

CUIDADOS PALIATIVOS DE ENFERMAGEM A UM IDOSO COM CARCINOMA BASOCELULAR TEREBRANTE: ESTUDO DE CASO

Glenda Agra; Elton de Lima Macêdo

Universidade Federal de Campina Grande. Email: g.agra@yahoo.com.br

RESUMO

Trata-se de um estudo de caso, cujo objetivo é descrever os cuidados paliativos de enfermagem aplicados a um idoso com Carcinoma Basocelular Terebrante (CBCT), realizado durante o mês de julho de 2014 em uma Unidade de Oncologia Clínica de um hospital especializado localizado em Campina Grande – PB. Este estudo faz parte de um projeto amplo, cujo CAAE é 13341413.0.0000.5182. Os cuidados paliativos de enfermagem prestados ao idoso com CBCT abrangeram avaliação individual do paciente e da ferida; foram recomendados e utilizados diferentes tipos de coberturas e medicamentos para o controle dos sinais e sintomas da ferida, de acordo com o estadiamento, consideradas as especificidades da lesão. Concluiu-se, portanto que os cuidados paliativos de enfermagem promoveram conforto ao paciente durante a internação hospitalar e domiciliar e foram primordiais para o controle dos sinais e sintomas, promovendo, dessa forma, dignidade durante o processo de terminalidade.

Palavras-chave: Cuidados paliativos, Cuidados de enfermagem, Assistência ao idoso, Carcinoma basocelular.

ABSTRACT

It is a case study, which aims to describe palliative nursing care applied to a elderly with Basal Cell Carcinoma Terebrante (CBCT), held during the month of July 2014 in a Unit of Clinical Oncology of a specialized hospital in Campina Grande - PB. This study is part of a larger project, whose CAAE is 13341413.0.0000.5182. Palliative nursing care provided to elderly with CBCT covered individual assessment of the patient and the wound; were recommended and used different types of coverage and medication to control the signs and symptoms of wound, according to the staging, considered the specifics of the injury. It was concluded therefore that palliative nursing care promoted patient comfort during hospital and home care and were paramount to control the signs and symptoms, promoting thus dignity for the terminally process.

Key words: Palliative care, Nursing care, Assistance to the elderly, Basal cell carcinoma.

INTRODUÇÃO

As neoplasias cutâneas têm adquirido, nas últimas décadas, especial relevância devido à sua crescente incidência. Dentre elas, destaca-se o câncer de pele não melanona, responsável por um terço de todas as neoplasias malignas do ser humano. Os

tumores mais comuns entre os cânceres de pele não melanona são o carcinoma basocelular (CBC) e o espinocelular (CEC).¹

O carcinoma basocelular é um tumor constituído por células morfológicamente semelhantes às células basais da epiderme, de crescimento muito lento, com capacidade invasiva localizada, porém destrutiva, sem, entretanto, ocasionar metástases.²

O Instituto Nacional do Câncer³ apresentou a estimativa de 182.130 novos casos de câncer de pele não melanoma para o ano de 2014, sendo 98.420 em homens e 83.710 em mulheres por 100.000 habitantes. Na Paraíba, essa estimativa é de 2.070 casos e destes 1.160 são em mulheres e 910 em homens, com taxas brutas de incidência de 57,89 e 48,28 por 100.000 habitantes, respectivamente. Em João Pessoa, a estimativa corresponde a 280 casos, sendo 140 em mulheres e 140 em homens, por 100.000 habitantes. Infelizmente, esse órgão governamental não apresenta especificadamente dados acerca da incidência de casos de carcinoma basocelular e espinocelular.

A etiopatogenia predominante do CBC está relacionada à exposição à radiação ultravioleta. Seja qual for a fonte causadora do câncer, natural ou artificial, a exposição excessiva tem efeito cumulativo e manifesta-se intensamente após os 40 anos de idade. Sendo assim, as áreas mais expostas ao sol são frequentemente acometidas como nariz, orelhas, pálpebras, região frontal e membros superiores. A incidência é maior na população caucasiana masculina, com idade superior a 40 anos.⁴

A partir do aparecimento da lesão inicial, o CBC tem geralmente um crescimento lento, por meses ou anos, causando destruição tecidual no local da região primária. Quando aparece na forma terebrante, considerada a de pior prognóstico, apresenta lesão ulcerada com invasão rápida, provocando grande destruição do maciço central da face, reunindo em um só orifício boca e fossas nasais; outras vezes, a forma terebrante destrói o globo ocular, podendo invadir até mesmo a calota craniana.⁵

Instala-se assim, a síndrome da *gangosa* (ulcerações superficiais, seguidas da destruição progressiva do tecido e das paredes ósseas das cavidades bucal e nasal, que

se reúnem para formar uma única e grande cavidade, o que ocasiona perda de olfato e do paladar).⁶

Os pacientes que apresentam este tipo de lesão vivenciam a ocorrência de sinais e sintomas decorrentes do processo ulcerativo deste tipo de câncer: dor intensa, exsudação profusa, odor fétido, sangramento e fístulas. Além das implicações físicas, o CBC terebrante traz consequências psicológicas, sociais e espirituais, tais como baixa autoestima, isolamento social-familiar, constrangimento e sensação de enojamento de si.⁷

Estas feridas são tratáveis, desde que o câncer esteja na fase inicial e tenha possibilidade de cura. No entanto, quando a doença está em fase avançada e o tratamento antitumoral não é mais indicado, a conduta é unicamente paliativa, visando o controle dos sintomas físicos e psicossociais e a prevenção de complicações, com melhoria da qualidade de vida.⁸

Nesta perspectiva, o tratamento para o CBC terebrante em estágio avançado inclui assistência multiprofissional de saúde com cuidados paliativos, uma vez que o paciente encontra-se sem possibilidades terapêuticas de cura. Nesse íterim, vale ressaltar que cuidado paliativo é a abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares, diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Os cuidados paliativos requerem ainda identificação precoce de complicações decorrentes do avanço da doença, avaliação e alívio da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.⁹⁻¹⁰

No que se refere ao tratamento de feridas, a finalidade sempre é a cicatrização; contudo, em cuidados paliativos, o tratamento visa o controle dos sintomas das lesões e o conforto do paciente em relação à ferida. Neste sentido, os cuidados paliativos planejados poderão fornecer o alívio (parcial, completo ou temporário) sem cura esperada para a cicatrização. Nesse sentido, o princípio norteador da palição para as feridas está relacionado ao controle dos sinais e sintomas que a lesão apresenta.¹¹

Pela complexidade do problema, o paciente, sobretudo o idoso com CBC constitui um desafio para os enfermeiros, uma vez que estes profissionais fazem parte da equipe

multiprofissional de cuidados paliativos e são responsáveis pela avaliação do paciente e da lesão, escolha da cobertura e realização de curativos. Nesse sentido, o enfermeiro necessita desenvolver competências e habilidades a fim de identificar, avaliar e tratar estas lesões, proporcionando assistência integral ao idoso e sua família.

Portanto, o desenvolvimento de estudos sobre o tema contribui para assistência de enfermagem qualificada, além de proporcionar a disseminação do conhecimento sobre o tratamento de lesões malignas decorrentes do CBC para a comunidade científica e assistencial acerca da prática na área de cuidados paliativos em feridas neoplásicas, com vistas a fortalecer o ensino e a prática da Enfermagem.

Destarte, o objetivo deste estudo é relatar os cuidados paliativos de enfermagem prestados a um idoso com carcinoma basocelular terebrante.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso, realizado de julho a agosto de 2014, período decorrido da admissão a alta do paciente na Unidade de Oncologia Clínica de um hospital especializado, localizado em Campina Grande – PB e seu regresso ao domicílio.

Este estudo faz parte de um projeto amplo intitulado “A dor na percepção de pacientes com feridas neoplásicas”, cuja aprovação foi emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) – PB, sob o CAAE 13341413.0.0000.5182. Vale ressaltar que foram obedecidas as normas da Resolução 466/2012, que norteia pesquisas envolvendo seres humanos.

Para a coleta de dados e para o acompanhamento da assistência foi utilizado roteiro para anamnese, exame físico e avaliação da ferida. As etapas de acompanhamento do paciente abrangeram: anamnese, exame físico, avaliação da lesão, conduta terapêutica e orientações para a alta.

A análise dos dados foi baseada na literatura pertinente ao tipo de câncer e à avaliação e ao tratamento das feridas tumorais disposto no Protocolo do Instituto Nacional Câncer.¹²

Apresentação do Caso Clínico

Idoso, 78 anos de idade, sexo masculino, raça parda, brasileiro, analfabeto, católico, aposentado, casado, pai de seis filhos, procedente de Baraúnas – PB. Residia com um filho e esposa, em casa própria, de alvenaria, com renda de um salário mínimo. Negou doenças de base, alergias medicamentosas, tabagismo, etilismo e uso de drogas ilícitas. Não apresentou sinais de alterações mentais e psicológicas. A esposa relatou progressão de uma lesão de pele há cerca de dois anos, a qual se iniciou com um granuloma em região frontal. Referiu que realizou procedimento cirúrgico para retirada do granuloma e depois disso não compareceu ao hospital para a retirada de pontos e para a realização dos curativos e acompanhamento da patologia. Com o passar dos anos, a lesão progrediu, o que levou o paciente a aposentar-se por invalidez, contudo negava procurar ajuda médica. Somente com o aumento das dores, o paciente aceitou internar-se na instituição, lócus da pesquisa.

O primeiro contato com o referido idoso ocorreu na instituição, após dois anos do início da doença, que já se encontrava em estágio avançado, com invasão de estruturas da face e sem possibilidades de cura. O idoso foi admitido no dia 09/07/2014, para realização de biópsia e assistência paliativa. O laudo histopatológico apresentou-se conclusivo para Carcinoma Basocelular Terebrante avançado.

O regresso do idoso ao domicílio aconteceu no dia 30/07/2014 a pedido da esposa, pois era desejo do cônjuge passar os últimos dias de vida em sua residência. Houve aceitação do idoso e da esposa com relação ao protocolo de atendimento para o carcinoma e para os cuidados paliativos oferecidos pela equipe de enfermagem, bem como autorização do paciente e assinatura da esposa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para documentação fotográfica e posterior exposição do caso no meio acadêmico científico.

Nesse momento, o idoso e sua esposa foram orientados quanto aos cuidados de higiene, alimentação, ao curativo e ao controle da dor. Os cuidados de enfermagem foram baseados no protocolo do INCA¹² e literatura científica que recomendam ações paliativas para lesões malignas.

Em um segundo momento, contataram-se a enfermeira e o técnico de enfermagem responsável pela realização do curativo diário para a orientação quanto à técnica de limpeza e cobertura adequada. Neste mesmo instante, foi realizado o curativo na presença da cuidadora e técnico de enfermagem e entrega de materiais para o mesmo procedimento nos dias subsequentes. Conforme a disponibilidade de coberturas e medicamentos na Unidade de Saúde da Família, recomendou-se para aplicação na ferida, o uso de metronidazol gel e alginato de cálcio e a ingestão, por via oral, de opioide fraco (codeína associado à paracetamol) para alívio da dor.¹²

Exame Físico

Idoso evoluiu com estado geral debilitado, com perda ponderal acentuada, consciente, orientado no tempo e no espaço, acamado, higiene oral e corporal precárias, sono e repouso prejudicados, caquético, mucosas hipocoradas, acianótico, anictérico, comunicação oral difícil, respondendo por sinais, com lesão extensa em face, acometendo fronte, ossos próprios do nariz (OPN), boca, regiões malar e temporal esquerda, perda do globo ocular esquerdo, com invasão para região facial direita e calota craniana. SR: Eupneico, expansibilidade torácica bilateral preservada, murmúrios vesiculares preservados, ruídos adventícios ausentes. SCV: Ritmo cardíaco regular em 2 tempos, bulhas cardíacas normofonéticas, sem sopros. SGI: Abdômen plano, indolor à palpação superficial e profunda, ruídos hidroaéreos diminuídos nos quatro quadrantes, eliminação intestinal presente em dias alternados (SIC). SGU: Diurese presente em fraldas geriátricas (SIC). Aos sinais vitais: FC: 87 bpm; P: 87 bpm; FR: 18 irpm; T: 37,5° C; PA: 110 x 80 mmHg.

Após a anamnese e exame físico, foi realizada limpeza inicial com soro fisiológico 0,9% em jato (com seringa de 20 mL e agulha 40x12) e avaliação da lesão, evidenciando-se: extensão da região da fronte até o lábio (Figuras 2, 3), assimétrica, medindo 22,5 cm x 18,5 cm, com profundidade de 12,5 cm, odor grau III (considerado aquele odor sentido no ambiente sem abrir o curativo, forte e nauseante), bordas irregulares, coloração do leito da ferida predominantemente descorada e, pouco friável, com necrose e fibrina em alguns

pontos, exsudato seropurulento e biofilme em quantidade moderadas. De acordo com as características apresentadas, classificou-se como lesão maligna com estadiamento grau 3, porque leva em consideração a presença de odor fétido, sangramento, dor local intensa, exsudato profuso, tunelizações.¹² Pele periférica: hiperemia (Figura 2), por ocasião da troca do curativo. Queixando-se de dores intensas, confirmadas mediante uso da Escala Numérica da Dor¹², cujo escore sinalizado pelo paciente foi 10 (dez).



Figuras 1 e 2 – Carcinoma Basocelular Terebrante – 30/07/2014

Fonte: Dados da pesquisa, 2014

DISCUSSÃO

O Carcinoma Basocelular Terebrante revela-se como um tumor altamente invasivo, desfigurante, que destrói rapidamente os tecidos sadios. Quando tratado no início da lesão, as chances de cura aumentam sobremaneira, e para além disso, a aceitação da doença e a participação no autocuidado são fundamentais para que se alcance o sucesso da cura, como ocorre em qualquer ferida neoplásica.²

A higiene do ambiente e do corpo aliviam o desconforto e reduzem as chances de infecção da ferida. A preparação do leito da ferida cria um ambiente de melhoria na cicatrização, promovendo uma melhor vascularização, com menor quantidade de exsudado, controlando o balanço bacteriano.¹³

Desta forma, a limpeza é um componente vital no tratamento de feridas. A lesão neoplásica, além de ser desfigurante, exala forte odor decorrente da liberação de gases putrescina e cadaverina provenientes da ação do metabolismo de microrganismos, além de serem exsudativas, friáveis e dolorosas.¹⁴

Nesse sentido, a limpeza realizada com solução fisiológica 0,9% em jatos (com seringa de 20 mL e agulha 40 x 12) reduziu o risco de agredir o tecido friável e a dor na troca do curativo.

A irrigação é a técnica que vem ganhando mais aceitação devido aos benefícios anteriormente descritos. A eficácia desta técnica no tratamento de feridas engloba não só a pressão utilizada (8 a 14 psi) como também a solução irrigante. Estudo demonstrou que a irrigação com soro fisiológico reduz a taxa de infecção nas feridas e que o seu sucesso é proporcional à quantidade de solução usada.¹⁵

Baseado nas recomendações do INCA¹² e pela limitação dos recursos, indicou-se cobertura de metronidazol creme vaginal para controle do odor. O metronidazol é um antibiótico derivado imidazólico, atuando diretamente no DNA dos microrganismos, que possui atividade contra bactérias anaeróbias, impedindo a multiplicação de microrganismo e o ressecamento do leito da lesão. Assim, percebeu-se regressão do odor com o uso desse produto, o que proporcionou mais conforto ao paciente e a sua cuidadora.¹⁶

O tratamento com Metronidazol tem obtido sucesso terapêutico nos pacientes com feridas neoplásicas, uma vez que é de fácil aplicação e baixo custo e a sua administração não está associada à dor e desconforto. Estudos demonstram que há diminuição significativa do odor 24 horas após a primeira aplicação e eficácia na redução do odor em 100% dos casos, com duas semanas consecutivas de tratamento.¹⁶⁻¹⁸

O Alginato de cálcio foi indicado para as áreas sangrantes e muito exsudativas, já que essa cobertura funciona como um verdadeiro hemostático e mantém a umidade controlada em contato com o exsudato da lesão.¹⁹ O alto nível de exsudação da ferida neoplásica pode ser decorrente do aumento da permeabilidade de vasos sanguíneos dentro do tumor, bem como a ocorrência de infecção.¹⁴ A troca iônica entre o sódio, presente no exsudato, e o cálcio no curativo do alginato de cálcio auxilia tanto no desbridamento autolítico, como na absorção. Dessa interação, um gel é produzido, o que mantém o leito da lesão úmido e induz à hemostasia.²⁰

Estudo²¹ realizado com pacientes com lesão vegetante maligna, verificou que houve aumento do tecido de granulação e epitelização após a aplicação de bandagens revestidas de gel com Alginato de Cálcio, uma vez que esta substância tem mostrado efeito antimicrobiano e propriedades anti-inflamatórias quando aplicado em feridas malignas.

Para o controle da dor, procedia-se a analgesia com codeína. O controle da dor é fundamental dentro da perspectiva de cuidados paliativos em que se conhece o conceito de dor total, aquela que envolve aspectos físicos, mentais, sociais e espirituais.¹⁰

Neste caso, o uso do opioide que o paciente teve acesso auxiliou no alívio da dor, devolveu a possibilidade de se ter um sono e repouso que há tanto tempo estavam comprometidos.

O enfermeiro deve realizar a monitorização por escalas para avaliar o nível da dor. A analgesia pode ser necessária trinta minutos antes de procedimentos dolorosos como a troca de curativos. Recomenda-se o uso de coberturas não aderentes, a troca quando a cobertura secundária estiver saturada, o uso de soro gelado em caso de vasos sangrantes, um toque suave e uma comunicação que acalme o doente são algumas medidas que também favorecem o alívio da dor.²²

Em 1986, a Organização Mundial da Saúde⁹ apresentou a Escada Analgésica para o tratamento da dor oncológica. Desde então, a dor relacionada ao câncer passou a ter um tratamento racional, com eficácia em torno de 95%. Esse esquema preconiza a utilização de fármacos analgésicos escalonados por potência, sempre em associação, sendo que cada degrau representa além dos fármacos a utilizar, a intensidade da dor segundo a Escala Visual Analógica. Se a dor for de forte intensidade (EVA 8 a 10) deve-se lançar mão de um opioide agonista forte (morfina, metadona, fentanil ou oxicodona em doses altas). No entanto, o Tylex (codeína associada a paracetamol) era o único analgésico opioide que a Unidade Básica de Saúde dispunha no momento.

A codeína é um opioide fraco, derivado da morfina e é indicada para o tratamento de dores de moderada intensidade. Seu metabolismo é hepático, por demetilação,

formando norcodeína e morfina. Cerca de 10% da codeína são transformados em morfina, responsável pelo efeito analgésico da codeína.²³

Estudo multicêntrico realizado com 70 pacientes com feridas malignas identificou que a idade avançada, a frequência de troca de curativo, a dor e os sintomas da ferida, como odor e sangramento, são correlações negativas que interferem significativamente na qualidade de vida.²⁴

O cuidado oferecido foi com abordagem multiprofissional no qual o médico realizava a prescrição de medicamentos, as enfermeiras acompanhavam em domicílio, com orientações e avaliações, e o técnico de enfermagem realizava os curativos na ausência das enfermeiras, o que é requerido para pacientes em cuidados paliativos. A presença de outros profissionais, a exemplo de fonoaudiólogo e nutricionista se fez necessário, contudo, como o paciente não aceitou a internação, a presença desses profissionais ficou impossível pela distância que seu município mantém de grandes centros com tratamento especializado.

No que concerne à alimentação, a doença impõe um catabolismo intenso, concomitante à anorexia, que gera um quadro de caquexia, que é uma complicação frequentemente observada em pacientes com tumores malignos.

Destaca-se que as alterações no metabolismo energético se manifestam por meio do hipermetabolismo ou catabolismo persistente. O metabolismo dos carboidratos altera-se causando intolerância à glicose e resistência periférica à ação da insulina. O metabolismo de proteínas é alterado e resulta na depleção e atrofia do músculo esquelético e órgãos viscerais, miopatia e hipoalbuminemia. Já o metabolismo lipídico alterado manifesta-se com depleção de reserva de gordura e hiperlipidemia. Além das alterações metabólicas também ocorrem alterações hormonais e aumento de citocinas circulantes.²⁵

Portanto, a inapetência e perda ponderal intensa já são esperadas em pacientes oncológicos com doença avançada e podem ser indicativos de que a terminalidade se aproxima. Nesse sentido, a dieta deve oferecer prioritariamente conforto, e não visar à reabilitação do estado nutricional da pessoa com câncer. Assim, algumas recomendações

nutricionais podem ser realizadas, tais como: a família não deve pressionar o paciente a se alimentar se ele não deseja; fracionar a alimentação em cerca de seis refeições por dia e consumir alimentos com elevado teor calórico e protéico.²⁶

Contudo, a limitação financeira dificultou o acesso a uma alimentação rica em nutrientes especiais, como os ácidos graxos polinsaturados Eicosapentaenóico (EPA) EPA e DHA Ácido Docosahexaenóico (DHA), os aminoácidos glutamina e arginina e os nucleotídeos, uma vez que esses elementos melhoram o peso corporal, diminuem a anorexia e aumentam a síntese proteica.²⁷

Porém, as orientações acerca de como preparar e oferecer os alimentos disponíveis foram importantes para se oferecer o mínimo de nutrientes essenciais e dignidade diante do processo de morte e morrer a esse paciente, que se alimentava a base de papas e mingaus com muita dificuldade.

CONCLUSÕES

A dificuldade psicomotora e de fala do idoso participar interferiu a implantação de cuidados paliativos em sua plenitude. Além disso, também houve dificuldade de assistência por se tratar de um município muito pequeno, sem rede especializada em oncologia, distante de grandes centros. Concomitante a essa problemática, o idoso se negou a ficar internado em um centro de tratamento em outra cidade, onde receberia cuidados mais compatíveis as suas necessidades. Adicionalmente, a ingestão dieta rica em proteínas não foi possível pela limitação financeira e pelo desvio com perda de alimentos na cavidade oral em decorrência da lesão e salivação profusa.

Contudo, acredita-se que o idoso recebeu conforto, apesar de todas as limitações, e sua autonomia foi respeitada, o que é fundamental para que a morte seja digna, dentro da concepção dos cuidados paliativos. A dor foi aliviada permitindo melhora da qualidade do sono e repouso e os cuidados com a lesão foram implementados, buscando-se atender o máximo possível as recomendações para o tratamento das feridas neoplásicas.

Esta pesquisa forneceu dados sobre um caso particular, porém mais estudos são necessários para o cuidado de idosos com feridas tumorais sem possibilidades de cura,

incluindo novas condutas, produtos e, até mesmo, teorias que possam subsidiar os cuidados de Enfermagem no que concerne ao saber e fazer nesta assistência paliativa.

REFERÊNCIAS

1. Nova Villanueva J, Sánchez Vanegas G, Porras de Quintana L. Câncer de piel: perfil epidemiológico de un centro de referencia en Colombia, 2003-2005. Rev Salud Pública. 2007, 9(4): 595-601.
2. Andrade P, Vieira R, Brites MM, Reis JP, Marciano A, Tellechea O. et al. Epidemiology of basal cell carcinomas and in a Department of Dermatology – a 5 year review. An Bras Dermatol. 2012, 87(2): 212-19.
3. Ministério da Saúde. Brasil. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Estimativas 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014.
4. Ferreira FR, Pevide BC, Rodrigues RF, Nascimento LFC, Lira MLA. Differences in age and topographic distribution of the different histological subtypes of basal cell carcinoma, Taubaté (SP), Brazil. An Bras Dermatol. 2013; 88(5):726-30.
5. Rueda X, Hart AA, Aristizabal L, Fierro E. Guías de práctica clínica para el tratamiento del carcinoma basocelular. Rev Asoc Col Dermatol. 2008, 16(2): 102-17.
6. Azulay RD. Dermatologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.
7. Woo K, Sibbald RG. Local Wound Care for Malignant and Palliative Wounds. Adv Skin Wound Care. 2010, 23(9): 417-28.
8. Chrisman AC. Care of chronic wounds in palliative care and end-of-life patients. International Wound Journal. 2010, 7(4): 214-35.
9. World Health Organization. Palliative care. [Internet]. 2002. Geneva [cited 2010 Jul 22]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/en/>
10. Santos WA, Fuly PSC. Análise de associação entre odor, exsudato e isolamento social em pacientes com feridas neoplásicas. REUOL. 2015, 9(4): 7497-500.
11. Firmino F, Pereira I. Tratamento de feridas. In: Cuidados Paliativos/Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. São Paulo, 2008.

12. Ministério da Saúde. Brasil. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2009. Série cuidados paliativos.
13. Rodrigues C, Silva D. Limpeza de feridas: técnicas e soluções. *Journal of Tissue Regeneration and Healing*. 2012, 1(1):25-31.
14. Seaman, S. Providing appropriate care to patients living with malignant wounds. *Today's Wound Clinic*. 2014, 06-10.
15. Moscati RM, Mayrose J, Reardon RF, Janicke DM, Jehle DV. A multicenter comparisons of tap water versus sterile saline for wound irrigation. *Acad Emerg Med*. 2007, 14(5):404-09.
16. Pinto KCMS, Silva RMP, Pereira AL, Ribeiro DB. Produtos utilizados no tratamento de lesões neoplásicas cutâneas. *Rev Estima*. 7(1): 39-43, 2009.
17. Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. A systematic review of topical treatments to control the odor of malignant fungating wounds. *J pain and symptom management*. 2010. 39(6):1065-76.
18. Ponte D, Ferreira K, Costa N. O controle do odor na ferida maligna. *J tissue regeneration and healing*. 2012, 1 (1): 38-43.
19. Vaquer M. Manejo de las úlceras cutâneas de origen tumoral; cutánides. *Rev Int Grupos Invest Oncol*. 2012, 1(2):52-9.
20. Weller C, Sussman G. Wound Dressings Update. *Journal of Pharmacy Practice and Research*. 2006, 36(4): 318-24.
21. Heenan A. Alginates: na effective primary dressing for exuding wounds. *Nursing standard*. 22(7): 53-60, 2007.
22. Alexander S. Malignant fungating wounds: key symptoms and psychosocial. *Journal of Wound Care*. 2009, 18(8):325-29.
23. Rizzo JM, Nascimento VC. Analgesia balanceada: revisão de conceitos e associação de fármacos analgésicos no controle da dor. *Rev Bras Cuidados Paliativos*. 2(2): 5-17, 2009.
24. Lo S-F, Hayter M, Hu W-Y, Tai C-Y, Hsu M-Y, Li Y-F. Symptom burden and quality of life in patients with malignant fungating wounds. *Journal of Advanced Nursing*. 2012, 68(6), 1312–21.



25. Kawatta CH, Benedetti GV, Travaglia T, Araújo EJA. Fisiopatologia da caquexia no câncer: uma revisão. Arq Ciênc Saúde UNIPAR. 2009, 13(3): 267-72.
26. Corrêa PH, Shibuya E. Administração da terapia nutricional em cuidados paliativos. Rev Bras Cancerol. v.53, n. 3, p. 317-23, 2007.
27. Silva MPN. Síndrome da anorexia-caquexia em portadores de câncer. Rev Bras Cancerol. 2006, 52(1): 59-77.

