



Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização
Enfermagem Médico-Cirúrgica Opção
Enfermagem Oncológica
Relatório de Estágio

Intervenção de Enfermagem à Pessoa com Ferida
Maligna

Nuno Miguel Gonçalves Monteiro Silva

Lisboa
Abril, 2017



Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização
Enfermagem Médico-Cirúrgica Opção
Enfermagem Oncológica
Relatório de Estágio

**Intervenção de Enfermagem à Pessoa com Ferida
Maligna**

Nuno Miguel Gonçalves Monteiro Silva

Orientadora: Patrícia Vinheiras Alves

Lisboa
Abril, 2017

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, consisting of several overlapping, curved green shapes that resemble stylized waves or leaves, extending from the right edge towards the center.

AGRADECIMENTOS

A concretização deste trabalho só foi possível devido ao contributo primoroso de algumas pessoas. Desta forma, gostaria de expressar a minha gratidão a todos aqueles que deram o seu apoio, uns mais presentes que outros, porém, todos se revelaram valiosos para a execução de um trabalho desta natureza.

Em primeiro lugar, quero agradecer à minha orientadora, Professora Patrícia Vinheiras Alves, pela sua permanente disponibilidade. Quero-lhe agradecer também pelas suas sugestões e comentários que contribuíram decisivamente para que fosse possível atingir os objetivos deste relatório.

À minha linda esposa e à minha querida filha um agradecimento especial pela compreensão e sacrifício do tempo dedicado ao mestrado. Por me ajudarem a prosseguir quando a vontade era de desistir, por me ouvir quando o entusiasmo ou o desalento me invadiam, por me ter incentivado e dado a maior das forças durante este percurso.

À minha família, principalmente à minha irmã, pelo incentivo e apoio dado em todos os momentos de realização deste trabalho.

A todas as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente neste percurso, em particular à Sr^a Enfermeira Helena Vicente e a todos os meus colegas de trabalho.

Aos meus amigos pela amizade e incentivo constantes.

Obrigado!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

CIPE – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*

CP – Cuidados Paliativos

DGS – Direção Geral de Saúde ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

OMS – Organização Mundial de Saúde

EONS – European Oncology Nursing Society

FM(s) – Ferida(s) Maligna(s)

IARC – International Agency for Research on Cancer

NHB – Necessidades Humanas Básicas

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNCP – Plano Nacional de Cuidados Paliativos

PNO – Portuguese Nurse Order

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

UE – União Europeia

RESUMO

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem: área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica, opção Enfermagem Oncológica, apresentando uma análise crítica e com base na evidência científica das atividades realizadas no decorrer de um estágio em três contextos distintos, tendo como finalidade desenvolver competências de enfermeiro especialista na área já referida.

A partir da reflexão sobre a minha prática de cuidados num serviço de oncologia e do levantamento de necessidades de formação dos colegas, surge a temática do projeto de formação e de intervenção que deu origem a este relatório – “Intervenção de Enfermagem à Pessoa com Ferida Maligna (FM) ”.

A metodologia de trabalho foi a de projeto, tendo efetuado estágio em três contextos distintos: num hospital vocacionado para o tratamento da pessoa com doença oncológica em dois serviços distintos (numa equipa multidisciplinar de tratamento de feridas e num serviço de Medicina) e num serviço de Pneumologia (onde também estão internados clientes a vivenciar situações oncológicas - no meu local de trabalho). Durante o mesmo, foi efetuada a pesquisa bibliográfica em bases de dados da CINAHL e MEDLINE, acedidas através da Plataforma agregadora de bases de dados EBSCO, PubMed e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, a observação da prática, a prestação de cuidados, a reflexão sobre a prática individual com os orientadores de estágio e também a reflexão escrita, a formação em serviço e a construção de documentos orientadores para os enfermeiros.

Para trabalhar esta temática, e porque o objetivo da intervenção do enfermeiro é promover o conforto da pessoa com FM e família, ancorei este percurso na teoria do conforto de Katharine Kolcaba.

Com este percurso desenvolvi competências comuns de enfermeiro especialista segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa da OE e competências preconizadas pela *European Oncology Nursing Society*.

Considero que também sensibilizei a equipa de enfermagem para a intervenção à pessoa com FM de uma forma centrada no cliente, tendo conseguido algumas alterações no serviço nomeadamente: disponibilização de mais e de novos materiais

de penso e adequação do *stock* de material de penso dirigido à FM; a adoção de novas práticas para monitorização da FM.

Palavras-chave: Doente Oncológico, Ferida Maligna, Intervenções de Enfermagem

ABSTRACT

In the context 6th Master's Degree in Nursing: Medical-Surgical Nursing Specialization area, Nursing Oncology option, I present a critical analysis based on the scientific evidence of the activities carried out during the internship in three different contexts. The ultimate goal is the development of skills as specialist nurse.

The theme of the intervention project that give to the present report is “Nursing intervention to the person with malignant wound”, arised from my practice in an oncology service and the training needs of my colleagues detected by a survey.

The project methodology carried oud an internship in three different contexts: in a hospital dedicated to the treatment of the person with oncological disease in two distinct services (in a multidisciplinary team of treatment of wounds and in a service of Medicine) and in a service of Pulmonology, where patients are also hospitalized for oncological conditions (in my workplace). During the same period, a bibliographic search was carried out in CINAHL and MEDLINE databases, accessed through the EBSCO database aggregator, PubMed and the Open Access Scientific Repository of Portugal, observation of practice, care delivery, reflection on the individual practice with the intern counselors and also the written reflection, the formation in service and the construction of guiding documents for the nurses.

In order to work on this subject, and because the main aim of the nurse's intervention is to promote the comfort of the person with malignant wounds and her family, we have anchored this course in Katharine Kolcaba's Theory of Comfort.

With the path covered, I acquired specialist nurse competences, according to the Portuguese Nurse Order (PNO), specific competences of the Nursing Specialist in Nursing in a Person with chronic and palliative Situation of the PNO and competences advocaded by the European Oncology Nursing Society.

I believe that I also sensitized the nursing team to the intervention of the person with malignant wound in a client-centered way, having achieved some changes in the service namely: provision of more and new materials of dressing and adequacy of the stock of dressing material directed to the malignant wound; and adoption of new practices for monitoring the malignant wound monitoring.

Key words: Oncologic Patient, Malignant Wound, Nursing Interventions

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1 EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS	17
1.1 Consulta de Feridas (Serviço A) – Hospital A	18
1.2 Serviço Medicina (Serviço B) – Hospital A	28
1.3 Serviço de Pneumologia (Serviço C) – Hospital B	37
2 AVALIAÇÃO.....	46
3 CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
APÊNDICES 63	
Apêndice I: Questionário sobre a pertinência da temática	
Apêndice II: Análise de resultados dos questionários sobre a pertinência da temática	
Apêndice III: Caracterização da consulta multidisciplinar de tratamento de feridas no Serviço A do Hospital A	
Apêndice IV: Folha de avaliação do cliente com ferida maligna	
Apêndice V: Reflexão I no Serviço A do Hospital A	
Apêndice VI: Caracterização do Serviço de Medicina no Serviço B do Hospital A	
Apêndice VII: Reflexão II no Serviço B do Hospital A	
Apêndice VIII: Plano da sessão de formação: “Intervenção de enfermagem à pessoa com ferida maligna” no serviço B do Hospital A	
Apêndice IX: Instrumento de avaliação da formação – “Intervenção de enfermagem à pessoa com ferida maligna” no serviço B do Hospital A	
Apêndice X: Análise dos resultados da formação – “Intervenção de enfermagem à pessoa com ferida maligna” no Serviço B do Hospital A	
Apêndice XI: Caracterização de Pneumologia no Serviço C do Hospital B	
Apêndice XII: Plano de sessão de formação – Apresentação do Projeto “A Intervenção de Enfermagem na pessoa com ferida maligna” no Serviço C do Hospital B	
Apêndice XIII: Plano da sessão de formação – “Feridas: Intervenção de Enfermagem” parte I no Serviço C do Hospital B	
Apêndice XIV: Plano da sessão de formação – “Feridas: Intervenção de Enfermagem” parte II no Serviço C do Hospital B	

Apêndice XV: Avaliação das formações – “Feridas: Intervenção de Enfermagem parte I e parte II no Serviço C do Hospital B

Apêndice XVI: Guia Orientador – Cuidados ao Cliente com ferida maligna

Apêndice XVII: Póster - Gestão Local da Ferida Maligna

Apêndice XVIII: Plano da Sessão de Formação – Intervenção de Enfermagem ao cliente com ferida maligna no Serviço C do Hospital B

Apêndice XIX: Documento de avaliação da sessão de formação – Intervenção de Enfermagem ao cliente com ferida maligna no Serviço C do Hospital B

Apêndice XX: Análise de avaliação da sessão de formação – Intervenção de Enfermagem ao cliente com ferida maligna no Serviço C do Hospital B

Apêndice XXI: Análise da avaliação da formação – Intervenção de Enfermagem ao cliente com ferida maligna

Apêndice XXII: Questionário da formação - Intervenção de enfermagem ao cliente com ferida maligna

Apêndice XXIII: Análise das respostas ao questionário de diagnóstico de conhecimentos sobre ferida maligna

Apêndice XXIV: Reflexão III no Serviço C do Hospital B

Apêndice XXV: Diagrama - Avaliação do cliente com ferida maligna

ANEXOS

Anexo I: Estrutura Taxonómica da Teoria do Conforto de Kolcaba

Anexo II: Documento para Apreciação Global da Formação utilizado no Serviço Pneumologia no Serviço C do Hospital B

Anexo III: Imagem esquemática da análise SWOT

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem: área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica, opção Enfermagem Oncológica, apresentando uma análise crítica e com base na evidência científica das atividades realizadas no decorrer de um estágio em três contextos distintos: num hospital vocacionado para o tratamento da pessoa com doença oncológica em dois serviços distintos (numa equipa multidisciplinar de tratamento de feridas e num serviço de Medicina) e num serviço de pneumologia (onde também estão internados clientes a vivenciar situações oncológicas - no meu local de trabalho). Este percurso teve como finalidade a obtenção do grau de Mestre e desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista¹ conforme preconiza a Ordem dos Enfermeiros (OE), numa vertente de Enfermagem Oncológica, tendo como referência as competências preconizadas pela European Oncology Nursing Society (EONS) e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa sem Situação Crónica e Paliativa.

A implementação deste projeto permitir-me-á otimizar os conhecimentos apreendidos na componente teórica do curso e desenvolver competências no contexto da prática de enfermagem.

A partir da reflexão sobre a minha prática de cuidados num serviço de pneumologia onde também existem clientes com doença oncológica e do levantamento de necessidades de formação dos colegas (a qual abordaremos adiante), surge a temática do projeto de formação e de intervenção que deu origem a este relatório – **INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM À PESSOA COM FERIDA MALIGNA.**

A doença oncológica² tem vindo a aumentar na União Europeia e em Portugal. Segundo o Programa Nacional para as Doenças Oncológicas (2013, p.5), que aponta

¹ Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010, p.2) o “Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.”

² Doença oncológica, mais vulgarmente conhecido como cancro é definido “como sendo um termo genérico para um grande grupo de doenças que podem afetar qualquer parte do corpo. Outros termos utilizados são tumores malignos e neoplasias. Uma característica que define o cancro é a rápida criação de células anormais que crescem além de seus limites habituais e que podem invadir partes adjacentes do corpo e espalhar-se para outros órgãos, sendo que este processo é referido como metástase. As metástases são uma das principais causas de morte por cancro. (trad. WHO, 2017) [em linha]

dados da International Agency for Research on Cancer (IARC, 2012), baseando-se no envelhecimento da população, refere que na UE existirá “um aumento dos novos casos de cancro em 13,7%. As previsões para Portugal são semelhantes e apontam para um acréscimo de 12,6%.” para os próximos 10 anos.

Ao longo do processo de doença, o doente oncológico irá ser submetido a vários tratamentos e poderá apresentar sinais e sintomas vários, decorrentes da doença e dos tratamentos. A dor, a fadiga, as náuseas, a alopecia, a anorexia, as alterações metabólicas e gastrointestinais, a depressão, a ansiedade (Pulido, Baptista, Brito & Matias, 2010; Hofman, Ryan, Figueroa-Moseley, Jean-Pierre & Morrow, 2007; Hickok, Morrow, Roscoe, Mustian, & a, 2005; Twycross, 2003) são exemplos de sintomas físicos e psicológicos que se podem virem a manifestar. Em cerca de 5% destes clientes podem aparecer feridas malignas (FM), duplicando a probabilidade para os clientes que apresentam metástases (Dowsett, 2002; Gomes & Camargo, 2004; Grocott, 2007; Lo, Hu, Hayter, Chang, Hsu & Wu, 2008; Selby, 2009; Grocott, Gethin & Probst, 2013; EONS, 2015), com compromisso na sua qualidade de vida. As feridas malignas são as lesões resultantes de uma infiltração do tumor ou de uma metástase na pele e podem envolver os vasos sanguíneos e linfáticos aferentes, e podem desenvolver-se em qualquer parte do corpo (EONS, 2015).

Maida, Ennis, Kuziemyky & Trozzolo (2009), encontraram como sinais e sintomas relacionados com a presença da FM, a dor, o exsudado, o odor, a hemorragia, a necrose, o prurido, o efeito massa da ferida e a preocupação com a estética; Haynes (2008) acrescenta ainda a infeção como podendo ser um sinal/sintoma a ter em conta nestas feridas. Em Agosto de 2015 a EONS nas recomendações que emanou, dá especial atenção à hemorragia, ao odor, à dor, ao exsudado e à infeção superficial.

Segundo a pesquisa apontada nas recomendações da EONS (2015) para o cuidado com os clientes com FM, as famílias³ são frequentemente o grande suporte no cuidado ao cliente com FM. Visto que a FM é a marca visível do cancro, esta experiência é descrita pelos cuidadores como terrível e que causa sofrimento psicossocial e emocional (Lo et al., 2008; Probst, Arber, Trojan & Faithfull, 2012; Agra,

³ Entende-se por “família”, segundo a CIPE versão beta2 (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2005, p. 115), “ um fenómeno de enfermagem de grupo com as características específicas: conjunto de seres humanos considerados como unidade social ou todo coletivo composto de membros unidos por consanguinidade, afinidades emocionais ou relações legais, incluindo as pessoas significativas”.

Fernandes, Platel & Freire, 2013). Há referência num estudo realizado por Probst, et al., (2012) que os cuidadores se sentem afetados pela troca de papéis de parceiro para cuidador⁴ e descrevem o quão difícil é gerir os sintomas relacionados com a ferida. Vêm-se forçados a assumir tarefas de cuidados paliativos (CP) para a gestão das feridas dos seus entes queridos. Os sintomas provocados pela FM constituem uma preocupação para o cliente e família, sendo um fator adicional de aumento de ansiedade para os clientes que enfrentam um prognóstico terminal e porque estas têm um impacto devastador, não apenas sobre a qualidade de vida do cliente mas também da sua família (Alexander, 2009b).

Probst, Arber & Faithfull (2013) sugerem que é essencial que os profissionais de saúde prestem apoio aos cuidadores para que estes sejam detentores da informação apropriada de como gerir a ferida e escolher o melhor tratamento local, assim como fornecer um bom suporte emocional. Se os profissionais não tiverem habilidade para dar esse suporte e perceberem as suas necessidades, as famílias/cuidadores poderão sofrer (EONS, 2015). Preconiza-se por isso uma abordagem holística mais abrangente, centrada no cuidado ao cliente (Probst, Arber & Faithfull, 2013). Tendo em conta que a FM, atendendo à especificidade deste tipo de lesão, tem uma cicatrização altamente improvável e causa, muitas vezes, grande descontrolo sintomático com implicações no conforto e na qualidade de vida da pessoa e família, perante um cliente com esta situação, é consensual e imprescindível que o foco de atenção e a meta principal da conduta dos profissionais de saúde passe a ser a maximização do conforto do cliente (Ponte, Ferreira & Costa, 2012), o que nos remete para um tratamento paliativo assente na filosofia dos CP. Os cuidados paliativos podem ser definidos “como uma resposta ativa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estes clientes e suas famílias” (APCP, 2017) [em linha] Estes assentam em 4 pilares essenciais: comunicação, trabalho em equipa, controlo de sintomas e apoio à família (DGS, 2010).

Alves e Vieira (2012, p.8) referem que no tratamento às feridas “os profissionais de saúde devem ser educados para intervir positivamente no processo de prevenção e tratamento de feridas, (...) têm que ter competências e habilidades, para avaliar o cliente e gerir os recursos humanos e materiais necessários”. Embora estes autores

⁴ Segundo Leitão e Almeida (2000, p.809) cuidador “é quem assume a responsabilidade do cuidar, dar suporte ou assistir alguma necessidade da pessoa cuidada, visando a melhoria de saúde”.

se estejam a referir às feridas na sua generalidade, também se pode aplicar às feridas malignas, visto que os clientes com FM vivenciam situações complexas, com uma interferência importante na qualidade de vida⁵ da pessoa em todas as suas dimensões, sendo que estas dimensões são: o desenvolvimento pessoal (relações interpessoais e autodeterminação), o bem-estar (emocional, físico e material) e a inclusão social (empregabilidade, cidadania e direitos) (Schalock & Verdugo, 2002).

A intervenção do enfermeiro nos cuidados ao cliente com FM e família é complexa, requerendo uma série de competências especializadas, pelo que considero ser necessário uma intervenção especializada de enfermagem.

Já que os enfermeiros não têm formação específica sobre FM, não estão treinados para usar uma abordagem de CP em contexto dos sintomas associados à FM (Lo et al., 2008) e a evidência nesta área está descrita em documentos de consenso de especialistas, havendo falta de estudos para confirmar ou refutar os resultados de forma a suportarem a prática dos enfermeiros (Lo et al., 2008; Alexander 2009a), a EONS em 2015 disponibilizou as “Recomendações para o Cuidado de Clientes com Feridas Malignas”. Este documento tem como objetivo apoiar as melhores práticas entre os enfermeiros que gerem este tipo de feridas, com base na literatura e experiências atuais. Também apontou para sistemas de avaliação de FM, que apenas estão disponíveis em Inglês que são: Toronto Symptom Assessment System for Wounds, Wound Assessment Tool, Wound Symptoms Self-Assessment Chart, TELER System e Hopkins Wound Assessment Tool, aconselhando, os enfermeiros a utilizar um instrumento de avaliação que permita satisfazer as necessidades da cada contexto e que vá ao encontro das habilidades e conhecimentos dos clientes envolvidos (EONS, 2015).

Uma das formas de orientar os enfermeiros para a intervenção ao cliente com FM pode ser através da formação e de guias orientadores da prática. Em Portugal, existe um modelo de como intervir no cliente com a FM, que é o guia redigido por Vicente (2011) “Guia orientador para o tratamento local das feridas malignas”. Este guia, embora esteja vocacionado apenas para uma realidade específica, que é a de um hospital vocacionado para o cliente oncológico, é um bom exemplo de como

⁵ Segundo o grupo de Qualidade de Vida da WHO (trad WHOQOL GROUP, 1994) [em linha] a qualidade de vida é “a perceção de um indivíduo acerca da sua posição na vida, em função do contexto cultural e o sistema de valores em que está inserido, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”

divulgar a informação junto dos profissionais de saúde.

Considero assim, a necessidade de formação específica dos enfermeiros na área do tratamento do cliente com FM, necessidade também sentida por mim e pelos colegas do serviço onde trabalho. No serviço onde trabalho estão internados clientes com FM e, refletindo sobre a prática de cuidados de enfermagem que aí se exerce, constatei que há dificuldades na intervenção junto destes clientes e famílias, não sendo feita de forma estruturada, surgindo muitas dúvidas sobre a decisão do melhor tratamento. Analisando o ano de 2014, dos 323 clientes internados na área oncológica, constatei que existem alguns⁶ casos de clientes com feridas oncológicas, que causam sofrimento e diminuição da sua qualidade de vida, podendo até levar à morte. Apesar de não ter números concretos dos clientes com FM, os casos que existiram suscitaram muitas dúvidas à equipa quanto à melhor forma de tratamento, sendo esta uma das justificações que suporta o meu interesse em trabalhar esta área. Foram também analisados os documentos formais existentes (manuais, protocolos, atas de reunião, relatórios de formação do serviço, entre outros) e não existem documentos no serviço para apoio à intervenção de enfermagem ao cliente com FM. A consciencialização e análise da situação foi concluída, quando foi aplicado um questionário de opinião (Apêndice I) para perceber a pertinência de trabalhar a temática e obtendo a resposta afirmativa por parte da equipa de enfermagem em que me incluo. (As respostas e a análise de resultado da aplicação desse questionário pode ser consultada no apêndice II).

Posto isto, e com o intuito de desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente enfermagem oncológica e fazer face à inexistência no serviço onde trabalho de uma forma sistematizada e com conhecimentos atualizados para intervir junto do cliente com FM e família; à diversidade de atuações na prestação de cuidados de enfermagem ao cliente com FM; ao risco potencial de comprometimento da segurança do cliente com FM, visto não estarem definidos procedimentos para identificação, análise, avaliação e monitorização dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente com FM, fez sentido trabalhar a temática **INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM À PESSOA COM FERIDA MALIGNA.**

⁶ Não foi possível contabilizar o número exato de clientes com FM, porque não existe base de dados específica para o efeito e o registo de enfermagem, por vezes, não faz a discriminação exata do tipo de ferida que o cliente apresenta.

O projeto foi planeado para ser posto em prática no 3º semestre do curso, durante os meses de Setembro de 2015 a Fevereiro de 2016. Assim, foram delineadas tarefas para realizar durante este período, em três locais de estágio diferentes. Dois estágios numa unidade hospitalar de referência no cliente Oncológico e um no meu contexto de trabalho. Propus-me, ao longo do estágio, a desenvolver competências e contribuir para a melhoria de cuidados à pessoa com FM.

Com já vimos anteriormente, a intervenção de enfermagem à pessoa com FM não tem como principal meta os cuidados de cicatrização, mas sim o controle dos sintomas (Probst, Arber, & Faithfull, 2009; EONS, 2015), com o propósito de minimizar o desconforto que dela resultam. É necessária uma avaliação crítica e sistemática de todos os conhecimentos disponíveis para que seja uma intervenção avançada, com efetividade de resultados na melhoria do conforto destes clientes, já que a FM interfere na qualidade de vida dos clientes e das suas famílias. (Grocott, 2007; Probst, Arber, & Faithfull, 2009).

Para trabalhar esta temática, e porque o objetivo da intervenção do enfermeiro é promover o conforto e minimizar os transtornos psicossociais gerados aos clientes, aos familiares e amigos destes, e até ao desconforto gerados aos profissionais (Grocott, 2007; Lo et al., 2008; Probst, Arber, Trojan & Faithfull, 2009) que todos os dias lidam com pessoas com FM, a teoria escolhida foi a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.

Katharine Kolcaba construiu uma teoria em que o conforto é “uma condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto. É a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psicoespiritual, social e ambiental) ” (trad. Kolcaba, 2010) [em linha].

Apóstolo (2010, p.30) define assim os três tipos de conforto:

O alívio é o estado em que uma necessidade foi satisfeita sendo necessário para que a pessoa restabeleça o seu funcionamento habitual; a tranquilidade é o estado de calma ou de satisfação, necessário para um desempenho eficiente; a transcendência é o estado no qual cada pessoa sente que tem competências ou potencial para planear, controlar o seu destino e resolver os seus problemas. Este tipo de conforto é também chamado de renovação.

Quanto aos contextos, Kolcaba define o contexto físico aquele que pertence às sensações do corpo, o contexto psicoespiritual que diz respeito à consciência de si próprio (autoestima, conceito de si mesmo, significado da vida), o contexto ambiental é aquele que diz respeito ao meio externo e o contexto social é o que alude às relações interpessoais, familiares e sociais.

Kolcaba (trad., 2010,¶2) [em linha] define necessidades de cuidados de saúde “aquelas identificadas pelo cliente / família num ambiente de prática particular” e em que a enfermagem “é descrita como o processo de avaliação das necessidades de conforto do cliente, desenvolvendo e implementando intervenções de enfermagem apropriadas e avaliando o conforto do cliente após intervenções de enfermagem.” A avaliação das necessidades segundo Kolcaba (2010) pode ser objetiva (como por exemplo no alívio da dor), ou subjetiva (perguntando se o cliente se sente confortável).

A autora desenvolveu um instrumento para medir o conforto, “*General Comfort Questionnaire*”, construído a partir da estrutura taxonómica para avaliar o conforto holístico de várias populações inseridas em contextos hospitalares e comunitários, com o intuito de operacionalizar a teoria construída (Tomey & Alligood (2004).

Segundo Tomey e Alligood (2004, p.489), esta teoria na prática “é bastante recente” e é “reconhecida pelos alunos que escolhem como esquema de orientação para os seus estudo”; no ensino a teoria é de “fácil compreensão e aplicação a estudantes de enfermagem e fornece um método eficaz para avaliar e abordar as necessidades de conforto holístico”.

Na atualidade, quando se define o conceito de conforto, alguns autores e organizações ainda valorizam mais a parte física do conceito, como se pode verificar na definição do Conselho Internacional de Enfermeiros (2005, p.45) que define o conforto como “um *status* com as características específicas: sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal”.

O relatório tem como principais objetivos: refletir sobre as aprendizagens e experiências vividas durante os estágios, tendo por base a dimensão ética e deontológica da intervenção do enfermeiro, ancoradas numa evidência científica e pensamento reflexivo sobre a prática; revelar de que forma as aprendizagens contribuíram para a aquisição de grau de Mestre e para o desenvolvimento das competências comuns de enfermeiro especialista e competências específicas de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Intervenção de Enfermagem Oncológica; divulgar os resultados obtidos com a execução do projeto.

O presente relatório está organizado em duas partes: na primeira são descritas os objetivos planeados e respetivas atividades realizadas, analisando-as criticamente e com base na evidência científica e apresentando as competências desenvolvidas e os resultados para os clientes e famílias; na segunda parte apresento os contributos da implementação do projeto, para a melhoria da qualidade de cuidados e assinalando os pontos fortes e fracos deste meu itinerário. Na conclusão serão delimitados os principais aspetos que foram trabalhados, as dificuldades e limitações do projeto, assim como, as perspetivas futuras. Em apêndice, foram colocados os trabalhos elaborados durante os estágios.

1 EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS

Com vista a desenvolver competências de enfermeiro especialista e promover a melhoria de cuidados no serviço onde trabalho no âmbito da intervenção de enfermagem à pessoa com FM, partiu-se da definição de um problema do meu serviço, para a construção de um projeto de intervenção, tendo realizado um estágio em três locais distintos: Os dois primeiros locais dizem respeito a um Hospital vocacionado para o cliente oncológico. Iniciei o percurso numa Consulta de tratamento de feridas que vou designar de Serviço A, no período de 28 de Setembro a 30 de Outubro de 2015. Seguiu-se o Serviço de Medicina (Serviço B) no período de 2 de Novembro a 18 de Dezembro de 2015. Por fim, o terceiro local foi realizado num Serviço de Pneumologia, tendo presentes clientes do foro oncológico (Serviço C) que teve lugar de 4 de Janeiro a 12 de Fevereiro. As razões para a escolha dos contextos de estágio foram: os dois primeiros por estarem inseridos numa instituição de referência no que diz respeito a clientes oncológicos e ao tratamento de pessoas com FM; o último trata-se do local onde me encontro a trabalhar e onde pretendo implementar o projeto com vista à promoção da melhoria de cuidados à pessoa com FM.

A partilha de experiências e os estágios de ensino clínico são 2 pilares durante a aprendizagem de um estudante. Para esta aprendizagem poder ser efetiva, é necessário refletir sobre os estágios realizados, expor as atividades executadas e descrever as competências desenvolvidas durante os mesmos. Costa (2008) refere que mais do que aprendizagem, implica necessariamente um trabalho de conceptualização da prática.

Durante a execução do projeto, além do estágio, fiz pesquisa bibliográfica alargada em livros, artigos, teses de mestrado e doutoramento e nas bases da CINAHL e MEDLINE acedidas através da plataforma agregadora de bases de dados EBSCO, PubMed, Google Scholar e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal; reflexão na e sobre a ação individual e com os orientadores, à observação da prática de cuidados, à prestação de cuidados, à construção de documentos de apoio à prática de enfermagem.

Na pesquisa bibliográfica realizada na CINAHL Plus with Full Text e MEDLINE with Full Text, foram usados os seguintes descritores: Fungating tumors; Malignant wounds; Neoplastic wounds; Oncological wounds; Tumor wounds; Fungating wound;

Wounds and Injuries; Treatment; Palliative care; Wound care; Wound palliation; Management; Nursing.

Foram selecionados 127 artigos, posteriores a 2000 até 2015, que tivessem o texto completo e que estivessem escritos em português, inglês ou espanhol.

Neste capítulo são apresentados os objetivos gerais e específicos delineados para cada local de estágio, assim como, as atividades desenvolvidas para alcançar estes objetivos. Vai ser usada uma análise reflexiva das atividades desenvolvidas e dos resultados obtidos, com base na evidência científica. Esta análise reflexiva será espelhada, em alguns casos, recorrendo a reflexões sobre eventos significativos ocorridos, seguindo o ciclo reflexivo de Gibbs. Por fim, exponho as competências de enfermeiro especialista desenvolvidas durante este percurso.

1.1 Consulta de Feridas (Serviço A) – Hospital A

Iniciei o estágio no Serviço A (Apêndice III), tendo definido como objetivo geral “Desenvolver competências de enfermagem do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa no cuidar de pessoas com ferida em diferentes contextos da prestação de cuidados”.

Como objetivos específicos defini:

1. Conhecer a dinâmica organizacional e o funcionamento da Consulta de Tratamento de Feridas,
2. Identificar as características da ferida e o impacto da mesma nas necessidades humanas básicas (NHB) da pessoa,
3. Identificar os procedimentos de referenciação dos clientes à Consulta de Tratamento de Feridas.

De forma a responder aos objetivos **“Conhecer a dinâmica organizacional e o funcionamento da Consulta de Tratamento de Feridas”** e **“Identificar os procedimentos de referenciação dos clientes à Consulta de Tratamento de feridas”**, comecei por dar conhecimento do meu projeto às minhas orientadoras. A minha integração no serviço não foi difícil pois este local de estágio não era desconhecido para mim, visto já ter tido a oportunidade de ter realizado um estágio de observação neste local, no âmbito da disciplina Cuidar do Cliente e Sua Família em Contexto Hospitalar, referente ao segundo semestre do mestrado. No âmbito da apresentação dos resultados conseguidos no ano de 2014 e no primeiro semestre de 2015, das várias consultas da instituição, tive oportunidade de assistir à apresentação

Intervenção de Enfermagem à Pessoa com Ferida Maligna

dos resultados do trabalho desenvolvido pela consulta de tratamento de feridas à instituição. Foi apresentado o percurso até se tornar uma consulta, a missão, os objetivos, a constituição da equipa e as formas de referenciação para esta consulta. Esta apresentação foi benéfica para perceber o número elevado de clientes que são alvo de intervenção por parte desta equipa e de que forma é feito o planeamento de cuidados aos clientes com ferida.

Como os clientes, que normalmente são alvo de cuidados têm feridas complexas, de difícil cicatrização, com muitas co-morbilidades associadas, são objeto de discussão pelos elementos da equipa. Tive oportunidade de assistir a algumas dessas discussões e com elas perceber de que forma é que são encaminhados, discutidos e planeados os tratamento para um determinado cliente. Os casos que assisti foram sugeridos pela equipa de enfermagem, versando sobre necessidade de controlo de sintomas através da prescrição de terapêutica (analgesia, antibioterapia,...); pela inexistência de um diagnóstico diferencial da ferida, onde eram pedidas biópsias e colheitas de produtos para análise; pela necessidade de usar material de penso altamente diferenciado para, deste modo, promover a cicatrização mais rapidamente, como é o caso de terapia por vácuo; necessidade de intervenção da nutricionista, prescrição de um plano nutricional específico para uma determinada situação. Estas discussões permitiram-me perceber as competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da gestão dos cuidados que o enfermeiro tem de ter para desenvolver este trabalho, sendo que estas são: disponibilizar assessoria aos enfermeiros e equipa; colaborar nas decisões da equipa multiprofissional; intervir melhorando a informação para o processo de cuidar, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar; reconhecer quando negociar com ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

A referenciação dos clientes a esta consulta pode ser feita de várias formas. Se fosse uma referenciação interna, podia ser realizada através de contato telefónico ou de impresso próprio preenchido por um médico ou enfermeiro, se fosse uma referenciação externa também podia ser efetuada via telefone ou então através de carta de referenciação médica (médico de família ou de outro hospital). Por norma, os casos são avaliados inicialmente pelas enfermeiras e sempre que necessário é solicitado apoio de qualquer outro elemento da equipa. Quando os clientes são

referenciados para as médicas da consulta, estas acabam por encaminhar os clientes para a equipa de enfermagem.

No decorrer do ano de 2015, foram realizadas mais de 2100 consultas. Visto que, na maioria dos casos, a admissão na consulta é realizada pela equipa de enfermagem, esta intervenção não se resume apenas à execução do tratamento à ferida. A enfermeira, na admissão do cliente faz um levantamento das necessidades do cliente e da necessidade de intervenção de outros elementos da equipa (médicos, nutricionista, farmacêutica). Encaminha os clientes para a nutricionista para esta fazer uma avaliação nutricional do cliente e sugerir um plano nutricional individualizado; encaminha para a médica quando há necessidade de prescrever medicação (ex. analgesia, antibioterapia) realizar diagnóstico diferenciais, realização de biópsias, requisições de colheita de produtos para análise. Existe também a colaboração de uma farmacêutica na aquisição de material de penso para prevenção e tratamento. Percebi que todos os profissionais trabalham em equipa, embora tenham intervenções independentes, estas não se podem individualizar, pois complementam-se de forma a conseguir-se uma abordagem perita no cuidado a estes clientes. Tal como refere Hesbeen (2000, p.45)

“os agentes de todas estas profissões têm por missão enquadrarem-se na mesma perspetiva profissional, a de prestarem cuidados às pessoas, de os ajudarem, de contribuírem para o seu bem-estar utilizando as competências e as características próprias do exercício da sua profissão“.

Este trabalho em equipa fez-me pensar que no meu serviço, na maioria das vezes, poderia haver uma conjugação de forças por parte dos vários profissionais da equipa, para que fossem alcançados resultados no tratamento ao cliente com FM, para promover o seu conforto e melhoria da sua qualidade de vida. Desde já a avaliação nutricional do cliente oncológico com FM poderia vir a ser realizada pelo menos uma vez, por cada internamento do cliente, de forma sistemática, devia haver a implicação do farmacêutico no processo de escolha de materiais que se adequem à FM, a implicação do médico no processo de cuidados à ferida, com prescrição atempada de material de penso e de medidas farmacológicas, para fazer face a alguns sintomas presentes na ferida e, por fim, a presença de um enfermeiro especialista em FM que prestasse cuidados diretos ao cliente com FM e que desse consultadoria aos colegas enfermeiros.

Desde o início consultei os manuais de normas e procedimentos do serviço, assim como os documentos de agendamento e registo da intervenção que era realizada. Verifiquei que a lista de clientes era grande e que exigia um exercício de planeamento de trabalho por parte das enfermeiras, de forma a conseguir uma resposta atempada e eficaz às necessidades dos clientes referenciados a esta consulta.

Embora a equipa tivesse um gabinete próprio para poder receber os clientes de ambulatório e realizar os tratamentos, havia a necessidade de estas enfermeiras se deslocarem aos serviços de internamento e a outras consultas do hospital para intervir noutros clientes. Quando as enfermeiras desta consulta se deslocavam aos serviços para realizar consultadoria, estas não se limitavam ao planeamento e execução do penso; muitas vezes era realizada a formação/ação aos enfermeiros desse serviço ao mesmo tempo que se cuidava dos clientes, possibilitando um momento de aprendizagem para os enfermeiros, a uniformização do tratamento à pessoa com FM e a continuidade de cuidados. Esta intervenção prestada por estas enfermeiras é uma intervenção perita e de especialista, indo ao encontro das competências comuns dos enfermeiros especialista através da “educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento e liderança”.

Tudo isto, fez-me pensar como seria benéfico que no meu hospital houvesse uma equipa para poder intervir nos clientes com feridas complexas e de difícil cicatrização. Percebi que esta equipa é sinónimo de ganhos em saúde. Traz dividendos para os clientes que são alvo de cuidados, para os enfermeiros que prestam cuidados à ferida e para o hospital com mais-valias económicas. Estas mais-valias económicas podem ser compreendidas em diminuição do tempo de cicatrização das feridas, logo períodos de internamento mais curtos; melhor uso de recursos materiais, com a utilização do penso mais indicado para obter o melhor resultado da intervenção.

Para dar resposta ao objetivo “**Identificar as características da ferida e o impacto da mesma nas NHB da pessoa**”, foram delineadas estratégias para aquisição de conhecimentos teóricos e práticos para intervir no cliente com ferida. Willis e Sutton (2013) referem que os profissionais são obrigados a recorrer às suas habilidades generalistas no tratamento de feridas, para poderem apoiar a sua tomada de decisão para cuidar das FM. Com o intuito de aquisição de conhecimentos mais abrangentes sobre feridas, participei no 9º Curso Feridas em Oncologia nos dias 13,

14, 20 e 21 de Outubro. Para além de poder aprender sobre os cuidados à pessoa com FM, também foram apresentados tratamentos sobre outro tipo de feridas no cliente oncológico (úlceras de pressão, feridas cirúrgicas, quebras cutâneas, radiodermites), prevenção de feridas, novos materiais de penso, terapias inovadoras, co-morbilidades associadas e fatores que podem prejudicar a cicatrização, importância da nutrição no cliente oncológico. No final do curso foram discutidos casos clínicos para que se pudessem trocar pontos de vista e orientar a nossa intervenção, ficando bem claro que, no caso dos clientes oncológicos, o tratamento da ferida é muito importante, mas é o conforto do cliente que deve ser uma prioridade (Ponte, Ferreira & Costa, 2012). O conforto é resultado imediato e desejável da prática de enfermagem (trad. Kolcaba, 2010) [em linha]. Ficou patente, a importância da família, visto que muitas vezes são os principais cuidadores destes clientes, cabendo-nos a nós, enfermeiros, conseguir o seu empoderamento, para que estes sejam parceiros da nossa intervenção, minimizando o sofrimento dos clientes e seus familiares (Probst, Arber & Faithfull, 2009) e promovendo medidas de conforto. Estas medidas de conforto são definidas por Kolcaba como “intervenções de enfermagem concebidas para abordar necessidades de conforto específico das pessoas, incluindo fisiológicas, sociais, financeiras, psicológicas, espirituais, ambientais e físicas” (Kolcaba, 1994 citada por Dowd, 2004, p.484).

Outra das estratégias foi acordar com as orientadoras que, embora a minha intervenção fosse mais direcionada para os clientes com FM, prestaria cuidados a clientes com outros tipos de feridas (úlceras de pressão, excertos, feridas cirúrgicas). Isto iria possibilitar ter uma abordagem de cuidados, mais abrangente, no cliente oncológico com ferida, com possibilidade de aprender novas técnicas de execução de penso, novos tratamentos e materiais de penso, vários tipos de tomadas de decisão para fazer face a sintomas descontrolados. A atribuição dos clientes ficou a cargo das enfermeiras orientadoras, que logo no início de cada turno faziam um planeamento comigo para poder intervir nos clientes que estas achassem mais proveitosos para a minha formação.

Neste local de estágio e nos que se seguiram, procurei “adotar uma conduta responsável e ética no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”, com o objetivo fundamental “da promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social” conforme está descrito no artigo 8º do REPE (2012). Quando conhecia um cliente novo, apresentava-me,

solicitava o consentimento informado garantindo o seu anonimato, para poder intervir, tal como é estabelecido artigo 105º do Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2015). Mantive sempre todas as informações recolhidas sigilosas, de forma a preservar o anonimato da pessoa, tal como é descrito no artigo 106º do mesmo código. Relativamente ao que está descrito o artigo 109º; empenhei-me em analisar regularmente o trabalho efetuado para detetar e corrigir eventuais falhas, que pudessem ocorrer, promovendo assim o conforto do cliente alvo de cuidados; procurei manter a atualização dos conhecimentos; garantir a qualidade de cuidados e assegurar a continuidade de cuidados.

Para poder dar resposta a este objetivo foi essencial construir um documento para me ajudar na abordagem ao cliente com FM que permitisse uma apreciação global do cliente e caracterização da ferida, assim como perceber o impacto da ferida na pessoa e nas necessidades humanas fundamentais. A folha de avaliação do cliente com FM (Apêndice IV) foi construída tendo por base a pesquisa da mais recente literatura sobre o tema, melhorada com a experiência adquirida ao longo do estágio, com o seu uso e da minha experiência profissional. Ao longo do tempo de estágio foi sendo aferida a aplicação da folha em clientes com FM, com as orientadoras do local de estágio e com a professora orientadora. Esta necessidade vai ao encontro do que refere Woo e Sibbald (2010) quando sugerem que para cuidar das pessoas com FM é necessária uma abordagem sistematizada e abrangente.

Esta folha está dividida em quatro partes distintas. Na primeira parte são utilizadas duas escalas: o Índice de Barthel para classificar o cliente relativamente à independência em dez atividades básicas (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007; Araújo, Pais-Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007) e outra para avaliar o risco nutricional (MUST - Escala Malnutrition Universal Screening Tool). A escala de MUST foi desenvolvida pelo Malnutrition Advisory Group, permite avaliar a malnutrição do cliente adulto e a necessidade ou não de o referenciar para o serviço de nutrição (Stratton, Hackston, Longmore, Dixon, Price, Stroud,... & Elia, 2004), sendo que a ferramenta em questão, foi já validada em oncologia, em Portugal (Sharma, Thompson, Kaambwa, Shahi, & Miller, 2013). Esta escala vai ao encontro da recomendação da EONS (2015) sugerindo que devido à alta perda de proteínas, através de exsudado e diminuição do apetite e do processo da doença ou náuseas às vezes causada pelo odor da ferida, a ajuda e conselhos de um nutricionista ou dietista deve ser procurado.

Na segunda parte, são caracterizadas as dimensões da ferida, a forma, os tecidos presentes, o tipo e volume de exsudado, verificada a condição da pele perilesão, prurido, dor, odor, permitindo-nos assim chegar ao estadió da FM utilizando a Escala de Haisfield-Wolfe e Baxendale-Cox (INCA, 2009) (ver folha de avaliação do cliente com FM onde consta esta escala – Apêndice IV) que é utilizada pelas enfermeiras do Serviço A. Permite fazer a comparação com o tipo de lesão oncológica que temos e o tipo de tratamento instituído pela equipe médica (Quimioterapia e Radioterapia). A EONS (2015), nas Recomendações para o Cuidado de Clientes com FM, constata que devido à aparência e configuração de uma FM poder ser distintamente variável, a avaliação e medição do tamanho pode não estar em conformidade com as abordagens convencionais. Por esse motivo a EONS (2015), no mesmo documento, propõe a monitorização fotográfica da ferida, para poder ilustrar a sua evolução e estas poderem ser úteis para fornecer a justificação para a escolha de produtos de gestão local da ferida, para ajudar na frequência de troca de pensos e no volume de produtos usados. Para se poder recorrer a esta forma de monitorização é indispensável o devido consentimento informado⁷ do cliente, de acordo com o artigo 105º do Código Deontológico e o enfermeiro tem como responsabilidade, garantir a confidencialidade e privacidade do cliente, em consonância ao que diz a alínea a) do artigo 106º.

A terceira parte avalia a percepção do cliente relativamente à sintomatologia da ferida que mais o incomoda, as consequências que a ferida trouxe para a vida do cliente, o impacto da ferida relativamente às necessidades humanas básicas, tendo por base as NHB de Virgínia Henderson (Tomey, 2004). Esta avaliação é muito importante, para podermos conhecer as preocupações da pessoa, e podermos dirigir a nossa intervenção para tentar corrigir o sintoma que mais apoquenta o cliente, visto que nem sempre este sintoma é valorizado pelo enfermeiro. Autores como Grocott (2007), Lo et al (2008) e (Probst, Arber, & Faithfull, 2009 e 2013) descrevem que um dos maiores problemas decorrentes das avaliações clínicas das FM é a gestão de sintomas, tornando-se um desafio para os clientes, cuidadores e profissionais de saúde, sugerindo por isso uma abordagem especializada. Lo et al (2008) realizaram

⁷ Considera-se consentimento informado a autorização que a pessoa dá para que lhe sejam prestados os cuidados propostos, após lhe ter sido explicado e a pessoa ter compreendido o que se pretende fazer, como, porquê e qual o resultado esperado da intervenção de enfermagem (OE, 2007).

um estudo em que concluíram que a ajuda de especialistas na intervenção junto dos clientes com FM é muito benéfica.

Na quarta parte é solicitado ao cliente para que classifique o penso que foi retirado relativamente ao controlo de sintomas, atribuindo uma nota numa escala de 1 a 5. O enfermeiro avalia também o controlo desses mesmos sintomas. Esta avaliação vai ao encontro do que é validado anteriormente, mas possibilita a confirmação da perceção do cliente quanto à eficácia do controlo de sintomas conseguido com um determinado tratamento. Também possibilita que mesmo que sejam enfermeiros diferentes a executar o penso, se consiga comparar a eficácia do tratamento instituído. No Código Deontológico do Enfermeiro (2015) artigo 110º está bem premente a ideia de uma prática individualizada dos cuidados, assim o enfermeiro deve adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa, e ainda tem o dever de dar atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida em grupos de referência, e de criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa.

Esta folha de avaliação do cliente com ferida só foi dada como aferida e terminada a meio do estágio. Considero que embora pudesse ter sido uma mais-valia esta folha estar terminada logo no início do estágio para a aplicar, não foi possível pois precisava de tempo para as pesquisas e leituras que efetuei, para as discussões com as enfermeiras orientadoras e professora orientadora, para adquirir mais competências no tratamento da pessoa com FM para conseguir criar e aferir este documento com maior robustez.

Ao longo do estágio, pude verificar que embora estivesse a estagiar numa Unidade Hospitalar que está vocacionada para o cliente oncológico, na qual existe um guia de tratamento para a FM, os instrumentos de registo não se encontram direcionados à FM. O documento de registo é generalista e serve para todo o tipo de feridas e, na perspetiva das enfermeiras orientadoras, não ajuda na avaliação da ferida de forma correta, devido às suas especificidades e na sistematização da intervenção do enfermeiro. Willis e Sutton (2013) referem que os profissionais que intervêm no cliente com FM têm atualmente acesso limitado a ferramentas de avaliação especializadas para apoiar a sua tomada de decisão.

A EONS (2015) considera que uma compreensão dos objetivos de cuidados paliativos no cuidado de clientes com uma FM é essencial para o desenvolvimento de um plano de cuidados e tratamentos individualizados que permitam melhorar a

qualidade de vida, tanto do cliente como da sua família. Assim o planeamento da minha intervenção tinha como principal objetivo a melhoria da qualidade de vida destes clientes, melhorando a seu conforto, o que vai ao encontro da teoria de conforto de Kolcaba.

Desde aluno de licenciatura, sempre tive facilidade em dialogar com os clientes de forma a me permitir ter um contacto inicial fácil com as pessoas. Considero que as estratégias de comunicação que fui desenvolvendo ao longo da minha experiência profissional me ajudaram neste contexto, que é diferente do meu local de trabalho, a estabelecer uma comunicação eficaz com os clientes e família e a construir uma relação de ajuda.

Relativamente à intervenção junto dos clientes, numa fase inicial necessitei de grande apoio por parte das orientadoras, sendo que este apoio fica patente numa das reflexões que realizei (Apêndice V). A reflexão sobre este evento significativo permitiu-me consciencializar das minhas dificuldades na abordagem à pessoa com FM, nomeadamente a necessidade de me descentrar da ferida e centrar-me na pessoa que tem a ferida. A observação que fiz da intervenção da enfermeira orientadora ajudou-me a compreender este aspeto, tendo sido uma grande aprendizagem e também senti a necessidade de sistematizar por escrito a avaliação que deve ser feita à pessoa com FM. Tentei, por isso, que todos os clientes a quem prestei cuidados fossem discutidos com as enfermeiras orientadoras, direcionando a intervenção e tendo por base a literatura mais recente. Depois de fazer uma reflexão sobre a minha prática com estes clientes, verifico que inicialmente me preocupava apenas com a FM mas ao longo do tempo comecei a descentrar-me da ferida e a centrar-me na pessoa com ferida, o que considero ter sido um grande desenvolvimento pessoal e enquanto enfermeiro passou a ser o cliente que tinha uma FM, que conseqüentemente trazia conseqüências negativas para o seu dia-a-dia.

Perante isto, passei a dar ênfase à perceção que o cliente tinha da sua ferida, verificando e valorizando os sintomas que este considerava estarem descontrolados e que têm impacto negativo na sua vida e da sua família e ajudá-lo a encontrar o seu conforto, construindo para isso uma parceria de cuidados, de forma a devolver estratégias para fazer face aos sintomas que o cliente considerava prioritários tratar. Os objetivos da intervenção também foram sendo discutidos com o cliente/família e com as orientadoras. Esta abordagem vai ao encontro do que refere Alexander (2009a) quando refere que conhecer as prioridades do cliente pode fazer a diferença

e constitui uma importante componente na abordagem de cuidados centrados no cliente. Por seu lado, as minhas orientadoras de estágio referiam muitas vezes que “não basta tapar a ferida”. Embora o material de penso não vá cicatrizar a FM, este vai ajudar a controlar os sintomas, melhorar as condições da ferida, previne complicações e promove o conforto. Segundo elas, para conseguir promover o conforto é necessário “empenho, conhecimento e esforço técnico”.

Como tive oportunidade de intervir várias vezes junto dos mesmo clientes, verifiquei que com o passar do tempo consegui desenvolver práticas seguras e competentes, que eram reconhecidas pelas orientadoras quando me diziam: “é isso”, “concordo contigo” e pelos clientes e suas famílias quando estes referiam melhorias dos sintomas provocados pelas feridas e referiam “o penso hoje não descolou, estava muito bem feito”, “realizar os pensos aqui deixa-me mais segura”, “nem senti o cheiro da ferida”, “já me aliviou as dores”.

Desde o início do estágio, tive sempre em atenção os deveres éticos da profissão de enfermagem que constam no Código Deontológico do Enfermeiro. Procurei desde logo, solicitar autorização para poder intervir junto dos clientes, cumprindo com o dever de informação e dever de sigilo, informando-os que estava em contexto de estágio e que todos os dados que seriam sigilosos.

Assim, neste campo de estágio, considero que consegui desenvolver competências gerais e específicas de Enfermeiro Especialista, preconizadas pela OE (2011) e também algumas competências referenciadas pela EONS (2005) das quais saliento: demonstrei uma tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada; suportei as decisões em princípios, valores e normas deontológicas; promovi a proteção dos direitos humanos, incorporei diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade da minha prática; procurei promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos; desenvolvi o autoconhecimento e a assertividade; cuidei de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida, estabeleci relação terapêutica com pessoas com doença crónica; trabalhei em parceria com o cliente para controlar os sintomas do cancro e as consequências subsequentes do tratamento do cancro; forneci planos de cuidados personalizados com base nos riscos individuais, necessidades e preferências do cliente.

1.2 Serviço Medicina (Serviço B) – Hospital A

Iniciei o estágio no Serviço B (consultar o apêndice VI para compreender melhor a caracterização do serviço). Neste local de estágio as expectativas eram grandes, visto ser um serviço de internamento muito parecido com a realidade de trabalho onde estou inserido. Defini como objetivo geral “desenvolver competências de enfermagem do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa no cuidar de pessoas com ferida em contexto de internamento”.

Como objetivos específicos defini:

1. Conhecer a dinâmica organizacional e o funcionamento do Serviço de Medicina,
2. Identificar o impacto que a ferida tem nas NHB da pessoa,
3. Identificar intervenções de enfermagem no tratamento da pessoa com FM e resultados.

De forma a responder ao objetivo “**Conhecer a dinâmica organizacional e o funcionamento do Serviço de Medicina**”, iniciei o primeiro dia de estágio com uma conversa com o enfermeiro chefe do serviço, tendo apresentado o meu projeto. Através das tarefas e atividades que tinha programado este sugeriu-me que realizasse estágio juntamente com enfermeiros de referência que existiam no serviço, de modo a dar uma resposta mais eficaz e perita da minha intervenção junto dos clientes com FM e junto dos profissionais deste serviço.

Não havendo enfermeiros especialistas neste serviço na área do cliente com ferida, o *feedback* e validação da minha intervenção iria ser realizado pela equipa da Consulta de Tratamento de Feridas, o que foi uma mais-valia, visto que ao manter o contacto com as enfermeiras especialistas da consulta, poderia ter um suporte de peritos e com ele obter *feedback* positivo ou negativo da minha intervenção, conseguido através de consultadoria via telefónica e presencial.

Para o estágio ir ao encontro do que tinha projetado, acordei com o enfermeiro chefe, confinar a minha intervenção aos clientes que fossem portadores de FM. Os cuidados prestados não se reduziram à execução do tratamento à FM mas prestar todos os cuidados inerentes ao cliente internado com FM. O número máximo de clientes que me estariam atribuídos era de três, para que tivesse disponibilidade de tempo para uma intervenção mais individualizada junto destes clientes e suas famílias. Outra estratégia acordada foi seguir o cliente o máximo de tempo possível para, deste

modo, a intervenção realizada ser prolongada no tempo para poder registar a apreciação do cliente e a intervenção nos documentos de registo e validar o sucesso da minha intervenção, assim como, discutir e validar com as enfermeiras da consulta a minha intervenção.

Foi solicitado pelo enfermeiro chefe do serviço que fizesse um momento de formação para os enfermeiros do serviço, em que a temática da “Intervenção de enfermagem ao cliente com FM” fosse trabalhada e discutida com apresentação de teoria e discussão de casos práticos (aspeto que abordarei adiante).

Após uma visita ao serviço com o enfermeiro chefe, comecei por me inteirar dos documentos de acolhimento e colheita de dados à pessoa e família, dos documentos de registo de enfermagem e dos protocolos existentes no serviço. Verifiquei que, à exceção da prescrição eletrónica, a forma de registo de enfermagem ainda se faz em suporte de papel.

Relativamente ao documento de registo sobre os cuidados à pessoa com FM, considerei que embora estivesse mais adequado do que no meu contexto de trabalho, este documento ainda estava muito direcionado para as feridas não malignas. Foi-me transmitido por elementos deste serviço e pela equipe de tratamento de ferida a existência de alguma vontade para que este fosse melhorado, mas como se encontram num processo de transição, em que os registos vão deixar de ser efetuados em papel e vão passar a ser informatizados, com a adoção do sistema SCLINICO, isto ainda não foi possível de realizar. O documento em uso permite a descrição em discurso livre das características da ferida e do tratamento efetuado.

A partir do segundo dia de estágio tive oportunidade de prestar cuidados aos clientes, mas não existiam clientes com FM, por isso, neste dia e de forma a conhecer o processo de enfermagem, não me limitei a ficar na retaguarda e colaborei nos cuidados aos clientes em parceria com o enfermeiro que me tinha sido atribuído, e fui-me inteirando das dinâmicas do serviço (passagem de turno, cuidados ao cliente internado, preparação e administração de medicação, registos de enfermagem, etc). Queria integrar-me no serviço e que aos poucos fossem reconhecendo a minha intervenção junto das pessoas com FM.

Neste serviço podemos encontrar clientes com diagnósticos médicos de tumores da cabeça e pescoço, gastrointestinais, melanomas, sarcomas, tumores da mama, ginecológicos e urológicos.

No que diz respeito, aos objetivos **“Identificar o impacto que a ferida tem nas NHB da pessoa”** e **“Identificar intervenções de enfermagem no tratamento da pessoa com FM e resultados”**, foram delineadas estratégias que permitiram avaliar o impacto da FM no cliente e como intervir no cliente com FM. Iniciei com uma cliente com uma FM na mama, seguiram-se clientes com FM na boca, na região cervical, região genital e região anal. Em todos os casos tive oportunidade de aplicar a folha de avaliação do cliente com FM (Apêndice IV), e com ela, registar e delinear a melhor intervenção para cada um dos clientes e perceber a sua evolução.

O impacto que as FM têm no cliente internado acaba por ser similar aos casos encontrados na consulta de tratamento de feridas, com a particularidade que esse impacto pode ser minimizado com uma intervenção de enfermagem mais constante e consegue-se validar mais prontamente o sucesso ou insucesso da intervenção no tratamento de sintomas descontrolados provocados pela FM. Uma boa gestão de sintomas é fundamental e que inclui: gestão da terapêutica, controlo da dor, cuidados de higiene, nutrição, gestão do odor da FM e medidas de emergência (EONS, 2015).

Em todos os casos que pude intervir, percebi a preocupação premente dos clientes com a ferida, visto que esta é a marca visível do cancro (Lo et al., 2008; Probst, et al., 2012; Agra, Fernandes, Platel & Freire, 2013), provoca alterações da autoimagem e do autoconceito (Gomes & Camargo, 2004).

Um dos casos que me marcou e do qual faço uma reflexão (Apêndice VII), utilizando o ciclo de Gibbs, foi o de uma mulher com cancro do colo do útero que deixou arrastar a sua doença, escondendo a sua situação da família e não recorreu aos serviços de saúde pela vergonha de ter uma ferida na vagina. Sentimentos de vergonha, estigma e inutilidade são associados a alterações de vida social e familiar destes clientes (Alvarez et al, 2007). Neste caso em específico, a cliente só recorreu ao médico de família após ter contado a uma amiga o que se passava e por a situação se encontrar incomportável. Quando foi ao médico, além da ferida a nível vaginal, a cliente apresentava uma ferida a nível inguinal direita (tipo couve-flor) com cerca de 15x12 cm, com saída de exsudado seropurulento em grande quantidade e consequentemente com um mau odor que a cliente não conseguia disfarçar. Segundo a cliente, não conseguia esconder o exsudado e o mau odor descrito por esta como “carne podre” e foi este desconforto que a levou a pedir ajuda. O mau odor tem impacto profundamente negativo sobre a qualidade de vida do cliente, provocando

sentimentos de culpa, repulsa e levando ao isolamento social e à depressão (Probst et al, 2009; EONS, 2015). Vicente (2014, p.13) descreve que “a presença de odor pode ser tão angustiante que a sua avaliação também requer uma atenção especial.” Esta situação foi um momento significativo de reflexão e de aprendizagem porque percebi que consegui centrar-me na pessoa com ferida e não na sua ferida. Não deixando de intervir localmente na ferida, com o controlo da ansiedade, esclarecendo as dúvidas e os medos da cliente, consegui estabelecer uma forte relação com a cliente, e sem dúvida contribuir para o seu conforto.

Alexander (2009b) refere que nos clientes com um prognóstico terminal, os sintomas provocados pela ferida são um fator adicional de preocupação e ansiedade para os clientes e suas famílias. Neste estágio, percecionei esta realidade numa das situações vividas. Falo em específico de um cliente com o diagnóstico de carcinoma do pavimento celular da língua. Esta ferida era muito exsudativa, com saída de líquido purulento misturado com sialorreia, devido à presença de fístula orocutânea (com necessidade de troca de pensos pelo menos 2 vezes/dia). Devido à quantidade de exsudado, a pele perilesional encontra-se bastante macerada com pontos que estão sangrantes. O cliente referia muita dor na lesão, com necessidade de fazer analgesia em SOS, principalmente aquando da realização dos tratamentos. Embora esta ferida fosse muito exsudativa, o mau odor era apenas sentido na troca de penso. Durante uma das muitas trocas de pensos ocorreu uma hemorragia abundante, com necessidade de ser aplicada adrenalina diretamente na lesão para se conseguir estancar a mesma. Estas situações estão previstas neste tipo de patologia e a literatura (Alexander, 2009c; EONS, 2015) sugere que se deve antecipar a informação de forma adequada ao cliente e família; utilizar toalhas escuras que devem estar acessíveis para que no momento da hemorragia, o impacto negativo seja minimizado; ter um estojo de emergência com fármacos sedativos, para administração subcutânea. A partir desta ocorrência, houve a necessidade de explicar ao cliente e sua família, que a ferida estava a invadir estruturas que poderiam significar uma hemorragia maciça e, com isso, poderíamos estar perante uma situação de morte iminente. Foi explicado todos os procedimentos que iríamos utilizar para fazer face a essa situação. Foi perceptível para mim e para os elementos da equipa a angústia e apreensão do cliente e da sua família. O cliente que já pela situação de doença era uma pessoa reservada e muito difícil de comunicar, ficou deitado na cama ainda mais

triste e deprimido do que já era. Por outro lado, a família colocou muitas dúvidas à equipe médica e de enfermagem com perguntas para compreender a situação. Após ter sido explicada a situação real aos familiares e também os procedimentos que viriam a ser adotados se uma hemorragia maciça viesse a acontecer, foi solicitado o apoio da equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos e da psicóloga do serviço. A partir deste dia foi importante tratar desta ferida, ainda, com mais cuidados do que aqueles que se vinham a ter. Este cuidado especial, é referido por Grocott (2007) como essencial para prevenir o trauma, e o material utilizado na ferida deve ser antiaderente mantendo a interface penso/ferida húmido. A replicação desta informação aos enfermeiros que vieram nos turnos seguintes, do serviço onde o cliente estava internado, foi também vista por estes como benéfica, visto que alguns revelaram o desconhecimento de alguns cuidados a ter neste tipo de situações.

Tive também perceção que estas feridas, embora tenham pouca probabilidade de cicatrizar (Ponte, Ferreira & Costa, 2012), existem casos de sucesso. Um deles que consegui acompanhar foi de um homem com um Sarcoma Folicular de Alto Grau na omoplata esquerda, que após ter realizado quimioterapia e radioterapia foi possível intervencionar cirurgicamente. Este cliente fez-me uma visita pós cirurgia, para me mostrar que a sua ferida estava praticamente cicatrizada. Na cirurgia fez excisão do tumor, com colocação de retalho na zona do tumor e colocação de excerto da coxa esquerda no local do retalho. Comecei por intervir neste cliente, ainda na consulta de tratamento de feridas, quando este vinha realizar o tratamento à FM, nessa altura o cliente referia ter muita esperança que iria ficar curado e que um dia aquela ferida que tinha não passaria de uma cicatriz. Durante este estágio recebi a visita deste cliente para me poder dizer que nem todas as FM não cicatrizam e que ele era exemplo disso. Percebi que a intervenção de enfermagem à FM foi fundamental, pois preveniu que houvesse complicações secundárias à FM que impossibilitassem que fosse intervencionado. Vicente (2014) considera essencial definir objetivos realistas para o cuidado ao cliente com FM, neste caso, houve sempre um cuidado especial para que os objetivos traçados juntamente com o cliente fossem realistas, para que este sentisse que tinha um papel essencial no seu processo de cura. O cliente referiu também que ainda tinha um grande caminho pela frente e que se sentia grato a toda a equipa (na qual me incluía), porque todos os transtornos físicos e psicológicos provocados pela FM foram ultrapassados graças “à intervenção especialista de toda a equipa da consulta de tratamentos de feridas” sic. Grocott (2007) refere que as

Intervenção de Enfermagem à Pessoa com Ferida Maligna

competências especializadas para informação e apoio aos clientes com FM e aos seus cuidadores, para medidas de controlo de sintomas do cliente e especificamente, também, da FM, tem efeito benéfico no impacto global das FM sobre os clientes e suas famílias.

Relativamente à perceção do impacto provocado pela FM nas NHB dos clientes, neste serviço foi mais fácil de perceber do que na consulta de tratamento de feridas. Compreendi *in loco*, as limitações e complicações provocadas pelas feridas, como é o caso de um banho que em casa não podia ser dado porque se molhava o penso e a enfermeira não estava lá para o poder realizar; o desconforto causado pelo excesso e fuga de exsudado resultando na troca frequente de roupa e até do penso; o prurido incontrolável em casa que, por vezes, resultava no agravamento das dimensões da ferida; do odor que ao fim de pouco tempo, depois de se ter realizado o penso, por vezes, se torna insuportável; da hemorragia que se tivesse lugar no domicílio, muitas vezes, seria difícil de controlar.

Para conseguir intervir localmente na FM de forma segura e eficiente, para complementar os conhecimentos teórico-práticos, sobre novas abordagens de sintomas descontrolados da FM e conhecer novos materiais de penso, foi acordado com a professora orientadora de estágio, participar nos dias 26 a 27 de Novembro de 2015 no “Simpósio APTFeridas 2015”, com a duração de 16 horas. Embora neste simpósio não tenha sido discutido uma temática dirigida às FM, existiram temáticas que concorrem para ajudar na compreensão da pessoa com FM e intervenção. Assim, foram discutidos temas como: Feridas de Cicatrização Complexa; Feridas Complexas na Comunidade; Qualidade de Vida e Adesão ao Tratamento; O Impacto do Desbridamento no controlo da Infeção; Dor na Ferida; Medidas não Farmacológicas no Controlo da Dor na Ferida; Apresentação da Consulta de feridas do IPO Lisboa.

Uma mais-valia da participação neste simpósio foi a oportunidade de conhecer mais e novos produtos para o tratamento de feridas. Como o material de penso, que normalmente é utilizado, não se adequa à realidade de algumas FM, principalmente no que concerne à quantidade de absorção, anti-aderência e tamanho, tornou-se uma vantagem pela possibilidade de alargar o leque de opções em termos de material de penso a utilizar numa FM e numa perspetiva futura de poder solicitar a possível aquisição de alguns materiais para o hospital onde trabalho.

A participação neste simpósio e no curso de Feridas em Oncologia (durante o estágio anterior) foi muito positiva, pois considero que contribuíram para que tivesse

um leque abrangente de opções terapêuticas para poder lidar com a FM. Se juntarmos a isto, o estágio realizado na consulta de tratamento de feridas, considero que tenho os alicerces necessários para evoluir nas competências como enfermeiro especialista e ter uma intervenção mais perita. Neste sentido, e como descrito anteriormente a intervenção de enfermagem tem clara importância no tratamento dos clientes com FM. Segundo Ponte, Ferreira e Costa (2012, p.39)

“a FM é uma entidade clínica que exige a avaliação diária do doente e da família de forma a identificar adequadamente os sinais e sintomas de potenciais complicações. (...) A meta principal deixa de ser a cicatrização, que é improvável, e que passa a ser o conforto do doente em relação à ferida e a prevenção e controlo dos sintomas locais”

Foi realizada uma avaliação diária dos clientes que cuidei no serviço onde decorria o estágio, e foram sendo monitorizados os sinais e sintomas provocados pela FM, para poder fazer face ao desconforto causado nestes clientes e suas famílias. Foi utilizada para isso a folha de avaliação do cliente com FM e para poder mensurar o conforto percebido pelos clientes, recorreu-se à estrutura taxonómica da Teoria do Conforto de Kolcaba (Anexo I).

Ancorando-me na teoria de conforto de Kolcaba e para que se perceba de que forma é que um cliente pode atingir níveis de conforto superiores com a intervenção de enfermagem, são dados alguns exemplos a seguir. No caso do cliente com o diagnóstico de carcinoma do pavimento celular da língua, aquando da realização dos pensos o cliente referia ter muitas dores, por isso era administrada analgesia, neste momento o cliente experimentou uma sensação de conforto no sentido do alívio. No caso da cliente com a FM na região nível inguinal direita, que estava muito ansiosa porque a ferida era muito exsudativa e necessitava de fazer frequentemente pensos muito grandes para absorver esse exsudado, era atingido o alívio com a troca de pensos. Se neste caso ao conseguirmos fazer um penso mais pequeno e com grande capacidade de absorção de exsudado, permitindo-nos assim prolongar no tempo devido à eficácia do penso, vamos conseguir que a cliente atinja o estado de conforto de tranquilidade, e logo a diminuição da ansiedade.

Prestar cuidados de conforto em contexto de internamento, acaba por ser uma boa oportunidade de prestar cuidados de enfermagem com vista a não tratar o desconforto, mas sim preveni-lo. Assim, os enfermeiros devem fazer um levantamento exaustivo das necessidades dos clientes para planearem as intervenções que

previnam o descontrolo de sintomas. Os resultados das intervenções de enfermagem devem ser monitorizados, para que se avalie convenientemente a necessidade da atualização do plano de cuidados.

Vicente (2014) refere que o enfermeiro ao desenvolver instrumentos de medida das suas intervenções, irá contribuir para melhorar os níveis de conforto para o cliente. É exemplo disso a folha de avaliação do cliente com FM (Apêndice IV) que permite fazer o estadiamento da ferida, através do seu preenchimento e avaliação pode ser percecionada a melhoria do cliente e das condições da ferida. Consegui com esta folha, percecionar a crescente autonomia nos autocuidados do cliente, melhoria do índice nutricional; relativamente à ferida melhorias na quantidade de exsudado e do odor, a pele perilesional mais bem cuidada, a diminuição do prurido, em alguns casos, por vezes, é perceptível a diminuição do tamanho da FM como resultado de tratamentos de quimioterapia e radioterapia.

No dia 2/12/16 foi realizada uma sessão de formação com a colaboração dos elementos da consulta de tratamento de feridas, com a temática “Intervenção de enfermagem - Pessoa com FM”, (Apêndice VIII) com vista a perceber a importância de uma intervenção especializada no cliente com FM; a identificar os sintomas da pessoa com FM; a justificar o material de penso a utilizar para controlar os sintomas do cliente; e a discutir casos práticos. Assim, foi feita uma pequena apresentação onde foram discutidos casos práticos, alguns destes casos presentes no serviço durante o período em que eu me encontrava em estágio. Teve uma taxa de adesão de 40% dos enfermeiros do serviço. Foi construído um instrumento para poder obter uma avaliação da sessão realizada (Apêndice IX) e efetuada a respetiva análise dos resultados (Apêndice X). Dos enfermeiros que participaram na sessão, 50% consideram a sessão “pertinente” e 33% consideram a sessão “muito pertinente”. A sessão de formação teve uma avaliação de “muito bom” por parte de 50% dos enfermeiros presentes.

Houve enfermeiros que no decorrer da formação relataram a dificuldade que têm de como intervir nestes clientes, por razões várias, desde a dimensão da ferida que os deixou impressionados, do cheiro “nauseabundo” que não permitiu controlar a sensação de náusea, das imensas dificuldade de encontrar um penso que fosse adequado a uma determinada ferida. Alexander (2010), num estudo fenomenológico sobre as experiências de viver com FM, na perspetiva dos clientes, cuidadores e enfermeiros, entre outros resultados, revelou que as memórias destas feridas foram

tão duradouras, e despoletaram emoções tão intensas e negativas, que causaram nos cuidadores e nos enfermeiros um impacto violento, cuja experiência foi por eles considerada como inesquecível.

O tempo de estágio, apesar de curto, foi suficiente para observar o grande esforço, de uma pequena equipa multidisciplinar, para conseguir dar resposta a todas as solicitações de cuidados de saúde, num hospital de referência e com um elevado número de utentes carenciados destes. Constatei que apesar da falta de recursos humanos e materiais, continua a vencer a velha máxima “com o pouco, se faz muito” e a satisfação pelos cuidados prestados pela equipa de enfermagem é reconhecida.

Considero que o trabalho realizado pelas equipas que dão apoio ao internamento são uma ajuda essencial para o seu bom funcionamento. São exemplo disso a equipa da consulta de tratamento de feridas, cuja missão já descrevi anteriormente; o serviço de nutrição, que avalia o *status* nutricional e faz o ajuste na alimentação aos clientes em regime de internamento ou de ambulatório quando necessário; o apoio social, que intervém sobre os aspetos psicossociais associados à doença, reduzindo o impacto de fatores económicos, ambientais e até culturais desfavoráveis ao bem-estar destes clientes; da equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos, que dá apoio a nível hospitalar e no domicílio, faz aconselhamento especializado aos serviços, desde o controlo de sintomas até aos cuidados pós-morte, incluindo o apoio da família no seu luto. Permitindo-me perceber que todas estas equipas são parte integrante no serviço, não funcionando cada uma por si, mas funcionando lado a lado para “fazer acontecer” e com o resultado esperado que é o conforto do cliente e seus familiares. Comparando esta realidade com o meu local de trabalho, considero que a equipa multidisciplinar, na qual me incluo, nem sempre tem um papel ativo na promoção do bem-estar do cliente com FM. É urgente que todos estes recursos, que estão afetos ao serviço, sejam chamados a intervir ativamente e com resultados para os clientes com FM, como forma de promover a qualidade dos cuidados prestados no serviço.

Senti-me integrado na equipa de enfermagem e muito bem recebido pelos clientes. Com o decorrer do estágio tive a sensação que era considerado mais um elemento da equipa e uma referência a quem poderiam recorrer para intervir no cliente com qualquer tipo de ferida e até em outras situações.

Considero que neste campo de estágio consegui adquirir competências gerais e específicas de Enfermeiro Especialista, preconizadas pela OE (2011) e também

algumas competências referenciadas pela EONS (2005) das quais saliento: baseia a sua *praxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento; demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada; suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas; otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão; otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados; identifica as necessidades das pessoas com doença crónica incapacitante e terminal; promove intervenções junto de pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, cuidadores e seus familiares; realiza uma avaliação abrangente de enfermagem tendo em conta fatores físicos, sociais, culturais, psicológicos e espirituais relevantes; e fornecer planos de cuidados personalizados com base nos riscos individuais, necessidades e preferências do cliente.

1.3 Serviço de Pneumologia (Serviço C) – Hospital B

Neste local de estágio (consultar o apêndice XI para compreender melhor a caracterização do serviço) o objetivo geral era “Promover a melhoria de cuidados ao cliente com FM (Serviço de Pneumologia)” e os objetivos específicos foram:

1. Envolver a Equipa de Enfermagem na implementação do Projeto;
2. Contribuir para a formação da equipa no âmbito do tratamento do cliente com FM;
3. Prestar cuidados à pessoa com FM.

De forma atingir o objetivo “**envolver a Equipa de Enfermagem na implementação do Projeto**” o trabalho começou a ser desenvolvido muito tempo antes do estágio propriamente dito. Sendo o serviço onde trabalho, as tarefas foram sendo desenvolvidas de uma forma natural, ou seja, para eu poder trabalhar as feridas malignas como um trabalho académico dentro do serviço foi necessário, além de apoio e autorização da chefia, ter a colaboração de todos os colegas do serviço. No levantamento de necessidades de formação efetuado pelo grupo de formação do serviço, foi objetivado que apenas 2 enfermeiros tinham formação sobre feridas, por esse motivo a temática das feridas foi uma das temáticas que os colegas sugeriram ser abordadas no plano de formação para o biénio de 2015/2016. Após a apresentação do projeto (Apêndice XII) a 7/10/2015, junto da equipa de enfermagem, e depois de conversas com vários colegas em coordenação com o grupo da formação do serviço, foi decidido fazer formação sobre feridas no geral. Assim, fora do âmbito

académico, e porque o período de estágio seria muito curto, ficaram planeados 2 momentos de formação para os enfermeiros do serviço, a 1ª (Apêndice XIII) ocorreu no dia 25/11/2015 tendo-se apresentado: a pele e as suas funções; ferida e as diferentes classificações; feridas complexas; processo de cicatrização; nutrição no tratamento de feridas; avaliação da pessoa com ferida; mnemónicas e escalas de avaliação de feridas; preparação do leito da ferida e a 2ª (Apêndice XIV) ocorreu no dia 7/1/2016 tendo-se apresentado: processo de cicatrização, avaliação da pessoa com ferida; mnemónicas e escalas de avaliação de feridas; preparação do leito da ferida.

Estas formações acabaram por ser uma base sobre a intervenção de enfermagem à pessoa com ferida, que contribuiu para depois introduzir a especificidade da intervenção enfermagem à pessoa com FM, tendo facilitado a minha intervenção como dinamizador da equipa no âmbito desta temática. A taxa de participação média nestes dois momentos de formação foi de 93% e o feedback dos enfermeiros que participaram nas formações foi positivo, tendo os enfermeiros avaliado em 4 pontos (numa escala de Likert de 5) quanto à sua satisfação com as formações (Apêndice XV). Os enfermeiros que participaram nestas formações mostraram-se muito satisfeitos com estas e consideraram que os conteúdos abordados foram muito úteis, na prática diária, para intervir de forma segura no cliente com diferentes tipos de feridas. Referiram posteriormente à formação das FM, que se não tivessem sido abordados os conteúdos desta formação, teria sido muito difícil perceber a intervenção realizada ao cliente com FM.

Como no serviço já havia um grupo de enfermeiros com interesse em trabalhar a temática das feridas, no sentido de envolver a equipa de enfermagem, propôs-se que estes integrassem o projeto. Deste modo, foi importante a criação de um grupo de trabalho que colaborasse comigo e que considerasse este projeto como seu. Neste âmbito, considero que desenvolvi as competências sobre o domínio da melhoria contínua da qualidade, que refere que o enfermeiro deve ter um “papel dinamizador no desenvolvimento” e “suporte de iniciativas institucionais”; “concebe, gera e colabora em programa de melhoria contínua da qualidade”; “cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro”, segundo o artigo 6º das competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2010, p.3).

Envolvi também a farmacêutica, que colaborou ativamente na formação que implementei, sobre o material de penso a ser colocado na FM (a qual abordarei

adiante). Esta farmacêutica é o elemento de referência na farmácia, pois está encarregue da aquisição de material de penso para o hospital.

O envolvimento desta farmacêutica também passou por me fornecer informação para a construção do **Guia Orientador - Cuidados ao Cliente com Ferida Maligna**, sobre o material existente no hospital e solicitou que lhe comunicasse qual o material que lhe parece necessário adquirir. Ainda relativamente ao material que o Hospital possa vir a adquirir, foi pedido posteriormente por esta farmacêutica, para que sempre que exista a intenção de aquisição de um novo material de penso, esta forneceria amostras do mesmo para que se utilizasse no sentido de perceber a sua eficácia. Solicitou-me que eu desse sempre o parecer da pertinência da sua aquisição por escrito.

Esta articulação foi uma mais-valia para o serviço, pois contornaram-se as burocracias, tendo agora materiais mais eficazes no tratamento de feridas disponíveis no hospital.

A colaboração da equipe médica também ganhou nova dimensão, verificando-se uma menor resistência na prescrição de material de penso, quando esta é necessária. Também tem sido solicitada a minha colaboração, por parte das equipas de enfermagem e médica na determinação do tratamento às pessoas com FM em outros contextos do hospital (consulta, hospital de dia).

De forma a dar início ao cumprimento do objetivo “**contribuir para a formação da equipa no âmbito do tratamento do cliente com FM**”, comecei por realizar a revisão da literatura e a construção do guia orientador (Apêndice XVI), para os enfermeiros sobre os cuidados ao cliente com FM ainda antes do período de estágio no meu serviço. Assim, esta tarefa foi ganhando forma em paralelo com os dois períodos de estágio anteriores. Este guia foi construído e posteriormente foi revisto por uma perita na área do tratamento da pessoa com FM (Sr^a Enf^a Helena Vicente) e pela Prof^a orientadora. Alexander (2009a) refere que embora este tipo de lesões sejam complexas, existe ainda uma enorme carência de estudos de investigação sobre o impacto da FM na perspetiva do cliente, visto que, os estudos efetuados se baseiam nos relatos dos profissionais de saúde. Sendo os clientes com FM únicos e como cada um vivencia a sua doença de maneira diferente, a forma de experienciar os sintomas causados pela ferida também poderá ser muito distinta de cliente para cliente. Esta realidade desperta-me para a necessidade premente de prestar cuidados

Intervenção de Enfermagem à Pessoa com Ferida Maligna

individualizados, reforçando a necessidade de uma abordagem holística e com o enfoque principal no conforto destes clientes.

A formação sobre as FM foi construída tendo por base a revisão da literatura que foi efetuada, das aprendizagens ao longo dos estágios anteriores com os peritos na área e também a vivência por mim experimentada ao longo da minha intervenção com todos os clientes. Ao juntar estas três fontes de conhecimento, permitiu-me o desenvolvimento de competências técnico-científicas como futuro enfermeiro especialista, e como pessoa permitiu-me crescer e perspetivar o cliente oncológico de uma forma holística. Popim e Boemer (2005) referem que os enfermeiros veem o cliente oncológico como especial, e a complexidade de tratamento destes clientes “requer uma habilidade tanto técnico-científica como também habilidade nas relações interpessoais e na esfera espiritual” (Popim & Boemer, 2005, p.684).

Assim o guia foi construído essencialmente para enfermeiros com o objetivo de atualizar os conhecimentos sobre fisiopatologia, avaliação e sintomas das FM; sensibilizar para o impacto da FM no cliente e no cuidador; orientar para a gestão local da FM; orientar para gestão dos recursos materiais disponíveis no serviço, na abordagem da FM. O póster (Apêndice XVII) foi construído para que a informação fosse de fácil leitura, ser um documento de acesso rápido e através deste orientar a intervenção dos enfermeiros. O Guia e o póster construídos e a formação elaborados foram validados com peritos, para que houvesse rigor e qualidade nos documentos escritos e na informação por mim veiculada aos colegas enfermeiros. O guia e o póster foram ainda validados pela enfermeira chefe do serviço e pela equipe de enfermagem do serviço.

A formação sobre FM teve lugar a 11/02/2016, intitulada “Intervenção de enfermagem no cliente com FM” (Apêndice XVIII), onde se apresentou a definição da FM, a fisiopatologia e o estadiamento da FM, gestão e tratamentos da FM; impacto da FM no cliente; abordagem ao cliente com FM; rastreio nutricional; avaliação da FM; características do penso ideal; da FM e os seus sintomas (necrose, odor e escala de avaliação de odor, exsudado, prurido, infeção, hemorragia, dor, pele perilesional); discussão de casos práticos; intervenção do enfermeiro especialista no cliente com FM.

Imediatamente após a formação foi entregue aos formandos, pelos enfermeiros responsáveis pela formação, o documento de avaliação das formações, utilizado no serviço (Anexo II), e também foi aplicado o documento de avaliação (Apêndice XIX),

por mim elaborado, constituído por perguntas abertas e fechadas, para melhor compreender os aspetos positivos e a melhorar na apresentação. Da análise efetuada ao 1º documento referenciado (Apêndice XX), constata-se que a formação teve uma taxa de adesão de 82% e teve uma apreciação global de 4,43 segundo a Escala de Likert de 5 pontos, utilizada no serviço. Fazendo uma análise das respostas (Apêndice XXI) dos formandos ao 2º documento referido constata-se que a formação foi considerada de “muito boa” pelos mesmos, a temática abordada foi considerada “muito pertinente” e os conteúdos “muito adequados”.

Relativamente aos aspetos discutidos que os formandos consideram ter sido mais-valias foram: as características das feridas malignas e sua avaliação; as diferentes abordagens de tratamentos para cada um dos sintomas descontrolados; os conhecimentos dos apósitos existentes no hospital; e as diferentes indicações de cada tipo de apósito de penso.

Quando se questiona os formandos se poderá existir um impacto positivo da formação na sua prática no sentido da melhoria dos cuidados ao cliente, todos respondem afirmativamente e justificam: que facilita uma uniformização de cuidados e com ela uma abordagem contínua de tratamento por parte da equipa; melhoria da prática com a melhor escolha do tipo de tratamento para cada ferida; aquisição de conhecimentos no sentido de melhorar a avaliação das FM e na execução de pensos; aquisição de conhecimentos no tratamento de feridas que possibilitam um melhor controlo de sintomas, melhorando por isso a qualidade de vida dos clientes; e aplicação imediata dos conhecimentos, ajudando na sistematização da intervenção do enfermeiro.

Para poder avaliar se a formação foi eficaz relativamente aos conhecimentos adquiridos pelos formandos, foi aplicado um questionário (Apêndice XXII) com algumas perguntas no âmbito das FM. Os resultados foram 81% de média de respostas corretas antes da formação e 98% de média de respostas corretas na pós-formação, verificando-se assim um aumento de conhecimentos por parte dos inquiridos (Apêndice XXIII).

Durante a sessão foram discutidos casos práticos de clientes com FM, alguns dos quais do serviço, para refletir sobre a abordagem que é realizada. Esta discussão foi considerada pelos pares bastante enriquecedora e que deve ser mantida em contexto de passagem de turno. Esta atitude de reflexão sobre a prática vai ao encontro do que a OE descreve como uma das competências dos enfermeiros de

cuidados gerais, em que “o enfermeiro adota uma atitude reflexiva sobre as suas práticas, (...) procurando manter-se na vanguarda da qualidade dos cuidados num aperfeiçoamento contínuo das suas práticas (OE, 2012, p.23).

O impacto provocado pelas FM nos clientes e suas famílias foi uma das grandes questões que foram debatidas. Os colegas fizeram menção, que não tinham segurança nas intervenções de enfermagem e não conseguiam controlar os sintomas provocados pela FM, o que tinha um impacto negativo nos clientes. Por considerarem que eu era o elemento da equipa com mais conhecimentos sobre FM e terem visto resultados positivos durante o período de estágio no cliente que estava internado no serviço, ficou acordado que a partir daquele dia sempre que houvesse clientes com FM internados, quando eu estivesse de serviço, estes clientes seriam cuidados por mim ou então seria pedida a minha colaboração na realização do tratamento.

A adoção de novas práticas para monitorização da FM também foram discutidas, ficando acordado a adoção da escala de avaliação do odor apresentada na formação, e que iria ser prática recorrente a utilização da fotografia como forma de monitorização da FM, complementando o uso da régua de forma a encontrar as dimensões da FM e colmatando a subjetividade de avaliação da ferida por parte de cada enfermeiro. Para isso iria ser necessário o consentimento informado verbal por parte do cliente, e durante o período de internamento as fotos que fossem sendo tiradas iriam ficar disponíveis para a equipa de enfermagem numa pasta partilhada de modo a manter a privacidade da pessoa.

De forma a aumentar o leque de enfermeiros com conhecimentos no âmbito das FM, ficou acordada com a enfermeira chefe, a replicação da formação para a equipa de enfermagem do Hospital Dia de Oncologia. Foi também sugerido pela farmacêutica, e posteriormente pela professora orientadora, a replicação a nível hospitalar.

Tendo em conta que até ao início da implementação do projeto, os enfermeiros do serviço acabavam por intervir nestes clientes com os conhecimentos adquiridos ao longo da sua formação e experiência profissional e de forma a dar resposta ao objetivo **“Prestar cuidados à pessoa com FM”**, os primeiros passos dados foram a formação, disponibilização do guia e do póster sobre o tratamento do cliente com FM. Desta forma foi disponibilizada aos colegas a evidência científica que faltava para prestar cuidados de qualidade a estes clientes. Menoita (2015, p.18) escreve que “a utilização prudente da experiência clínica individual em parceria com a evidência clínica externa

deve, portanto, ser encarada como um recurso que possibilita propor a intervenção mais adequada e segura para responder às necessidades individuais da pessoa”.

O facto de o serviço não estar inserido num hospital de referência ao cliente oncológico e o número de camas ser apenas de 11, diminuiu o número de oportunidades de contactar com clientes oncológicos com FM. Assim, nas duas primeiras semanas de estágio não tive oportunidade de contactar com nenhum cliente com FM o que me deu mais tempo para preparar a formação para os colegas, finalizar o Guia Orientador – Cuidados ao Cliente com FM e o póster da Gestão Local da FM. Nas restantes semanas apenas tive a oportunidade de contactar com um cliente com FM na região anal. Tratava-se de um cliente já com alguns internamentos no serviço para fazer quimioterapia, mas neste internamento foi internado por a doença estar a progredir e por apresentar alguns sintomas descontrolados, provocados pela FM. Nos dias que antecederam o internamento, a lesão tinha aumentado de dimensões, a ferida tinha tido episódios de hemorragia, a quantidade de exsudado não estava controlada pelo penso que o cliente fazia no domicílio, o odor provocado pela ferida incomodava-o profundamente, referia sentir-se sempre “sujo” e “malcheiroso”, a esposa do cliente chorava à mínima conversa e referia que já era muito difícil lidar sozinha com esta situação.

A intervenção junto deste cliente foi em muito similar à intervenção com clientes em estágios anteriores. Além de realizar uma anamnese cuidada da história clínica do cliente, utilizei a folha avaliação do cliente com FM para que, deste modo, pudesse registar e monitorizar a intervenção que era realizada por mim. Este documento foi disponibilizado para o cliente para que este tivesse conhecimento do que estava a fazer e também para que os colegas pudessem intervir em linha com o que tinha sido planeado. Logo de início foi possível determinar qual o estadio desta ferida. De seguida conseguiu-se registar vários sintomas descontrolados neste cliente e traçar um plano de tratamentos para a ferida e para o cliente e seu cuidador familiar. Este plano foi traçado com a colaboração do cliente, do cuidador familiar e médico. Conseguiram-se ultrapassar questões como: encontrar material de penso mais absorvente, com dimensões e quantidades maiores do que as existiam em *stock* no serviço; a prescrição de medicamentos para fazer face à hemorragia como foi o caso do ácido aminocapróico, metronidazol solução para amenizar o cheiro presente na ferida, da medicação analgésica para diminuir a dor; solicitou-se apoio psicológico para o cliente e seu cuidador familiar; solicitou-se apoio ao serviço de nutrição para

Intervenção de Enfermagem à Pessoa com Ferida Maligna

avaliação mais precisa do seu *status* nutricional de modo a fazer um ajuste da sua dieta. Para melhor perceber como foi realizada a intervenção inicial a este cliente, considerando-a um evento significativo, foi realizada uma reflexão (Apêndice XXIV), segundo o ciclo de Gibbs.

Este plano teve a aprovação de todos os intervenientes, mas o cliente e seu cuidador acabaram por menosprezá-lo, julgando que seria mais uma tentativa infrutífera, embora reconhecessem que a intervenção sugerida e a forma como se chegou a ela foi diferente de todas as outras por que tinham passado. No dia seguinte, o que era descrédito, tornou-se uma realidade de sucesso. O cliente referia que já algum tempo que não se sentia tão confortável. O cliente referia já não tinha dor, o penso “incrivelmente não estava repassado”, o odor da ferida “quase não existia”, a hemorragia presente na ferida tinha cessado. O controlo dos sintomas também foi validado pelos colegas e pelo médico do cliente.

O impacto negativo desta ferida neste cliente era enorme, tínhamos presentes problemas físicos e psicológicos tal como refere Naylor (2002); o cliente sentia-se constrangido e com vergonha por causa do cheiro que a ferida provocava e por isso isolava-se cada vez mais. Sentia que era um grande encargo para a sua família, principalmente para a sua esposa, pois era ela que fazia muitas vezes os pensos quando estes descolavam ou estavam repassados. Tinha medo do que lhe pudesse acontecer no futuro, receava que a ferida ficasse maior e que lhe provocasse ainda mais dores. Este impacto foi minimizado em larga medida através de uma boa gestão de sintomas com o uso de material de penso mais adequado para a quantidade de exsudado que a ferida apresentava. O controlo do exsudado permitiu a redução significativa do odor e da dor, pois já não era preciso fazer as mudanças de penso frequentes. As mudanças cada vez menos frequentes dos pensos e aplicação de produtos hemostáticos possibilitaram o controlo da hemorragia. Em suma, todas as medidas locais tiveram repercussões positivas em todos os sintomas descontrolados, possibilitando uma melhoria da qualidade de vida do cliente e seu familiar.

A explicação do propósito da intervenção de enfermagem para este cliente e seu familiar foi, sem dúvida, o ponto de viragem do entendimento dos objetivos dos tratamentos que eram colocados na ferida. A capacitação da cuidadora sobre os apósitos que foram colocados e que possam vir a ser aplicados, foram muito importantes para diminuir a ansiedade do familiar, assim como na preparação para a alta, referenciando este cliente para o centro de saúde, com o guia de tratamento para

ser seguido no domicílio. Outro dos pontos positivos foi a possibilidade que foi dada ao cliente para poder ligar para o serviço após a alta, sempre que este necessitasse de ajuda para alguma coisa que estivesse relacionada com a sua ferida.

Segundo Hesbeen (2000, p 136) o estágio “é o complemento do ensino escolar”, em que os estudantes “podem descobrir concretamente o que significa prestar atenção particular ao outro através de todas aquelas «pequenas coisas» que constituem os cuidados de enfermagem”. Sendo este o meu local de trabalho, foi este o momento de virar esta página e demonstrar que adquiri competências de enfermeiro especialista. Procurei primeiro que tudo, entender a pessoa no seu todo, refletindo sobre a prática de cuidados, implementando uma abordagem holística para, desta forma, poder ter uma resposta perita às necessidades destes clientes. Além das competências que consegui desenvolver, neste local de estágio, partilhei os meus conhecimentos com os meus pares para ajudar a mudar comportamentos e construir práticas seguras, atualizadas e que reflitam melhoria de cuidados ao cliente com FM.

Considero que neste campo de estágio consegui adquirir competências de Mestre e também de Enfermeiro Especialista (competências gerais e específicas), preconizadas pela OE (2011) e também algumas competências referenciadas pela EONS (2005) das quais saliento: lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade; avalia o processo e os resultados da tomada de decisão; incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática; planeia programas de melhoria contínua; lidera programas de melhoria; responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade; suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade; demonstra conhecimentos e aplica-os na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes; envolve cuidadores da pessoa em situação crónica, incapacitante ou terminal, para otimizar resultados na satisfação das necessidades; colabora com outros membros da equipa de saúde e/ou serviços de apoio; negocia objetivos/metasp de cuidados, mutuamente acordadas dentro do ambiente terapêutico; reconhece os efeitos da natureza do cuidar em indivíduos com doença crónica incapacitante e terminal, nos seus cuidadores e familiares, sobre si e outros membros da equipa, e responde de forma eficaz.

2 AVALIAÇÃO

O impacto negativo provocado pelos sintomas que a FM acarreta nos clientes oncológicos, traduzem-se na perda de qualidade de vida destes clientes e dos seus familiares. Visto que a cicatrização destas feridas é altamente improvável, é consensual e imprescindível que o foco de atenção e a meta principal da conduta dos profissionais de saúde passe a ser a promoção do conforto possível do cliente (Ponte, Ferreira & Costa, 2012). É importante que a abordagem ao cliente com FM passe “por cuidados individualizados, que minimizem o desconforto e os problemas sociais, psíquicos e emocionais que podem surgir, e que promovam o bem-estar e a melhoria da qualidade de vida” (Menoita, 2015, p.966).

Este projeto, a meu entender, veio contribuir para a melhoria de qualidade de cuidados prestados aos clientes com FM e suas famílias. Esta melhoria foi conseguida através da aquisição de conhecimentos no âmbito do tratamento da FM e de competências como Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa sem Situação Crónica e Paliativa durante os estágios (que foram referenciadas ao longo do relatório). Grocott e Dealey (2004) indicam que as competências especializadas para informação e apoio aos clientes com FM e aos seus cuidadores, para controlo de sintomas do cliente, e especificamente da FM, tem efeito benéfico no impacto global das FM sobre os clientes e suas famílias. A juntar aos conhecimentos teórico-práticos, o desenvolvimento de competências no âmbito da comunicação e compreensão para que a avaliação das prioridades do cliente sejam atendidas, foram fundamentais de forma a traçar objetivos concretos e realistas para a pessoa.

Para que esta seja uma intervenção especializada são necessários conhecimentos baseados na evidência científica mais recente. Embora não existam *guidelines* específicas que vão ao encontro de todas as complicações provocadas por sintomas descontrolados da FM, existem a referência a boas práticas baseadas na literatura e experiências atuais, que podem ser adotadas para fazer face aos problemas detetados.

Assim, considero ter conseguido deixar disponível aos enfermeiros do serviço onde trabalho, documentos orientadores da boa prática, com base na última evidência científica, sobre as intervenções de enfermagem ao cliente com FM, nomeadamente o “Guia orientador dos cuidados ao cliente com FM” (Apêndice IV), o “Póster - Gestão

Local da FM” (Apêndice XVII) e o “Diagrama – Avaliação do Cliente com FM” (Apêndice XXV).

Por outro lado, a construção e aplicação da “Folha avaliação do cliente com FM” (Apêndice IV), durante os estágios, assim como reflexão sobre a prática, a interiorização dos conhecimentos e experiências transmitidas por enfermeiras peritas no tratamento de clientes com FM, permitiram-me sistematizar a minha intervenção junto destes clientes. A EONS (2015) sugere que a avaliação do cliente deve ser global, tendo em conta considerações físicas, psicossociais e psicológicas. Esta avaliação deve incluir a avaliação do cliente (tipo de cancro, sintomas decorrentes da ferida, co-morbilidades, alergias, impacto das feridas no cuidador, recursos necessários, etc), avaliação da ferida (utilizando uma ferramenta de avaliação da FM, que atendam à especificidade de cada ambiente de trabalho, e as habilidades e conhecimentos das pessoas envolvidas) e por fim a avaliação e gestão nutricional do cliente (gestão dos fluidos e proteínas necessárias para fazer face as necessidades nutricionais do cliente).

Todos os documentos construídos e que foram apresentados nesta formação ficaram disponíveis no serviço para que fossem consultados sempre que os enfermeiros achassem necessário. A “folha avaliação do cliente com FM”, foi adotada pela equipa de enfermagem de forma a servir de complemento à intervenção realizado aos clientes com FM. Os enfermeiros referem que com esta folha se consegue perceber mais facilmente quais os sintomas que estão descontrolados na ferida e de que forma é que a FM interfere na vida do cliente.

Nos clientes com FM, o conforto só é possível quando é conseguida uma boa gestão de sintomas provocados pela FM. O guia e o póster contruídos orientam para as melhores práticas descritas pela bibliografia para conseguir uma gestão eficaz dos sintomas descontrolados. A EONS (2015) sugere que uma boa gestão de sintomas é fundamental e que inclui: gestão da terapêutica, controlo da dor, cuidados de higiene, nutrição, gestão do odor da FM, medidas de emergência. A gestão eficaz dos sintomas no serviço ganha forma quando existe uma cooperação de um grupo multidisciplinar. Embora os enfermeiros estejam na “linha da frente” no tratamento das feridas malignas, no serviço são implicados também no processo de tratamento a estes clientes os médicos e os nutricionistas, e quando necessário existe a colaboração de farmacêuticos, psicólogos e assistentes sociais.

No âmbito da formação sobre as FM foi informada a equipe de enfermagem sobre todo o material de penso existente na farmácia o que possibilitou que algum material de penso que era desconhecido pelos enfermeiros fosse dado a conhecer. Foi verbalizado pelos enfermeiros a importância que este projeto teve no serviço: pela aquisição de mais e de novos materiais de penso pelo hospital, que se adequam à FM; na adequação dos *stocks* de material de penso existentes no serviço sem ser necessário a prescrição eletrónica pelo médico; a listagem do material existente na farmácia presente no guia, permite a poupança de tempo em telefonemas para a farmácia para saber qual o nome dos pensos; a relação estreita construída com a farmacêutica possibilitou uma colaboração na adequação e atualização de material de penso.

A mudança de paradigma na avaliação destes clientes foi o meu maior desafio junto da equipa de enfermagem. Os enfermeiros do serviço antes do início do projeto tinham práticas de tratamento à FM com o intuito curativo e não com vista ao conforto. Com a formação e informação que foi disponibilizada no serviço, juntamente com a reflexão crítica realizada em conjunto, em contexto de formação e passagem de turno, sobre casos de clientes com FM, asseguraram esta mudança fazendo com que os enfermeiros passassem a ter práticas que visam o conforto e que, acima de tudo, vão ao encontro das necessidades dos clientes.

A receptividade da equipa de enfermagem ao longo da implementação do projeto, a mudança de comportamentos e a disponibilização para a aquisição de novos conhecimentos sobre a intervenção a desenvolver junto destes clientes com FM e sua família, foram fulcrais para que o projeto fosse concretizado.

O caminho percorrido apresentado neste documento foi longo e difícil, havendo vários fatores que contribuíram para o seu desenvolvimento. A execução do projeto foi sendo monitorizada através das conversas informais com as orientadoras de estágio, de maneira formal com a professora orientadora através das avaliações de cada local de estágio e orientações individuais que tive com a mesma. Na escola tiveram lugar 4 orientações tutoriais programadas em conjunto com os colegas, onde através de apresentações era exposto o percurso percorrido, as aprendizagens e as reflexões sobre a prática efetuada ao longo do percurso dos estágios. Era um espaço de partilha em grupo em que, em conjunto, se fazia uma análise e discussão dos projetos apresentados de forma a contribuir positivamente para o sucesso da sua implementação.

Com vista a dar evidência e a refletir sobre os pontos negativos e positivos vivenciados ao longo do projeto, vou utilizar a análise SWOT⁸.

Assim, os principais fatores internos que fortaleceram a execução do projeto foram:

- A equipa com quem trabalho ser uma equipa jovem e dinâmica, estar motivada e sempre com vontade de aprender coisas novas, respondendo positivamente aos desafios que lhe são propostos;
- O facto de a chefia ter sido um dos impulsionadores do projeto, considerou-o uma mais-valia para a melhoria dos cuidados de enfermagem no serviço;
- A participação, da totalidade dos enfermeiros do serviço, na formação sobre as FM foi a prova do interesse da equipa no desenvolvimento deste projeto;
- Após a formação denota-se o aumento do interesse dos enfermeiros para a uniformização de cuidados ao cliente com FM;
- Ter sido possível desenvolver o projeto ao mesmo tempo que desenvolvi a minha atividade laboral, possibilitou que tivesse mais tempo para desenvolver outro tipo de trabalho (construção das formações e do Guia Orientador - Cuidados ao Cliente com FM) durante o tempo durante o período fora de serviço.

Os fatores internos que se mostraram fraquezas para o desenvolvimento do projeto foram:

- A falta de formação, da equipa de enfermagem na área das feridas, levou a que fosse necessário um maior esforço por parte do enfermeiro responsável pelo projeto no desenvolvimento da temática.
- Sendo a versão do SCLINICO utilizada no serviço, uma versão nacional, não houve preocupação dos responsáveis por este sistema de proceder a uma parametrização específica para o cliente com FM. O sistema não permite sequer a distinção entre a ferida não maligna e a FM, impossibilitando tão pouco fazer o levantamento do nº de clientes com FM.

⁸ A sigla SWOT é uma sigla inglesa que significa Strengths (Forças), Weaknesses (Fraquezas), Opportunities (Oportunidades) e Threats (Ameaças). Esta análise permite a reflexão e a confrontação com os fatores positivos e negativos, que são ordenados num quadro, subdividido em quatro quadrantes (Anexo III). Estes quadrantes são conseguidos através da divisão dos fatores internos (próprios da situação em estudo) que são as forças e as fraquezas; os fatores externos (circunstâncias provenientes do exterior), em que se faz referência às oportunidades e às ameaças (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Intervenção de Enfermagem à Pessoa com Ferida Maligna

- O sistema de registos adotada pelo hospital onde trabalho é o SCLINICO, e a parametrização do SCLINICO não está vocacionado para as FM e as intervenções existentes não traduzem as ações do enfermeiro. É necessário recorrer ao discurso livre para demonstrar toda a intervenção;
- Os registos efetuados no SCLINICO juntamente com o sistema de classificação do cliente acabam por representar um grande gasto de tempo por parte dos enfermeiros, verificando-se por vezes a falta de tempo para estar junto do cliente com FM;
- O facto de não existir em *stock* algum material de penso e a aquisição de alguns pensos no serviço depender da prescrição clínica, leva a que o enfermeiro se cinja apenas aos pensos existentes em stock no serviço o que nem sempre é o mais adequado para a FM;
- Existe algum desconhecimento da equipe médica sobre a importância de certos tipos de penso para a FM;
- Um dos entraves foi a inadequação da dotação de enfermeiros no serviço, visto ser recorrente cada enfermeiro ter a seu cuidado, clientes com um elevado número de horas de cuidados necessárias, impossibilitando uma intervenção mais cuidada ao cliente com FM;
- A mobilidade de elementos da equipa de enfermagem gerou um ambiente de tensão na equipa levando, por vezes, a que este projeto fosse colocado em segundo plano.
- Algumas vezes o projeto foi encarado por alguns enfermeiros como uma sobrecarga de trabalho.
- Falta de formação de base teórica sobre feridas, por parte de alguns elementos da equipa, levou a que fossem planeados mais 2 momentos de formação para que esta lacuna fosse colmatada;
- A prescrição de algum material de penso ser vista como um aumento de custo para o serviço, sendo por vezes difícil de demonstrar em tempo útil as vantagens de alguns pensos com a análise de custo benefício.

Os fatores externos que se mostraram oportunidades para o desenvolvimento do projeto foram:

- O estágio realizado na consulta de tratamento de feridas no Hospital A foi sem dúvida uma mais-valia pelo número de oportunidades que aconteceram,

permitindo abrir o leque de situações que poderia ter de enfrentar futuramente, sendo que as enfermeiras tiveram um papel fundamental no meu desenvolvimento de competências. Possibilitaram que tivesse o feedback da minha intervenção in loco e que fossem retiradas as minhas dúvidas.

- A consulta de tratamento de feridas do Hospital A foi também uma ótima escola pelo leque alargado de material de penso que possui, e também por ser uma equipa multidisciplinar que possibilitou que a perceção da intervenção que era necessária ter junto do cliente com FM fosse abrangente e não se cingisse apenas à execução do tratamento à ferida. Ficou bem patente a importância do nutricionista, do médico, da psicóloga e do enfermeiro, não funcionando cada um por si, mas sim como um todo com o mesmo objetivo que é o do conforto do cliente.
- Ter realizado o Curso Feridas em Oncologia, permitiu-me aprender mais sobre feridas malignas. Também foram apresentados tratamentos sobre outro tipo de feridas no cliente oncológico, prevenção de feridas, conhecer novos materiais de penso, terapias inovadoras, co-morbilidades associadas e fatores que podem prejudicar a cicatrização, importância da nutrição no cliente oncológico.
- A aquisição de algumas competências no âmbito das feridas durante os estágios anteriores foi uma mais-valia para desenvolver estratégias e competências para por em prática o projeto desenvolvido.
- A participação na formação por parte da farmacêutica responsável pela aquisição de material de penso para o hospital, possibilitou mostrar todo o material de penso disponível no hospital.
- Aquisição de mais material de penso para o *stock* existente na farmácia, após algumas trocas de experiência com a farmacêutica.
- Disponibilização de mais material de penso existente em *stock* no serviço, por parte da farmácia, sem que seja necessário prescrição clínica;
- Garantia por parte da direção de enfermagem que iria ser comunicado aos parametrizadores nacionais a importância da parametrização específica para a FM.

Os fatores externos que ameaçaram o desenvolvimento do projeto foram:

- No período de tempo em que o projeto foi posto em prática, houve um reduzido número de oportunidades de intervir no cliente com FM;

Intervenção de Enfermagem à Pessoa com Ferida Maligna

- A concretização do projeto teve lugar nos meses de inverno, o que significou um aumento da carga de trabalho devido ao plano de contingência;
- Insuficiência de respostas da comunidade à continuidade de tratamento nos clientes com alta clínica;
- A parametrização específica para a FM embora fosse sugerida pelos elementos da direção de enfermagem, acabou por ser barrada, visto que a versão do SCLINICO é uma versão nacional, havendo a garantia porém que iria ser comunicado aos parametrizadores nacionais a importância de tal ser possível;
- A descontinuação da intervenção aquando da ausência do enfermeiro dinamizador do projeto.

3 CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS

A concretização deste relatório foi um culminar de um trajeto de aprendizagem ao longo do mestrado. Com ele pretendi demonstrar as competências adquiridas ao longo dos 3 campos de estágio. Através da valorização da dimensão ética e deontológica da intervenção do enfermeiro, juntamente com a evidência científica, utilizando um pensamento crítico e reflexivo das experiências profissionais vividas nos contextos práticos por onde passei.

Considero que este relatório de estágio demonstra a evolução na aquisição de competências e no cumprimento das atividades de intervenção/formação que me comprometi e contratualizei no projeto. Considero, por isso, que atingi todos os objetivos a que me propus durante o estágio.

Benner (2001) postula que a aquisição de competências dos enfermeiros se desenvolve por diferentes estádios: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Segundo os pressupostos da autora, considero que me encontrava no estágio de competente, visto que a autora refere que os enfermeiros neste estágio têm dois ou três anos de experiência, nas mesmas circunstâncias e podem avaliar as suas iniciativas, embora ainda não tenham flexibilidade suficiente, experimentam a sensação de ter conhecimento e preparação para enfrentar as situações. Assim, desta forma, pode-se dizer que o enfermeiro competente “tem o sentimento que sabe bem das coisas e que é capaz de fazer frente a muitos imprevistos que são o normal na prática de enfermagem.” (Benner, 2001, p.54). Com este percurso considero que atingi o nível de enfermeiro proficiente ao nível de cuidados à pessoa com FM, que significa ser capaz de reconhecer os atributos e características de uma situação em mudança, tendo a capacidade e o conhecimento para dar respostas satisfatórias e competentes. Segundo Benner (2001, p.54) o enfermeiro proficiente “perceciona as situações na sua globalidade e não de forma fragmentada”. Assim, durante este percurso, tentei assumir um papel de “proficiente”, criando um ambiente seguro, desenvolvendo uma prática profissional e ética durante toda a minha intervenção. Junto da equipa multidisciplinar planeei planejar cuidados personalizados para cada cliente, promovendo o cumprimento do plano de cuidados traçado e a sua continuidade. Com isto veio o reconhecimento por parte de todos os intervenientes. Sinto que passei a ser visto como um elemento de referência no serviço, não apenas pelos meus pares, mas também pelos médicos e farmacêuticos.

Este percurso revelou-se extremamente importante na mudança da minha prática de cuidados ao cliente com FM. A reflexão crítica da prática realizada ao longo dos estágios, a consciencialização da prática e a aquisição de novos conhecimentos permitiram-me desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista bem como competências específicas na área de intervenção de Enfermagem Oncológica. Estas competências permitir-me-ão intervir positivamente e com segurança nos clientes com FM, em situações de elevada complexidade, e no serviço poderão contribuir para a promoção da qualidade de cuidados prestados.

É imprescindível que o enfermeiro no cuidado aos clientes com FM tenha uma prática holística, centrada na pessoa, promovendo o conforto dos clientes com FM. Considero que o enfermeiro na intervenção que realiza ao cliente com FM deve começar por comunicar eficazmente, escutando-os com atenção para compreender quais são suas prioridades e necessidades, prestar cuidados de conforto mantendo uma esperança realista. E, no fim deste percurso, considero que o consigo fazer.

A disponibilização do “Guia orientador dos cuidados ao cliente com FM”, do “Póster - Gestão Local da FM” e adoção de novas ferramentas de monitorização da FM e desenvolvimento de práticas capazes de intervir positivamente nos sintomas provocados pela FM, com vista a melhorarem a qualidade de vida destes clientes, tiveram uma importância fundamental na qualidade de cuidados prestados. São exemplo disso, a adoção crescente pela equipa de uma abordagem que visa o conforto do cliente e não a cura; as mudanças no serviço relativamente aos *stocks* de material de penso e a necessidade de ultrapassar burocracias para obter algum material de penso, que trouxeram dividendos relativamente aos ganhos de tempo aos enfermeiros e a ampliação do leque de tratamento disponíveis para os clientes.

A mudança na abordagem a estes clientes, por parte da equipa multidisciplinar foi notória, com a implicação de vários profissionais no processo de cuidados. Desde a nutricionista, que realiza a avaliação nutricional de forma sistemática a todos os clientes com FM; ao compromisso dos médicos no tratamento de sintomas provocados pela ferida; à farmacêutica na manutenção de um *stock* de material de penso atual e que vá ao encontro da necessidade de controle de sintomas da FM; à psicóloga que está sempre disponível para intervir no cliente com FM e nos cuidadores com sinais de desgaste psicológico; e à assistente social, na resolução de situações financeiras devido ao elevado custo dos materiais de tratamento e no encaminhamento dos clientes para os serviços de ambulatório.

As principais dificuldades do desenvolvimento deste relatório foram: a mudança de paradigma da equipa de enfermagem ainda não foi conseguida na sua totalidade, verificando-se por vezes práticas com o intuito curativo e não paliativo; e a equipa de enfermagem ter uma mobilidade muito grande de elementos, com necessidades de replicação de formação mais recorrentes.

No serviço pretendo dar continuidade ao projeto, sendo o elemento de referência e dinamizador, pretendo motivar a equipa para a melhoria dos cuidados ao cliente oncológico com FM; manter a formação aos colegas da equipa, fazendo pelo menos um momento de formação por ano para atualização de conhecimentos; manter o guia e póster guia orientador de cuidados ao cliente com FM atualizado.

Pretendo também elaborar e aplicar um instrumento de monitorização dos clientes com FM internados no serviço (taxa de prevalência e incidência); analisar os dados e divulgar em relatório anual; alargar o projeto ao hospital de dia de oncologia, através de uma fase inicial com a formação e posteriormente com a monitorização dos clientes com FM (taxa de prevalência e incidência).

Após ter sido demonstrado o interesse por parte da equipa de enfermagem do Hospital Dia de Oncologia, fui convidado a dar uma formação no âmbito das FM em Maio de 2017. Faz parte das minhas ambições convidar a enfermeira do centro de saúde, que cuidava do Senhor A. a assistir a essa formação, pois esta também demonstrou interesse na formação.

A nível hospitalar irei sugerir a realização de formação sobre “A intervenção de enfermagem na pessoa com FM” e divulgar os resultados do projeto a nível hospitalar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agra, G., Fernandes, M. A., Platel, I. C. D. S., & Freire, M. E. M. (2013). *Cuidados paliativos ao paciente portador de ferida neoplásica: uma revisão integrativa da literatura*. Rev. Bras. Cancerol.(Online), 95-104.
- Alexander, S. (2009a) *Malignant fungation wounds: epidemiology, aetiology, presentation and assessment*. Journal of Wound Care, 18 (7), pp 273-280.
- Alexander, S. (2009b) *Malignant fungation wounds: key symptoms and psychosocial*. Journal of Wound Care, 18 (8), pp 325-329.
- Alexander, S. (2009c). *Malignant fungating wounds: managing pain, bleeding and psychosocial issues*. Journal of wound care, 18(10), 418-425.
- Alexander, S. (2010) *An intense and unforgettable experience: the lived experience of malignant wounds from the perspectives of patients, caregivers and nurses*. International Wound Journal, 7 (6), pp. 456-465.
- Alvarez, O. M., Kalinski, C., Nusbaum, J., Hernandez, L., Pappous, E., Kyriannis, C.,... & Comfort, C. P. (2007). *Incorporating wound healing strategies to improve palliation (symptom management) in patients with chronic wounds*. Journal of Palliative Medicine, 10(5), 1161-1189.
- Alves, P., & Vieira, M. (2012). *Ensino em feridas: formação pré-graduada em enfermagem*. Journal of Tissue Regeneration & Healing [Internet], 1-11.
- Apóstolo, J. L. A. (2010). *O conforto pelas imagens mentais na depressão, ansiedade e stresse*. Imprensa da Universidade de Coimbra/Coimbra University Press.
- Araújo, F., Pais-Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). *Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 25 (2), 59-66.
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos – APCP (2013). *O que são?* Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. Acedido em Fevereiro 2016. Disponível em <http://www.apcp.com.pt/cuidadospaliativos/oquesao.html>

MAG – Malnutrition Advisory Group, *Malnutrition Universal Screening Tool*. Bapen. Acedido em outubro de 2015. Disponível em <http://www.bapen.org.uk/images/pdfs/must/portuguese/must-toolkit.pdf>

Benner, P. (2001). *De Iniciado a perito - Excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (Edicao Com.). Coimbra: Quarteto Editora.

Conselho Internacional de Enfermeiras (2005). *CIPE/ICNP – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão Beta 2*. (Associação Portuguesa de Enfermeiros, Ed.) (3a ed.). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Direção Geral da Saúde (2010) *Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa*. Acedido em Abril 2016. Disponível em <http://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-controlo-da-dor/orientacoes-tecnicas.aspx>

Direção Geral da Saúde (2010) *Plano Nacional de Cuidados Paliativos*. Acedido em Abril 2016. Disponível em: <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-cuidados-paliativos.aspx>

Direção Geral da Saúde (2011) *Acidente vascular cerebral: prescrição de medicina física e de reabilitação*. Acedido em Abril 2016. Disponível em <http://www.dgs.pt/directrizes-dadgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>

Direção Geral da Saúde (2011) *A dor como 5º sinal vital - registo sistemático da intensidade da dor*. Acedido em Abril 2016. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcq-de-14062003.aspx>

Direção Geral da Saúde (2013) *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas*. Acedido em Abril 2016. Disponível em www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/programas-cancro_old-pdf.aspx

- Dowsett, C. (2002) *Malignant fungating wounds: assessment and management*. British Journal of Community Nursing, 7, 394–400.
- European Oncology Nursing Society (2015) *Recommendations for the care of patients with malignant fungating wounds*. . Acedido em Janeiro 2015. Disponível em <http://www.cancernurse.eu/documents/EONSMalignantFungatingWounds.pdf>
- Gethin, G. (2011). *Management of malodour in palliative wound care*. British Journal of Community Nursing, 16(Sup9), 28-36.
- Gethin, G., Grocott, P., Probst, S., & Clarke, E. (2014). *Current practice in the management of wound odour: an international survey*. International Journal of Nursing Studies, 51(6), 865-874.
- Gomes, I. P., & Camargo, T. C. (2004). *Feridas tumorais e cuidado de enfermagem: buscando evidências para o controle de sintomas*. Rev. Enferm. 12, 211-216.
- Grocott, P. (2007). *Care of patients with fungating malignant wounds*. Nursing Standard, 21(24), 57.
- Grocott, P., & Dealey, C. (2004). Skin problems in palliative medicine. Nursing aspects. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. (3ª edição). Oxford University Press, Oxford, 628-639.
- Grocott, P., Gethin, G., & Probst, S. (2013). *Malignant wound management in advanced illness: new insights*. Current Opinion in Supportive and Palliative Care, 7(1), 101-105.
- Haisfield-Wolfe, M. E., & Baxendale-Cox, L. M. (1999, July). *Staging of malignant cutaneous wounds: a pilot study*. In Oncology nursing forum (Vol. 26, No. 6, pp. 1055-1064).
- Haynes, J. S. (2008). *An overview of caring for those with palliative wounds*. British Journal of Community Nursing, 13 (pp24-30).
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.

- Hickok, J. T., Morrow, G. R., Roscoe, J. A., Mustian, K. & Okunieff, P. (2005). *Occurrence, severity, and longitudinal course of twelve common symptoms in 1129 consecutive patients during radiotherapy for cancer*. *Journal of Pain and Symptom Management*, 30(5), 433-442.
- Hofman, M., Ryan, J. L., Figueroa-Moseley, C. D., Jean-Pierre, P. & Morrow, G. R. (2007). *Cancer-related fatigue: the scale of the problem*. *The Oncologist*, 12(Supplement 1), 4-10.
- Instituto Nacional de Câncer - INCA (2009). *Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado. Série Cuidados Paliativos*. Rio de Janeiro: Esdeva.
- Kolcaba, K. (2010). *An introduction to comfort theory*. In *The comfort line*. Acedido em Março de 2017. Disponível em <http://www.thecomfortline.com/>
- Leitão, G.C., & Almeida, D.T. (2000). *O cuidador e sua qualidade de vida*. *Acta Paulista de Enfermagem*, 13(1), 80-85.
- Lo, S. F., Hu, W. Y., Hayter, M., Chang, S. C., Hsu, M. Y., & Wu, L. Y. (2008). *Experiences of living with a malignant fungating wound: a qualitative study*. *Journal of Clinical Nursing*, 17(20), 2699-2708.
- Maida, V., Ennis, M., Kuziemy, C., & Trozzolo, L. (2009). Symptoms associated with malignant wounds: a prospective case series. *Journal of Pain and Symptom Management*, 37(2), 206-211.
- Mahoney F, Barthel D 1965 *Functional evaluation: The Barthel index*. *Maryland State Medical Journal* 14:61-65
- Menoita, E. C. (2015), *Gestão de feridas complexas*, Loures: Lusodidacta.
- Naylor, W. (2002). *Part 2: Symptom self-assessment in the management of fungating wounds*. *World Wide Wounds*, 14.
- OMS. 2013. *Cancer*. Acedido em Abril de 2016. Disponível em www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Enunciado de Posição – Consentimento Informado*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Código deontológico do enfermeiro*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento de competências comuns para o enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento de competências específicas para o enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *REPE e estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ponte, D., Ferreira K. & Costa N. (2012). *O controlo do odor na ferida maligna*. Journal of Tissue Regeneration & Healing. 1(1), 38-43.

Popim, R. C., & Boemer, M. R. (2005). *Cuidar em oncologia na perspectiva de Alfred Schütz*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 13(5), 677-685.

Probst, S., Arber, A. & Faithfull, S. (2009). *Malignant fungating wounds: a survey of nurses' clinical practice in Switzerland*. European Journal of Oncology Nursing, 13(4), 295-298.

Probst, S., Arber, A. & Faithfull, S. (2013). *Malignant fungating wounds—the meaning of living in an unbounded body*. European Journal of Oncology Nursing, 17(1), 38-45.

Probst, S., Arber, A., Trojan, A., & Faithfull, S. (2012). *Caring for a loved one with a malignant fungating wound*. Supportive Care in Cancer, 20(12), 3065–3070.

- Pulido, I., Baptista, I., Brito, M., & Matias, T. (2010). *Como morrem os doentes numa enfermaria de Medicina Interna*. Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna 17; 2010; p.222-226.
- Reynolds, H., & Gethin, G. (2015). *The psychological effects of malignant fungating wounds*. EWMA Journal, 15(2), 29–32.
- Ruivo, M., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). *Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas*. Percursos. Publicação da área disciplinar de enfermagem. ESSIP Setúbal, (15), 119-127.
- Schalock, R. L., Verdugo, M. A., & Braddock, D. L. (2002). *Handbook on quality of life for human service practitioners*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sharma, Y., Thompson, C., Kaambwa, B., Shahi, R., & Miller, M. (2013). *Validity of the Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) in Australian hospitalized acutely unwell elderly patients*. Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition.
- Selby, T. (2009) *Managing exsudate in malignant fungating wounds and solving problems for patients*. Nursing Times, 105 (18), 14-17.
- Stratton, R. J., Hackston, A., Longmore, D., Dixon, R., Price, S., Stroud, M., ... & Elia, M. (2004). *Malnutrition in hospital outpatients and inpatients: prevalence, concurrent validity and ease of use of the 'malnutrition universal screening tool' ('MUST') for adults*. British Journal of Nutrition, 92(5), 799-808.
- Tomé CB, Chaves MR, Grillo IM, Camilo M, Ravasco P. *Validity of the Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) in cancer*. European Journal of Cancer Em publicação, 2010.
- Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. Loures: Lusociência, 185-225.

Intervenção de Enfermagem à Pessoa com Ferida Maligna

- Tomey, A. M. (2004). Virginia Henderson: definição de enfermagem. AM Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem*, (pp.111-125). Loures: Lusociência
- Twycross, R (2003), *Cuidados Paliativos*, 2ª edição. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Vicente, H. (2011) *Guia orientador para o tratamento local das feridas malignas*. Acessível no _____, Lisboa.
- Vicente, H. (2014). *Pessoa com ferida maligna: intervenções de enfermagem no controlo do exsudado e do odor*. ESEL. Dissertação de Mestrado. Lisboa.
- Whoqol Group. (1994). *The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL)*. In Quality of life assessment: International perspectives. Springer Berlin Heidelberg, 41-57.
- Willis, S., & Sutton, J. (2013). *Managing complex palliative wounds: an interactive educational approach for district nurses*. International Journal of Palliative Nursing, 19(9), 457-462.
- Woo, K. Y., & Sibbald, R. G. (2010). *Local wound care for malignant and palliative wounds*. Advances in Skin & Wound Care 23(9), 417-428.

APÊNDICES

Apêndice I: Questionário sobre a pertinência da temática

Questionário Sobre a Pertinência da Temática das FM

A aprendizagem ao longo da vida constitui uma necessidade impreterível para todos os profissionais de saúde, nomeadamente para os enfermeiros, face à constante evolução do conhecimento técnico-científico na área da saúde, o que impõe uma atualização permanente.

No âmbito da unidade curricular Opção II do 6º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção Enfermagem Oncológica da ESEL, foi-me proposta a elaboração de um projeto que me permita o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, e que contribua para a melhoria de cuidados prestados aos nossos clientes.

Após reflexão sobre a minha prática, faz-me sentido abordar a temática subjacente ao **Cuidar da Pessoa com FM**. Contudo, a opinião sobre a pertinência da temática, dos restantes elementos da equipa de enfermagem é fundamental, no sentido de perspetivar a minha intervenção no contexto de trabalho, pelo que pedia a vossa colaboração no preenchimento deste questionário anónimo.

1. Idade:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Inferior a 25 anos | <input type="checkbox"/> Entre 45 e 50 anos |
| <input type="checkbox"/> Entre 25 e 30 anos | <input type="checkbox"/> Entre 50 e 55 anos |
| <input type="checkbox"/> Entre 30 e 35 anos | <input type="checkbox"/> Entre 55 e 60 anos |
| <input type="checkbox"/> Entre 35 e 40 anos | <input type="checkbox"/> Entre 60 e 65 anos |
| <input type="checkbox"/> Entre 40 e 45 anos | <input type="checkbox"/> Superior a 65 anos |

2. Género:

Feminino Masculino

3. Formação académica:

- | | |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Licenciatura | _____ |
| <input type="checkbox"/> Especialidade | _____ |
| <input type="checkbox"/> Mestrado | _____ |
| <input type="checkbox"/> Doutoramento | _____ |
| <input type="checkbox"/> Outra | _____ |

4. Tempo em anos no serviço _____

5. Tem formação no âmbito da temática “Cuidar da pessoa com FM”?

Sim Não

Se Sim nº horas de formação _____

6. Sente necessidade de aprofundar conhecimentos na área do Cuidar da Pessoa com FM?

Sim Não

Porquê?

7. Faz-lhe sentido que esta temática seja desenvolvida no seio da equipa de enfermagem?

Sim Não

Porquê?

Muito Obrigado

Nuno Silva

Apêndice II: Análise de resultados dos questionários sobre a pertinência da temática

Análise dos questionários sobre a pertinência da temática das FM

Gráfico 1 - Distribuição dos enfermeiros por faixas etárias:

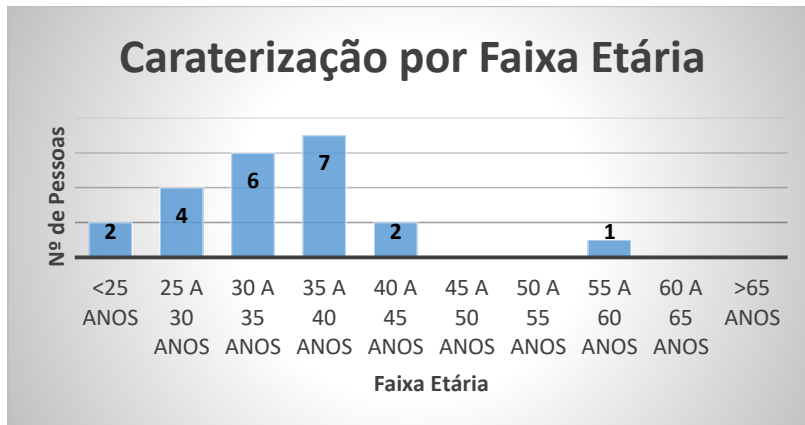


Gráfico 2 - Distribuição dos enfermeiros por género:

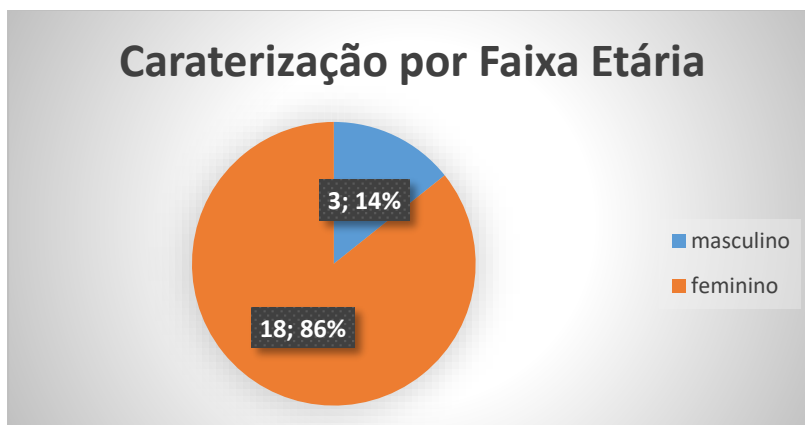


Gráfico 3 - Distribuição dos enfermeiros por formação académica:

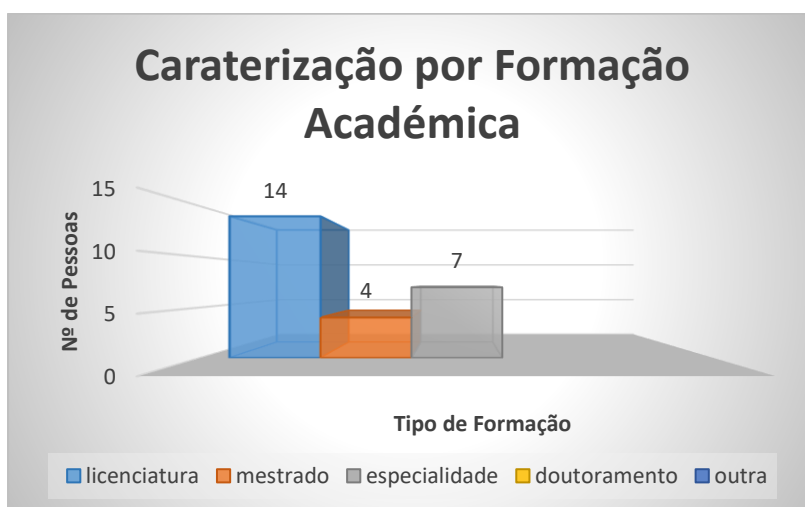


Gráfico 4 - Nº de anos de cada enfermeiro no serviço

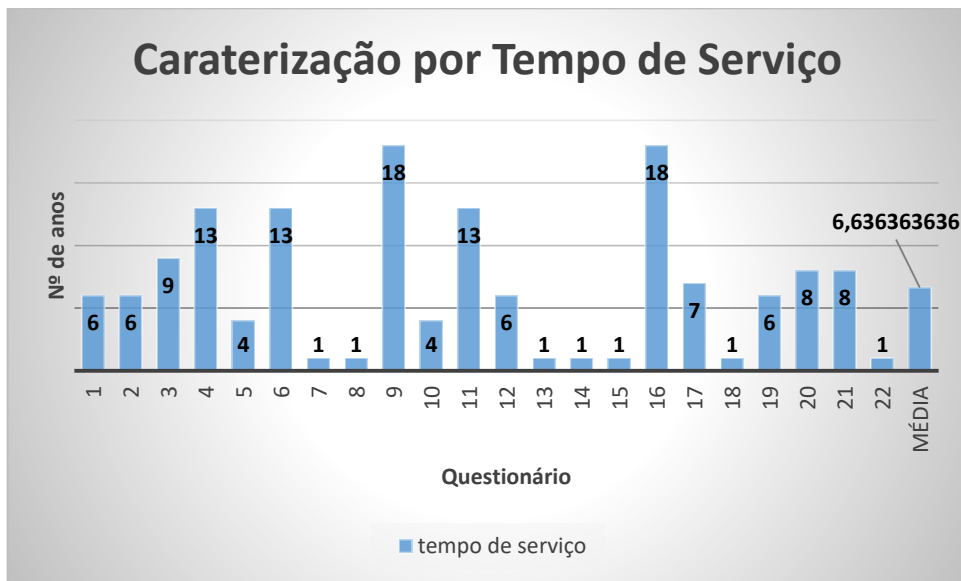
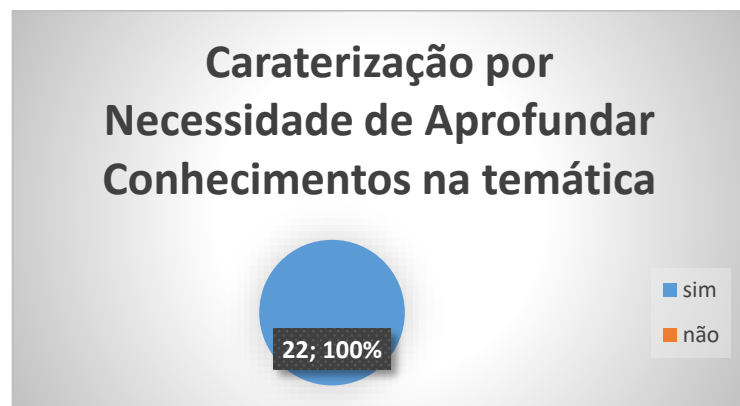


Gráfico 5 - Percentagem dos enfermeiros com formação sobre “Cuidar da pessoa com FM”:



Nota: Os enfermeiros que responderam afirmativamente, não precisaram o número de horas de formação

Gráfico 6 – Percentagem e número de enfermeiros a necessitar de aprofundar conhecimentos na área de cuidar da pessoa com FM.

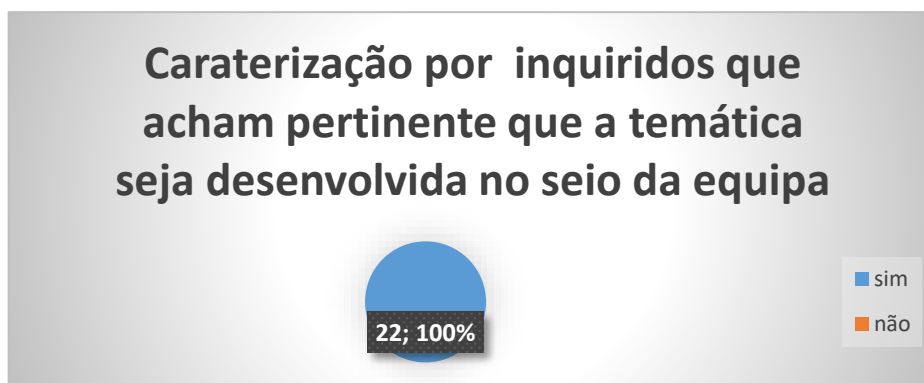


De seguida são transcritas as respostas dadas, pelos enfermeiros, à pergunta **“Porquê?”**

- i. “Devido à especificidade do tratamento deste tipo de feridas.”
- ii. “É necessário implementar a melhor evidência, para otimização do tratamento da pessoa com FM. Quanto mais adequado e diversificado o tratamento, melhores resultados se obterão e com isto, prestação de Cuidados de Enfermagem com mais qualidade.”
- iii. “O aprofundar conhecimentos nesta área é importante de forma a prestação de cuidados nomeadamente a execução do penso seja adequado às características da ferida e estágio.”
- iv. “Para ter conhecimentos teóricos/fundamentação para diferentes situações/estádios em que se encontra as feridas.”
- v. “Necessidade do serviço e adquirir novos conhecimentos.”
- vi. “Porque é uma área do serviço, em que os clientes têm muitas vezes feridas malignas.”
- vii. “Por vezes temos dúvida em relação ao que devemos aplicar na ferida, visto que nem sempre estas apresentam somente categoria (I,II,III, IV) e porque muitas vezes apresentam-se infetadas, exsudativas e sendo o tratamento a maioria das vezes paliativos seria importante perceber qual o melhor tratamento.”
- viii. “Ao deparar-me com FM por vezes não consigo chegar à conclusão sobre o tratamento indicado, uma vez que a resposta dos tecidos não é igual a uma ferida “saudável”. Necessidade de existir uniformidade de cuidados para não se mudar de tratamentos a cada dia e a cada pessoa diferente que preste cuidados à ferida.”
- ix. “Ao cuidar de pessoa com FM sinto lacunas no tratamento à mesma, assim como dos materiais a serem usados.”
- x. “Porque trata-se de uma área na qual gostaria de adquirir maior nível de conhecimentos e competências para atuar da melhor forma possível
- xi. “Temos clientes com este tipo de feridas no serviço.”

- xii. “Para adequar os tratamento/produtos a aplicar à ferida, para conforto do cliente, pelo elevado número de clientes com ferida oncológica/ malignas no serviço.”
- xiii. “Porque sendo uma ferida com características particulares necessito de aprofundar os meus conhecimentos nesta área.”
- xiv. “A pessoa com FM está normalmente inserida num contexto que implica questões mais profundas relacionada com dor crónica (associada à ferida) e questões relacionadas com autoimagem e autoestima. Tudo isto tem que ser aprofundado pelos enfermeiros.”
- xv. “Por não prestar cuidados nesta área e necessitar de adquirir/aprofundar conhecimentos que me permitam prestar cuidados de qualidade quando necessitar de o fazer.”
- xvi. “Considero pertinente aprofundar conhecimentos sobre a temática em causa pois regularmente nos deparamos, no cliente oncológico, com feridas malignas e seria importante ter conhecimentos de como agir e realizar um tratamento mais adequado possível perante estas situações.
- xvii. “Devido à necessidade de assegurar cuidados à pessoa com FM devido à situação dos nossos clientes da área da oncologia.”
- xviii. “Sinto a necessidade de adquirir conhecimentos acerca dos apósitos existentes, para a realização de pensos, de modo a adequar o apósito à ferida existente.”
- xix. “Porque é uma coisa com a qual nos deparamos ao prestar cuidados e acho importante adquirir os conhecimentos necessários para prestar os cuidados apropriados”

Gráfico 7 - Percentagem e número de enfermeiros a necessitar de aprofundar conhecimentos na área de cuidar da pessoa com FM.



De seguida são transcritas as respostas dadas, pelos enfermeiros, à pergunta **“Porquê?”**

- a. “Para existir uniformização das práticas entre os diversos elementos da equipa.”
- b. No tratamento da FM é necessário uma harmonização de conhecimentos da equipa de enfermagem para a obtenção dos melhores resultados.”
- c. “Para que toda a equipa preste cuidados em conformidade e com seguimento.”
- d. Porque são as enfermeiras que lidam mais diretamente com as clientes e necessitam de conhecimentos para melhor cuidar”
- e. “Necessidade do serviço.”
- f. “Para adquirir conhecimentos.”
- g. “Permite aprofundar os nossos conhecimentos e atualizar os mesmos, prestando assim melhores cuidados ao cliente com este tipo de ferida oncológica.”
- h. “Uniformidade de tratamento, melhoria de resultados no tratamento, melhoria para o cliente.”
- i. “Porque várias vezes temos clientes internados com esta problemática de difícil controlo sintomático do cuidado à FM.”
- j. “Porque é uma mais-valia para todos os profissionais de enfermagem de forma a cuidar do cliente com FM com abordagem mais correta.”
- k. “Para promover o bem-estar do cliente”
- l. “Elevado número de clientes com FM internados no serviço”
- m. “Para adquirir maiores conhecimentos podendo cuidar melhor dos clientes com este tipo de feridas”
- n. “Os enfermeiros como principais cuidadores do cliente devem desenvolver conceitos relacionados com este tema e aprofundar capacidades na área do tratamento de FM, sobretudo no que toca às questões da dor e do conforto.”
- o. “Porque como em todas as áreas do cuidar em enfermagem é fundamental uma realização permanente de conhecimentos com a especificidade de ser uma área do cuidar de pessoas/cuidadores em fim de vida. (na minha perspetiva, na maioria das vezes)”
- p. “A temática desenvolvida no seio da equipa de enfermagem permitiria uma uniformização dos cuidados, trazendo assim mais benefícios para o cliente.”

- q. “Para termos uma equipa com elevado nível de conhecimentos no âmbito desta temática, e prestar cuidados de qualidade e segurança ao cliente/pessoa/família.”
- r. “Visto ser uma realidade no nosso serviço para mim faz todo o sentido que estejamos em constante formação acerca deste tema.”
- s. “Faz sentido pra melhorar os cuidados prestados quando perante uma pessoa com FM, no sentido de obter bons resultados perante esta.”

Apêndice III: Caracterização da consulta multidisciplinar de tratamento de feridas no Serviço A do Hospital A

Caracterização do serviço A

A missão da Consulta Multidisciplinar de Tratamento de Feridas é proporcionar cuidados ativos e coordenados a clientes com feridas, com formas de intervenção integradas, através da aplicação de conhecimentos especializados e prestação de cuidados de excelência numa associada e benéfica relação custo-qualidade. Assim esta consulta é constituída por 2 enfermeiras, 2 médicas, 1 farmacêutica e 1 nutricionista, funciona de 2ª a 6ª feira no período entre a 8h e as 17h, os objetivos desta consulta são:

- Prestar cuidados diferenciados no tratamento de feridas em clientes oncológicos
- Articular os cuidados prestados com os demais serviços e recursos existentes na comunidade
- Disponibilizar consultadoria e/ou orientação de plano de cuidados
- Aumentar eficiência de recursos humanos e materiais na área da prevenção e tratamento de feridas, através de uma gestão mais centralizada e racional
- Assegurar o desenvolvimento de competências de intervenção nos profissionais de saúde
- Promover e participar em estudos de investigação
- Participar em projetos institucionais

Os destinatários desta consulta são os clientes com feridas complexas - com sinais e sintomas associados à ferida não controlada; evolução cicatricial negativa; com necessidade de recurso a técnicas e materiais específicos ou de elevado custo financeiro.

A outra vertente desta consulta é a formação dos profissionais de saúde que manifestem necessidade de suporte na intervenção, esclarecimento e/ou formação na área do tratamento de feridas e prevenção de UP.

A referenciação dos clientes para esta consulta pode ser efetuada de duas formas, por impresso próprio, ou diretamente por telefone para um elemento da equipa.

Apêndice IV: Folha de avaliação do cliente com ferida maligna

FOLHA DE AVALIAÇÃO DO CLIENTE COM FERIDA MALIGNA

Data:	
Nº Observação	
Nome do cliente	
Serviço	
Idade	
Sexo	
Peso	
Altura	
Diagnóstico	
Antecedentes	
Medicação	
Tratamento Curativo	
Tratamento Paliativo	

Índice de Barthel

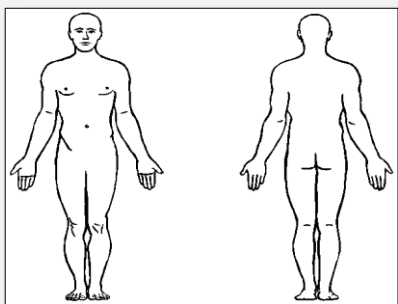
ATIVIDADES BÁSICAS	PONTUAÇÃO		TOTAL
Higiene pessoal			
Evacuar			
Urinar			
Ir à casa de banho (uso de sanitário)			
Alimentar-se			
Transferências (cadeira /cama)			
Mobilidade (deambulação)			
Vestir-se			
Escadas			
Banho			
TOTAL (0-100)			

Conclusão:

Malnutrition Universal Screening Tool-MUST

QUESTÃO	PONTUAÇÃO		TOTAL
A IMC (Kg/m ²)			
B Perda de peso nos últimos 3 – 6 meses			
C Efeito de patologia aguda			
Total (0-6)			

Conclusão:

	Ferida	1	2
Localização			
Dimensões	Comprimento		
	Largura		
	Profundidade		
	Não Mensurável		
Forma	Regular		
	Irregular		
	Exofítica		
	Cavitária		

<i>Ferida</i>		<i>1</i>	<i>2</i>
<i>Tecidos Presentes</i>	Proliferativa (Nodular)		
	Ulcerativa		
	Presença de Sinus ou Fistulas		
	Vegetativa		
	Outra:		
<i>Cor do exsudado¹</i>	Claro/ âmbar		
	Esbranquiçado		
	Rosado, Vermelho		
	Verde		
	Amarelo / Castanho Cinzento / Azul		
<i>Consistência do exsudado²</i>	Baixa Viscosidade		
	Elevada Viscosidade		
<i>Volume do exsudado³</i>	Sem exsudado		
	Exsudado Reduzido		
	Exsudado Moderado		
	Exsudado Abundante		
<i>Odor presente⁴</i>	0. Odor não é sentido		
	1. Odor só é sentido pelo cliente		
	2. Odor é sentido quando se troca o penso		
	3. Odor é sentido junto do cliente ainda com penso		
	4. Odor é sentido na sala, quarto, enfermaria		
<i>Pele Perilesional</i>	Ruborizada		
	Macerada		
	Seca/Descamativa		
	Normal		
	Maceração provocada pelo adesivo		
<i>Prurido</i>	Presente		
	Ausente		
<i>Dor na ferida⁵</i>	Sim		
	Não		
<i>Estádio da ferida⁶</i>	I		
	IN		
	II		
	III		
	IV		
<i>Intervenção de enfermagem</i>	Penso realizado com:		

1,2, 3 Adaptado World union of Wound Healing Societies (WUWHS), 2007, citado por Menoita (2015)

4 Escala adaptada de Baker & Haig 1981, Poteete 1993 por Helena Vicente e Sandra Neves, 2011 Guia Orientador para o tratamento Local das Feridas Malignas

5 Utilizar escala Numérica de dor ou de Doloplus para avaliar de forma completa o fenómeno dor nos doentes que não comunicam de forma verbal

6 Classificação das feridas Malignas segundo Haisfield-Wolfe e Baxendale-Cox (citado por INCA, 2009)

Sintomas da ferida que mais incomodam: ⁷	
---	--

Impacto da ferida nas necessidades humanas básicas de Virgínia Henderson ⁸	Respiração e circulação	
	Beber e comer	
	Eliminação	
	Mover-se e manter uma boa postura	
	Dormir e repousar	
	Vestir-se e despir-se	
	Temperatura corporal	
	Estar limpo e cuidado, e proteger os seus tegumentos	
	Evitar os perigos	
	Comunicação	
	Crenças e valores	
	Ocupar-se com vista a realizar-se	
	Divertir-se	
	Aprender	

Relativamente ao controlo de sintomas classifique o penso de 1 a 5 que foi retirado ⁹	Péssimo	Mau	Razoável	Bom	Muito Bom
	1	2	3	4	5

Resposta:

Avaliação do tratamento	
-------------------------	--

Índice de Barthel

ATIVIDADES BÁSICAS	NIVEL DE DEPENDÊNCIA	PONTUAÇÃO
HIGIENE PESSOAL	0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal 5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)	
EVACUAR	0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres) 5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana) 10 = Contínente (não apresenta episódios de incontinência)	
URINAR	0 = Incontinente ou algaliado 5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas) 10 = Contínente (por mais de 7 dias)	
IR À CASA DE BANHO (USO DE SANITÁRIO)	0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho 10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)	
ALIMENTAR-SE	0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc. 10 = Independente (a comida é providenciada)	
TRANSFERÊNCIAS (CADEIRA /CAMA)	0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se 5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se 10 = Pequena ajuda (verbal ou física) 15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)	
MOBILIDADE (DEAMBULAÇÃO)	0 = Imobilizado 5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc. 10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) 15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)	
VESTIR-SE	0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda 10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)	
ESCADAS	0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão 10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)	
BANHO	0 = Dependente 5 = Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)	
TOTAL (0 - 100)		

Fonte: DGS Norma nº 054/2011 de 27/12/2011

Índice de Barthel – Instruções

GERAIS

O índice deverá ser usado como um registo do que o doente faz, NÃO como um registo do que o doente poderia fazer.

O principal objetivo é determinar o grau de independência sem qualquer ajuda, física ou verbal, por mínima e qualquer razão que seja.

A necessidade de supervisão implica a classificação de NÃO independente.

As performances do doente deverão ser estabelecidas segundo a melhor prova disponível. A fonte habitual será o inquérito ao doente, amigos/ familiares e enfermeiros, mas também são importantes a observação direta e o senso comum. No entanto, comprovação direta não é necessária. Geralmente é importante a performance das últimas 24-48 horas*, mas ocasionalmente períodos mais longos serão apropriados.

Os doentes inconscientes deverão ter a cotação de “0” em todos os itens, mesmo se ainda não incontinentes.

Capaz de comer qualquer tipo de comida (e não só comida pastosa*). Comida cozinhada e servida por outros, mas não cortada.

Ajuda = comida cortada, o doente come sozinho*.

Transferências

Da cama para a cadeira e vice-versa.

Dependente – SEM equilíbrio sentado (incapaz de se sentar): duas pessoas para o levantar.

Ajuda maior = Uma pessoa forte/ experiente, ou duas pessoas normais. Consegue levantar-se.

Ajuda menor = Uma pessoa com facilidade, OU necessita de supervisão para segurança.

Mobilidade

Os níveis médios implicam que o doente faça mais de 50% do esforço.

Para ser independente, é permitido o uso de auxiliares e ajudas técnicas.

ESPECÍFICAS

Intestino (semana anterior)

Se necessita que lhe seja aplicado um clister, então “incontinente” *.

Ocasional * = uma vez por semana.

Bexiga (semana anterior)

Ocasional = menos de uma vez por dia.

O doente algaliado que consegue utilizar autonomamente a sonda, é registado como “contínente”.

Higiene Pessoal (últimas 24 – 48 horas)

Refere-se: lavar os dentes, colocar prótese dentária, pentear-se, barbear-se, lavar a cara. Os acessórios de higiene podem ser fornecidos por terceiro.

Alimentação

Refere-se à mobilidade perto da casa ou no bairro e dentro de casa. Pode usar auxiliar de marcha de qualquer tipo. Se em cadeira de rodas, tem que ser capaz de ultrapassar portas/ esquinas sem auxílio de terceiro.

Ajuda = Por uma pessoa, não treinada, incluindo apoio moral/supervisão.

Vestir

Deve ser capaz de escolher e vestir toda a roupa, que pode ser adaptada.

Ajuda = auxílio nos botões, fecho de correr, etc. (verifique!), mas consegue vestir algumas peças sozinho*

Escadas

Pode usar qualquer tipo de auxiliares de marcha para ser independente.

Banho

Geralmente, a atividade mais difícil. Tem que entrar e sair sem supervisão e lavar-se autonomamente. Independente no duche = “independente” se sem supervisão/sem auxílio*.

Escala de Odor

0	Odor não é sentido
1	Odor só é sentido pelo doente
2	Odor é sentido quando se troca o penso
3	Odor é sentido junto do doente ainda com penso
4	Odor é sentido na sala, quarto, enfermaria

Fonte: Escala adaptada de Baker & Haig 1981, Poteete 1993 por Helena Vicente e Sandra Neves, 2011 Guia Orientador para o tratamento Local das Feridas Malignas

Avaliação do exsudado

Cor do exsudado	Claro, âmbar
	Esbranquiçado
	Rosado, Vermelho
	Verde
	Amarelo / Castanho
	Cinzentos / Azul
Consistência	Baixa Viscosidade
	Elevada Viscosidade

Fonte: Adaptado World Union of Wound Healing Societies, 2007, citado por MENOITA (2015)

Escala Numérica de Avaliação da Dor

Sem Dor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

Fonte: Circular Normativa Nº 09/DGCG, 14/06/2003

Escala Doloplus – Avaliação Comportamental da Dor na Pessoa Idosa

Repercussão somática		
1. Queixas somáticas	Ausência de queixas	0
	Queixas apenas quando há solicitação	1
	Queixas espontâneas ocasionais	2
	Queixas espontâneas contínuas	3
2. Posições antálgicas em repouso	Ausência de posição antálgica	0
	O indivíduo evita certas posições de forma ocasional	1
	Posição antálgica permanente e eficaz	2
	Posição antálgica permanente e ineficaz	3
3. Proteção de zonas dolorosas	Ausência de proteção	0
	Proteção quando há solicitação, não impedindo o prosseguimento do exame ou dos cuidados	1
	Proteção quando há solicitação, impedindo qualquer exame ou cuidados	2
	Proteção em repouso, na ausência de qualquer solicitação	3
4. Expressão facial	Mímica habitual	0
	Mímica que parece exprimir dor quando há solicitação	1
	Mímica que parece exprimir dor na ausência de qualquer solicitação	2
	Mímica inexpressiva em permanência e de forma não habitual (átona, rígida, olhar vazio)	3
5. Sono	Sono habitual	0
	Dificuldade em adormecer	1
	Despertar frequente (agitação motora)	2
	Insónia com repercussão nas fases de despertar	3
Repercussão psicomotora		
6. Higiene e/ou vestir	Capacidades habituais conservadas	0
	Capacidades habituais pouco diminuídas (com precaução mas completas)	1
	Capacidades habituais muito diminuídas, higiene e/ou vestir difíceis e parciais	2
	Higiene e/ou vestir impossíveis; o doente exprime a sua oposição a qualquer tentativa	3
7. Movimento	Capacidades habituais conservadas	0
	Capacidades habituais ativas limitadas (o doente evita certos movimentos, diminui o seu perímetro de marcha)	1
	Capacidades habituais ativas e passivas limitadas (mesmo ajudado, o doente diminui os seus movimentos)	2
	Movimento impossível; qualquer mobilização suscita oposição	3
Repercussão psicossocial		
8. Comunicação	Sem alteração	0
	Intensificada (o indivíduo chama a atenção de modo não habitual)	1
	Diminuída (o indivíduo isola-se)	2
	Ausência ou recusa de qualquer comunicação	3
9. Vida social	Participação habitual nas diferentes atividades (refeições, atividades recreativas, ateliers terapêuticos,...)	0
	Participação nas diferentes atividades apenas quando há solicitação	1
	Recusa parcial de participação nas diferentes atividades	2
	Recusa de qualquer tipo de vida social	3
10. Alterações do comportamento	Comportamento habitual	0
	Alterações do comportamento quando há solicitação e repetidas	1
	Alterações do comportamento quando há solicitação e permanentes	2
	Alterações do comportamento permanentes (sem qualquer solicitação)	3
TOTAL		

ADMITIR DOR QUANDO TOTAL FOR SUPERIOR OU IGUAL A 5

Fonte: Orientação Nº 15/2010 DGS, 14/12/2010

Classificação de Feridas Malignas

Estádios	Definição
I	Pele íntegra. Tecido de coloração avermelhada ou violácea. Nódulo visível e delimitado. Assintomático.
IN	Ferida fechada ou com abertura superficial por orifício de drenagem de exsudato límpido, de coloração amarelada ou de aspeto purulento. Tecido avermelhado ou violáceo, ferida seca ou húmida. Dor ou prurido ocasionais. Sem odor.
II	Ferida aberta envolvendo derme e epiderme. Ulcerações superficiais. Por vezes, friáveis e sensíveis à manipulação. Exsudato ausente ou em pouca quantidade (lesões secas ou húmidas). Intenso processo inflamatório ao redor da ferida. Dor e odor ocasionais.
III	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 rutura. Tecido de coloração avermelhada ou violácea, porém o leito da ferida encontra-se predominantemente de coloração amarelada.
IV	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.

Fonte: Haisfield-Wolfe e Baxendale-Cox (citado por INCA, 2009)

Malnutrition Universal Screening Tool-MUST

IMC (Kg/m ²)	Perda de peso últimos 3 – 6 meses	Efeito de patologia aguda
0 = > 20 1 = 18,5 – 20 2 = < 18,5	0 = < 5% 1 = 5 – 10% 2 = > 10%	Somar 2 se houve ou há probabilidade de haver nenhuma ou pouca ingestão nutricional há mais de 5 dias
Risco de malnutrição soma das pontuações das três etapas anteriores para calcular o risco de malnutrição risco baixo (0), moderado (1) ou severo (≥2)		

PLANO DE CUIDADOS		
Risco baixo (0)	Risco moderado (1)	Risco severo (≥2)
<u>Cuidados clínicos de rotina</u> Repetir a avaliação no hospital semanalmente	<u>Observar</u> Registrar a ingestão diária durante 3 dias. Se não melhorar, tomar as medidas apropriadas Repetir a avaliação no hospital semanalmente	<u>Tratar</u> Referenciar para a dietista, nutricionista ou equipe de suporte nutricional, de modo a melhorar e aumentar o aporte nutricional Monitorizar e rever o plano de cuidados semanalmente

Fonte: <http://www.bapen.org.uk/images/pdfs/must/portuguese/must-toolkit.pdf>

Apêndice V: Reflexão I no Serviço A do Hospital A

REFLEXÃO SOBRE EVENTO SIGNIFICATIVO – SERVIÇO A

1º Descrição

Conheci a Senhora L. numa das suas deslocações diárias para realizar o penso. É uma cliente de raça negra, natural da Guiné-Bissau, com 57 anos, casada e com quatro filhos. Trabalhava como secretária do Ministério da Justiça da Guiné-Bissau, estando afastada desde há 4 anos devido a doença oncológica.

Reside numa casa alugada, num quarto andar, sem elevador. Paga cerca de 200€ de renda. Vive com a filha mais nova de 23 anos de idade, que está a frequentar o ensino superior, os restantes filhos, um está em Inglaterra, outro está na China e outro está no Brasil. O marido está na Guiné-Bissau, onde é presidente de uma fundação. Tem ainda uma meia-irmã que refere ser enfermeira em Castelo Branco.

É uma cliente calma mas preocupada com a sua situação de saúde, com fâcies triste, de bom trato e afável. Na cabeça usa um lenço para esconder a falta de cabelo. Traz vestido um casaco de cor escura que aparenta ser de pele sintética e é impermeável. Por baixo do casaco traz normalmente duas camisolas. Uma delas de aspeto grosso e outra mais fina. Segundo o que ela refere, tem sempre frio, porque ainda não se habituou ao clima português, visto que no seu país há “sempre calor” sic.

Diz que necessita de ajuda para o banho, porque tem dificuldade para se lavar sozinha e também porque não quer molhar o penso. Refere que em casa, ajuda na preparação das refeições e na sua limpeza, mas mesmo estas tarefas realiza-as com dificuldade devido à perda de mobilidade do membro superior esquerdo. Como não tem máquina de lavar roupa, a sua filha encarrega-se desta tarefa.

Tem dificuldade económicas, tratando-se de uma cliente já acompanhada pelos serviços sociais, recebe ajuda alimentar, indo buscar géneros alimentares ao Banco Alimentar todas as quartas-feiras.

Relativamente à doença, o percurso iniciou-se em 2010 ainda na Guiné, quando recorre ao hospital devido a um “caroço” que sentiu na mama esquerda. Já em Portugal foi intervencionada cirurgicamente referindo que “Fiz uma quadrantectomia na mama direita”. Em 2012, existe recidiva local da doença com presença de alterações a nível cutâneo. Atualmente a cliente, apresenta massa

tumoral exofítica com as dimensões 15x10 cm na mama esquerda, com necessidade de realizar pensos diários, devido ao odor e exsudado intenso da ferida.

No dia em que a conheci apresentei-me à cliente como aluno da especialidade e expliquei quais os objetivos da minha intervenção, tendo a cliente demonstrado receptividade aos meus cuidados e colaborado comigo, para que juntos pudéssemos obter o melhor resultado perante a sua situação. O tratamento à ferida foi realizado por mim, mas a intervenção foi conduzida pela enfermeira orientadora do estágio. Tratava-se de um penso de grandes dimensões, volumoso e de difícil fixação. Aquando da realização do penso é necessário que se coloque bastante material absorvente, desde hidrofibra, compressas e pensos absorventes. A fixação do penso é realizada com adesivo de tecido e película impermeável. Na pele perilesão são visíveis restos de cola do adesivo.

Avaliaram-se os sintomas da ferida junto da cliente que eram: cheiro fétido, ainda antes de destapar o penso; exsudado abundante, com os pensos completamente cheios de exsudado, que frequentemente sujavam a roupa da cliente; a dimensão da ferida, que exigia que os pensos realizados fossem grandes em termos de volume e de dimensão, com a presença de tecido necrosado (a lesão estava “coberta” por tecido tumoral que nos bordos se ia destacando); o prurido, causado não só pela ferida em si, mas também pelos pensos que eram colocados; a dor, a cliente referia uma dor tipo picada junto ao externo e também na região inferior da ferida, com necessidade de prescrição de medicação opióides para controlo da dor;

A ansiedade referida pela cliente, pela obrigação de fazer os pensos diariamente com deslocações diárias ao hospital, pela necessidade de lavar a roupa frequentemente porque o penso repassava com muita facilidade, pelo incómodo causado a quem a rodeava pelo cheiro que emanava da ferida, pela preocupação com a sua filha, que muitas vezes era “obrigada” a fazer as coisas pela mãe.

2º Sentimentos

Por este ser o meu primeiro campo de estágio, existia uma ambivalência de sentimentos, se por um lado a sensação era boa, por estar numa consulta de referência para o tratamento de feridas, com uma realidade diferente do meu contexto de trabalho e de poder aprender com enfermeiras especialistas no tratamento de feridas, por outro lado a sensação menos boa causada pelo medo de poder vir a errar

por não ter conhecimentos teóricos e práticos suficientes e por ser um estágio em contexto de consulta e não de internamento, diferente do meu contexto de trabalho.

Durante a intervenção com a Senhora L. a dificuldade em gerir a ansiedade por considerar que ainda não tinha os conhecimentos suficientes para lidar com a ferida da cliente estavam bastante presentes, tanto que, nesse momento, a minha linguagem corporal e a minha voz trémula devem ter sido sinais mais que suficientes para que a minha orientadora tomasse conta da “ocorrência” e fosse ela a orientar toda a intervenção. O medo de errar também foi outro dos meus sentimentos, visto ainda não ter conhecimentos teóricos sobre como lidar com este tipo de feridas e a prática que tenho com estas feridas ainda não ser suficiente para dizer que já tenho à-vontade para intervir com segurança nestas feridas.

Penso que o tratamento realizado à FM representa a ponta de iceberg no processo de cuidados a esta cliente e que temos de ir fazendo esforços para que a nossa intervenção vá ao encontro das suas necessidades (não apenas da ferida) que não são facilmente perceptíveis sem um cuidado holístico. Senti por isso, que a nossa intervenção nesta cliente poderia trazer contributos importantes para o seu bem-estar físico, psíquico e também social.

3º Avaliação

Considerarei positivo o facto de conseguir perceber todos os passos da intervenção efetuada pela enfermeira e pensar que já conseguia transportar alguns conhecimentos da teoria para a prática. Mas em contrapartida, sentia que tinha de construir algo que “fosse meu”, ou seja, não atuar de determinada forma porque é assim que dizem os guias, mas intervir com a segurança e a flexibilidade que me permitisse responder às diferentes situações de forma eficaz, ancorando a minha intervenção em conhecimentos teóricos e práticos o mais bem fundamentados possíveis.

A falta de um documento de avaliação e monitorização das feridas, foi um dos aspetos que foi analisado com a orientadora de estágio, ficando premente a necessidade de construir o documento o mais rapidamente possível.

A comunicação com a Senhora L. foi uma comunicação fácil e penso que eficaz, parecendo ser uma pessoa simples tentei explicar de forma acessível o intuito da minha intervenção de modo a que ela e eu pudéssemos contruir uma relação

terapêutica. Desde o início, senti por parte da cliente uma vontade de falar sobre a sua situação de saúde e no impacto negativo que a ferida tinha trazido na sua vida.

A intervenção realizada pela enfermeira foi um exemplo de boas práticas com vista a diminuir o desconforto causado pela FM na cliente, tendo uma prática holística, preocupadas com os desconfortos que são referidos pela cliente e não apenas com os sintomas físicos provocados pelas feridas. Este tipo de práticas são defendidas por Ponte, Ferreira e Costa (2012) quando referem que sendo a cicatrização da FM altamente improvável, é consensual e imprescindível que o foco de atenção e a meta principal da conduta dos profissionais de saúde passe a ser a promoção do máximo conforto possível do cliente. A enfermeira não se cingiu apenas ao tratamento da ferida, começou por obter informações sobre esta cliente: sobre como se sentiu desde o último tratamento e sobre os sintomas que estavam descontrolados e qual deles é que a incomodava mais no seu dia-a-dia. Conseguiu com isso, um levantamento exaustivo do impacto da FM na pessoa e intervir de forma a contribuir positivamente para o conforto da cliente.

Apesar da minha intervenção com a Senhora L. estar numa fase inicial, ela referiu que poderia vir a ser uma mais-valia para ela ter “enfermeiros especialistas nas feridas para a tratar”, sentia-se mais apoiada e mais segura nos tratamentos que viriam a ser efetuados. Referiu também que nunca tinha tido a atenção por parte da equipa de enfermagem sobre as suas preocupações e sobre os sintomas que mais a incomodavam. Perante isto, senti que poderia fazer a diferença na qualidade de vida desta cliente.

Relativamente à intervenção, foi muito positiva a abertura que foi concedida pela cliente para aceitar a minha presença enquanto aluno. Mesmo após ter demonstrado insegurança e dúvidas sobre o tratamento a colocar na ferida e a intervenção ter sido conduzida pela enfermeira orientadora a cliente teve o espaço para poder falar abertamente sobre a sua situação de saúde, familiar e social. Pelo fato da cliente realizar pensos diariamente, possibilitar-me-ia desenvolver estratégias de tratamento e avaliar resultados da minha intervenção.

4º Análise

Os cuidados prestados à Senhora L. marcaram o início da minha intervenção ao cliente com FM, com isto a consciencialização do que poderia construir para me

ajudar na orientação de pareceres e posteriormente no controlo de sintomas provocados pela ferida. A criação dum instrumento de avaliação da pessoa com FM foi planeada com a professora orientadora de mestrado e irá ser concretizada durante o estágio, e testado em contexto da prática. Ficou demonstrado que este instrumento teria sido uma ajuda importante na intervenção a esta cliente.

Foi também este momento que me despertou para a importância de “absorver” tudo que me é dito pela enfermeira orientadora como parte integrante neste processo de aprendizagem e aquisição de competências, e acima de tudo foi possível verificar através desta intervenção, que a ajuda de um enfermeiro especializado neste tipo de situações é sinónimo de cuidados de qualidade não apenas ao cliente e sua família através do controlo de sintomas, mas também traz mais-valias para a instituição, com a utilização de práticas seguras e por vezes que podem ser formas de poupança, com a utilização de material de penso mais eficaz e de menor custo.

A Senhora L apresentava vários sintomas provocados pela FM, que careciam de uma intervenção que fosse ao encontro das suas necessidades. Esta abordagem possibilitou também o paralelismo com a teoria de Kolcaba. As necessidades que não estavam satisfeitas nos quatro contextos definidos por Kolcaba foram: no contexto físico os sintomas descontrolados eram a dor, o prurido, exsudado abundante; no contexto social, as más condições económicas, a falta de apoio por alguns familiares (marido e filhos); no contexto psico-espiritual, os sintomas prendiam-se com a alteração da imagem corporal, sentimentos de revolta devido à falta de resposta atempada no seu país, falta de sentido para a sua vida; no contexto ambiental, temos o mau odor provocado pela ferida.

5º Conclusão

A sistematização da intervenção é uma mais-valia na abordagem ao cliente com FM, conforme sugere Woo e Sibbald (2010) e esta foi realizada pela enfermeira orientadora.

Verifiquei que a minha preocupação foi com a ferida e o tratamento local e não com o impacto que a FM tem na vida da pessoa. Assim considero que poderia ter centrado a minha atenção na cliente e nas suas preocupações, prestando um cuidado holístico e centrado na pessoa.

No final da intervenção e após conversa com a enfermeira orientadora, concordamos em que é necessária uma avaliação do tratamento local, que foi efetuado anteriormente relativamente ao controlo de sintomas, para que se pudessem corrigir aspetos no tratamento que a cliente considere necessários. Perante isto, e porque o instrumento de avaliação da pessoa com FM ainda estava em construção, fiquei de encontrar forma de avaliar o penso retirado relativamente ao controlo de sintomas para conseguir introduzir novas estratégias para melhorar os tratamentos locais realizados.

6º Planear a ação

A abordagem realizada pela enfermeira orientadora foi um exemplo de um cuidado holístico centrado na pessoa e a comunicação foi sem dúvida a base neste processo de cuidados. Vicente (2014, p.58) refere que a comunicação “reveste-se de uma importância inequívoca, se tivermos em atenção que estas feridas estão relacionadas com uma fase avançada de doença oncológica, que obriga a olhar esta problemática no âmbito da filosofia de cuidados paliativos que deve estar subjacente a todas as intervenções de enfermagem.”

Neste caso, a forma simples e eficaz de comunicação possibilitou uma abertura da cliente e com isso conseguiu-se identificar quais as suas expectativas, prioridades de cuidados e também o reconhecimento do impacto físico e psicológico que a FM tem nesta cliente. Reynolds e Gethin (2015), numa revisão bibliográfica sobre o impacto psicológico da FM, referem que quando os clientes necessitam de ajuda psicológica e as suas necessidades são atendidas precocemente, estes gerem melhor a sua doença

Considero, por isso, que nesta fase é essencial contruir a folha de avaliação do cliente com FM, e com ela fazer a monitorização da ferida e dos sintomas descontrolados; por fim fazer o planeamento dos cuidados e atuar, com vista ao conforto do cliente e às suas reais necessidades. Este instrumento permitir-me-á realizar um registo diário, possibilitando ter um registo completo e fidedigno dos sintomas, compreendendo em avaliações futuras de que forma é que a minha intervenção é eficaz ou não. Visto que o conforto é a principal meta dos cuidados de enfermagem ao cliente com FM (Grocott, 2007; Lo et al., 2008; Probst, Arber & Faithfull, 2009), considero ser possível fazer um paralelismo com a teoria de Kolcaba,

para perceber quais os sintomas presentes e inseri-los nos quatro contextos (físico, psico-espiritual, social e ambiental) de forma a intervir na satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência).

Apêndice VI: Caracterização do Serviço de Medicina no Serviço B do Hospital A

Caracterização do serviço B

O Serviço de Medicina tem como ponto de intervenção, o cliente oncológico ao longo de toda a sua trajetória, desde o diagnóstico e estadiamento até às fases mais avançadas da doença.

O Serviço de Oncologia Médica é um serviço de internamento de adultos, disponibilizando um total de 38 camas de internamento.

No serviço são tratados clientes, em todas as fases de evolução da doença, com tumores da cabeça e pescoço, gastrointestinais, melanomas, sarcomas, tumores da mama, ginecológicos e urológicos.

A admissão no serviço pode ser programada, para realização de tratamentos de quimioterapia e radioterapia; ou não programada, através da unidade de atendimento não programados, para tratamento de complicações da evolução da doença e toxicidades derivadas do tratamento oncológico e para acompanhamento da pessoa com doença oncológica em fim de vida e sua família.

Apêndice VII: Reflexão II no Serviço B do Hospital A

REFLEXÃO SOBRE EVENTO SIGNIFICATIVO – SERVIÇO B

1º Descrição

A senhora S. é uma cliente de 37 anos, solteira e sem filhos. Era uma cliente rude, de difícil trato que recorrentemente usava interjeições francamente grosseiras no seu discurso. Fazia-se acompanhar por uma amiga, que frequentemente lhe pedia para ter calma e pedia desculpa pela forma de falar da cliente.

Tem como antecedentes HIV que, segundo a cliente, teria sido um companheiro que lhe tinha transmitido a doença. Tem como diagnóstico um carcinoma vulvar e deu entrada no serviço para realizar ciclo de quimioterapia e radioterapia. Encontrava-se muito emagrecida, com maus cuidados de higiene, a roupa que trazia vestida estava suja e desgastada.

Recebi a cliente e encaminhei-a para o quarto. Aí apresentei-me como aluno de especialidade e perguntei-lhe se poderia intervir no seu processo de cuidados com vista a contribuir positivamente no controlo de sintomas provocados pela ferida e consequentemente na sua qualidade de vida. A cliente concordou.

Procurei inicialmente tentar perceber o histórico da doença até ao momento da admissão. A cliente referiu que deixou “arrastar” a sua doença, escondendo a sua situação da sua família e não recorreu aos serviços de saúde anteriormente pela vergonha de ter uma ferida na vagina. A situação já se arrastava há perto de 6 meses, e apenas recorreu ao médico de família após ter contado a uma amiga o que se passava e por a situação se encontrar incomportável. Quando foi ao médico além de uma ferida a nível vaginal, a cliente apresentava uma ferida a nível inguinal direita (tipo couve-flor), com cerca de 15x10 cm, com saída de exsudado seropurulento em grande quantidade e consequentemente com um mau odor que a cliente não conseguia disfarçar. Esta continuou, “já viu agora, cheiro mal e a minha roupa está sempre suja por causa da ferida”.

Constatando que a senhora S. não estava confortável devido ao cheiro e ao penso estar repassado, sugeri que após retirar o penso fosse tomar banho antes de vestir o pijama e com isto conseguiríamos uma limpeza oportuna da ferida e dos tecidos circundantes da ferida.

Após os cuidados de higiene a cliente mudou de postura, referiu sentir-se mais leve e revigorada, pois já algum tempo que não tomava banho com medo de molhar

o penso. Senti que ter demonstrado abertura para que esta pudesse tomar banho, foi positivo para começar a construir uma relação de confiança com a senhora S.

Prossigui dando uso à folha de avaliação do cliente com FM. Comecei por fazer a avaliação das necessidades humanas básicas e avaliação do estado nutricional da cliente, de seguida avalei e monitorizei a FM que a cliente tinha na região inguinal. Para monitorizar a ferida, além dos métodos ditos “tradicionais”, a cliente acedeu a que fosse utilizada a fotografia para melhor poder ilustrar as dimensões da ferida e também para que futuramente pudesse ser avaliada a eficácia dos cuidados locais colocados na ferida.

Continuei com a apreciação dos sintomas da ferida que mais incomodam a cliente e qual o seu impacto na sua vida utilizando as NHB de Virgínia Henderson. Questionei ainda a senhora S. como classificaria o penso que tinha colocado, numa escala de “1” (mau) a “5” (muito bom), relativamente ao controlo de sintomas e esta respondeu que o penso apenas tapava a ferida, não controlava nada e o tamanho do penso também não ajudava, por isso seria um “1”.

Fiz o planeamento do material que iria necessitar para executar o tratamento de forma a ir ao encontro das necessidades elencadas pela cliente. À medida que o tratamento à ferida era realizado, tentei explicar as escolhas que eram feitas e o objetivo da intervenção. Nesta altura apercebi-me que a cliente tinha a expectativa que os pensos que fossem colocados serviriam para cicatrizar a ferida. Tentei explicar que o objetivo dos tratamentos locais à ferida são para promover o conforto e prevenir complicações, o que se consegue através do controlo dos sintomas da ferida. Apercebi-me também que a cliente não estava clarificada sobre os tratamentos de quimioterapia e radioterapia que iria realizar, pois seriam estes que na realidade iriam possibilitar a cicatrização da FM.

Infelizmente a intervenção foi interrompida porque a cliente foi chamada para realizar tratamento de radioterapia, mas ficou a promessa de poder intervir no dia seguinte e onde haveria espaço para que a cliente pudesse tirar todas as dúvidas que tivesse. Ficou também agendada a observação da cliente pela nutricionista do serviço e também pela equipa de enfermagem de tratamento de feridas.

2º Sentimentos

Como no estágio anterior consegui intervir em vários clientes com FM em contextos diversos, que possibilitaram um grande número de oportunidades de prestação de cuidados diretos à pessoa com FM, sinto que me tornei mais competente neste âmbito. As competências adquiridas vão proporcionar que preste cuidados seguros e com qualidade em situações diversas e de elevada complexidade.

Este local de estágio permitir-me-á consolidar conhecimentos teóricos e práticos no âmbito das FM, que foram adquiridos no estágio anterior. Cuidar da senhora S. e de situações similares a esta, vai permitir que eu demonstre que consigo intervir de forma perita no controlo de sintomas e na promoção do conforto ao cliente com FM. Como a equipa de tratamento de feridas faz consultoria neste serviço, sinto que tenho apoio das enfermeiras especialistas no tratamento de FM da consulta e com isso suportar algumas dificuldades sentidas durante o estágio.

No estágio anterior dei-me conta das elevadas expectativas que o cliente com FM deposita no enfermeiro perito que intervém no âmbito do tratamento da ferida. Espero por isso, que em situações similares à da Senhora S., consiga corresponder às expectativas dos clientes, mantendo uma perspetiva realista dos cuidados prestados, servindo de suporte no planeamento e execução de cuidados.

3º Avaliação

Considero que durante a minha intervenção foi muito importante o estabelecimento de uma relação terapêutica. Para que esta relação fosse construída, considero que existiram dois fatores que tiveram um papel preponderante. Um deles foi a empatia estabelecida com a cliente, para que ela entendesse que eu a compreendia, o outro foi sem dúvida a confiança que a cliente depositou em mim, começando por falar abertamente do impacto real da FM na sua vida.

Ter conseguido comunicar eficazmente com a cliente, possibilitou realizar um levantamento das necessidades da mesma e antecipar algumas ações que promovessem o conforto desta cliente ainda antes do tratamento local à FM. Vicente (2014, p. 58) refere que a comunicação “reveste-se de uma importância inequívoca, se tivermos em atenção que estas feridas estão relacionadas com uma fase avançada de doença oncológica, que obriga a olhar esta problemática no âmbito da filosofia de

cuidados paliativos que deve estar subjacente a todas as intervenções de enfermagem.”

Foi de fácil percepção, o impacto negativo na vida desta cliente e as alterações provocadas pela FM nas necessidades humanas básicas, possibilitando um paralelismo com o que indica a bibliografia pesquisada. Teve um impacto negativo importante a nível físico, psicológico e o emocional nesta cliente (Naylor, 2002, Lo et al., 2008; Probst et al., 2012; Agra, Fernandes, Platel & Freire, 2013), levando a Senhora S. ao isolamento social (Lo et al., 2008; Reynolds & Gethin, 2015) devido à vergonha sentida por andar suja e com mau odor. Chega a referir que “quando fazia os pensos sozinha e a ferida começava a sangrar chegava a rezear pela minha vida”.

O tratamento local à FM foi de fácil execução e facilmente consegui encontrar material de penso que fosse capaz de corrigir os sintomas provocados pela ferida, de forma a responder às necessidades referidas pela cliente. A limpeza eficaz da ferida, a aplicação de metronidazol no leito da ferida, o controlo do volume de exsudado com material de penso com maior capacidade de absorção, que possibilitou a execução de um penso mais pequeno e a selagem da ferida revelou-se eficaz posteriormente no controlo de sintomas e foi aprovado pela senhora S. e também pelas enfermeiras da equipa de tratamento de feridas, que subscreveram o tratamento local que foi colocado.

4º Análise

Nesta situação ficou premente a dificuldade que as pessoas têm em lidar com as FM, conforme sugere Alexander (2010), pois estas são sinónimo de uma devastação nas suas vidas, são um estigma social e um constrangimento (Lo et al, 2008). As enfermeiras deste serviço e da consulta de tratamento de feridas relataram vários casos de clientes que não conseguiram enfrentar a realidade de ter uma FM, e só recorreram a ajuda médica após alguém ter descoberto que se passava alguma coisa com estes indivíduos ou então por a situação estar de tal forma descontrolada que era impossível adiar mais. Neste caso específico, verificou-se que existiu um atraso no tratamento à sua doença oncológica devido à vergonha causado pela presença de uma FM, atraso este que comprometeu a cura desta cliente. Assim, cabe aos profissionais de saúde sensibilizar a população para a importância de um diagnóstico precoce nestas situações, para aumentar a possibilidade de cura.

Seguindo a teoria de Kolcaba, esta Senhora atingiu níveis de conforto com a intervenção de enfermagem no contexto físico e psicoespiritual porque foi dada a oportunidade à cliente para se autocuidar e fez com que esta se sentisse “bem fisicamente” (sic) e com isso referia sentir-se “mais leve e revigorada”.

5º Conclusão

Considero que a intervenção de enfermagem no cliente com FM nunca está terminada. Infelizmente nesta ocasião não foi possível prolongar a intervenção porque a cliente foi chamada para fazer o tratamento de radioterapia. Considero que seria muito importante continuar com o ensino, para que a cliente ficasse esclarecida sobre os tratamentos que iria realizar e também sobre a meta dos cuidados prestados localmente à sua FM. Ficou combinado por isso que a intervenção iria continuar posteriormente de forma que a cliente ficasse esclarecida sobre dúvidas que tivesse.

Grocott e Dealey (2004) referem que as competências especializadas para informação e apoio aos clientes com FM, para medidas de controlo de sintomas do cliente e especificamente também da FM têm efeito benéfico no impacto global que a FM tem sobre os clientes. Considero que nesta situação, tive uma intervenção perita que contribuiu grandemente para o conforto desta cliente. Consegui apoiar eficazmente a cliente, não me cingindo só à FM e dando espaço à senhora S. para esclarecer dúvidas e anseios sobre o seu internamento e também das perspetivas futuras relativamente à doença. Esta intervenção ganhou um novo significado para cliente, quando referiu sentir-se apoiada conseguiu confirmar no dia seguinte que apesar do tamanho reduzido do penso colocado, este tinha controlado eficazmente o cheiro e exsudado da ferida, e uma semana depois, através da comparação da fotografia tirada no início do internamento e nesse dia, conseguiu-se visualizar uma diminuição substancial do tamanho da ferida.

6º Planear a Ação

Considero que a folha de avaliação do cliente com FM é, sem dúvida, um instrumento muito completo, pode servir de base para orientar a intervenção de qualquer enfermeiro para que este não descure aspetos importantes na avaliação do cliente e sirva de suporte à monitorização da FM e dos seus sintomas. Vicente (2014, p.58) considera que “o enfermeiro, ao desenvolver instrumentos de medida das suas

intervenções (...) irá contribuir sem sombra de dúvida para melhorar níveis de conforto para o cliente.”

Considero que este tipo de abordagem mostra-se eficaz na avaliação do cliente com FM e permite perceber o impacto da ferida na sua vida, para que os cuidados prestados vão ao encontro das necessidades do cliente.

Acho importante, sempre que possível, que os enfermeiros especialistas em feridas validem os cuidados prestados aos clientes e também a escolha do material de penso a ser colocado na FM, para que deste modo se possam otimizar opções terapêuticas, conseguindo mais rapidamente que os clientes atingiam níveis de conforto superiores.

Apêndice VIII: Plano da sessão de formação: “Intervenção de enfermagem à pessoa com ferida maligna” no serviço B do Hospital A



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE
LISBOA**

**6º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Opção Enfermagem Oncológica
Unidade Curricular – Estágio com Relatório**

**Intervenção de enfermagem à pessoa com ferida
maligna**

Plano de sessão de formação

**Nuno Silva
Orientadora: Patrícia Alves**

01 de Dezembro de 2015

Destinatários:

Equipa de Enfermagem

Finalidade:

Capacitar os profissionais para uma intervenção de enfermagem mais atualizada ao cliente com FM e família

Objetivos:

- Identificar os sintomas da pessoa com FM;
- Justificar o material de penso a utilizar para controlar os sintomas do cliente;
- Perceber a importância de uma intervenção especializada no cliente com FM;
- Discutir casos práticos.

Plano de Sessão

ETAPAS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS
INTRODUÇÃO 5 Minutos	Breve introdução da temática	Método expositivo Recurso ao programa Microsoft Power Point para apresentação de slide show
DESENVOLVIMENTO 25 Minutos	<p>Importância da intervenção de enfermagem ao cliente com FM</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervenção especializada • Mnemónicas que se podem utilizar <p>Principais sinais e sintomas provocados pela FM e Algumas medidas para controlo destes sintomas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Necrose • Infeção • Exsudado • Odor • Dor • Hemorragia • Prurido • “Distresse” Psicológico <p>Discussão de casos práticos</p>	<p>Método expositivo e participativo</p> <p>Recurso ao programa Microsoft Power Point para apresentação de slide show</p>
CONCLUSÃO 10 Minutos	<p>Intervenção especializada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parecer n.º 12 / 2014 da Ordem dos Enfermeiros • Modelo de intervenção da Equipa multidisciplinar de Tratamento de feridas 	<p>Método expositivo e participativo</p> <p>Recurso ao programa Microsoft Power Point para apresentação de slide show</p>

Apêndice IX: Instrumento de avaliação da formação – “Intervenção de enfermagem à pessoa com ferida maligna” no serviço B do Hospital A

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE INFORMAÇÃO

“Intervenção de enfermagem à pessoa com ferida maligna”

Serviço Medicina (Hospital A)

Agradecendo desde já a sua presença e colaboração na sessão, solicito-lhe o preenchimento deste questionário com a garantia de anonimato e confidencialidade.

Considera o tema desta sessão pertinente?

Nada pertinente ou adequado.	
Pouco pertinente e pouco adequado às necessidades da unidade.	
Moderadamente pertinente e adequado às necessidades da unidade	
Pertinente e adequado às necessidades da unidade	
Muito pertinente e adequado às necessidades da unidade	

Como classifica a formação relativamente aos conteúdos?

Nenhuma adequação de conteúdos	
Conteúdos pouco adequados	
Conteúdos moderadamente Adequados e explícitos	
Conteúdos adequados, mas pouco explícitos.	
Conteúdos adequados, explícitos	

No geral como avalia a sessão?

Mau	
Insuficiente	
Satisfaz	
Bom	
Muito Bom	

Quais os aspetos positivos que foram discutidos lhe trouxeram mais-valias para a sua prática diária?

Muito Obrigada

Nuno Silva

Apêndice X: Análise dos resultados da formação – “Intervenção de enfermagem à pessoa com ferida maligna” no Serviço B do Hospital A

Análise dos resultados da avaliação da sessão de formação:

“Intervenção de enfermagem à pessoa com ferida maligna”

Considera o tema desta sessão pertinente?	Nº de respostas	% de respostas
Nada pertinente ou adequado.	0	
Pouco pertinente e pouco adequado às necessidades da unidade.	0	
Moderadamente pertinente e adequado às necessidades da unidade	2	17%
Pertinente e adequado às necessidades da unidade	6	50%
Muito pertinente e adequado às necessidades da unidade	4	33%

Como classifica a formação relativamente aos conteúdos?	Nº de respostas	% de respostas
Nenhuma adequação de conteúdos	0	
Conteúdos pouco adequados	0	
Conteúdos moderadamente Adequados e explícitos	5	33%
Conteúdos adequados, mas pouco explícitos.	5	42%
Conteúdos adequados, explícitos	3	25%

No geral como avalia a sessão?	Nº de respostas	% de respostas
Mau	0	
Insuficiente	0	
Satisfaz	3	25%
Bom	3	25%
Muito Bom	6	50%

Relativamente aos aspetos discutidos que os formados consideram ter sido mais-valias foram: o levantamento das necessidades dos clientes, a tomada de decisão sobre o tratamento local a ser colocado na FM, a indicação de cada tipo de tratamento tendo em conta o sintoma descontrolado da FM, a utilização de escalas como forma de validação do tratamento colocado na ferida.

Apêndice XI: Caracterização de Pneumologia no Serviço C do Hospital B

Caracterização do serviço C

O Serviço de Pneumologia tem como missão prestar cuidados diferenciados a clientes portadores de tumores malignos ou doença respiratória (aguda ou crónica).

Garante a coordenação e o exercício especializado nas áreas do diagnóstico e estadiamento, tratamento, vigilância e cuidados paliativos (em fases mais avançadas da doença) ao cliente oncológico e pneumológico.

É um serviço de internamento de adultos, disponibilizando um total de 29 camas de internamento.

A admissão no serviço pode ser programada: para realização de exames de diagnóstico, tratamentos de quimioterapia e radioterapia; ou não programada: através do Serviço de Urgência, para tratamento de complicações da evolução da doença e toxicidades derivadas do tratamento oncológico, para acompanhamento da pessoa com doença oncológica em fim de vida e sua família, para tratamento de doenças agudas ou crónicas do foro respiratório.

Apêndice XII: Plano de sessão de formação – Apresentação do Projeto “A
Intervenção de Enfermagem na pessoa com ferida maligna” no Serviço
C do Hospital B



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

6º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Opção Enfermagem Oncológica
Unidade Curricular – Estágio com Relatório

**Apresentação do Projeto “A Intervenção de Enfermagem na
Pessoa com FM”**

Plano de sessão de formação

Nuno Silva
Orientadora: Patrícia Alves

7 de Outubro de 2015

Destinatários:

Equipa de Enfermagem

Finalidade:

Apresentar o projeto “A Intervenção de Enfermagem na Pessoa com FM” à equipa de enfermagem do Serviço de Pneumologia

Objetivos:

- Expor as razões para a escolha da temática;
- Analisar os resultados conseguidos com a aplicação do questionário sobre a pertinência da temática aos enfermeiros do serviço;
- Informar sobre os objetivos delineados e respetivas atividades planeadas;
- Mostrar o cronograma de atividades;
- Envolver a Equipa de Enfermagem na implementação do Projeto.

Plano de Sessão

ETAPAS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS
INTRODUÇÃO 5 Minutos	Breve introdução da temática	Método expositivo Recurso ao programa Microsoft Power Point para apresentação de slide show
DESENVOLVIMENTO 25 Minutos	<ol style="list-style-type: none">1. FM – Definição;2. Dados estatísticos sobre a FM;3. Explicação das razões para a escolha de temática;4. Exibição dos resultados do questionário aplicados sobre a pertinência da temática;5. Apresentação dos objetivos e das atividades delineados;6. Apresentação do cronograma de estágio de estágios.	Método expositivo e participativo Recurso ao programa Microsoft Power Point para apresentação de slide show
CONCLUSÃO 10 Minutos	<ul style="list-style-type: none">• Envolver a Equipa de Enfermagem na implementação do Projeto	Método expositivo e participativo Recurso ao programa Microsoft Power Point para apresentação de slide show

Apêndice XIII: Plano da sessão de formação – “Feridas: Intervenção de Enfermagem”
parte I no Serviço C do Hospital B

IDENTIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO

SERVIÇO/UNIDADE: Serviço C

DATA 25/11/2015

HORA 14H

LOCAL: Sala De Formação Do Serviço

POPULAÇÃO ALVO: Enfermeiros

TEMA

*** FERIDAS** **Intervenção de Enfermagem** **Parte I**

OBJECTIVOS:

- Otimizar a intervenção de enfermagem na abordagem do cliente com ferida

PROGRAMA:

1. A pele e as suas funções
2. Ferida e as diferentes classificações
3. Feridas complexas
4. Processo de cicatrização
5. Nutrição no tratamento de feridas
6. Avaliação da pessoa com ferida
7. Mnemónicas e escalas de avaliação de feridas
8. Preparação do leito da ferida

FORMADOR: _____

Apêndice XIV: Plano da sessão de formação – “Feridas: Intervenção de Enfermagem”
parte II no Serviço C do Hospital B

IDENTIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO

SERVIÇO/UNIDADE: Serviço C

DATA 07/01/2016

HORA 13H30

LOCAL: Sala De Formação Do Serviço

POPULAÇÃO ALVO: Enfermeiros

TEMA

* FERIDAS Intervenção de Enfermagem Parte II

OBJECTIVOS:

- Otimizar a intervenção de enfermagem na abordagem do cliente com ferida

PROGRAMA:

9. Processo de cicatrização
10. Avaliação da pessoa com ferida
11. Mnemónicas e escalas de avaliação de feridas
12. Preparação do leito da ferida

FORMADOR _____

Apêndice XV: Avaliação das formações – “Feridas: Intervenção de Enfermagem parte I e parte II no Serviço C do Hospital B

Análise da adesão e da avaliação segundo a escala de Likert (5 pontos) das formações de feridas

Foram realizados 2 momentos de formação sobre feridas. A adesão global dos dois momentos de formação foi de 93%. Em termos globais a avaliação a pontuação média do conjunto de formações foi de 4 valores em 5 segundo a escala de Likert.

Momento de Formação nº1 – Feridas “Intervenção de Enfermagem” parte I

A taxa de adesão dos enfermeiros na 1ª formação foi de 86% que corresponde a 19 de um total de 22 enfermeiros, sendo que a apreciação global desta formação foi de 4,36 valores segundo a escala de avaliação utilizada no serviço (Escala de Likert)

Em que medida está satisfeito(a) ou insatisfeito(a) com...	Classificação Média
1. A adequação da Formação às suas necessidades e expectativas?	4,57
2. A qualidade dos conteúdos (nível de informação, adequação e interesse)?	4,64
3. As condições da sala?	3,50
4. A Qualidade do Apoio Técnico e Administrativo?	4,14
5. A possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos em situação concreta de trabalho?	4,64
6. A Prestação do (s) Formador (es):	
6.1 Domínio dos conteúdos / competências técnico-científicas?	4,64
6.2 Metodologia da transmissão de conhecimentos?	4,50
6.3 Utilização e domínio dos recursos didáticos?	4,43
6.4 Documentação fornecida?	4,15
Pontuação final (soma pontos)	4,36

Momento de Formação nº2 - Feridas “Intervenção de Enfermagem” parte II

A taxa de adesão dos enfermeiros na 2ª formação foi de 100% que corresponde a 23 enfermeiros presentes na formação, sendo que a apreciação global desta formação foi de 4,28 valores segundo a escala de avaliação utilizada no serviço (Escala de Likert)

Em que medida está satisfeito(a) ou insatisfeito(a) com...	Classificação Média
1. A adequação da Formação às suas necessidades e expectativas?	4,53
2. A qualidade dos conteúdos (nível de informação, adequação e interesse)?	4,60
3. As condições da sala?	3,53
4. A Qualidade do Apoio Técnico e Administrativo?	3,73
5. A possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos em situação concreta de trabalho?	4,33
6. A Prestação do (s) Formador (es):	
6.1 Domínio dos conteúdos / competências técnico-científicas?	4,33
6.2 Metodologia da transmissão de conhecimentos?	4,80
6.3 Utilização e domínio dos recursos didáticos?	4,40
6.4 Documentação fornecida?	4,21
Pontuação final (soma pontos)	4,28

Apêndice XVI: Guia Orientador – Cuidados ao Cliente com ferida maligna



GUIA ORIENTADOR

Cuidados ao Cliente com

Ferida Maligna

Serviço de Pneumologia



Elaboração: Enf.º Nuno Silva

6º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica – vertente Enfermagem Oncológica, sob orientação da Profª Patrícia Alves, com a revisão da Enfª Helena Vicente



ÍNDICE

<u>INTRODUÇÃO</u>	6
<u>1. FERIDAS MALIGNAS</u>	8
<u>2. SINAIS E SINTOMAS DA FERIDA MALIGNA</u>	11
<u>2.1 A dor no cliente com FM</u>	11
<u>2.2 Controlo de exsudado da FM e seus efeitos no cliente</u>	13
<u>2.3 Prevenção da maceração e irritação da pele perilesional da FM</u>	14
<u>2.4 Hemorragia na FM e seus efeitos no cliente</u>	15
<u>2.5 O odor na FM e os seus efeitos no cliente</u>	16
<u>2.6 A infeção na FM e seus efeitos no cliente</u>	18
<u>2.7 A necrose na FM e seus efeitos no cliente</u>	18
<u>2.8 Prurido na FM e seus efeitos no cliente</u>	19
<u>3. IMPACTO DAS FERIDAS MALIGNAS</u>	20
<u>3.1 No cliente</u>	20
<u>3.2 No cuidador</u>	21
<u>4. ORIENTAÇÕES PARA O TRATAMENTO LOCAL</u>	22
<u>5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	30
<u>ANEXOS e APÊNDICES</u>	
<u>ANEXO I</u>	
<u>Lista Material da Farmácia</u>	
<u>ANEXO II</u>	
<u>Lista Material do Armazém</u>	
<u>APÊNDICE I</u>	
<u>Diagrama - Avaliação do cliente com FM</u>	
<u>APÊNDICE II</u>	
<u>Póster - Gestão Local da FM.</u>	



INTRODUÇÃO

A abordagem do cliente que sofre de doença oncológica com ferida maligna (FM) é de tal modo complexa, que se tem revelado um desafio global na procura de novas estratégias de intervenção, que contribuam para melhorar o seu conforto e o seu bem-estar. Esta complexidade exige, por parte dos enfermeiros, conhecimentos e habilidades específicas de forma a responder às necessidades do cliente com FM.

Na prática de cuidados de enfermagem ao cliente com FM do serviço de Pneumologia com vertente oncológica do Hospital B, têm-se verificado dificuldades para uma intervenção mais esclarecida e eficaz. Constata-se também a inexistência de orientações específicas que auxiliem o enfermeiro a ultrapassar essas dificuldades e a contribuir para melhoria dos cuidados de enfermagem nesta área de intervenção.

Assim, e com a finalidade de otimizar a intervenção de enfermagem ao cliente com FM, surge a criação do presente **Guia Orientador - Cuidados ao Cliente com FM**. Dirigido essencialmente aos enfermeiros deste serviço, o guia tem como objetivos:

- Atualizar os conhecimentos sobre fisiopatologia, avaliação e sintomas das FM;
- Sensibilizar para o impacto da FM no cliente e no cuidador;
- Orientar para a gestão local da FM;
- Orientar para gestão dos recursos materiais disponíveis no serviço, na abordagem da FM

As orientações presentes neste guia foram desenvolvidas com base na pesquisa da mais recente literatura sobre o tema e ainda na experiência adquirida durante o estágio, decorrentes do percurso formativo do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente Oncológica.

Está organizado em capítulos: no primeiro, após um breve enquadramento da FM, faz-se uma revisão da fisiopatologia das FM e sua classificação. No segundo, sistematizam-se os principais sinais e sintomas presentes na FM. No terceiro dá-se destaque ao impacto que estas feridas podem ter no cliente e no cuidador. O quarto capítulo organiza a informação

dirigida às várias opções terapêuticas para os principais sinais e sintomas da FM, resultados esperados bem como cuidados especiais.

De forma a esquematizar a Avaliação ao Cliente com FM foi construindo um diagrama (Apêndice I) que serve para visualizar e analisar a lógica da intervenção do enfermeiro ao cliente com FM. Para ter acesso rápido à informação básica sobre as intervenções para cada sintoma, esquematizou-se essa informação na forma de póster (Apêndice II) que ficará disponível na sala de trabalho de enfermagem do serviço.

Disponibiliza-se ainda neste guia a listagem de material passível de ser utilizado na gestão local da FM (Anexo I e Anexo II).

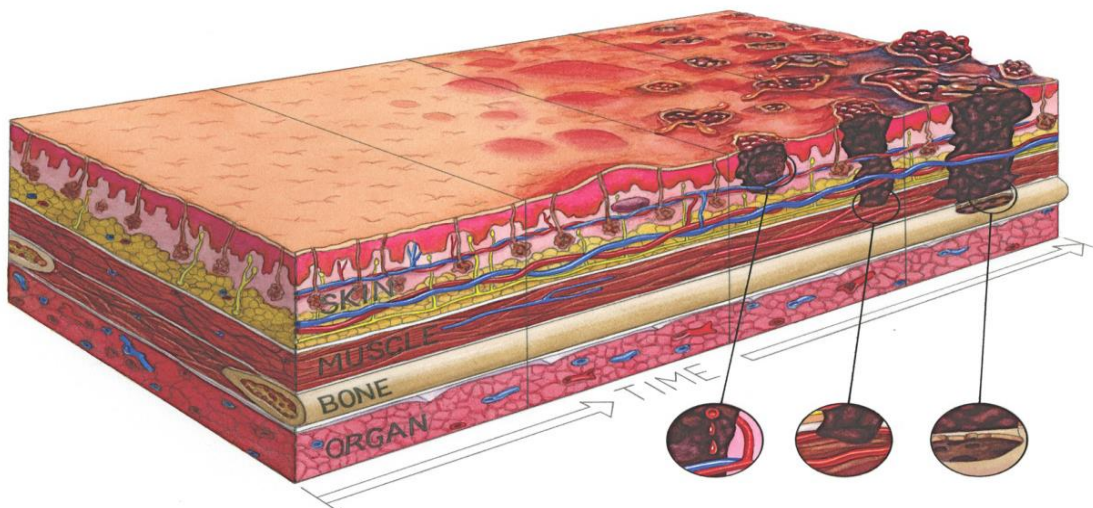


1. FERIDAS MALIGNAS

FM são as resultantes de uma infiltração do tumor ou de uma metástase na pele e podem envolver os vasos sanguíneos e linfáticos aferentes, e podem desenvolver-se em qualquer parte do corpo (European Oncology Nursing Society, 2015)

A formação da FM envolve três episódios: o crescimento incontrolado do tumor, que leva à solução de continuidade da pele; a neovascularização, a partir dos vasos sanguíneos já existentes; a invasão da membrana basal das células saudáveis (Instituto Nacional de Câncer, 2009). Estes três episódios são ilustrados na imagem nº1, que nos demonstra graficamente a progressão da FM ao longo do tempo

Imagem nº1 – Progressão da FM no tempo



Fonte: Malignant wound progression in the chest wall, Clarck (2012)

Probst et al (2009) num estudo que realizaram sobre o local onde as FM eram mais frequentes, refere que estas podem desenvolver-se em qualquer lugar do corpo, mas os locais

em que mais frequentemente surgem são a mama (49%), o pescoço (21%), o tórax (18%), os genitais (17%), a cabeça (13%), outras áreas (2%).

A caracterização das FM comparativamente com as outras feridas é difícil, assim Haisfield-Wolfe e Baxendale-Cox (citado por INCA, 2009), criaram um sistema de classificação destas feridas em 4 estádios, sendo que o estadio 1 se divide em 1 e em 1N, como exposto na tabela nº 1.

Tabela nº 1 – Caracterização das FM

ESTADIAMENTO 1	Pele íntegra. Tecido de coloração avermelhada ou violácea. Nódulo visível e delimitado. Assintomático.
ESTADIAMENTO 1N	Ferida fechada ou com abertura superficial por orifício de drenagem de exsudado límpido, de coloração amarelada ou de aspeto purulento. Tecido avermelhado ou violáceo, ferida seca ou húmida. Dor ou prurido ocasionais. Sem odor.
ESTADIAMENTO 2	Ferida aberta envolvendo derme e epiderme. Ulcerações superficiais. Por vezes, frágeis e sensíveis à manipulação. Exsudado ausente ou em pouca quantidade (lesões secas ou húmidas). Intenso processo inflamatório ao redor da ferida. Dor e odor ocasionais.
ESTADIAMENTO 3	Ferida espessa envolvendo o tecido subcutâneo. Profundidade regular, com saliência e formação irregular. Características: friável, ulcerada ou vegetativa, podendo apresentar tecido necrótico liquefeito ou sólido e aderido, odor fétido, exsudato. Lesões satélites em risco de rutura. Tecido de coloração avermelhada ou violácea, porém o leito da ferida encontra-se predominantemente de coloração amarelada.
ESTADIAMENTO 4	Ferida invadindo profundas estruturas anatômicas. Profundidade expressiva. Por vezes, não se visualiza seu limite. Em alguns casos, com exsudado abundante, odor fétido e dor. Tecido de coloração avermelhada ou violácea, porém o leito da ferida encontra-se predominantemente de coloração amarelada.

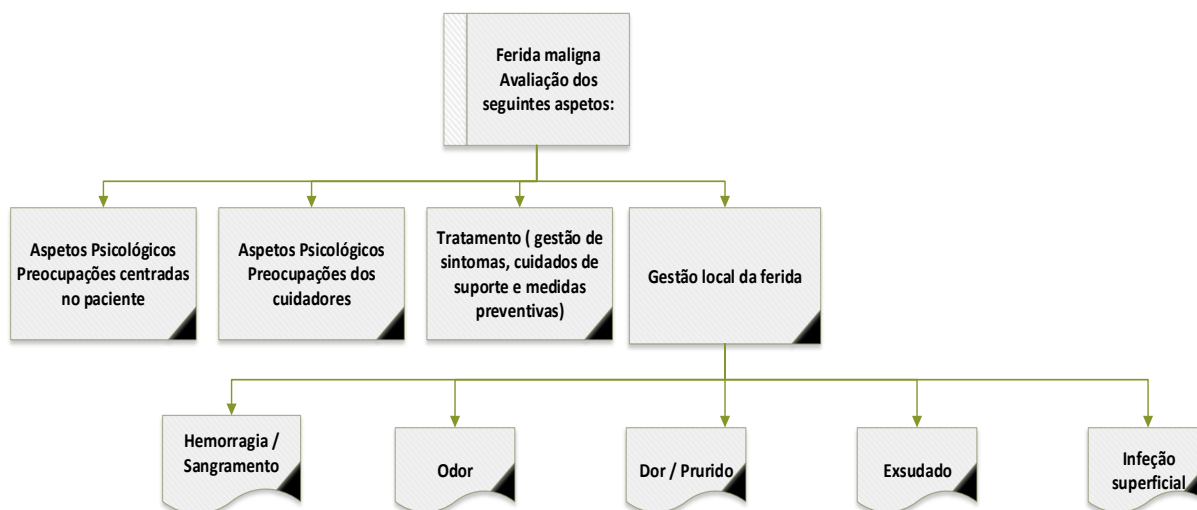
Em 2015, a EONS aponta para a dificuldade em determinar com precisão os clientes com FM, visto não existirem dados estatísticos exatos em toda a Europa sobre estas feridas e mesmo que existam taxas de prevalência e incidência, estas não são gravadas em registos de base populacional de clientes com cancro. Perante este facto, os dados disponíveis são baseados em estimativas. Estima-se que 5% dos clientes com cancro e 10% dos clientes que apresentam metástases possam vir a desenvolver uma FM (Dowsett, 2002; Gomes & Camargo, 2004; Grocott, 2007; Lo et al, 2008; Selby, 2009; Probst et al, 2009; EONS, 2015), surgindo estas frequentemente nos últimos seis meses a um ano de vida.

O aparecimento da FM está associado à progressão da doença oncológica e ao agravamento do seu prognóstico. Sendo verdade que devido à melhoria das taxas de sobrevivência do cliente oncológico, o número de clientes com cancro avançado também vai aumentar, prevê-se assim que o número de clientes com necessidades de cuidados à FM será crescente (Probst et al, 2013).

Se a atividade das células malignas estiver controlada com os tratamentos antineoplásicos, as FM também podem ser controláveis, caso contrário, assiste-se à extensão da doença localmente. Perante este cenário, o problema agrava-se não só pelo aumento das dimensões da ferida, como pela invasão das estruturas vizinhas e ainda pela exacerbação dos sintomas.

Perante um cliente com FM e atendendo à especificidade deste tipo de lesão, cuja cicatrização é altamente improvável, é consensual e imprescindível que o foco de atenção e a meta principal da conduta dos profissionais de saúde passe a ser a promoção do máximo conforto possível do cliente (Ponte, *et al* 2012). Neste sentido a abordagem do cliente com FM deve começar com uma avaliação global (figura nº2) que engloba os aspetos físicos, psicossociais e psicológicos dos clientes e dos seus cuidadores e ainda os aspetos da FM. Nas recomendações europeias para o cuidado de clientes com FM, sugere-se a utilização do acrónimo HOPES (hemorragia, odor, dor, exsudado, infeção superficial) para a gestão local da FM (EONS, 2015).

FIGURA Nº 2 – Recomendações da EONS para o cuidado do cliente com FM



Fonte: EONS, 2015



2. SINAIS E SINTOMAS DA FERIDA MALIGNA

Os sinais e sintomas gerados pela presença de uma FM no cliente, podem ter uma dimensão de tal modo complexa, cuja gestão e controlo constituem frequentemente um desafio difícil de superar para o cliente, cuidador e profissionais.

Maida, et al (2009), fez um estudo prospetivo com 472 clientes com doença oncológica avançada, dos quais 77 apresentavam FM. Neste estudo os autores encontraram como sinais e sintomas relacionados com a presença da FM: a dor, o exsudado, o odor, a hemorragia, a necrose, o prurido, o efeito massa da ferida e a preocupação com a estética.

Embora esta descrição seja concordante com a que emerge da experiência clínica dos profissionais nesta área e de outras descrições da literatura, acrescenta-se ainda a infeção como podendo ser um sinal/sintoma a ter em conta nestas feridas (Haynes, 2008).

A meta para o cuidado ao cliente com FM é a promoção do seu conforto, sendo o controlo dos sintomas gerados pela ferida um contributo relevante para o alcance desse objetivo. No entanto, dada a complexidade destas feridas e a unicidade do cliente oncológico com FM, atingir o conforto não é tarefa fácil. Uma das exigências a ter em conta é o domínio que o enfermeiro deve ter da compreensão dos sinais e sintomas relacionados com a FM, pelo que se procede a uma breve abordagem teórica dos sinais e sintomas comumente presentes nestas situações, referenciando algumas intervenções importantes no controle desses sinais e sintomas, nomeadamente a dor, o exsudado, a prevenção da maceração e irritação da pele perilesional, a hemorragia, o odor, a infeção, a necrose e o prurido.

2.1. A dor no cliente com FM

De acordo com a International Association for the Study of Pain (IASP, 2002), a dor é uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas também um componente emocional, e que se associa a uma lesão.

Reconhecendo que o controlo da dor no cliente com doença oncológica e com FM é sem margem de dúvida uma prioridade, relembra-se a importância de uma boa avaliação do

sintoma e que, segundo o guia orientador de boa prática sobre a dor da Ordem dos Enfermeiros (2008 p.15), deve ter em conta:

3. “Reconhecer que a pessoa é o melhor avaliador da sua própria dor”;
4. “Acreditar sempre na pessoa que sente dor”;
5. “Privilegiar o autorrelato como fonte de informação da presença de dor na pessoa com capacidades de comunicação e com funções cognitivas mantidas”;
6. “Avaliar a dor de forma regular e sistemática”;
7. “Escolher os instrumentos de avaliação de dor atendendo a: tipo de dor; idade; situação clínica; propriedades psicométricas; critérios de interpretação; escala de quantificação comparável; facilidade de aplicação; experiência de utilização em outros locais”;
8. “Avaliar a intensidade da dor privilegiando instrumentos de autoavaliação, considerando a ordem de prioridade”;
9. “Assegurar a compreensão das escalas de autorrelato pela pessoa / cuidador principal / família, após ensino”;
10. “Manter a mesma escala de intensidade em todas as avaliações, na mesma pessoa, exceto se a situação clínica justificar a sua mudança”;
11. “Colaborar com os restantes elementos da equipa multidisciplinar no estabelecimento de um plano de intervenção para o controlo da dor, coerente com os objetivos da pessoa”;
12. “Ajustar o plano terapêutico de acordo com os resultados da reavaliação e com os recursos disponíveis”.

Segundo EONS (2015) a dor na FM advém da pressão do tumor nas estruturas do corpo; dos danos nos nervos provocados pelo crescimento do tumor; do edema resultante do envolvimento capilar e linfático que prejudica uma circulação e drenagem linfática eficaz; das infeções presentes; da exposição das terminações nervosas; e da mudança dolorosa de curativos.

As FM podem causar vários tipos de dor, dependendo da sua localização. Segundo Naylor (2001), quando a lesão ocorre na pele pode resultar uma dor tipo “corte” ou “queimadura”; quando a lesão atinge os vasos sanguíneos poderemos ter uma dor “palpitante”; se por sua vez a ferida comprimir um nervo ou se as células malignas invadirem um nervo, o cliente pode experimentar uma dor neuropática periférica.

Para controlar a dor da pessoa com FM é essencial uma boa prática na avaliação deste sintoma e uma intervenção farmacológica e não farmacológica dirigida à necessidade da

pessoa. Neste guia não iremos ser exaustivos quanto a este aspeto, pois não é o seu propósito, mas apresentaremos algumas intervenções importantes no controle da dor da pessoa com FM quando realizamos o tratamento da lesão.

A dor causada durante a realização de pensos pode ser minimizada através da analgesia prévia, sendo que esta administração deve ter tempo suficiente para permitir a máxima eficácia; a limpeza deste tipo de feridas deve ser feita com soro fisiológico aquecido e com uma irrigação suave (Alexander, 2009b).

Para a FM é mais adequada a utilização de material que mantenha uma interface húmida. Ao humedecer as terminações nervosas, estes pensos não só reduzem a dor e aumentam o conforto do cliente, como também reduzem o trauma na sua remoção. Outra medida importante é, sempre que possível, evitar a substituição frequente do penso (Gomes & Camargo, 2004).

A aplicação tópica de opióides (10mg morfina/8cc hidrogel) poderá constituir um bom adjuvante para o controlo da dor do cliente na FM (EONS, 2015).

O controlo da dor no cliente com FM pode ser atingido eficazmente através da combinação de vários fármacos com efeitos analgésicos e também em articulação com medidas não farmacológicas (Clarck, 2012).

O alívio da dor com técnicas não-farmacológicas ou terapias complementares é conseguida através da distração do cliente, reduzindo a ansiedade e/ou a sensação de dor. São exemplos destas medidas: técnicas de relaxamento, hipnose, musicoterapia, aromoterapia, massagens (Alexander, 2009b; Naylor 2002).

2.2. Controlo de exsudado da FM e seus efeitos no cliente

As FM podem produzir diariamente quantidades elevadas de exsudado. Para isso contribuem diversos fatores como a: a desorganização e alta permeabilidade vascular do tumor, e a infeção e degradação tecidual pelo aumento de proteases. A produção excessiva do exsudado relaciona-se tendencialmente com a progressão da doença oncológica, e com o crescimento anárquico e descontrolado da FM. O volume de exsudado produzido, na sua grande maioria, é de tal forma intenso que atinge frequentemente o vestuário e a cama do cliente, tornando mais perceptível o odor, revelando-se constrangedor tanto para ele como para a sua família (Alexander, 2009a). Segundo as recomendações da EONS (2015) o exsudado deve ser avaliado quando à cor, consistência, odor e quantidade para que, desta forma, seja possível distinguir vários tipos de exsudado.

Não existe material de penso concebido especificamente para controlo de exsudado das FM, pelo que se torna muito difícil encontrar material adequado ao tamanho, forma e contornos do corpo. O objetivo é encontrar um penso que faça uma boa selagem evitando assim a fuga do exsudado. (EONS, 2015).

Ainda segundo as orientações da EONS (2015), as medidas para conforto do cliente com FM altamente exsudativas, inclui a utilização de material de penso altamente absorvente, alginatos, hidrofibras, espumas, uma película não aderente em primeira camada e pensos secundários altamente absorvente. Sugerem a utilização de pensos não esterilizados como os menstruais, para incontinência, por serem acessíveis, efetivos e de baixo custo.

Pelo contrário, nos casos de baixo exsudado, obviamente que será adequado utilizar material não aderente e de baixa absorção.

Na escolha do material a aplicar no controlo do exsudado abundante na FM, visando o conforto do cliente e a prevenção de complicações, importa sublinhar algumas características importantes que o penso deve ter:

- Ser confortável para o cliente e esteticamente aceitável;
- Ser antiaderente;
- Ter a capacidade de absorver grandes volumes de exsudado, sem todavia causar traumatismo na pele perilesional (e.g. espumas, hidrofibras);
- Ter a capacidade de efetivar trocas gasosas;
- Ter a capacidade de reduzir o odor;
- Manter tanto quanto possível a simetria do corpo da pessoa;
- Ser maleável e flexível, facilitando a adaptação do penso a zonas anatómicas de maior complexidade e às lesões exofíticas, (Alexander, 2009a, Selby, 2009).

Devido às grandes perdas de fluidos (incluindo sangue) no cliente com FM, a EONS (2015) recomenda que os efeitos da depleção celular devem ser devidamente monitorizados, no sentido de proceder à sua reposição.

2.3. Prevenção da maceração e irritação da pele perilesional da FM

Grande quantidade de exsudado e / ou pensos oclusivos podem causar maceração da pele circundante (EONS, 2015), visto que, se por um lado as FM são muito exsudativas, por outro o material de penso não está pensado e produzido para este tipo de feridas.

Para manter a integridade da pele perilesional é fundamental a utilização de produtos barreira (e.g. zinco, acrilatos) em cada troca de penso. O tipo de produto a utilizar dependerá do estado da pele e ainda da disponibilidade deste produto na instituição em que é utilizado, (Vicente, 2014).

Janelas com hidrocolóides nas margens da ferida podem prevenir a escoriação recorrente da pele. Materiais com silicone, não adesivos e ligaduras, previnem o trauma da pele do cliente com FM (EONS, 2015).

2.4. Hemorragia na FM e seus efeitos no cliente

Sangramento ou hemorragia é um problema comum na FM e gerador de angústia no cliente e sua família. A maioria das hemorragias está relacionada com a erosão dos vasos causada pelas células tumorais, pela função plaquetária diminuída no tumor e ainda pela estimulação do fator de crescimento endotelial vascular. O tecido das FM é assim frágil e com uma forte tendência a sangrar. Dependendo do local do tumor, se este causar a erosão de vasos de maior calibre (e.g. carotídeos), existe a possibilidade de uma hemorragia severa, podendo ser fatal para o cliente, (EONS, 2015).

Tendo em conta este risco elevado de hemorragia na FM, a troca de pensos requer uma atenção especial, como medida essencial para a prevenção do trauma. Assim, os pensos devem ser previamente bem humedecidos, a limpeza deve realizar-se com irrigação e ser suave. O material também deve ser antiaderente mantendo a interface penso/ferida húmido, (Grocott, 2010).

Várias medidas locais podem ser adotadas perante FM sangrantes, variando consoante a gravidade da hemorragia: a pressão local, o uso de blocos de gelo, as esponjas hemostáticas, a aplicação de alginato de cálcio, celulose oxidada, sucralfato e ácido aminocapróico são alternativas práticas e acessíveis para promover a hemóstase de capilares. Para as situações de hemorragia mais grave, existem as opções de gaze embebida em adrenalina 1:1000, cauterização com nitrato de prata. A laqueação de vasos e a radioterapia são recursos também a considerar nas hemorragias mais graves (Alexander, 2009b).

A vivência de experiências de hemorragias (espontâneas ou durante a remoção do penso) gera ansiedade e medo ao cliente, cuidadores e familiares. As hemorragias profusas nas FM dependem do local da ferida, por exemplo, se a ferida se encontra sobre um grande vaso, como é o caso dos clientes com feridas na cabeça e pescoço, o risco é grande de poder vir a ocorrer. Em casos de haver o risco de uma hemorragia profusa, deve ser antecipada a

informação de forma adequada ao cliente e família; utilizar toalhas escuras que devem estar acessíveis para que no momento da hemorragia, o impacto negativo seja minimizado; e ter um Kit de emergência com fármacos sedativos, para administração subcutânea; (Alexander, 2009b; EONS, 2015)

2.5. O odor na FM e os seus efeitos no cliente

O mau odor da FM, comparado a cheiro de carne podre, pode ter um impacto profundamente negativo sobre a qualidade de vida do cliente e de seus cuidadores, causando sentimentos de culpa, repulsa e levando ao isolamento social e depressão. Não estando atribuível a uma causa particular, pensa-se que o mau odor esteja relacionado com uma combinação de presença de bactérias (aeróbicas e anaeróbicas), tecidos necróticos, vascularização pobre dos tecidos e a altos níveis de exsudado (EONS, 2015).

Segundo Vicente (2014, p.13), “a presença de odor pode ser tão angustiante que a sua avaliação também requer uma atenção especial.” Refere ainda que na prática clínica hoje é ainda difícil conseguir obter uma avaliação objetiva do odor da FM, pelo que vários autores defendem a utilização de escalas para a avaliação da percepção do odor nestas feridas. A escala adaptada por Vicente e Neves, (Figura nº2) é um dos exemplos dessa possibilidade (Vicente, 2011).

Figura nº2 – Escala de Odor (adaptada)

<i>Escala de Odor</i>	
0	Odor não é sentido
1	Odor só é sentido pelo doente
2	Odor é sentido quando se troca o penso
3	Odor é sentido junto do doente ainda com penso
4	Odor é sentido na sala, quarto, enfermaria

Fonte: Vicente (2011)

Com base na sua experiência, Vicente (2014) refere que a avaliação do odor da FM apesar de se revestir de subjetividade, quando os enfermeiros utilizam a escala de odor, na sua grande maioria, realçam a sua importância como ferramenta indispensável e facilitadora da percepção das alterações e controlo do sintoma. Também Alexander (2009a) partilha a sua

experiência e quando compara a utilização desta escala de odor por ele e a avaliação feita pelo cliente, na generalidade das situações, observa resultados semelhantes.

Salienta-se a importância do cliente ser englobado na utilização da escala e na discussão das metas a atingir.

Segundo Gethin (2011) o conhecimento e compreensão dos fatores que originam o odor da FM serão determinantes para as opções da intervenção. Com o objetivo de reduzir/eliminar este sintoma, devem ser consideradas as seguintes possibilidades de abordagem: limpeza e desbridamento (se adequado); trocas regulares de penso antes de este atingir a saturação; recurso a antimicrobianos e recurso a pensos adsorventes do odor.

As recomendações da EONS (2015) sugerem como limpeza da ferida para além da água e soro fisiológico, a utilização de antissépticos e antimicrobianos (e.g. octinidina, polihexanida biguanida, prata, iodo, mel).

O mel é referenciado como efetivo na redução e mesmo na eliminação do odor. Tal efeito deve-se ao facto das bactérias anaeróbias metabolizarem a glucose presente e produzirem ácido láctico em vez das aminas, amónia e compostos de enxofre responsáveis pelo mau odor. O mel tem ainda propriedades antimicrobianas e de desbridamento autolítico, o que pode ser útil na descontaminação e limpeza da FM (Gethin, 2011).

Pensos de carvão ativado associado a absorventes ou à prata podem ser úteis na filtragem do odor, como também na absorção de exsudado e na diminuição da carga microbiana (EONS, 2015).

Segundo a revisão sistemática de Ponte, et al. (2012), a utilização de metronidazol tópico (gel ou endovenoso) ou sistémico traduz-se em elevada eficácia no controlo do odor na FM.

A evidência na prática clínica demonstra que a selagem do penso de forma eficaz, de modo a evitar o extravasamento do exsudado até que este seja novamente refeito, também contribui para reduzir a percepção do odor.

Nas situações em que a percepção do odor da FM se faz sentir em todo o ambiente circundante ao cliente, os agentes para ambiente ajudam a minimizar essa percepção. São exemplos: as velas, os óleos essenciais, os desodorizantes do ambiente, o carvão vegetal, a areia para gatos, a espuma de barbear, os grãos de café (Gethin, 2011; Ponte, et al 2012; EONS, 2015).

Para promover o máximo de conforto possível do cliente com FM com mau odor, e família, realça-se a necessidade de considerar a combinação de várias medidas estratégicas.

2.6. A infecção na FM e seus efeitos no cliente

As FM, na sua grande maioria, comumente apresentam quantidade elevada de exsudado e de tecido não viável, o que favorece o aparecimento de infecção. No entanto, o diagnóstico diferencial de infecção nem sempre é fácil. A infecção nas feridas pode causar dor, odor, hemorragia e a rápida extensão da ferida, o que também pode acontecer com o agravamento da FM. Assim, dada a dificuldade de diagnóstico, é conveniente estar atento a um súbito agravamento dos sintomas, o que pode representar um dos primeiros indicadores de infecção.

Segundo as orientações da EONS (2015), a colonização bacteriana da FM é esperada e deve ser tratada localmente com limpeza, desbridamento se adequado, e antimicrobianos. Havendo sinais sistêmicos de infecção, a utilização de antibióticos endovenosos ou orais pode ser considerada. No entanto, a ação da antibioterapia vai estar condicionada pela deficiente vascularização da FM, podendo interferir na concentração do antibiótico e este revelar-se insuficiente (McDonald & Lesage, 2006).

2.7. A necrose na FM e seus efeitos no cliente

Flutuações do aporte sanguíneo e da perfusão celular geram situações de hipóxia nas margens do tumor e nos tecidos adjacentes. Estas variações de perfusão provocam o colapso vascular, o que leva à morte tecidual e ao consequente aparecimento de tecido morto (Naylor, 2002).

O desbridamento no caso das feridas em cuidados paliativos, como as malignas deve ser ponderado. Grocott (2003) comenta que quando os clientes têm feridas cobertas por tecido necrosado e a expectativa de vida é curta, pode não haver benefício com o desbridamento, pois o consequente aumento de exsudado pode agravar o problema já existente. Se na localização da FM existir a forte possibilidade de exposição de vasos sanguíneos nobres, uma hemorragia severa poderá ocorrer, e nesse caso o desbridamento também trará consequências graves para o cliente (Menoita, 2015).

Atendendo ao risco aumentado de hemorragia das FM, se houver necessidade de proceder ao desbridamento, os métodos autolítico e enzimático devem ser utilizados preferencialmente (Grocott, 2003).

2.8. Prurido na FM e seus efeitos no cliente

O prurido nas FM está essencialmente relacionado com a atividade tumoral e pela pressão que o tumor exerce na pele, irritando as terminações nervosas (Naylor, 2002). De acordo com Grocott (2007), este efeito é mais comum na doença inflamatória da mama e infiltração cutânea, e geralmente não responde aos histamínicos.

Segundo Vicente (2011) o prurido pode ser um sintoma não valorizado mas tão difícil de tolerar para o cliente como a dor.

Algumas medidas de alívio desse desconforto podem ser tomadas, tais como pensos de hidrogel refrigerados; cremes aquosos de mentol (apenas para pele intacta); calamina; anestésicos locais; anticonvulsivantes; antidepressivos; corticóides sistêmicos; terapia com ultravioleta B; Hidroxizina; TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*), Paroxetina, roupas para os clientes com eczema (Alexander, 2009b, EONS, 2015).



3. IMPACTO DAS FERIDAS MALIGNAS

3.1. No cliente

O impacto destas feridas na vida das pessoas e dos seus cuidadores tem vindo a ser descrito na literatura. Taylor (2011) numa revisão sistemática de literatura, encontra várias descrições sobre o impacto das FM nos clientes: as FM são um problema penoso tanto físico como psicológico para os clientes (Naylor, 2002), são lembretes constantes do cancro (Dowseet, 2002), os clientes têm uma enorme sensação de vulnerabilidade, perda de identidade (Piggin & Jones, 2007), são um estigma social e constrangimento (Lo et al., 2008) e são sinónimo de uma devastação nas suas vidas (Alexander, 2010).

Em 2015, Reyonlds e Gethin numa revisão bibliográfica sobre o impacto psicológico da FM, associam os sintomas físicos (dor, exsudado, odor, prurido e hemorragia) ao impacto psicológico que estes têm no cliente, encontrando isolamento, medo, ansiedade, angústia, perda de identidade sexual e perda de confiança pelo próprio corpo. Ainda segundo estas autoras, quando os clientes necessitam de ajuda psicológica e as suas necessidades são atendidas precocemente, estes gerem melhor a sua doença de modo a sustentar um senso de identidade positivo. Recomenda-se, por isso, que os profissionais de saúde estejam preparados para compreender os impactos psicológicos provocados pela FM de modo a apoiar estes clientes e as suas famílias.

Lo et al. (2008) exploraram a experiência dos clientes que vivem com uma FM, tendo estes referido como muito positiva a ajuda especializada no tratamento local à ferida e na gestão das expectativas realistas sobre os tratamentos, no aumento do apetite do cliente, na redução da dor, na diminuição de mau cheiro, no dormir melhor, na promoção de mais estabilidade emocional. Estes ganhos, tornando a experiência menos assustadora, melhoraram a qualidade de vida do cliente com FM.

3.2. No cuidador

Segundo a pesquisa apontada nas recomendações da EONS (2015) para o cuidado com os clientes com FM, as famílias são frequentemente o grande suporte no cuidado ao cliente com FM. Visto que a FM é a marca visível do cancro, esta experiência é descrita pelos cuidadores como terrível e que causa sofrimento psicossocial e emocional (Lo et al, 2008; Probst et al, 2012; Agra, Fernandes & Platel, 2013). Há referência num estudo realizado por Probst et al, (2012) que os cuidadores se sentem afetados pela troca de papéis de parceiro para cuidador solidário e descrevem o quão difícil é gerir os sintomas relacionados com a ferida. Vêm-se forçados a assumir tarefas de cuidados paliativos para a gestão das feridas dos seus entes queridos.

Deste modo, Probst et al, (2012) sugere que é essencial que os profissionais de saúde prestem apoio aos cuidadores, para que estes sejam detentores da informação apropriada de como gerir a ferida e para escolher o melhor tratamento local, assim como, um bom suporte emocional. Se os profissionais não tiverem habilidade para dar esse suporte e de perceber as suas necessidades, as famílias/cuidadores poderão sofrer. Preconiza-se, por isso, uma abordagem holística mais abrangente e centrada no cuidado do cliente.

Fica claro que as competências especializadas para informação e apoio aos clientes com FM e aos seus cuidadores, para medidas de controlo de sintomas do cliente e especificamente também da FM tem efeito benéfico no impacto global das FM sobre os clientes e suas famílias (Grocott, 2007).

Uma boa gestão de sintomas é fundamental e inclui: gestão da terapêutica, controlo da dor, cuidados de higiene, nutrição, gestão do odor da FM, medidas de emergência (EONS, 2015).



4. ORIENTAÇÕES PARA O TRATAMENTO LOCAL

Pela complexidade que se reveste o cuidado ao cliente com FM, torna-se imprescindível uma avaliação mais cuidadosa de todos os fatores que possam interferir para a tomada de decisão sobre o que colocar na FM. Segundo a EONS (2015), é importante perceber:

- Impacto psicossocial da ferida (e.g. consegue ver a s/ferida? Qual a sua prioridade?)
- Impacto da ferida e da sua gestão no cuidador
- Causa subjacente da ferida (tipo de cancro)
- Localização e aparência da ferida
- Tratamentos antineoplásicos anteriores e em curso (doença/ferida)
- Co-morbilidades
- Maior sintoma – ferida, doença, co-morbilidade
- Alergias/sensibilidades – material penso, adesivos
- Medicação para controlo de sintomas
- Quais os materiais de penso experimentados e se tem vantagem para o cliente?

Perante a localização, formas e tamanhos muito particulares das FM, a melhor forma de as descrever será mediante um registro fotográfico da ferida, com o consentimento prévio do cliente.

INTERVENÇÕES PARA CONTROLE DO ODOR

Intervenção	Resultado esperado	Cuidados a ter
Metronidazol tópico ou sistêmico	Reduz a sobrecarga microbiana (bactérias anaeróbicas e alguns protozoários) A sua aplicação faz mais sentido se a FM tiver tecidos mortos. O efeito na redução do odor faz-se sentir após pouco dias da sua aplicação Feridas extensas ou sem possibilidade de isolar com penso o metronidazol sistêmico pode ter indicação primária	Utilizar preferencialmente o metronidazol tópico (gel ou creme). O Gel está contra indicado quando o exsudado é abundante. Usar continuamente durante 10 dias. Reiniciar quando o odor voltar a aumentar. A solução endovenosa na ferida pode ser usada como limpeza. Impregnam-se compressas e deixar atuar 15' Se metronidazol sistêmico, usar no máximo de 14 dias Os comprimidos de metronidazol triturados e misturados num creme ou num gel também podem ser eficazes quando não há disponível o creme.
Apósitos de carvão ativado	Adsorção de odores resultantes da intensa atividade metabólica dos microrganismos.	Não devem ser cortados, perdem efeito quando saturados O penso tem de ficar selado
Apósitos de mel	Reduz a sobrecarga de um largo tipo de microorganismos. Favorece o desbridamento de tecidos mortos e limpeza da ferida. Reduz o mau odor das feridas	Podem provocar dor tipo picada nos primeiros minutos da aplicação Não se deve aplicar quando o desbridamento está contraindicado A forma de gel torna necessária a utilização de um penso secundário que mantenha o produto em contato total com o leito da ferida Se alergia documentada (contraindicado) Somente o mel esterilizado pode ser empregado no tratamento de ferida cutânea.
Maltodextrina pó	Resultado esperado semelhante ao do mel	Não se deve aplicar quando o desbridamento está contraindicado Pode ser uma opção com má relação custo-benefício em FM
Apósito de prata	Ação bactericida, Quando associado a hidrofibra absorve exsudado Reduzem a colonização/infecção local e conseqüentemente o odor	Alergia documentada (contraindicado) Deve ser retirado e a ferida limpa antes de tratamentos de radioterapia
Poliacrilato com solução de ringer	Ação bacteriostática Favorece o desbridamento de tecidos mortos e limpeza da ferida Favorece a absorção do exsudado Reduz o mau odor	Pode macerar a pele circundante. Protege-la Pode não ser adaptável aos contornos da FM Penso de elevado custo, ponderar os benefícios para o cliente Não pode ser cortado
Polihexamestieno de biguanido composto	Ação bactericida; Reduzem a colonização/infecção local e conseqüentemente o odor; Absorve exsudado (associado a espuma)	Pode não ser adaptável aos contornos e à quantidade de exsudado da FM
Desbridamento	Redução do tecido desvitalizado e/ ou necrótico. Diminuição da concentração de bactérias	Não se deve aplicar quando o desbridamento está contraindicado
Penso selado	Retenção do odor no interior do penso.	Não reduz o odor da FM mas apenas a sua percepção no exterior do penso
Trocas frequentes	Previne a acumulação de detritos, bactérias e exsudado da ferida	Cuidados à pele perilesional para evitar a maceração pelo adesivo
Escalas de odor	Possibilita comparar os resultados com a nossa intervenção.	O cliente deve ser incluído na avaliação e as metas a atingir devem ser discutidas com ele. Tentar que a percepção do odor aconteça apenas na exposição da FM, pode ser uma meta realista
Controlo do ambiente	Impregnar o ambiente com um odor agradável. Prevenir a acumulação de maus cheiros.	Uso de óleos que podem ser vaporizados no ambiente antes e durante o procedimento, devendo estes serem escolhidos pelo cliente A colocação de um copo com café em grão ou moído, ou espuma de barbear na unidade do cliente.

Selar imediatamente o saco onde se depositou o penso sujo

INTERVENÇÕES PARA CONTROLE DO EXSUDADO

Intervenção	Resultado esperado	Cuidados a ter
Alginato de cálcio	Elevada capacidade de absorção de exsudado, mantendo a interface penso/ferida húmida Ação hemostática Maleável, adapta-se bem à forma da FM	Deve ser utilizado se temos um exsudado sanguinolento Não deve ser utilizado em feridas secas ou com pouco exsudado, pois pode haver aderência e maceração da pele adjacente. O penso não deve estar em contacto com a pele circundante pelo risco de maceração Trocar quando estiver saturado.
Carboximetilcelulose sódica	Elevada capacidade de absorção de exsudado, mantendo a interface penso/ferida húmida Maleável, adapta-se bem à forma da FM Remove-se mais facilmente que os alginatos e não deixa resíduos Protege a pele circundante	Optar pela combinação com prata se colonização/infeção. Penso deve ultrapassar 1cm para além do leito da ferida.
Hidropolímeros	Absorção de exsudado reduzido ou moderado Remoção atraumática Bom sentido estético Isola bem odor como penso fechado	Se feridas infetadas, ou fortemente colonizadas combinar um antimicrobiano no leito toda FM Troca quando este tiver mais de 75% de saturado
Espumas de poliuretano	Absorção de exsudado reduzido ou moderado Remoção atraumática Bom sentido estético Isola bem odor como penso fechado As versões cavitárias são muito eficazes em FM cavitárias	Se feridas infetadas, ou fortemente colonizadas combinar um antimicrobiano no leito toda FM Troca quando este tiver mais de 75% de saturado Sempre que possível preferir as versões com silicone
Hidrocolóides Poliuretanos extra finos	Baixa absorção Hidratação de FM secas (se adequado) Bom sentido estético	Os hidrocolóides podem deixar resíduos na ferida
Pensos higiénicos	Elevada capacidade de absorção Boa opção também para reforçar zonas de fuga em FM com localização complexas (e.g. axilas)	Dependendo das características da FM e exsudado, poderá ser utilizado como penso primário ou secundário. O penso primário poderá ser hidrofibra, alginato de cálcio, ou película antiaderente. Se a ferida for extensa, unir com adesivo os vários pensos higiénicos previamente antes da colocação na ferida
Compressas	Baixa capacidade de absorção.	Podem ser úteis mas como penso secundário, depois de uma película antiaderente

Placas de ostomia	Drenagem de exsudado abundante	Só aplicável em situações muito particulares
--------------------------	--------------------------------	--

INTERVENÇÕES PARA CONTROLE DA INFEÇÃO

Intervenção	Resultado esperado	Cuidados a ter
Utilização de medidas de prevenção e controle de infecção	Evitar a infecção	
Apósitos com prata, mel, polihexamestieno biguanido	Ver controle do odor	Ver controle do odor
Compressa impregnada em iodopovidona	Ação bactericida em feridas infetadas Apenas útil em FM com características muito particulares (ex. linfoma cutâneo), superficiais, pouco exsudativas	Está indicado para feridas infetadas pouco exsudativas Efeito de duração curta Só o cadexômero do iodo é eficaz nas feridas exsudativas e com tecidos mortos
Octinidina	Reduz carga microbiana	Útil para limpeza da FM com sobrecarga microbiana
Metronidazol tópico	Ver controle do odor	Ver controle do odor
Antibiótico Sistêmico	Combater a infecção presente no compartimento profundo da ferida ou infecção sistêmica	O uso repetido de antibioterapia repetido pode contribuir para o aparecimento de estirpes bacterianas resistentes O efeito pode estar condicionado pela deficiente vascularização da FM.

CUIDADOS À PELE PERILESIONAL - PREVENÇÃO DE MACERAÇÃO/IRRITAÇÃO

Intervenção	Resultado esperado	Cuidados a ter
Avaliar a pele perilesional e na zona de fixação de adesivos	Verificar se existe rubor, edema, maceração branca ou vermelha por exsudado, irritação/alergia por adesivos.	
Hidratar a pele perilesional	Pele circundante limpa e hidratada	
Aplicação de protetor cutâneo	Proporcionar uma barreira contra agressão de produtos resultantes da ferida	

Rever o penso (frequência e material usado)	Evitar a maceração da pele perilesional	Se FM muito exsudativa ou com presença de fezes/urina (fístulas), o penso deve ser efetuado com mais frequência
--	---	---

INTERVENÇÕES PARA CONTROLE DA NECROSE

Intervenção	Resultado esperado	Cuidados a ter
Compressa impregnada em hidrogel	Degradação dos tecidos necrosados através de processos autolíticos. Boa adaptação aos contornos da ferida	Perceber se a ferida tem indicação para desbridamento Não tem indicação em feridas já muito exsudativas.
Colagenase	Degradação dos tecidos necrosados através de processos enzimáticos	Perceber se a ferida tem indicação para desbridamento Pode ser difícil a adaptação á forma da ferida Não tem indicação em feridas já muito exsudativas.
Mel e poliacrilato c/solução de ringer	Degradação dos tecidos necrosados através de processos autolíticos/osmóticos Ver descrição no controlo do odor	Perceber se a ferida tem indicação para desbridamento Ver descrição no controlo do odor
Desbridamento cortante ou mecânico	Remoção instantânea de detritos ou tecidos mortos da ferida Pode ser útil em FM que estão a ser irradiadas, pela rápida limpeza e higiene da ferida	Perceber se a ferida tem indicação para desbridamento Cortante: Utilizando um instrumento cortante Mecânica: Utilizando uma força mecânica (e.g. fricção) com um instrumento ou compressa Requer perícia Maior risco de hemorragia iatrogénica

INTERVENÇÕES PARA CONTROLE DO PRURIDO

Intervenção	Resultado esperado	Cuidados a ter
Corrigir humidade ou secura da pele	Pele limpa e hidratada	

Corticoide tópico (pele íntegra)	Diminuir a inflamação Diminuir o prurido	O resultado vai depender do grau de penetração
Aplicação de Calamina	Promove o alívio do ardor ou irritações da pele de pequena intensidade e ajuda a manter a pele macia e seca	Não deve ser aplicado sobre bolhas, feridas ou áreas cutâneas secretoras

INTERVENÇÕES PARA CONTROLE DA DOR

Intervenção	Resultado esperado	Cuidados a ter
Avaliar a dor	Compreender a natureza e características da dor	Utilizar escala de dor
Posicionamentos confortáveis	Prevenir a dor com posicionamentos antiálgicos	
Humificação prévia do penso antes de retirar	Prevenir a dor evitando o traumatismo	
Utilização de pensos não aderentes	Prevenir a dor evitando o traumatismo	A escolha dos pensos depende da quantidade e do tipo exsudado, da presença de infecção, do tipo de tecido presente na ferida.
Administração de analgésicos opióides e não opióides	Controlo da dor	Se dor na execução do penso garantir que a analgesia foi administrada antes de ser efetuado o tratamento à ferida.
Medicação adjuvante	Tratamento da dor potenciando o efeito dos analgésicos	
Opióides tópicos	Redução da dor na FM	Diluição de 10mg morfina em 8cc de hidrogel Aplicar em cada troca de penso após limpeza da ferida A sua ação vai ser condicionada pela absorção do medicamento Se ao fim de 374 dias não se verificar melhorias não está a ser eficaz
Medidas alternativas (ex. Reiki)	Controlo da dor	

INTERVENÇÕES PARA CONTROLE DA HEMORRAGIA

Intervenção	Resultado esperado	Cuidados a ter
Humidificação prévia do penso antes de retirar	Prevenção da hemorragia	Humidificar bem os apósitos colocados antes da sua remoção
Limpeza da ferida por irrigação	Prevenção da hemorragia	A irrigação da ferida deve ser efetuada com soro à temperatura corporal
Apósito não aderente (ex. silicone)	Prevenção da hemorragia	Adequar o penso ao tipo de exsudado. FM muito exsudativas utilizar o transferente de exsudado
Pensos de alginato de cálcio	Tratar pequenos focos hemorrágicos	Cuidados na remoção, no caso de feridas pouco exsudativas
Esponjas hemostáticas	Tratar focos hemorrágicos	Difícil de aplicar Deve aplicar pressão sob o local da hemorragia
Compressão	Parar hemorragia moderada/grave	Dependendo do local e da intensidade pode ser necessário compressão durante 10-15 minutos Poderá ser necessário deixar um penso compressivo com adesivo ou ligadura Não deixar as compressas de gaze diretamente no leito, pois vai desencadear nova hemorragia na próxima retirada do penso.

Aplicação de sucralfato em suspensão (gel húmido)	Funciona como uma barreira biológica que diminui a pequena hemorragia	O gel deverá ser aplicado duas a três vezes por dia.
Adrenalina tópica	Provoca vasoconstrição e controlo da hemorragia moderada/grave.	Deve ser utilizada com muita cautela, pois pode levar a necrose isquémica, por ser um potente vasoconstritor
Ácido aminocapróico tópico	Controla pequenos focos hemorrágicos	Pode-se aplicar a apresentação em pó ou a endovenosa Em algumas situações poderá ser administrado sistemicamente
Aplicação de gelo	Promove a hemostase	A aplicação não deve ser feita diretamente no leito da ferida, mas protegida.
Apoio médico	Tratar a hemorragia através da laqueação de vasos ou da radioterapia Em casos de hemorragia maciça, pode ser necessário uma sedação ao cliente	Em casos em que se prevê a possibilidade de uma hemorragia maciça, a sedação deve ser discutida com o cliente/família/equipa de saúde.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agra, G., Fernandes, M. A., Platel, I. C. D. S., & Freire, M. E. M. (2013). *Cuidados paliativos ao paciente portador de ferida neoplásica: uma revisão integrativa da literatura*. Rev. Bras. Cancerol.(Online), 95-104.
- Alexander, S. (2009a). *Malignant fungating wounds: managing malodour and exudate*. Journal of Wound Care, 18 (9), pp. 374-382
- Alexander, S. (2009b). *Malignant fungating wounds: managing pain, bleeding and psychosocial issues*. Journal of wound care, 18(10), 418-425.
- Alexander, S. (2010). *An intense and unforgettable experience: the lived experience of malignant wounds from the perspectives of patients, caregivers and nurses*. International Wound Journal, 7 (6), pp. 456-465.
- Alves, P., & Vieira, M. (2012). *Ensino em feridas: formação pré-graduada em enfermagem*. Journal of Tissue Regeneration & Healing [Internet], 1-11.
- Direção Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas*. Acedido em Abril 2016. Disponível em www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/programas-cancro_old-pdf.aspx
- European Oncology Nursing Society (2015). *Recommendations for the care of patients with malignant fungating wounds*. Acedido em Janeiro 2015. Disponível em <http://www.cancernurse.eu/documents/EONSMalignantFungatingWounds.pdf>
- Gethin, G. (2011). *Management of malodour in palliative wound care*. British Journal of Community Nursing, 28-36.
- Gomes, I. P., & Camargo, T. C. (2004). *Feridas tumorais e cuidado de enfermagem: buscando evidências para o controle de sintomas*. Rev. Enferm. 12, 211-216.
- Grocott, P. (2007). *Care of patients with fungating malignant wounds*. Nursing Standard, 21(24), 57.

- Grocott, P., Gethin, G., & Probst, S. (2013). *Malignant wound management in advanced illness: new insights*. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 7(1), 101-105.
- Haisfield-Wolfe, M. E., & Baxendale-Cox, L. M. (1999, July). *Staging of malignant cutaneous wounds: a pilot study*. In *Oncology nursing forum* (Vol. 26, No. 6, pp. 1055-1064).
- Instituto Nacional de Câncer - INCA (2009). *Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado*. Série Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Esdeva.
- Lo, S. F., Hu, W. Y., Hayter, M., Chang, S. C., Hsu, M. Y., & Wu, L. Y. (2008). *Experiences of living with a malignant fungating wound: a qualitative study*. *Journal of Clinical Nursing*, 17(20), 2699-2708.
- Maida, V., Ennis, M., Kuziemy, C., & Trozzolo, L. (2009). *Symptoms associated with malignant wounds: a prospective case series*. *Journal of Pain and Symptom Management*, 37(2), 206-211.
- Menoita, E. C. (2015). *Gestão de feridas complexas*. Loures: Lusodidacta.
- Naylor, W. (2001). *Assessment and management of pain in fungating wounds*. *British Journal of Nursing*, 10 (Sup5), S33-S56.
- Naylor, W. (2002). *Part 2: Symptom self-assessment in the management of fungating wounds*. *World Wide Wounds*, 14.
- Ponte, D., Ferreira K. & Costa N. (2012). *O controlo do odor na ferida maligna*. *Journal of Tissue Regeneration & Healing*. 1(1), 38-43.++
- Probst, S., Arber, A. & Faithfull, S. (2013). *Malignant fungating wounds—the meaning of living in an unbounded body*. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(1), 38-45.
- Probst, S., Arber, A., Trojan, A., & Faithfull, S. (2012). *Caring for a loved one with a malignant fungating wound*. *Supportive Care in Cancer*, 20(12), 3065–3070.
- Selby, T. (2009) *Managing exsudate in malignant fungating wounds and solving problems for patients*. *Nursing Times*, 105 (18), 14-17.
- Taylor C. (2011) *Malignant fungating wounds: a review of the patient and nurse experience*. *Wound Care*. P.16-22

- Vicente, H. (2011) *Guia orientador para o tratamento local das feridas malignas*. Acessível no_____, Lisboa.
- Vicente, H. (2014). Pessoa com ferida maligna intervenções de enfermagem no controlo do exsudado e do odor. ESEL. Dissertação de Mestrado. Lisboa.



ANEXOS e APÊNDICES

Serviço de Pneumologia



ANEXO I

Lista Material da Farmácia

Designação	Tamanho	Apresentação	Código
Ligadura cola zinco	10 x 10 cm	Unidade	11210112013
Ocinidina e fenoxieanol (1mg/ml + 20mg/ml) gel		Frasco	11140111004
Ocinidina e fenoxieanol (1mg/ml + 20mg/ml) solução cutânea	250 ml	Frasco	11140111003
Ocinidina sol irrigação para vácuo	350 ml	Frasco	11140111005
Pasta de carboximetilcelulose (ostomia)		Bisnaga	11210112000
Penso com prata composto (hidrofibra)	10 x 10 cm	Penso	11210111007
Penso com prata simples	10 x 10 cm	Penso	11210111021
Penso cutâneo Spray		Frasco	11210103000
Penso de alginato	10 x 10 cm	Penso	11210112020
Penso de carvão ativado	10 x 10 cm	Penso	11210112003
Penso de celulose oxidada com colagénio	123 cm	Penso	11210111001
Penso de celulose oxidada com colagénio	28 cm	Penso	11210111000
Penso de collagenase pomada	0,6 U/G	Bisnaga	11210112022
Penso de colagénio e gentamicina	10 x 10 cm	Penso	11210111002
Penso de colagénio e gentamicina	5 x 5 cm	Penso	11210111003
Penso de colagénio pó		Embalagem	11210111022
Penso de gaze de celulose oxidada	5 x 7,5 cm	Caixa	11210112019
Penso de gaze vaselinada	10 x 10 cm	Penso	11210112007
Penso de gaze vaselinada	7m x 10cm	Caixa	11210112008
Penso de hidrocoloide	10 x 10 cm	penso	11210112009
Penso de hidrocoloide	15 x 15 cm	penso	11210112024
Penso de hidrocoloide	20 x 20 cm	penso	11210112010
Penso de hidrocoloide bisnaga pasta		Bisnaga	11210112011
Penso de hidrofibras (carboximetilcelulose)	10 x 10 cm	Penso	11210112001
Penso de hidrofibras (carboximetilcelulose)	15 x 15 cm	Penso	11210112021
Penso de hidrogele (compressa impregnada)	10 x 10 cm	Penso	11210111008
Penso de iodopovidona	10 x 10 cm	Penso	11210112004
Penso de malodextrina pó bisnaga		Bisnaga	11210103009
Penso de mel	10 x 10 cm	Penso	11210111030
Penso de mel 48%		Bisnaga	11210111028
Penso de poliacrilato c/ solução de ringer	10 x 10 cm	Penso	11210111012
Penso de poliacrilato c/ solução de ringer	4 x 7 cm	Penso	11210111013
Penso de poliacrilato c/ solução de ringer	5,5 cm	Unidade	11210103001
Penso de polihexamestieno biguanido composto (poliuretano s/ rebordo)		Penso	11210103025
Penso de poliuretano c/ rebordo	10 x 10 cm	Unidade	11210112015
Penso de poliuretano c/ rebordo	10 x 20 cm	Unidade	11210112016
Penso de poliuretano c/ rebordo	20 x 20 cm	Unidade	11210112017
Penso de poliuretano c/ rebordo (sacro)	22x 22 cm	Unidade	11210112014
Penso de poliuretano cavitário s/ rebordo	5 x 6 cm	Unidade	11210111005
Penso de poliuretano circular	5 cm	Unidade	11210111006
Penso de poliuretano c/ silicone s/ rebordo	13 x 15 cm	Penso	11210111024
Penso de poliuretano não aderente extra fino s/ rebordo	10 x 10 cm	Penso	11210112035
Penso de poliuretano para transferência de exsudado	15 x 20 cm	Penso	12110111017
Penso de poliuretano s/ rebordo	10 x 10 cm	Unidade	11210112028
Penso de poliuretano s/ rebordo	10 x 20 cm	Unidade	11210112029
Penso de poliuretano s/ rebordo	20 x 20 cm	Unidade	11210112027
Penso de silicone transparente	10 x 18 cm	Penso	11210111027
Penso de sucralfate gel húmido 25%		Bisnaga	11210103005
Protetor cutâneo não irritante pulverizador		Frasco	11210112030



ANEXO II

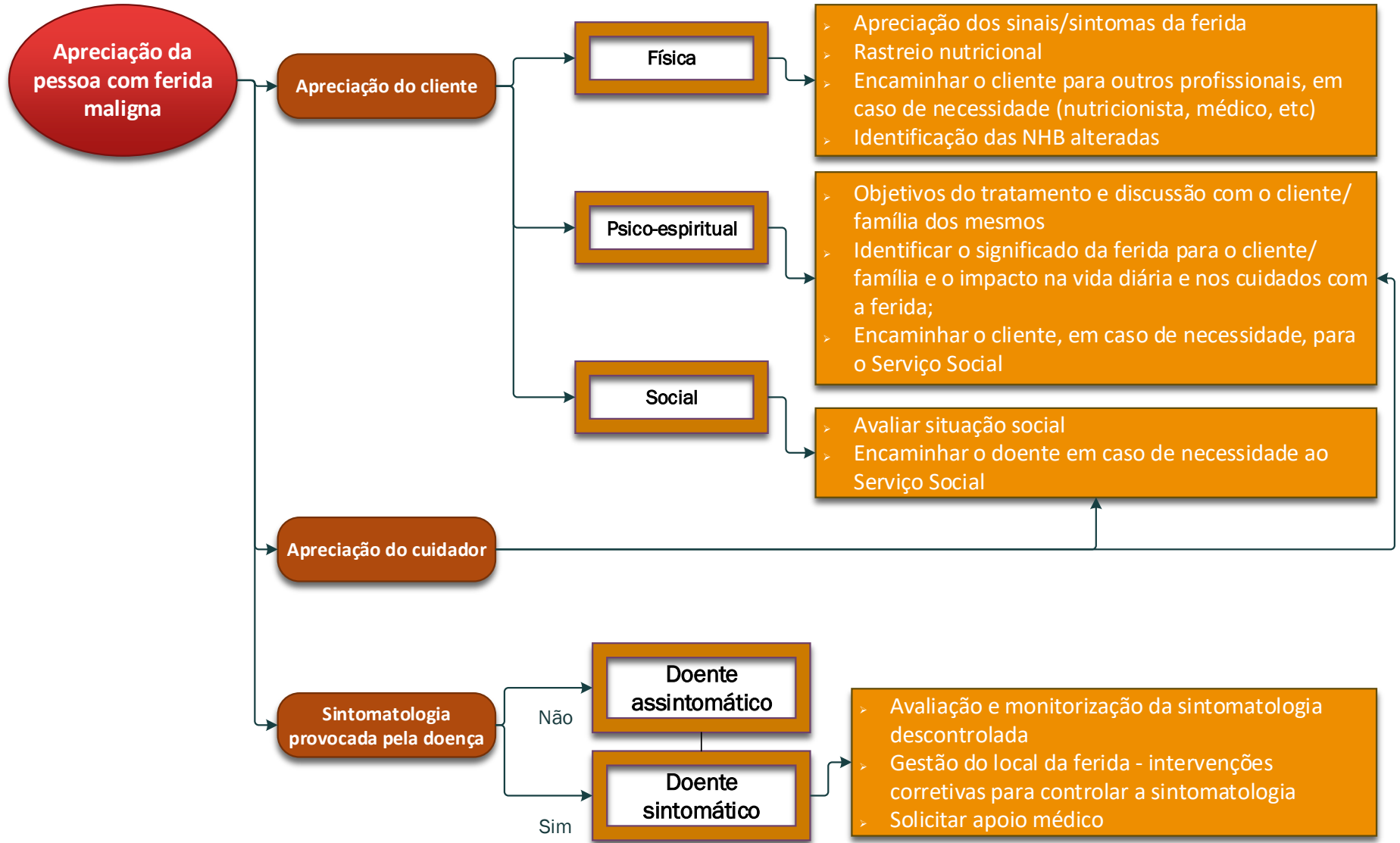
Lista Material do Armazém

Designação	Tamanho	Apresentação	Código
Adesivo antialérgico não tecido	10 x 10 cm	Rolo	2100109
Adesivo antialérgico não tecido	15 x 10 cm	Rolo	2100110
Adesivo antialérgico não tecido	20 x 20 cm	Rolo	2100111
Adesivo antialérgico seda artificial	2,5 cm	Rolo	2100101
Adesivo antialérgico seda artificial	7,6 cm	Rolo	2100103
Adesivo fixação cateter	14 x 10 cm	Unidade	2104132
Adesivo fixação cateter	6 x 7 cm	Unidade	2104142
Compressa TNT (estéril) Pacote 5	10 X 10 cm	Unidade	2101506
Compressa TNT (não estéril)	10 x 10 cm	Unidade	2101609
Compressa TNT (estéril) Pacote 5	20 x 15 cm	Unidade	2101605
Compressa TNT (não estéril)	7.5 x 7.5 cm	Unidade	2101608
Compressa TNT (estéril) Pacote 5	7.5 x 7.5 cm	Unidade	2101505
Fralda incontinente para adulto		Unidade	2900153
Lamina bisturi	Nº 15	Unidade	2200258
Lamina bisturi	Nº 24	Unidade	2200262
Ligadura elástica crepe	10 cm	Unidade	2102624
Ligadura elástica crepe	15 cm	Unidade	2102624
Ligadura ortopédica algodão sintético	10 cm	Unidade	2102650
Ligadura ortopédica algodão sintético	15 cm	Unidade	2102651
Luva cirúrgica estéril	Nº 6	Par	2200253
Luva cirúrgica estéril	Nº 6,5	Par	2200254
Luva cirúrgica estéril	Nº 7	Par	2200255
Luva cirúrgica estéril	Nº 7,5	Par	2200256
Luva cirúrgica estéril	Nº 8	Par	2200257
Luva de exame não estéril s/ pó	Grande	Unidade	2900962
Luva de exame não estéril s/ pó	Média	Unidade	2900963
Luva de exame não estéril s/ pó	pequena	Unidade	2900964
Luva palhaço estéril		Unidade	2900952
Luva palhaço não estéril		Unidade	2900136
Penso cirúrgico adesivo	9 x10 cm	Unidade	2104113
Penso cirúrgico adesivo	9 x 15 cm	Unidade	2104114
Penso cirúrgico adesivo	9 x 20 cm	Unidade	2104115
Penso higiénico		Unidade	2900143
Penso para traqueostomia	9 x 9 cm	Unidade	2104105
Placa para saco de urostomia	38mm	Unidade	2300375
Placa para saco de urostomia	45 mm	Unidade	2300376
Rede tubular	Nº 6	Rolo	2104135
Resguardo para incontinente		Unidade	2900145
Saco colector p/ drenagem com válvula		Saco	2308350
Saco colostomia	64 mm	Saco	2300229
Saco urostomia	38 mm	Saco	2300231
Saco urostomia	45 mm	Saco	2300233
Saco de recolha de urina c/ válvula e dispositivo		Unidade	2300450



APÊNDICE I

Diagrama - Avaliação do Cliente com Ferida Maligna



Apreciação da pessoa com ferida maligna

Apreciação do cliente

Física

- > Apreciação dos sinais/sintomas da ferida
- > Rastreamento nutricional
- > Encaminhar o cliente para outros profissionais, em caso de necessidade (nutricionista, médico, etc)
- > Identificação das NHB alteradas

Psico-espiritual

- > Objetivos do tratamento e discussão com o cliente/família dos mesmos
- > Identificar o significado da ferida para o cliente/família e o impacto na vida diária e nos cuidados com a ferida;
- > Encaminhar o cliente, em caso de necessidade, para o Serviço Social

Social

- > Avaliar situação social
- > Encaminhar o doente em caso de necessidade ao Serviço Social

Apreciação do cuidador

Sintomatologia provocada pela doença

Não

Doente assintomático

Sim

Doente sintomático

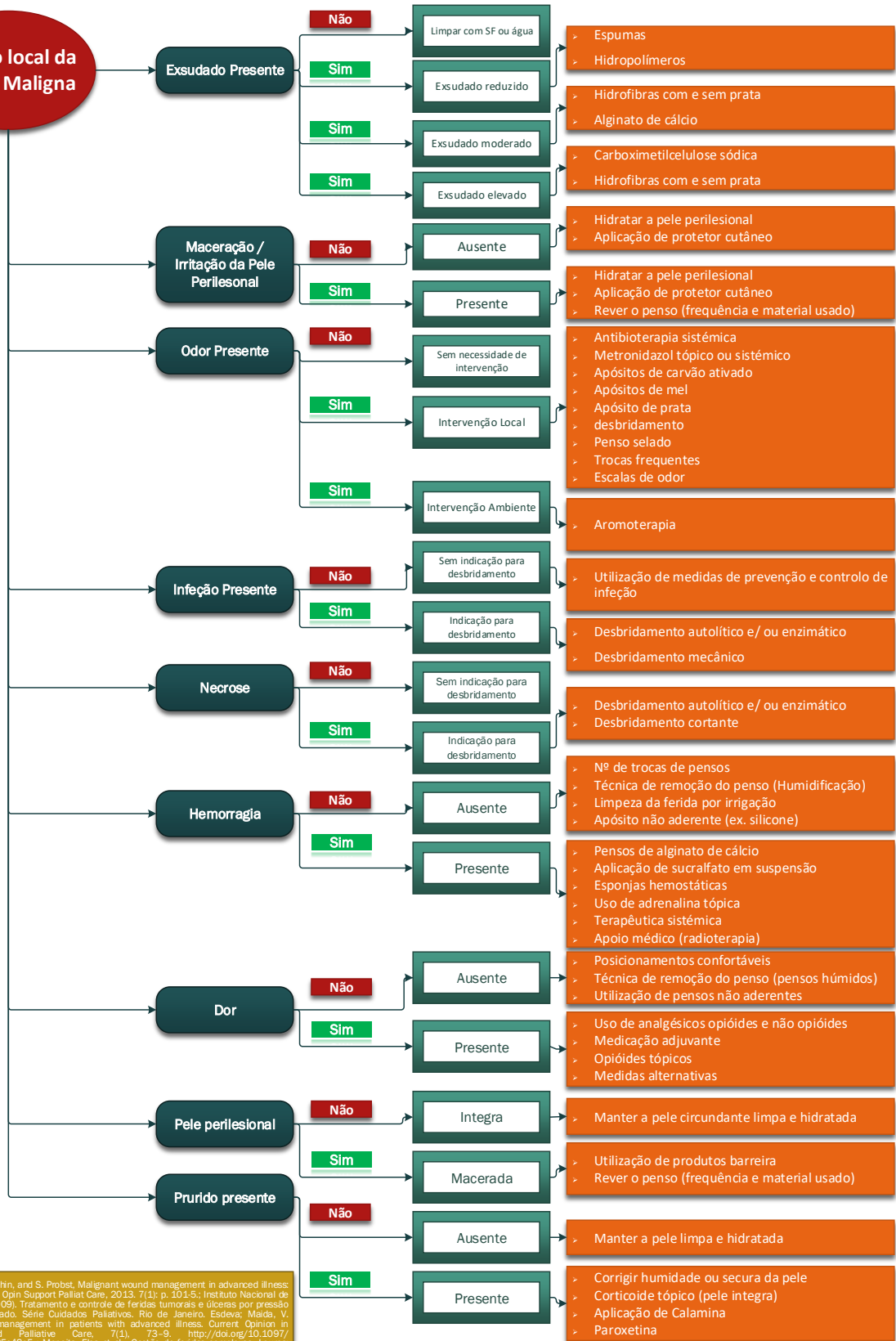
- > Avaliação e monitorização da sintomatologia descontrolada
- > Gestão do local da ferida - intervenções corretivas para controlar a sintomatologia
- > Solicitar apoio médico



APÊNDICE II

**Póster - Gestão Local da Ferida
Maligna**

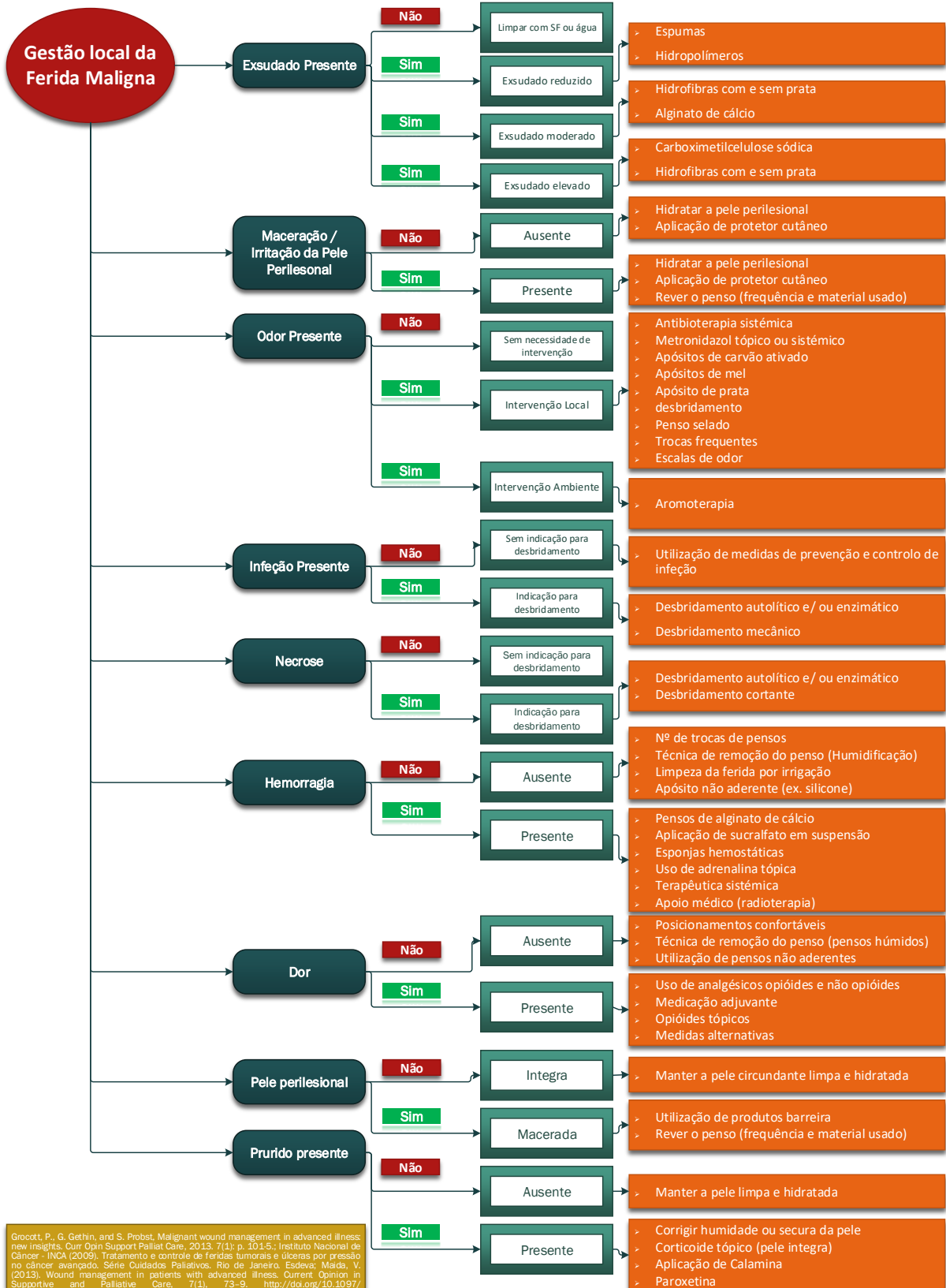
Gestão local da Ferida Maligna



Grocott, P., G. Gethin, and S. Probst. Malignant wound management in advanced illness: new insights. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2013, 7(1): p. 101-5; Instituto Nacional de Câncer - INCA (2009). Tratamento e controlo de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado. Série Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro. Esdeva: Malda; V. (2015). Wound management in patients with advanced illness. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 7(1), 73-9. <http://doi.org/10.1097/SPO.0b013e32835c48e5>; Menoia, Elsa et al - Gestão de feridas complexas. Loures: Lissolândia, 2015; Probst, S., Grocott, P., Graham, T., & Gethin, G. (2015). Recommendations for the Care of Patients with Malignant Fungating Wounds. EONS, in press; Taylor C. (2011) Malignant fungating wounds: a review of the patient and nurse experience; Vicente, H., Neves S. (2011) Guia orientador para o tratamento local das feridas malignas. IPO Lisboa

Realizado no âmbito do 6º CME/MC, Opção Enfermagem Oncológica da ESEL pelo Enfº Nuno Silva, sob orientação da Profª Patrícia Alves

Apêndice XVII: Póster - Gestão Local da Ferida Maligna



Grocott, P., G. Gethin, and S. Probst. Malignant wound management in advanced illness: new insights. *Curr Opin Support Palliat Care*, 2013, 7(1): p. 101-5. Instituto Nacional de Câncer - INCA (2009). Tratamento e controlo de feridas tumorais e úlceras por pressão no cancro avançado. Série Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro, Elsevier, Maio. V. (2013). Wound management in patients with advanced illness. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 7(1), 73-9. <http://doi.org/10.1097/SPO.0b013e32835c48e5>; Menotta, Elsa et al. - Gestão de feridas complexas. Loures: Lusoeditores, 2015; Probst, S., Grocott, P., Graham, T., & Gethin, G. (2015). Recommendations for the Care of Patients with Malignant Fungating Wounds. EONS, in press; Taylor, C. (2011) Malignant fungating wounds: a review of the patient and nurse experience; Vicente, H., Neves S. (2011) Guia orientador para o tratamento local das feridas malignas. IPO Lisboa

Realizado no âmbito do 6º CEMEC, Opção Enfermagem Oncológica da ESEL pelo Enfº Nuno Silva, sob orientação da Profª Patrícia Alves

Apêndice XVIII: Plano da Sessão de Formação – Intervenção de Enfermagem ao cliente com ferida maligna no Serviço C do Hospital B



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

6º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Opção Enfermagem Oncológica
Unidade Curricular – Estágio com Relatório

**INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM AO CLIENTE COM
FERIDA MALIGNA**

Plano de sessão de formação

Nuno Silva
Orientadora: Patrícia Alves

11 de Fevereiro de 2016

Destinatários:

Equipa de Enfermagem do Serviço de Pneumologia

Finalidade:

Capacitar os profissionais para uma intervenção de enfermagem mais atualizada ao cliente com FM e família

Objetivos:

- Perceber a importância de uma intervenção especializada no cliente com FM;
- Perceber a Fisiopatologia da FM
- Identificar os estádios da FM
- Reconhecer o impacto que a FM tem na cliente e sua família;
- Aplicar os acrónimos HOPES e SPECIAL na gestão e tratamento da FM;
- Compreender a abordagem realizado ao cliente com FM;
- Reconhecer a importâncias do rastreio nutricional no cliente com FM;
- Identificar os sintomas da pessoa com FM;
- Justificar o material de penso a utilizar para controlar os sintomas do cliente;
- Discutir casos práticos;
- Perceber a importância de uma intervenção especializada no cliente com FM.

Plano de Sessão

ETAPAS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS
INTRODUÇÃO 5 Minutos	Breve introdução da temática	Método expositivo Recurso ao programa Microsoft Power Point para apresentação de slide show
DESENVOLVIMENTO 25 Minutos	<p>7. FM - Definição</p> <p>8. Fisiopatologia da FM</p> <p>9. Estadiamento da FM</p> <p>10. Principais Tratamentos/Manutenção:</p> <p>11. Impacto das feridas malignas</p> <p>12. Gestão e tratamento da FM</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Organigrama segundo acrónimo HOPES <p>13. Abordagem ao cliente com FM</p> <p>14. Rastreio nutricional</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Malnutrition Universal Screening Tool-MUST</i> <p>15. Avaliação da FM</p> <p>16. Características do penso ideal</p> <p>17. A FM e os seus sintomas</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Necrose ➤ Odor e Escala de Avaliação de Odor ➤ Exsudado ➤ Prurido ➤ Infeção ➤ Hemorragia ➤ Dor ➤ Pele perilesional ➤ Distresse Psicológico 	<p>Método expositivo e participativo</p> <p>Recurso ao programa Microsoft Power Point para apresentação de slide show</p>
	Discussão de casos práticos	<p>Método expositivo e participativo</p> <p>Recurso ao programa Microsoft Power Point para apresentação de slide show</p>
CONCLUSÃO 10 Minutos	<p>Intervenção especializada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parecer n.º 12 / 2014 da Ordem dos Enfermeiros 	<p>Método expositivo e participativo</p> <p>Recurso ao programa Microsoft Power Point para apresentação de slide show</p>

Apêndice XIX: Documento de avaliação da sessão de formação – Intervenção de Enfermagem ao cliente com ferida maligna no Serviço C do Hospital B

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Intervenção de enfermagem ao cliente com FM

Serviço Pneumologia (Hospital B)

Agradecendo desde já a sua presença e colaboração na sessão, solicito-lhe o preenchimento deste questionário com a garantia de anonimato e confidencialidade.

1. Considera o tema desta sessão pertinente?

Nada pertinente ou adequado.	
Pouco pertinente e pouco adequado às necessidades da unidade.	
Moderadamente pertinente e adequado às necessidades da unidade	
Pertinente e adequado às necessidades da unidade	
Muito pertinente e adequado às necessidades da unidade	

2. Como classifica a formação relativamente aos conteúdos (nível de informação, adequação e interesse)?

Nenhuma adequação de conteúdos	
Conteúdos pouco adequados	
Conteúdos moderadamente Adequados e explícitos	
Conteúdos adequados, mas pouco explícitos.	
Conteúdos adequados, explícitos	

3. Que percentagem de clientes do serviço podem vir a necessitar das intervenções que aprendeu com esta formação?

Menos de 20%	
20% a 40%	
40% a 60%	
60% a 80%	
Mais de 80%	

4. Quais os aspetos positivos que foram discutidos lhe trouxeram mais-valias para a sua prática diária? Assinale todas as opções que se apliquem.

No diagnóstico de necessidades dos clientes	
Em educar os alunos e colegas	
Na tomada de decisões de tratamento	
Como parte de uma qualidade ou desempenho	
Em educar os clientes e seus cuidadores	
Como uma base para aprender mais	
Para a manutenção de conhecimentos	
Outras. Especifique: _____	

No geral como avalia a sessão?

Mau	
Insuficiente	
Satisfaz	
Bom	
Muito Bom	

Como classifica a prestação do formador na sessão, relativamente ... (Marque um (X) sobre o algarismo que melhor corresponder à sua opinião)

	1	2	3	4	5
Domínio dos conteúdos / competências técnico-científicas?					
Metodologia da transmissão de conhecimentos?					
Utilização e domínio dos recursos didáticos?					
Documentação fornecida?					
Total pontos (soma dos pontos)					

Muito Obrigada

Nuno Silva

Apêndice XX: Análise de avaliação da sessão de formação – Intervenção de Enfermagem ao cliente com ferida maligna no Serviço C do Hospital B

Análise de resultados da avaliação da sessão de formação (documento de avaliação construído)

Intervenção de Enfermagem ao cliente com FM

Questão		Respostas	
		Média	Significado
1		4,89	Muito pertinente
2		4,83	Muito adequados
5		4.72	Muito bom
6	6.1	4,89	O formador em média somou 4,74 pontos em 5 possíveis
	6.2	4.78	
	6.3	4.67	
	6.4	4.61	

Nesta avaliação os formandos avaliam globalmente a sessão com a nota de muito bom, consideram que a temática abordada é muito pertinente e os conteúdos abordados foram muito adequados. A prestação do formador foi classificada com uma nota média de 4,74 pontos em 5 possíveis.

Relativamente aos aspetos discutidos que os formandos consideram ter sido mais-valias foram; as características das feridas malignas e sua avaliação, as diferentes abordagens de tratamentos para cada um dos sintomas descontrolados; os conhecimentos dos apósitos existentes no hospital; as diferentes indicações de cada tipo de apósito de penso.

Quando se questiona os formandos se poderá existir um impacto positivo da formação na sua prática no sentido da melhoria dos cuidados ao cliente, todos respondem afirmativamente e justificam:

- Possibilita uma uniformização de cuidados e com ela uma abordagem contínua de tratamento por parte da equipa;
- Melhoria da prática com a melhor escolha do tipo de tratamento para cada ferida;
- Aquisição de conhecimentos no sentido de melhorar a avaliação das FM e na execução de pensos;

- Aquisição de conhecimentos no tratamento de feridas que possibilitam um melhor controlo de sintomas, melhorando por isso a qualidade de vida dos clientes”,
- Aplicação imediata dos conhecimentos, ajudando na sistematização da intervenção do enfermeiro.

No que diz respeito às sugestões, os formandos referem que deve continuar a haver momentos de formação com discussão de situações de clientes com FM existentes no serviço disponibilização do guia de tratamento e do póster o mais rápido possível para que estes consigam sistematizar a sua intervenção e desta forma intervir de forma correta, propor aquisição de mais material de penso para o serviço e disponibilização de mais material de penso sem que seja necessária a prescrição pelo médico.

Apêndice XXI: Análise da avaliação da formação – Intervenção de Enfermagem ao cliente com ferida maligna

Análise da adesão e da avaliação segundo a escala de Likert (5 pontos) da formação

“Intervenção de Enfermagem ao cliente com FM”

A adesão global da formação foi de 80%. Em termos globais a avaliação a pontuação média da formação foi de 4 valores em 5 segundo a escala de Likert.

A taxa de adesão dos enfermeiros na formação foi de 82% que corresponde a 18 de um total de 22 enfermeiros, sendo que a apreciação global desta formação foi de 4,43 valores segundo a escala de avaliação utilizada no serviço (Escala de Likert)

Em que medida está satisfeito(a) ou insatisfeito(a) com...	Classificação Média
1. A adequação da Formação às suas necessidades e expectativas?	4,78
2. A qualidade dos conteúdos (nível de informação, adequação e interesse)?	4,67
3. As condições da sala?	3,22
4. A Qualidade do Apoio Técnico e Administrativo?	4
5. A possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos em situação concreta de trabalho?	4,56
6. A Prestação do (s) Formador (es):	
6.1 Domínio dos conteúdos / competências técnico-científicas?	4,89
6.2 Metodologia da transmissão de conhecimentos?	4,78
6.3 Utilização e domínio dos recursos didáticos?	4,56
6.4 Documentação fornecida?	4,44
Pontuação final (média pontos)	4,43

Apêndice XXII: Questionário da formação - Intervenção de enfermagem ao cliente com ferida maligna

QUESTIONÁRIO

Este questionário visa fazer um diagnóstico de conhecimentos sobre a FM e o seu tratamento. Por favor, responda às perguntas cuidadosamente assinalando com uma bola a resposta que ache correta. O preenchimento deste questionário é anónimo.

1. As feridas malignas são definidas como uma infiltração do tumor ou de uma metástase na pele e podem envolver os vasos sanguíneos e linfáticos aferentes, podendo desenvolver-se em qualquer parte do corpo.
 - a. Verdadeiro
 - b. Falso

2. As feridas malignas podem ser classificadas em quantos estadios?
 - a. 1
 - b. 3
 - c. 6
 - d. 5

3. O estadio da doença e o respetivo tratamento não são importantes no tratamento de um cliente com FM.
 - a. Verdadeiro
 - b. Falso

4. O principal objetivo da intervenção do enfermeiro à ferida maligna é tratar a ferida de modo a cicatrizá-la o mais rapidamente possível.
 - a. Verdadeiro
 - b. Falso

5. Mnemónica HOPES pode ser utilizada para o tratamento de feridas malignas.
 - a. Verdadeiro
 - b. Falso

6. A melhor forma de monitorizar a ferida maligna é através da fotografia, porque as feridas malignas podem ter aparência e configuração diferentes das feridas “normais”
 - a. Verdadeiro
 - b. Falso

7. Selecione, os sintomas físicos mais comuns, provocados pela ferida maligna.
 - a. Necrose, Prurido, Irritação pele circundante
 - b. Infecção, Odor, Exsudado
 - c. Dor, Hemorragia
 - d. Todas as anteriores

8. Desde que exista tecido necrosado numa ferida maligna, existe sempre indicação para realizar desbridamento.
 - a. Verdadeiro
 - b. Falso

9. O aumento do odor numa ferida maligna geralmente ocorre como resultado de aumento da carga bacteriana. O uso de apósitos de mel e prata, metronidazol tópico e sistémico são abordagens que se podem utilizar para diminuir essa carga bacteriana.
 - a. Verdadeiro
 - b. Falso

Apêndice XXIII: Análise das respostas ao questionário de diagnóstico de conhecimentos sobre ferida maligna

ANÁLISE DAS RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO SOBRE O DIAGNÓSTICO DE CONHECIMENTOS SOBRE FERIDA MALIGNA

Questionários pré- formação

		Indivíduos																		Total
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	
PERGUNTA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
	2	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	39%
	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
	4	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	78%
	5	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	61%
	6	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	89%
	7	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	67%
	8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
	9	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	94%
Total	78%	89%	78%	100%	89%	78%	78%	89%	56%	78%	100%	78%	78%	89%	89%	78%	67%	67%	81%	

Questionário pós- formação

		Indivíduos																		Total
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	
PERGUNTA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
	4	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	94%
	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	94%
	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
	7	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	94%
	8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	78%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	89%	98%	

1 Respostas Corretas
 0 Respostas Erradas

Apêndice XXIV: Reflexão III no Serviço C do Hospital B

REFLEXÃO SOBRE EVENTO SIGNIFICATIVO – SERVIÇO C

1º Descrição

O Senhor A. é um cliente de 59 anos, é um homem de poucas palavras, fechado, com fâcies triste.

Tem como diagnóstico um Carcinoma espinocelular perianal e antecedentes de HTA e dislipidemia.

Com história de quisto dermóide e fístula anal de longa duração, operado por duas vezes (2012 e 2013) com recidiva local. Ficou a aguardar que o chamassem para realizar tratamentos. Em maio de 2014, na consulta, o médico constatou "uma enorme cratera a nível do sulco interglúteo", admitindo progressão de carcinoma espinocelular, submetido a colostomia derivativa a Junho de 2014 por tumor perianal posterior direito com infiltração da nádega direita, particularmente do tecido celular subcutâneo com extensos trajetos fistulosos. Avaliação por Cirurgia em 11/2014 sem indicação cirúrgica. Submetido a RT desde Dezembro de 2014 a Fevereiro de 2015 tendo realizado um total de 30 sessões e 4 ciclo de quimioterapia, mas a RMN de Julho de 2015 demonstrou evidência de progressão de doença. Em Dezembro de 2015 verificou-se agravamento da extensão da lesão associada ao componente inflamatório, envolvendo o nervo ciático. Foi internado para realizar ciclo de quimioterapia e descanso do cuidador.

Após me ter apresentado ao cliente e à sua esposa, pedi autorização para intervir como enfermeiro do serviço e também como estudante de especialidade, ao que ele acedeu prontamente ainda sem sequer lhe ter explicado o âmbito da minha intervenção como estudante. Prontamente se despiu, e percebi que o mais importante naquele momento era fazer o tratamento à ferida. Como o cliente referia dores apressei-me a administrar medicação analgésica ainda antes de destapar o penso. Apresentava uma FM cavitária no sulco interglúteo com as dimensões de 17x12 cm. O cheiro fétido era quase insuportável e o penso tinha tanto exsudado que pingava para o resguardo da cama. Ao retirar as compressas verifiquei que além do exsudado também apresentava pontos sangrantes.

A lavagem de ferida foi realizada com soro morno e depois foram aplicadas compressas embebidas em metronidazol durante dois minutos. Nos pontos sangrantes que se mostraram de difícil hemóstase foi necessário aplicar adrenalina

tópica para que a hemorragia parasse. De seguida foi aplicado metronidazol pomada e foram colocadas hidrofibras, compressas e pensos absorventes. Na camada mais externa foram colocados pensos de carvão ativado e foi fixado com adesivo e depois colocada a fralda. Todo o procedimento foi sendo explicado ao cliente, ao mesmo tempo que ia sendo realizado.

No final da execução do tratamento à FM, sentei-me junto do cliente e da sua esposa para perceber de que forma é que esta ferida tinha impacto na sua vida. Mostraram-se muito admirados, primeiro com o tratamento colocado, que tinha sido completamente diferente dos tratamentos colocados anteriormente, e depois porque pensavam que iria executar apenas o penso e nada mais. Começaram por dizer que se sentiam muito desamparados no tratamento da FM, diziam: “as enfermeiras do centro de saúde dizem que não têm formação nesta área e que já não sabem o que aplicar na ferida, pois já foram tantas as tentativas e nada resulta”. Tentei confortá-los explicando-lhes o quão difícil é intervir neste tipo de feridas e que nem sempre se acerta à primeira, mas que iria dar o meu melhor para melhorar o seu conforto.

O senhor A começou por referir que a ferida o incomodava imenso, “antigamente saía de casa para ir ao café, agora nem isso posso fazer”, “a dor no local da ferida e o tamanho dos pensos, que me fazem, mal me deixam andar”, dizia. Continuou por dizer que a FM conduziu a que houvesse tantas mudanças no seu corpo que já não parecia o dele, a colostomia que foi obrigado a fazer é um desses exemplos. Referiu saber que os tratamentos que são colocados não eram para curar a ferida, mas sim para a tapar e que não tinha grande esperança nos tratamentos de quimioterapia que iria fazer.

Mostrei-lhe de seguida a folha de avaliação do cliente com FM e em conjunto fizemos o seu preenchimento. Ficaram planeadas neste dia a observação da nutricionista e planeado um novo tratamento para o dia seguinte para ser realizado com a presença do seu médico assistente.

2º Sentimentos

Por ser o meu local de trabalho, sinto que estou a ser observado e avaliado pelos colegas relativamente aos conhecimentos adquiridos e às competências desenvolvidas, seja na prática, na formação, no guia orientador que construí, em

contexto de formação e presentes no guia orientador. Quero tornar-me uma referência no serviço neste âmbito e espero vir a ser reconhecido como tal.

Sinto que trago uma boa “bagagem” de conhecimentos teóricos e práticos para fazer face a qualquer situação em que tenha de intervir. Acredito, acima de tudo, que posso fazer a diferença no cuidado ao cliente com FM, promovendo o seu conforto e da sua família.

3º Avaliação

Nesta situação considero que consegui intervir de forma positiva. Na maioria das situações anteriores, a minha intervenção iniciava-se por fazer a avaliação do cliente seguindo a folha de avaliação do cliente com FM, no entanto, percebendo que a preocupação imediata e que o que o incomodava no momento era aquele penso repassado e sujo comecei por proceder a sua execução e só depois passei à avaliação do cliente e das suas necessidades humanas básica alterados e qual o impacto que a ferida tem neste cliente.

Ter antecipado a analgesia, antes dos cuidados à ferida, foi muito importante para este cliente, este referiu que por norma todos os enfermeiros que prestava os cuidados à ferida, só depois de terem executarem o tratamento é que se lembravam de administrar a medicação analgésica.

Relativamente à execução do tratamento local à FM tornou-se um pouco complicada devido à necessidade de colocar bastante material absorvente, aumentou em muito as dimensões deste penso, o que tendo em conta a sua localização anatómica, tornou difícil a sua fixação. Quanto à escolha do material a aplicar na FM, comecei por lavar bem a ferida, retirando restos de exsudado acumulados; o metronidazol foi aplicado como primeira medida de controlo do odor, para fazer face a flora bacteriana presente no leito desta ferida; as hidrofibras foram colocadas porque para além da sua capacidade absorvente, como estas com a humidade ficam gelificadas prevenimos que futuramente ocorram hemorragias na remoção do penso; as compressas e os pensos absorventes serviriam para absorver o exsudado; o carvão vai funcionar como filtro para fazer face ao mau odor e por fim a fixação e a selagem prevenimos a fuga de exsudado e do mau odor.

4º Análise

A intervenção de um enfermeiro com conhecimentos no âmbito da FM neste cliente era fundamental, tendo em conta a história contada pelo Senhor A. e pela esposa, nas tentativas fracassadas das enfermeiras do centro de saúde na aplicação de um tratamento que resultasse em algum conforto para este cliente. Era perceptível que o cliente e a sua esposa estavam conscientes do real objetivo da intervenção do enfermeiro na FM, mas ainda não tinham tido oportunidade de receber cuidados que controlassem eficazmente os sintomas provocados pela ferida. O tratamento realizado tem como principal objetivo promover o conforto do cliente e a qualidade de vida do mesmo. Ter conseguido, no final da intervenção, que estes falassem abertamente das suas necessidades e também das suas angústias, possibilitou um levantamento exaustivo dos problemas sociais, psíquicos e emocionais. O planeamento das próximas intervenções, a partir deste momento, vão certamente ser delineadas para fazer face às preocupações do cliente e sua cuidadora.

Tendo em conta esta situação e outras situações vivenciadas por mim anteriormente, considero que o internamento é a opção mais indicada para controlar os sintomas da FM e diminuir o impacto da ferida nos clientes e seus familiares. Isso só é conseguido porque o acompanhamento no internamento é constante, é realizado por uma equipa multidisciplinar, dando ênfase à equipa de enfermagem, de forma a avaliar e monitorizar os sintomas provados pela FM. Aquando da alta do cliente, considero que é essencial o seu encaminhamento para um local onde sejam capazes de cuidar da ferida eficazmente, ou, em casos que isso não seja possível, remeter uma carta com a guia de tratamento para a equipa de enfermagem que vai prestar os cuidados à ferida, com instruções precisas de como atuar e que material se deve aplicar na ferida.

O empoderamento dos clientes e seus cuidadores sobre os cuidados a ter e formas de atuar no controlo dos sintomas, pode fazer a diferença nestes clientes relativamente ao impacto que as FM têm na vida destes. O ensino aos clientes, mas principalmente aos seus cuidadores são fundamentais para que no domicílio e em situações futuras se consiga intervir de forma calma, segura e eficaz para controlar situações inesperadas, como são exemplo a necessidade de refazer ou reforçar o penso, hemorragias da ferida, medidas complementares no tratamento do odor. Probst et al., (2012) sugerem que é essencial que os profissionais de saúde prestem

apoio aos cuidadores, para que estes sejam detentores da informação apropriada de como gerir a ferida e para escolher o melhor tratamento local, assim como um bom suporte emocional.

Relembrando a definição de conforto de Kolcaba (2010), esta define-o como a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação da necessidade dos três tipos de conforto nos quatro contextos da experiência. Nesta situação foram vários os contributos dados para que o conforto do cliente fosse atingido. Como exemplo, posso referir na promoção do conforto no contexto físico, atuando eficazmente no controlo da dor e também num bom planeamento execução de cuidados à ferida, tendo o cliente referido ter ficado mais tranquilo. A utilização de material de penso mais absorvente e que permite que a troca de penso seja mais espaçada, permitiu ao cliente ficar mais tranquilo e logo a diminuição da ansiedade. Relativamente ao psico-espiritual, foram conseguidas melhorias neste campo quando me sentei junto ao cliente e sua familiar e escutei todas as suas amarguras, anseios e consegui perceber quais as suas preocupações. Ter dado a conhecer a folha de avaliação do cliente com FM e tê-la preenchido em conjunto com o cliente reforçou, sem dúvida, a relação de confiança com o cliente e suportou as escolhas terapêuticas efetuadas.

5º Conclusão

Era notória, nesta situação, que o cliente e a sua familiar estavam angustiados porque não sentiam o controlo dos sintomas provocados pela FM. Esta intervenção local realizada a esta FM veio a mostrar-se posteriormente eficaz no tratamento destes sintomas. Mas nem sempre esta situação se verifica, sendo necessário muitas vezes, fazer várias tentativas com material de penso diferente para que se atinja o resultado ambicionado.

É notório o impacto negativo que a incapacidade de gestão destas feridas podem trazer para a vida destes clientes. Probst et al., (2012) referem que se os profissionais não tiverem habilidade para dar esse suporte e de perceber as suas necessidades, as famílias/cuidadores poderão sofrer. Esta dificuldade de controle dos sintomas da FM pela equipa de enfermagem do centro de saúde vem provar o que referem Lo et al., (2008) quando relatam que os enfermeiros não têm formação

específica sobre feridas malignas e não estão treinados para usar uma abordagem de CP em contexto dos sintomas associados à FM.

6º Planear a Ação

Considero que na intervenção aos clientes com FM é imprescindível a atuação de um enfermeiro perito nesta área. O enfermeiro especialista deve atuar como parceiro de cuidados, decidindo e priorizando os cuidados acordados dentro dos limites mutuamente acordados com o cliente. Neste âmbito, tem um papel de suporte importante na equipa de enfermagem, na orientação dos cuidados prestados aos clientes e também da escolha das opções terapêuticas a serem colocadas na FM, defendendo os objetivos da intervenção de enfermagem na atuação e nas metas a alcançar.

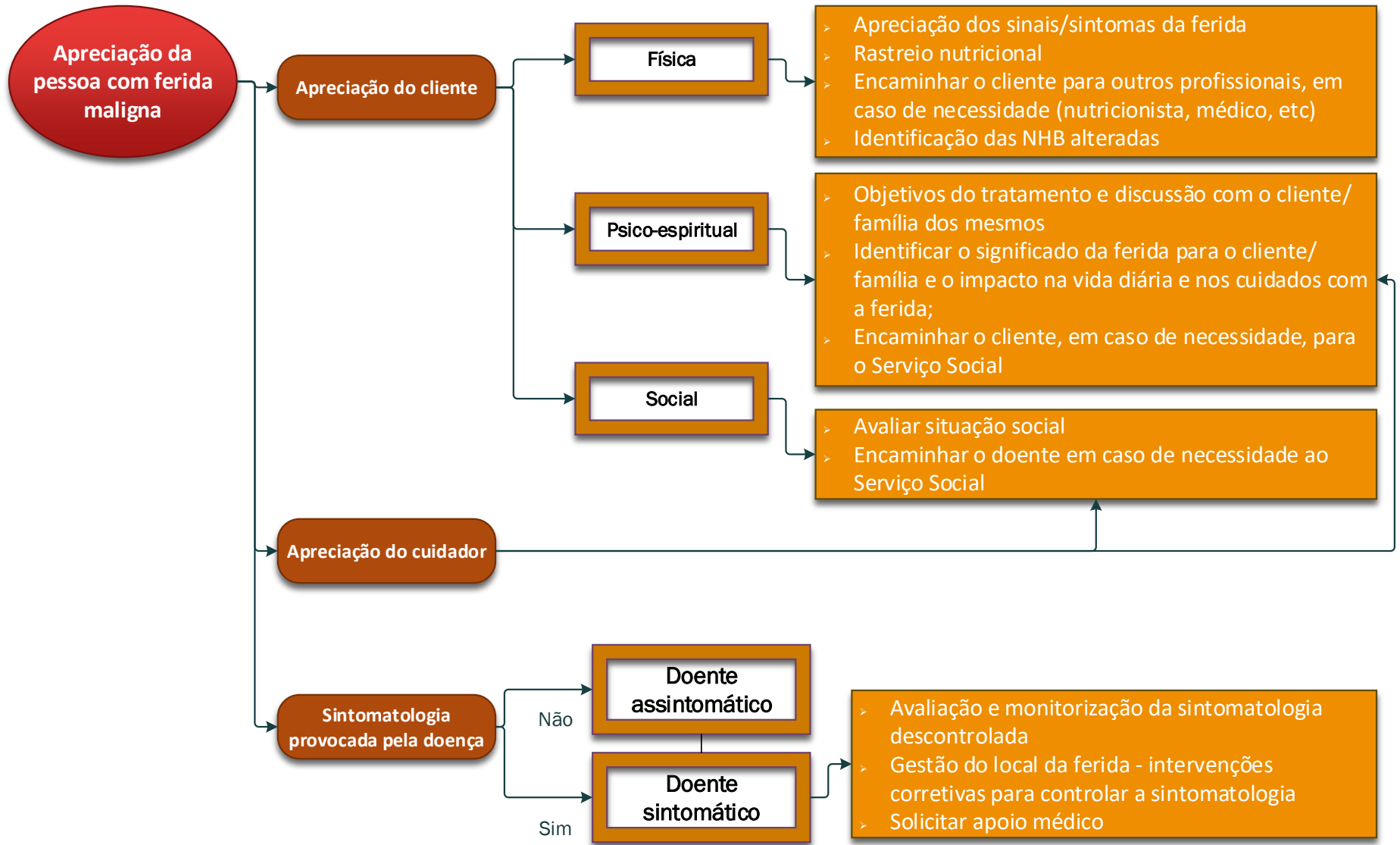
Durante a intervenção, visto que o resultado esperado dos tratamentos nem sempre é atingido, o cliente deve ser sensibilizado para as limitações da intervenção de enfermagem nas feridas malignas, para que a aceitação dessas limitações pelo cliente diminuam sentimentos de falha e de frustração.

Um dos recursos que o enfermeiro não deve descorar deve ser o registo de enfermagem para a transmissão de informação relevante, de forma a manter a continuidade e qualidade dos cuidados prestados ao cliente. Não se deve cingir apenas à caracterização da FM e ao material de penso colocado, mas também contemplar medidas adicionais que vão ao encontro das necessidades do cliente e sua família. Por isso, considero de extrema importância manter a aplicação da folha de monitorização do cliente com FM, sendo um instrumento dirigido para o cliente com FM, vai permitir não só ao enfermeiro especialista mas também ao enfermeiro generalista terem a mesma linha de conduta e de registo, de forma a garantir a continuação dos cuidados

Sendo um elemento de referência no tratamento do cliente com FM, em situações futuras, para conseguir sensibilizar a equipa para o impacto negativo da FM na vida dos clientes e suas famílias, pretendo manter a partilha de situações e discutilas com os restantes elementos da equipa, para que se mantenha a mesma linha de pensamento e consigamos uma uniformização de cuidados. É imprescindível manter momentos de formação, a atualização do guia e póster. Desta forma contribuirei para

manter a equipa motivada e desperta para a necessidade de melhoria continua nesta área de cuidados.

Apêndice XXV: Diagrama - Avaliação do cliente com ferida maligna



ANEXOS

Anexo I: Estrutura Taxonómica da Teoria do Conforto de Kolcaba

Estrutura Taxonômica da Teoria do Conforto de Kolcaba

Contextos em que o conforto ocorre	TIPO DE CONFORTO (ESTADOS)		
	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Físico			
Psico-espiritual			
Sociocultural			
Ambiental			

Fonte: <http://www.thecomfortline.com/> (trad) [em linha]

Anexo II: Documento para Apreciação Global da Formação utilizado no Serviço
Pneumologia no Serviço C do Hospital B

CENTRO DE EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO

Apreciação Global da Formação

Acção de Formação: _____

Nome (s) do (s) Formador (s) _____

Serviço: _____ **Data:** ____/____/____

Responda a todas as questões que se seguem recorrendo à escala abaixo indicada. Marque um (X) sobre o algarismo que melhor corresponder à sua opinião:

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito/ Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

Escala de Likert – Escala desenvolvida por Rensis Likert em 1932; Fonte Hill&Hill (2002:138)

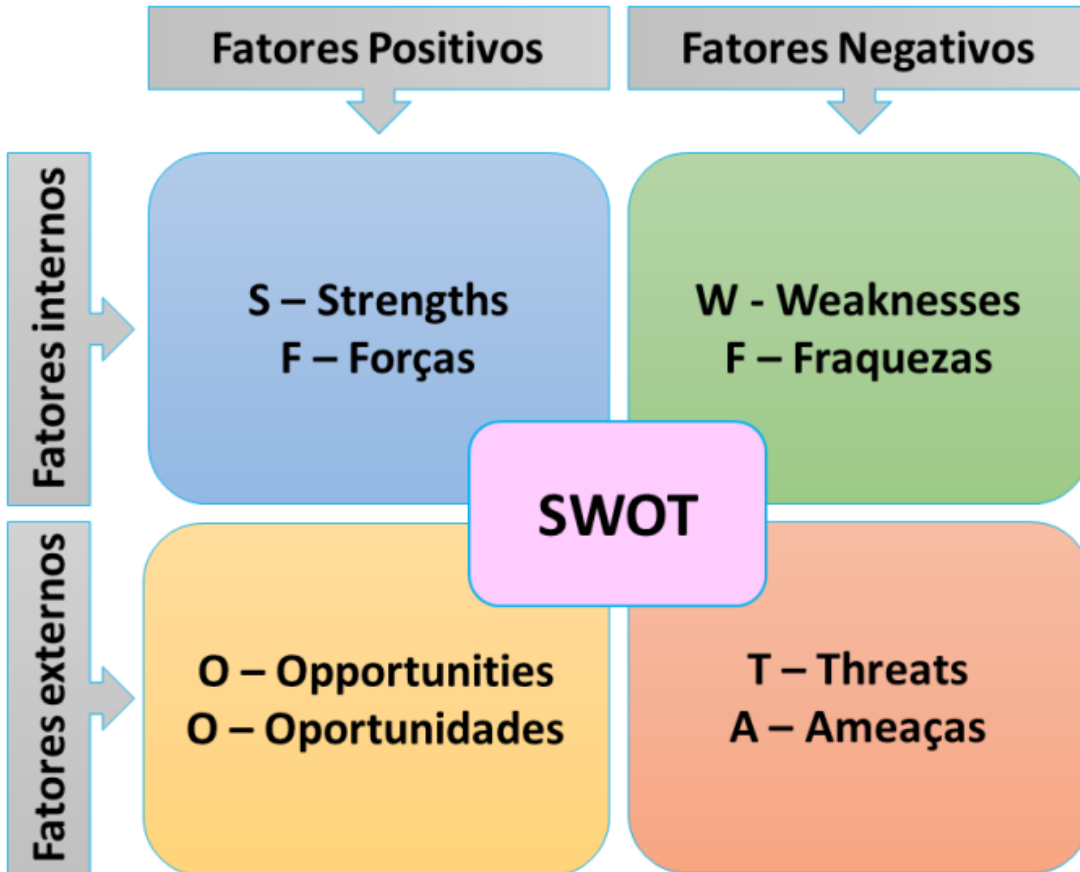
Em que medida está satisfeito(a) ou insatisfeito(a) com...	1	2	3	4	5
1. A adequação da Formação às suas necessidades e expectativas?					
2. A qualidade dos conteúdos (nível de informação, adequação e interesse)?					
3. As condições da sala?					
4. A Qualidade do Apoio Técnico e Administrativo?					
5. A possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos em situação concreta de trabalho?					
6. A Prestação do (s) Formador (es):					
6.1 Domínio dos conteúdos / competências técnico-científicas?					
6.2 Metodologia da transmissão de conhecimentos?					
6.3 Utilização e domínio dos recursos didáticos?					
6.4 Documentação fornecida?					
Total pontos (soma dos pontos)					
Pontuação final (soma pontos / 9)					

7. Sugestões para melhorar os aspetos anteriores menos positivos:

Obrigado pela sua colaboração!

Anexo III: Imagem esquemática da análise SWOT

Esquema da análise SWOT



Fonte: <https://www.treasy.com.br/blog/matriz-swot-analise-swot-matriz-fofa>

