

OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM FERIDAS NEOPLÁSICAS NA ASSISTÊNCIA PALIATIVA

RAFAELA MOUTA AGUIAR
GLORIA REGINA C. DA SILVA

RESUMO

O cuidado paliativo não tem característica curativa, portanto é de extrema relevância minimizar ou sancionar os sinais e sintomas apresentados, além de promover alívio da dor e uma melhor qualidade de vida. As feridas oncológicas constituem-se como uma das preocupações na assistência à saúde de pacientes com câncer, já que os efeitos da doença, como dor e aparência, interferem na qualidade de vida dessas pessoas e de suas famílias. O enfermeiro assume um papel fundamental no cuidado dessas feridas, através da orientação e da promoção à saúde. Portanto, é proposto nesse estudo científico o cuidado humanizado, prestando uma assistência mais efetiva e dinâmica, que minimize o desconforto, a dor, e os transtornos psicossociais que podem ser gerados pelas feridas oncológicas. Na maioria dos casos, o tratamento não leva à cicatrização da ferida, pois depende do câncer primário. Contudo, a cicatrização não é a principal meta do cuidado, mas o controle dos sintomas, visando uma melhor qualidade de vida aos portadores destas lesões.

PALAVRAS-CHAVE: *Cuidados com feridas oncológicas; Cuidado paliativo; Assistência de enfermagem.*

INTRODUÇÃO

O câncer é uma das doenças mais temidas no mundo inteiro. Grande parte desse medo é causada pela ausência de tratamento efetivo para a maioria dos tumores; isso se dá pelo fato da maior parte das patologias neoplásicas serem diagnosticadas tardiamente, o que leva ao difícil tratamento ou até mesmo à impossível cura, devido ao estado avançado em que a doença se encontra.¹

Entre os pacientes portadores de neoplasias 5 a 10% apresentam o desenvolvimento de metástase cutânea, o que vem a formar ulcerações oncológicas, estas por vezes nos últimos seis meses de vida. As úlceras neoplásicas estão ligadas à imprudência do paciente e sua demora para procurar um auxílio médico e/ou o diagnóstico tardio do profissional para dar início ao tratamento à doença. O tratamento deve ser de forma paliativa, ou seja, a intenção é minimizar sinais e sintomas, prevendo a melhora na qualidade de vida, sem efeito curativo, pois nestes casos promover o estadiamento da doença é trabalhar com chances remotas. Nos últimos tempos felizmente houve avanço em relação à terapia, técnicas cirúrgicas, radioterapia e quimioterapia, o que resultou numa elevação dos

percentuais de sobrevivência.²

A biologia do câncer deve ser bem compreendida pelos profissionais do setor da saúde, pois os mesmos costumam enfrentar decisões difíceis com relação à detecção e tratamento adequado eficaz, garantindo assim uma melhor qualidade de vida e/ou sobrevida do doente. É fundamental que o profissional que esteja em atendimento compreenda o estado do paciente e leve em consideração todos os comprometimentos do mesmo e de sua doença para traçar de forma efetiva um plano de cuidado. As lesões cutâneas tumorais são polêmicas entre pacientes, familiares e profissionais, devido às suas particularidades, pois cada ferida, assim como cada pessoa, é única e preserva sua auto-característica, tendo que ser tratada de uma forma equivalente.³

Observa-se que atualmente é difícil determinar uma conduta adequada à ferida, em decorrência não só do aumento de câncer, mas das lesões causadas e das diversas alterações. Desta forma, é essencial conhecer e escolher o material a ser utilizado nos curativos para amenização dos sintomas.⁴

O enfermeiro é o profissional da área de saúde que permanece mais tempo junto ao paciente, portanto, tem a oportunidade de contribuir muito para aumentar o conforto do mesmo e aliviar sua dor.⁵

A lesão tumoral exteriorizada causa mudança na imagem do portador, o que deprime sua autoestima e dificulta na realização de tarefas cotidianas. As feridas oncológicas afetam os pacientes também por revelarem uma visão contínua do seu quadro clínico; mais contundente, evidenciar que o aparecimento das mesmas pode significar um tratamento ineficaz, o avanço incurável da doença ou até mesmo o fim da vida.⁶

As feridas neoplásicas constituem-se por deformidades, ulcerações nos mais variados locais e mais inoportunos, incomodando com

seus odores, sangramentos e exsudação; afetam sobremaneira o paciente, pois, além de lembrá-lo a todo o tempo de sua doença, ainda o expõe a outras pessoas.⁷

Os odores dispensados das lesões oncológicas normalmente levam o doente ao isolamento familiar e social.⁸

DESENVOLVIMENTO

O tratamento paliativo não tem pretensão de cura, mas sim de reduzir os sinais e sintomas oriundos da doença, proporcionando uma melhor qualidade de vida para o paciente e sua família, permitindo a sua convivência social sem qualquer influência ou sub influência de sua doença. Desta forma, também proporciona conforto e segurança.

Nesse contexto, o enfermeiro é um profissional de grande importância na assistência ao paciente oncológico, com atuação especializada no cuidado à ferida neoplásica.

Para melhor entendimento do tema, buscou-se na literatura científica dos últimos 20 anos*, específica sobre o assunto, a fundamentação teórica para as considerações aqui realizadas, no sentido de oferecer orientações ao profissional de enfermagem na realização desses cuidados específicos a feridas malignas, e corroborar o que a prática clínica no ambulatório do Núcleo de Cuidados Paliativos do HUPE (NCP) vem apresentando.

DEFINIÇÃO DO CÂNCER

Câncer é uma patologia celular na qual uma única célula perde a capacidade de autorreconhecimento, diferenciação, funcionalidade, passando constantemente por mitose, ou seja, processo de replicação celular, formando um aglomerado de células, que constitui uma massa de tecidos, com ou sem capacidade de vascularizar-se e nutrir-se, denominado tumor ou lesão carcinógena.⁹

Mais de 100 doenças são chamadas de

* Dentre o material pesquisado e analisado, buscou-se a literatura de 1990 até a atualidade, contida em arquivos da web (sites científicos) e literatura impressa.

câncer; elas possuem características em comum, como a desordem no crescimento, capacidade de invadir outros tecidos e órgãos e migrar através da corrente sanguínea para qualquer região do corpo.

A célula migrante divide-se e multiplica-se rapidamente, formando tumores metastáticos. Eles, por sua agressividade, têm capacidade de invadir qualquer tipo de tecido, independente de nutrição. Esse tipo de câncer denomina-se tumor maligno. Por outro lado, existem células que, apesar da desordem em seu crescimento e replicação, percorrem o processo em ritmo mais lento e assemelham-se ao seu tecido originário; são chamadas de doenças neoplásicas benignas.¹⁰

FERIDAS ONCOLÓGICAS

As feridas neoplásicas são formadas pela infiltração das células malignas do tumor nas estruturas da pele. Ocorre quebra da integridade do tegumento e, em decorrência da proliferação celular descontrolada que o processo de oncogênese induz, ocorre a formação de uma ferida evolutivamente exofítica.¹¹

As denominações mais comuns que estas feridas recebem são “feridas neoplásicas” ou “feridas tumorais”. No entanto, outros termos podem ser encontrados, para discriminação em protocolos: “feridas tumorais malignas cutâneas” (considera as características evolutivas e a localização da ferida), “feridas ulcerativas malignas” (quando estão ulceradas e formam crateras rasas), “feridas fungosas malignas ulceradas” (união do aspecto vegetativo e partes ulceradas), “feridas fungosas malignas” (quando são semelhantes à couve-flor) ou ainda “feridas neoplásicas vegetantes”.¹²

CUIDADOS COM AS FERIDAS ONCOLÓGICAS

Saber o comportamento da célula tumoral frente a um produto cicatrizante é um fato inexplorado, mas intrigante à luz dos princípios da carcinogênese. Observa-se, na prática,

que os pacientes portadores destas feridas, sob tratamento pela radioterapia e quimioterapia, têm considerável resposta à redução e involução do processo desfigurante que elas ocasionam, fato que fala a favor da utilização de produtos cicatrizantes.

Mas, considerando que a recidiva do tumor pode ser consequência de uma única célula alterada, questiona-se o uso dos produtos cicatrizantes, visto que eles induzem a divisão celular para fins de reparação tecidual. Os pacientes excluídos da fase de tratamento curativo, à medida que o quadro clínico se agrava, caminham para o aumento progressivo da ferida neoplásica, onde o tecido necrótico se prolifera e o uso dos antissépticos, considerados citotóxicos para o tecido de granulação, passa a ser útil porque a cicatrização não é a meta. O objetivo é alcançar o controle da secreção e do odor, sangramento, dor e prurido, e a meta é o curativo confortável, funcional e estético. O controle do odor e da secreção requer limpeza criteriosa e cuidadosa, com o uso de soluções antissépticas. No consenso entre toxicidade e efetividade, proteger a pele e as bordas da ferida tumoral com pomada à base de óxido de zinco tem sido técnica recomendada. Na prática vivenciada, esta ação mostrou-se efetiva também como técnica de analgesia, uma vez que os pacientes que dela se utilizaram referiram sentir menos dor ao redor da ferida.^{13, 14}

PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO PALIATIVO

Como profissional integrante de equipe multi e interdisciplinar, o enfermeiro, no campo dos Cuidados Paliativos, tem atribuições específicas:

- Realizar a Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE) priorizando os diagnósticos de enfermagem relacionados à melhoria da qualidade de vida;
- Prestar consultas de enfermagem em cada retorno do paciente ao ambulatório, preferencialmente antes da consulta médica,

seguindo os protocolos normatizados;

- Orientar o paciente e familiares quanto ao uso de medicamentos (ação, dosagem e efeitos colaterais) e eventuais procedimentos a serem realizados em domicílio;
- Conscientizar o paciente e/ou cuidador quanto à importância de desenvolver o autocuidado;
- Supervisionar e controlar a administração de drogas prescritas;
- Realizar procedimentos como: troca de Sonda Nasogástrica (SNG), Sonda Nasoenteral (SNE), Sonda Vesical de Demora (SVD), cateterismo intermitente e curativos, sempre que necessário;
- Auxiliar na consulta ou em procedimentos médicos, como: analgesia epidural ou controle de bombas internas.¹⁵

CONTROLE DA DOR

O controle da dor é essencial para a qualidade de vida, considerado componente de qualidade no tratamento do câncer. A dor é um sintoma complexo e angustiante, afetando a qualidade de vida do paciente. É uma experiência individual que inclui aspectos físicos e psicossociais.

A dor é uma grande preocupação na assistência à saúde, considerada como uma das principais prioridades. O alívio da dor oncológica é designada como área prioritária para a pesquisa e educação profissional, pois é o principal sintoma com impacto na qualidade de vida. Portanto, um melhor controle da dor pode resultar em benefício para um número significativo de pacientes com câncer.

A fisiologia da dor é mais bem explicada pela percepção e resposta do indivíduo a estímulos nocivos. Uma das causas é quando uma terminação de nervo sensorial periférico é afetada, o que ocasiona percepção de dor. Outro caso é a série de eventos neurais subsequentes que levam os impulsos elétricos pelo sistema nervoso, do periférico ao central, e a atividade neural que controla neurônios de transmissão

da dor originada no sistema nervoso periférico e/ou central; apesar de serem comprovados ainda existe o aspecto perceptivo, que é pessoal e individual: engloba fatores psicológicos e emocionais, que são pouco compreendidos.

A dor no câncer é o resultado de múltiplas causas, incluindo envolvimento direto do tumor, compreensão ou infiltração de nervo ou comprometimento de partes moles. Com frequência, a dor também é resultado de tratamentos, incluindo quimioterapia, radioterapia e síndromes pós-cirúrgicas.

A dor resultante de estimulação de receptores nervosos é dor nociceptiva, enquanto a dor resultante de lesão de nervos é dor neuropática. Essas classificações tornam-se importantes na seleção das opções de tratamento.¹

Uma das classificações de maior importância na clínica da dor é a distinção entre dor aguda e crônica. A dor aguda é definida como a de início súbito e em geral tem causa conhecida e duração limitada. A dor crônica é oposta, pois o indivíduo não consegue se lembrar de seu início e sabe que pode não haver outro fim, que não a morte eventual.

A dor também é um sintoma que impacta a família, assim como o paciente com o câncer. O bem estar social é reduzido à medida que a dor interfere nos papéis e relacionamentos, na sexualidade e na aparência. O bem estar espiritual inclui crenças religiosas e a dimensão do sofrimento, assim como o significado da doença e da dor para o paciente.

A prevenção da dor antes da troca do curativo é essencial; deve-se avaliar a dor da ferida quanto ao tipo, intensidade, frequência e duração. Antes do procedimento deve ser aplicado spray ou solução analgésica.

Normalmente a aplicação das soluções analgésicas antes da substituição do curativo é eficaz para retirada do mesmo no momento da troca, minimizando o estímulo doloroso.¹⁶

Junto à cobertura primária e dependendo da conduta aplicada, pode-se fazer associações de morfina com hidrogel e também metronidazol.

A manutenção do meio úmido reduz a

quantidade de troca, evitando traumatismo da ferida e, conseqüentemente, auxiliando no controle da dor.

A utilização de gel anestésico com tricíclicos e corticoides no leito da lesão, normalmente atua reduzindo a dor associada a escoriações e infecções perilesionais. É de fundamental importância avaliar corretamente não só a ferida mas também sua periferia, pois é ela que sustentará o curativo.

Com base nesse fato, a escolha do método de fixação tem que ser específico para cada tipo de lesão, já que temos hoje uma gama generosa de fitas adesiva das mais variadas formas e materiais, desde os microporados mais conhecidos até os suaves adesivos têxteis, como o medipore, que não contam com a linha de proteção de contato como as películas barreiras também conhecidas como selantes.

É importante sempre levar em conta que prevenir estas lesões é mais simples que tratá-las, sem falar que cada lesão é importante e aumenta a vulnerabilidade a infecções secundárias.

O tamanho e formato do curativo deve ser proporcional à lesão, no tocante à anatomia, para evitar que a ferida fique muito aparente e afete a autoimagem do paciente.¹⁷

CONTROLE DE ODORES E SANGRAMENTO

Numa análise retrospectiva, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) refere que, em 2004, a mortalidade por câncer representou 13,7% da população brasileira (a segunda causa de mortes no país), totalizando 141 mil óbitos, aumentando no ano de 2009 para um total de 164.864 óbitos por câncer no Brasil, sendo 88.680 em homens e 76.184 em Mulheres. Dados estatísticos ressaltam que, nos últimos anos, ocorreram 12.852 óbitos decorrentes do câncer de mama sendo 147 homens e 12.705 mulheres (2010); 8.109 decorrentes do câncer de cólon e reto, sendo 5.878 homens e 2.231 mulheres (2010); o câncer de pele não melanoma seria responsável por 1.507 óbitos sendo 842 homens e 665 mulheres (2010); 1.392 óbitos por melanoma, sendo

827 homens e 565 mulheres (2009). Ainda, o câncer de boca acometeu 6.510 pessoas, sendo 5.136 homens e 1.394 mulheres (2009).¹⁷⁻¹⁹

Esses números continuam aumentando significativamente, tanto por novos diagnósticos quanto por mortalidade.

Tais dados demonstram o impacto para a Enfermagem em Cuidados Paliativos, pois os cânceres mencionados são os que apresentam maiores probabilidades de formação de fístulas e feridas ao final da vida, em decorrência do avançar da doença ou como efeito tardio da linha de tratamento radioterápico.²⁰

As feridas decorrentes do avanço tumoral são chamadas de Feridas Malignas Cutâneas e, nas dependências de sua progressão, recebem ainda a designação de Ferida Fungosa ou Ferida Fungosa Maligna. Ainda hoje, a literatura sobre a melhor conduta frente a estas feridas é escassa. Porém, são muitos os problemas que elas ocasionam aos pacientes.

Uma 'Ferida Maligna Cutânea' (Ferida Tumoral) é definida como "uma quebra na integridade epidérmica causada pela infiltração de células malignas"⁸. Ocorrem infiltração e envolvimento da pele em 5 a 10% de pessoas com doença metastática, geralmente durante os últimos seis meses de vida. Alteram a dignidade, a aparência física e diminuem a qualidade de vida do paciente. Podem ocorrer de forma individualizada ou em grupos, e têm como características a presença de exsudato, odor fétido, infecção, sangramento e sensação dolorosa.

Firmino *et al.*⁸ salientam que, na literatura, há expressiva atenção às grandes deformidades que estas feridas causam, somadas ao odor exalado, citado muitas vezes como "intoleráveis". Como uma das formas de se controlar o odor, está descrito o uso do metronidazol: um antibiótico ativo contra bactérias anaeróbicas e protozoários, que exerce atividades antibacteriana, antiparasitária e anti-helmíntica. Este medicamento atua pela captação e ativação intracelular e isto se explica pelo fato de que os elétrons que transportam proteínas necessárias para a reação intracelular só são encontrados na bactéria anaeróbica. Uma vez dentro da

célula, exercerá suas propriedades citotóxicas, interagindo com o DNA, produzindo perda da estrutura helicoidal, ruptura da cadeia e consequente inibição da síntese de ácidos nucleicos e morte celular.²¹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento paliativo oncológico tem como objetivo intervir na minimização dos sinais e sintomas, já que no estágio em que esses se encontram a reversão é praticamente remota, além de proporcionar uma melhor qualidade de vida, gerando bem estar à família e ao paciente e incentivando o mesmo ao convívio social.

Espera-se que este estudo traga contribuições relevantes que demonstrem a importância do profissional de enfermagem na assistência ao paciente oncológico, principalmente no que concerne ao cuidado da ferida neoplásica, e, mais além, que possa despertar o interesse das equipes especializadas para a continuidade desta pesquisa e aprofundamento de tema de tão valioso no campo do atendimento humanizado em Cuidados Paliativos.

REFERÊNCIAS

1. Pollock RE. (ed) . Manual de Oncologia Clínica da UICC. 8. ed. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 2006. 919 p.
2. Poletti NAAP, Caliri MHL, Simão CDSR, Juliani KB, Tácito VE. Feridas Malignas: uma revisão de literatura. *Rev Bras Cancer*. 2002;48(3):411-17.
3. Vera JLA, et al. El aumento de qualidade de vida em los pacientes con úlceras neoplásicas: un reto para los profesionales de enfermería. *Rev Enferm Oncol* [Internet]. 2001 [Acesso Em 03 Mar. 2012];6(2):230-6. Disponível em: <http://www.seeo.org/revis.html#>
4. Camargo TC, Gomes IP. Feridas Tumorais e Cuidado de enfermagem: buscando evidências para o controle de sintomas. *R Enferm UERJ*. 2004;12:211-6.
5. Tulli ACP, Pinheiro CSC, Teixeira SZ. Dor Oncológica: os cuidados de enfermagem. *Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia*. 2005;4 (5): 123-35.
6. Bauer C, Gerlach M, Doughty D. Care Of Metastatic Skin Lesions. *J Wocn*. 2000; 27:247-51.
7. Upright Ca, Salton C, Roberts F, et al. Evaluation Of Mesalt Dressing And Continuous Wet Saline Dressings In Ulcerating Metastatic Skin Lesions. *Cancer Nursing*. 1994;17(2):149-55.
8. Firmino F, Araújo DF, Sobreiro V. O controle da odor em feridas tumorais através do uso do metronidazol. *Prática Hospitalar*. 2002;4(24):30-3.
9. Schadeck CR, Nakamura EK. Tratamento paliativo em feridas oncológicas. *NetSaber Artigos*. [Acesso em 1 mar 2012] Disponível em http://artigos.netsaber.com.br/resumo_artigo_14075/artigo_sobre_tratamento_paliativo_em_feridas_oncológicas
10. Moraes GFBK. Câncer. Acesso Em 29 Mar. 2009. <http://www.ufv.br/dbg/BIO240/ac09.htm>
11. Haisfield WME, Baxendale CLM. Staging of malignant cutaneous wounds: a pilot study. *Oncol Nur Forum*. 1999 Jul;26(6):1055-64
12. Santos CMC. Tratamento tópico de feridas fungosas [homepage na Internet]. [acesso em 16 jan 2012]. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/grad/monografia/1999/2219668.htm>
13. Haisfield WME, Rund C. Malignant cutaneous wounds: developing education for hospice, oncology and wound care nurses. *Int J Palliat Nurs*. 2002;8(2):57-66.
14. Haisfield WME, Rund C. Malignant cutaneous wounds: a management protocol. *Ostomy Wound Manage*. 1997 Jan-Feb;43(1):56-60.
15. Secretaria de Estado De Saúde - DF. Fluxo para Cuidados Paliativos, Gerência de Câncer – Núcleo de Cuidados Paliativos. 2009.
16. Seaman S. Home care or pain, odor, and drainage in tumor associated wounds. *Oncology Nursing Forum*. 1995; 22(6):987.
17. BRASIL. Instituto Nacional de Câncer - INCA, Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed. rev. atual. ampl. – Rio de Janeiro: INCA, 2008. 628 p. [acesso em 06 ago 2012]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/enfermagem/index.asp>
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2009. 98 p. [acesso em 06 ago 2012]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/estimativa20091201.pdf>
19. BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2012 : incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca, 2011. 118 p. [acesso em 06 ago 2012]. Disponível em <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>

20. Dealey C. Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2001.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA, Estimativas da incidência e mortalidade por câncer. Rio de Janeiro: INCA; 2001.

ABSTRACT

Palliative care does not aim cure, so it is extremely important to minimize or solve signs and symptoms, and promote pain relief and improved quality of life. The oncologic wounds are of great concern in the care of cancer patients, since the effects of the disease such as pain and appearance, affect the quality of their lives and

their families. The nurse plays a key role in the care of these wounds, including guidance and promotion to health. Therefore, it is proposed that scientific study of the humanized care by providing assistance more effective and dynamic manner which minimizes the discomfort, pain, and psychosocial disorders that can be generated by the wounds cancer. In most cases, the treatment does not lead to wound healing because it depends on the primary cancer. However, healing is not the primary goal of care, but control of symptoms, seeking a better quality of life for patients with these lesions.

KEY WORDS: *Oncology wounds care, Palliative care, Nursing care.*

TITULAÇÃO DOS AUTORES

EDITORIAL

LILIAN HENNEMANN-KRAUSE

Médica Anestesiologista e do HUCFF-UFRJ;

Responsável pelo Núcleo dos Cuidados Paliativos do HUPE-UERJ;

Mestranda FCM-UERJ;

Pós-graduação-Geriatria e Gerontologia-UnATI-UERJ;

Endereço para correspondência:
Rua Itacuruçá, 60 apto. 501, Tijuca
Rio de Janeiro - RJ. CEP 20510-150

LUCIANA MOTTA

Médica Geriatra;

Doutora em Saúde Coletiva;

Coordenadora do Núcleo de Atenção ao Idoso/UnATI/HUPE/UERJ.

ARTIGO 1: CUIDADOS PALIATIVOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO

RODOLFO ACATAUASSÚ NUNES

Professor Adjunto do Departamento de Cirurgia Geral da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Mestre e Doutor em Cirurgia Geral –
Setor Torácico da UFRJ.
Livre-Docente em Cirurgia Torácica - UNI-Rio.

Endereço para correspondência:
Rua Santa Luíza 259 apto. 104, Maracanã
Rio de Janeiro - RJ. CEP 20511-030

LILIAN HENNEMANN-KRAUSE

(Vide Editorial)

ARTIGO 2: AINDA QUE NÃO SE POSSA CURAR, SEMPRE É POSSÍVEL CUIDAR.

LILIAN HENNEMANN-KRAUSE

(Vide Editorial)

ARTIGO 3: DOR NO FIM DA VIDA: AVALIAR PARA TRATAR.

LILIAN HENNEMANN-KRAUSE

(Vide Editorial)

ARTIGO 4: TRATAMENTO DA DOR ONCOLÓGICA EM CUIDADOS PALIATIVOS.

ODILEA RANGEL

Anestesiista da Clínica de Dor do Hospital
Universitário Pedro Ernesto da UERJ;

Responsável pelo setor de dor neoplásica da Clínica
de Dor da UERJ.

CARLOS TELLES

Professor Associado, chefe do Serviço de
Neurocirurgia e Clínica de Dor da UERJ.

ARTIGO 5: ASPECTOS PRÁTICOS DA PRESCRIÇÃO DE ANALGÉSICOS NA DOR DO CÂNCER.

LILIAN HENNEMANN-KRAUSE

(Vide Editorial)

ARTIGO 6: A FISIOTERAPIA NO ALÍVIO DA DOR: UMA VISÃO REABILITADORA EM CUIDADOS PALIATIVOS.

DANIELLE DE M. FLORENTINO

Fisioterapeuta;
Especialização em Fisioterapia Oncológica-INCA;

Núcleo de Cuidados Paliativos e Centro
Universitário de Controle do Câncer/UERJ.

Endereço para correspondência:
Rua XV de novembro no 226 /201, Centro
Niterói - RJ. CEP 24020-125
E-mail: danimeflo@yahoo.com.br

FLAVIA R. A. DE SOUSA

Especialização em Geriatria e Gerontologia /
UnATI-UERJ.

Núcleo de Cuidados Paliativos e Centro
Universitário de Controle do Câncer/UERJ.

ADALGISA IEDA MAIWORN

Doutoranda em Ciências Médicas na Disciplina
Pneumologia pelo Programa de Pós Graduação
Em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências
Médicas;

Responsável técnica da Divisão de Fisioterapia da
Policlínica Piquet Carneiro da Universidade do
Estado do Rio de Janeiro;

Conselheira do CREFITO - 2.

ANA CAROLINA DE AZEVEDO CARVALHO

Doutora - Ciências Biológicas-UFRJ;

Chefe do Setor de Fisioterapia - HUPE-UERJ.

KENIA MAYNARD SILVA

Doutoranda em Ciências Médicas na Disciplina
Pneumologia pelo Programa de Pós Graduação
Em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências
Médicas;

Fisioterapeuta da Disciplina de Pneumologia do
HUPE.

ARTIGO 7: A COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS: MENTIRA PIEDOSA OU SINCERIDADE CUIDADOSA.

JANETE A. ARAUJO

Psicóloga;

Especialista em Psicologia Médica;

Núcleo de Cuidados Paliativos - HUPE.

Endereço para correspondência:
Rua Albano, 244 apto.101 bl.1, Praça Seca
Rio de Janeiro - RJ. CEP 22733-010
Telefone: (21) 9673-6917
E-mail: netteallves@hotmail.com

ELIZABETH MARIA PINI LEITÃO

Professora da Disciplina de Saúde Mental e Psicologia Médica da FCM/UERJ;

Chefe da Unidade Docente Assistencial;

UDA de Saúde Mental e Psicologia Médica - HUPE/FCM/UERJ.

ARTIGO 8: BUSCANDO NOVOS SENTIDOS À VIDA: MUSICOTERAPIA EM CUIDADOS PALIATIVOS.

ELISABETH M. PETERSEN

Musicoterapeuta
Especialização em Psico-oncologia.

Endereço para correspondência:
Rua Engenheiro Enaldo Cravo Peixoto, 95
apto.1204, Tijuca
Rio de Janeiro - RJ. CEP 20511-230
Telefone: (21) 9242-9863
E-mail: bethpet2@yahoo.com.br

ARTIGO 9: O SENTIDO DO SOFRIMENTO HUMANO.

FABIO DE F. GUIMARÃES

Graduado e Mestre em Psicologia pela Universidade Gregoriana de Roma

Endereço para correspondência:
Av. 28 de Setembro, 200, Vila Isabel
Rio de Janeiro - RJ. CEP 20551-031
Telefones: (21) 2568-3821, (21) 9727-9098
E-mail: fabiusfg@gmail.com

ARTIGO 10: O CUIDADOR DO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS: SOBRECARGA E DESAFIOS.

JANETE A. ARAUJO

(Vide Artigo 7).

ELIZABETH MARIA PINI LEITÃO

(Vide Artigo 7).

ARTIGO 11: OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM FERIDAS NEOPLÁSICAS NA ASSISTÊNCIA PALIATIVA.

RAFAELA MOUTA AGUIAR

Enfermeira;
Especialização Enfermagem do Trabalho;
Núcleo de Cuidados Paliativos – NCP-HUPE.

Endereço para correspondência:
Rua Saldanha Marinho 4 , Santo Cristo
Telefones: (21) 9808-6858
E-mail: rafaaguiar9@hotmail.com

GLORIA REGINA CAVALCANTI DA SILVA

Enfermeira;
Especialização em Enfermagem Cirúrgica;
Serviço de Enfermagem de Pacientes Externos;
Chefe de enfermagem do Ambulatório Central e Descentralizado - HUPE.

ARTIGO 12: HIPODERMÓCLISE OU VIA SUBCUTÂNEA.

MARIA O. D'AQUINO

Enfermeira do Núcleo de Cuidados Paliativos do HUPE;

Especialista em Enfermagem do Trabalho
Fac. de Enf. Luiza de Marillac;

Especialista em Enfermagem Intensivista - UERJ.

Endereço para correspondência:
Rua Santa Alexandrina, 70 apto 104 , Rio Comprido
Rio de Janeiro - RJ. CEP 20261-232
Telefones: (21) 3027-5194, (21) 2215-6875
E-mail: modaquino@ig.com.br

ROGÉRIO MARQUES DE SOUZA

Enfermeiro

Coordenador de Enfermagem Hupe/UERJ

Professor da Universidade Veiga de Almeida

Especialista em Administração dos Serviços de Saúde UERJ - 1999

ARTIGO 13: A VIVÊNCIA DA
FONOAUDIOLOGIA NA EQUIPE
DE CUIDADOS PALIATIVOS DE UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO
RIO DE JANEIRO

ANDRÉA DOS S. CALHEIROS

Fonoaudióloga;
Pós-graduação em Fonoaudiologia Hospitalar;
Preceptora de Fonoaudiologia da residência em
Fonoaudiologia do HUPÉ/UERJ.

Endereço para correspondência:
Rua Alecrim 722
Rio de Janeiro - RJ. CEP 21221-050
Telefones: (21) 3391-0905, (21) 7816-2324
E-mail: andreacalheiros@gmail.com

CHRISTIANE LOPES DE ALBUQUERQUE

Doutoranda em Clínica Médica / Terapia Intensiva
FM-UFRJ;
Mestre em Ciências Médicas pela FCM - UERJ;
Pós-graduação em M.O. - Disfagia pelo CEFAC- RJ.