes, individualmente, que construam um mapa conceitual (em folha de ofício) sobre três aspectos bioéticos envolvendo cuidados paliativos às pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas
- ✚ Organizador prévio: Discussão em grupo

6ª Etapa: Apresentar o conhecimento que será ensinado/ aprendido - Aula expositiva-dialogada

- ✚ Utilizar Mapas Conceituais com discursos e imagens a partir de artigos qualitativos envolvendo pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas e enfermeiros
- ✚ Apresentação de um vídeo sobre os cuidados paliativos a um paciente sem possibilidades terapêuticas de cura. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=W1Whh9Iuf8Q> (9'32")

7ª Etapa: Dinâmica de encerramento

- ✚ Novamente, convidar todos a se levantarem, formarem em círculo, darem as mãos e verbalizarem a vivência e as expectativas para o curso depois do primeiro encontro.

2º Encontro - 3 horas (19:00 às 22:00 / 14:00 às 17:00) – 8, 10, 14 de agosto de 2017 (terça, quinta e segunda-feira)

1ª Etapa: Dinâmica de aquecimento

- ✚ Dinâmica 'Faça assim': Convidar os participantes a formarem um círculo e por meio da dinâmica, cada um executa um movimento e os outros imitarão, seguindo o ritmo da música da própria dinâmica. Essa dinâmica enfatiza a flexibilidade do grupo.

2ª Etapa: Organizador prévio do 1º Encontro

- ✚ Apresentação de um vídeo sobre os direitos dos pacientes em terminalidade. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=dwo5sAa8Ej4> (3'12")
- ✚ Resgate do que foi apresentado na aula anterior

3ª Etapa: Verificação do conhecimento prévio

- ✚ Solicitar aos participantes que construam um mapa conceitual sobre três funções da pele e pelo menos uma fase do processo de cicatrização
- ✚ Organizador prévio – Discussão em grupo

4ª Etapa: Continuação da apresentação do conhecimento - Aula expositiva-dialogada

- ✚ Utilizar mapas conceituais e ilustrações dos temas 'Anatomia e fisiologia da pele' e 'Processo de cicatrização' por meio de *Datashow*
- ✚ Exercício utilizando a diferenciação progressiva e reconciliação integrativa como formas de verificação da aprendizagem significativa - Solicitar aos participantes que organizem, em conjunto, o mapa conceitual das fases de cicatrização (quebra-cabeças em forma de mapa conceitual) no chão
- ✚ Intervalo para lanche - 15 minutos

5ª Etapa: Verificação de conhecimento prévio

- ✚ Solicitar aos participantes da pesquisa que desenhem um mapa conceitual sobre conceito de câncer (em folha de ofício).
- ✚ Organizador prévio – Discussão em grupo e apresentação do vídeo 'Câncer: conhecer prevenir e vencer'. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=HU2sXd5H48Q&t=220s> (6'58")

6ª Etapa: Continuação da apresentação do conhecimento - Aula expositiva-dialogada

- ✚ Utilizar mapa conceitual e ilustrações sobre os temas 'Câncer' e 'Processo de cicatrização em Oncologia' por meio de *Datashow*
- ✚ Exercício utilizando a diferenciação progressiva e reconciliação integrativa como formas de verificação da aprendizagem significativa - Solicitar aos participantes que cada um, individualmente, se posicione como investigador do tema abordado, sem que veja a placa indicativa do tema, enquanto os demais descrevem características sobre os aspectos influenciadores no processo de cicatrização em pessoas com doença

oncológica. Todos têm que participar.

7ª Etapa: Dinâmica de encerramento

- ✚ Dinâmica ‘Caracol’: Solicitar aos participantes que se levantem e formem um círculo, dando as mãos. A facilitadora formará um caracol com os participantes, de forma que os mesmos fiquem emaranhados, um olhando para o outro. Quando todos tiverem emaranhados, a facilitadora segurará a mão do participante que estiver no centro do caracol e facilitará a sua saída do centro, de forma que o mesmo fique posicionado contrariamente aos outros. Quando todos conseguirem sair do emaranhado, estarão em círculo, sempre de mãos dadas, contudo, de costas um para o outro. A facilitadora solicitará que os mesmos voltem à posição inicial (um de frente para o outro), sem que os mesmos soltem as mãos. Essa dinâmica enfatiza trabalho em grupo, tomada de decisão, liderança, comunicação.

3º Encontro - 3 horas (19:00 às 22:00 / 14:00 às 17:00) – 15, 17, 21 de agosto de 2017 (terça, quinta e segunda-feira)

1ª Etapa: Dinâmica de aquecimento

- ✚ ‘Você sabe cuidar?’: Solicitar que os participantes se levantem e formem um círculo. Será fornecida uma bola de sopro e cada encherá a sua. Depois, será solicitado que cada um entregue sua bola ao colega do lado direito. A bola significa a sua própria vida. Será solicitado que todos não permaneçam com a bola parada, fazendo uma comparação com o cuidado, caracterizado por ser dinâmico. As bolas não poderiam cair ao chão. À medida que a dinâmica der continuidade entre os participantes, a facilitadora, do lado de fora do círculo, acrescentará algumas bolas a mais, de forma que os mesmos tentem ‘cuidar da vida do colega e outras pessoas que não conhecem’. Essa dinâmica enfatiza o cuidado pelo outro.

2ª Etapa: Organizador prévio do 2º Encontro

- ✚ Apresentação dos vídeos ‘Estrutura da pele’ e ‘Inflamação aguda. Disponíveis em: <https://www.youtube.com/watch?v=jwJ-A4HcnKM&t=4s> (1’17”) e <https://www.youtube.com/watch?v=5mmzDyrL-Ng> (3’49”) e
- ✚ Resgate do que foi apresentado na aula anterior

3ª Etapa: Verificação de conhecimento prévio –

- ✚ **Oficina prática:** Solicitar aos participantes que se dividam em duplas. Cada dupla ficará com um simulador. Solicitar que a dupla construa um mapa conceitual (em folha de ofício) acerca do conceito de ferida tumoral maligna cutânea e dos métodos avaliativos que os mesmos utilizariam para tal lesão. Além do simulador, as ilustrações reais dos pacientes com essas lesões serão projetadas em *Datashow*.
- ✚ **Organizador prévio** - Discussão em grupo

4ª Etapa: Continuação da apresentação do conhecimento - Aula expositiva-dialogada

- ✚ Utilizar Mapas Conceituais e simuladores para a demonstração da prática e todo o material necessário para a avaliação da pessoa e da lesão tumoral maligna cutânea
- ✚ Intervalo para o lanche – 15 minutos

5ª Etapa: Exercício

- ✚ Cada dupla descreverá os aspectos que não ressaltou no exercício anterior, em discussão em grupo.
- ✚ **6ª Etapa: Dinâmica de encerramento**
- ✚ Dinâmica ‘Formiguinha’: Se solicitará aos participantes que se levantem, formem um círculo. A facilitadora também participa dessa dinâmica e ela cria uma história envolvendo uma formiga imaginária, que deverá ser guardada em alguma parte do corpo do colega ao lado. O mesmo deverá seguir a dinâmica até o último colega. A facilitadora solicitará que cada participante beije a parte do corpo escolhida pelo colega. Essa dinâmica enfatiza a empatia.

4º Encontro - 3 horas (19:00 às 22:00 / 14:00 às 17:00) – 22, 24 e 28 de agosto de 2017 (terça, quinta e segunda-feira)

1ª Etapa: Dinâmica de aquecimento

- ✚ Dinâmica “Pernas amarradas”: Solicitar aos participantes que se dividam em dois grupos. A facilitadora amarrará as pernas de cada participante umas nas outras. Depois, explicará que cada grupo deverá atravessar os campos desenhados no chão, sem arrastar os pés e sem pisar nos campos demarcados. O grupo que ultrapassar os campos, obedecendo as regras estabelecidas, será o vencedor e receberá uma caixa de chocolates. A dinâmica enfatiza liderança, comunicação, cuidado com o outro.

2ª Etapa: Organizador prévio do 3º Encontro

- ✚ Apresentação do vídeo “Câncer de mama com lesão vegetante maligna”. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=sQm9_CbfiFI (2’03”)
- ✚ Resgate do que foi apresentado na aula anterior

3ª Etapa: Verificação de conhecimento prévio

- ✚ **Oficina prática:** Solicitar que os participantes se dividam em duplas: cada dupla ficará com um simulador e ambos terão que construir um plano de cuidados para a pessoa com ferida tumoral maligna cutânea (em folha de ofício), levando em consideração os conhecimentos prévios e novos. Além do simulador, as ilustrações das pessoas com feridas tumorais serão projetadas em *Datashow*. Os sintomas dor, exsudato e sangramento serão comuns a todos os simuladores.
- ✚ Organizador prévio: Discussão em grupo

4ª Etapa: Continuação da apresentação do conhecimento - Aula expositiva-dialogada

- ✚ Utilizar Mapas Conceituais em *Datashow* e demonstração prática com os simuladores

dos cuidados dispensados para o controle de sinais e sintomas das feridas tumorais malignas cutâneas, utilizando produtos e coberturas específicos

- Intervalo para o lanche - 15 minutos

5ª Etapa: Exercício

- Cada dupla descreverá os cuidados que não ressaltou no exercício anterior, em discussão em grupo.

6ª Etapa: Continuação da apresentação do conhecimento - Aula expositiva-dialogada

- Demonstrar com os simuladores como proceder com um curativo esteticamente funcional, levando em consideração as recomendações de artigos científicos, *Guidelines* e Manuais sobre os cuidados com as feridas tumorais malignas cutâneas. Entregar um formulário de Evolução de Enfermagem a cada participante e exemplificar como proceder com o registro escrito das ações de enfermagem, bem como as orientações para a alta hospitalar.

- Devolutiva da pesquisa realizada com prontuários da instituição – artigo publicado

7ª Etapa: Dinâmica de encerramento

- Dinâmica do “Pirulito” – Solicitar aos participantes que se dividam em duplas. A cada dupla serão distribuídos dois pirulitos. Cada um deve se posicionar em frente ao outro, segurando o pirulito com a mão direita. Cada um deve degustar o seu pirulito, sem que flexione o seu braço. A dinâmica enfatiza comunicação, criatividade, solidariedade, trabalho em equipe.

5º Encontro - 3 horas (19:00 às 22:00 / 14:00 às 17:00) – 29 e 31 de agosto de 2017 (terça, quinta-feira) e 4 de setembro de 2017

1ª Etapa: Organizador prévio dos encontros anteriores

- Apresentação de um recorte do filme ‘Uma lição de vida’. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=asyeJpBqPAw&t=8s> (12’02”).

2ª Etapa: Estudo de caso

- Exercício utilizando a diferenciação progressiva e reconciliação integrativa como formas de verificação da aprendizagem significativa - Solicitar aos participantes que se dividam em duplas ou trios. Cada subgrupo construirá um plano de cuidados envolvendo todos os aspectos abordados nos encontros anteriores e, por fim, desenhará o Mapa Conceitual do plano de cuidados em uma cartolina. Serão fornecidos canetas e pincéis de cores diferentes para a construção do MC. Depois que todos finalizarem, cada subgrupo apresentará seu plano de cuidados, de forma que todos possam sugerir e acrescentar outras informações.

- Discussão em grupo: ‘O que eu farei com o conhecimento que aprendi?’

3ª Etapa: Coleta de dados

- ✚ Segunda fase da pesquisa – Solicitar aos participantes que respondam ao instrumento da pesquisa

4ª Etapa: Encerramento do curso

- ✚ Discussão acerca dos pontos positivos e negativos do curso
- ✚ Apresentação de um vídeo contendo as fotos dos momentos vivenciados durante todos os encontros
- ✚ Sorteio de brindes fornecidos pelos patrocinadores
- ✚ Lanche

*Será fornecido um material complementar (artigos, cartilhas, manuais, *guidelines* acerca dos cuidados com pessoas que apresentem feridas tumorais malignas cutâneas) aos participantes da pesquisa, de forma que os mesmos possam fazer leituras individuais.

APÊNDICE J – Ficha de inscrição para a intervenção educativa**FICHA DE INSCRIÇÃO PARA O CURSO DE
CAPACITAÇÃO SOBRE FERIDAS TUMORAIS
MALIGNAS CUTÂNEAS****Professora: Glenda Agra**

Nome: _____

Contato telefônico: _____

Endereço eletrônico: _____

Em que turma deseja participar:

- () Turma A – Terças-feiras, das 19:00 às 22:00
() Turma B – Quintas-feiras, das 14:00 às 17:00
() Turma C – Segundas-feiras, das 14:00 às 17:00



João Pessoa/PB, 15 de julho de 2017

Glenda Agra

Contato telefônico e WhatsApp: 9.9992-2438

Email: glendinha1975@gmail.com

Facebook: Glenda Agra

APÊNDICE K – Certificado dos participantes da pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – NÍVEL DOUTORADO



CERTIFICADO

O Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, no uso de suas atribuições, confere a presente certificação a **Cicely Saunders** por sua participação no Minicurso intitulado “**Cuidados Paliativos às Pessoas com Feridas Tumoriais Malignas Cutâneas**”, na qualidade de **participante**, realizado no mês de agosto a setembro de 2017, com carga horária total de 25 horas.

João Pessoa – PB , 10 setembro de 2017

Profª Msc. Glenda Agra
Doutoranda do PPGENFe

Profª Dra. Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Profª Dra. Marta Miriam Lopes Costa
Professora Orientadora do PPGENFe

APÊNDICE L – Artigo de Nota Prévia

SIMULADORES DE FERIDAS TUMORAIS MALIGNAS CUTÂNEAS COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO-APRENDIZAGEM PARA ENFERMEIROS⁸

MALIGNANT CUTANEOUS TUMOR WOUND SIMULATORS AS A TEACHING-LEARNING STRATEGY FOR NURSES

SIMULADORES DE HERIDAS TUMORALES MALIGNAS CUTÂNEAS COMO ESTRATEGIA DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE PARA ENFERMEROS

RESUMO

Objetivo: Investigar o saber e o fazer de enfermeiros no cuidado da pessoa com ferida tumoral maligna cutânea. **Método:** Estudo intervencionista, do tipo *before and after*, de natureza quantiquantitativa, que se realizou com enfermeiros de um hospital público. A coleta de dados foi com um instrumento estruturado aplicado pré e pós-intervenção, que se respalda nos pressupostos de David Ausubel, e os simuladores de feridas tumorais malignas fizeram parte do cenário prático da referida intervenção. A análise dos dados quantitativos deu-se por meio de testes estatísticos (Qui-Quadrado, Correlação de Pearson, *t* Student, Teste de Wilcoxon). Os dados empíricos foram tratados por meio da técnica de Análise de Conteúdo, na modalidade Análise Temática. **Resultados:** Este estudo apresentou uma nova perspectiva para a pesquisa educacional em saúde e utilizou simuladores como estratégia facilitadora de aprendizado.

Descritores: Simulação; Neoplasias Cutâneas; Ensino; Aprendizagem; Enfermeiros.

ABSTRACT

Objective: to investigate the knowledge and the role of nurses in the care of the person with malignant cutaneous malignant wound. **Method:** interventional study, of type *before and after*, of a quantitative-qualitative nature, which was performed with nurses of a public hospital. The data collection was done with a structured instrument applied before and after intervention, which is based on the presuppositions of David Ausubel, and the simulators of malignant tumor wounds were part of the practical scenario of said intervention. Quantitative data analysis was performed using statistical tests (Chi-Square, Pearson's correlation, *t* student, Wilcoxon's test). The empirical data were treated using the technique of Content Analysis in the Thematic Analysis modality. **Results:** it is expected, with this study, presented a new perspective for the educational research in health and used simulators as a strategy to facilitate learning. **Descriptors:** Simulation; Skin Neoplasms; Teaching; Learning; Nurses.

RESUMEN

Objetivo: investigar el saber y el hacer de enfermeros en el cuidado de la persona con herida tumoral maligna cutánea. **Método:** estudio intervencionista, del tipo *before and*

after, de natureza quantitativa y cualitativa, que se realizó con enfermeros de un hospital público. La recolección de datos fue con un instrumento estructurado aplicado antes y después de la intervención, que se respalda en los presupuestos de David Ausubel, y los simuladores de heridas tumorales malignas formaron parte del escenario práctico de dicha intervención. El análisis de los datos cuantitativos se dio por medio de exámenes estadísticos (Qui-Cuadrado, Correlación de Pearson, t Student, Examen de Wilcoxon). Los datos empíricos fueron tratados por medio de la técnica de Análisis de Contenido, en la modalidad Análisis Temático. *Resultados*: este estudio presentó una nueva perspectiva para la investigación educativa en salud y utilizar simuladores como estrategia facilitadora de aprendizaje. *Descriptores*: Simulación; Neoplasias Cutáneas; Enseñanza; Enfermeros.

INTRODUÇÃO

As feridas tumorais malignas cutâneas constituem um agravo na vida do paciente com doença oncológica, pois, progressivamente, desfiguram o corpo, tornam-se friáveis, dolorosas, exsudativas, liberam odor fétido e, muitas vezes, concorrem para mutilações. Ao mesmo tempo, essas lesões podem levar ao desenvolvimento de complicações, tais como infecções superficiais e/ou sistêmicas, fístulas e infestação de larvas. Igualmente, essas feridas afligem também as dimensões psíquicas, sociais e espirituais do paciente, que podem interferir nas relações interpessoais com a equipe médica, com os próprios familiares e até mesmo no campo social.¹⁻³

O enfermeiro é um membro ativo e integrante de uma equipe multiprofissional que, geralmente, é responsável pela realização dos tratamentos que requerem contato físico, afetivo e social. Nessa condição, estaria o tratamento de feridas e a realização de curativos, pois cabe aos profissionais dessa área desenvolver competências e habilidades que lhes permitam conhecer e identificar características individuais e/ou sociais (sociodemográficas, familiares, psíquicas, etc.) de pacientes com feridas tumorais malignas cutâneas e implementar cuidados específicos relacionados a elas (limpeza, avaliação, uso de terapias tópicas, coberturas específicas e acompanhamento). Nesse sentido, realizar um curativo eficaz, efetivo, confortável para o paciente e esteticamente aceitável é um desafio para o enfermeiro, que estaria contribuindo tanto para uma apresentação mais amena do paciente em relação à sua imagem social, bem como para a satisfação consigo e conscientização de que está sendo bem tratado.⁴⁻⁶

Na Enfermagem, o ensino de habilidades por meio da simulação, utilizando manequins ou outros dispositivos de média e alta fidelidade, é prática adotada desde 1950.⁷ A simulação reproduz uma situação real a fim de se praticar, aprender, validar, testar ou desenvolver a compreensão dos sistemas ou ações humanas, com interatividade e realismo para o participante.⁸

O uso de simuladores para o ensino apresenta-se como importante estratégia para ajudar o aluno no desenvolvimento das aptidões necessárias. A atuação nos ambientes de atendimento à saúde requer dos profissionais o desenvolvimento de suas habilidades, pois, além do conhecimento relacionado à temática específica, há também a necessidade de desenvolver o trabalho em equipe, apresentar uma postura adequada e ser proativo.⁹

Nos últimos dez anos, os avanços tecnológicos relacionados ao desenvolvimento de manequins¹⁰ e programas de computadores¹¹ possibilitaram o aperfeiçoamento da medicina baseada em simulação. Em consequência disso, a simulação tem sido usada como

estratégia facilitadora do aprendizado entre os profissionais de saúde, de forma a melhorar as habilidades com vistas a diminuir complicações para o paciente decorrentes de intervenções ou tratamentos inadequados.¹⁰⁻²

A simulação no ensino das competências clínicas, com foco nas habilidades psicomotoras, cognitivas, interpessoais e ético-legais, é precedida por algumas fases, dentre as quais, a primeira delas requer o desenvolvimento de um cenário.¹³ A descrição deste cenário deve ser realizada de acordo com um objetivo e deve facilitar a obtenção de resultados positivos no processo de aprendizagem.⁹⁻¹⁴

Destaca-se a importância do cenário dentro da simulação clínica: este deve ser planejado e construído de modo a fornecer a estrutura necessária para a aquisição dos objetivos esperados para a aprendizagem e deve proporcionar aos participantes uma percepção, a mais próxima possível, dos sentimentos e emoções que os mesmos podem vivenciar no ambiente clínico.⁹⁻¹⁴ Nesse sentido, vale ressaltar que este estudo é parte do projeto de doutorado intitulado: “O saber e o fazer de enfermeiros no cuidado à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea”, que vem sendo desenvolvido com o objetivo de verificar o saber e o fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos às pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas antes e depois de um curso de capacitação e, dessa forma, contribuir para a qualificação das práticas relacionadas aos cuidados paliativos nessa população.

Entende-se, neste trabalho, que o simulador é uma estratégia de ensino-aprendizagem em que o participante da pesquisa poderá, por meio da anamnese e exame físico, avaliar as feridas tumorais malignas cutâneas, proceder aos curativos, bem como elencar diagnósticos de enfermagem, estabelecer resultados esperados e propor intervenções para a sua resolução. Com isso, ampliar sua estrutura cognitiva, por meio da interação de conhecimentos prévios e novos, de forma a gerar novos sentidos e significados para a sua vida profissional e pessoal.

OBJETIVO

Investigar o saber e o fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea.

MÉTODO

Estudo intervencionista, do tipo *before and after*, de natureza quantiquantitativa, sobre o uso de simuladores desenvolvidos em um projeto de doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, na linha de pesquisa Fundamentos teórico-filosóficos do cuidar em Enfermagem e Saúde, cujo delineamento metodológico é do tipo intervencionista *before and after* e de natureza quantiquantitativa.

Os participantes da pesquisa eram enfermeiros de um hospital filantrópico que atende pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas em regime de cuidados paliativos.

O projeto apresentou quatro etapas: a primeira destinou-se à coleta de informações por meio de um instrumento contendo itens acerca do saber e do fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos às pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas; na segunda, foi realizado um curso de capacitação com carga horária de 25 horas, divididas em cinco encontros, onde foram ministradas aulas teóricas e práticas com simuladores de feridas tumorais malignas cutâneas; a terceira etapa aconteceu no final do curso de capacitação (intervenção educativa), quando foram colhidas novamente as informações com o mesmo

instrumento e, por último, foram realizadas entrevistas, com roteiro semiestruturado, a fim de verificar a importância do curso de capacitação para a vida profissional e pessoal dos participantes da pesquisa.

O curso de capacitação foi realizado no Centro de Estudos do referido hospital. As inscrições para a participação no curso aconteceram um mês antes da intervenção educativa, que ocorreu durante os meses de agosto e setembro de 2017, onde os participantes tiveram acesso à ementa, cronograma de atividades e material impresso gratuito. O curso se baseou nos pressupostos do referencial teórico de David Ausubel¹⁵ e teve aulas práticas com simuladores de feridas tumorais malignas cutâneas construídos pelas próprias pesquisadoras.

Os materiais utilizados para a construção dos simuladores de feridas tumorais malignas cutâneas foram: manequins seminovos, papel toalha, papel higiênico, cola, tinta guache e pincel. As modelagens das feridas tumorais malignas cutâneas foram construídas por meio da visualização de ilustrações de pacientes com esses tipos de lesões que estavam inseridas em estudos clínicos publicados em periódicos indexados no Portal de Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Na implementação do curso de capacitação, foram adotados os seguintes procedimentos metodológicos: apresentação do assunto-aula; sondagem diagnóstica; exposição dialogada; síntese do assunto; leitura e discussão de textos; depoimento de pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas; demonstração de técnica de avaliação e tratamento de feridas tumorais. Para recursos materiais, foram necessários: *datashow*; textos; guias impressos de diretrizes de avaliação e intervenções básicas e específicas para feridas tumorais malignas cutâneas; material para curativos e simuladores.

Os simuladores foram utilizados como estratégia de estudo e prática clínica entre os grupos que se formaram no momento da avaliação. Cabe ressaltar que os simuladores foram expostos em estande do Grupo de Estudos e Pesquisas em Tratamento de Feridas da Universidade Federal da Paraíba (GEPEFE/UFPB) durante o 19º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem (SENPE), que ocorreu em João Pessoa/PB, em maio de 2017, e foram patenteados pela Universidade Federal de Campina Grande como ‘processo e material para moldagem e simulação de feridas, fístulas e estomias’.

Os participantes foram esclarecidos sobre a pesquisa e a participação se deu depois do aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando sua livre participação. A confidencialidade e o sigilo das informações e dos participantes foram resguardados e os mesmos tiveram os nomes codificados. Para a realização desta pesquisa, foram observadas todas as diretrizes estabelecidas pela Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. A proposta foi submetida à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CEP/CCS/UFPB) e obteve Parecer favorável nº 031/17, CAAE nº 64122116.1.0000.5188.

Figuras 1 e 2 - Ferida vegetante mamária estadiamento 4 e seu respectivo simulador



Fonte da Figura 1: Leite AC¹⁶, 2005



Fonte da Figura 2: Arquivo das autoras

Figuras 3 e 4 - Ferida vegetante (maior) em região dorsal com estadiamento 4 e seu respectivo simulador



Fonte da Figura 3: Leite AC¹⁶, 2005



Fonte da Figura 4: Arquivo das autoras

Figuras 5 e 6 - Ferida tumoral maligna cutânea em mama, tórax e lateral de tórax estadiamento 3 e 4 e seu respectivo simulador



Fonte da Figura 5: Collado AR¹⁷, 2012



Fonte da Figura 6: Arquivo das autoras

Figuras 7 e 8 - Ferida vegetante em região sacral estadiamento 4 e seu respectivo simulador.



Fonte da Figura 7: Collado AR¹⁷, 2012



Fonte da Figura 8: Arquivo das autoras

RESULTADOS

Este estudo ampliou a compreensão sobre as práticas de educação permanente desenvolvidas no contexto dos cuidados paliativos pelo Centro de Estudos do referido hospital, conhecendo a realidade dos espaços destinados à educação, além das potencialidades e fragilidades desse processo. Isso contribuiu para a ampliação do olhar crítico para a realidade clínico-assistencial e técnico-pedagógica da instituição *locus* da pesquisa e seus resultados contribuíram para preencher as lacunas de conhecimentos científicos atualmente existentes, cuja evidência se encontra na escassez de publicações que envolvem esse contexto.

Além disso, o valor das peças é muito acessível e torna possível o uso desse tipo de simulação em outras realidades em que há escassez de recursos financeiros, de modo a contribuir para o ensino desse e de outros tipos de lesões. Assim, acredita-se que esta proposta de pesquisa poderá contribuir para o enriquecimento da produção científica, inspirar novas práticas educativas na atenção terciária em saúde, qualificar a atenção às pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas e fortalecer a atuação da Enfermagem nesse contexto.

AGRADECIMENTOS

Aos profissionais que participaram da pesquisa e à Coordenação de Enfermagem do Hospital Napoleão Laureano, João Pessoa/PB e a Fábila Letícia Martins de Andrade, pela confecção dos moldes e pintura das feridas vegetantes.

REFERÊNCIAS

1. Maida V, Alexander S, Case AA, Fakhræi P. Malignant wound management. Public Health Emerg [Internet]. 2016 June [cited 2017 Feb 10];1:12. Available from: <http://jphe.amegroups.com/index>
2. Tilley C, Lipson J, Ramos M. Palliative wound care for malignant fungating wounds: holistic considerations at end-of-life. Nurs Clin North Am [Internet] 2016 Sep [cited 2017 Feb 10];51(3):513-31. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27497023>
3. Beh SY, Leow LC. Fungating breast cancer and other malignant wounds: epidemiology, assessment and management. Expert Rev Qual Life Cancer Care [Internet] 2016 Mar [cited 2017 Feb 10];1(2):137-44. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/23809000.2016.1162660>
4. Lo SF, Hayter M, Hu MY, Tai CY, Hsu MY, Li YF. Symptom burden and quality of life in patients with malignant fungating wounds. J Advan Nurs [Internet] 2012 June [cited 2017 Feb 10];68(6):1312-21. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22043819>
5. Probst S, Arber A, Faithfull S. Malignant fungating wounds: the meaning of living in an unbounded body. Eur J Oncol Nurs [Internet] 2013 Feb [cited 2017 Nov 10];17(1):38-45. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22459257>
6. Probst S, Grocott P, Graham T, Gethin G. Recommendations for the care of patients with malignant fungating wounds. London: European Oncology Nursing Society; 2015. Available from: <https://www.cancernurse.eu/documents/EONSMalignantFungatingWounds.pdf>
7. Costa RRO, Medeiros SM, Martins JCA, Menezes RMP, Araújo MS. O uso da simulação no contexto da educação e formação em saúde e enfermagem: uma reflexão acadêmica. Rev Espaço Saúde [Internet] 2015 Jan/Mar [cited 2017 Feb 10];16(1):59-65. Available from: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/issue/view/1047>
8. Teixeira CRS, Kusumota L, Braga FTMM, Gaioso VP, Santos CB, Silva VLS, et al. O uso de simuladores no ensino de avaliação clínica em enfermagem. Texto contexto-enferm

[Internet] 2011 [cited 2017 Feb 10];20(Esp):187-93. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea24.pdf>

9. Mota FA, Scalabrini Neto A. O uso da técnica de simulação no processo seletivo de profissionais de enfermagem. J Nurs UFPE on line [Internet] 2012 Sept [cited 2014 Oct 23];6(9):2324-7. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/3001>

10. Martins JCA, Mazzo A, Baptista RCN, Coutinho VRD, Godoy S, Mendes IAC, et al. A experiência simulada no ensino de enfermagem: retrospectiva histórica. Acta Paul Enferm [Internet] 2012 [cite 2017 Feb 10];25(4):619-25. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v25n4/22.pdf>

11. Costa JGF, Aguiar ARC, Araújo ALLS, Basílio ABS, Costa RRO, Melo PD, et al. Práticas contemporâneas do ensino em saúde: reflexões sobre a implantação de um centro de simulação em uma universidade privada. Rev Bras Pesq Saúde [Internet] 2013 Jul/Sept [cited 2017 Feb 10];15(3):85-90. Available from: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/6330/4664>

12. Baptista RCN, Martins JCA, Pereira MFCR, Mazzo A. Simulação de alta-fidelidade no curso de enfermagem: ganhos percebidos pelos alunos. Rev Enf Ref [Internet] 2014 Feb/Mar [cited 2017 Feb 10];1:135-44. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlVn1/serlVn1a15.pdf>

13. Oliveira SN, Prado ML, Kempfer SS. Utilização da simulação no ensino em enfermagem: revisão integrativa. REME rev min enferm [Internet] 2014 Apr/June [cited 2017 Feb 10];18(2):487-95. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/941>

14. Teixeira INDO, Felix JVC. Simulação como estratégia de ensino e aprendizagem: revisão de literatura. Interface comun saúde educ [Internet] 2011 Sept [cited 2017 Feb 10];15(39):1173-84. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n39/aop3011.pdf>

15. Ausubel D. Aquisição e retenção de conhecimento: uma perspectiva cognitiva. Lisboa: Plátano Edições Técnicas; 2000.

16. Leite AC. Feridas tumorais: cuidados de enfermagem. Rev Cient Hosp C Exer [Internet] 2010 [cite 2017 Feb 10];2:36-40. Available from: <http://docplayer.com.br/14925824-Feridas-tumorais-cuidados-de-enfermagem.pdf>

17. Collado AR. Cuidados domiciliários de enfermeira a uma mujer com uma herida neoplásica em el ámbito de la atención primaria de la salud. Enferm Clin [Internet] 2012 Mar/Apr [cited 2017 Feb 10];22(2):100-4. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/ghl/resource/en/ibc-105187>

APÊNDICE M –

**Formulário para a avaliação, tratamento e acompanhamento da pessoa com lesões em
decorrência do câncer e do tratamento antineoplásico**

Data: ____/____/____

Setor: _____ N° Prontuário: _____

Nome: _____ Apelido: _____

Data de nascimento: _____ Religião: _____

Cuidador principal: _____ Contato: _____

1ª avaliação: () sim () não

História da ferida: () CA primário () Metástase () Recidiva () Cirurgia () RT () QT () UTK

Tipo do câncer: _____ Estadiamento: _____

Comorbidades: _____ Alergias: _____

Estado nutricional: _____

Localização da lesão: _____

Tamanho da lesão: _____

Estadiamento: () 1 () 1N () 2 () 3 () 4

Morfologia: () nodular () ulcerada () cavitária () vegetante

Intensidade do odor: () nenhum () grau I () grau II () grau III

Quantidade de exsudato: () nenhum () escasso () pouco () moderado () intenso

Tipo de exsudato: () seroso () serohemático () hemático () purulento

Intensidade do sangramento: () nenhum () leve () moderado () intenso

Intensidade da dor: () nenhuma () leve () moderada () intensa () excruciante

Prurido: () nenhum () leve () moderado () intenso / Local: () ferida () borda () perilesão

Sinais de infecção: () sim () não / Flictenas: () sim () não

Presença de Miíases: () sim () não / Quantidade: _____

Tipo de tecido: () granulação () liquefação () coagulação () epiteliação () indeterminado

Fibrina: () sim () não

Biofilme: () sim () não – Observações: _____

Fístulas: () sim () não / Quantidade drenada: _____

Túneis: () sim () não / Quantidade drenada: _____

Solapamento: () sim () não / Tamanho e localização: _____

Candidíase: () sim () não

Ferida cirúrgica: () sim () não / Reconstrução: () sim () não / Complicações: _____

Otomias/ Estomias: () sim () não / Localização: _____

Borda e pele perilesional: () íntegra () macerada () descamativa () eritematosa () epibolia ()
outra: _____

Radiodermite: () sim () não – Graus: () I () II () III () IV

Mucosite: () sim () não – Graus: () I () II () III () IV

Extravasamento por quimioterápico ou reações cutâneas: () sim () não

Cultura da lesão: () sim () não – Resultado: _____

Acometimento ou invasão de órgãos-alvo: _____

Progressão ou mudança na forma da ferida: _____

Tratamento/produtos/medicamentos: _____

Avaliação social, psíquica, espiritual e econômica: _____

Diagnósticos de Enfermagem / Planejamento Assistencial:

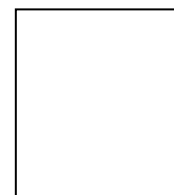
Necessidades educacionais do paciente, familiar ou cuidador quanto aos cuidados com a ferida: _____

Orientações com vestuário: _____

Orientações para medidas de conforto: _____

Evolução de Enfermagem:

Registro fotográfico (desenho, no caso da ausência da fotografia).



Autorização de registro fotográfico: _____

Enfermeiro responsável: _____ **COREN/PB** _____



Sabemos que quem cuida não salva

e nem abandona — acompanha.

Somos parceiros existenciais de quem

Nos propomos acompanhar.

Tavares

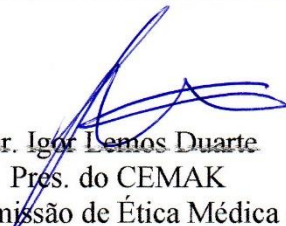
ANEXO A – Termo de Anuência do Hospital Napoleão Laureano

Centro de Estudos Mário Kröeff

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL/CARTA DE ANUÊNCIA

Avaliamos o Projeto de Pesquisa “**O SABER E O FAZER DOS ENFERMEIROS NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM FERIDAS TUMORAIS MALIGNAS CUTÂNEAS**”, e, em nossa avaliação, o Hospital Napoleão Laureano poderá participar como instituição colaboradora do referido projeto. Ressaltamos ainda, que é da responsabilidade do pesquisador todo e qualquer procedimento metodológico, bem como o cumprimento da Resolução 466/12, sendo necessário após a conclusão da pesquisa o encaminhamento de uma cópia para a instituição.

João Pessoa, 21 de dezembro de 2016.


Dr. Igor Lemos Duarte
Pres. do CEMAK
Pres. da Comissão de Ética Médica do HNL

Check em 21/12/2016


Hospital Napoleão Laureano
Ivo Sérgio Borges da Fonseca
Diretor Geral

ANEXO B – Certidão de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 1ª Reunião realizada no dia 09/02/2017, o Projeto de pesquisa intitulado: **“O SABER E O FAZER DE ENFERMEIROS NO CUIDADO COM PESSOAS COM FERIDAS TUMORAIS MALIGNAS CUTÂNEAS”**, da pesquisadora Glenda Agra. Prot. nº 031/17. CAAE: 64122116.1.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do relatório final do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Andrea Márcia da C. Lima
Mat. SIAPE 1117510
Secretária do CEP-CCS-UFPB

ANEXO C –

Formulário de controle de curativos descartáveis do Hospital Napoleão Laureano



CONTROLE DE CURATIVOS DESCARTÁVEIS

IDENTIFICAÇÃO/SETOR: _____		Data: ____/____/____ APATº _____	
NOME: _____		Enfermaria: _____ Leito: _____	
CURATIVOS	TIPO DE FERIDA	DESCRIÇÃO DA FERIDA	
() Ultec Pro	() UPP Região: Gráu	COR: () Rósea () Amarela () Preta / Neca	
() Ultec Pro Sacral	() Cirúrgica () Infectada () Deiscência	ODOR: () Nenhum () Discreto () Moderado ()	
() Permafoam	() Crônica / Tumoral	EXSUDATO	
() Silver Coat	() Dermatite Periestomal () Hiperemia () Prurido () Inflamação	Quantidade: () Nenhum () Pouco () Moderado () Abundante	Aspecto: () Seroso () Serosanguíneo () Sanguinolento () Purulento
() Silver IV	() Radiodermite () Seca () Úmida		
() Membracel	UPP		
() Alginato cálcio placa	ESTÁGIO DA FERIDA DE ACORDO COM A PROFUNDIDADE		
() Alginato cálcio fita	Estágio I	Avermelhado em pele íntegra	
() Kelix	Estágio II	Bolhas/lesão de pequena espessura (epiderme e derme)	
() Gaze de Rayon	Estágio III	Lesão total abrangendo o subcutâneo	
() Melolim	Estágio IV	Lesão Total da pele envolvendo músculos, tendões e/ ou	
GÊIS / PÓ	DESCARTÁVEIS / QUANTIDADE DE MATERIAIS		
() Vheragel	Luva Estéril: () nº 7.0 () nº 7,5 () nº 8.0	Gaze () SF 0,9% () AD ()	Filme transparente () Askina () Micropore () Lâmina Bisturi ()
() Hidrogel com Alginato - Curatec	() Luva de procedimento	Seringa de 20 CC ()	Agulha 40 x 12 () Atadura ()
() Rd Care gel	FREQUÊNCIA DOS CURATIVOS		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
() Pó Adapt	Diário: () 1 x ao dia () 2 x ao dia () Várias vezes ao dia () Quantidade A cada ____ dias LOCALIZAÇÃO DA FERIDA;		_____
LIMPEZA			_____
() Clorexidina Degermante			_____
() Gingasept			_____
() Sol.fisiológica a 0,9%			_____
() Água destilada			_____
() Prontosan solução			_____
PROTEÇÃO			_____
() Cavilon Spray			_____
() Cavilon creme			_____
() AGE			Assinatura - COREN

ANEXO D -

Formulário de evolução de enfermagem do Hospital Napoleão Laureano



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – CE

1) PACIENTE: _____		ENF. _____	LEITO _____	DATA ____/____/____
DIAGNÓSTICO: _____				
TRATAMENTO: () CIRÚRGICO () QUIMIOTERÁPICO () RADIOTERÁPICO () CLÍNICO				
DIA: _____		HAS	SIM () NÃO ()	DM SIM () NÃO ()
ALERGIAS: _____				
MEDICAÇÕES EM USO: _____				
2) DIAS:				
() INTERNAÇÃO	() SNG	() SNE	() HVP () HVC	() C.T. IMPLANTADO
() DISSECÇÃO VENOSA	() DRENO TORAX	() DRENO SUCCÃO	() DRENO DE PENROSE	() OXIGENOTERAPIA
() GASTROSTOMIA	() JEJUNOSTOMIA	() CISTOSTOMIA	() TRAQUEOSTOMIA	() ILEOSTOMIA
() COLOSTOMIA	() IRRIGAÇÃO CONTÍNUA	() SVF	() ILEOSTOMIA	
3) FUNÇÃO NEUROLÓGICA:				
() CONSCIENTE () ORIENTADO () COOPERATIVO () AGITADO () NARCOSE ANESTÉSICA				
() DESORIENTADO () LETÁRGICO () TORPOROSO () COMATOSO				
4) FUNÇÃO RESPIRATÓRIA:				
() EUPNEÍCO () DISPNEÍCO () BRADIPNEÍCO () TAQUIPNEÍCO () TOSSE () ESPONTÂNEA () HEMOPTISE				
5) DÉFICIT MOTOR:				
() S/DÉFICIT MOTOR () HEMIPLEGIA () PARESTESIA () PARESIA () AMPUTAÇÃO () PRÓTESE				
6) ABDOME:				
() PLANO () FLÁCIDO () GLOBOSO () DISTENDIDO () TENSO () RHA +/- () TIMPÂNICO				
() ÁLGICO A PALPAÇÃO () ASCITE				
7) GÊNITO URINÁRIO:				
() CLARA () HEMATÚRIA () OLIGÚRIA () CONCENTRADA () ESPONTÂNEA () POLACTÚRIA				
() COLÚRIA () DISÚRIA () POLIÚRIA () PIÚRIA				
8) FUNÇÃO INTESTINAL:				
() PRESENTE () AUSENTE () DIARRÉIA () CONSTIPADO () MELENA				
9) CURATIVO:				
() LIMPO () SECRETIVO () OCLUSO () ABERTO () HEMÁTICO () EXSUDATIVO				
10) ÚLCERA PRESSÃO:				
() SIM () NÃO () ESTÁGIO TRATAMENTO: _____				
11) EXAMES SOLICITADOS:				
() RX () LABORATORIAIS () ECG () EDA () USG () TOMOGRAFIA () RESSONÂNCIA				
() HEMOCULTURA () SWAB () COLONOSCOPIA () CULTURA: _____				
() OUTROS: _____				

Enfermeira (o): _____ COREN: _____

ANEXO E – Lista de coberturas padronizadas pelo Hospital Napoleão Laureano

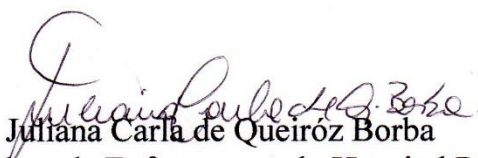
HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO COMISSÃO DE PELE PROGRAMAÇÃO DE COBERTURAS	
COBERTURA/ PRODUTO	DESCRIÇÃO
Ultec Pro	Hidrocoloide com alginato de cálcio, confeccionado com gelatina, pectina, carboximetilcelulose sódica e espuma de poliuretano. Indicado para feridas limpas, com pouco ou médio exsudato, queimaduras de segundo grau e prevenção de úlceras de pressão. Pode permanecer no leito da ferida por até 6 dias ou conforme indicação médica; fácil aplicação e remoção, não causando trauma ao paciente; seu uso favorece o desbridamento; diminui o odor e promove um ambiente úmido propício à cicatrização e à redução de exsudato.
Ultec Pro sacral	Idem acima. Cobertura em forma de sacral.
Permafoam	Espuma com camada superior em poliuretano permeável ao vapor de água; forte efeito capilar da estrutura hidrófila de poros especial que promove o rápido transporte do exsudado da ferida e assegura um ambiente úmido equilibrado; germes e resíduos celulares são retidos em segurança, mesmo sob compressão; suave e agradável, com boas propriedades de almofadamento; disponível em diferentes tamanhos e formatos.
Silver Coat	É um curativo estéril composto por nylon impregnado com prata, flexível, “stretch” (esticável) e não aderente. Pode ser utilizado em contato direto com a ferida, onde desenvolve uma potente ação antimicrobiana, sendo capaz de combater os micro-organismos presentes no leito da ferida, assim como prevenir que uma ferida limpa fique infectada.
Silver IV	É uma cobertura estéril, composto por alginato de cálcio, carboximetilcelulose e um complexo de prata iônica. Indicada para prevenção e tratamento de infecção em feridas exsudativas agudas ou crônicas. Apresenta poder antimicrobiano contínuo, alta capacidade de absorção, resistente quando saturado, remoção sem trauma e ação hemostática.
Membracel	Membrana de celulose cristalina capaz de substituir temporariamente a pele. Curativo biocompatível, inerte, isento de adesivos, atóxico, com textura extremamente fina e com alta resistência no estado úmido. Devido às suas características, não se faz necessária a troca diária do produto, evitando possíveis traumas, promovendo o desenvolvimento do tecido de granulação, reduzindo a dor através do isolamento das terminações nervosas e acelerando o processo cicatricial. Indicada para alívio imediato da dor; rápida regeneração da pele, acelerando a cicatrização; permite trocas gasosas e drenagem do exsudato; não deixa resíduos; não causa alergia em contato com a pele; mantém a área da lesão úmida; possibilita a visualização da lesão e o controle da evolução do processo cicatricial.
Alginato de cálcio	Curativo estéril, constituído por polímero natural de alginato de cálcio e sódio, composto por unidades monoméricas de ácido α -L-gulurônico e

	ácido β -D-manurônico, embalado em envelope grau cirúrgico. Quando em contato com o exsudato forma um gel hidrofílico e não aderente que proporciona um meio úmido sobre a superfície da ferida, promovendo o desbridamento autolítico e absorvendo o excesso de exsudato, permitindo a remoção sem trauma, com pequeno ou nenhum dano para o tecido recém-formado criando, desse modo, um meio adequado para o processo de cicatrização. Além disso, os alginatos de cálcio não são tóxicos e nem alergênicos e são totalmente biodegradáveis, com pouca ou nenhuma reação tissular. É indicado para feridas secas não infectadas, necrose ou esfacelo; feridas com tecido de granulação; úlceras; queimaduras de 2º grau de pequenas extensões; feridas com perda parcial de tecidos e áreas pós-trauma.
Kerlix	Kerlix é impregnado com polioximetileno biguanida, um antisséptico poderoso, mas também seguro, que tem uma ampla gama de eficácia contra micro-organismos gram positivos e gram negativos, incluindo algumas cepas resistentes a vários fármacos, como MRSA. Além desses recursos antimicrobianos, a gaze Kerlix oferece rápida ação de absorção, aeração superior e excelente absorção.
Gaze de Rayon	Compressa de Gaze de Rayon é um produto a base de Ácidos Graxos Essenciais, lecitina de soja, óleo de copaíba, óleo de melaleuca, Triglicerídeos de Cadeia Média, vitamina A e vitamina E, que nutrem, hidratam e revitalizam a pele lesionada. A Gaze de Rayon é utilizada para revitalizar a pele, auxiliar na cicatrização de feridas e queimaduras de 1º e 2º grau, prevenir escaras e tratar a pele ostomizada. A Gaze de Rayon com óleo AGE estimula a formação de um novo tecido, acelerando o processo de cicatrização.
Melolin	Película perfurada de baixa aderência. Permite a rápida drenagem do exsudado da ferida, minimizando a aderência, reduzindo o trauma ao mudar de penso. Penso de algodão / poliéster de elevada absorção. Proporciona uma excelente absorção. Almofadado e protege a ferida de outras lesões. Adequado para pós-operatórios e traumatismos comuns, em especial para feridas limpas e suturas; abrasões e lacerações e queimaduras menores.
Verhagel	Gel hidrofílico desbridante indicado para tratamento de feridas e queimaduras. À base de Aloe vera, colágeno, alginato de cálcio e sódio, glicerina e água. O produto desbrida, limpa e auxilia na granulação tecidual. Pode ser aplicado nas feridas em geral e inclusive naquelas de pacientes com doenças associadas, tais como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, anemia falciforme, pois favorece o tratamento das feridas mesmo diante de patologias que dificultam a cicatrização.
Pielsana	Pielsana óleo dermoprotetor é um produto a base de Ácidos Graxos Essenciais, lecitina de soja, óleo de copaíba, óleo de melaleuca, TCM (Triglicerídeos de Cadeia Média), Vitamina A e Vitamina E que hidrata e revitaliza a pele. Previne e trata feridas agudas e crônicas, mesmo com perda de tecido superficial ou total. Pielsana mantém o equilíbrio hídrico natural da pele, melhorando a elasticidade dérmica. Produto indicado para hidratar e manter a integridade da pele. Prevenção de lesões por pressão. Feridas agudas, crônicas e com perda de tecido. Queimaduras de 1º e 2º

	graus. Dermatite amoniacal (assaduras), perigastrotomias e perilesões, traqueostomias e drenos.
Hidrogel com alginato	Hidrogel com alginato é um curativo em forma de gel transparente, viscoso que hidrata os tecidos necróticos secos. Hidrogel com alginato promove o desbridamento autolítico e prepara o leito da ferida para uma melhor cicatrização.
Rd Care gel	Gel hidratante é um produto dermatologicamente testado, ideal para a prevenção de reações de pele decorrentes de tratamentos radioterápicos que sugerem o uso de um hidratante com formulação adequada para necessidades de pele específicas.
Pó adapt	Desenvolvido para absorver a umidade ao redor da pele periestomal. Protege a pele criando uma camada protetora que controla o nível do exsudato.
Gigasept	É um sabonete antisséptico de uso clínico ou residencial formulado com polihexanida (PHMB). Eficaz microbiocida utilizado no controle de ocorrências cutâneas e com baixas reações alérgicas e irritações. Indicado para assepsia tópica em procedimentos dermatológicos e rotinas de higienização.
Prontosan	Gel à base de betaína, polihexanida, glicerol, água e hidroxietilcelulose, usada para limpeza e hidratação de feridas crônicas. Não inibe o processo de epitelização, rápida absorção dos odores da ferida.
Cavilon	Solução líquida em spray ou creme que forma uma barreira duradoura transparente contra umidade, urina e fezes. Sua aplicação é fácil e rápida, ele não transfere para fraldas e permite que a pele respire. Além disso, você não precisa reaplicar após o banho ou a cada higienização íntima.
AGE	Óleo à base de ácido linoleico, cáprico, caprílico, caproico, láurico, lecitina, Vitamina A, Vitamina E. Estimula processo inflamatório, angiogênese, migração e proliferação celular, aumentando a resistência da pele. Indicado para prevenção e tratamento de dermatites, lesões por pressão, venosa e neurotrófica, tratamento de úlceras abertas com ou sem infecção.
Clorexidina degermante	Solução indicada como antisséptico tópico.

ANEXO F –

Declarações dos hospitais onde se realizaram as contribuições sociais da pesquisa

	HOSPITAL PADRE ZÉ - Instituição Mantenedora: INSTITUTO SÃO JOSÉ - Av. Desembargador Botto de Menezes, 657 – Tambiá CEP 58020-670 João Pessoa Paraíba CNPJ: 08.667.206/0001-81 Fone: 3041.8400 Fax: 3041-8430 hospitalpadreze@zipmail.com.br
João Pessoa, 05 de Setembro de 2017	
DECLARAÇÃO	
Declaro para os devidos fins que a Professora Glenda Agra, realizou o Mini Curso sobre Cuidados de Enfermagem à Pessoas com Feridas Tumerais Malignas Cutâneas, nesta Instituição com carga horária de 04 horas.	
Sem mais,	
 Juliana Carla de Queiróz Borba Coordenadora de Enfermagem do Hospital Padre Zé	



INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA

Declaração

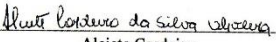
Declaro para os devidos fins, que **GLENDA AGRA** participou como palestrante na **CAPACITAÇÃO CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM FERIDA TUMORAL MALIGNA CUTÂNEA**, realizado no **HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO**, no dia 06 de Setembro de 2017 com carga horária de 3h.

João Pessoa, 06 de Setembro de 2017

Giuliana Carla Marçal Lourenço
Coord. de Enfermagem
COREN-PB 315611

Giuliana Carla Marçal Lourenço
COORD. DE ENFERMAGEM
COREN-PB 315611



	HOSPITAL DE CÂNCER DE PERNAMBUCO	
CERTIFICADO		
Certificamos que Glenda Agra ministrou o curso “Cuidados de enfermagem à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea”, realizado no Hospital de Câncer de Pernambuco, no dia 11 de Setembro de 2017, com carga horária total de 3 horas.		
<i>Recife, 11 de setembro de 2017</i>		
 Elayne Heide Melo Enfermeira Supervisora de Educação Continuada do Hospital de Câncer de Pernambuco	 Alciete Cordeiro Gerente de Enfermagem do Hospital de Câncer de Pernambuco	 Dr. Fábio Costa Malta Superintendente Técnico do Hospital de Câncer de Pernambuco



CERTIFICADO

A Fundação Assistencial da Paraíba – FAP certifica que a

Profª Glenda Agra

ministrou o curso

**“CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM FERIDA
TUMORAL MALIGNA CUTÂNEA”**

(no dia 13 de setembro de 2017, no Auditório do Centro de Cancerologia da FAP, em Campina Grande –PB

Com carga horária de 4 horas).

PROFº HELDER MACEDO RODRIGUES

Presidente da FAP.



CERTIFICADO

A Fundação Assistencial da Paraíba – FAP certifica que a

Profª Glenda Agra

ministrou o curso

**“CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM FERIDA
TUMORAL MALIGNA CUTÂNEA”**

(no dia 14 de setembro de 2017, no Auditório do Centro de Cancerologia da FAP, em Campina Grande –PB

Com carga horária de 4 horas).

PROFº HELDER MACEDO RODRIGUES

Presidente da FAP.

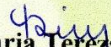


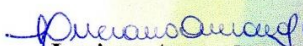
DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que a professora Glenda Agra ministrou para técnicos de enfermagem deste hospital, um minicurso intitulado “Cuidados de enfermagem à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea”, o qual faz parte de sua Tese de Doutorado, as aulas aconteceram nos dias 20 e 25 de setembro de 2017, com carga horária de 05:00 (cinco) horas diárias.

Para maior clareza, firmamos a presente declaração.

João Pessoa, 10 de outubro de 2017.


Dra. Maria Tereza Lira B. Gama
Diretora Geral do HNL


Luciana Arnaud Assis
Coord. De Enfermagem

HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO
Luciana Arnaud Assis
COREN: 108184/PB
Coordenadora de quimioterapia



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CAMPINA GRANDE

COORDENAÇÃO GERAL DE
ENFERMAGEM

NÚCLEO DE EDUCAÇÃO
PERMANENTE



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a professora Glenda Agra, SIAPE 1841058, lotada na Unidade Acadêmica de Enfermagem do Centro de Educação e Saúde, Cuité – PB, ministrou um minicurso intitulado **“Cuidados de Enfermagem à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea”**, o qual faz parte de sua Tese de Doutorado, para enfermeiros e técnicos de enfermagem deste hospital, no dia 26 de setembro de 2017, com carga horária de 3 horas.

Campina Grande, 27 de setembro de 2017

Paulo de Freitas Monteiro
Gerente de Ensino e Pesquisa
SIAPE 337006

Neuma M. Fernandes Sobreira Léda
Chefe da Divisão de Enfermagem
SIAPE 1541753



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMPLEXO HOSPITALAR DE DOENÇAS INFECTO-
CONTAGIOSAS - DR. CLEMENTINO FRAGA – C.H.C.F.



GOVERNO
DA PARAÍB

COMISSÃO DE PELE - CP

João Pessoa, 30 de Outubro de 2017.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a professora Glenda Agra ministrou um minicurso intitulado “**Cuidados de Enfermagem à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea**”, o qual faz parte de sua Tese de Doutorado, para Médico, Acadêmicos, Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, deste hospital no dia 04 de Outubro de 2017, com carga horária de 4 horas, cada.

Sem mais,


Irani Vitorino Correa de Toledo
Coordenadora da CP

Drª Irani Vitorino Correa de Toledo
Coordenadora Comissão de Pele-CHCF
Enfermeira Especialista
COREN-PB 35 496

Drª Irani Vitorino Correa de Toledo
Coordenadora Comissão de Pele-CHCF
Enfermeira Especialista
COREN-PB 35 496



C.H.C.F.: fazendo saúde pública com qualidade



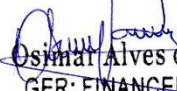
Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-Contagiosas - Dr. Clementino Fraga - C.N.P.J. 08.778.268/0005-94
Rua: Ester Borges Bastos, s/n - Jaguaribe – CEP. 58015-270 - João Pessoa/PB - Fone: 32185424 – Fax: 3218 5415



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que no dia 26 de setembro de 2017, a professora **Glenda Agra** ministrou o mini curso com carga horária de 3 horas no Hospital Residencial, O Título do Mini curso: **Cuidados de Enfermagem a pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas**, nesta instituição.

CNPJ 05.238.398/0001-12
NORDESTE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA
R. Silvio Almeida, Nº 510
Expedicionários-CEP 58041-020
João Pessoa-PB


Osimar Alves da Cruz
GER: FINANCEIRO
HOSPITAL RESIDENCIAL


Krys Formiga
Enfermeira Coordenadora do Home Care
Hospital Residencial
COREN/PB - 238455

João Pessoa, 02 de outubro de 2017.

Hospital Universitário Lauro Wanderley – Filial EBSERH - Campus I, S/N - Cidade Universitária - João Pessoa - PB CEP: 580521-900 .



CERTIFICADO

Certifico para os devidos fins que GLENDA AGRA participou do **Programa de Educação Permanente** na condição de **organizadora das palestras** realizado no período de novembro e dezembro de 2017 no Hospital Padre Zé.

João Pessoa - PB, 17 de dezembro de 2017

Thiago Lins da Costa Almeida

Thiago Lins da Costa Almeida

Coordenador da Unidade de Cuidados Paliativos - Hospital Padre Zé



CERTIFICADO

Certifico para os devidos fins que GLENDA AGRA idealizou os projetos PaliCão (com visitas mensais dos colaboradores OnCãoterapeutas) e PaliArte (com visitas mensais de colaboradores para realização de Práticas Integrativas e Complementares), ambos implementados na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital Padre Zé, desde dezembro de 2017 até os dias atuais.

João Pessoa - PB, 17 de fevereiro de 2018

Thiago Lins da Costa Almeida

Thiago Lins da Costa Almeida

Coordenador da Unidade de Cuidados Paliativos - Hospital Padre Zé



Núcleo Desenvolvimento Profissional
Educação Permanente HUOC

Certificamos que **GLENDA AGRA** ministrou curso no Hospital Universitário Oswaldo Cruz, com o tema **Cuidados paliativos à pessoa com ferida tumoral maligna cutânea**, em 19/04/ 2018, com a carga horária total de 5H.

Recife, 18 de abril de 2018


Márcia Andréa A. S. Mendonça

Coordenadora Educação Permanente HUOC

C.N.P.J HUOC: 11022597/0013-25

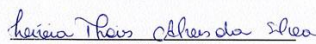


PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

CERTIFICADO

Certificamos para os devidos fins que a Sr(a) **Glenda Agra** ministrou o curso "**Cuidados Paliativos para Pessoas com Feridas Tumerais**" aos profissionais do Serviço de Atenção Domiciliar - SAD do Município de ao Pessoa, no dia 06 de junho de 2018, com carga horária de 05 (cinco) horas.

Livia Thais Alves da Silva
SAD / SMS-JP
Mat. 63.242-2


Livia Thais Alves da Silva
Coordenação do SAD



HOSPITAL PADRE ZÉ

- Instituição Mantenedora: INSTITUTO SÃO JOSÉ -

Av. Desembargador Botto de Menezes, 657 – Tambiá CEP 58020-670 João Pessoa Paraíba
CNPJ: 08.667.206/0001-81 Fone: 3041.8400 Fax: 3041-8430 hospitalpadreze@zipmail.com.br

CERTIFICADO

Declaro para os devidos fins que Glenda Agra, inscrita no RG 1648163 SSP/PB, CPF 996.749.554-53, Enfermeira (COREN-PB 126404) Professora da Universidade Federal de Campina Grande, *campus* Cuité (SIAPE 1841058) exerce atividades voluntárias no Hospital Padre Zé, situado na Av. Desembargador Botto de Menezes, nº657, Bairro Tambiá - João Pessoa – Pb, CEP 58020-670 e organizou o Curso de Capacitação “Cuidados integrativos e complementares destinados aos pacientes em cuidados paliativos”, que aconteceu no período de novembro de 2017 e abril de 2018, com carga horária de 20 horas. Os temas e os respectivos professores estão abaixo mencionados:

Minicursos, palestras e oficinas	Professores/Mediadores
Como eu vejo os cuidados paliativos no Hospital Padre Zé	Enfª Dnd. Glenda Agra
A filosofia ocidental na prática oriental para a assistência às pessoas em cuidados paliativos	Ed. Físico Esp. Ansélio D’Castilho
Arteterapia: um momento de ação e reflexão	Enfª Fábíia Letícia Martins de Andrade
A arte de encadernar: um momento de reflexão, ação e emoção	Enfª Fábíia Letícia Martins de Andrade
Conhecendo a si mesmo a partir das cartas das escolhas sagradas	Enfª Dnd. Glenda Agra
Terapia Comunitária Integrativa: ressignificando sentimentos e florescendo experiências	Enfª Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho
Bingo <i>Communicare</i> em cuidados paliativos	Enfª Dnd. Maria Andréa Fernandes

João Pessoa, 30 de abril de 2018


Izomil de Lima Correia
 Diretor Superintendente
 Hospital Padre Zé
 CPF: 008.260.494-00
 DIRETOR SUPERINTENDENTE
 HOSPITAL PADRE ZÉ



HOSPITAL PADRE ZÉ

- Instituição Mantenedora: INSTITUTO SÃO JOSÉ -

Av. Desembargador Botto de Menezes, 657 – Tambiá CEP 58020-670 João Pessoa Paraíba
CNPJ: 08.667.206/0001-81 Fone: 3041.8400 Fax: 3041-8430 hospitalpadreze@zipmail.com.br

CERTIFICADO

Declaro para os devidos fins que Glenda Agra, inscrita no RG 1648163 SSP/PB, CPF 996.749.554-53, Enfermeira (COREN-PB 126404) Professora da Universidade Federal de Campina Grande, *campus* Cuité (SIAPE 1841058) exerce atividades voluntárias no Hospital Padre Zé, situado na Av. Desembargador Botto de Menezes, nº657, Bairro Tambiá - João Pessoa – Pb, CEP 58020-670 e organizou o Curso de Capacitação “Cuidados paliativos voltados aos pacientes em processo de morte e morrer e luto”, que aconteceu no período de novembro de 2017 e maio de 2018, com carga horária de 20 horas. Os temas e os respectivos professores estão abaixo mencionados:

Minicursos e palestras	Professores
O lúdico e a terminalidade da criança: cuidado e finitude numa perspectiva do brincar	Enfº Mnd. Thalys Maynard Costa Ferreira
Nos braços de Morfeu: entendendo os opioides	Ft. Dr. Fernando de Sousa Oliveira
Luto e cuidados paliativos	Enfº Dnd. Maria Andréa Fernandes
Terapia nutricional para pacientes com câncer em cuidados paliativos	Nt. MsC. Ana Paula Mendonça Falcone
Compaixão e terminalidade: e se fosse com você?	Enfº Dnd. Glenda Agra
Sistematização da Assistência de Enfermagem em Cuidados Paliativos	Enfº Dnd. Mônica Ferreira de Vasconcelos
Aspectos éticos e bioéticos do cuidar em Enfermagem	Enfº Dra. Leila de Cássia Tavares da Fonseca

João Pessoa, 21 de maio de 2018


Izomil de Lima Correia
 Diretor Superintendente
 Hospital Padre Zé
 CPF: 008.260.494-00
 DIRETOR SUPERINTENDENTE
 HOSPITAL PADRE ZÉ



HOSPITAL PADRE ZÉ

- Instituição Mantenedora: INSTITUTO SÃO JOSÉ -

Av. Desembargador Botto de Menezes, 657 – Tambiá CEP 58020-670 João Pessoa Paraíba
CNPJ: 08.667.206/0001-81 Fone: 3041.8400 Fax: 3041-8430 hospitalpadreze@zipmail.com.br

CERTIFICADO

Declaro para os devidos fins que Glenda Agra, inscrita no RG 1648163 SSP/PB, CPF 996.749.554-53, Enfermeira (COREN-PB 126404) Professora da Universidade Federal de Campina Grande, *campus* Cuité (SIAPE 1841058) exerce atividades voluntárias no Hospital Padre Zé, situado na Av. Desembargador Botto de Menezes, nº657, Bairro Tambiá - João Pessoa – Pb, CEP 58020-670 e organizou o Curso de Capacitação “Cuidando da pele do paciente em cuidados paliativos”, que aconteceu no período de novembro de 2017 e fevereiro de 2018, com carga horária de 20 horas. Os temas e os respectivos professores estão abaixo mencionados:

Minicursos/Palestras	Professores
Para além da cura: cuidados paliativos às pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas	Enfª Dnd. Glenda Agra
Boas práticas realizadas para úlceras vasculogênicas	Enfª MsC. Brígida Karla Fonseca Anízio
Pé diabético: avaliação e tratamento	Enfª Dra. Lidiany Galdino Félix
Cuidados com a pele do idoso: um olhar sensível em relação ao ressecamento	Enfª Mnd. Ronny Anderson de Oliveira
Nutrição para pacientes com lesão por pressão	Nt. MsC. Ana Paula Mendonça Falcone
Beijinho doce: cuidados com a higiene oral	Enfª Esp. Ana Elisa C. Diniz
Incontinências urinárias e fecais: aprender para saber cuidar	Enfª Dnd. Iraktânia Vitorino Diniz

João Pessoa, 30 de março de 2018


Izomil de Lima Correia
 Diretor Superintendente do
 Hospital Padre Zé
 IZOMIL DE LIMA CORREIA
 CPF: 008.260.494-00
 DIRETOR SUPERINTENDENTE
 HOSPITAL PADRE ZÉ

ANEXO G –

Normas para publicação de periódicos

PARA PUBLICAR NO IPUBMED

ESCOPO

A tradução eficaz de conhecimentos adquiridos através de pesquisa biomédica para melhorar a saúde humana é uma prioridade global. Para este fim, Sociedade Médica Internacional tem o orgulho de apresentar a nova versão da revista Arquivos Internacionais de Medicina (IAM), uma revista de acesso aberto que publica artigos que abrangem todos os aspectos da ciência médica e prática clínica. Para facilitar a disseminação da pesquisa para uma audiência mundial e fornecer uma perspectiva global sobre medicina, IAM incentiva o envio de todas as regiões tanto países desenvolvidos com sistemas de saúde avançados ou países em desenvolvimento com desafios específicos de saúde. A revista pretende tornar-se uma referência valiosa para a publicação de alta qualidade, pesquisa original, artigos de revisão e relatos de casos, tanto para a educação médica e pesquisa médica. Como as comunidades que margeiam esta interface são grandes e diversificadas, o âmbito do IAM vai cobrir toda a amplitude da investigação translacional e clínica dentro de todos os discípulos de vida e ciências da saúde, que vão desde a ciência básica para a ciência clínica e de saúde pública / global. A revista também irá colocar uma alta prioridade na publicação rápida. A revista pretende publicar uma ampla gama de tipos de estudo de investigação, a partir de achados experimentais, análises críticas, inovações metodológicas e técnicas, e hipóteses para estudos epidemiológicos observacionais, ensaios clínicos, meta-análises e protocolos de estudo. Além disso, IAM publica comentários, opiniões, pontos de vista e que melhoram a acessibilidade e aplicabilidade dos resultados da investigação básica para profissionais de saúde, e promove uma melhor compreensão dos desafios clínicos para pesquisadores biomédicos.

CHECKLIST

Formatação	
	Espaçamento simples
	Fonte 12
	Usar itálico no lugar de sublinhado, exceto para URLs das referências
	Obs. Não especifica tipo da fonte, mas o artigo aceito foi enviado em Verdana
	Obs. Não especifica margens, mas o aceito foi enviado: Dir e esq 2,5 sup e inf 3 cm
Título	
	Título 40 caracteres
	Título com todas as palavras, exceto preposições, artigos e conjunções capitalizadas
	Estudos controlados randomizados ou meta-análises devem estar expressos no título
Autores	
	Devem estar na ordem: Nome, departamento, universidade, cidade, estado, país.
	Um dos autores deve ser designado como o autor correspondente
Resumo	
	Dividido em quatro seções: Título, introdução, métodos, resultados e conclusões
Introdução	
	Descrever claramente a justificativa para o estudo
	Terminar com as hipóteses, questões norteadoras ou objetivos.
Métodos	
	Descrever desenho do estudo e possíveis intervenções
	Quais os principais métodos utilizados.
	O que foi avaliado como desfecho primário.
	Expressar o período, quando apropriado.
	Expressar quantidade de participantes quando for o caso.
	Descrever testes estatísticos quando utilizados.
	Expressar qual a medida de erro para os cálculos (ex. IC=95%), quando necessário.
	Descrever principais limitações do estudo

	Especifique os programas de computador utilizados
Discussões	
	Começar com um breve resumo das principais conclusões
Conclusão	
	Fornecer uma interpretação geral dos resultados
	Recomendar pesquisas futuras
Referências	
	Estilo Vancouver
	Foram fornecidos URLs para as referências
	Mês de publicação pode ser omitido
Tabelas e figuras	
	Em arquivos separados
	Enviar gráficos em arquivo excel
	Tabelas devem estar em formato doc. (word)
	Enviar fotos ou imagens em JPG.

Obs.: A revista utiliza normas internacionais para referencias e formato de arquivos de figuras e tabelas disponibilizados em links nas instruções aos autores.

<http://imed.pub/ojs/index.php/iam/about/submissions#authorGuidelines>

Obs.: Antes de submeter certificar-se de adequar o trabalho à lista abaixo.

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE PREPARAÇÃO DO MANUSCRITO

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade do trabalho de acordo com todas as apresentações dos seguintes itens, e as submissões podem ser devolvidas aos autores que não aderirem a essas diretrizes.

- ✓ O trabalho não foi publicado anteriormente, nem foi anteriormente enviado para nenhuma outra revista (ou uma explicação foi fornecida Comentários ao Editor).
- ✓ O arquivo é formatado no OpenOffice, Microsoft Word, RTF ou formato de arquivo de documento do WordPerfect.
- ✓ Quando disponíveis, foram fornecidos URLs para as referências.
- ✓ O texto está em espaço simples; usa uma fonte de 12; emprega itálico ao invés de sublinhar (exceto em endereços URL); e com figuras e tabelas são colocados dentro do texto nos pontos apropriados, em vez de no final.
- ✓ O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na seção Sobre a Revista.

Obs. Durante a submissão existe local para upload de parecer do comitê de ética e outros documentos importantes.

- ✓ Se submeter a uma seção revisão por pares do jornal, seguir as instruções no sentido de assegurar uma avaliação cega (Basta clicar no link e seguir o caminho de como manter o anonimato em arquivos no word).

REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM – REBEN

Categorias de Manuscritos

Editorial – Texto sobre assunto de interesse para o momento histórico ou a produção do conhecimento veiculada a um determinado fascículo, com possível repercussão Enfermagem e Saúde. Pode conter até **duas (2) páginas**, incluindo até **duas referências**, quando houver.

Pesquisa – Estudo original e inédito, que contribui para agregar informação nova ou para corroborar o conhecimento disponível sobre objeto de investigação relacionado ao escopo da Enfermagem e Saúde. Estão incluídos nesta categoria os ensaios clínicos randomizados. Deve conter um máximo de **quinze (15) páginas**, incluindo resumos e **no máximo 50 referências**.

Revisão – Estudo que reúne, de forma ordenada, resultados de pesquisas a respeito de um tema específico, auxiliando na explicação e compreensão de diferenças encontradas entre estudos primários que investigam a mesma questão, e aprofundando o conhecimento sobre o objeto da investigação. Utiliza métodos sistemáticos e critérios explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, e para coletar e analisar dados dos estudos incluídos na revisão. Deve conter um máximo de **vinte (20) páginas**, incluindo resumos e **no máximo 50 referências**.

Reflexão – Formulação discursiva aprofundada, focalizando conceito ou constructo teórico da Enfermagem ou de área afim; ou discussão sobre um tema específico, estabelecendo analogias, apresentando e analisando diferentes pontos de vista, teóricos e/ou práticos. Deve conter um máximo de **dez (10) páginas**, incluindo resumos e **no máximo 10 referências**.

Relato de Experiência – Estudo em que se descreve uma situação da prática (ensino, assistência, pesquisa ou gestão/gerenciamento), as estratégias de intervenção e a avaliação de sua eficácia, de interesse para a atuação profissional. Deve conter um máximo de **dez (10) páginas**, incluindo resumos e **no máximo 10 referências**.

Resenha - de obra contemporânea, avaliada como sendo de interesse do público alvo da REBEn, deve conter no **máximo 2 páginas**, incluindo 2 referências, se houver;

Carta ao Editor - máximo **1 página**.

Resposta do autor - máximo 250 palavras

Preparo dos Manuscritos

Aspectos gerais

Recomendamos a utilização dos *guidelines* disponíveis no <http://www.equator-network.org/> para consolidação do manuscrito.

A **REBEn** adota o estilo *Vancouver*, disponível na URL <http://www.icmje.org/urm_main.html>.

Os manuscritos de todas as categorias aceitos para submissão à **REBEn** deverão ser preparados da seguinte forma:

Arquivo do *Microsoft® Office Word*, com configuração obrigatória das páginas em papel A4 (210x297mm) e margens de 2 cm em todos os lados, fonte *Times New Roman* tamanho 12, espaçamento de 1,5 pt entre linhas, parágrafos com recuo de 1,25 cm.

- O uso de negrito deve se restringir ao título e subtítulos do manuscrito.
- O itálico será aplicado somente para destacar termos ou expressões relevantes para o objeto do estudo.
- Nas citações de autores, *ipsis litteris*:

- Com até três linhas, usar aspas e inseri-las na sequência normal do texto;

- Nasquelas com mais de três linhas, destacá-las em novo parágrafo, sem aspas, fonte *Times New Roman* tamanho 11, espaçamento simples entre linhas e recuo de 3 cm da margem esquerda.
- No caso de fala de depoentes ou sujeitos de pesquisa, destacá-las em novo parágrafo, sem aspas, fonte Times New Roman tamanho 11, espaçamento simples entre linhas e recuo de 3 cm da margem esquerda.
- As citações de autores no texto devem ser numeradas de forma consecutiva, na ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto;
- Devem ser utilizados números arábicos, entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre o número da citação e a palavra anterior, e antecedendo a pontuação da frase ou parágrafo [Exemplo: cuidado⁽⁵⁾,].
- Quando se tratar de citações sequenciais, os números serão separados por um traço [Exemplo: cuidado⁽¹⁻⁵⁾]; quando intercaladas, separados por vírgula [Exemplo: cuidado^(1,3,5),].

Não devem ser usadas abreviaturas no título e subtítulos do manuscrito, no resumo, tabelas e figuras.

No texto, usar somente abreviações padronizadas. Na primeira citação, a abreviatura é apresentada entre parênteses, e os termos a que corresponde devem precedê-la.

As notas de rodapé deverão ser restritas ao mínimo indispensável.

Apêndices e anexos serão desconsiderados.

Estrutura do texto

Artigos de **Pesquisa** e de **Revisão** devem seguir a estrutura convencional: Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusões (pesquisas de abordagem quantitativa) ou Considerações Finais (pesquisas de abordagem qualitativa) e Referências. Os manuscritos de outras categorias podem seguir estrutura diferente.

Documento principal

O documento principal, **sem identificação dos autores**, deve conter:

- 1) **Título do artigo:** no máximo de 12 palavras no idioma do manuscrito;
- 2) **Resumo e os descritores:** resumo limitado a **150 palavras no mesmo idioma do manuscrito**. O resumo deverá estar estruturado em **Objetivo, Método, Resultados e Conclusão (ou Considerações Finais)**.

Logo abaixo do resumo incluir cinco descritores no idioma do manuscrito:

- Português ou espanhol extraídos do DeCS: <http://decs.bvs.br>; - Inglês cinco extraídos do MeSH: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>

- 3) **Corpo do texto:** Consiste no corpo do manuscrito, propriamente dito;

A estrutura do manuscrito nas categorias pesquisa e revisão é: **introdução, objetivo, método, resultados, discussão e conclusão (para pesquisa quantitativa) ou considerações finais (pesquisa qualitativa)**; Todos os subtítulos devem ser destacados em **negrito no texto**.

As figuras, tabelas e quadros devem ser apresentadas no corpo do manuscrito.

Ilustrações (tabelas, quadros e figuras, como fotografias, desenhos, gráficos, etc.) serão numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem em que forem inseridas no texto, não podendo ultrapassar **o número de cinco**.

Qualquer que seja o tipo de ilustração, sua identificação aparece na parte superior, precedida da palavra designativa (tabela, figura, quadro) seguida do número de ordem de sua ocorrência no texto, em algarismos arábicos, travessão e do respectivo título (Ex.: Tabela 1 - título). Após a ilustração, na parte inferior, inserir a legenda, notas e outras informações necessárias à sua compreensão, se houver (ver: ABNT NBR 14724 / 2011 - Informação e documentação - Trabalhos acadêmicos - Apresentação). **A fonte consultada deverá ser incluída abaixo das imagens somente se for de dados secundários.**

As tabelas devem ser padronizadas conforme recomendações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Normas de apresentação tabular. 3.ed. Rio de Janeiro, 1993, disponíveis em <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>

Os subtítulos do método e discussão deverão ser destacados em negrito conforme recomendação do *check list*.

As ilustrações devem estar em boa qualidade de leitura em alta resolução. Tabelas, gráficos e quadros devem ser apresentados de forma editável no corpo no manuscrito.

4) Fomento: antes da lista de referências, é obrigatório citar fonte de fomento à pesquisa (se houver).

5) Agradecimentos: Podem ser destinados às pessoas que contribuíram para a realização do estudo, mas não se constituem autores e devem ser apresentados na página de título até que a avaliação seja concluída por questões de conflito de interesse.

6) Referências: o número de referências é limitado conforme a categoria do manuscrito. As referências, apresentadas no final do trabalho, devem ser numeradas, consecutivamente, de acordo com a ordem em que foram incluídas no texto; e elaboradas de acordo com o estilo *Vancouver*. Exemplos de referências nesse estilo, elaborados e atualizados pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (*U.S. National Library of*

No mínimo, 50% das referências devem ser preferencialmente produções publicadas nos últimos 5 anos e destas, 20% nos últimos 2 anos.

Recomenda-se evitar citações de teses, dissertações, livros e capítulos, exceto quando se tratar de referencial teórico (Ex: Handbook Cochrane). Da mesma forma deve-se evitar citações de artigos de jornais ou revistas não científicas (Magazines).

Para os artigos disponibilizados em português e inglês, deve ser citada a versão em inglês, com a paginação correspondente. Sempre que disponível, indicar a versão eletrônica dos artigos citados, facilitando a sua localização. Dar preferência para o endereço do artigo em formato pdf.

Revista Eletrônica de Enfermagem

Instruções aos autores

POLÍTICA EDITORIAL

A Revista Eletrônica de Enfermagem (REE) é um periódico vinculado à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás e tem como missão disseminar o conhecimento científico, desenvolvido por pesquisadores da área das Ciências da Saúde, com ênfase na Enfermagem. O objetivo do periódico é a publicação de trabalhos originais e inéditos, destinados exclusivamente à REE, que contribuam para o crescimento e desenvolvimento da produção científica da área da Saúde e da Enfermagem. A REE publica artigos em português, inglês ou espanhol, destinados à divulgação de resultados de pesquisas originais, revisão e editorial.

Respeitando as normas internacionais de boas práticas de editoração, a REE acompanha as orientações do Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors do Committee on Publication Ethics (COPE) (<http://publicationethics.org/>).

Para contribuir com o avanço e qualidade da produção do conhecimento científico, a REE adota as políticas de registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, <http://www.icmje.org>), para divulgar resultados de estudos clínicos, para os quais é obrigatório apresentação do número de registro.

Para os demais estudos recomenda-se também a utilização de guias internacionais no preparo dos manuscritos, os quais podem ser acessados nos links abaixo:

- Ensaio clínico randomizado: CONSORT (<http://www.consort-statement.org/downloads>);
- Revisão sistemática e metanálise: PRISMA (<http://www.prisma-statement.org/>);
- Estudos epidemiológicos: STROBE (<https://www.strobe-statement.org/index.php?id=availablechecklists>);
- Estudos qualitativos: COREQ (<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349>).

A REE desencoraja o envio de submissões de artigos originais cujos dados foram coletados há mais de quatro anos e de revisões que foram feitas há mais de um ano. As opiniões e conceitos emitidos pelos autores são de exclusiva responsabilidade dos mesmos, não refletindo, necessariamente, a opinião da Comissão de Editoração e do Conselho Editorial da REE.

CATEGORIAS DE TEXTOS PUBLICADOS A REE recebe textos nas seguintes modalidades:

- Artigos Originais: são trabalhos resultantes de pesquisa original, de natureza quantitativa ou qualitativa, que agregam inovações e avanços na produção do conhecimento científico. Limitado a 3.500 palavras, sem contar o conteúdo das ilustrações (quadros e tabelas) e as referências.
- Artigos de Revisão: Estudos que sintetizam de forma crítica e sistematizada a literatura sobre o conhecimento produzido acerca de um determinado tema. O método utilizado deve ser descrito de forma minuciosa, indicando o processo de busca em base de dados, os critérios utilizados para a seleção e a classificação dos estudos primários incluídos. O rigor na condução da investigação deve ser norteado por pergunta relevante para a área de enfermagem e/ou áreas afins e refletir na produção de conhecimento inovador. Destacam-se entre métodos recomendados: revisão sistemática com ou sem metanálise, e revisão integrativa com ou sem metassíntese. Na elaboração de revisões sistemáticas e metanálises recomenda-se o uso do checklist e fluxograma conforme os critérios PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (disponível em <http://www.prisma-statement.org>). Revisões narrativas apenas serão aceitas se motivadas por temáticas inovadoras ou emergentes a critério do corpo editorial. Não serão aceitas revisões desatualizadas, nem pesquisas que incluem estudos de revisão que tratem dos resultados da própria revisão, uma vez que revisões não são estudos primários. Limitado a 4.500 palavras, sem contar o conteúdo das ilustrações (quadros e tabelas) e as referências.

- Editorial: destina-se à publicação da opinião oficial da revista sobre temas relevantes da área de Enfermagem e Saúde.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Os manuscritos encaminhados para análise são submetidos a uma primeira etapa de avaliação, pela Comissão de Editoração, que leva em consideração a observância do atendimento das normas editoriais, coerência interna do texto, pertinência do seu conteúdo à linha editorial do periódico e contribuição para a inovação do conhecimento na área. O resultado dessa análise indica continuação do material no processo de avaliação ou recusa. Manuscritos encaminhados fora das normas são recusados sem análise do seu conteúdo. Uma vez aprovados na primeira etapa os manuscritos são encaminhados para apreciação do seu conteúdo. Para tanto, utiliza-se o modelo peer review, de forma a garantir o sigilo sobre a identidade dos consultores e dos autores. Os pareceres encaminhados pelos consultores são analisados pela Comissão de Editoração que atenta para o cumprimento das normas de publicação. Após todo esse processo, os manuscritos são enviados aos autores com indicação de aceitação, reformulação ou recusa. Em caso de reformulação, cabe à Comissão de Editoração o acompanhamento das alterações.

As pesquisas que envolvem seres humanos, obrigatoriamente, devem explicitar no corpo do trabalho o atendimento às normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, ou órgão equivalente no país de origem da pesquisa. Para pesquisas realizadas no Brasil, deve ser indicado o número de aprovação emitido por Comitê de Ética, devidamente reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde. Além disso, o comprovante de aprovação do Comitê de Ética deve ser encaminhado como documento suplementar no processo de submissão do manuscrito.

Não serão admitidos acréscimos ou alterações após o envio da versão final aprovada pelos consultores e Comissão de Editoração.

PROCESSO DE SUBMISSÃO

Os manuscritos devem ser submetidos à REE exclusivamente pelo Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas, disponível no endereço: <http://revistas.ufg.br/index.php/fen/author/submit/1>, que emitirá um protocolo de identificação. No momento da submissão o autor precisa anexar no sistema:

- Arquivo do manuscrito no formato .doc ou .docx;
- Declaração de autoria e transferência de direitos (https://www.fen.ufg.br/fen_revista/docs/copyright.docx);
- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (autores brasileiros) ou declaração informando que a pesquisa não envolveu seres humanos. Para autores de outros países os procedimentos no texto são os mesmos, porém devem atender as orientações do país de origem para o desenvolvimento de investigações com seres humanos (<http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>).

Os formulários individuais, aprovação do Comitê de Ética ou declaração informando que a pesquisa não envolveu seres humanos devem ser digitalizados em formato JPG ou PDF e enviados pelo sistema de submissão como “Documentos suplementares” (Passo 4 do processo de submissão).

No recebimento do manuscrito é feita a conferência do texto e da documentação. Havendo pendências serão solicitadas correções. O não atendimento dessas correções implica no cancelamento imediato da submissão.

CUSTOS DE PUBLICAÇÃO

Os custos de publicação para o autor incluem: a) Pagamento da taxa de publicação para a Revista Eletrônica de Enfermagem por meio da Fundação de Apoio à Pesquisa – FUNAPE no valor de R\$ 700,00 (setecentos Reais). • Forma de pagamento da taxa de publicação: depósito ou transferência bancária Banco do Brasil (Código do Banco: 001) • Favorecido: FUNAPE - Revista Eletrônica de Enfermagem (CNPJ FUNAPE: 00.799.205/0001-89) • Agência: 0086-8 • Conta Corrente: 0086-8 b) Pagamento tradução do artigo para o inglês, em versões encaminhadas em português ou espanhol e, em português para os enviados em inglês, que deve ser feito

diretamente com os tradutores credenciados na Revista Eletrônica de Enfermagem. A Revista Eletrônica de Enfermagem se reserva o direito de indicação dos tradutores por ela credenciados.

INSTRUÇÕES PARA O PREPARO DOS MANUSCRITOS Para a composição do texto a REE adota as normas de publicação "Requisitos Uniformes" (Estilo Vancouver). Os manuscritos submetidos devem ser redigidos em português, espanhol ou inglês.

Estrutura do artigo:

Os manuscritos devem ser estruturados de forma convencional, contemplando os seguintes itens: introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão. O conteúdo do texto deve expressar contribuições do estudo para o avanço do conhecimento na área da enfermagem. Recomenda-se a utilização de guias internacionais no preparo dos manuscritos. Para a contagem do número de palavras deve-se desconsiderar o título, o resumo, as ilustrações e as referências.

- **Introdução:** texto breve que apresente de forma clara e objetiva o problema estudado, fundamentado em referencial teórico pertinente e atualizado. Deve ser enfatizada a relevância da pesquisa, elaborada com base em lacunas do conhecimento que sustentem a justificativa. Ao final, devem-se apresentar os objetivos da pesquisa.
- **Métodos:** definir tipo de estudo, local e período em que a pesquisa foi realizada. Apresentar fonte de dados, delimitando, no caso da população estudada, os critérios para inclusão e exclusão e seleção do número de sujeitos. Detalhar procedimentos de coleta e fundamentos da análise de dados, incluindo o conteúdo dos instrumentos de coleta de dados. Pesquisas realizadas no Brasil devem explicitar cuidados éticos, informando aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pesquisas com seres humanos e número de aprovação da pesquisa em comitê de ética em pesquisa. Autores estrangeiros devem informar os procedimentos adotados no país de origem da pesquisa.
- **Resultados:** devem ser apresentados de forma clara e objetiva, sem incluir interpretações ou comentários pessoais. Resultados expressos em tabelas e figuras são encorajados, mas deve-se evitar a repetição das informações em forma de texto. Em pesquisas quantitativas devem ser, necessariamente, apresentados separadamente da discussão. Para pesquisas qualitativas o autor pode optar, tendo em vista os desenhos metodológicos utilizados.
- **Discussão:** deve ser concebida a partir dos dados e resultados obtidos, enfatizando as inovações decorrentes da investigação e evitando a repetição de informações apresentadas em seções anteriores (introdução, método e resultados). Todos os resultados devem ser discutidos, tendo como apoio em referencial teórico estritamente pertinente, atualizado e que permita identificar diálogo com outras pesquisas já publicadas.
- **Conclusão:** texto articulado a partir dos objetivos do estudo, fundamentado nas evidências encontradas com a investigação. Deve mostrar claramente o alcance do estudo por meio de conclusões gerais que possam ser detalhadas e fundamentadas ao longo do item. Se pertinente, podem ser apresentadas limitações identificadas e lacunas decorrentes da realização da investigação. Generalizações, quando pertinentes, são incentivadas.

Formatação do manuscrito

- Formato .doc ou .docx; papel tamanho A4; margens de 2,5 cm; letra tipo Verdana 10 pt, em todo o texto; espaçamento 1,5 entre linhas em todo o texto; parágrafos alinhados em 1,0 cm. Título: Deve ser apresentado no idioma que foi escrito o texto na íntegra, em alinhamento justificado, em negrito, conciso, informativo, com até 15 palavras. Usar maiúscula somente na primeira letra do título. Não utilizar abreviações. Autoria: Os autores devem ser identificados após o título, por ordem de autoria (se houver mais de um), com credencial na sequência do nome. Devem constar as seguintes informações: nome completo, formação universitária, titulação, instituição de origem e e-mail – preferencialmente, institucional.
- A autoria dos manuscritos deve expressar a contribuição de cada uma das pessoas listadas como autor no que se refere à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica.

Resumo: Deve ser apresentado na primeira página do trabalho, conter entre 100 e 150 palavras, apenas no idioma que foi escrito o texto na íntegra. Quando da aprovação do artigo para a publicação será solicitada a tradução para a versão do texto em inglês, quando este for apresentado em português ou espanhol, ou para o português quando o idioma do texto original for em espanhol ou inglês.

Descritores: Devem ser apresentados de 3 (três) a 5 (cinco) descritores ao final do resumo, que servirão para indexação dos trabalhos. Para tanto os autores devem utilizar os “Descritores em Ciências da Saúde” da Biblioteca Virtual em Saúde (<http://decs.bvs.br/>), usando o descritor exato.

Siglas e abreviações: O uso de siglas e abreviações, os termos por extenso, correspondentes devem preceder sua primeira utilização no texto, com exceção de unidades de medidas padronizadas.

Notas de rodapé: Devem ser indicadas por asteriscos, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.

Ilustrações: São permitidas tabelas ou figuras (quadros, gráficos, desenhos, fluxogramas e fotos) que devem estar inseridas no corpo do texto logo após terem sido mencionadas pela primeira vez. As tabelas devem ser apresentadas conforme as Normas de Apresentação Tabular, da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>.

Os títulos de tabelas devem ser concisos e precisos indicando o local do estudo e ano a que se referem os dados e apresentados acima da tabela. Os títulos das figuras devem ser concisos e precisos, apresentados abaixo da figura; Citações

As citações “*ipsis literis*” de referências devem-se usar aspas na sequência do texto. As citações de falas/depoimentos dos sujeitos da pesquisa devem ser apresentadas em estilo *itálico* e na sequência do texto.

Referências: São permitidas até 25 referências em artigos originais e livre para artigos de revisão. Devem representar e sustentar o estado da arte sobre o tema, ser atualizadas e procedentes, preferencialmente, de periódicos qualificados. Deve-se evitar o uso de dissertações, teses, livros, documentos oficiais e resumos em anais de eventos. A exatidão das informações nas referências é de responsabilidade dos autores. Quando são enviadas fora das normas, acarretam em atraso o processo de avaliação do manuscrito. No texto devem ser numeradas consecutivamente, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez, identificadas por números arábicos sobrescritos entre parênteses, sem espaços da última palavra para o parêntese, sem menção aos autores. Ao fazer a citação de referências sequenciais separe-as por um traço [ex. (1-3)]. Ao fazer a citação de referências intercaladas separe-as por vírgula [ex. (2,6,11)]. As regras de referência da REE têm como base as normas adotadas pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (estilo Vancouver), publicadas no ICMJE - Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (<http://www.icmje.org/>).

Agradecimentos e Financiamentos: Agradecimentos e/ou indicação das fontes de apoio da pesquisa, devem ser informados ao final do artigo.

REVISTA AQUICHAN

Normas para Autores

Aquichan, revista científica da Faculdade de Enfermagem e Reabilitação, editada pela Universidade de La Sabana, está enfocada à promoção e estímulo do desenvolvimento teórico da enfermagem.

Temática e alcance: *Aquichan*, publicação de ciências médicas e da saúde, da área de ciências da saúde, da disciplina de enfermagem, publica artigos resultados de pesquisa desde o ponto de vista: epistemológico, prática baseada em evidências, cuidado crônico, e promoção e prevenção. Os artigos estão dirigidos à comunidade acadêmica e científica nacional e internacional.

Recebem-se artigos em espanhol, inglês e português, originais e inéditos, produto de investigação ou revisão que não estejam em processo de avaliação por outras revistas científicas, impressas ou eletrônicas. Os artigos aprovados devem ser traduzidos para publicação em inglês; os autores são responsáveis por este trâmite, o qual deve ser aprovado pelo Comitê editorial da revista.

Publica artigos originais e inéditos em espanhol, inglês e português, produto de pesquisa ou revisão que não se encontrem em processo de avaliação por outras revistas científicas, sejam impressas ou eletrônicas.

Tipo de artigos que publica:

De pesquisa: documento que apresenta detalhadamente os resultados originais de projetos de pesquisa concluídos. A estrutura utilizada deve conter: introdução, metodologia, resultados e conclusões.

De revisão de literatura: documento resultado da análise crítica da literatura científica, que apresenta uma síntese dos resultados de pesquisa com o propósito de facilitar a compreensão de um fenômeno de estudo e prover informação sobre a evidência científica relacionada com o tema. Nesta categoria, se incluem as revisões sistemáticas e integrativas da literatura. Se caracteriza por apresentar uma cuidadosa revisão bibliográfica de no mínimo 50 referências.

Aquichan não aceita relatórios de casos, editoriais, nem cartas ao editor.

Periodicidade: *Aquichan* circula quadrimestralmente, em janeiro, abril, julho e outubro.

Formato de publicação: impresso e eletrônico em Open Acces, com a licença Creative Commons.

Organização dos artigos

Título: é breve e indica o tema central do artigo, não inclui abreviaturas nem fórmulas. Contém no máximo 15 palavras, escrito em espanhol, inglês e português.

Informação dos autores: cada autor deve relacionar a seguinte informação: Nomes e sobrenomes / ID de pesquisador. É obtido através do seguinte link: <https://orcid.org/register>. Exemplo: orcid.org/0000-0003-4037-6235/ Filiação institucional/ Cidade/ País/ Correio eletrônico institucional

O número máximo de autores permitido é 6, exceto nos casos em que, na opinião do comitê editorial, o impacto da pesquisa ou seu caráter multicêntrico justifique exceder o número.

Informação adicional: Nome do autor de correspondência. Agradecimentos, se for o caso, e se situam depois das conclusões. Financiamento: quando o artigo se deriva de um projeto financiado, deve-se divulgar isso. Neste caso, mediante asterisco no título, em nota de rodapé de página, se escreve o nome do projeto e das entidades financiadoras. Declaração de originalidade: anexar em formato PDF, a declaração preenchida e assinada por todos os autores. Carta aval de comitê de ética: anexar a carta de aprovação do comitê de ética institucional que aprovou a pesquisa. Conflito de interesses: os autores declaram o conflito de interesses em um anexo ao final do manuscrito.

Resumo: deve conter no máximo 200 palavras, e deve seguir a estrutura: objetivos, materiais e método, resultados e conclusões. Não deve incluir referências bibliográficas.

Palavras chave: cinco termos normalizados no Thesouro MeSH – Medical Subject Headings. (Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>). Não se aceitam frases nem descritores que não se encontrem neste Thesouro.

Relacionar a temática na qual desenvolveu seu artigo de pesquisa ou revisão: Epistemologia; Prática baseada na evidência; Cuidado crônico e Promoção e prevenção.

Contribuição à disciplina: em um anexo de 150 caracteres evidenciar a contribuição ao novo conhecimento disciplinar do estudo apresentado e o modelo ou teoria de enfermagem utilizada, se for o caso.

Tipo de artigo e apresentação do corpo do trabalho: os tipos de artigos que recebidos pela revista Aquichan são os seguintes:

Pesquisa: a extensão dos manuscritos deve estar entre 3000 e 4000 palavras; os artigos de pesquisa se organizam de acordo com a guia estabelecida pelo International Committee of Medical Journal Editors, disponível em: <http://www.icmje.org/recommendations/browse/manuscript-preparation/preparing-for-submission.html#three>

Para pesquisas com metodologia qualitativa, deve cumprir os requisitos estabelecidos em: (disponível http://www.cnfs.net/modules/module2/story_content/external_files/13_COREQ_checklist_000017.pdf)

Para pesquisas com metodologia quantitativa, deve cumprir os requisitos estabelecidos por CONSORT (disponível <http://www.consort-statement.org/>)

Revisões sistemáticas, integrativas, meta-análise e meta síntese: se caracteriza por apresentar uma cuidadosa revisão bibliográfica de mínimo 50 referências, exceto em casos onde, com prévia justificativa, isto não se cumpra. Deve cumprir os requisitos estabelecidos em PRISMA (Disponível: <http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/Default.aspx>)

Todos os artigos devem ser apresentados com fonte Times New Roman, tamanho 12 com espaço duplo.

O número de palavras do corpo do documento não inclui: título, resumo, palavras chave, tabelas, agradecimentos, conflito de interesses, financiamento, bibliografia, nem a contribuição para a seção de disciplina.

Corpo do trabalho: a extensão dos manuscritos deve estar entre 3000 e 4000 palavras. Fonte Times New Roman, 12 pontos, espaçamento duplo; os artigos de pesquisa se organizam de acordo à guia estabelecida pelo International Committee of Medical Journal Editors, disponível em: <http://www.icmje.org/recommendations/browse/manuscript-preparation/preparing-for-submission.html#three>

Pesquisa qualitativa: (http://www.cnfs.net/modules/module2/story_content/external_files/13_COREQ_checklist_000017.pdf)

Ensaio controlado aleatorizado (<http://www.consort-statement.org/>)

Revisões sistemáticas ou meta-análise <http://www.prismastatement.org/PRISMAStatement/Default.aspx>)

Notas no rodapé de página: são notas esclarecedoras. Aparecem enumeradas em forma consecutiva na parte inferior das páginas. Se utilizam para identificar a afiliação institucional, para ampliar informação inédita, ou para dar explicações que interrompem o desenvolvimento natural do texto.

Referências bibliográficas: indicam as fontes primárias consultadas para o desenvolvimento do artigo, se mencionam seguindo as normas Vancouver.

Referências bibliográficas: Aquichan aplica as normas Vancouver, atualizadas e internacionais.



O melhor da vida – Marcelo Jeneci

O que vale nessa vida
Tem um pouco do seu jeito
Jeito do seu corpo, jeito do seu pensamento
Jeito de gostar dos outros cada vez gostando mais
Do seu jeito de falar tranquilo
Como quem promete e faz
O que vale nessa vida é ver como você aproveita
Desde a hora que levanta até a hora que deita
Quando escolhe a coisa certa é tudo sem receita
Quando perto de você a própria confusão se ajeita bem
E me vem que a vida vale mil
Mil vezes sou nós dois
Mil meses de amor
Antes de ter prorrogação
Se a vida é por um fio
Valeu pra quem já viu
Seu jeito de tocar no coração...

