

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em**  
**Enfermagem Médico-Cirúrgica,**  
**Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica**

Relatório de Estágio

**Pessoa com doença oncológica com ferida cirúrgica infetada  
e/ou com deiscência – intervenção de enfermagem**

**Sara Cristina Dias Simão**

**Lisboa**

**2019**

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, featuring several thick, curved green lines that sweep upwards and to the right, mirroring the style of the ESEL logo.

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em**  
**Enfermagem Médico-Cirúrgica,**  
**Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica**  
Relatório de Estágio

**Pessoa com doença oncológica com ferida cirúrgica infetada  
e/ou com deiscência – intervenção de enfermagem**

**Sara Cristina Dias Simão**

Orientadora: Professora Patrícia Vinheiras Alves

**Lisboa**  
**2019**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública.



## Agradecimentos

Agradeço a todos aqueles que sempre confiaram em mim, desde sempre.

A minha família e os meus verdadeiros amigos.

A minha professora.

As minhas orientadoras de estágios e equipas de enfermagem.

As pessoas que tive a oportunidade de conhecer e cuidar, ao longo deste percurso.

Sou o resultado da confiança e da força de cada um de vocês!

*“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas, ao tocar uma alma humana,  
seja apenas outra alma humana.”*

Carl Jung

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CCPD - Centro de Controlo e Prevenção de Doenças

CINHAL - *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direção Geral de Saúde

EONS - *European Oncology Nursing Society*

MEDLINE - *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

NICE - *National Institute for Health and Clinical Excellence*

OE - Ordem dos Enfermeiros

WUWHS - *World Union of Wound Healing Societies*

WUWHS SWD - *World Union of Wound Healing Societies Surgical Wound Dehiscence*

## RESUMO

No âmbito da doença oncológica é habitual o tratamento cirúrgico, podendo haver atraso da cicatrização da ferida cirúrgica por deiscência e/ou infeção, tendo impacto na vivência da pessoa e na satisfação das suas necessidades, sendo necessário a intervenção do enfermeiro. A partir da necessidade de formação sentida por mim nesta área de intervenção, e de um diagnóstico das necessidades de formação (realizado através de um questionário) dos enfermeiros do serviço onde trabalho (serviço de ortopedia), desenvolveu-se o projeto “Pessoa com doença oncológica com ferida cirúrgica infetada e/ou com deiscência – intervenção de enfermagem”. Este tem como finalidade desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, vertente enfermagem oncológica, promovendo a melhoria de cuidados no serviço onde trabalho.

O presente relatório apresenta a implementação do projeto, refletindo de forma crítica e fundamentada sobre as atividades desenvolvidas durante o estágio em três contextos diferentes: consulta intra-hospitalar de feridas no hospital A, consulta de acompanhamento a pessoas com tumores sólidos no hospital A e no serviço de ortopedia no hospital B. Foram elaborados uma *scoping review* e documentos de apoio à prática, efetuada observação da prática, prestação de cuidados, formação aos colegas e reflexão sobre a prática utilizando o ciclo de Gibbs. Neste trabalho, são também apresentados os resultados obtidos. Este percurso e relatório estão ancorados na teoria de enfermagem das Transições de Meleis, uma teoria de médio alcance desenvolvido por Afaf Meleis.

Com a realização deste percurso desenvolvi as competências propostas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), no regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2010), pela *European Oncology Nursing Society* (EONS, 2018) e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa (OE, 2011). Com a formação e os documentos que disponibilizei aos colegas, contribuí para a melhoria de cuidados à pessoa com doença oncológica com ferida cirúrgica com infeção e/ou deiscência no serviço onde trabalho. Futuramente, perspetivo aprofundar a formação nesta área e melhorar os cuidados de enfermagem.

**Palavras-chave:** ferida cirúrgica; infeção; deiscência; pessoa com doença oncológica; intervenção de enfermagem

## **ABSTRACT**

In the field of oncologic disease surgical treatment is common and the wound healing can be delayed due to *dehiscence* and/or infection, having an impact on the person's experience and the satisfaction of their needs, thus requiring the intervention of the nurse. Based on the training needs that I felt in this area of intervention and on a diagnosis of the training needs (carried out through a questionnaire) of the nurses of the service where I work (orthopedic service), the project "Person with oncological disease with an infected surgical wound and/or with dehiscence - nursing intervention" was developed. This project aims to develop the skills of the specialist nurse in medical-surgical nursing – oncology strand – promoting the improvement of care in the service where I work.

This report presents the implementation of the project, reflecting critically and substantially on the activities developed during the training in three different contexts: wounds In-hospital consultation in hospital A, follow-up visit to people with solid tumors in hospital A and in the orthopedic service in hospital B. A scoping review and practice supporting documents were elaborated, observation of the practice, care taking, colleagues training and reflection on the practice using the Gibbs cycle. This work also presents the results obtained. This course and report are anchored in the nursing theory of the Meleis Transitions, a medium-range theory developed by Afaf Meleis.

By the end of this journey, I developed the competences proposed by the Ordem dos Enfermeiros (OE) in the regulation of the common competences of specialist nurses (OE, 2010), proposed by the European Oncology Nursing Society (EONS, 2018) and the specific competences of the specialist nurse intervening with people in chronic and palliative situations (OE, 2011). With the training and the documents that I have made available to my colleagues, I have contributed to the improvement of care for the person with oncological disease with surgical wound with infection and/or dehiscence in the service where I work. In the future, I strive to continue deepening training in this area and improve nursing care.

**Keywords:** surgical wound; infection; dehiscence; person with cancer disease; nursing intervention

# Índice

INTRODUÇÃO .....	8
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	12
1.1 O impacto da doença oncológica na pessoa e família e a intervenção de Enfermagem .....	12
1.2 O doente oncológico submetido a cirurgia e intervenção de Enfermagem .....	15
1.3 Filosofia de cuidados: Teoria das Transições de Meleis: uma teoria de médio alcance.....	20
2. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS.....	23
2.1 Equipa intra-hospitalar de feridas do Hospital A .....	23
2.2 Consulta de acompanhamento de pessoas com tumores sólidos do Hospital A.....	27
2.3 Serviço de ortopedia do Hospital B.....	33
3. AVALIAÇÃO .....	40
4. CONCLUSÃO E PERSPETIVAS FUTURAS .....	44
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	46

## APÊNDICES

**Apêndice I:** Questionário da sondagem de opinião

**Apêndice II:** Resultados da sondagem de opinião

**Apêndice III:** Intervenção de enfermagem à pessoa com doença oncológica com ferida cirúrgica infetada e/ou com deiscência – *Scoping Review*

**Apêndice IV:** Funcionalidade e dinâmica da consulta da equipa intra-hospitalar de feridas do Hospital A

**Apêndice V:** Estudo de situação (Local de Estágio A)

**Apêndice VI:** *Check-list* “Impacto da ferida complicada na vivência da pessoa com doença oncológica”

**Apêndice VII:** Reflexão crítica de aprendizagem nº1

**Apêndice VIII:** Funcionalidade e dinâmica da consulta de acompanhamento a pessoas com tumores sólidos do Hospital A (Local de Estágio B)

**Apêndice IX:** Estudo de situação (Local de Estágio B)

**Apêndice X:** Plano de sessão de Formação (Local de Estágio B)

**Apêndice XI:** Análise dos resultados da *check-list* “Impacto da ferida complicada na vivência da pessoa com doença oncológica”

**Apêndice XII:** Esquema sobre a ferida cirúrgica complicada e tratamento

**Apêndice XIII:** Reflexão crítica de aprendizagem nº2

**Apêndice XIV:** Plano da sessão de formação (Local de Estágio C)

**Apêndice XV:** Estudo de situação (Local de Estágio C)

**Apêndice XVI:** Algoritmo da ferida cirúrgica infetada: tratamento (Local de estágio C)

**Apêndice XVII:** Reflexão crítica de aprendizagem nº3

## INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge no âmbito do 9.º Curso de Mestrado em Enfermagem e especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem Oncológica e é o trabalho final do percurso de estágio realizado em três contextos distintos. Com este percurso pretende-se demonstrar as competências definidas no artigo 15º do Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de Março, referentes ao grau de Mestre, que possibilita adquirir competências que lhes permite uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo e desenvolver competências enquanto enfermeira especialista<sup>1</sup> em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de intervenção de Enfermagem Oncológica e promover a melhoria de cuidados, neste caso, no âmbito da intervenção de enfermagem à pessoa com doença oncológica com ferida cirúrgica infetada e/ou com deiscência. A seleção desta temática decorreu da revisão da literatura, da reflexão sobre a minha prática ponderada com a opinião dos colegas do serviço.

O cancro é reconhecido como um problema de saúde pública, com necessidade de intervenção multidisciplinar face a todas as complicações inerentes em todas as fases desta doença, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do doente, reduzir a mortalidade e a incidência de novos casos (Santos, 2013). Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2014), o diagnóstico de novos casos de cancro ultrapassou os 50 000 em 2015 e, conseqüentemente, o aumento dos processos terapêuticos que inclui a atividade cirúrgica e o consumo de medicamentos oncológicos.

No percurso da doença oncológica existem momentos chave que contribuem para que os profissionais de saúde, a pessoa e a família, encontrem diversos desafios. Estes momentos são o diagnóstico, o prognóstico, a discussão sobre a realização ou não de tratamentos, os efeitos secundários associados aos tratamentos realizados, a recidiva, a necessidade de realizar testes genéticos e os seus resultados, a abordagem sobre cuidados paliativos e a morte (Baile e Parker, 2011). Ao longo da doença oncológica, a pessoa vivencia um percurso individual com vários tratamentos onde se inclui, muitas vezes, a cirurgia que tem impacto a nível emocional, social, físico e económico (Kearney e Richardson, 2006). Entre 2009 e 2013 houve um aumento de

---

<sup>1</sup> A Ordem dos Enfermeiros (OE) define que o “título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas de enfermagem” (Decreto-lei nº 104/98 de 21 de abril 7º artigo, p. 1742).

atividade cirúrgica no que diz respeito às neoplasias malignas em Portugal de cerca 6,1% (DGS, 2014). Além da cirurgia, estes doentes podem apresentar fatores de risco que podem condicionar o tratamento da ferida cirúrgica, como por exemplo, os hábitos etanólicos e tabágicos, a prévia realização de radioterapia (Pereira, Ângelo e Ferreira, 2012) e quimioterapia, a idade avançada, a obesidade e a diabetes mellitus, a malignidade da doença, o tempo de cirurgia longo (Peled, et al. 2013), a realização de transfusões, a desnutrição e o abuso de substâncias (Bahering e McCorkle, 2012).

Os cuidados aos doentes oncológicos, com ferida com atraso na cicatrização, geralmente, são duradouros e é importante que sejam adequados pois pode envolver procedimentos de alta complexidade (Santos, 2013) e que nem todos os profissionais de saúde, equipas multidisciplinares e até mesmo instituições estão despertos para este problema. A pessoa que vive com esta complicação no seu percurso de doença enfrenta mudanças na sua rotina diária que entram em conflito com as suas prioridades, preferências e comportamentos (*International consensus*, 2012). Assim, torna-se necessário que a equipa de enfermagem esteja desperta para estes cuidados específicos e que possuam conhecimentos acerca das complicações que podem surgir na ferida cirúrgica em doentes oncológicos, a sua fisiopatologia, os materiais disponíveis e tratamento adequado.

Segundo a World Union of Wound Healing Societies (WUWHS, 2018), a ferida cirúrgica complicada tem um impacto significativo para o doente e família, pelo aumento da mortalidade, aumento do tempo de internamento hospitalar, a possibilidade de uma nova cirurgia, o tratamento adjuvante tardio, alteração da imagem corporal e bem-estar psicossocial. Também está presente, segundo Hassel, K. et al. (2016), o humor deprimido, a dependência nas atividades de vida diária, a alteração da vida social e o isolamento. Posto isto, é importante o enfermeiro desenvolver competências neste âmbito com vista a responder adequadamente às necessidades das pessoas e promover a qualidade de vida, prestando melhores cuidados à pessoa com ferida cirúrgica no que diz respeito à identificação, prevenção e gestão.

Sou enfermeira generalista há cinco anos e, para mim, fez sentido enveredar pelo Mestrado e Especialidade na área Médico-cirúrgica, Enfermagem Oncológica porque, atualmente, exerço funções num serviço de cirurgia ortopédica. Neste serviço, existem casos de pessoas com doença oncológica com ferida cirúrgica no qual constato que existe um atraso da sua cicatrização por esta infetar ou fazer deiscência. Face a isto, tenho vindo a refletir sobre

a minha prática e a da equipa perante estas situações, pelo que fez todo o sentido desenvolver competências neste âmbito.

No entanto, para a seleção definitiva do tema, optei por realizar uma sondagem de opinião na equipa de enfermagem do meu local de trabalho, de forma a apurar as dificuldades sentidas em diversos temas relacionados com a doença oncológica. Os questionários (apêndice I), foram colocados na sala de trabalho entre os dias 13 a 18 de abril de 2018 e explicado à equipa, de forma informal, o seu preenchimento e objetivo que era identificar as áreas em que a equipa considera necessário aprofundar, de forma a melhorar os cuidados prestados à pessoa com doença oncológica e sua família. Os temas que foram dados a escolher pela equipa foram “Transmitir e gerir más notícias”, “Intervenção de Enfermagem à pessoa com doença oncológica com ferida cirúrgica”, “Intervenção de Enfermagem à pessoa com doença oncológica com ferida maligna” e “outro”, dando a possibilidade de sugerirem outros temas com necessidade de formação. Os dois temas com maior escolha dos colegas foram “Intervenção de Enfermagem à pessoa com doença oncológica com ferida maligna” (38%) e “Intervenção de Enfermagem à pessoa com doença oncológica com ferida cirúrgica” (33%). Tendo em conta estes resultados descritos no apêndice II, aliado à minha necessidade de desenvolvimento de competências na área do doente oncológico com ferida cirúrgica infetada e/ou com deiscência, após pesquisa bibliográfica em forma de *scoping review* e, uma vez que, o projeto seria implementado num serviço de cirurgia ortopédica, fez sentido selecionar a “Intervenção de Enfermagem à pessoa com doença oncológica com ferida cirúrgica”. Decorrente da revisão bibliográfica e da reflexão, delineei a questão de partida deste percurso: *“Qual a intervenção de Enfermagem à pessoa com doença oncológica com ferida cirúrgica infetada e/ou com deiscência?”*.

Deste modo, construí um projeto de estágio com um cariz formativo, mas também, de intervenção no meu serviço, de forma a promover a melhoria de cuidados à pessoa. Este projeto consistiu na realização de um estágio em três contextos distintos, entre 24 de setembro de 2018 a 8 de fevereiro de 2019: na consulta da equipa intra-hospitalar de feridas, na consulta de acompanhamento a pessoas com tumores sólidos e no serviço de ortopedia, todos os contextos localizados na cidade de Lisboa. A elaboração deste relatório descreve, analisa e reflete criticamente este percurso, sobre as aprendizagens e experiências vividas ao longo do estágio através da realização das atividades propostas. Os objetivos traçados para a elaboração deste relatório são: descrever as atividades implementadas no estágio e os seus resultados; analisar as atividades desenvolvidas durante o estágio e os seus resultados; refletir sobre as aprendizagens

e competências desenvolvidas. As competências de enfermagem a que me propus desenvolver neste estágio e que pretendo atingir com a realização das atividades são as competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2010), as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa (OE, 2011), as competências da *European Oncology Nursing Society* (EONS, 2018) e as competências designadas no artigo 15º nº74/2006, referentes ao grau de mestre.

Este percurso ancora-se na Teoria desenvolvida por Afaf Ibrahim Meleis, em meados da década de 1960, porque neste percurso cuidamos de pessoas em processo de transição em situação crítica, crónica e paliativa cuja intervenção de Enfermagem é essencial para facilitar essa transição. Para o indivíduo alcançar um processo de transição saudável, que segundo Meleis, et al. (2000), é determinada por padrões de resposta ao processo de transição a partir de indicadores de processos e resultados, o enfermeiro tem de conhecer o crescimento e o desenvolvimento do indivíduo e da sua família, consciente das suas dificuldades e das adaptações às novas situações que geram instabilidade. Este processo exige do enfermeiro um exercício mais humanizado, científico, compartilhado e holístico (Meleis, 2007 citado por Guimarães e Silva, 2016).

Em relação às etapas deste relatório, este encontra-se dividido em: Introdução; Enquadramento Teórico inerente à temática; Execução das atividades previstas (explicitando os recursos metodológicos utilizados, as atividades desenvolvidas e a discussão dos resultados obtidos); Avaliação (realiza-se uma análise SWOT, o modo como este percurso contribuiu para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, a reflexão sobre a prática de cuidados e de como promover a sua melhoria), Conclusões e Perspetivas futuras.

# **1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Este capítulo apresenta o enquadramento teórico que sustenta este trabalho. No primeiro subcapítulo abordo os aspetos relacionados com o impacto da doença oncológica na pessoa e família e a intervenção de Enfermagem. De seguida, nomeando os vários tipos de tratamento da pessoa com doença oncológica, direciono o capítulo para a cirurgia e as noções teóricas de ferida cirúrgica infetada e/ou com deiscência, bem como o impacto destas complicações na pessoa e família e as intervenções de Enfermagem para cada uma das complicações. Para finalizar, esclarece-se a seleção da teoria de Enfermagem que ancorou este percurso, nomeadamente, a teoria das Transições de Meleis.

## **1.1 O impacto da doença oncológica na pessoa e família e a intervenção de enfermagem**

As doenças oncológicas são a segunda causa de morte em Portugal, com um aumento da taxa de incidência de aproximadamente 3% ao ano (DGS, 2017).

O cancro é a doença mais temida pelo Homem pela carga emocional que acarreta na pessoa e sua família, pelo sofrimento, medo, angústia, dor e morte. Os preconceitos culturais, a comunicação social e até mesmo as experiências anteriores de familiares ou outras pessoas tornam o significado desta doença diferente de outras doenças. O cancro transmite imagens assustadoras de uma doença mortal, sempre acompanhado de sofrimento e dor que pode ser com uma duração mais curta ou mais longa. Tudo isto, torna o processo da doença oncológica na pessoa e família numa complexidade de emoções, que tem também consequências na dinâmica familiar (Regateiro, 2004).

Para Belcher (1997), citado por Regateiro (2004), os fatores que podem condicionar a resposta da pessoa ao diagnóstico da doença oncológica são os estágios de desenvolvimento, o nível sócio-económico, o nível de maturidade, o desenvolvimento psicológico, o grau de educação, o sistema de apoio e os recursos da comunidade. Assim, o conhecimento do enfermeiro sobre o doente, a sua história de vida, a sua família e o ambiente que o rodeia é importante para compreender como ele vivência a doença, para que o enfermeiro possa intervir na promoção de bem-estar e conforto, com redução dos níveis de ansiedade e do medo (Regateiro, 2004).

Após o diagnóstico de cancro é importante que a pessoa seja preparada para iniciar tratamento. Ao longo do tratamento, pode ocorrer, simultaneamente, exames para despiste de malignidade ou para a realização de um diagnóstico final. Estes procedimentos a ocorrerem

numa fase inicial, logo após o diagnóstico e ainda o tempo de espera dos resultados, resultam num quadro de ansiedade para o doente e família (Kearney e Richardson, 2006). Por isso, é importante incluir a pessoa doente na tomada de decisão sobre o tratamento e cuidados (Kearney e Richardson, 2006), providenciando todas as informações necessárias, transmitindo-as de forma clara e perceptível para que a tomada de decisão seja consciente e informada.

A pessoa que passa pelo tratamento do cancro pode experienciar problemas a nível emocional, social, físico e económico. A nível emocional fica afetado pela presença da incerteza, da ansiedade e da perda de controlo. A ansiedade pode persistir durante todo o processo da doença oncológica, apresentando níveis de flutuação, e o medo existe por esta doença estar associada ao sofrimento, dor e morte (Regateiro, 2004). A nível social, a pessoa passa por alterações da sua rotina diária, do seu papel social, alteração da sua vida familiar, o estigma e o desemprego. Em relação ao nível físico ocorre a perda da mobilidade e fadiga e, por fim, a nível económico, o tratamento acarreta custos financeiros no que diz respeito às viagens, às receitas médicas, à utilização de serviços especializados e a necessidade de cuidadores (Kearney e Richardson, 2006).

Um dos focos de Enfermagem, nos últimos tempos, é essencialmente, o suporte emocional aos doentes e suas famílias durante o tratamento de forma a otimizar a qualidade de vida<sup>2</sup> (Kearney e Richardson, 2006). A promoção da qualidade de vida no decurso do tratamento da doença oncológica, exige do enfermeiro oncológico conhecimento e compreensão do atual e potencial impacto do tratamento do cancro nos doentes e suas famílias e a prestação de forma efetiva de cuidados baseados nas necessidades da pessoa, previamente identificados (Kearney e Richardson, 2006).

A experiência do tratamento do cancro passa por diversas etapas, tais como, os testes e investigações para o diagnóstico, tratamento primário, tratamento adjuvante, seguimento pelo período de remissão, tratamento paliativo, doença terminal e morte. Para muitos, esta jornada pode ser confusa, difícil com o envolvimento de diversos tratamentos complexos que se podem estender por diversos dias, semanas, meses, anos ou até mesmo para o resto da vida (Kearney e Richardson, 2006).

---

<sup>2</sup> A definição de qualidade de vida, segundo a WHOQOL (The World Health Organization Quality of Life) (1995), é a perceção individual sobre a sua posição na vida em certo contexto de cultura e dos sistemas de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

O reconhecimento dos problemas da pessoa com doença oncológica e o transtorno que causam na vida da pessoa e família são essenciais para a prestação de cuidados de excelência e a satisfação por parte da pessoa doente e da sua família. Segundo Regateiro (2004), o enfermeiro deve apresentar um profundo conhecimento sobre as situações relacionadas com a doença e as emoções que podem surgir no doente e até mesmo na família. O enfermeiro que cuida em oncologia deve apresentar uma visão otimista e positiva em relação à doença oncológica. Para poder ser eficaz, o enfermeiro deve conhecer o impacto emocional que o diagnóstico do cancro tem sobre a pessoa e família pois vai afetar todos os aspetos relacionados com os cuidados de enfermagem (Regateiro, 2004). O enfermeiro deve estar sempre desperto para as alterações que vão surgir, principalmente a nível emocional, de forma a minimizar as suas complicações. Numa primeira fase, a colheita de dados é imprescindível, e deve conter os seguintes aspetos: o tipo e localização do tumor; o tipo de tratamento instituído; as características individuais do doente; o modo como ele reage à doença e tratamento; o tipo de relações familiares ou grupos de apoios que existem; estabelecer uma relação de confiança com o doente (Regateiro, 2004).

Posto isto, as intervenções de Enfermagem de forma a ajudar o doente a ultrapassar os problemas psicossociais que a situação de doença lhe causa, passam por: identificar mecanismos de apoio existentes; prestar apoio psicológico; evitar a falsa tranquilização, permitir que o doente e seus familiares expressem os seus sentimentos; ser aberto, honesto e criativo; manter o doente com esperança; confiar na capacidade de recuperação do doente e na sua vontade de tentar; estimular a independência do doente; permitir que o doente participe na tomada de decisão; escuta ativa; incentivar a procura de outros profissionais para apoio especializado, quando necessário; explicar a situação de forma clara e precisa (Phipps, et al. 1990; Regateiro 2004).

As implicações para a prática de Enfermagem, no que diz respeito, ao tratamento do cancro e a experiência do doente, passam: pelo conhecimento de uma variedade de perspetivas para compreender a complexidade do tratamento, de forma a poder avaliar as necessidades do doente e família; por ser necessário conhecer as experiências e expectativas dos doentes sobre o tratamento, de forma a planear e implementar cuidados de Enfermagem eficazes; a avaliação de Enfermagem deve ser focada na compreensão do impacto do tratamento na pessoa e na sua família; por existir a necessidade da reavaliação das necessidades e resultados ao longo do tempo de tratamento, pois estas são contextuais e variam de acordo com o tempo e circunstâncias; pelo dever de promover apoio, informação e coordenação no decorrer do

processo da doença oncológica; por o fim do tratamento não significar o fim do nosso trabalho para com o doente, é necessário desenvolver mais modelos eficazes e centrados no doente, exigindo a continuidade de cuidados (Kearney e Richardson, 2006).

## **1.2 O doente oncológico submetido a cirurgia e intervenção de Enfermagem**

No tratamento à pessoa com cancro, as quatro estratégias primárias que podem ser utilizadas são a cirurgia, quimioterapia, radioterapia e bioterapia (Otto, 2000). O próprio tratamento do cancro é um obstáculo à cicatrização da ferida pela utilização destes tratamentos. A quimioterapia inibe a divisão de células e síntese de proteínas, ao qual corta a resposta inflamatória, os imunossuppressores diminuem a atividade dos leucócitos e aumentam o risco de infeção, a radioterapia altera a reprodução celular e pode causar danos capilares locais (Naylor, Laverty, Mallett, 2001) e quando administrada antes da cirurgia, pode causar problemas na cicatrização de feridas (American Cancer Society, 2018). Além disto, a presença de astenia e má-nutrição, a alteração da coagulação, da angiogénese e reepitelização são fatores para a dificuldade na cicatrização de ferida no doente oncológico (Naylor, Laverty, Mallett, 2001).

A cirurgia é um ato que invade o corpo e que requer, sempre, avaliação, cuidados, ensino e apoio ao doente (Regateiro, 2004). Segundo *American Cancer Society* (2018), a cirurgia é um dos tratamentos que tem como objetivo remover o tumor com pelo menos 1 a 2 cm do tecido normal à sua volta. A cirurgia pode ser curativa se o diagnóstico for realizado precocemente e o cancro permanecer localizado, mas torna-se insuficiente quando existem metástases aquando do diagnóstico inicial (Otto, 2000).

A atividade cirúrgica é nomeada como um dos tratamentos aplicáveis a esta doença, mas também como forma de acesso ao diagnóstico, estadiamento da doença, tratamento primário e tratamento das metástases. O impato para a pessoa submetida a cirurgia vai depender das características individuais, estadio da doença, consequências funcionais e psicológicas do procedimento cirúrgico (Otto, 2000). Segundo Kearney e Richardson (2006), a cirurgia também pode ser combinada com terapia adjuvante, como por exemplo, a radioterapia e quimioterapia. Além disso, a opção do procedimento cirúrgico pode ter como objetivo ser profilática, de suporte, por exemplo, para a colocação de cateter venoso central para a administração de quimioterapia, e paliativa, para a redução da dor, manutenção da mobilidade e melhorar a qualidade de vida dos doentes. Para Otto (2000), o tratamento cirúrgico da doença oncológica abrange cinco áreas: tratamento primário, tratamento adjuvante, tratamento curativo,

tratamento paliativo e tratamento combinado. No tratamento primário é a remoção cirúrgica do tumor com objetivo a cura. No tratamento adjuvante ocorre a remoção dos tecidos para a diminuição do risco de incidência, progressão ou recidiva, incluindo terapêutica citoreduzora. O tratamento curativo é uma abordagem cirúrgica extensa de forma a tratar a recorrência local após o tratamento primário menos extenso. O tratamento paliativo é utilizado para melhorar sintomas relacionados com a doença, e serve para prolongar a vida do doente, aliviar sintomas dolorosos, prevenir sintomas, que podem ocorrer se o doente permanecer sem tratamento, e para assegurar conforto e qualidade de vida. Por fim, o tratamento combinado envolve a cirurgia com outras estratégias terapêuticas, como por exemplo, a quimioterapia e radioterapia pré-operatória e bioterapia, quimioterapia intra-operatória ou radioterapia e quimioterapia pós-operatória (Otto, 2000).

O procedimento cirúrgico com estes diferentes objetivos, apresentados anteriormente, exigem do enfermeiro um conhecimento profundo de cirurgia oncológica, de forma a planejar e avaliar os planos de cuidados (Otto, 2000).

O planeamento de uma cirurgia exige a atuação do enfermeiro nas fases pré-operatória, intra-operatória e pós-operatória. Os cuidados de enfermagem ao doente cirúrgico com cancro são semelhantes aos cuidados prestados a um outro doente cirúrgico, mas o enfermeiro deve estar consciente dos problemas que podem surgir e que são únicos decorrentes das alterações provocadas pela doença oncológica e dos tratamentos efetuados pela pessoa. Além disto, o plano de cuidados do doente oncológico cirúrgico deve incluir ações de enfermagem dirigidas aos problemas psicossociais e existenciais e para as complicações específicas da doença que possam surgir (Otto, 2000).

A fase pré-operatória consiste em informar o doente sobre os resultados esperados no pós-operatório, de forma a facilitar a recuperação, obter sensação de bem-estar, diminuir o medo do desconhecido, a ansiedade e outros fatores de stress, diminuição da necessidade de analgesia, menor tempo de internamento hospitalar e minimizar restantes complicações (Regateiro, 2004). Otto (2000), reforça a importância da diminuição da ansiedade, do realce do bem-estar e do ensino na fase pré-operatória. A diminuição da ansiedade é importante porque os doentes oncológicos que encaram uma cirurgia reagem, por vezes, com apreensão, tornam-se ressentidos e irritados e até mesmo em pânico. Estas reações ocorrem porque a pessoa enfrenta o medo da morte em consequência do procedimento cirúrgico ou da anestesia e até mesmo do medo da dor e mutilação. Este autor afirma que uma experiência negativa na fase

pré-operatória pode comprometer as restantes fases e a recuperação. É importante o enfermeiro intervir com base numa comunicação onde permite ao doente explorar sentimentos e medos, falar sobre o que o deixa ansioso e iniciar o planeamento da mudança, estabelecendo uma relação de apoio e de confiança. É também importante o enfermeiro manter o bem-estar físico da pessoa, que diz respeito ao alívio de sintomas que estejam presentes nesta fase, tais como: a dor; diarreia; náuseas e vómitos; fadiga; obstrução intestinal; desnutrição; stress; insónia; cefaleias. Também se deve ter em consideração os efeitos secundários da quimioterapia e/ou radioterapia, que aumentam as hipóteses de desenvolvimento de alterações a nível físico e/ou emocionais no período mais tardio do pós-operatório. O ensino na fase pré-operatória realizada pelo enfermeiro é importante para corrigir falsos conceitos e explicar o procedimento cirúrgico e os resultados esperados no pós-operatório. Um dos fatores de stress e ansiedade no doente cirúrgico é a falta de conhecimentos ou informação acerca do procedimento a que vão ser submetidos. É importante identificar estes défices de conhecimento e informar o doente de forma proporcionada e repetida, as vezes que forem necessárias (Otto, 2000).

Os cuidados na fase pós-operatória começam após o recobro anestésico e na transferência do doente para a enfermaria. Os objetivos principais nesta fase são a prevenção e resolução de complicações como a agitação psicomotora, complicações derivadas aos antecedentes de saúde do doente, infeções, entre outras, também o controlo da dor cirúrgica e oncológica e preparação para a alta (Regateiro, 2004). O cuidado principal nesta fase passa pela manutenção da oxigenação dos tecidos, pois permite a cicatrização. Esta oxigenação adequada exige uma suficiente função pulmonar e cardiovascular e o mau funcionamento destes sistemas por drogas, desequilíbrio eletrolítico e desadequado controlo da dor podem resultar em complicações e situações difíceis de resolver. A hipóxia pode trazer efeitos adversos na cicatrização da ferida cirúrgica e por isso é importante a monitorização da respiração, do sistema cardíaco, os valores hematológicos e eletrolíticos (Otto, 2000).

Além de fatores locais (por exemplo, a isquemia ou a contaminação), os fatores sistémicos como o stress, as co-morbilidades, a quimioterapia, a radioterapia e o tabagismo são fatores que comprometem e retardam a cicatrização da ferida cirúrgica (WUWHS, 2018). Os doentes com cancro, geralmente, apresentam um processo de cicatrização mais lento e com mais complicações que os doentes sem cancro. Esta doença associada a técnicas cirúrgicas em locais anatómicos contaminados e com carga bacteriana substancial, com co-morbilidades particularmente cardiorrespiratórias, desenvolve uma cicatrização da ferida mais lenta pela presença de deiscência e/ou infeção (Kearney e Richardson, 2006). Segundo Miwa, et al (2017)

as causas da ferida cirúrgica infetada após ressecção do tumor são os doentes imunodeprimidos, desnutrição, a alteração da constituição dos tecidos moles, o tempo de cirurgia longo, as transfusões sanguíneas, a neutropenia, a quimioterapia pós-operatória e o uso de cateteres venosos centrais e periféricos. Também, segundo Santos (2013), a cicatrização do tecido fica comprometido a partir do momento em que existe uma doença oncológica pelas alterações de caráter químico. A infecção da ferida, como complicação para o atraso na cicatrização, afeta a qualidade de vida do doente, aumenta o tempo e os recursos da enfermagem e resulta em aumento dos custos financeiros por ser necessário o tratamento cirúrgico adicional, como o desbridamento, técnicas sofisticadas para o encerramento de feridas, como por exemplo, a utilização de terapia por pressão negativa (Sandy-Hodgetts, Carville, Leslie, 2018). Outra das complicações pós-operatória é a ferida cirúrgica com deiscência que pode ocorrer após qualquer procedimento cirúrgico, com aumento dos custos de saúde e redução do bem-estar da pessoa (Sandy-Hodgetts, Carville, Leslie, 2018). Os fatores que estão relacionados com o aparecimento desta complicação são a obesidade, a cirurgia prévia, a idade, o sexo, tabagismo e doenças cardiovasculares (Sandy-Hodgetts, Carville, Leslie, 2018). O impacto desta complicação é significativo pelo aumento da mortalidade, aumento do tempo de internamento hospitalar, a possibilidade de uma nova cirurgia, o tratamento adjuvante tardio, alteração da imagem corporal e bem-estar psicossocial. Por isto, é importante sensibilizar os cuidados à ferida cirúrgica, no que diz respeito à identificação, prevenção e gestão. O uso de terapia por pressão negativa em doentes com alto risco de comprometimento na cicatrização, como é o caso do doente oncológico, é uma das estratégias preventivas para a ferida cirúrgica com deiscência (WUWHS, 2018).

O tratamento da ferida através da realização do penso é uma das competências do enfermeiro e este deve conter a técnica e o conhecimento para identificar, avaliar e tratar estas feridas e, simultaneamente, proporcionar cuidados personalizados e individualizados ao doente e à família (Santos, et al, 2010). A intervenção de Enfermagem consiste na promoção do conforto, confiança, bem-estar e qualidade de vida, diminuindo, assim o isolamento social (Silva, Figueiredo e Meireles, 2010).

Na pesquisa efetuada sobre o tratamento à pessoa com doença oncológica com ferida cirúrgica infetada e/ou com deiscência, obteve-se pouca literatura sobre o tópico referido, fazendo sentir a necessidade de realizar uma *scoping review*. O objetivo desta revisão é mapear o conhecimento sobre a intervenção de Enfermagem à pessoa com doença oncológica com ferida cirúrgica infetada e/ou com deiscência. Procedi a elaboração do presente protocolo da

*scoping review* tendo em consideração a metodologia definida pelo Instituto Joanna Briggs (The Joanna Briggs Institute, 2015). A questão de revisão foi construída de acordo com os diferentes elementos da mnemónica PCC que orientam uma *scoping review*: *Qual a intervenção de Enfermagem à pessoa com doença oncológica com ferida cirúrgica infetada e/ou com deiscência?*

A *scoping review* pode ser consultada no apêndice III deste relatório, que concluiu que a ferida cirúrgica complica a maior parte das vezes em doentes oncológicos, pelos antecedentes pessoais que apresentam e porque a maioria deles já cumpriram ou estão a cumprir tratamentos de radioterapia e/ou quimioterapia, que existe pouca documentação sobre esta área direcionada à intervenção de Enfermagem à pessoa com doença oncológica com ferida complicada e as temáticas que surgiram pela extração dos resultados e que deram resposta à questão de revisão são: a apreciação da pessoa (Cheong, J., Goltsman, D., Warriar, S., 2016) (Matiasek J., et al. 2015) (D'Hondt, M., Hondt, G., Malisse, P., Boer, J., Knol, J., 2009) (Baehring, E., McCorkle R., 2012) (Fulham, J., 2015) (Holt e Murphy, 2015) (Peled, Y., Krissi, H., Sabah, G., Levavi, H., Eitan, R., 2013) (Pereira, Ângelo, Ferreira, 2012); o envolvimento da pessoa e família no cuidado (Chang e Tay, 2015) (Awad e Butcher, 2013) (Baehring, E., McCorkle R., 2012) (Fulham, 2015); a prevenção de complicações da ferida cirúrgica (Atkinson, R.; Lui, S.; Ousey, K., 2013); o tratamento e gestão de complicações da ferida cirúrgica (Atkinson, R., Lui, S., Ousey, K. 2013) (Baehring, E., McCorkle R., 2012); a mobilização da equipa (Fulham, 2015); a avaliação e tratamento da ferida (Awad, T. e Butcher, M., 2013) (Peled, Y., Krissi, H., Sabah, G., Levavi, H., Eitan, R., 2013) (Leiboff, 2014) (Cheong, Goltsman, Warriar, 2016) (Award e Butcher, 2013) (Chang e Tay, 2015) (Holt e Murphy, 2015) (Pereira, Ângelo e Ferreira, 2012) (Matiasek, et al., 2015); o controlo hemodinâmico e sintomático da pessoa; adequação da dieta à pessoa (Fulham, 2015) (Squizzato, R. et al., 2017) (Li, D., et al., 2013) (Althumairi, A., 2016) (Borges, E. et al., 2011) (Baehring, E., McCorkle R., 2012); adequar a dieta à pessoa (Fulham, 2015) (Baehring, E., McCorkle R., 2012).

Este mapeamento remete para intervenções de Enfermagem à pessoa com doença oncológica com ferida cirúrgica infetada e/ou deiscência, vislumbrando a importância de um trabalho em equipa multidisciplinar e o tratamento não focalizado na ferida, mas sim na pessoa, ajudando-a no processo de transição. Fez-nos então sentido ancorar este percurso na teoria das transições de Afaf Meleis, o que abordaremos no próximo subcapítulo.

### **1.3 Filosofia de cuidados: Teoria das Transições de Meleis: uma teoria de médio alcance**

A doença oncológica como evento crítico na vida de uma pessoa, torna-se um momento de transição que pode gerar alterações a nível individual e ambiental (Meleis,2010). Este evento na vida de qualquer pessoa que, além desta transição se encontra a passar por muitas outras, mostra a individualidade na vivência da doença oncológica e a necessidade de readaptação. A presença de ferida que não cicatriza ou com complicações durante um processo de doença oncológica é mais um aspeto desestabilizador de bem-estar na pessoa e família. Por isso, existe a necessidade do cuidado de Enfermagem ser dirigido para o processo da transição e a compreensão do mesmo, promovendo a transição saudável da pessoa e da sua família. Isto conduziu-nos à seleção da Teoria das Transições de Meleis: uma teoria de médio alcance como referencial teórico.

Mudanças na saúde e doença da pessoa criam um processo de transição e a pessoa fica mais vulnerável, o que pode afetar a sua saúde. Para evitar estas alterações é necessário compreender o processo de transição. Segundo Meleis (2010, p.11), as “transições são desencadeadas por eventos críticos, mudanças nos indivíduos ou ambiente.” As transições que podem gerar vulnerabilidade na pessoa, direcionando-me para o contexto deste trabalho, são a experiência da doença como o diagnóstico, procedimento cirúrgico, reabilitação e recuperação (Meleis, 2010).

A rotina diária da pessoa, o ambiente em que vive e as interações que faz são moldadas pela natureza, condições, significados e experiência da transição. Transições são o resultado de ambos e resultam na mudança de vida, saúde, relações e ambientes (Meleis, 2010).

O processo da transição abrange alterações que exigem adaptação. A pessoa ao experienciar por novas situações e adquirir novos conhecimentos sente um desajustamento. Nesta fase, a enfermagem promove um ajustamento ou adaptação à nova situação (Abreu, 2008). A teoria de médio alcance das transições refere que quanto à natureza das transições elas podem ser de diferentes tipos de transição (desenvolvimental, situacional, saúde e doença e organizacional), de diferentes padrões (simples, múltiplo, sequencial, simultâneo, relacionado e não relacionado) e caracterizadas em termos de propriedades (consciencialização, empenho, mudança, espaço temporal de transição e evento crítico). Para compreender as experiências vivenciadas pela pessoa durante as transições é necessário conhecer as condicionantes de ordem pessoal (significados, das crenças culturais e atitudes, o estado sócio-económico e preparação e conhecimento), da comunidade e da sociedade, as quais podem facilitar ou dificultar o

processo para que a pessoa alcance uma transição saudável. Estes fatores são geridos através de padrões de resposta em que existem os indicadores de processo (sentir-se ligado, interagir, estar situado, desenvolver confiança e coping) e indicadores de resultado (domínio de novas competências e integração fluida da identidade). Os condicionantes de transição (facilitadores e inibidores) e os padrões de resposta definem um processo de transição saudável e originam intervenções terapêuticas de enfermagem (Meleis, 2010).

Uma transição saudável é determinada pelos padrões de resposta do indivíduo ao processo de transição, que pode acontecer a partir dos indicadores de processo e de resultado. Os indicadores de processo são importantes porque permitem identificar se o indivíduo, que vivencia a transição, se encontra na direção de saúde e bem-estar, ou na direção de vulnerabilidade e riscos (Meleis, 2000). A fim de alcançar um processo de transição saudável, na perspectiva do exercício da enfermagem, devemos estar conscientes das dificuldades e das adaptações às novas situações que geram instabilidade (Meleis, 2007). Assim, são traçadas as intervenções terapêuticas de enfermagem, que podem ser entendidas como uma ação interventiva continuada no decorrer do processo de transição. Estas devem proporcionar conhecimento e capacidade à pessoa que a vivencia, de forma a desencadear respostas positivas às transições promovendo, assim, o bem-estar (Meleis, 2000).

Os enfermeiros muitas vezes são os primeiros cuidadores da pessoa e da família que estão a passar por uma ou mais transições. Eles atendem às mudanças, exigências que a transição traz para o seu quotidiano. Preparam a pessoa para a transição iminente e facilitam o processo de aprendizagem de novas habilidades relacionadas com a saúde e doença da pessoa (Meleis, 2010). Segundo Meleis et al. (2000), os enfermeiros podem influenciar os processos de transição se a sua prática for centrada na pessoa e nas suas necessidades reais.

Segundo esta teoria, o principal objetivo da prática de enfermagem é entender o próprio processo de transição e implementar intervenções que prestem ajuda efetiva às pessoas, com vista a proporcionar estabilidade e sensação de bem-estar. Para compreender as experiências que os doentes passam durante uma transição, devemos descobrir as condições pessoais e ambientais que facilitem ou inibem o processo e o resultado da transição (Meleis, 2010).

Compreender as propriedades e as condições que estão implicadas durante o processo de transição, permite o desenvolvimento de intervenções terapêuticas de enfermagem que sejam congruentes com a experiência única do doente e da sua família, promovendo respostas saudáveis à transição (Meleis, 2010). Assim, este modelo baseia-se na observação, reflexão e

tomada de decisão de forma a adotar medidas de conforto, cuidados e responsabilidade para que a pessoa supere a transição e alcance a estabilidade, ou seja, as intervenções de enfermagem devem ter como objetivo facilitar a transição que ocorre no momento e promover o bem-estar à pessoa e à sua família.

Assim, a Enfermagem, portadora de um conjunto de conhecimentos sistematizados, desenvolve-se e sustenta-se numa prática, onde os enfermeiros facilitam os processos de transição tendo em vista o bem-estar (Queirós, 2011).

Em cada evento crítico que ocorra na vida de uma pessoa e da sua família, como é o caso da doença oncológica em que surgem complicações ao longo do tratamento, em que exija a intervenção de enfermagem, o enfermeiro deve estar atento, com conhecimento e experiência, de forma a agir de forma eficaz numa fase de maior vulnerabilidade para a pessoa (Meleis, 2000).

## **2. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS**

Neste capítulo farei referência ao percurso desenvolvido em cada local de estágio. A metodologia utilizada foi a de projeto, tendo realizado um estágio em três locais diferentes, sendo dois deles na mesma instituição e o último no serviço onde exerço funções atualmente. Os primeiros dois estágios onde estive presente foram, o primeiro numa equipa intra-hospitalar de feridas, num hospital de Lisboa, e o segundo, no mesmo hospital, mas na consulta de acompanhamento de pessoas com tumores sólidos. Por último, realizei estágio no serviço de ortopedia de um hospital de Lisboa. Estes três locais foram selecionados de modo a desenvolver competências de Enfermeira especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de intervenção Enfermagem Oncológica e a promover a melhoria de cuidados no local onde trabalho.

Para atingir os objetivos definidos e desenvolver competências, utilizei como estratégias a pesquisa bibliográfica, a realização de uma *scoping review* intitulada como “*Intervenção de Enfermagem à pessoa com doença oncológica com ferida cirúrgica infetada e/ou com deiscência*” (apêndice III), a reflexão na e sobre a prática, a construção de documentos de apoio aos enfermeiros e aos doentes, realizadas sessões de formação à equipa, observação da prática e prestação de cuidados.

Nos próximos três subcapítulos apresentarei a análise crítica das atividades realizadas em cada contexto de estágio para atingir os objetivos a que me propus, demonstrando o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista.

### **2.1 Equipa intra-hospitalar de feridas do Hospital A**

O estágio foi realizado entre 24 de setembro a 25 de outubro, de 2018. O local foi selecionado para me ser facultada a oportunidade de prestar cuidados a pessoas com doença oncológica e com feridas com alterações na cicatrização. Este é um serviço que tem como missão “proporcionar cuidados ativos e coordenados a doentes com feridas, recorrendo a metodologias de intervenção integradas, através da aplicação de conhecimentos especializados e prestação de cuidados de excelência, numa associada e beneficiada relação custo-benefício” (Equipa intra-hospitalar de feridas, 2018 p.1). A caracterização da funcionalidade e dinâmica desta consulta está descrita no apêndice IV, do presente relatório.

Para este local de estágio defini como objetivo geral *desenvolver competências no acompanhamento/tratamento da pessoa com doença oncológica com ferida cirúrgica complicada*. Para atingir esse objetivo geral, foram delineados objetivos específicos: integrar no serviço; compreender o processo de doença oncológica que a pessoa vivência; identificar o impacto da ferida cirúrgica complicada na pessoa com doença oncológica e intervenções de enfermagem; analisar a minha prática. De seguida, por cada objetivo específico, apresentarei uma análise crítica, com base na pesquisa bibliográfica, das atividades desenvolvidas e dos resultados obtidos.

Em relação ao primeiro objetivo específico **“integrar no serviço”**, no decorrer do segundo semestre desta especialidade tive a oportunidade de conhecer esta equipa, durante 7 dias, através de um estágio de observação inerente à unidade curricular do cuidar da pessoa com doença oncológica/família em contexto hospitalar, que permitiu a seleção deste local para a implementação do meu projeto. Assim, esta semana, em contexto, permitiu que conhecesse o funcionamento do mesmo e a equipa, o que foi facilitador para desenvolver o primeiro objetivo **“Integrar no serviço”**. Inicialmente fiz uma pequena apresentação, com recurso à exposição de um *Power Point* do meu tema do projeto, o que pretendia implementar, a minha população-alvo e os resultados a esperar. Nesta sessão, esteve somente presente a minha orientadora. Mais tarde, o tema foi apresentado de forma informal ao enfermeiro chefe e a outra colega que colaborava na equipa. Para atingir este objetivo recorri à observação da dinâmica da equipa e leitura dos documentos elaborados pela mesma, tendo, e partido dos mesmos, elaborado um documento sobre a dinâmica e funcionalidade da consulta (apêndice IV). O segundo objetivo específico **“compreender o processo de doença oncológica que a pessoa vivência”**, foi acrescentado na primeira semana de estágio, após discussão e reflexão com a orientadora sobre o meu projeto de estágio. Fez sentido acrescentar este objetivo por me encontrar numa instituição do foro oncológico e pela minha parca experiência com estes doentes ao longo do seu processo de doença. A pesquisa bibliográfica foi essencial para desenvolver conhecimentos acerca do processo de vivência da pessoa doença oncológica, mas o contacto com estas pessoas e suas famílias trouxeram a consolidação deste objetivo. Isto foi possível, também pela reflexão sobre a prática com a orientadora, a discussão de casos e esclarecimento de dúvidas durante o turno. Além da pesquisa, a discussão e o esclarecimento de dúvidas com a minha orientadora permitiu compreender melhor este processo, principalmente o que é realizado dentro da instituição. Para este objetivo realizei um estudo de situação (apêndice V), sobre uma pessoa que tive oportunidade de conhecer e prestar cuidados no estágio do segundo semestre e, que

mais tarde, por complicações da ferida operatória e alteração do estado de saúde, voltei a encontrar através de um pedido de ajuda da equipa de enfermagem da radioterapia à equipa intra-hospitalar de feridas. Este estudo de situação permitiu-me perceber que a pessoa antes de ter uma ferida é uma pessoa com história de vida, conhecimentos, preocupações, expectativas e desejos por realizar e que conhecer tudo isto permite-nos atuar de forma holística, planear cuidados individualizados e prestar cuidados de excelência. A execução de pequenas intervenções, como estar disponível ou a escuta ativa, tornam-se importantes para uma comunicação eficaz de forma a ajudar a pessoa a expressar as suas dúvidas e preocupações, estabelecer uma relação de confiança com a pessoa garantindo a segurança e a responsabilidade pela tomada de decisão, ajudando-a no processo de transição que está a vivenciar. Constatei, também, que tornar o doente participante e cooperante na escolha do tratamento e no que o deixa mais confortável promove sensação de bem-estar, aumenta a confiança no profissional e o sentimento de utilidade. Esta atividade permitiu adquirir competências de “cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro”, “desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade” (OE, 2010), “realizar uma história abrangente para identificar fatores além do estágio e do grau do cancro que são importantes para bons resultados, relacionados à tomada de decisão do tratamento (por exemplo, status de desempenho, co-morbilidades, medicação, fatores psicológicos e sociais, cuidados à pessoa e preferências de tratamento)” e “proporcionar um ambiente favorável em que a pessoa com doença oncológica seja incentivado a compartilhar as suas preocupações e expressar as suas preferências em relação às decisões tomadas sobre o tratamento” (EONS, 2018).

Para o objetivo específico **“identificar o impacto da ferida cirúrgica complicada na pessoa com doença oncológica e intervenções de enfermagem”**, foi elaborada uma *check-list* intitulada “Impacto da ferida complicada na vivência da pessoa com doença oncológica”. Este instrumento contempla a avaliação das complicações da ferida, o impacto da mesma na pessoa, os fatores que condicionam a transição e as intervenções de enfermagem (apêndice VI). Para a elaboração deste instrumento, recorri à pesquisa bibliográfica nas bases de dados eletrónicas *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e aos consensos internacionais da *Wounds International*, e para a sua construção, ancorei-me na teoria de enfermagem de Meleis, a teoria das transições. A partir da observação da prática e dos cuidados em que participei à pessoa com doença oncológica com ferida complicada (com atraso na cicatrização), fiz registo na *check-list* por cada interação com o doente (10 interações). Antes

de observarmos a prática e de participarmos nos cuidados, apresentámo-nos à pessoa e solicitámos o consentimento. No segundo local de estágio continuei esse registo e fiz a análise dos dados em conjunto, motivo pelo qual só apresentarei essa análise no subcapítulo subsequente. Este instrumento permitiu identificar o impato na vivência da pessoa com ferida complicada e, assim, conseguirmos intervir no sentido de diminuir este impato e aumentar o bem-estar. Esta atividade permitiu desenvolver competências no domínio da gestão de cuidados: “desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção”; “promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” e competências no domínio das aprendizagens profissionais: “desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade”, “baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (OE, 2010), “use habilidades de escuta e observação ativas para reconhecer, avaliar e apoiar adequadamente uma pessoa que está a passar por dificuldades”, “identificar a necessidade e implementar estratégias para envolver e apoiar a família e os cuidadores”, “considerar adequadamente a co-morbilidade, o impacto da doença de longa duração e a sobrevivência no estado de saúde e bem-estar da pessoa com doença oncológica e implementar encaminhamentos apropriados para outros profissionais”, “use intervenções baseadas em evidência para avaliar, prevenir e gerir as consequências físicas, psicológicas, sociais e existenciais do cancro”, “desenvolver um plano de cuidados individualizado em colaboração com a pessoa adaptado à fase da doença” (EONS, 2018).

Para finalizar a análise sobre este local de estágio, aborda-se o objetivo específico **“Descrever e refletir sobre a minha prática nas atividades realizadas durante o estágio”**. Para atingir este objetivo propus como atividade a elaboração de uma reflexão crítica (apêndice VII), que foi elaborada segundo o modelo de Gibbs<sup>3</sup>. Refleti sobre a importância de reconhecer que devemos ver a pessoa com ferida e não a ferida na pessoa, controlar os fatores desestabilizadores de bem-estar e ajudar a pessoa a gerir o processo da doença de forma a facilitar a transição. No fim do estágio consegui observar, descrever e aplicar algumas intervenções terapêuticas de enfermagem de forma a facilitar a transição saúde-doença, e que vão ao encontro dos padrões de qualidade da OE (2001) e que têm como objetivo a melhoria da qualidade dos cuidados e ganhos em saúde. Para além disto, refleti acerca dos obstáculos que encontrei na realização deste estágio, que foi a escassa experiência profissional na área da

---

<sup>3</sup> O ciclo de Gibbs é um instrumento que funciona como um guia aquando da operacionalização do exercício reflexivo. É composto por 6 etapas: descrição, pensamentos e sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planear a ação (Jasper, 2003).

oncologia, mas que contornei. Atingi os objetivos a que me propus, reconhecendo sempre o trabalho contínuo que me foi exigido nos estágios seguintes como uma oportunidade de aprendizagem de novos conhecimentos e experiências na área da oncologia. Esta atividade permitiu desenvolver competências na área “desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade” e “avalia o processo e os resultados da tomada de decisão” (OE, 2010).

## **2.2 Consulta de acompanhamento de pessoas com tumores sólidos do Hospital A**

O segundo estágio deste percurso foi realizado na consulta de acompanhamento de pessoas com tumores sólidos, desde o dia 29 de outubro até ao dia 16 de dezembro, de 2018. Foi selecionada esta consulta como local de estágio por, essencialmente, abranger pessoas submetidas a cirurgia oncológica, com ferida cirúrgica presente e a necessitarem de cuidados de enfermagem numa fase mais aguda da doença, o que possibilitou o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista no que diz respeito à temática abordada neste relatório.

O objetivo geral para este local de estágio é *“desenvolver competências no acompanhamento/tratamento da pessoa com doença oncológica com ferida cirúrgica”*. Para atingir este objetivo geral foram delineados os seguintes objetivos específicos: integrar no serviço; compreender o processo de doença oncológica que a pessoa vivencia; aferir a aplicabilidade da *check-list* elaborada no local de estágio anterior; identificar o tratamento à pessoa com doença oncológica com ferida cirúrgica complicada; analisar a minha prática. De seguida, por cada objetivo específico, apresentarei uma análise crítica, com base na pesquisa bibliográfica, das atividades desenvolvidas e dos resultados obtidos.

No que diz respeito ao objetivo específico **“integrar no serviço”**, sabia que encontraria casos que iam ao encontro da minha população-alvo do projeto realizado e que pretendia implementar ao longo deste semestre. No primeiro dia conheci a enfermeira que viria a ser a minha orientadora nas 7 semanas seguintes, bem como a colega que colaborava na consulta. Ambas se disponibilizaram, desde o início, para colaborar com a implementação do projeto de forma a ir ao encontro dos objetivos estipulados. Para que compreendessem de forma mais clara o que pretendia, além de disponibilizar o meu projeto de estágio, fiz uma pequena apresentação, com recurso à exposição de um *Power Point*, sobre o meu tema do projeto, o que pretendia implementar, a minha população-alvo e os resultados que esperava com o mesmo. Nesta sessão estive somente presente a minha orientadora, uma vez que o enfermeiro chefe era o mesmo do local de estágio anterior e não fazia sentido ele estar presente, pois já conhecia o projeto. Além

da apresentação realizada, para conseguir atingir o primeiro objetivo traçado, elaborei um documento sobre a dinâmica e funcionalidade da consulta, que se encontra no apêndice VIII. Na sua elaboração, recorri à observação da dinâmica da equipa e colheita de informações através da enfermeira orientadora sobre a consulta, uma vez que não havia informação escrita. Uma vez que a consulta não tinha esta informação em documento, achei pertinente a existência de um guia de acolhimento a ser entregue aos doentes, para a compreensão desta consulta, principalmente aos que vinham pela primeira vez. Sugeri à minha orientadora e, com a sua colaboração, elaborei um guia de acolhimento que, mais tarde, após ser analisado pelo enfermeiro chefe, este achou que não se adequava à consulta, mas que a informação que continha nele era importante e que podia ser utilizada no futuro protocolo e descrição das consultas existentes na instituição que estava a ser realizado individualmente por cada equipa de Enfermagem, de cada tipo de consulta. Assim, disponibilizei os materiais que tinha elaborado para o meu trabalho e além de atingir o meu objetivo, consegui colaborar na descrição da funcionalidade da consulta de acompanhamento a pessoas com tumores sólidos, que será integrada no protocolo de consultas do hospital A. Esta atividade possibilitou desenvolver a seguinte competência “desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” (OE, 2010).

Em relação ao segundo objetivo específico traçado para este estágio, optei por manter o mesmo do estágio anterior, uma vez que, apresentava uma escassa experiência profissional na área do acompanhamento da pessoa ao longo do processo da doença oncológica. Assim, delineei o objetivo “**Compreender o processo de doença oncológica que a pessoa vivencia**”. As atividades passaram por observação da prática, prestação de cuidados, discussão de casos com a enfermeira orientadora e reflexão de um momento de aprendizagem. Destas atividades surgiu mais um estudo de situação (apêndice IX), em que descrevo e analiso a situação de um doente que apresentava ferida cirúrgica complicada e que acompanhei até à cicatrização total. Foi feito registo deste senhor na *check-list* construída no estágio anterior, apurando os sinais e sintomas locais, os fatores de impacto e as intervenções. Com a realização deste estudo de situação, pude uma vez mais aferir a aplicabilidade da *check-list*, que se tornou um instrumento prático para apurar os problemas que o doente apresentava com a presença da ferida cirúrgica complicada e que lhe afetavam de forma negativa o seu dia-a-dia. Além disso, perceber que não só o cuidado deve ser centrado no doente, mas também no cuidador/família que, conseqüentemente, também sofre com estas alterações necessitando que se intervenha tendo em consideração as suas necessidades, de forma a ajudar a lidar com o sofrimento inerente à

situação (Leão e Albuquerque, 2015). Pude também reconhecer que a pessoa com ferida complicada pode desenvolver complicações ao longo do tempo, o que agrava o processo de cicatrização, causando a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida (Paydarfar e Birkmeyer, 2006). Assim, a pessoa com ferida complicada necessita de uma abordagem, em termos de cuidados de enfermagem, que otimize o seu bem-estar e promova a qualidade de vida da pessoa e da sua família, devemos conhecer a pessoa e família de forma a estar consciente das suas dificuldades e, assim, ajudar de forma a que a transição saúde e doença pelo qual se encontra a passar, com diversos pontos de instabilidade, como é o caso da presença de ferida, seja realizada de forma saudável (Meleis et al., 2000). Esta abordagem exige da equipa multidisciplinar conhecer a pessoa e a sua família, permitir e ajudar a expressar as suas dúvidas e preocupações, o estabelecer uma relação de confiança entre ambas as partes, informar e capacitar o doente para a tomada de decisão, torná-lo cooperante no tratamento através da tomada de decisão partilhada (*International Consensus*, 2012). As competências desenvolvidas com a realização destas atividades foram: “cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro”, “desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade” (OE, 2010), “realizar uma história abrangente para identificar fatores, além do estadiamento da doença, que são importantes para resultados excelentes, relacionados à tomada de decisão do tratamento (por exemplo, status de desempenho, co-morbilidades, medicação, fatores psicológicos e sociais, cuidados à pessoa e preferências do tratamento”, “proporcionar um ambiente favorável em que a pessoa com doença oncológica seja incentivado a partilhar as suas preocupações e a expressar as suas preferências em relação às decisões tomadas sobre o tratamento”, “defender e promover o envolvimento da pessoa com doença oncológica na tomada de decisão sobre tratamento, cuidado e gestão”, “fornecer continuidade e ajudar a coordenar os cuidados da pessoa com doença oncológica durante o tratamento e registo”, educar a pessoa sobre as habilidades práticas necessárias para o tratamento eficaz e intervenções de autocuidado, quando relevante” (EONS, 2018).

Em relação ao objetivo específico “**aferir a aplicabilidade da *check-list* elaborada no local de estágio anterior**”, continuei a aplicar a *check-list* elaborada no estágio anterior de forma a aferir a sua aplicabilidade e viabilidade. As atividades inerentes a este objetivo foram a: a observação da prática; aplicação da *check-list*; prestação de cuidados de enfermagem; análise e apresentação dos dados recolhidos pela *check-list* à equipa de enfermagem. Durante a prestação de cuidados aos doentes oncológicos com ferida cirúrgica complicada, era feito o registo na *check-list* tendo-se constatado como complicações mais frequentes, e que integrei

como critério de inclusão para aplicar a *check-list*, a deiscência e a infecção. Foi feito registo na *check-list* de 10 momentos de prestação de cuidados a 9 pessoas, sendo que, a uma delas, foram registados dois momentos de prestação de cuidados. Durante a prestação de cuidados, ia questionando a pessoa com vista a identificar e a ajudá-la a resolver os seus problemas, tendo a *check-list* sido orientadora. Antes da prestação de cuidados, era lido o processo clínico para conhecer melhor a pessoa e dirigir a entrevista e observação. No fim da aplicação da *check-list*, quando era apropriado, levantava problemas e intervenções que eram executadas durante a prestação de cuidados, por exemplo, sugerir meios de distração para a dor, incentivar a gestão do penso no domicílio, aplicação de pomada para o prurido, ensinar sobre a importância de alimentos ricos em proteína e encaminhar para a consulta de nutrição, entre outras. Foram analisados os 4 registos da consulta de feridas e os 6 da consulta de acompanhamento à pessoa com tumores sólidos e, no fim, fiz uma apresentação para a equipa das consultas do hospital A. A sessão de apresentação foi em formato *Power Point* (o plano de sessão encontra-se no apêndice X). Estes resultados estão descritos no apêndice XI. Estiveram presentes cerca de 12 pessoas na sessão, incluindo a professora orientadora e o enfermeiro chefe da equipa de enfermagem, com a duração de cerca de uma hora. No fim da sessão seguiram-se as questões e os comentários e consegui um bom *feedback* por parte da equipa sobre o meu trabalho. As conclusões a que cheguei da análise da *check-list* é que pessoas com ferida, com um longo atraso na cicatrização, com recorrência a tratamento de Enfermagem há mais de um ano, tendem a encontrar-se adaptadas à transição saúde-doença. Tornar o doente cooperante na realização de penso traz sentimentos de utilidade e menos dependência dos outros, que controlando os sintomas locais, estabelecer uma relação de confiança entre profissionais de saúde e pessoa doente/família e o ambiente seguro e confortável na sala de tratamentos permite uma melhoria do seu bem-estar, que a pessoa sente-se ligada e situada no seu processo saúde-doença interagindo com a equipa na tomada de decisão através da preparação e conhecimento transmitido pela equipa de Enfermagem. O desenvolvimento de confiança e estratégias de *coping* através da relação estabelecida entre enfermeiro e doente é fundamental para o controlo dos fatores condicionantes da transição (Guimarães e Silva, 2016). A aplicação desta ferramenta ajudou-me a compreender a pessoa com doença oncológica e a atuar nas diferentes dimensões que estão afetadas de forma a melhorar o seu bem-estar. Tornou-se uma ferramenta eficaz, principalmente, para quem tem pouca experiência nesta área, oncologia, de forma a prestar cuidados de enfermagem e a desenvolver competências de enfermeira especialista. Com o alcance deste objetivo e a execução das atividades consegui atingir as competências “promove

práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”, “cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro”, “desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade” (OE, 2010), “proporcionar um ambiente favorável em que a pessoa seja incentivada a compartilhar as suas preocupações e expressar as suas preferências em relação às decisões tomadas sobre o tratamento”, “fornecer um ambiente de apoio no qual a pessoa com cancro é incentivado a fazer perguntas e compartilhar as suas preocupações sobre a sua doença e tratamento”, “defender e promover o envolvimento da pessoa com cancro na tomada de decisão sobre tratamento, cuidado e gestão”, “Use intervenções baseadas em evidência para avaliar, prevenir e gerir as consequências físicas, psicológicas, sociais causadas pela doença oncológica”, “desenvolver um plano de cuidados individualizado em colaboração com a pessoa doente, adaptado à fase da doença”, “envolva os serviços especializados de atendimento de suporte paliativo, quando apropriado”, “saiba quando envolver os membros da equipa multiprofissional para prestar cuidados holísticos e centrados no doente”, “identificar e utilizar intervenções apropriadas de informação, educação e apoio, alinhadas com as necessidades e o estilo de vida das pessoas com cancro em diferentes fases da doença” (EONS, 2018).

Em relação ao objetivo específico “**identificar o tratamento à pessoa com doença oncológica com ferida cirúrgica complicada**”, propus as seguintes atividades de forma a alcançar este objetivo: observação da prática; prestação de cuidados de enfermagem; elaboração de um fluxograma para identificar deiscência e infeção. Ao longo do estágio apercebi-me que não fazia sentido elaborar um fluxograma, mas sim um esquema sobre a ferida cirúrgica complicada e o seu tratamento (apêndice XII) que elaborei em conjunto com a enfermeira orientadora, onde apresento de forma resumida as complicações inerentes à ferida cirúrgica, os fatores de risco, o grau ou tipo de cada complicação para uma correta categorização da ferida cirúrgica e o tratamento correspondente. A elaboração deste esquema foi com base no protocolo de *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE, 2008), em dois consensos elaborados pela *Wounds International* (2016 e 2018) e na Guideline da prevenção da infeção do local cirúrgico (1999). Apesar do meu projeto só abordar a deiscência e a infeção, o seroma também surge como uma das complicações da ferida cirúrgica segundo a pesquisa bibliográfica, algo que também pude constatar com frequência nesta consulta, por isso mesmo, inclui no esquema os fatores de risco e o tratamento desta complicação. Com o consentimento do enfermeiro chefe e da enfermeira orientadora expus o poster com o esquema na sala de trabalho para consulta da equipa de enfermagem. Com esta atividade consegui adquirir as competências “desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade” (OE, 2010), “fornecer informações verbais

e escritas baseadas em evidência sobre estratégias de redução de risco relacionado com o estilo de vida, cirurgia e quimioprevenção para o cancro que seja apropriado e individualizado para a pessoa”, “recuperar artigos de pesquisa de alta qualidade e diretrizes baseadas em evidências relevantes para o tratamento do cancro e enfermagem oncológica, formulando perguntas de pesquisa eficazes” (EONS,2018).

Por fim, neste local de estágio, o último objetivo específico foi **“analisar a minha prática”**. As atividades inerentes a este objetivo passaram pela reflexão sobre a prática e sobre momentos de aprendizagem. Para atingir este objetivo propus como atividade a elaboração de uma reflexão crítica de aprendizagem segundo o modelo de Gibbs (apêndice XIII). Optei por refletir acerca do ambiente e comunicação que observei na consulta. O facto de estar num contexto desconhecido e prestar cuidados a doentes a passar pelo sofrimento inerente à vivência da doença oncológica, trouxe-me a necessidade de desenvolver competências relacionadas com a relação com o doente e a comunicação. Estes momentos de observação e aprendizagem, deram-me as bases para conseguir melhorar o meu desempenho no relacionamento com os meus doentes no meu local de trabalho, principalmente, aqueles que padecem de doença oncológica e para os quais o internamento é demasiado longo. Face a isto, e sabendo que a experiência de uma doença oncológica provoca sentimentos de ameaça à integridade da pessoa, relembrando-lhe sentimentos de vulnerabilidade, sensação de perda, incerteza, medo, ansiedade e angústia, que por sua vez irá despertar na pessoa desconforto e sofrimento (Apóstolo et al., 2006), existe a necessidade do enfermeiro intervir e de conseguir aliviar este tipo de sofrimento, aumentando assim o bem-estar. Constatei, também que, o ambiente controlado e o ruído são de extrema importância para uma comunicação eficaz, e o ambiente na consulta era tranquilo e confortável, o que facilitava este processo. A pessoa doente encontra-se num momento de crise, caracterizado por maior vulnerabilidade, e o enfermeiro influencia-a com o seu papel profissional (Phaneuf, 2002), e por isso é importante a utilização consciente desta técnica. Na consulta era utilizada uma linguagem simples e adequada ao doente e família, uma postura de escuta ativa e a utilização do humor e das brincadeiras tornavam o ambiente acolhedor e familiar. A utilização do humor durante a prestação de cuidados é um mecanismo que tem vindo a ser reconhecido por diversos autores e ajuda as pessoas a ultrapassarem situações difíceis, ajudando-as a viver melhor (José, 2008). Estes aspetos tornavam os doentes e família satisfeitas com a prestação de cuidados, mas acima de tudo com uma forte confiabilidade na equipa. Este tema, merecedor de constante reflexão, é uma das competências e ferramentas que devem estar aptas a serem postas em prática enquanto enfermeira, mas, principalmente, enquanto enfermeira

especialista. Devemos ser um modelo, um líder no que diz respeito aos cuidados ao doente e família e melhorar estes aspetos torna-nos eficientes e eficazes. Com o desenvolvimento desta atividade consegui adquirir as competências “desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade” e “avalia o processo e os resultados da tomada de decisão” (OE, 2010), “avaliar e abordar quaisquer barreiras relacionadas com o doente, relacionadas com os enfermeiros ou ambientais, para uma comunicação eficaz”, “demonstrar alfabetização emocional, habilidade reflexiva, empatia apropriada e competência social (EONS, 2018).

### **2.3 Serviço de ortopedia do Hospital B**

O último estágio deste percurso foi realizado no meu local de trabalho atual, no serviço de ortopedia do hospital B. Sou enfermeira e exerço funções neste serviço há cerca de 2 anos. O estágio foi iniciado no dia 3 de janeiro até ao dia 10 de fevereiro, de 2019. O serviço de ortopedia é um serviço de cirurgia ortopédica, essencialmente, que pode ser eletiva ou por trauma. Recebe, esporadicamente, pessoas com doença oncológica, seguidas em consulta médica por um cirurgião especialista em osteossarcoma, que faz consulta desta especialidade uma vez por semana. Devido a isto, a escassez de doentes oncológicos seria uma ameaça à implementação do meu projeto, já detetada na análise SWOT realizada para o projeto de estágio. Nos casos de pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia, a quem prestei cuidados no meu serviço, constatei que a cicatrização estava comprometida e o conhecimento acerca do mesmo estava limitado, de uma forma geral, na equipa de Enfermagem. Por isso, emergiu a necessidade da pesquisa bibliográfica acerca do tema e formação à equipa. O aparecimento de complicações que causam o atraso na cicatrização das feridas em doentes com cancro é devido a fatores internos e externos, como o stress, a temperatura da ferida abaixo dos 28°C, a maceração da pele, infeção, a medicação como esteroides, a quimioterapia, os imunossuppressores, a radioterapia, a malignidade, os hábitos tabágicos, a doença vascular, a Diabetes Mellitus, a idade avançada, a desnutrição, desidratação, a obesidade, alterações do padrão do sono (Kearney e Richardson, 2006). Segundo Santos (2013), uma incorreta categorização da ferida cirúrgica, a não identificação dos sinais e sintomas de complicação da ferida e a utilização de um tratamento incorreto afeta a pessoa doente e até mesmo a família e/ou pessoas significativas a nível social e emocional, pelo prolongamento do internamento e pela ameaça de perda total ou parcial da capacidade funcional da pessoa. Assim, direcionei a minha problemática para o cuidado da pessoa com ferida cirúrgica complicada com infeção e

deiscência em pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia, sendo estas as complicações que surgiam com mais frequência. Após a pesquisa sobre o tema com a realização do projeto de estágio, defini como objetivo geral neste local de estágio *promover a melhoria de cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica com ferida cirúrgica complicada*. Para atingir esse objetivo geral, foram delineados os seguintes objetivos específicos: “envolver a equipa no projeto”; “promover a capacitação da equipa no acompanhamento/tratamento à pessoa com doença oncológica com ferida cirúrgica infetada e/ou com deiscência”; “aplicar as competências adquiridas”; “analisar a minha prática”. De seguida, por cada objetivo específico, apresentarei uma análise crítica, com base na pesquisa bibliográfica, das atividades desenvolvidas e dos resultados obtidos.

Em relação ao primeiro e segundo objetivos específicos **“envolver a equipa no projeto” e “promover a capacitação da equipa no acompanhamento/tratamento à pessoa com doença oncológica com ferida cirúrgica infetada e/ou com deiscência”**, tinha como atividades propostas para cada um a realização de um *Power point* e apresentação à equipa. A apresentação foi realizada, não no dia que tinha idealizado, mas sim no fim do estágio. Nesta apresentação no meu local de trabalho fiz uma breve introdução sobre a problemática, o projeto, apresentei os resultados do mesmo e o estudo de situação a que me refiro adiante. No entanto, ao longo do estágio, fui dando a conhecer o meu projeto aos colegas. Esta apresentação foi uma forma de mostrar o trabalho realizado durante o meu percurso de estágio, tanto no meu serviço como na consulta da equipa intra-hospitalar de feridas e na consulta de acompanhamento de pessoas com tumores sólidos no hospital A. Com autorização da chefe, expus um dos trabalhos elaborados por mim, o poster do esquema da ferida cirúrgica complicada e o tratamento, bem como apresentei a minha sugestão de algoritmo da ferida cirúrgica infetada, que pretendo futuramente implementar como protocolo do serviço. Além disto, uma vez que a escassez de casos oncológicos se manteve nas minhas semanas de estágio, optei por realizar um estudo de situação sobre uma doente internada no meu serviço com doença oncológica que, após ressecção do tumor, teve complicações da ferida cirúrgica. Fiz a apresentação deste estudo de situação no dia 13 de fevereiro de 2019, onde estiveram presentes cerca de 12 colegas, entre os quais a minha orientadora e a chefe do serviço. O plano de formação encontra-se no apêndice XIV. O feedback reunido depois da apresentação junto da equipa e chefia foi positivo, sendo que referiram que o tema e apresentação foram pertinentes para o serviço. É de realçar que apesar da escassez de doentes oncológicos no momento do meu estágio, pretende-se, futuramente, a criação de uma equipa médica de cirurgias ortopédicas direcionados para a área da oncologia,

sendo que se prevê um aumento de doentes oncológicos no serviço. Este aspeto denota a necessidade emergente da formação nesta área na equipa de Enfermagem. A realização desta atividade permitiu desenvolver as competências: “desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade”, “promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”, “desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, “concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade”, “baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (OE, 2010), “demonstrar evidências de desenvolvimento profissional contínuo e promover ativamente o desenvolvimento profissional de enfermeiros que trabalham em outras áreas da organização”, “demonstrar a capacidade de fornecer uma justificação baseada em evidência para as intervenções no tratamento do cancro em geral e em particular” e “recuperar artigos de pesquisa de alta qualidade e diretrizes baseadas em evidência relevantes para o tratamento do cancro e enfermagem oncológica formulando perguntas de pesquisa eficazes e utilizando estratégias eficazes de busca para o fornecimento de material eletrónico e impresso relevante” (EONS, 2018).

Outro dos objetivos a que me propus foi “**aplicar as competências adquiridas**”. Neste objetivo específico estipulei como atividades a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica e com ferida cirúrgica complicada, a aplicação da *check-list* e a apresentação do esquema da ferida cirúrgica complicada e tratamento. Devido à escassez de pessoas com doença oncológica no serviço, houve necessidade de alterar o plano de atividades. Assim sendo, uma vez que, tinha uma doente internada no serviço com os critérios de inclusão para este projeto e para a minha intervenção, optei por realizar um estudo de situação sobre ela (apêndice XV). A colheita de dados foi realizada durante os turnos de estágio e feita com base na entrevista à pessoa, observação e, também, através da recolha de informação do processo clínico. A entrevista foi realizada em dois dias porque a pessoa selecionada encontrava-se mais debilitada e com cansaço fácil e foi pedido previamente o consentimento informado, não tendo a senhora colocado qualquer entrave em participar. A colheita de dados foi realizada de forma a ir ao encontro da descrição do conhecimento da pessoa, família e contexto de vida, da descrição do conhecimento do contexto de saúde e antecedentes pessoais e, por fim, foi aplicada a *check-list* “Impacto da ferida complicada na vivência da pessoa com doença oncológica”. Com a recolha dos dados elaborei um plano de cuidados com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 2.0. A senhora S.T. apresentava uma

ferida cirúrgica complicada há cerca de dois meses após ressecção do sarcoma pleomórfico no membro inferior direito. Complicou, inicialmente, por deiscência da ferida e mais tarde através da colheita de exsudado foi detetada a infecção por um microorganismo. Nesta fase do internamento, a doente encontrava-se muito debilitada, a antibioterapia não estava a surtir efeito na erradicação da infecção e o membro operado estava mumificado, tendo sido realizado posteriormente a amputação. Com o conhecimento da doente e a aplicação da *check-list*, consegui reunir os fatores que inibiam e facilitavam a transição saúde-doença da doente e assim construir o plano de cuidados adequado às necessidades da mesma. A dor seria um fator inibidor que se controlou com medidas farmacológicas (segundo prescrição e avaliação pela consulta da dor) e não farmacológicas (sugerida à doente recorrer à televisão ou a videochamadas com a família sendo que é algo que a distrai da dor). Um fator facilitador foi a religião, em que a doente afirmou que, e em relação à sua situação de saúde “está nas mãos de Deus” (SIC). O apoio da família, foi outro fator referido pela doente como facilitador da sua transição. Recebia visitas diárias dos filhos e cunhado e isso ajudava na sua recuperação. Em relação aos fatores inibidores foram selecionados a restrição das atividades sociais, a alteração da autoestima e o internamento hospitalar longo. Para estes três fatores levantei o diagnóstico angústia atual, em que a intervenção de enfermagem passa sobretudo pela comunicação com a pessoa, escuta ativa e disponibilidade. Além disto, também recorri e providenciei outros serviços, como o apoio social/psicólogo/religioso. A minha prestação de cuidados durante estes turnos e a recolha de dados com a elaboração do plano de cuidados permitiu compreender que a senhora S.T. confiava na equipa que lhe prestou cuidados e que a nossa intervenção terapêutica de enfermagem foi eficaz, a fim de alcançar um processo de transição saudável. Mesmo assim, o enfermeiro necessita de conhecer o desenvolvimento da pessoa no decorrer do seu ciclo vital, sempre consciente das dificuldades que possam gerar novas situações de instabilidade (Meleis, 2007). Por isso, as intervenções terapêuticas de enfermagem devem ser continuadas no decorrer do processo de transição, de forma a proporcionar conhecimento e capacidade à pessoa que o vivencia, desencadeando respostas positivas às transições, capazes de restabelecer a sensação de bem-estar (Meleis, 2000).

A realização deste estudo de situação e a respetiva apresentação, permitiu-me perceber que o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa neste contexto e a formação da equipa neste âmbito torna-se fulcral para uma prática de cuidados de excelência. Além disto, compreender a pessoa com doença oncológica e estar desperto para as dimensões que possam estar afetadas, para além das complicações que surjam

durante o internamento, é importante para o planeamento de cuidados personalizados e eficazes. A sessão de formação apresentada no fim do estágio contemplou o estudo de situação dando a conhecer à equipa, principalmente, os fatores de risco que a pessoa com doença oncológica pode apresentar e que a recolha desses dados é deveras importante. Pretendi também mostrar que o tratamento da pessoa com ferida complicada não passa somente pela realização do penso, mas sim também por outras intervenções, como por exemplo, o estabelecimento de uma relação terapêutica, providenciar uma dieta adequada, o controlo da dor, entre outras. A realização desta formação suscitou, também, a reflexão dos enfermeiros sobre a sua prática, sendo esta encarada como um instrumento de aprendizagem e o seu valor residir no desenvolvimento de conhecimentos que possibilitam o desenvolvimento pessoal e profissional (Alarcão, 2001). Foi apresentado também, na sessão de formação à equipa, o esquema da ferida cirúrgica complicada e o tratamento e, com autorização da enfermeira chefe, foi exposto em forma de poster na sala de trabalho do serviço de ortopedia. É um esquema de leitura rápida sobre as complicações que podem surgir na ferida operatória, com os fatores de risco associados, os tipos de cada complicação para uma correta categorização da ferida cirúrgica complicada e por fim o tratamento a adotar. Desenvolvi, também, um algoritmo para a ferida cirúrgica infetada. Sendo um serviço de cirurgia ortopédica em que a infeção pode estar presente, quer sejam doentes oncológicos ou não, por fatores relacionados com o doente, com os profissionais de saúde, com os recursos disponíveis e com o ambiente, tornou-se necessário a criação de um algoritmo com o objetivo de uniformizar cuidados, tempo de intervenção rápida e eficaz, prevenir complicações mais graves, alertar para a necessidade de categorizar a ferida, identificar os sinais inflamatórios, recorrer à colheita de exsudado e estudo microbiológico na altura certa e iniciar antibiótico dirigido. Com recurso à pesquisa realizada anteriormente para a *scoping review*, foi selecionado o artigo “Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft-Tissue Infections”<sup>4</sup> que apresentava um algoritmo que os autores criaram para a gestão e tratamento da infeção do local cirúrgico que inclui recomendações específicas de antibioterapia. Com base neste artigo e algoritmo, fiz uma adaptação para o meu serviço, tendo em conta os recursos disponíveis e alcançáveis, e dirigi para a equipa de enfermagem. Este algoritmo é uma proposta que pretendo fazer futuramente à direção do hospital e implementar como protocolo do serviço. A sua visualização está disponível neste relatório no apêndice XVI.

---

<sup>4</sup> Stevens, D. L., Bisno, A. L., Chambers, H. F., Everett, E. D., Dellinger, P., Goldstein, E. J. C., ... Wade, J. C. (2018). Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft-Tissue Infections, 41, 1373–1406.

Com a realização destas atividades consegui adquirir as competências: “desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção”, “promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”, “cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro”, “baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (OE, 2010), “proporcionar um ambiente favorável em que a pessoa com doença oncológica seja incentivado a partilhar as suas preocupações e expressar as suas preferências em relação às decisões tomadas sobre o tratamento”, “fornecer um ambiente de apoio no qual a pessoa é incentivada a fazer perguntas e a partilhar as suas preocupações sobre a sua doença e tratamento”, “defender e promover o envolvimento da pessoa na tomada de decisão sobre o tratamento, cuidado e gestão”, “use intervenções baseadas em evidências para avaliar, prevenir e gerir as consequências físicas, psicológicas, sociais e existenciais do cancro”, “desenvolver um plano de cuidados individualizado em colaboração com a pessoa, adaptado à fase da doença”, “considerar adequadamente as co-morbilidades, o impacto da doença de longa duração, a sobrevivência, o bem-estar da pessoa com doença oncológica”, “fornecer intervenções de enfermagem adequadas para promover o conforto e a dignidade”, “respeite e responda às diferentes perspetivas e necessidades culturais e religiosas”, “identificar a necessidade e implementar estratégias para envolver e apoiar a família e os cuidadores”, “demonstrar evidências de desenvolvimento profissional contínuo e promover ativamente o desenvolvimento profissional dos enfermeiros”, “recuperar artigos de pesquisa de alta qualidade e diretrizes baseadas em evidências relevantes para o tratamento do cancro e enfermagem oncológica”, “aplicar apropriadamente recomendações baseadas em evidências na área clínica, considerando os pontos fortes e as limitações da pesquisa” (EONS, 2018).

O último objetivo específico neste local de estágio foi “**analisar a minha prática**”. As atividades inerentes a este objetivo passaram pela reflexão sobre a prática e sobre momentos de aprendizagem. Para atingir este objetivo propus como atividade a elaboração de uma reflexão crítica de aprendizagem (apêndice XVII). Segundo o modelo de Gibbs, fez-se a análise de uma situação que decorreu na entrevista à pessoa selecionada para o estudo de situação e analisei também o meu percurso, a gestão de obstáculos e emoções com que me deparei e que no fim, serviu para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Dos três estágios, este foi um dos mais difíceis de executar pelas alterações do plano que tive de realizar, pelos obstáculos com que me deparei ao longo do mesmo provocando um stress imenso e alguns constrangimentos. Acima de tudo, foi um desafio que dentro das minhas limitações, por exemplo, a pouca experiência e o pouco tempo de trabalho no serviço de ortopedia, consegui superar de forma

positiva, em que atingi os objetivos a que me tinha proposto. Consegui trabalhar e aplicar as competências adquiridas ao longo deste percurso académico, utilizar o conhecimento e partilhá-lo em equipa. Refleti acerca da minha prestação no meu local de trabalho e as aprendizagens que retirei foram perceber que o conhecimento da pessoa e a compreensão da mesma em todas as fases da doença, intervindo nas dimensões que estão afetadas, proporcionando conforto e apoio emocional à pessoa e família são tão ou mais importante que intervir na cicatrização da ferida. Trabalhar em equipa, a entreajuda, e a confiança uns nos outros permite a execução de cuidados de excelência com ganhos para a pessoa doente e para a sua família. Com esta atividade consegui desenvolver as competências: “desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade” e “avalia o processo e os resultados da tomada de decisão” (OE, 2010), “avaliar e abordar quaisquer barreiras relacionadas com o doente, relacionadas com os enfermeiros ou ambientais, para uma comunicação eficaz”, “demonstrar alfabetização emocional, habilidade reflexiva, empatia apropriada e competência social (EONS, 2018).

### 3. AVALIAÇÃO

A prestação de cuidados de excelência não pode ser considerada como uma meta absoluta, mas sim um caminho a percorrer de forma permanente. Segundo o Código deontológico do enfermeiro (art. 88º) “o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício” (OE, 2005, p.135). Neste caminho, o enfermeiro deve analisar regularmente o trabalho executado, reconhecendo os erros merecedores de mudança. No que diz respeito à análise do trabalho, faz parte de qualquer processo de planeamento a avaliação, em que é necessária a utilização de pensamento crítico. Assim, é necessário que o enfermeiro associe a reflexão à sua prática profissional, reconhecendo, se necessário, a mudança de comportamento (OE, 2005). Segundo os padrões de qualidade da OE (2001), a qualidade exige reflexão sobre a prática, definição de objetivos e delinear estratégias para os atingir. Dada esta realidade, reconhece-se que este relatório tem por base um projeto de intervenção na pessoa com doença oncológica, na sua família e/ou cuidador com vista a intervenções especializadas, e a reflexão utilizada como ferramenta ao longo deste percurso contribuiu para aumentar o meu conhecimento e desenvolver estratégias de modo a assegurar o tratamento adequado à pessoa com ferida cirúrgica complicada. O Artigo 76º do Código Deontológico do Enfermeiro afirma que o enfermeiro deve “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (OE, 2005, pág. 35).

A implementação das atividades ao longo deste percurso permitiu desenvolver conhecimentos e capacidades na abordagem multidimensional à pessoa com doença oncológica, encarando as suas necessidades e as suas capacidades reais no cuidar, referente às transições decorrentes de cada pessoa no processo saúde/doença. Ao longo deste capítulo refletiu-se sobre o percurso formativo, sobre as aprendizagens e competências desenvolvidas em cada local de estágio e, neste capítulo, será realizada a avaliação deste percurso utilizando a análise SWOT (Teixeira, 2005)<sup>5</sup>.

O estágio realizado na consulta da equipa intra-hospitalar de feridas do hospital A, apesar de estar num ambiente conhecido, percebi que tinha pouco conhecimento sobre a

---

<sup>5</sup> É uma análise que deve ser dinâmica, composta pelas palavras strengths (pontos fortes), weaknesses (pontos fracos), opportunities (oportunidades) e threats (ameaças). (Teixeira, 2005)

vivência da pessoa com doença oncológica e que possivelmente me iria dificultar o desenvolvimento enquanto estudante de especialidade. Assim sendo, foi muito importante a orientação que me foi feita pela enfermeira sobre o percurso do doente dentro da instituição, a importância sobre o saber estar, da comunicação, do conhecimento do doente, não só a história clínica, mas também a história social e de priorizar o conforto e a qualidade de vida do doente permitindo a existência de momentos de felicidade. A observação e prestação de cuidados, a execução das atividades propostas pelo plano de atividades foram fulcrais para compreender o processo da doença oncológica e o impacto que esta tem sobre a pessoa e a família. Por isso mesmo, foi sugerido pela orientadora, e que fez todo o sentido acrescentar ao plano de atividades, o objetivo específico “compreender o processo da doença oncológica”. O acompanhamento e disponibilidade demonstrado pela enfermeira orientadora e equipa, a partilha de experiências, conhecimentos e discussão de casos, permitiu o meu enriquecimento, uma vez que não só ela detinha uma grande experiência ao nível da prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica, como também tinha realizado a sua tese de mestrado e especialidade na área do tratamento à ferida.

Em relação ao estágio na consulta de acompanhamento a pessoas com tumores sólidos, foi o segundo contacto que tive na área de enfermagem oncológica. Fui muito bem recebida pela equipa, e tanto a enfermeira orientadora, como a restante equipa mostraram-se disponíveis para colaborar na execução das minhas atividades. O local selecionado e a duração demonstraram-se adequados e permitiu-me acompanhar e prestar cuidados à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia e constatar o surgimento de complicações na cicatrização da ferida. Com a aplicação da *check-list* consegui compreender o impacto na vida do doente com atraso da cicatrização da ferida cirúrgica, apurar os fatores inibidores e facilitadores da transição e, por conseguinte, intervir nos problemas das pessoas de forma a promover bem-estar e conforto. Além de conseguir executar as minhas atividades, integrei-me numa equipa de consultas, um contexto com uma dinâmica diferente do que conheço, e que se tornou enriquecedor para a minha experiência profissional, no que diz respeito ao trabalho executado, rotinas e especificidades inerentes à consulta. Além disto, também adquiri e desenvolvi conhecimentos acerca da cirurgia oncológica, protocolos de tratamento adjuvante utilizado na instituição, bem como o treino no reconhecimento de complicações da ferida e os diferentes tipos de tratamento/materiais disponíveis que podem ser utilizados. Também foi importante para mim, enquanto enfermeira e aluna, participar no protocolo de consultas que a

instituição estava a realizar na altura, com o trabalho que elaborei sobre a dinâmica e funcionalidade desta consulta.

Por último, o estágio realizado no meu local de trabalho, o serviço de ortopedia do hospital B, contrariamente ao que esperava, revelou ser o mais difícil para mim de executar com a necessidade de uma maior gestão de emoções e de fatores de stress. Desde o início deste percurso, foi detetada a possibilidade da existência de uma ameaça no meu local de trabalho, a escassez de doentes oncológicos, visto ser um serviço de ortopedia. Esta ameaça detetada previamente foi constatada aquando da implementação do projeto, no decorrer do último estágio, e por isso houve a necessidade de alterar o plano de atividades delineado anteriormente. Mesmo assim, o plano de atividades foi cumprido com o alcance dos objetivos a que me propus. Considero que, apesar do aparecimento desta ameaça, consegui contorná-la e obter resultados positivos na implementação do projeto no meu local de trabalho. Além disto, o facto de orientar uma estudante do 3º ano da licenciatura em enfermagem tornou-se uma ameaça no desenvolvimento do meu estágio e um foco de *stress*. Além de ter sido a minha primeira estudante, esta acompanhou-me durante o meu estágio/turnos de trabalho. Posso dizer que em parte não foi só uma ameaça, mas também uma oportunidade de supervisão que nunca tinha realizado antes. Conciliar ambos não foi tarefa fácil e causador de algum *stress*. Foi necessário recorrer a diversas estratégias para combater o stress, gerir emoções e atingir os objetivos a que me tinha proposto. A mudança do plano de atividades com a realização de um estudo de situação, tornou-se enriquecedor no sentido de conseguir estabelecer uma relação de confiança e empatia com a doente selecionada, reconhecer outros problemas inerentes do processo da doença oncológica, não identificados por mim anteriormente, compreender a necessidade de apoio emocional à pessoa e família durante este processo e a necessidade de formação à equipa sobre o mesmo. Senti que no fim do estágio, com a realização da sessão de formação, elucidei a equipa sobre o trabalho desenvolvido e ajudei-os a refletir sobre a necessidade de mais formação sobre o tema. A exposição do poster realizado no estágio anterior sobre a ferida cirúrgica complicada e tratamento foi um fator positivo que despertou atenção à equipa de enfermagem e também à equipa médica. Em relação ao algoritmo elaborado por mim neste último estágio, foi apresentada a proposta à enfermeira orientadora que concordou com a implementação do mesmo no serviço, mas antes disso terá de ser apresentado à direção de Enfermagem do hospital, algo que pretendo realizar futuramente. Apesar das dificuldades sentidas por mim neste campo de estágio, consegui desenvolver-me enquanto pessoa e profissional e atingir os objetivos a que me propus. Desenvolvi e apliquei competências

adquiridas por mim nos estágios anteriores e pretendo, no futuro, continuar a aplicar e melhorar estas competências. Além disso, espero tornar-me uma pessoa de referência no serviço para a equipa, no que diz respeito aos cuidados a estes doentes, com a realização de formações quer no âmbito formal, e até mesmo informal entre equipa.

Em relação à análise SWOT, no que diz respeito aos pontos fortes, ou seja, fatores internos e positivos, saliento a disponibilidade e orientação por parte das orientadoras durante os estágios foram de extrema importância e tornou-se um ponto forte na execução das atividades planeadas e numa integração rápida ao serviço, uma vez que, o tempo de estágio era curto. Os locais de estágio selecionados foram adequados e superaram as minhas expectativas, a partilha de experiências e discussão durante os turnos com as orientadoras permitiram o enriquecimento do meu conhecimento e desenvolvimento de competências.

Relativamente aos pontos fracos, tal como tinha referido no meu projeto de estágio, mantenho a minha limitação na compreensão da língua inglesa, uma vez que é um fator que atrasa a leitura de artigos e a realização de pesquisa bibliográfica. Além disto, considero a pouca experiência na área de enfermagem oncológica e a idade pontos fracos, uma vez que, permitiu um desenvolvimento de competências lento e com necessidade de auto-pesquisa constante relacionada com a área.

Em relação às ameaças, surgiu no último estágio, no local onde exerço funções, a necessidade de alterar o plano de trabalho por existirem poucos doentes com os critérios correspondentes a este trabalho. Este aspeto já tinha sido nomeado como ameaça no projeto de estágio e acabou por se concretizar.

Por fim, nomeio como oportunidades a realização dos estágios e o acompanhamento e disponibilidade das enfermeiras orientadoras e equipas, que proporcionaram o desenvolvimento de competências nesta área de especialização e no âmbito do tema selecionado, o desenvolvimento quer a nível profissional e pessoal, e a melhoria de cuidados que promovi com a implementação do projeto no serviço onde exerço funções.

Este percurso de aprendizagem foi um processo enriquecedor e de crescimento, quer a nível pessoal, quer a nível profissional. Possibilitou a aquisição e desenvolvimento de novos conhecimentos na área da enfermagem oncológica e na prestação de cuidados à pessoa e família e, conseqüentemente, melhorar a minha prática e desenvolver o auto-conhecimento e a assertividade.

#### 4. CONCLUSÃO E PERSPETIVAS FUTURAS

Ao longo deste percurso formativo procurou-se o desenvolvimento de competências de enfermagem em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de enfermagem Oncológica, no âmbito da intervenção de enfermagem na pessoa com doença oncológica com ferida cirúrgica infetada e/ou com deiscência. No presente trabalho, apresentam-se atividades desenvolvidas nos três contextos de estágio e os seus resultados, preconizadas anteriormente com a realização do projeto de estágio. Foram prestados cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica, com a orientação e colaboração das enfermeiras orientadoras e equipas, e uma constante reflexão sobre a prática. Além disto, a pesquisa e leitura de evidência científica, a construção de documentos, como por exemplo, a *scoping review*, as sessões de formação, a *check-list*, o esquema da ferida cirúrgica complicada e tratamento e o algoritmo da ferida cirúrgica, foram estratégias essenciais para conseguir alcançar os objetivos a que me propus: desenvolver competências e promover a melhoria dos cuidados de enfermagem. Apesar dos obstáculos que surgiram ao longo deste percurso, estes foram parte integrante de um percurso formativo e, mesmo com dificuldade, foram ultrapassados, conseguindo atingir os objetivos propostos.

Considerando que a questão de pesquisa era “*Qual a intervenção de Enfermagem na pessoa com doença oncológica com ferida cirúrgica infetada e/ou com deiscência?*”, pode-se verificar que conhecer a pessoa doente e a sua família em todas as suas dimensões é imprescindível para um planeamento de cuidados adequado. Para tal, é preciso compreender o impacto da ferida cirúrgica complicada na vivência da pessoa com doença oncológica e uma das estratégias utilizadas foi a utilização de uma *check-list*, construída com base na literatura e na teoria de enfermagem de Meleis. Salienta-se, também, a importância de categorizar a ferida cirúrgica infetada, além da utilização da classificação do Centro de Controlo e Prevenção de Doenças (CCPD) e a utilização da escala ASEPSIS. Esta escala tem como objetivo indicar, através de um *score* numérico, a presença e severidade da infeção do local cirúrgico. Na classificação da deiscência da ferida cirúrgica pode ser utilizada a *World Union of Wound Healing Societies Surgical Wound Dehiscence (WUWHS SWD) Grading System* (adaptada de *Sandy SWD Grading System*), que classifica a ferida em diferentes graus em que divide a extensão da deiscência com a presença ou não de infeção.

As sessões de formação realizadas no fim do estágio em cada hospital, possibilitaram o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista, mas, também, a reflexão sobre a prática em grupo, com a discussão de ideias e a necessidade de mais formação sobre o tema. A

realização desta atividade foi considerada a forma ideal de melhoria de cuidados no serviço, que deverá ser contínua e realizada, não só para a equipa de Enfermagem, mas também para a equipa multidisciplinar. O trabalho em equipa, no que diz respeito ao acompanhamento da pessoa com doença oncológica submetida a tratamento cirúrgico, é fulcral para o levantamento de todas as necessidades que possam ser afetadas e assim existir um cuidado mais personalizado e eficaz.

Espero que o facto de realizar estágio no meu local de trabalho, no âmbito desta temática, possa ser reconhecido e valorizado pelas competências que desenvolvi e adquiri neste curso de mestrado e especialidade e tornar-me uma pessoa de referência para a equipa, no que diz respeito ao acompanhamento da pessoa com doença oncológica internada no serviço. Para tal, pretendo também continuar a realizar sessões de formação sobre o tema.

Analisando o fim deste percurso e todo o caminho percorrido, este foi importante para a capacitação e aquisição de competências para o título de Grau de Mestre e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem Oncológica a que me propus no início do percurso formativo.

Face à escassez de documentação ao longo da pesquisa bibliográfica sobre o tema, principalmente, no que diz respeito à intervenção de enfermagem, sugere-se mais investimento no desenvolvimento de pesquisa e na formação dos profissionais de saúde. Tenho como perspetiva futura a implementação do algoritmo da ferida cirúrgica infetada e o tratamento no hospital B, no serviço de ortopedia, onde exerço funções. Para além disto, a realização deste percurso motivou-me ainda mais para aprofundar a minha formação e conhecimentos, no âmbito da Enfermagem Oncológica, sendo algo a que pretendo dar continuidade no futuro.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, Wilson Correia (2008) – Transições e contextos multiculturais: Contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais. Coimbra: Formasau, 126 p. ISBN 978-972-8485-96-2.
- Alarcão, I. (2001). Formação Reflexiva. *Revista Referência*, 6, 53-59.
- American Cancer Society (2018). Surgery for Soft Tissue Sarcomas. Acedido em 12-06-2018. Disponível em <https://www.cancer.org/cancer/soft-tissue-sarcoma/treating/surgery.html#references>
- Apóstolo, J., Batista, A., Macedo, C. & Pereira, E. (2006). Sofrimento e conforto em doentes submetidas a quimioterapia. *Revista Referência*. II série (3), 55- 64.
- Atkinson, R., Lui, S., & Ousey, K. (2013). Preventing and treating surgical site infection in patients with spinal metastatic disease. *Wounds UK*, 9(2), 74–78.
- Awad, T., Butcher, M. (2013). Handling the sequelae of breast cancer treatment: use of NPWT to enhance patient independence. *Journal of Wound Care*, 22(3), 162, 164–166. <https://doi.org/10.12968/jowc.2013.22.3.162>
- Baehring, E., McCorkle, R. (2012). Postoperative complications in head and neck cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(6), 203–210.
- Baile, W., Parker, P. (2011). *Breaking bad news*. In Kissane, D., Bultz, B., Butow, P. & Finlay, I. (Ed.) *Handbook of Communication in Oncology and Palliative Care* (p. 101 - 112). Oxford: Oxford University Press.
- Borges, E. L., Pires Júnior, J. F., Abreu, M. N. S., Lima, V. L. de A., Silva, P. A. B., & Soares, S. M. (2016). Factors associated with the healing of complex surgical wounds in the breast and abdomen: retrospective cohort study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24(0). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1398.2811>
- Chang, Y. e Tay, A., (2011). A case series on management of complex scalp wounds. *Wound Practice and Research*. 174–178
- Cheong, J. Y., Goltsman, D., Warriar, S. (2016). A New Method of Salvaging Breast Reconstruction After Breast Implant Using Negative Pressure Wound Therapy and Instillation. *Aesthetic Plastic Surgery*, 40(5), 745–748. <https://doi.org/10.1007/s00266-016-0668-z>

Consulta da equipa intra-hospitalar de feridas (2018). História, missão, objetivos, funcionamento e alguns dados estatísticos. Hospital A

D'Hondt, M., De Hondt, G., Malisse, P., Vanden Boer, J., Knol, J. (2009). Chronic pelvic abscedation after completion proctectomy in an irradiated pelvis: Another indication for ENDO-sponge treatment? *Techniques in Coloproctology*, 13(4), 311–314. <https://doi.org/10.1007/s10151-009-0505-3>

Decreto-lei 104/1998 de 21 de abril. Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respetivo Estatuto. *Diário da República, série I-A nº 104*, 1739-1757.

Decreto-lei 74/2006 de 24 de março. Referente aos graus, títulos e equivalências. *Diário da República, série I-A nº 60*, 2242-2256.

Direção Geral da Saúde (2014). *Portugal – Doenças Oncológicas em Números, 2014 - Programa Nacional para as Doenças Oncológicas*. Lisboa: DGS

Direção Geral de Saúde (2017). *Programa nacional das doenças oncológicas*, Lisboa: DGS

EONS Cancer Nursing Education Framework (2018). ©European Oncology Nursing Society (EONS)

Godinho, N. (2017). Guia de elaboração de trabalhos escritos referências bibliográficas e citações: normas APA e ISO 690 (np 405). ESEL. Divisão do centro de Documentação e Bibliotecas

Guimarães, M. Silva, L. (2016). Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem. Acedido em 25-06-2018. Disponível em <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>

Hassel, K., Andersson, K., Koinberg, I. L., Wennstrom, B. (2016). Postoperative wound infections after a proctectomy. Patient Experiences. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 11, 1–10.

Holt, R., Murphy, J. (2015). PICO™ incision closure in oncoplastic breast surgery: a case series. *British Journal of Hospital Medicine*, 76(4), 217–223.

International consensus (2012). Optimising wellbeing in people living with a wound. An expert working group review. London: *Wounds International*.

José, H. (2008). *Resposta humana ao humor: Quando o humor integra o agir profissional dos enfermeiros*. Doutoramento em enfermagem. Universidade de Lisboa.

Kearney, Nora; Richardson, Alison (2006) - Nursing patients with cancer: principles and practice. Edinburgh: Elsevier. XX, 861 p. ISBN 0-443-07288-4

Leão, M., Albuquerque, E. (2015). Cuidados Paliativos em Oncologia. In Albuquerque, E. & Cabral, A. (Coord.) *Psico - oncologia – Temas Fundamentais*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas Lda., 73 – 84.

Leiboff, A. R. (2014). Vertically drained closed incision NPWT. A novel method for managing surgical incisions: a case series. *Journal of Wound Care*, 23(12), 623–629. <https://doi.org/10.12968/jowc.2014.23.12.623>

Li, D., Guo, W., Qu, H., Yang, R., Tang, X., Yan, T., ... Dong, S. (2013). Experience with wound complications after surgery for sacral tumors. *European Spine Journal*, 22(9), 2069–2076. <https://doi.org/10.1007/s00586-013-2765-x>

Matiasek, J., Djedovic, G., Unger, L., Beck, H., Mattesich, M., Pierer, G., ... Rieger, U. M. (2015). Outcomes for split-thickness skin transplantation in high-risk patients using octenidine. *Journal of Wound Care*, 24(Sup6), S8–S12. <https://doi.org/10.12968/jowc.2015.24.Sup6.S8>

Meleis A., Sawyer, L., Im E., et al. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging MiddleRange Theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28.

Meleis A.I. (2007). *Theoretical nursing: development e progress*. 4. Ed. Philadelphia: Lippincott, 832p.

Meleis, A. (2010) - *Transitions theory : middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York : Springer Publishing Company, cop. XXII, 641 p. . ISBN 978-0-8261-0534-9

Miwa, S., Shirai, T., Yamamoto, N., Hayashi, K., Takeuchi, A., Tada, K., ... Tsuchiya, H. (2017). Risk factors for postoperative deep infection in bone tumors, *PLoS ONE* 12(11). 1-1 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187438>

- Naylor, W., Laverty, D., Mallett, J. (2001). *The royal marsden hospital handbook of wound management in cancer care*. London: Blackwell Science. ISBN 0-632-05751-3
- NICE (2008) Surgical Site Infection: Prevention and Treatment of Surgical Site Infection (CG74). NICE, Londres
- Ordem dos Enfermeiros (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise dos casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos enfermeiros (2010). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Aprovado em Assembleia Geral de 29 de maio de 2010
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. Lisboa: OE.
- Otto, Shirley E. (2000) - *Enfermagem em oncologia*. 3ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-12-6
- Paydarfar, J., Birkmeyer, N. (2006). Complicações na cabeça e pescoço cirurgia: Uma meta-análise de fístula postlaryngectomy faringocutânea. *Archives of Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 132, 67-72. DOI: 10,1001 / archotol.132.1.67
- Peled, Y., Krissi, H., Sabah, G., Levavi, H., Eitan, R. (2013). Disrupted abdominal laparotomy wounds in gynaecologic oncology patients: benefits of active surgical re-closure. *Journal of Wound Care*, 22(1), 40–42.
- Pereira S., Ângelo, P., Ferreira, L. (2012). Honey as a topical treatment for wounds. *Wounds UK*, 8(2), 97–100.
- Phaneuf, M. (2002). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusodidacta.
- Queirós, Paulo Joaquim Pina (2011) - *Enfermagem, Ciência Humana Prática*. Sinais Vitais. Coimbra. ISSN 0872-8844. Nº97 p.13-16.
- Regateiro, Fernando J., et al. (2004) - *Enfermagem oncológica*. Coimbra: Formasau. 228 p. ISBN 972-8485-41-7

Sandy-Hodgetts, K., Carville, K., & Leslie, G. D. (2018). Surgical wound dehiscence: A conceptual framework for patient assessment. *Journal of Wound Care*, 27(3). <https://doi.org/10.12968/jowc.2018.27.3.119>

Santos, A. et al. (2010) Avaliação e tratamento de feridas: o conhecimento de acadêmicos de enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*, 4, 547-552.

Santos, M. J. (2013) *Feridas oncológicas em cuidados paliativos*. Dissertação de mestrado. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Porto Alegre

Silva, R., Figueiredo, N., Meireles, I. (2010). Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem. 2. Ed. São Caetano do Sul: Yendis. 580p.

Squizatto, R. H., Braz, R. M., Lopes, A. D. O., Rafaldini, B. P., Almeida, D. B. De, Antonia, N., & Poletti, A. (2017). Perfil dos usuários atendidos em ambulatório de cuidado com feridas, 22(1), 1–9.

Teixeira, S. (2005). *Gestão das Organizações*. 2ª Ed. Lisboa: Dashofer Holding Lda. E Verlag Dashofer, Edições Profissionais Sociedade.

The Joanna Briggs Institute (2015). *Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews*. Austrália: The Joanna Briggs Institute.

World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). (2016). Closed surgical incision management: Understanding the role of NPWT. *Wounds International*.

World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). (2018). Surgical wound dehiscence Improving prevention and outcomes. *Wounds International*.

# **APÊNDICES**

# **APÊNDICE I**

**Questionário da sondagem de opinião**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**

**9º CURSO MESTRADO E PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM  
MÉDICO-CIRÚRGICA NA VERTENTE ONCOLÓGICA**

**QUESTIONÁRIO**

No âmbito da realização do pré-projeto da unidade curricular, Opção II deste curso de mestrado e pós-licenciatura, irei realizar um percurso de desenvolvimento de competências de enfermeira especialista com vista à promoção da melhoria de cuidados no serviço onde exerço funções. Assim, com o presente questionário, pretendo identificar as áreas que a equipa considera necessário aprofundar, de forma a melhorar os cuidados prestados à pessoa com doença oncológica e família.

Para tal, peço a vossa colaboração no preenchimento deste questionário, com a garantia de anonimato e confidencialidade das respostas. Os resultados deste questionário serão utilizados como um instrumento orientador para o planeamento do projeto que irei desenvolver, almejando envolver a equipa de enfermagem no mesmo.

Agradeço, desde já a vossa colaboração.

Sara Simão

- 
- 1- Idade \_\_\_\_\_
  - 2- Nível de formação \_\_\_\_\_
  - 3- Tempo de experiência em enfermagem \_\_\_\_\_
  - 4- Tempo de experiência na Ortopedia \_\_\_\_\_
  - 5- Tem experiência na área de oncologia? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_
    - 5.1 Se sim, quanto tempo? \_\_\_\_\_
    - 5.2 Em que área de oncologia? \_\_\_\_\_

6- Quais as dificuldades que tem sentido na prestação de cuidados ao doente oncológico X?

---

---

---

Qual destes temas necessita de aprofundar para uma melhor prestação de cuidados ao doente oncológico e família?

\_\_\_\_\_ “Transmitir e gerir e más notícias”

\_\_\_\_\_ “Intervenção de enfermagem à pessoa com doença oncológica com ferida cirúrgica”

\_\_\_\_\_ “Intervenção de enfermagem à pessoa com doença oncológica com ferida maligna”.

\_\_\_\_\_ Outro.

7.1- Se a opção é OUTRO, qual? \_\_\_\_\_

---

Obrigada!

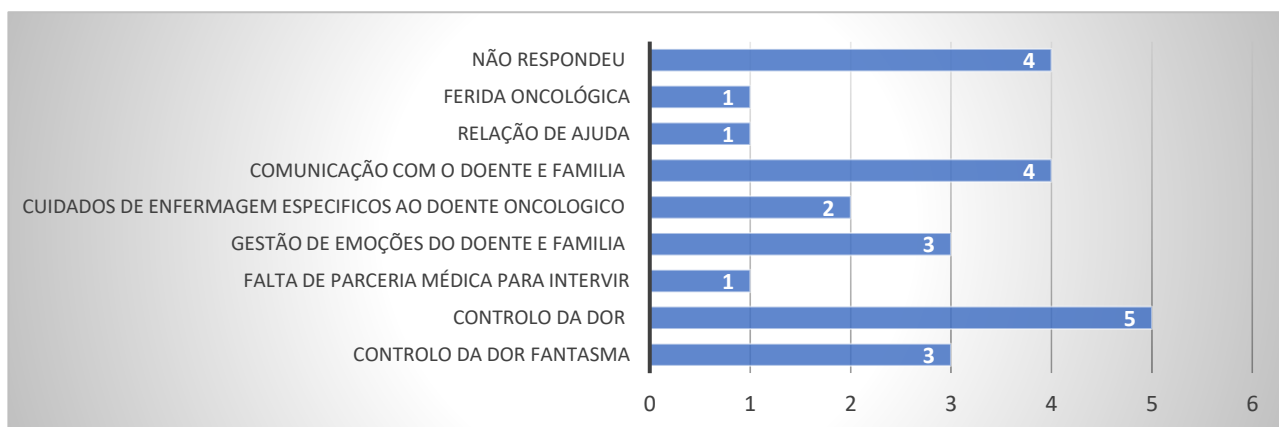
## **APÊNDICE II**

**Resultados da sondagem de opinião**

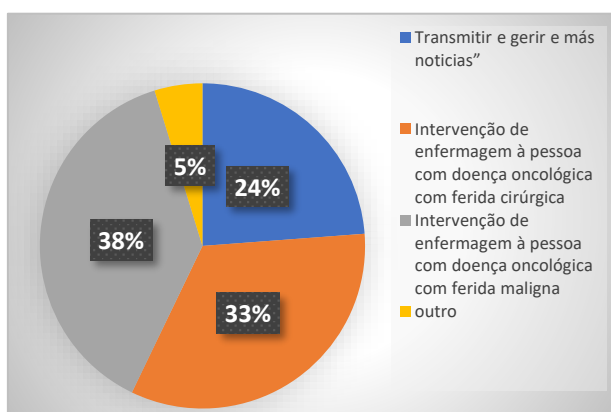
## RESULTADOS DA SONDAGEM DE OPINIÃO

Entre o dia 13 de abril de 2018 e 18 de abril de 2018 foi proposto à equipa de enfermagem do serviço de Ortopedia do Hospital B que preenchesse de forma individual um questionário. Este tinha como objetivo identificar as áreas que a equipa considera necessário aprofundar, de forma a melhorar os cuidados prestados à pessoa com doença oncológica e família.

No primeiro gráfico (Gráfico 1) apresento a resposta da equipa em relação às dificuldades sentidas na prestação de cuidados ao doente oncológico.



**Gráfico 1** - Dificuldades sentidas pela equipa de enfermagem na prestação de cuidados ao doente oncológico no serviço de Ortopedia



Neste gráfico (Gráfico 2) apresento os temas que a equipa selecionou como tema de formação para melhorar a prestação de cuidados. De salientar que nesta opção cada pessoa podia selecionar mais que uma opção.

**Gráfico 2** – Temas que necessitam de formação para melhorar a prestação de cuidados de enfermagem ao doente oncológico no serviço de Ortopedia

## **APÊNDICE III**

**Intervenção de enfermagem à pessoa com doença oncológica com ferida cirúrgica  
infetada e/ou com deiscência – *scoping review***

# INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA COM FERIDA CIRÚRGICA INFETADA E/OU COM DEISCÊNCIA – *SCOPING REVIEW*

## ***BACKGROUND***

A doença oncológica apresenta, no nosso país, um aumento crescente de cerca de 3% por cada ano. Este aumento resulta de fatores como o envelhecimento da população, pelo aumento da taxa de sucesso no tratamento desta doença e de outras patologias que, conseqüentemente, aumentam a probabilidade do aparecimento de novas neoplasias (Direção Geral de Saúde, 2017).

O cancro é reconhecido como um problema de saúde pública com necessidade de intervenção multidisciplinar face a todas as complicações inerentes em todas as fases desta doença, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da pessoa, reduzir a mortalidade e a incidência de novos casos (Santos, 2013). O diagnóstico de novos casos de cancro ultrapassou os 50 000 em 2015 e, conseqüentemente, o aumento ao recurso do processo terapêutico que inclui a atividade cirúrgica e o consumo de medicamentos oncológicos. Entre 2009 a 2013 houve um aumento da atividade cirúrgica no que diz respeito às neoplasias malignas em Portugal de cerca 6,1% e o aumento do consumo de medicamentos oncológicos, pelo SNS (Serviço Nacional de Saúde), principalmente os Citotóxicos e Imunomoduladores, correspondendo a opções terapêuticas mais dirigidas. Além da cirurgia e dos medicamentos oncológicos, também a radioterapia é um tratamento importante na doença oncológica.

Segundo *American Cancer Society* (2018), a cirurgia é um dos tratamentos que tem como objetivo remover o tumor com pelo menos 1 a 2 cm do tecido normal à sua volta. Após a sua remoção é realizada uma análise ao tecido removido para perceber se há crescimento de células cancerígenas nas suas margens. Face a isto, as margens podem ser positivas ou negativas. Positivas se forem encontradas células cancerígenas nas pontas do tecido removido, o que significa que, provavelmente, o tumor não foi todo removido e necessita de tratamento como radioterapia ou outra cirurgia. Se não existem células cancerígenas na análise às pontas do tecido removido, as margens são negativas ou claras.

A quimioterapia destrói as células cancerígenas, mas também danifica algumas células normais, causando efeitos adversos como a náusea e o vômito, a perda de apetite, alopecia, aftas, fadiga e baixas contagens de células sanguíneas. Com isto, existe uma

maior probabilidade de infecção, hemorragias ou hematomas e caquexia. A radioterapia quando administrada antes da cirurgia, pode causar problemas na cicatrização de feridas (American Cancer Society, 2018). As feridas são causadas por agentes físicos, químicos e biológicos e podem ser extrínsecos (por cirurgia, trauma, zona de pressão ou isquemia externa) e intrínsecos (por infecção, alterações vasculares, isquemia interna, zona de pressão interna, alterações metabólicas e neoplasias) (Cortês, 2013).

O próprio tratamento do cancro é um obstáculo à cicatrização da ferida pela utilização de tratamentos como quimioterapia, radioterapia e imunossuppressores. A quimioterapia inibe a divisão de células e síntese de proteínas, a qual condiciona a resposta inflamatória. Os imunossuppressores diminuem a atividade dos leucócitos e aumentam o risco de infecção. A radioterapia altera a reprodução celular e pode causar danos capilares locais. Além disto, a presença de astenia e má-nutrição, a alteração da coagulação, da angiogénese e reepitelização são fatores que dificultam a cicatrização da ferida na pessoa com doença oncológica (Naylor, Laverty, Mallett, 2001).

A pessoa com doença oncológica submetida a intervenção cirúrgica, face aos fatores descritos anteriormente, pode apresentar complicações pós-operatórias no que diz respeito à cicatrização da ferida cirúrgica. Uma das complicações mais comuns é a infecção do local cirúrgico. Segundo Miwa, et al (2017) as causas da ferida cirúrgica infetada após ressecção do tumor são: a imunossupressão, a desnutrição, a alteração da constituição dos tecidos moles, o tempo de cirurgia longo, as transfusões sanguíneas, a neutropenia, a quimioterapia pós-operatória e o uso de cateteres venosos centrais e periféricos. Também, segundo Santos (2013), a cicatrização do tecido fica comprometido a partir do momento em que existe uma doença oncológica pelas alterações de carácter químico.

Outra das complicações pós-operatórias é a ferida cirúrgica com deiscência. O impacto desta complicação é significativo pelo aumento da mortalidade, aumento do tempo de internamento hospitalar, a possibilidade de uma nova cirurgia, o tratamento adjuvante tardio, alteração da imagem corporal e bem-estar psicossocial. Por isto, é importante uma intervenção de enfermagem efetiva à pessoa com ferida cirúrgica, no que diz respeito à identificação, prevenção e gestão. O uso de Terapia por Pressão Negativa em doentes com alto risco de comprometimento na cicatrização, como é o caso da pessoa com doença oncológica, é uma das estratégias preventivas para a ferida cirúrgica com deiscência (WUWHS, 2018).

A ferida cirúrgica infetada pode causar deiscência pois a infecção aumenta a produção de enzimas por células imunes e bactérias que podem interromper a cicatrização e enfraquecer os tecidos da ferida. Segundo estes autores, além de fatores locais (por exemplo, a isquemia ou a contaminação) os fatores sistémicos como o stress, as comorbilidades, a quimioterapia, a radioterapia e o tabagismo são fatores que comprometem e retardam a cicatrização da ferida cirúrgica (WUWHS, 2018).

O cuidado à pessoa com doença oncológica com ferida, geralmente é duradouro e é importante que seja adequado, pois envolve procedimentos de alta complexidade (Santos, 2013) e que nem todos os profissionais de saúde, equipas multidisciplinares e até mesmo instituições estão despertos para este problema. O incorreto diagnóstico de uma ferida e a utilização de um tratamento inadequado prolonga o tratamento, ameaça a perda total ou parcial da capacidade funcional dessa parte do corpo ou até mesmo do doente com impacto negativo das diversas dimensões tais como a social e emocional, tanto do doente como da sua família (Santos, 2013).

Segundo a Academia Nacional de Cuidados Paliativos em 2009 citado por Azevedo, Costa, Torres e Júnior (2014), a presença de ferida num doente oncológico que não cicatriza ou apresenta complicações na cicatrização significa mau prognóstico da doença e exige cuidados específicos para aliviar sintomas e diminuir complicações. Numa situação de transição de saúde-doença, o impacto da ferida e das suas complicações na vivência desta pessoa que está em processo de adaptação à doença oncológica, é mais um aspeto que pode comprometer esta transição, o seu conforto e bem-estar. Assim, torna-se necessário que a equipa de enfermagem esteja desperta para este cuidado específico e que possuam conhecimentos acerca deste tipo de lesões, a sua fisiologia e dos materiais disponíveis e tratamentos adequados.

O tratamento da ferida através da realização do penso é uma das tarefas e competências do enfermeiro que engloba também o conhecimento para identificar, avaliar e tratar estas feridas e simultaneamente proporcionar cuidados personalizados e individualizados à pessoa e à família (Santos et al, 2010). A intervenção de enfermagem consiste na promoção de conforto, confiança, bem-estar e qualidade de vida, diminuindo, assim, o isolamento social (Silva, Figueiredo e Meireles, 2010).

Na pesquisa efetuada sobre a intervenção de enfermagem à pessoa com doença oncológica com ferida cirúrgica infetada e/ou com deiscência, encontrou-se pouca

literatura e nenhuma revisão da literatura sobre o tópico referido. Assim, torna-se pertinente mapear o conhecimento sobre a intervenção de enfermagem à pessoa com doença oncológica com ferida cirúrgica infetada e/ou com deiscência.

Procedi à elaboração desta revisão *scoping* tendo em consideração a metodologia definida pelo Instituto Joanna Briggs (The Joanna Briggs Institute, 2015).

## QUESTÃO DE REVISÃO

A questão desta revisão foi construída de acordo com a mnemónica PCC: População, Conceito, Contexto, respetivamente.

Para a elaboração desta revisão foi formulada a seguinte questão:

*Qual a intervenção de Enfermagem à pessoa com doença oncológica com ferida cirúrgica infetada e/ou com deiscência?*

Surge assim uma questão de revisão com os diversos elementos bem delineados: População (P) – pessoa com doença oncológica; Conceito (C) – intervenção de enfermagem à ferida cirúrgica e/ou com deiscência; Contexto (C) – em todos os contextos da prática.

## OBJETIVOS

Os objetivos desta *scoping* são: mapear o conhecimento existente sobre a intervenção de enfermagem à pessoa com doença oncológica com ferida cirúrgica infetada e/ou com deiscência; identificar áreas de investigação futuras no âmbito referido.

## CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

<b>CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO</b>	<b>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO</b>	<b>CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO</b>
<b>Tipos de texto</b>	Podem ser incluídos todo o tipo de textos, desde que seja possível acesso à sua totalidade.	Documentos em que não se tenha acesso ao texto completo.
<b>Datas</b>	Entre janeiro de 2007 a junho de 2018	Datas prévias a 2007.
<b>Idiomas</b>	português; inglês; francês; espanhol.	Idioma que não seja o inglês, francês, espanhol e português.
<b>Participantes</b>	Pessoas com doença oncológica, com idade igual ou superior a 19 anos de idade*; Familiares/pessoas significativas da pessoa com	Pessoas com idade inferior a 19 anos. Pessoa com doença oncológica; Familiares/pessoas significativas de pessoas com

	doença oncológica e de idade igual ou superior a 19 anos*. Enfermeiros e outros profissionais de saúde que tenham cuidado de pessoas com doença oncológica com ferida cirúrgica infetada e/ou com deiscência.	doença não oncológica ou de idade inferior a 19 anos.
<b>Conceitos</b>	Que aborde a intervenção de enfermagem à pessoa com doença oncológica com ferida cirúrgica infetada e/ou deiscência.	Mesmo que determinado documento aborde a temática da ferida, o facto de não mencionar a intervenção de enfermagem irá constituir um critério de exclusão.
<b>Contexto</b>	Em todos os contextos da prática (hospital, domicílio, ambulatório, centro de saúde, entre outros)	

**Tabela 1-** Critérios de Inclusão e exclusão para a seleção dos textos da revisão.

\*Nas bases de dados eletrónicas CINAHL e na MEDLINE são definidos como “todos os adultos”, pessoas com idade igual ou superior a 19 anos.

## **ESTRATÉGIA DE PESQUISA**

A estratégia de pesquisa utilizada permitiu mapear estudos publicados, entre janeiro de 2007 a junho de 2018. A pesquisa procura responder à questão de revisão formulada e foi realizada nas bases de dados eletrónicas CINAHL e MEDLINE, da plataforma EBSCOhost Integrated Search. Foi também utilizada a pesquisa no repositório comum disponibilizado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Inicialmente, foi realizada uma pesquisa com as palavras em linguagem natural “cancer patients”, “surgical wound care”, “surgical wound dehiscence” e “surgical wound infection”, nas bases de dados MEDLINE e CINAHL. Da análise dos títulos e resumos dos mesmos, obteve-se mais uma palavra acerca da temática - *Postoperative Complications*. Esta palavra veio enriquecer as palavras-chave inicialmente selecionadas e sugeridas neste protocolo: *Cancer patients; Cancer; Surgical Wound Care; Postoperative Complications; Surgical Wound Infection; Surgical Wound Dehiscence*.

Após isto, foram encontrados os termos de indexação correspondentes às palavras-chaves definidas para a pesquisa, nos dicionários de indexação das bases de dados MEDLINE (MeSH) e CINAHL (Headings).

Utilizando a plataforma EBSCO, na base de dados CINAHL Plus with Full Text, surgiram os seguintes descritores: (MH "Neoplasms+") (MH "Cancer Patients") (MM "Surgical Wound Care+") (MH "Postoperative Complications+") (MH "Surgical Wound Infection") (MM "Surgical Wound Dehiscence"). Foi utilizada a opção da pesquisa avançada, recorrendo aos operadores booleanos AND e OR para realizar o cruzamento dos diferentes termos e igualmente selecionadas as opções de “Full Text” e de “Datas de Publicação” compreendidas entre 2007 e 2018, com o idioma português, inglês, francês e espanhol. Esta pesquisa está demonstrada na tabela 2, no qual foram selecionados 17 artigos após colocar os limitadores de pesquisa.

PESQUISA	TERMOS DE PESQUISA	OPÇÃO DE PESQUISA	RESULTADOS
S1	(MH "Surgical Wound Care+")	Modos de Pesquisa-Boleano/Frase	(1,173)
S2	(MH "Surgical Wound Dehiscence") OR (MH "Surgical Wound Infection") OR (MH "Postoperative Complications+")	Modos de Pesquisa-Boleano/Frase	(87,420)
S3	(MH "Neoplasms+")	Modos de Pesquisa-Boleano/Frase	(418,231)
S4	(MH "Cancer Patients")	Modos de Pesquisa-Boleano/Frase	(26,196)
S5	S3 OR S4	Modos de Pesquisa-Boleano/Frase	(431,775)
S6	S1 AND S2 AND S5	Limiters - Full Text; Published Date: 20070101-20181231 Search modes - Boolean/Phrase	(17)

**Tabela 2** – pesquisa na base de dados CINAHL

Na pesquisa na base dados MEDLINE (tabela 3), foi selecionada a opção “*Medical Subject Headings (MeSH)*” para pesquisar os termos indexados. Considerando tanto os termos em linguagem natural como os indexados, a pesquisa foi efetuada com seguintes descritores: (MH "Neoplasms+") (MH "Patients+") (MH "Surgical Wound Infection") (MH "Postoperative Complications+") (MM "Surgical Wound Dehiscence") (MH

"Wound Closure Techniques+"). Aqui, foi igualmente utilizada a opção da pesquisa avançada, recorrendo aos operadores *booleanos* AND e OR para realizar o cruzamento dos diferentes termos. Foram igualmente selecionadas as opções “Full Text” e de “Datas de Publicação” compreendidas entre 2007 a 2018 e com os mesmos idiomas referidos na pesquisa anterior.

Na base de dados MEDLINE não se encontrou o descritor para “pessoa com doença oncológica”, e, por isso, foi utilizado o cruzamento (MH "Neoplasms+") OR (MH "Patients+") e para o tratamento de feridas foi utilizado o descritor (MH "Wound Closure Techniques+").

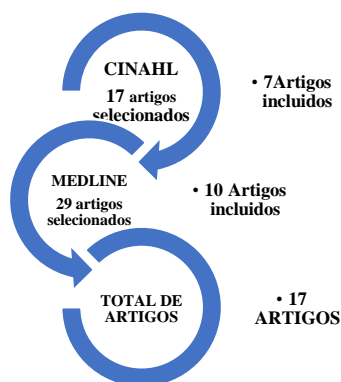
PESQUISA	TERMOS DE PESQUISA	OPÇÃO DE PESQUISA	RESULTADOS
S1	(MH "Neoplasms+")	Modos de Pesquisa-Boleano/Frase	(57,118)
S2	(MH "Patients+")	Modos de Pesquisa-Boleano/Frase	(3,053,272)
S3	(MH "Postoperative Complications+") OR (MH "Surgical Wound Infection") OR (MH "Surgical Wound Dehiscence")	Modos de Pesquisa-Boleano/Frase	(496,453)
S4	(MH "Wound Closure Techniques+")	Modos de Pesquisa-Boleano/Frase	(47,417)
S5	S1 OR S2	Modos de Pesquisa-Boleano/Frase	(3,107,117)
S6	S3 AND S4 AND S5	Limiters - Full Text; Date of Publication: 20070101-20181231 Search modes - Boolean/Phrase	(190)
S7	(MH "Wound Healing+")	Modos de Pesquisa-Boleano/Frase	(115,023)
S8	S5 AND 67	Limiters - Full Text; Date of Publication: 20070101-20181231 Search modes - Boolean/Phrase	(29)

**Tabela 3** – Pesquisa na base dados MEDLINE

Após a leitura dos títulos e resumos dos 190 artigos encontrados com os descritores (MH "Postoperative Complications+") OR (MH "Surgical Wound Infection") OR (MH "Surgical Wound Dehiscence") AND (MH "Patients+") OR (MH "Neoplasms+") AND (MH "Wound Closure Techniques+"), compreendi que não respondia à questão de investigação formulada por esta revisão. Como tal, procurei outro descritor para o “tratamento da ferida” em que na base de dados MEDLINE é (MH "Wound Healing+"). Com o cruzamento deste descritor com os anteriores consegui artigos que correspondiam aos critérios de inclusão e que dão resposta à questão, sendo selecionados 29 artigos para leitura integral.

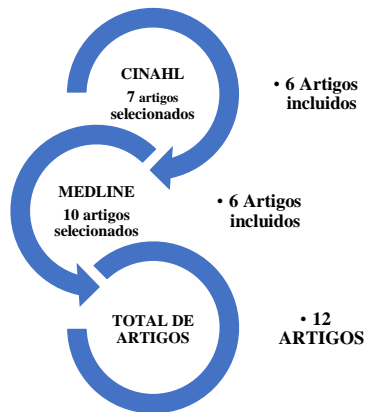
A pesquisa no repositório comum disponibilizado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, em que após inserir os dados de pesquisa referidos, “ferida cirúrgica” “doente oncológico” “cuidados de enfermagem” e após a leitura dos títulos e resumos, as teses encontradas não davam resposta à questão de investigação.

Foi realizada uma leitura do título e resumo dos artigos selecionados na CINAHL (17 artigos) e na MEDLINE (29 artigos), e os que não satisfaziam aos critérios de inclusão ou artigos repetidos foram eliminados. Esta seleção é demonstrada na Ilustração 1.



**Ilustração 1** – Fluxograma da contagem de artigos incluídos na revisão scoping.

Após leitura integral dos 17 artigos selecionados, foi excluído um artigo da base de dados da CINAHL e três artigos da base dados MEDLINE por não satisfazerem os critérios de inclusão, tendo sido selecionados um total de 12 artigos para esta *scoping*. Sendo que foi feita exclusão de artigos a partir da leitura integral, apresenta-se novamente o fluxograma atualizado (Ilustração 2) com a seleção de artigos por base de dados.



**Ilustração 2** – Fluxograma atualizado da contagem de artigos incluídos na revisão *scoping*

## **EXTRACÇÃO DOS RESULTADOS**

O processo de extração de dados fornece um resumo lógico e sintetizado dos artigos. Foi construído um quadro com o registo do título, autores e ano de publicação, o objetivo, o tipo de texto ou metodologia, os participantes, os resultados e as implicações para a enfermagem. No quadro 4, que se segue, está exposto cada um dos artigos.

Nº	Título, autores e ano	Objetivo	Tipo de texto/metodologia	Participantes	Resultados	Implicações para a enfermagem
1	<p>“Disrupted abdominal laparotomy wounds in gynaecologic oncology patients: benefits of active surgical re-closure”</p> <p>(Peled, Y. et al - 2013)</p>	<p>Avaliar os benefícios do reencerramento cirúrgico ativo de feridas com deiscência após laparotomia em um serviço de oncologia ginecológico em Israel.</p>	<p>Estudo prospetivo não comparativo</p>	<p>Todos os doentes com deiscência da ferida após laparotomia no serviço de ginecologia e diagnóstico de um centro médico terciário em Israel, de novembro de 2009 a dezembro de 2011</p>	<p>197 doentes foram submetidos a laparotomia, dos quais 31 (16%) desenvolveram deiscência da ferida.</p> <p>A deiscência da ferida ocorreu em uma média de 6 dias pós-operatório.</p> <p>O reencerramento de feridas foi realizado 2 a 7 dias após o diagnóstico de deiscência.</p> <p>26 feridas (84%) apresentaram cicatrização (n = 21, 68%) ou cicatrização parcial (n = 5, 16%).</p> <p>As restantes cinco feridas (16%) não cicatrizaram.</p> <p>Todos os doentes com deiscência da ferida receberam o mesmo tratamento conservador por 48 a 96 horas, aplicação no tecido subcutâneo lateral de compressa embebida com soro fisiológico e este procedimento foi repetido duas vezes ao dia por 48-96 horas, seguida de novo encerramento usando a mesma técnica.</p> <p>A causa da deiscência da ferida foi a formação de hematomas em três doentes, a formação de seroma em um doente e infecção em um doente.</p>	<p>Em cirurgia oncológica, um menor tempo de cicatrização da ferida, facilita a administração oportuna de terapia adjuvante, se necessário. O papel do enfermeiro está implícito nos resultados deste estudo, uma vez que é necessário identificar a deiscência da ferida, aplicar o tratamento conservador e preparar o doente para o reencerramento da ferida.</p>
2	<p>“Preventing and treating surgical site infection in patients with</p>	<p>Resumir as intervenções da literatura publicada que descrevam as</p>	<p>Revisão sistemática da literatura</p>	<p>7 ensaios clínicos randomizados e não-randomizados com as intervenções para</p>	<p>Recomendam utilizar as diretrizes de prevenção e tratamento da Infecção do Local Cirúrgico (ILC) estabelecidos pela NICE (<i>National</i></p>	<p>O enfermeiro deve seguir as diretrizes para prevenção e tratamento da ferida</p>

	<p>spinal metastatic disease”</p> <p>(Atkinson, R.; Lui, S.; Ousey, K. – 2013)</p>	<p>medidas de prevenção ou tratamento da ferida cirúrgica infetada em doentes submetidos a cirurgia para aliviar os sintomas da compressão da medula espinhal metastático.</p>		<p>prevenir ou tratar a ferida cirúrgica infetada em doentes submetidos a cirurgia para aliviar os sintomas da compressão da medula espinhal metastático. Sete relatórios foram incluídos.</p>	<p><i>Institute for Health and Clinical Excellence</i>).</p> <p>Administração de antibioterapia profilática;</p> <p>Administração de prostaglandina-E no pós-operatório também revelou reduzir a taxa de infeção do local cirúrgico.</p> <p>A preparação da pele com clorhexidina em álcool em vez de iodopovidona.</p> <p>Também a cirurgia com técnica de retalho do músculo permite reconstruir a anatomia, preservar a aparência, restaurar a função e melhorar a qualidade de vida do doente.</p>	<p>cirúrgica infetada com base na evidência científica mais atualizada e eficaz. Faz parte das funções dos enfermeiros a administração de terapêutica.</p> <p>Preparação do doente no pré, intra e pós-operatório.</p>
3	<p>“Using Honey-based dressings in post-operative wound dehiscence”</p> <p>(Pereira, S., Ângelo, P., Ferreira, L. - 2012)</p>	<p>Comprovar a eficácia de apósitos com mel na cicatrização da ferida cirúrgica complicada em doentes com antecedentes de hábitos tabágicos, etanólicos e prévia realização de radioterapia.</p>	<p>Estudo de caso</p>	<p>Homem com 47 anos, fumador, com hábitos etanólicos, Hipertensão (HTA) e arritmia. Submetido a laringofaringectomia por tumor. No 4º dia do pós-operatório desenvolveu hematoma que o levou novamente ao bloco operatório. Após a 2ª ida ao bloco desenvolveu deiscência da sutura e necrose. Tratamento a ferida com limpeza com soro fisiológico, aplicação de L-Mesitran e como</p>	<p>O mel foi bem tolerado pelo doente com aumento do conforto e diminuição da sensação de dor. Diminuiu o odor e desbridou a ferida. Uma semana depois do início do tratamento, a ferida mostrou tecido de granulação e epitelização.</p> <p>Este resultado verificou-se em outros 20 doentes com esta patologia e co-morbilidades, e este apósito integrou no protocolo do tratamento deste tipo de feridas.</p>	<p>Com base na evidência científica, o enfermeiro pode sugerir a aplicação deste apósito e realizar o tratamento.</p> <p>Além de fazer penso, deve vigiar o efeito do mel na ferida, a tolerância do doente, caracterizar a ferida e avaliar o seu efeito, no que diz respeito à cicatrização.</p>

				penso secundário uma hidrofibra.		
4	“Postoperative Complications in Head and Neck Cancer” (Baehring, E., McCorkle R. – 2012)	Descrever o papel da cirurgia como tratamento primário para o cancro da cabeça e pescoço e as complicações pós-operatórias, fatores relacionados ao desenvolvimento de complicações, suas implicações clínicas e de gestão.	Revisão sistemática da literatura	28 artigos incluídos na revisão.	A cirurgia reduz o tamanho do tumor, melhora a qualidade de vida, e permite a continuação da terapia com radiação ou quimioterapia. As complicações podem ser divididas em gerais e específicas. As complicações cirúrgicas gerais afetam os sistemas cardiovascular, respiratório, neurológico, gastrointestinal e renal. As complicações cirúrgicas comuns são a disartria, disfagia, infecção da ferida, atraso na cicatrização, deiscência da ferida, e hemorragia. Sintomas como a dor, náuseas, vômitos e febre são importantes e devem ser geridos pelo seu efeito negativo na homeostasia e na cicatrização de feridas. Os défices nutricionais podem ter um impacto sobre a cicatrização da ferida, o risco de infecção, a imunossupressão e a função neurológica, por isso deve haver um plano de dieta que garanta a nutrição e hidratação adequada. Existe uma necessidade de desenvolver diretrizes para a prevenção, tratamento e gestão de complicações.	Os enfermeiros intervêm na prevenção, deteção e tratamento de complicações pós-operatórias. Realização de uma colheita de dados completa e que ajude a prevenir/gerir os fatores que provoquem as complicações. Controlo rigoroso dos sinais vitais, hematócrito, a oxigenação, a ingestão e saída de líquidos e alimentos e o equilíbrio eletrolítico, principalmente nas primeiras 12h após a cirurgia. Gerir a dieta do doente. Criação de diretrizes para a prevenção, tratamento e gestão de complicações pós-operatórias.
5	“Surgical treatment of low rectal	Descrever os tratamentos atuais	Estudo descritivo	Doentes submetidos a excisão abdominoparietal do	Os retalhos regionais têm sido recomendados para reduzir a taxa de complicações da ferida perineal.	Colheita de dados e controlar fatores de risco modificáveis.

	<p>cancers with APER and IGAP flap” (Fulham, J. – 2015)</p>	<p>para os indivíduos com cancro retal. Discutir as considerações de enfermagem no pós-operatório relacionadas ao retalho perfurante da artéria glútea inferior (IGAP), bem como a importância dos cuidados à ferida cirúrgica e educação do doente.</p>		<p>ânus e reto por tumor com retalho perfurante da artéria glútea inferior.</p>	<p>A adesão do doente ao tratamento é importante para otimizar a cicatrização de feridas. A radioterapia pré-operatória destrói o tecido perineal, incluindo a pele perianal e gordura, por isso o risco de infecção é alta. Outros fatores de risco para a complicação da ferida pós-operatória perineal incluem a obesidade, o tabagismo e diabetes. A correta e adequada informação ao doente sobre o estado clínico, irá reduzir a resposta de stress físico do doente e otimizar a sua recuperação.</p>	<p>Vigiar a ferida pós-operatória. Otimizar o estado nutricional, controlo da dor, a mobilização precoce e um cuidado informado.</p>
6	<p>“A case series on management of complex scalp wounds” (Chang, Y.Y., Tay, A.C. – 2015)</p>	<p>Descrever a gestão do tratamento da ferida cirúrgica complicada na cabeça e pescoço, utilizando a Terapia por Pressão Negativa (TPN).</p>	<p>Estudo de caso</p>	<p>Dois doentes com ferida complexa na cabeça após excisão.</p>	<p>O 1º doente no pós-operatório desenvolveu deiscência da sutura e necrose dos bordos. Aplicado TPN, com sucesso. O doente expressou preocupação com sua imagem corporal alterada devido à enorme queda do cabelo. O 2º doente com tecido necrótico na ferida cirúrgica, submetido a desbridamento cirúrgico e aplicação de TPN. Com cultura positiva para <i>Serratia</i>. Cumpriu antibioterapia. Foi com TPN para o domicílio e feitos ensinamentos ao filho. A principal preocupação do doente era ser capaz de ir para casa para junto da sua família na Indonésia. As preferências e prioridades dos doentes foram usadas para direcionar o tratamento das feridas.</p>	<p>Aplicação e vigilância do penso de vacuoterapia. Caracterizar a ferida e a sua evolução. Educação do doente e cuidador informal. Escutar as preocupações e gerir o tratamento com concordância e cooperação do doente e/ou cuidador.</p>

					A utilização de TPN apresentou resultados positivos para ambos os doentes e permitiu a cicatrização das feridas.	
7	“A New Method of Salvaging Breast Reconstruction After Breast Implant Using Negative Pressure Wound Therapy and Instillation” (Cheong, J., Goltsman, D., Warriar, S. – 2016)	Descrever situações em que a TPN foi usada com irrigação para tratar infeções de implantes mamários.	Estudo de caso	5 doentes com infeção do implante mamária tratadas após remoção do implante, aplicação de TPN com irrigação de 15/15min de soro fisiológico e 45 min de sucção contínuo a 75mmHg.	As 5 doentes submetidas a cirurgia por carcinoma da mama, com colocação de implante mamário, apresentaram todas infeção do implante mamário, com necessidade de cumprir antibioterapia. Para acelerar a cicatrização da ferida foi utilizado TPN com a irrigação. Após uma semana, a ferida encontrava-se em granulação e foi reinserido novo implante mamário. Sem novas complicações. Esta técnica é uma ferramenta adjuvante e eficaz no tratamento de feridas complicadas de mama.	Admissão dos doentes, colheita de dados, vigiar sinais/sintomas de infeção, mobilizar e alertar a equipa, administração de antibiótico, realização do penso de vácuo e monitorização do líquido de drenagem e características. Avaliar e registo da evolução da ferida. Explicar o procedimento ao doente.
8	“Vertically drained closed incision NPWT. A novel method for managing surgical incisions: a case series” (Leiboff, A. – 2014)	Descrever a utilização de múltiplos drenos colocados verticalmente dentro da ferida cirúrgica fechada com TPN aplicada.	Estudo retrospectivo	4 doentes submetidos a cirurgia aberta do cólon usando um novo sistema, incisão fechada por TPN com dreno aplicado verticalmente	- A TPN sobre a incisão cirúrgica fechada pode reduzir as complicações de feridas cirúrgicas, incluindo infeção do local cirúrgico. - VDCINPWT ( <i>Vertically drained closed incision NPWT</i> ) é um novo método para a gestão de feridas cirúrgicas sendo fácil de aplicar e manter. Esta técnica tem potencial para reduzir complicações da ferida.	Aplicação da TPN, monitorização, vigilância e avaliação do conteúdo faz parte das funções de enfermagem.
9	“Handling the sequelae of breast	Descrever a gestão de uma mulher de 38 anos de idade, com ferida a realizar	Estudo de caso	1 mulher de 38 anos diagnosticada com carcinoma da mama	Após cirurgia desenvolveu seroma no local cirúrgico e foi aspirado. Após um mês desenvolveu deiscência da sutura por novo	A comunicação eficaz entre doente e profissional é tornar o doente cooperante na

	<p>cancer treatment: use of NPWT to enhance patient Independence”</p> <p>(Awad, T., Butcher, M. – 2013)</p>	<p>tratamento com TPN não elétrico e portátil.</p>		<p>ductal invasivo grau 3. Biópsia do Gânglio sentinela mostrou positivo para a doença metastática. Submetida a tratamento de quimioterapia, excisão cirúrgica e a radioterapia.</p>	<p>seroma mais profundo, foi adiada a radioterapia, aspirado novamente e cumpriu antibioterapia. Durante os tratamentos de radioterapia, fez deiscência completa da cicatriz. Realizado desbridamento da ferida por exsudado abundante e fugas no penso, a pele perilesional ficou macerada e com escoriações. A escolha da TPN passou por:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gerir exsudado</li> <li>2. Desbridar</li> <li>3. Aumentar o fluxo sanguíneo no local na ferida</li> <li>4. Potenciar a formação de tecido de granulação</li> <li>5. Promover a contração dos bordos da ferida.</li> </ol> <p>Realização de penso 2 vezes por semana com medição e registo fotográfico. Após 6 semanas, foi mudado tratamento para hidrofibra e poliuretano. A senhora manteve a sua rotina de vida diária (trabalho e cuidar dos filhos)</p>	<p>tomada de decisão do tratamento fornecendo aconselhamento, educação, informação e apoio prático, para uma tomada de decisão informada é importante para a obtenção de bons resultados e diminuição do impacto do diagnóstico. Gerir o tratamento da ferida semanalmente tendo em conta as rotinas diárias do doente. Educar o doente sobre o manuseamento da TPN e vigiar sinais/sintomas. Aplicar TPN e prestar cuidados à ferida com registo fotográfico e medição.</p>
10	<p>“Outcomes for split-thickness skin transplantation in highrisk patients using octenidine”</p>	<p>Verificar os efeitos da aplicação de octenidine em enxertos de pele em doentes de alto de risco em termos de co-morbilidades.</p>	<p>Estudo de caso</p>	<p>2 doentes submetidos a enxerto da pele após resseção do tumor. 1º doente com melanoma nodular no ombro. Fumador e diabético não insulino-dependente. Submetido</p>	<p>O excerto do 1º doente após retirada da TPN encontrava-se com 50% do leito necrosado. Surgiu sinais e sintomas de infeção com necessidade de recorrer a antibioterapia. Ao 20º dia pós-operatório com necrose total do tecido enxertado, foi alterado o</p>	<p>As competências técnicas, o conhecimento científico e a experiência clínica proporcionam a adequação dos tratamentos a feridas</p>

	<p>(Matiasek J., Djedovic, G. Unger, L. Beck, H. Mattesich, M. Pierer, G. Koller, R. – 2015)</p>			<p>a cirurgia. Aplicado iodopovidona sobre o enxerto e TPN a 75mmHg durante 5 dias.</p> <p>2ª doente com ferida crónica por hematoma e necrose da pele na perna direita. Sem melhoria com os tratamentos utilizados. Fumadora, diabetes <i>mellitus</i>, artrite reumatoide, insuficiência renal crónica, insuficiência cardíaca direita, trombose venosa profunda recorrente e obesidade. Submetida a enxerto de pele de estrutura parcial com aplicação de octenidine, repouso durante 5 dias e elevação da perna.</p>	<p>tratamento para limpeza da ferida com desbridamento e aplicado octenidine e TPN a 75mmHg durante 5 dias. Após os 5 dias encontrava-se em granulação, sem sinais de infeção. Foi mantido o tratamento com octenidine para limpar a ferida e aplicado gaze gorda de 2/2 dias. Doente teve alta no 32º dia pós-operatório e seguido em consulta. A ferida cicatrizou.</p> <p>O enxerto da 2ª doente, ao fim dos 5 dias pós-operatório foi removido penso, que apresentou boa evolução cicatricial. Manteve-se tratamento com limpeza com octenidine e gaze gorda de 2/2 dias. Teve alta no 21º dia pós-operatório com ferida cicatrizada.</p> <p>O sucesso de um enxerto é determinado pela extensão e velocidade na qual a perfusão vascular é restabelecida para o tecido. O leito da ferida tem de ser bem preparado, isto inclui o desbridamento de tecidos necróticos, redução da carga bacteriana e ausência de infeção. Octenidine pode ser usado como uma medida preventiva para evitar infeções locais e formação de biofilmes. A utilização de octenidine foi benéfico para o processo de cicatrização nestes dois doentes com alto risco de</p>	<p>com risco de complicar em doentes com comorbilidades como diabetes <i>mellitus</i> e hábitos tabágicos.</p> <p>Na prática de enfermagem é importante: a colheita de dados, controlo dos fatores de risco modificáveis como a glicémia e tensão arterial, controlo do hábito tabágico, realizar penso com técnica limpa e vigiar complicações, mobilizar a equipa para dar resposta às complicações, adequar o tratamento consoante a reposta da cicatrização da ferida e educar/informar o doente acerca do tratamento e dos cuidados a ter.</p>
--	--	--	--	--	--	---

					desenvolver complicações da ferida.	
11	<p>“PICO™ incision closure in oncologic breast surgery: a case series” (Holt, R., Murphy, J. – 2015)</p>	<p>Descrever diversos casos de encerramento da ferida cirúrgica após cirurgia à mama.</p>	<p>Estudo de caso</p>	<p>24 doentes com carcinoma ductal <i>in situ</i> e sete casos de carcinoma ductal invasivo submetidas a ressecção do tumor e mamoplastia com redução mamária e simetria.</p>	<p>Das 24 doentes as complicações que surgiram foram 4 deiscências da sutura e 1 necrose. A utilização do sistema PICO™ foi bem tolerada pelos doentes e não houve relatos de mau funcionamento do dispositivo de PICO™ ou desconforto. Os autores sentem que esta evidência suporta ainda o uso de TPN sobre a incisão e contribui para o seu uso em cirurgia de mama oncológica pelo desejo de manter resultados estéticos e pelo conflito da necessidade de cicatrizar em tempo útil para permitir o início da terapia adjuvante.</p>	<p>Aplicar PICO, explicar previamente ao doente o procedimento e instruir para vigiar dispositivo (luzes, vibração...) Vigiar sinais e sintomas da ferida cirúrgica complicada, evolução cicatricial da ferida, saber reconhecer a necessidade de manter a aplicação de PICO. Registo informático ou em papel. Promover a cicatrização da ferida em tempo útil, permite o início da terapia adjuvante (radioterapia ou quimioterapia).</p>
12	<p>“Chronic pelvic abscedation after completion proctectomy in an irradiated pelvis: another indication for ENDO-sponge treatment?” (D’Hondt, M., Hondt, G.,</p>	<p>Relatar um caso de um doente que após 6 anos de proctomia e radiação pélvica apresenta dor, febre, exsudado mucopurulento da ferida perianal.</p>	<p>Estudo de caso</p>	<p>Doente com 76 anos, submetida há 16 anos a ressecção anterior do reto por um adenocarcinoma da junção sigmóide-retal. Cumprir quimiorradiação adjuvante. Após 10 anos, por proctite crónica, foi submetida a uma proctomia. Após 6 anos, surge</p>	<p>Doente consentiu a colocação de ENDO-sponge com TPN. Após 4 dias com redução do tecido necrótico e fibrina. Terapia mantida em ambulatório com mudança de penso de 4/4 dias. Ao longo do tempo, apresenta diminuição da cavidade e aumento do tecido de granulação. Três meses depois a doente estava sem sintomas de infeção e ferida cicatrizada.</p>	<p>É importante conhecer o doente e a sua história clínica, a realização de <i>follow up</i> dos doentes oncológicos, vigilância de sinais e sintomas de infeção, principalmente, em doentes submetidos a cirurgia com quimioterapia ou</p>

	Malisse, P., Boer, J., Knol, J. – 2009)			novamente com dor, febre, exsudado muco- purulento da ferida perianal. Com necessidade de mudar pensos de hora a hora levando ao isolamento social. A TAC mostrou um abscesso e osteonecrose do sacro. Biopsia estava negativa para recidiva local da doença neoplásica.		radioterapia prévia pelos danos que causam nos tecidos e nas complicações que podem surgir no encerramento de feridas cirúrgicas.
--	---	--	--	--	--	---

**Quadro 4** - Extração dos resultados referente aos artigos incluídos.

## **DISCUSSÃO DE RESULTADOS**

Da análise dos dados emergiram as seguintes temáticas, enquanto pontos fulcrais relativos ao conhecimento atual sobre a intervenção de enfermagem à pessoa com doença oncológica com ferida cirúrgica infetada e/ou com deiscência:

- Apreciação da pessoa**
- Envolvimento da pessoa e da sua família no cuidado**
- Prevenção de complicações da ferida cirúrgica**
- Tratamento e gestão de complicações da ferida cirúrgica:**
  - \*mobilização da equipa**
  - \*avaliação e tratamento da ferida**
  - \*controlo hemodinâmico e sintomático da pessoa**
  - \*adequação da dieta à pessoa**

### **Apreciação da pessoa**

A apreciação da pessoa está ligada à colheita de dados efetuada no momento da admissão da pessoa e ao longo de todo o processo de cuidar, sendo uma das competências do enfermeiro. Torna-se importante na prevenção e gestão de possíveis complicações. Três dos cinco artigos (Cheong, J., Goltsman, D., Warriar, S., 2016) (Matiassek J., et al. 2015) (D'Hondt, M., Hondt, G., Malisse, P., Boer, J., Knol, J., 2009) que corresponderam a esta temática como resposta à questão de revisão, não afirmam diretamente, mas sim indiretamente, mostram como a colheita de dados, principalmente dos antecedentes pessoais e de saúde da pessoa, pode ser importante na gestão das complicações com resultados positivos na resposta ao tratamento da pessoa.

O apuramento dos antecedentes pessoais dá-nos o conhecimento dos fatores de risco que podem gerar complicações durante o internamento. Na pessoa com doença oncológica, quando submetida a cirurgia para ressecção do tumor, umas das preocupações é a infeção da ferida cirúrgica, porque muitas vezes essas pessoas são imunodeprimidas devido à doença que apresentam, à terapia neoadjuvante que já cumpriram, à sua medicação habitual, às transfusões que já realizaram, à desnutrição e outras co-morbilidades que apresentem (Baehring, E., McCorkle R., 2012). As possíveis complicações que podem surgir têm um grande impacto nos resultados dos doentes, pelo aumento dos níveis de dor

física e emocional, o tempo longo de internamento e a diminuição da qualidade de vida (Baehring, E., McCorkle R., 2012).

Segundo Choudhry e Harris (2013) citado por Fulham, J. (2015), além da radioterapia e quimioterapia neoadjuvante, outros fatores de risco que podem gerar complicações na ferida operatória são a obesidade, tabagismo e a Diabetes *Mellitus*. Assim, conhecendo e tendo em consideração os fatores associados às complicações pós-operatórias, a recuperação pode ser melhorada (Baehring, E., McCorkle R., 2012).

Este conhecimento dos fatores de risco só pode ser feito através de uma correta e completa colheita de dados, apurando de forma clara os antecedentes pessoais e de saúde da pessoa. O atraso na cicatrização das feridas surge por complicações como a infeção ou deiscência, e necessitam de vários tratamentos com a necessidade de intervenção de um enfermeiro especialista. Estes tratamentos realizados a longo prazo podem tornar-se angustiantes para a pessoa (Holt e Murphy, 2015).

Os cuidados no pré e pós-operatório são cruciais na redução da incidência de complicações e seu impacto na qualidade de vida. A avaliação pré-operatória completa é essencial e inclui a educação sobre a funcionalidade do pós-operatório. Esta avaliação pré-operatória contempla uma revisão abrangente da história passada e atual médica, a história social, o estado nutricional, os medicamentos e terapias que a pessoa já cumpriu ou se encontra a cumprir, os exames laboratoriais, os estudos de imagem e a identificação dos potenciais fatores que podem levar a complicações no pós-operatório (Baehring, E., McCorkle R., 2012).

As complicações pós-operatórias que se tornam um desafio são a deiscência e a infeção. (Pereira, Ângelo, Ferreira, 2012) Os fatores de risco que podem desenvolver complicações são a idade avançada, obesidade, diabetes, malignidade, tempo longo de cirurgia e tratamentos prévios de quimioterapia e radioterapia. (Peled, Y., Krissi, H., Sabah, G., Levavi, H., Eitan, R., 2013) Os doentes com co-morbilidades como diabetes *mellitus* e hábitos tabágicos tendem a apresentar complicações da ferida cirúrgica, tais como as pessoas que já cumpriram tratamentos de radioterapia e quimioterapia (Pereira, Ângelo, Ferreira, 2012).

Torna-se importante na nossa prática identificar as complicações da ferida cirúrgica relacionando com os fatores de risco que o doente apresenta, recolhidos, previamente, na colheita de dados. Assim, é expectável que a ferida complique, e devemos agir de forma a

prevenir complicações maiores e implementar o tratamento mais adequado à complicação que surja.

### **Envolver a pessoa e a sua família no cuidado**

O tratamento à ferida complexa pode exigir tratamentos severos e longos que põe em causa a qualidade de vida da pessoa, o seu quotidiano e bem-estar e entrar em conflito com as suas prioridades pessoais, preferências de formas de viver e comportamentos. Assim, devem ser implementadas estratégias por parte do profissional de saúde de forma a minimizar o transtorno sentido e pela sua pessoa e família (Chang e Tay, 2015).

O envolvimento da pessoa no tratamento tem um efeito positivo sobre a saúde em termos terapêuticos e custos. Enquanto profissionais de saúde devemos ver a pessoa não só como um recetor de cuidados, mas também, como um participante importante na tomada de decisão. Esta parceria profissional-doente consiste em envolver o doente no seu cuidado, para que se sinta respeitado e autónomo e que ambos trabalhem com metas decididas em comum. Este processo é designado como “*patient empowerment*”, ou seja, permite aos doentes tomarem decisões informadas de forma a gerirem os fatores que podem vir a afetar o seu quotidiano (Awad e Butcher, 2013).

Por exemplo, uma das estratégias é o ensino e instrução à pessoa e/ou cuidador sobre o tratamento à ferida, como a mudança do penso, para diminuir a recorrência aos serviços de saúde e, assim, a gestão da sua vida pessoal ficar facilitada.

O planeamento da alta deve incluir a família da pessoa doente. Estes necessitam de reforço educacional na forma de instrução, recomendações escritas, e acompanhamento por telefone ou consulta. Uma vez que, muitas das vezes, existe uma elevada quantidade de informação, deve existir sempre um reforço no ensino. A tarefa de educar o doente e/ou família deve ser um esforço multidisciplinar. Existir uma coordenação e comunicação eficaz entre os profissionais de saúde é essencial (Baehring, E., McCorkle R., 2012). Se os doentes necessitarem de cuidados de enfermagem após a alta, este processo deve ser avaliado e encaminhado para o efeito (Baehring, E., McCorkle R., 2012).

Os profissionais de saúde devem estar envolvidos no cuidado à pessoa com doença oncológica e devem estar familiarizados com as complicações pós-operatórias que podem surgir nas pessoas que tenham realizado tratamentos de radioterapia e quimioterapia. Os

enfermeiros devem ser capazes de fornecer a estes doentes cuidado informado e racionalizado de forma a otimizar a sua recuperação (Fulham, 2015).

Num contexto de cuidados à ferida, é necessário, da parte do enfermeiro, o envolvimento com o estabelecimento de uma relação terapêutica de forma a providenciar à pessoa conselhos, educação, informação e suporte prático para ajudar a pessoa ou o cuidador a estabelecer um nível aceitável de controlo da gestão dos seus cuidados. É importante para a pessoa o envolvimento direto do enfermeiro no cuidado à ferida no pós-operatório e na tomada de decisão informada sobre a escolha do tratamento que deve adotar (Awad e Butcher, 2013).

Quando ocorre o atraso na cicatrização e complicações da ferida, a pessoa pode sentir-se impotente e perder a crença no tratamento e no prestador de cuidados, que, conseqüentemente, afeta a sua conformidade e aceitação do seu estado de saúde-doença. Assim, o envolvimento da pessoa e cuidadores e o estabelecimento de uma relação terapêutica com base na confiança, confidência e compreensão aumenta a satisfação e melhores resultados (Awad e Butcher, 2013).

### **Prevenção de complicações na ferida cirúrgica**

Os protocolos que recomendam utilizar para a prevenção e tratamento da infeção do local cirúrgico são os estabelecidos pelo National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Este documento reúne a evidência sobre uma série de intervenções que devem ser aplicadas no pré, intra e pós-operatório (NICE, 2008). Este protocolo foi desenvolvido por uma equipa multiprofissional que inclui uma enfermeira especialista em feridas. (NICE, 2008) Seguindo a orientação descrita por NICE, esta incentiva a adoção de uma abordagem rigorosa e multifacetada para a prevenção da infeção do local cirúrgico, que pode ser promovido através da aplicação de uma série de intervenções nos cuidados ao doente (Atkinson, R.; Lui, S.; Ousey, K., 2013).

No pré-operatório recomenda o banho com cloro-hexidina, que se tornou, significativamente, o mais adequado no que diz respeito à redução do risco de ILC, remoção de cabelo/pelo no próprio dia da cirurgia com um aparador elétrico de uso único e não com a utilização da lâmina por aumento do risco de ILC, fornecer aos doentes roupa apropriada para o procedimento e ambiente clínico para fácil acesso ao local cirúrgico e para a colocação de dispositivos, mas considerando também o conforto e dignidade da pessoa, todos os funcionários devem usar roupas de bloco não esterilizadas específicas,

realizar a preparação intestinal e, tanto o doente como a equipa, deve remover e não utilizar jóias, unhas artificiais e verniz. Além disto, recomenda a administração de antibiótico como terapia profilática em três tipos de cirurgia: cirurgia limpa com substituição de prótese ou implante; cirurgia limpa-contaminada; cirurgia contaminada (NICE, 2008). No intra-operatório recomenda a descontaminação das mãos com a lavagem antes da cirurgia com um antisséptico aquoso e com a utilização de uma escova de uso único de forma a ter mãos e unhas visivelmente limpas. No bloco operatório a equipa deve usar bata e luvas esterilizadas, preparar a pele utilizando um antisséptico, sendo os mais adequados a iodopovidona ou a clorhexidina, no local cirúrgico imediatamente antes da incisão, manter a homeostase do doente e normotermia durante a cirurgia e valores de oximetria superiores a 95% e, por fim, aplicar penso cirúrgico apropriado no fim da cirurgia (NICE, 2008). No pós-operatório deve-se utilizar técnica asséptica para trocar ou remover os pensos cirúrgicos, utilizar solução salina estéril para limpeza de feridas, não utilizar antimicrobianos tópicos para feridas cirúrgicas que estão a cicatrizar por primeira intenção. Por intenção secundária deve ser usado um penso apropriado, consultando um enfermeiro especialista em viabilidade de tecidos (ou outro profissional de saúde com experiência), para aconselhamento sobre os pensos mais adequados.

### **Tratamento e gestão de complicações da ferida cirúrgica**

Para uma gestão de feridas com complicações na cicatrização, deve-se utilizar uma abordagem estruturada para o cuidado (incluindo o tratamento pré-operatório), com a análise do indivíduo de forma a identificar potenciais problemas de cicatrização de feridas. Para tal, é necessário o desenvolvimento de competências pelos profissionais de saúde e a partilha de informações e experiências clínicas entres os profissionais e os doentes e/ou cuidadores (NICE, 2008).

Também é recomendada a utilização de sistemas de classificação da ILC reconhecidos (Atkinson, R., Lui, S., Ousey, K. 2013), tais como, a classificação padronizada pelo Centro de Controlo e Prevenção de Doenças em que distingue três tipos de ILC aplicáveis a todos os tipos de cirurgia: incisão superficial, incisão profunda e infeções orgânicas/espaciais.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> A incisão superficial com ILC ocorre no prazo de 30 dias após qualquer procedimento cirúrgico. Esta envolve apenas a pele e o tecido subcutâneo da incisão e o doente tem pelo menos um dos seguintes sinais: drenagem purulenta da incisão superficial; organismos identificados a partir de um espécime obtido asepticamente da incisão superficial ou tecido subcutâneo por método de

Quando possível utilizar meios para determinar a gravidade da ILC, como por exemplo a utilização de ASEPSIS *wound scoring system* e a *Southampton scoring system*.<sup>2</sup>

Segundo Atkinson, R., Lui, S., Ousey, K. (2013), a administração de prostaglandina-E no pós-operatório também revelou reduzir a taxa de ILC. Este fármaco é um potente vasodilatador e age para aumentar o fluxo de sangue periférico. Tem sido citado como uma forma possível para reduzir a infecção do local cirúrgico em pessoas com diabetes. Esta técnica pode ser viável, mas necessita de mais investigação.

Quando há suspeita de infecção do local cirúrgico, deve ser administrado antibioterapia dirigida aos agentes causadores de infecção, após resultados dos testes microbiológicos para a escolha correta do antibiótico (NICE,2008).

No pós-operatório é necessário um controlo rigoroso dos parâmetros do doente, tais como os sinais vitais, hematócrito, a oxigenação, a entrada e saída de líquidos e o equilíbrio eletrolítico para vigiar complicações, particularmente nas primeiras 12 horas após a cirurgia (Baehring, E., McCorkle R., 2012).

O tratamento e gestão de complicações da ferida inclui o mobilizar a equipa, a avaliação e o tratamento da ferida, controlo hemodinâmico e sintomático da pessoa e adequar a dieta à pessoa.

### Mobilização da equipa

Todos os artigos são consensuais na referência à existência de uma equipa multidisciplinar no tratamento e gestão de complicações da ferida. A pessoa com doença oncológica com ferida complexa, precisa de cuidados a longo prazo e a equipa deve ser

---

teste microbiológico baseado em cultura. O doente apresenta pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: dor ou sensibilidade; edema local; eritema; ou calor. A incisão profunda com ILC ocorre dentro de 30 a 90 dias após o procedimento e envolve tecidos moles profundos e o doente tem pelo menos um dos seguintes sinais: drenagem purulenta da incisão profunda; a deiscência de uma incisão profunda que abre espontaneamente; um organismo é identificado por um método de teste microbiológico baseado em cultura. O doente apresenta um dos seguintes sinais e sintomas: febre (> 38 ° C); dor local ou sensibilidade; abscesso ou outra evidência de infecção envolvendo a incisão profunda que é detetada na anatomia macroscópica ou exame histopatológico ou teste de imagem. Por fim, as infeções orgânicas ou espaciais, também pode ocorrer dentro de 30 a 90 dias após o procedimento e a infecção envolve qualquer parte do corpo mais profundo do que as camadas fasciais/musculares, que é aberto durante o procedimento operatório. O doente apresenta pelo menos um dos seguintes sinais: drenagem purulenta de um dreno que é colocado no órgão/espaco; organismo identificado a partir de um líquido ou tecido obtido assepticamente no órgão /espaco por uma cultura ou método de teste microbiológico não baseado em cultura que é realizado para fins de diagnóstico clínico ou tratamento; um abscesso ou outra evidência de infecção envolvendo o órgão/espaco que é detetado na anatomia macroscópica ou exame histopatológico ou teste de imagem (WUWHS, 2016).

<sup>2</sup> A ASEPSIS wound scoring system (adaptada por Wilson A.P. et al, Lancet, 1986) é um acrónimo de avaliação de feridas por parâmetros. É um método de pontuação quantitativa que fornece um score numérico relacionado à gravidade da infecção da ferida usando critérios objetivos baseados na aparência da ferida e as consequências clínicas da infecção. Este sistema foi usado para avaliar ferida resultante da cirurgia cardiotorácica, enquanto que a Southampton scoring system (adaptada por Bailey I.S. et al, BMJ 1992) foi projetada para uso na avaliação pós-operatória de feridas resultantes da herniorrafia. Segundo esta escala as feridas foram consideradas em quatro categorias: cura normal; complicação menor; infecção da ferida - feridas com classificação IV ou V ou feridas tratadas com antibióticos após a alta hospitalar; hematoma grave ou hematomas escrotais que requerem aspiração ou evacuação. Ambos os sistemas foram desenvolvidos para uso de tipos específicos de cirurgia e por isso pode limitar sua utilidade (Petrica, A., Brinzeu, C., Brinzeu, A., Petrica, R., & Ionac, M., 2009).

mobilizada quando é necessário. Uma vez que, o cuidado à ferida fica ao encargo do enfermeiro, uma das competências que nos é exigida é saber reconhecer a necessidade da intervenção de outro elemento profissional para melhorar a qualidade do tratamento à pessoa. Por exemplo, a necessidade de uma dieta adequada, a colheita de espécimen da ferida, a análise da mesma, a necessidade de iniciar antibiótico dirigido e a continuidade de cuidados fora do hospital, entre outras (Fulham, 2015).

#### Avaliação e tratamento da ferida

Quando se inicia um tratamento à ferida é importante o registo das características da ferida incluindo as medidas e se possível com o consentimento da pessoa a fotografia, para que, a cada mudança de penso, se possa comparar a evolução da cicatrização da ferida (Awad, T. e Butcher, M., 2013).

Relativamente aos tratamentos à ferida com infeção e/ou deiscência, nesta pesquisa, emergiram, a utilização da técnica cirúrgica para encerramento da ferida, da TPN, o PICO, a utilização de Mel e o Octenidine.

A técnica apresentada pelo estudo realizado por Peled, Y., Krissi, H., Sabah, G., Levavi, H., Eitan, R. (2013), aborda o protocolo de encerramento de feridas complicadas através do reencerramento cirúrgico. Esta técnica é aplicada quando não existe sinal de infeção local, com anestesia local e é utilizada uma sutura com fios não absorvíveis. Os doentes têm alta após 24 horas e são seguidos em consulta. Após 10 dias é feita a primeira consulta, observada a ferida e que pode ser classificada como: cicatrização falhada, em que esta necessita de um novo re-encerramento da ferida; parcialmente cicatrizado, em que necessita de cuidados menores; completamente cicatrizado. Este estudo demonstrou que a aplicação deste protocolo promove a diminuição do tempo de cicatrização da ferida, o seguimento do doente em ambulatório mais precoce, melhor qualidade de vida e menos visitas pós-operatórias. Também, afirma que, no que diz respeito à cirurgia oncológica, existe uma maior vantagem na redução do tempo de cicatrização das feridas, para evitar o atraso do tratamento adjuvante, que pode resultar em ferida com deiscência e consequentemente, um mau prognóstico.

A infeção da ferida cirúrgica, tanto a incisão superficial ou a profunda (segundo a classificação pela CCPD), são a maior causa de morbidade em doentes cirúrgicos e um problema a nível financeiro para os sistemas de saúde. A TPN é um tratamento que tem sido comprovado, através de estudos científicos, como eficaz em feridas com deiscência.

Este tratamento ajuda na cicatrização das feridas, pela promoção da drenagem linfática, a redução do edema e do exsudado da ferida, promoção da perfusão sanguínea, troca de nutrientes e funcionamento das células, redução da tensão na linha da incisão e previne a contaminação pelo isolamento da ferida do ambiente. Este sistema facilita a monitorização do conteúdo drenado e quando as culturas do líquido drenado são positivas e há suspeita de infeção, a terapia pode ser iniciada antes que se desenvolva celulite, fasciite ou deiscência. Este estudo demonstra que há evidências científicas crescentes de que a TPN aplicada em incisões cirúrgicas fechadas pode reduzir as complicações da ferida operatória, incluindo infeção da incisão cirúrgica superficial (Leiboff, 2014).

Além da TPN, também existe esta terapia, mas com irrigação intermitente de solução salina, antibióticos e/ou antimicrobianos indicado para feridas infetadas, de forma a limpar as feridas e a remover o biofilme. Também, como foi referido pelos autores anteriores, esta terapia promove o aumento da granulação dos tecidos, aumento da angiogénese, da perfusão, a diminuição do edema e a remoção dos resíduos bacterianos. Mais uma vez se comprova a eficácia desta técnica na gestão de feridas complexas (Cheong, Goltsman, Warriar, 2016).

Para Award e Butcher (2013), a aplicação da TPN tem como objetivos gerir níveis de exsudado, facilitar o desbridamento, aumentar o fluxo sanguíneo local na ferida e tecidos à volta, potenciar a formação de tecido de granulação, encorajar o encerramento da ferida a partir da base da ferida, promover a contração da ferida e minimizar a dor. Esta terapia só deve ser aplicada quando houver um ressecção de tumor total e o resultado das biópsias mostrarem estar livres de malignidade, só assim este procedimento pode ser considerado seguro para o doente.

Chang e Tay (2015), comprovam no seu estudo que a utilização de TPN tornou-se eficaz no tratamento de feridas complexas, pelo facto de esta ser capaz de melhorar o fluxo sanguíneo, diminuir o edema do tecido local e remover fluídos em excesso do leito ferida, que, consequentemente, facilita a eliminação de resíduos bacterianos.

O PICO™ é um sistema de terapia para feridas com pressão negativa de uso único. O dispositivo fornece até 80 mmHg de pressão e é simplesmente ativado por um botão. O penso é composto por quatro camadas, incluindo uma película superior com alta taxa de transmissão de vapor para transpirar o exsudado, uma camada absorvente, uma camada

inovadora de vácuo que mantém pressão negativa de 80 mmHg no leito da ferida e uma camada adesiva de silicone (Holt e Murphy, 2015).

Um kit completo PICO™ permite 7 dias de terapia e inclui dois pensos. Este tratamento melhora a perfusão sanguínea dos tecidos, a remoção do excesso de exsudado e redução de edema que leva a uma diminuição da tensão sobre a ferida (Holt e Murphy, 2015).

Segundo este estudo de Holt e Murphy (2015), a utilização do PICO™ não foi conclusivo quanto ao efeito desta terapia em feridas complexas, pela necessidade de mais pesquisa e estudos publicados, mas foi bem tolerado pelos doentes e não houve a necessidade de os doentes voltarem à instituição por mau funcionamento do dispositivo ou desconforto (Holt e Murphy, 2015).

Recentes estudos demonstraram que as utilizações de produtos com base em mel tiveram resultados positivos na cicatrização de feridas crônicas e agudas pelo seu efeito de desbridante, anti-inflamatório, anti-bacteriano e estimulação de fibroblastos. O mel é composto por glucose, fructose, sacarose, água, aminoácidos, vitaminas, minerais e enzimas. Este produto tem uma ação de desbridante, torna o ambiente húmido propício a uma nutrição tópica que melhora o crescimento dos tecidos. Além disto, foi demonstrado que este produto também funciona como anti-inflamatório, reduz o edema, promove a epitelização e ação anti-bacteriana que atua eficazmente contra *Staphylococcus aureus*, *Echerichia coli* e *Pseudomonas aeruginosa* (Pereira, Ângelo e Ferreira, 2012).

O Octenidine aparece como uma nova alternativa para o efeito antisséptico. Vários estudos confirmam o seu efeito benéfico na cicatrização de feridas infetadas e que o tratamento foi bem tolerado pelos doentes. Este produto demonstrou ter uma influência positiva no diâmetro dos vasos e na densidade capilar, promovendo assim a perfusão sanguínea no leito das feridas. Ele é eficaz no processo da cicatrização pela otimização do leito da ferida que inclui o desbridamento do tecido necrótico, redução dos resíduos bacterianos e ausência de infecção. Assim, evita a infecção local e a formação de biofilme (Matiasek, et al., 2015).

No estudo realizado por Matiasek, et al., (2015), este produto foi utilizado em dois doentes, um concomitantemente com terapia por pressão negativa e outro não. Em ambos os doentes, a utilização de octenidine foi positiva no que diz respeito à cicatrização da ferida.

### Controlo hemodinâmico e sintomático da pessoa

Os fatores de risco descritos pela literatura que podem comprometer a cicatrização da ferida são a Diabetes *Mellitus*, a hipertensão, o tabagismo (Squizatto, R. et al., 2017), a radiação prévia, o tempo de cirurgia longo, a idade (Li, D., et al., 2013), a quimioterapia em curso ou a radioterapia (Krishnan, K. et al, 2012), o estado nutricional, (Althumairi, A., 2016), o tipo de intervenção cirúrgica, consumo de álcool, o tipo de penso, a extensão da ferida e o tempo de existência da ferida (Borges, E. et al., 2011). O controlo dos fatores de risco, que podem ser modificados, entre os quais, a dor, a tensão arterial e glicémia capilar é importante e deve ser uma das medidas implementadas por parte dos enfermeiros no tratamento à pessoa com ferida complexa e com atraso na cicatrização. Segundo o estudo realizado por Fulham (2015), esta medida deve ser aplicada e aprimorada ao longo da recuperação da pessoa, como a otimização nutricional, um melhor controlo da dor e fornecimento de informações completas em todas as fases do tratamento de forma a melhorar a nossa prestação de cuidados à pessoa.

As complicações podem ser divididas em gerais e específicas. As complicações cirúrgicas gerais afetam os sistemas cardiovascular, respiratório, neurológico, gastrointestinal e renal. As complicações cirúrgicas comuns são a disartria, disfagia, infeção da ferida, atraso na cicatrização, deiscência da ferida, e hemorragia. Sintomas como a dor, náuseas, vômitos e febre são importantes e devem ser geridos pelo seu efeito negativo na homeostasia e na cicatrização de feridas (Baehring, E., McCorkle R., 2012).

### Adequar a dieta à pessoa

A otimização nutricional na pessoa com doença oncológica e com ferida complicada é uma das medidas que deve ser aplicada para uma evolução positiva na cicatrização da ferida (Fulham, 2015).

Os défices nutricionais podem ter um impacto sobre a cicatrização da ferida, risco de infeção, imunossupressão e função neurológica. Também, como resultado dos tratamentos de quimioterapia ou radioterapia, os doentes podem apresentar xerostomia, mucosite oral e, em alguns casos, disfagia. Portanto, um plano de dieta que garanta a nutrição e hidratação adequada é essencial e deve ser implementada como medida de prevenção (Baehring, E., McCorkle R., 2012).

## CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

A questão de revisão “*Qual a intervenção de enfermagem à pessoa com doença oncológica com ferida cirúrgica infetada e/ou deiscência?*” diz respeito ao cuidado à pessoa que tem uma ferida cirúrgica com infecção e/ou deiscência, que causa impacto na sua vivência diária. A ferida cirúrgica, como pode ser constatado pelos artigos selecionados, complica a maior parte das vezes em doentes oncológicos, pelos antecedentes pessoais que apresentam e porque a maioria deles já cumpriram ou estão a cumprir tratamentos de radioterapia e/ou quimioterapia. Torna-se importante a prevenção de complicações, com a aplicação dos protocolos apresentados e também a adaptação dos mesmos aos serviços de saúde e aos recursos disponíveis.

A pesquisa inerente à realização desta *scoping review*, possibilitou constatar que a documentação nesta área se encontra mais direcionada para a intervenção médica, havendo ainda escassez no que diz respeito à intervenção de enfermagem no âmbito do tratamento à pessoa com doença oncológica com ferida complicada. Também, pelo facto da questão de revisão ser complexa e abrangente a diversas áreas, os resultados da pesquisa foram diversificados e não respondiam diretamente à questão, havendo a necessidade de uma interpretação diferente procurando as implicações de cada estudo para a prática de enfermagem. Na seleção dos descritores, quando era utilizada a intervenção de enfermagem para filtrar a pesquisa, os números de artigos eram escassos ou nenhuns. Assim, constata-se a necessidade da pesquisa e elaboração de estudos direcionados para a intervenção de enfermagem, essencialmente nesta área.

A partir da colheita de dados, pela equipa de enfermagem, é importante o apuramento dos fatores de risco que podem levar a possíveis complicações da ferida cirúrgica. É importante reconhecer estes fatores de risco e saber relacionar a doença oncológica, a realização de tratamentos e as co-morbilidades com as complicações da ferida para uma prevenção eficaz da mesma. Para tal, é importante a intervenção de um profissional especializado que consiga relacionar ambos os aspetos e que consiga mobilizar tanto a equipa de enfermagem como a restante equipa multidisciplinar para uma prestação de cuidados de excelência, de forma a evitar problemas na cicatrização que vão interferir com a qualidade de vida da pessoa e/ou família. Uma das medidas de prevenção são o controlo de fatores modificáveis como a gestão da dor, da glicémia capilar e da dieta.

Após a extração dos resultados, foram selecionados cinco tipos de tratamentos. Ambos os tratamentos foram bem-sucedidos, no que diz respeito à cicatrização deste tipo de feridas. A escolha do tratamento a adotar passa pelo médico e/ou cirurgião, realidade constatada pela minha experiência. No entanto, considero que o enfermeiro possui conhecimento técnico-científico e relacional que lhe permite um cuidado individualizado à pessoa, com seleção do tratamento adequado à ferida que possui, ajudando a pessoa e a família a lidar com o impacto que esta provoca na sua vida. É, por isso, importante que o enfermeiro que cuida de pessoas com doença oncológica com ferida cirúrgica desenvolva competências nesta área, assim como é importante investigar esta área do conhecimento.

A avaliação da ferida com recurso a medição e fotografia é a forma ideal de conseguir compreender a evolução da ferida e se o tratamento que foi adotado está a ser eficaz. Quando a mesma pessoa é tratada por diversos enfermeiros existe a necessidade de uma correta categorização e caracterização da ferida, pois a prática de enfermagem baseia-se em continuidade de cuidados e uniformização. Um registo adequado da ferida torna-se essencial para este processo.

Antes da pessoa ter uma ferida complicada, ela é pessoa com expectativas, sonhos, família, vida pessoal e social. Com o aparecimento da doença oncológica, ficam comprometidos todos estes aspetos, sobretudo com o atraso na cicatrização de uma ferida, pela necessidade de cuidados de saúde recorrentes, ou até mesmo um internamento hospitalar longo. A intervenção de enfermagem no âmbito das dimensões psicológica, biológica, social e cultural não deve ser esquecida. Assim, o estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa deve ser com base na confiança, compreensão, escuta ativa e disponibilidade. Além do tratamento físico à ferida, a confiança no profissional e um doente cooperante é importante para obter ganhos em saúde e resultados positivos na cicatrização da ferida.

É importante o reconhecimento do papel de enfermagem neste processo de tratamento à pessoa com doença oncológica com ferida cirúrgica complicada, principalmente em contexto hospitalar, pois os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais tempo contactam com o doente aquando da prestação de cuidados.

Assim, para além de mapear o atual conhecimento sobre a intervenção de enfermagem à pessoa com doença oncológica com ferida cirúrgica infetada e/ou com deiscência em todos os contextos, da realização desta *scoping review* emerge: a importância de haver

um maior investimento em formação teórico-prática, realizar mais investigação em enfermagem dedicada a esta temática, bem como a importância do envolvimento da equipa multidisciplinar e do tratamento não ser focalizado na ferida, mas sim na pessoa utilizando uma visão holística.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Atkinson, R., Lui, S., & Ousey, K. (2013). Preventing and treating surgical site infection in patients with spinal metastatic disease. *Wounds UK*, 9(2), 74–78.

Awad, T., Butcher, M. (2013). Handling the sequelae of breast cancer treatment: use of NPWT to enhance patient independence. *Journal of Wound Care*, 22(3), 162, 164–166. <https://doi.org/10.12968/jowc.2013.22.3.162>

Azevedo, I. C.; Costa, R. K. S.; Torres, G. V.; Júnior, M. A. F. (2014) Tratamento de feridas: a especificidade das lesões oncológicas. *Revista Saúde e Pesquisa*. 2, 303-313.

Baehring, E., & McCorkle, R. (2012). Postoperative complications in head and neck cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(6), 203–210. <https://doi.org/10.1188/12.CJON.E203-E209>

Borges, E. L., Pires Júnior, J. F., Abreu, M. N. S., Lima, V. L. de A., Silva, P. A. B., & Soares, S. M. (2016). Factors associated with the healing of complex surgical wounds in the breast and abdomen: retrospective cohort study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24(0). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1398.2811>

Brito, D., Agra, G., Costa, M. (2017). Cuidados Paliativos a Pacientes com Ferida Neoplásica: Uma Perspectiva para a Assistência de Enfermagem. *Journal of Aging & Innovation*, 6 (3) 28 – 38.

Chang, Y., Tay, A. (2011). A case series on management of complex scalp wounds. *Wound Practice and Research*. 174–178.

Cheong, J. Y., Goltsman, D., Warriar, S. (2016). A New Method of Salvaging Breast Reconstruction After Breast Implant Using Negative Pressure Wound Therapy and Instillation. *Aesthetic Plastic Surgery*, 40(5), 745–748. <https://doi.org/10.1007/s00266-016-0668-z>

Cortês, Selma. (2013) O Tratamento de Ferida: Um Artigo de Revisão. *Revista de Divulgação Científica Sena Aires*. 1, 55-64.

D'Hondt, M., De Hondt, G., Malisse, P., Vanden Boer, J., Knol, J. (2009). Chronic pelvic abscedation after completion proctectomy in an irradiated pelvis: Another indication for

ENDO-sponge treatment? *Techniques in Coloproctology*, 13(4), 311–314.  
<https://doi.org/10.1007/s10151-009-0505-3>

Direção Geral de Saúde (2017), Programa nacional das doenças oncológicas, Lisboa: DGS

Godinho, N. (2017). Guia de elaboração de trabalhos escritos referências bibliográficas e citações: normas APA e ISO 690 (np 405). ESEL. Divisão do centro de Documentação e Bibliotecas.

Holt, R., Murphy, J. (2015). PICO™ incision closure in oncoplastic breast surgery: a case series. *British Journal of Hospital Medicine*, 76(4), 217–223.  
<https://doi.org/10.12968/hmed.2015.76.4.217>

Krishnan, K. G., Müller, A., Hong, B., Alexander, A., Schackert, G., Seifert, V., & Krauss, J. K. (2012). Problemas de cicatrização de feridas complexas em pacientes neurocirúrgicos: fatores de risco, classificação e estratégia de tratamento, 541–554.

Leiboff, A. R. (2014). Vertically drained closed incision NPWT. A novel method for managing surgical incisions: a case series. *Journal of Wound Care*, 23(12), 623–629.  
<https://doi.org/10.12968/jowc.2014.23.12.623>

Li, D., Guo, W., Qu, H., Yang, R., Tang, X., Yan, T., ... Dong, S. (2013). Experience with wound complications after surgery for sacral tumors. *European Spine Journal*, 22(9), 2069–2076. <https://doi.org/10.1007/s00586-013-2765-x>

Matiasek, J., Djedovic, G., Unger, L., Beck, H., Mattesich, M., Pierer, G., ... Rieger, U. M. (2015). Outcomes for split-thickness skin transplantation in high-risk patients using octenidine. *Journal of Wound Care*, 24(6), 8–12.  
<https://doi.org/10.12968/jowc.2015.24.Sup6.S8>

Naylor, W., Laverty, Di., Mallett, J. (2001). *The royal marsden hospital handbook of wound management in cancer care*. London: Blackwell Science. XII, 207 p. ISBN 0-632-05751-3

NICE (2008) *Surgical Site Infection: Prevention and Treatment of Surgical Site Infection*. NICE, Londres

Peled, Y., Krissi, H., Sabah, G., Levavi, H., Eitan, R. (2013). Disrupted abdominal laparotomy wounds in gynaecologic oncology patients: benefits of active surgical re-closure. *Journal of Wound Care*, 22(1), 40–42. <https://doi.org/10.12968/jowc.2013.22.1.40>

Pereira S., Ângelo, P., Ferreira, L. (2012). Honey as a topical treatment for wounds. *Wounds UK*. 8(2), 97–100. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005083.pub2>

Petrica, A., Brinzeu, C., Brinzeu, A., Petrica, R., & Ionac, M. (2009). Accuracy of surgical wound infection definitions - the first step towards surveillance of surgical site infections, 59(3), 362–365.

Santos, A. A. R. et al. (2010) Avaliação e tratamento de feridas: o conhecimento de acadêmicos de enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*, 4,547-52.

Santos, M. J. (2013) *Feridas oncológicas em cuidados paliativos*. Dissertação de mestrado. Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Porto Alegre

Silva, R. C. L.; Figueiredo, N. M. A.; Meireles, I. B. (2015). Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem. 2. Ed. São Caetano do Sul: Yendis, 580p.

Squizatto, R. H., Braz, R. M., Lopes, A. D. O., Rafaldini, B. P., Almeida, D. B. De, Antonia, N., & Poletti, A. (2017). Perfil dos usuários atendidos em ambulatório de cuidado com feridas, 22(1), 1–9.

The Joanna Briggs Institute (2015). Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews. Austrália: The Joanna Briggs Institute.

World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). (2016). Closed surgical incision management: Understanding the role of NPWT. *Wound International*.

World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). (2018). Surgical wound dehiscence Improving prevention and outcomes. *Wound International*.

## **APÊNDICE IV**

**Funcionalidade e dinâmica da Consulta da equipa intra-hospitalar de feridas do  
Hospital A**

## **Funcionalidade e dinâmica da Consulta da equipa intra-hospitalar de feridas do Hospital A**

O Local de Estágio A é a consulta da equipa intra-hospitalar, deferidas num hospital de Lisboa, onde estive entre o dia 24/9/2018 até ao dia 25/10/2018, sob orientação da enfermeira coordenadora. Neste documento, pretendo descrever a dinâmica e funcionalidade desta consulta com base no documento elaborado pela equipa da consulta e fornecido pela mesma. Neste sentido, irei dar resposta ao primeiro objetivo proposto no plano de atividades deste local de estágio que é integrar-me no serviço.

Esta equipa foi criada a partir de um trabalho impulsionado e liderado pela enfermagem desde 2005. A mesma, investe na área de investigação sobre a prevenção e tratamento de feridas e aposta na formação interna e organização de elos de ligação aos serviços.

Com o aumento das solicitações no Hospital A, o conselho de administração em 2014 cria esta consulta sob a mesma coordenação e equipa. Esta, tem como missão “proporcionar cuidados ativos e coordenados a doentes com feridas, recorrendo a metodologias de intervenção integradas, através da aplicação de conhecimentos especializados e prestação de cuidados de excelência, numa associada e beneficiada relação custo-benefício”. (Consulta da equipa intra-hospitalar de feridas, 2018, p. 1)

Os objetivos passam por prestar cuidados diferenciados e de qualidade no tratamento de feridas em doentes oncológicos, articular os cuidados prestados ao doente com os serviços e recursos existentes na comunidade, disponibilizar consultadoria ou orientação do plano de cuidados, aumentar a eficiência dos recursos humanos e materiais na área de prevenção e tratamento de feridas, promover o desenvolvimento de competências de intervenção nesta área dos profissionais de saúde, promover e participar em estudos de investigação e participar em projetos institucionais.

A consulta utiliza um gabinete para atendimento assistencial de doentes e consultadoria de profissionais e também existe atividade assistencial igualmente nos serviços que o solicitem. Esta assistência é assegurada por enfermeiros, que recorrem a intervenção de outros elementos se necessário.

A consulta dispõe de material de penso e dispositivos médicos diferenciados para responder às necessidades de situações complexas.

Esta consulta funciona todos os dias úteis entre as 8h30 às 15h30 com agenda própria. Destina-se a doentes pertencentes ao Hospital A, em regime de internamento e ambulatório com necessidade de intervenção especializada na fase de diagnóstico e/ou tratamento, e aos profissionais de saúde que necessitem de suporte na intervenção.

Esta consulta também tem como atividades a atualização de normas orientadoras para prevenção de úlceras por pressão, levantamento sobre a cicatrização das feridas dadoras de pele, participação regular em comissões de escolha de material e dispositivos médicos, participação regular em comissões de escolha de material e dispositivos médicos, participação regular em eventos científicos nesta área, estudos de apreciação de outras técnicas ou materiais, acompanhamento dos profissionais que procuram a consulta para a realização de estágios.

**Documento de suporte:**

CONSULTA DA EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE FERIDAS, 2018 – História, missão, objetivos, funcionamento e alguns dados estatísticos. Hospital A

# **APÊNDICE V**

**Estudo de situação (Local de Estágio A)**

**ESTUDO DE SITUAÇÃO**

**LOCAL DE ESTÁGIO A: Consulta intra-hospitalar de feridas do  
Hospital A**

**Sara Cristina Dias Simão, nº 8334**

**Lisboa,  
outubro 2018**

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	2
<b>1. APRESENTAÇÃO DA SITUAÇÃO</b> .....	3
<b>1.1 Antecedentes pessoais e de saúde</b> .....	3
<b>1.2 Situação atual</b> .....	4
<b>2. COMUNICAÇÃO</b> .....	6
<b>3.REFLEXÃO FINAL</b> .....	8
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	10

## **INTRODUÇÃO**

Este trabalho surge no âmbito do estágio realizado na consulta da equipa intra-hospitalar de feridas no hospital A, com o objetivo de desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente enfermagem Oncológica.

Este estudo de situação é desenvolvido no sentido de atingir um dos objetivos selecionados para este estágio, sendo ele, a compreensão do processo oncológico na pessoa. Pretendo aprofundar a compreensão da situação escolhida, descrevendo, explicando, explorando e refletindo sobre a situação.

Farei, inicialmente, a apresentação do estudo de situação realizado, os seus antecedentes pessoais e de saúde, as suas necessidades, do doente e da família. No contexto da situação apresentada farei uma reflexão sobre a importância da comunicação e o que ela implica entre profissionais e entre profissional e doente e, por fim, uma reflexão sobre as medidas de conforto que o enfermeiro deve tomar, face a situação de doença em que o doente se encontra, para contribuir para o seu bem-estar e qualidade de vida.

Recorro à discussão do caso que fiz com a enfermeira orientadora, e à reflexão que fiz juntamente com ela, bem como à pesquisa bibliográfica.

## **1. APRESENTAÇÃO DA SITUAÇÃO**

A consulta de feridas do Hospital A, muitas das vezes, é chamada a intervir e a dar apoio a outros serviços do hospital. Esta situação foi uma delas. O pedido de ajuda veio do serviço de radioterapia por um doente com uma radiodermite, em outubro de 2018. Este doente, em maio de 2018, já tinha sido seguido pela consulta para encerramento da ferida cirúrgica com o objetivo de iniciar tratamento.

Escolhi este doente, o Sr. J. porque já o conhecia da consulta de feridas do pequeno estágio que tinha feito em maio 2018 e também pela evolução da sua história de saúde e alteração da fase do processo oncológico em que neste momento ele se encontra. Esta mudança fez-me questionar e refletir acerca da situação.

Segundo Collière (2003), conhecendo a inquietação, preocupação, expetativas e os desejos das pessoas permite-nos saber o que elas consideram prioritário e o que as toca. Face ao contexto em que o doente se encontra, existe uma alteração nas intervenções de enfermagem que, em vez de ir ao encontro do encerramento daquela ferida, há que priorizar o conforto e o bem-estar do doente.

### **1.1 Antecedentes pessoais e de saúde**

O Sr. J. é um doente seguido no Hospital A desde 2009, após uma tiroidectomia total por bócio multinodular em outro hospital. Realizou iodo radioativo adjuvante. Tem, como outros antecedentes de saúde, diabetes *mellitus* tipo II, doença renal crónica, uma cirurgia deependimoma da medula vertebral há 30 anos, com pé pendente desde então.

No início do ano de 2018 recorre novamente ao hospital por aparecimento de tumefação na face antero-externa da perna esquerda, que após realização de exames fica com diagnóstico de rabiomiossarcoma fusocelular/esclerosante. Segundo a *American Cancer Society* (2018), os sarcomas são tumores malignos que se desenvolvem a partir do tecido conjuntivo, como músculos, gordura, ossos, revestimentos das articulações ou vasos sanguíneos. O rabiomiossarcoma é um tipo de sarcoma constituído por células do tecido músculo-esquelético, e por isso o seu desenvolvimento pode ser em qualquer parte do corpo. Os sítios mais comuns são a cabeça e pescoço, órgãos urinários e reprodutivos, membros superiores, inferiores e tronco. Em adultos, este tipo de sarcoma tem um crescimento rápido e por isso o tratamento é difícil e nem sempre eficaz. Operado a 1 de

março de 2018, fez ressecção do compartimento com ferida cirúrgica complicada com deiscência. No pós-operatório, foi seguido na consulta de acompanhamento a pessoas com tumores sólidos, para encerramento da ferida cirúrgica e iniciar radioterapia. Na altura, com resolução lenta da deiscência, foi pedido apoio a consulta de feridas que seguiu o doente, com evolução favorável da ferida e alta desta consulta. Entretanto, voltou para a consulta de acompanhamento a pessoas com tumores sólidos, e iniciou radioterapia entre os meses de julho e agosto. Cumpriu 33 frações com 66 *gray* de intensidade com data de término a 13 de agosto de 2018.

Em julho, após realização de PET/TC, encontram formação nodular no lobo superior do pulmão esquerdo suspeito de malignidade. Proposto para radioterapia estereotáxica às metástases pulmonares e cerebrais que iniciou no mês de outubro de 2018.

Durante a realização deste tratamento, na consulta de enfermagem de radioterapia, depararam-se com falsa cicatrização da ferida cirúrgica e uma radiodermite tardia na perna esquerda. A Radiodermite ou ferida radiógena é um dos efeitos secundários mais comuns do tratamento com radiação ionizante, é progressiva e aparece habitualmente entre a segunda e a terceira semana do tratamento. Pode ser aguda ou tardia, a aguda surge durante o tratamento e a tardia pode surgir meses após o tratamento. Segundo a Escala Late Radiation Morbidity Scoring Schema da RTOG/EORTC (Radiation Therapy Oncology Group / European Organization for Research and Treatment of Cancer) a radiodermite do Sr. J. é classificada como tardia de grau 3 (AEOP, 2015).

## **1.2 Situação atual**

Neste momento, a realizar radioterapia estereotáxica, a equipa de Enfermagem diagnóstica uma radiodermite tardia de grau 3, sobre a ferida cirúrgica com falsa cicatrização. Foi pedido apoio à consulta de feridas. A enfermeira da consulta questiona o contexto da situação em que o doente se encontra, em relação à doença e a história social/familiar. O Sr. J. vive com a esposa, que lhe dá suporte físico e emocional, longe do hospital, e vem as vezes necessárias para consultas ou tratamentos. Refere ainda que está cansado das deslocações quase diárias ao hospital e preocupado pelo atraso da cicatrização da ferida.

Com base no que a enfermeira soube do contexto da situação, o conhecimento que tem do comportamento das feridas sob irradiação radiogénica e tendo em conta a segurança, não pondo em risco o doente, propôs uma alteração do plano de cuidados, no qual o foco

inicial era a cicatrização da ferida radiógena e passou a ser a promoção do auto-cuidado no domicílio e gestão do penso pelo doente e/ou esposa. Assim sendo, capacita o doente para a realização de duche, com aplicação diária de mel gel 40% no local da ferida e compressa. O Sr. J. ficou muito recetivo à ideia e aceitou. Teve alta da consulta e manteve o seguimento com a equipa de enfermagem da radioterapia.

## 2. COMUNICAÇÃO

A comunicação é a ferramenta terapêutica principal para o estabelecimento de uma relação de ajuda que o profissional de saúde dispõe, de forma a conhecer a personalidade da pessoa, o ambiente de vida, a concepção do mundo e, assim, conseguir incentivar e motivar a pessoa a colaborar com os cuidados prestados e aceitar a sua situação de saúde-doença. (Phaneuf, 2005) O estabelecimento de uma relação de ajuda entre profissional e doente e a comunicação é uma necessidade nos cuidados de enfermagem para que exista humanização de cuidados (Phaneuf, 2005).

Na situação que apresentei, questionei-me e no fim discuti este assunto com a minha orientadora, acerca do que o Sr. J. saberia da situação atual da doença e como abordar este assunto se fosse questionada por ele. Desta discussão e reflexão, sobressai a importância de, nestas situações, validar o que o doente já compreendeu, e o que ele quer efetivamente saber. É, ainda, importante ajudá-lo a expressar as suas dúvidas, face ao que lhe foi transmitido pelo médico, ou por outras fontes de informação (e.g. internet). Este momento de comunicação exige do enfermeiro, não só conhecimento científico e competência para o fazer, como também uma atitude de calma e disponibilidade, deixando clara a mensagem de que o doente não está sozinho neste processo, tendo uma equipa multidisciplinar verdadeiramente interessada na sua problemática. Neste processo de informação, se necessário, cabe ao enfermeiro envolver a restante equipa, sobre as dúvidas e preocupações do doente, preparando assim o suporte que ele necessita.

Após a reflexão e discussão, o importante que deve ser realizado com o doente quando nos aborda com questões sobre a doença é validar o que ele já sabe e compreendeu, questionar exatamente o que ele quer saber, traduzir ao doente por palavras mais compreensíveis o que foi dito pelo médico, ajudar o doente a expressar as suas dúvidas e preocupações com calma e disponibilidade, reforçando o facto de que ele não está sozinho neste processo e mobilizar a equipa passando a informação sobre as dúvidas e preocupações do doente e preparar o suporte que ele precisa.

Para Twycross (p. 42, 2001) “é necessário determinar o grau atual de informação do doente, em termos daquilo que sabe e compreende da sua doença, e proceder de acordo com as suas respostas”. Quanto ao prognóstico, deve-se evitar indicar um período de tempo determinado, pois este depende de fatores físicos e psicológicos e a ansiedade que o doente sente ao chegar perto da data prevista pode ser fatal para ele (Twycross, 2001).

Cada doente deve ser tratado segundo as suas necessidades, mas é preciso encontrar meios para ajudá-lo a expressar as suas dificuldades, carências e para se fazer compreender. O enfermeiro precisa de habilidade para ajudar o doente a comunicar as suas necessidades como também para compreender aquilo que ele comunica sem palavras. Devemos ter ciência, percepção, expectativa dos cuidados para reconhecer as reais necessidades e planejar os cuidados com a participação ativa do doente (Mohallem e Rodrigues, 2007).

### 3. REFLEXÃO FINAL

O aparecimento de neoplasias está relacionado com o estilo de vida, cultura e o tipo de exposição aos fatores ambientais (Mohallem e Rodrigues, 2007). A prevenção desta doença passa por evitar o surgimento da mesma e conhecer a predisposição que cada pessoa tem para que ela se manifeste (Mohallem e Rodrigues, 2007). A fase de deteção precoce da doença oncológica é um fator importante para o combate à doença, pois quanto mais cedo for descoberta menos agressivo é o tratamento, o prognóstico mais favorável, menos sofrimento para a pessoa e família e menos custos para o sistema de saúde (Mohallem e Rodrigues, 2007).

Segundo Baile e Parker (2011), os momentos-chave no decurso de uma doença oncológica são o diagnóstico, o prognóstico, a realização ou não de tratamentos, os efeitos secundários associados aos tratamentos realizados, a necessidade de realizar testes genéticos e os seus resultados, cuidados paliativos e a morte.

Face à situação apresentada, e na qual apresento este estudo de situação, o Sr. J encontra-se na fase paliativa, mas não necessita de controlo sintomático. Segundo a OMS (1990), os cuidados paliativos são:

“Cuidados ativos, globais, prestados aos doentes cuja afeção não responde ao tratamento curativo; A sua finalidade é obter a melhor qualidade de vida possível para os doentes e as suas família; Afirmam a vida e consideram a morte como um processo normal; Não aceleram nem retardam a morte; Procuram aliviar a dor e outros sintomas; Integram os aspetos psicológicos e espirituais nos cuidados aos doentes; Oferecem um sistema de apoio para ajudar os doentes a viver tão ativamente quanto possível até à morte; Oferecem um sistema de apoio à família durante a doença do enfermo e no próprio luto; Muitos dos elementos dos cuidados paliativos são igualmente aplicáveis no início da evolução da doença, em associação com o tratamento anticanceroso.”

O Sr. J. vive com a esposa e esta é um elemento crucial nesta fase da doença e deve estar envolvida nos cuidados e as suas necessidades devem ser tidas em conta. Por isso, muitas das vezes, a assistência à família pode prolongar-se para além da morte do elemento doente. Estes doentes devem ser objeto de atenção e interesse por parte dos profissionais, tal como os outros que se encontram em outra fase da doença porque, embora não seja possível prolongar a vida, podemos intervir no alívio do sofrimento (Gonçalves, 2002).

Tendo por base a teoria de enfermagem das Transições de Meleis: uma teoria de médio alcance, para o individuo alcançar um processo de transição saudável, que segundo Meleis et al. (2000), é determinada por padrões de resposta ao processo de transição a

partir de indicadores de processos e resultados, o enfermeiro tem de conhecer o crescimento e o desenvolvimento do indivíduo e da sua família, consciente das suas dificuldades e das adaptações às novas situações que geram instabilidade. O Sr. J. além do processo de transição de saúde-doença apresentava como situação de instabilidade o atraso da cicatrização da ferida que lhe trazia preocupação e impacto na satisfação das suas necessidades básicas, recreativas e sociais. Com a alteração do plano de cuidados e colaboração do doente/esposa permitiu a satisfação das necessidades do doente permitindo a diminuição do impacto da ferida na vivência da doença oncológica com a diminuição das idas ao hospital, aumento do conforto, da sensação de sentir-se útil e capaz, e, conseqüentemente, qualidade de vida e adaptação ao processo de transição saúde-doença.

Todo este processo e tomada de decisão realizada pela enfermeira da consulta de feridas tiveram em consideração aspetos relacionados com a segurança do doente, as preocupações referidas por ele, o contexto da doença, a situação familiar e o apoio que existe. Este processo exige do enfermeiro um exercício mais humanizado, científico, compartilhado e holístico (Meleis, 2007 citado por Guimarães e Silva, 2016).

Uns dias mais tarde, foi possível avaliar a intervenção aplicada pela enfermeira, pois encontrou o Sr. J. que referiu sentir-bem, que o facto de realizar duche diário e gerir o próprio penso lhe trouxe um grande bem-estar e que estava muito satisfeito. Faz parte da nossa profissão reconhecer as necessidades que o doente tem face ao contexto da doença em que se encontra e priorizar os cuidados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AEOP (2015). *Linhas de Consenso Consensos & Estratégias: Radiodermite*. Grupo da radioterapia.

American Cancer Society (2018). *What Is Rhabdomyosarcoma?*. Acedido em 25-10-2018. Disponível em <https://www.cancer.org/cancer/rhabdomyosarcoma/about/what-is-rhabdomyosarcoma.html>

Collière, Marie-Françoise (2003). *Cuidar: a primeira arte da vida*. 2ª ed. Loures: Lusociência. VIII, 440 p. ISBN 972-8383-53-3

Gonçalves, Ferraz (2002) - *Controlo de sintomas no cancro avançado*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 215 p. ISBN 972-31-0960-3

Guimarães, M. Silva, L. (2016). Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem. Acedido em 25-06-2018. Disponível em <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. A. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Mohallem, Andréa Gomes da Costa; Rodrigues, Andrea Bezerra (2007) - *Enfermagem oncológica*. XIV, 411 p. ISBN 85-204-2209-8

Organização Mundial de Saúde, (1990). *Tratamento da dor oncológica e cuidados paliativos*. Genève.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusodidacta.

Twycross, Robert (2001) - *Cuidados paliativos*. Lisboa: Climepsi, 184 p. ISBN 972-796-001-4

## **APÊNDICE VI**

***Check-list* “Impacto da ferida complicada na vivência da pessoa com doença oncológica”**

**CHECK – LIST**

**Impacto da ferida complicada na vivência da pessoa com doença oncológica**

<b>Avaliação local da ferida complicada</b>	<b>(x)</b>	<b>Impacto da ferida na vivência da pessoa</b>	<b>(x)</b>	<b>Fatores condicionantes da transição</b>	<b>(x)</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>
<b>Sinais/sintomas</b>		Fadiga				
Dor		Perturbações do sono				
Exsudado		Perda de apetite				
Odor desagradável		Mobilidade reduzida				
Parestesias		Humor deprimido				
Cãibras		Ansiedade				
Prurido		Constrangimento				
<b>Tempo da ferida</b>		Alteração de autoestima				
<b>Dimensões</b>		Dependência nas AVDs				
<b>Localização</b>						
		Restrição nas atividades sociais				
		Custos financeiros				
		Aumento do contacto com os serviços de saúde/internamento hospitalar longo				
		Adaptação da roupa e calçado de forma a disfarçar o penso				
		Relação cordial e terapêutica com os profissionais de saúde				

**Observações:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **APÊNDICE VII**

**Reflexão crítica de aprendizagem n°1**

## **Reflexão Crítica de Aprendizagem nº1**

### **1. Descrição – O que aconteceu?**

Num dos dias de estágio, a equipa das feridas foi solicitada para prestar apoio. Surgiu a dúvida entre os enfermeiros sobre o tratamento a uma senhora, a senhora A, de 57 anos, com cancro da mama com uma ferida maligna. Senhora muito colaborante, aparentava estar ansiosa e preocupada com a sua situação. Não questionou nada no imediato. Pedimos para observar a ferida, ao qual ela consentiu, referindo a sua maior preocupação – o exsudado. A localização para a realização de penso, na mama, não é das mais fáceis, mas a senhora ficou confortável no dia anterior, com o penso que colocaram. O exsudado não estava controlado por fugas, que com a nova realização do penso foi colmatado. Proporcionado o ambiente seguro e tranquilo para a senhora A, esta sentiu-se à vontade para questionar acerca da ferida. A questão da senhora foi “*Está muito mau?*” e, logo a seguir, afirmou “*estou tão preocupada com esta situação, não sei o que isto possa significar*”. Face ao que tinha perguntado, a enfermeira orientadora questionou a doente sobre o que já sabia sobre a ferida. Esta questão permitiu à doente exprimir as suas dúvidas e preocupações, no qual foi reforçado que “*não estava sozinha*”, e que “*a consulta de feridas estaria disponível para o que precisasse*”. No fim da consulta já não estava uma senhora ansiosa e preocupada, mas sim mais tranquila e segura.

### **2. Pensamentos e Sentimentos – O que estou a pensar e a sentir?**

A realização deste estágio no Hospital A, foi o primeiro contacto que tive com a realidade da doença oncológica. Na minha curta experiência profissional, cuidei de poucos doentes com esta doença, e daí o meu receio inicial, mas, ao mesmo tempo, curiosidade para trabalhar neste contexto. É a minha área de eleição no campo da enfermagem e a necessidade de passar por esta experiência era essencial. Na primeira semana de estágio posso afirmar que me senti, um “peixe fora de água”, e precisei, inicialmente, de interiorizar, realizar pesquisa e refletir bastante sobre isso, tendo a ajuda da enfermeira orientadora sido crucial para compreender o processo da doença oncológica.

A pouca experiência profissional em enfermagem e a falta de experiência em oncologia trazem muitas dúvidas e insegurança nas tomadas de decisão enquanto enfermeira, sendo que o desenvolvimento desta competência foi mais difícil para mim, apoiando-me sobretudo na enfermeira orientadora.

Em relação à situação, ficar impressionada com a visualização da ferida maligna era um dos receios da enfermeira orientadora, que me alertou antecipadamente para o que íamos ver. Quando cheguei junto à senhora, não fiquei impressionada, mas sim preocupada pela situação. Percebi que era uma mulher jovem, com duas filhas bastante preocupadas com ela e que estavam constantemente a ligar. Vi uma mulher desconfortável, constrangida com a situação e muito preocupada. Em todas as intervenções que foram feitas nesta consulta, a que mais me marcou foi garantir à doente que não estava sozinha, e que apesar de ter o apoio das filhas e da clínica da mama, ambos também muito importantes, foi-lhe oferecido também o apoio da consulta das feridas através do contacto físico ou telefónico. Notei que a doente ficou descansada e menos apreensiva, o que naquele momento foi importante para ela perceber que não estava sozinha neste processo e nas complicações que poderiam advir. Ao refletir sobre este momento, percebi que mostrar a nossa disponibilidade e presença para a pessoa é bem mais importante que a realização de um procedimento. Conseguir ver e conhecer a pessoa antes de ver a ferida foi uma das aprendizagens que retirei e interiorizei e que levo deste estágio para a minha prática profissional futura.

### **3. Avaliação – O que foi bom e mau nesta experiência?**

Nesta situação, foi bom poder observar a atuação da enfermeira e a implementação das intervenções terapêuticas de enfermagem que facilitam a transição pelo qual a senhora A se encontra a passar. A ferida complicada chega como uma complicação que decorre do processo da doença oncológica e que vem como uma instabilidade no processo de saúde/doença que a pessoa se encontra a vivenciar. A identificação de um dos fatores inibitórios desta transição, como por exemplo, nesta situação, o exsudado, foi crucial para a resolução do mesmo através das intervenções implementadas. Foi bom perceber que o simples facto de estarmos presentes e disponíveis para a senhora A, aumentou a sua confiança e bem-estar no momento, ficando menos ansiosa com a situação. A utilização da criatividade na realização do penso é outro aspeto que quero realçar como algo bom que vi nesta experiência, pois em feridas muito exsudativas os pensos convencionais não são suficientes. A criação de um penso através da utilização de uma fralda pode parecer uma ideia errada, mas que deixou a senhora confortável e, neste caso, é o mais importante. O que retiro de mau desta experiência é simplesmente o pouco à vontade que tive em tomar decisões, pelo que somente observei e me guiei pelo que a enfermeira orientadora disse e fez. A tomada de decisão requer conhecimento e experiência nesta área e a minha

escassa experiência torna-se um obstáculo para a realização da mesma. Além disto, o único aspecto que me impressionou foi que no fim da consulta, ao discutir o caso com a orientadora, compreendi que a senhora A tinha um prognóstico muito reservado e que, apesar de aparentemente estar bem, a doença tinha vencido e que teria pouco tempo de vida. Este aspecto deixou-me impressionada, senti tristeza pela senhora e injustiça, porque conheci uma senhora íntegra, cordial, simpática e, além disto, muito jovem, com duas filhas que ainda vão precisar muito dela.

#### **4. Análise – Que sentido podemos encontrar nesta situação?**

A pessoa com doença ou sem doença possui família e amigos, uma casa, uma atividade profissional, uma vida social, desejos, expectativas, esperança, dúvidas e preocupações. A doença oncológica é mais uma que entra na vida da mesma, que acaba por alterar/comprometer a vida da pessoa e tudo o que está relacionado com ela. Após o diagnóstico a pessoa necessita de gerir a sua vida, aceitar a doença e preparar-se para o tratamento. O que acontece neste tipo de transição saúde/doença, acontece com muitos outros em que a pessoa deve encontrar padrões de resposta para conseguir lidar com a situação desestabilizadora.

A pessoa com doença oncológica e com ferida complicada, antes de ter uma ferida é uma pessoa com uma história de vida, conhecimentos, preocupações, expectativas, desejos por realizar. Afirmo que conhecendo a inquietação, preocupação, expectativas e os desejos das pessoas permite-nos saber o que elas consideram prioritário e o que as toca. Conhecer tudo isto permite-nos atuar de forma holística, planear cuidados individualizados e prestar cuidados de excelência (Colliére, 2003).

Compreender as propriedades e as condições que estão implicadas durante o processo de transição, permite o desenvolvimento de intervenções terapêuticas de enfermagem que sejam congruentes com a experiência única do doente e da sua família, promovendo respostas saudáveis à transição (Meleis, 2010). Assim, este modelo baseia-se na observação e reflexão de forma a adotar medidas de conforto, cuidados e responsabilidade para que a pessoa supere a transição e alcance a estabilidade, ou seja, as intervenções de enfermagem devem ter como objetivo facilitar a transição que ocorre no momento e promover o bem-estar à pessoa e família.

Deste modo, os cuidados de enfermagem implicam mais sensibilização, humanização, e consciencialização para facilitar o evento para uma transição saudável. Cada caso é um

caso e os resultados dos significados atribuídos às transições são diferentes de pessoa para pessoa. Assim, o plano de cuidados deve ser personalizado e individualizado para a obtenção de ganhos em saúde, conforto, bem-estar e qualidade de vida (Franco, 2014).

### **5. Conclusão – Que mais poderia ter feito?**

A intervenção da enfermeira orientadora foi suficiente de forma a deixar a doente mais tranquila face à situação. Realizando agora uma retrospectiva do episódio, creio que poderia ter intervindo mais e ter ajudado mais a enfermeira orientadora na implementação das intervenções.

Uma vez que fui assistir a doente através da consulta de feridas, por a equipa de enfermagem necessitar de apoio na realização do penso, penso que se fosse hoje, apesar da equipa não ter precisado novamente da ajuda da consulta, teria tentado saber como ficou a doente com a realização do penso e feito uma avaliação das intervenções implementadas.

### **6. Planear a ação – Se acontecesse de novo, o que faria?**

Quando esta situação ocorreu, tinha iniciado há pouco tempo o meu estágio na consulta de feridas, que limitou a minha atuação. A minha intervenção foi somente a observação e, por isso, se voltasse a acontecer já teria estratégias e ferramentas suficientes para gerir a situação. Algumas das intervenções utilizadas pela enfermeira orientadora, ao longo do estágio, e que consegui observar, passaram por conhecer a história de saúde da pessoa, mas também a história de vida, social e familiar, ajudá-la a expressar as suas dúvidas e preocupações, estar disponível, utilizar a escuta ativa, estar para o doente e com o doente, garantir a segurança do doente e responsabilidade pela tomada de decisão, tomar decisões baseadas na situação da doença, da história familiar/social e no relato da doente (preferências, preocupações...), mobilizar a equipa, quando necessário, capacitar o doente, quando possível, para o autocuidado e tornar o doente participante e cooperante na escolha do tratamento e realização do mesmo.

Acredito que o treino de competências comunicacionais com o doente oncológico durante a prestação de cuidados, que este estágio me proporcionou, foi fulcral para o meu crescimento enquanto profissional e especialista e contribuiu para que me sinta menos insegura na tomada de decisão.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Collière, Marie-Françoise (2003) – *Cuidar - A primeira arte da vida*. 2ª ed. Loures : Lusociência. VIII, 440 p. . ISBN 972-8383-53-3

Franco, H. (2014). *Melhoria da Qualidade dos Cuidados na área de Ambulatório de Oncologia*. Relatório de Trabalho de Projeto. Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde.

Meleis, Afaf Ibrahim (2010) - *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York : Springer Publishing Company, cop. XXII, 641 p. . ISBN 978-0-8261-0534-9

World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). (2018). *Surgical wound dehiscence Improving prevention and outcomes*.

## **APÊNDICE VIII**

**Funcionalidade e dinâmica da consulta de acompanhamento a pessoas com tumores sólidos do Hospital A**

## **Funcionalidade e dinâmica da consulta de acompanhamento a pessoas com tumores sólidos do Hospital A**

O Local de estágio B é a consulta de acompanhamento a pessoas com tumores sólidos do Hospital A, onde estive entre o dia 29/10/2018 até ao dia 14/12/2018, sob orientação da enfermeira responsável pela consulta. Neste documento pretendo descrever a dinâmica e funcionalidade desta consulta através da observação e descrição feita pela enfermeira orientadora e, uma vez que não existe um documento elaborado na consulta, com base neste trabalho irei elaborar um guia de acolhimento para distribuir aos doentes e outros profissionais de saúde que não conhecem o serviço.

Assim, irei dar resposta ao primeiro objetivo proposto no plano de atividades deste local de estágio que é integrar-me no serviço.

A consulta de acompanhamento a pessoas com tumores sólidos, diz respeito a sarcomas das partes moles, melanomas, metastização pulmonar e, raramente, tumor primário no pulmão. Dirigida a doentes submetidos a excisão do tumor ou das metáteses pulmonares e esvaziamentos ganglionares a nível axilar ou inguinal.

Em alguns casos, pretende-se encerrar a ferida em tempo útil para iniciar tratamento adjuvante.

A consulta médica realiza-se terça e sexta-feira. A consulta de enfermagem é realizada todos os dias úteis da semana, com agendamento prévio.

**Estrutura:** Tem uma sala de espera com duas administrativas para efetivar as consultas médicas e de enfermagem, e vários gabinetes para consultas médicas, sendo dois deles a sala de tratamentos de enfermagem.

### **Equipa de profissionais de saúde:**

Cinco médicos-cirurgiões

Três enfermeiras

Uma auxiliar

Duas administrativas

**Horário:** Consultas médicas: terça-feira e sexta-feira

Consultas de enfermagem: De segunda-feira a sexta-feira das 8h30 as 15h.

**Objetivo geral:**

Prestar cuidados de enfermagem aos doentes com patologia oncológica acompanhados pela equipa médica da consulta de acompanhamento a pessoas com tumores sólidos na fase pré-operatória e no pós-operatório.

**Objetivos específicos:**

- Realizar consulta pré-operatória de enfermagem, quando doentes portadores de lesões tumorais ulceradas ou para biópsia de diagnóstico;
- Realizar tratamento a ferida cirúrgica e/ou ferida maligna:
  - Vigiar complicações da ferida (seroma, hematoma, deiscência e infeção);
  - Vigiar exsudado/odor;
  - Medição e registo fotográfico da ferida;
  - Adequar tratamento à ferida, tendo em conta o bem-estar do doente;
  - Avaliação da intervenção e registo em SClínico.
- Mobilizar e informar a equipa médica para observação de ferida e outros problemas que surjam ao doente;
- Realizar *follow up* em consulta, se necessário;
- Encaminhamento de doentes operados:
  - Assistente social
  - Dietista
  - Patologista clínico
  - Centro de saúde
- Educar o doente e/ou pessoa significativa sobre vigilância de sinais e sintomas de alerta, realização do penso no domicílio, estratégias para manter o penso limpo e seco, alimentação, exercícios de reabilitação...

Pretende-se no futuro existir uma consulta de enfermagem pré-operatória dirigida a todos os doentes que irão ser submetidos a cirurgia por esta equipa. A forma como irá ser realizada, de momento, ainda se encontra em construção.

# **APÊNDICE IX**

**Estudo de situação (Local de Estágio B)**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**

**9º CURSO MESTRADO E PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM  
MÉDICO-CIRÚRGICA, VERTENTE ONCOLÓGICA**

**ESTÁGIO COM RELATÓRIO**

**ESTUDO DE SITUAÇÃO**

**LOCAL DE ESTÁGIO B: Consulta de acompanhamento a pessoas  
com tumores sólidos**

**Sara Cristina Dias Simão, nº 8334**

**Lisboa,**

**novembro, 2018**

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	2
<b>1. APRESENTAÇÃO DA SITUAÇÃO</b> .....	3
<b>1.1 Antecedentes pessoais e de saúde</b> .....	3
<b>1.2 Situação atual</b> .....	4
<b>1.3 Ferida cirúrgica complicada</b> .....	4
<b>1.4 Aplicação e análise da <i>check-list</i> “Impacto da ferida complicada na vivência da pessoa com doença oncológica”</b> .....	5
<b>2. REFLEXÃO FINAL</b> .....	9
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	11

## **INTRODUÇÃO**

Este trabalho é realizado no âmbito do ensino clínico realizado na consulta de acompanhamento a pessoas com tumores sólidos no Hospital A, com o objetivo de desenvolver competências de enfermeira especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Oncológica.

Este estudo de situação é desenvolvido no sentido de atingir um dos objetivos selecionados para este estágio, sendo ele, a compreensão do processo oncológico na pessoa. Pretendo aprofundar a compreensão da situação escolhida, descrevendo, explicando, explorando e refletindo sobre a situação.

Farei, inicialmente, a apresentação do doente selecionado, os seus antecedentes pessoais e de saúde e as suas necessidades. A escolha deste doente, parte do processo de adaptação que ele passou e por pertencer à população alvo do meu projeto, pessoa com doença oncológica com ferida cirúrgica complicada, sendo a complicação a infeção.

No contexto da situação apresentada farei uma reflexão sobre a transição saúde e doença com vários fatores de instabilidade que podem intervir no processo de adaptação, sobre a aplicação da *check-list* elaborada por mim ao longo do meu percurso de estágio e as intervenções aplicadas, bem como a sua avaliação.

Recorro à teoria de Enfermagem no qual me ancorei na realização deste projeto e futuro relatório de estágio, a teoria das transições de Meleis, a aplicação e análise da *check-list*, na prestação de cuidados ao doente e observação.

## **1. APRESENTAÇÃO DA SITUAÇÃO**

A consulta de acompanhamento a pessoas com tumores sólidos, localizada no Hospital de Lisboa, presta cuidados de enfermagem a doentes seguidos pela equipa médica desta consulta na fase pré-operatória e no pós-operatório.

Escolhi este doente, o Sr. J. A. por ser um doente com doença oncológica, intervencionado cirurgicamente, no qual surgiram complicações sobre a ferida operatória, mas, também, pela cirurgia que realizou, amputação do membro superior direito, que foi mais um meio de instabilidade na ultrapassagem da sua transição e que necessitou de medidas adaptativas tanto para ele, como para a esposa.

Segundo a teoria de enfermagem de Meleis, o principal objetivo da prática de enfermagem é entender o próprio processo de transição e implementar intervenções que prestem ajuda efetiva às pessoas com vista a proporcionar estabilidade e sensação de bem-estar (Meleis et al., 2000). Este processo exige do enfermeiro um exercício mais humanizado, científico, partilhado e holístico (Meleis, 2007 citado por Guimarães e Silva, 2016).

A ferida cirúrgica complicada tem um impacto significativo para o doente e família, pelo aumento da mortalidade, aumento do tempo de internamento hospitalar, a possibilidade de uma nova cirurgia, o tratamento adjuvante tardio, alteração da imagem corporal e bem-estar psicossocial (WUWHS, 2018). Também está presente, segundo Hassel, K. et al. (2016), o humor deprimido, a dependência nas atividades de vida diária, a alteração e afeto da vida social e o isolamento.

### **1.1 Antecedentes pessoais e de saúde**

O Sr. J. A é um doente seguido no Hospital A desde janeiro de 2017 por um carcinoma pavimento-celular (CPC), do dorso da mão direita. Tem como antecedentes pessoais fibrilhação auricular e é medicado com varfine. A ecografia axilar realizada a 27/01/2018 mostra estar sem alterações suspeitas de malignidade. Realizou biopsia que revelou o diagnóstico de CPC de grau 2. A 24/05/2017 foi submetido a excisão e encerramento com enxerto que decorreu sem intercorrências. Segundo *American Cancer Society* (2018), a cirurgia é um dos tratamentos que tem como objetivo remover o tumor com pelo menos 1 a 2 cm do tecido normal à sua volta. Após a sua remoção é realizada uma análise ao

tecido removido para perceber se há crescimento de células cancerígenas nas suas margens. Neste caso, a análise do tecido removido revelou margens negativas (sem tumor), a menos de 1mm.

## **1.2 Situação atual**

Desde a cirurgia de excisão e encerramento, o doente foi seguido em consulta médica e de enfermagem. A 24/02/2018 foi observado no cotovelo direito uma lesão, que após realização de biopsia comprovou-se a compatibilidade com metástase do CPC, ou seja, recidiva tumoral. Realizado na altura TAC torácico, mas sem alterações. O tratamento realizado para esta recidiva foi novamente a cirurgia e no dia 8/10/2018, o Sr. J.A. foi submetido a tentativa de excisão da lesão e encerramento com penso de vácuo. No entanto, a anatomia histológica revelou a presença de tumor na margem da ressecção e, por isso, no dia 22/10/2018 foi submetido a amputação do membro superior direito. Durante o internamento, destacou-se a presença de dor fantasma e o doente foi encaminhado para a consulta da dor, onde ainda se mantém a ser seguido.

## **1.3 Ferida cirúrgica complicada**

O doente oncológico submetido a intervenção cirúrgica como tratamento curativo, face aos fatores descritos anteriormente, pode apresentar complicações pós-operatórias no que diz respeito a cicatrização da ferida cirúrgica. Uma das complicações mais comuns é a infeção do local cirúrgico. Segundo Miwa, et al (2017), as causas da ferida cirúrgica infetada após ressecção do tumor são os doentes imunodeprimidos, desnutrição, a alteração da constituição dos tecidos moles, o tempo de cirurgia longo, as transfusões sanguíneas, a neutropenia, a quimioterapia pós-operatória e o uso de cateteres venosos centrais e periféricos. Também, segundo Santos (2013), a cicatrização do tecido fica comprometido a partir do momento em que existe uma doença oncológica pelas alterações de caráter químico.

No pós-operatório, os pensos foram realizados nesta consulta. Na primeira, o doente apresentou-se com dor descontrolada, com necessidade de otimizar terapêutica pela consulta da dor, pelo que lhe foi sugerido que após a realização do penso se dirigisse para lá. O senhor vinha acompanhado pela esposa, com penso repassado e odor fétido. Aberta a ligadura, sutura com sinais inflamatórios, exsudado esverdeado. Realizado tratamento com antimicrobiano e foi pedido apoio ao médico do doente para prescrever antibiótico, uma vez que o exsudado era sugestivo de infeção por pseudomonas e os sinais inflamatórios estavam bastante marcados. O doente levou a receita e durante 7 dias

cumpriu antibiótico. No segundo tratamento, na consulta, o penso mantinha odor e repasse, mas a sutura apresentava uma melhoria significativa em relação aos sinais inflamatórios e o exsudado esverdeado em menor quantidade. Foi mantido o tratamento. No terceiro tratamento, com melhoria significativa dos parâmetros inflamatórios, detetou-se a presença de rubor no local de inserção dos fios de sutura, no qual foram retirados alternados. No quarto tratamento, foram retirados os restantes fios de sutura com foco de infecção completamente controlado e ferida cicatrizada.

Neste momento, o doente mantém-se a ser seguido pela consulta em que faz hidratação e massagem da cicatriz e ligadura para moldar o coto.

#### **1.4 Aplicação e análise da *check-list* “Impacto da ferida complicada na vivência da pessoa com doença oncológica”**

A *check-list* “Impacto da ferida complicada na vivência da pessoa com doença oncológica” é uma ferramenta prática para conhecer os fatores de impacto da presença de ferida complexa na vivência do doente oncológico. Conhecer que fatores descritos na evidência científica como desestabilizadores do bem-estar e qualidade de vida na presença da ferida, estão presentes no doente oncológico com ferida cirúrgica complicada, adequar o plano de cuidados e personalizar de acordo com as necessidades e expectativas do doente.

Relacionado com a teoria de transição de Meleis, o doente oncológico, além da transição saúde e doença, encontra-se no momento a passar por diversas outras que devido a doença ficaram estagnadas, sendo mais um problema/preocupação do doente. O enfermeiro deve ajudar o doente a expressar os fatores inibitórios da transição e os fatores facilitadores, promovendo a melhor adaptação possível a esta fase da doença e das suas complicações, para que assim a transição seja concluída, conseguindo assim atingir o bem-estar, satisfação e qualidade de vida do doente.

Após a primeira aplicação da *check-list* o doente tinha como sinais/sintomas locais dor, exsudado e odor desagradável, que condicionava a transição causando fadiga, ansiedade, humor deprimido, perda de apetite, constrangimento, alteração da autoestima que também estava relacionado não só com a ferida, mas também pela amputação do braço direito e a restrição nas atividades sociais. O que facilitava a transição era a adaptação da roupa, a gestão do penso no domicílio e o apoio da esposa.

a) INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS GERAIS:

Escutar o indivíduo e pessoa significativa;

Estar disponível;

Ajudar o doente a expressar as suas preocupações e dúvidas;

Educar o doente;

Instruir o doente ou pessoa significativa na realização do penso no domicílio, se necessário.

b) INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS ESPECÍFICAS:

Vigiar sinais inflamatórios;

Encaminhar o doente para a consulta da dor;

Adaptar penso consoante o exsudado;

Aplicar pensos antimicrobianos;

Aplicar carvão ativado (odor fétido);

Hidratar e proteger pele peri-sutura;

Incentivar o doente a optar por uma alimentação reforçada em proteínas;

Encaminhar o doente para a dietista do instituto;

Mobilizar equipa médica pela possível presença de infeção da ferida cirúrgica.

Os diagnósticos principais que identifiquei neste senhor foram a dor fantasma e a ferida cirúrgica. Em relação à dor fantasma, o senhor J.A estava a ser seguido pela consulta dor, na qual, através da entrevista, percebi que recorria regularmente em caso de SOS, uma vez que a dor fantasma não estava controlada e que implicava, de forma negativa, a sua vida diária. Relacionado com a ferida cirúrgica, na observação e na realização do tratamento à ferida, apresenta sinais de infeção. A avaliação das intervenções aplicadas foi positiva, pois os sinais de infeção reduziram de forma significativamente nos tratamentos posteriores.

Na segunda aplicação da *check-list* e após cumprir antibioterapia durante 7 dias e remoção dos fios de sutura, o doente foi à consulta para vigilância da cicatriz e moldagem do coto com ligadura. Foi aplicada *check-list* com melhoria do impacto da ferida na vivência do seu dia-a-dia. Mantém como fator de impacto a dor intermitente (dor fantasma), que ainda lhe proporciona fadiga, ansiedade, humor deprimido e a restrição nas atividades sociais.

c) INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS GERAIS:

Escutar o indivíduo e pessoa significativa;

Estar disponível;

Ajudar o doente a expressar as suas preocupações e dúvidas;

Educar o doente;

Instruir o doente ou pessoa significativa na realização do penso no domicílio, se necessário.

Assegurar continuidade de cuidados

d) INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS ESPECÍFICAS:

Vigiar cicatriz;

Hidratar e massajar cicatriz;

Aplicar ligadura;

Instruir doente a aplicar creme e massajar cicatriz;

Em estado de resolução final do tratamento a cicatriz e coto, o doente encontra-se com estado geral melhorado, com dor fantasma ligeiramente mais controlada durante o dia mantendo o seguimento na consulta da dor. Apresenta cicatriz do coto bem hidratada, sem sinais de infeção. Os ensinamentos à esposa do doente foram eficazes, uma vez que a senhora aplica a ligadura em casa sem dificuldade e a ligadura que trazia estava bem adaptada.

O tempo e os momentos entre as aplicações da *check-list* são distintos, evidenciando-se o facto que as intervenções de Enfermagem aplicadas em ambos os momentos foram eficazes e com avaliação positiva para o doente e sua esposa. Os sintomas locais da ferida cirúrgica foram controlados e, a partir daí, verificou-se uma melhoria da sua qualidade de vida. No entanto, a dor fantasma persistente não permitiu ganhos totais no que diz respeito à diminuição do impacto na vivência da pessoa e, neste caso, já não relacionado com a ferida cirúrgica complicada, mas sim com a dor fantasma. Foi proporcionado o ambiente seguro e confortável para o doente exteriorizar as suas emoções e preocupações, bem como à sua esposa, que se tornou muito útil para conseguir intervir, como por exemplo, no encaminhamento do doente para a consulta, na utilização de analgesia e na sugestão da distração em ver televisão, livros ou ouvir música.

## 2. REFLEXÃO FINAL

A pessoa com ferida que desenvolve complicações ao longo do tempo e atrasa o processo de cicatrização causa a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida pelo impacto que ela causa na vivência da pessoa. Conhecer estes fatores de impacto permite-nos, enquanto enfermeiros, conhecer as preocupações e dúvidas do doente e assim promover o seu bem-estar reduzindo a ansiedade.

No consenso internacional (2012, p.1), foi definido o conceito de bem-estar relacionado com a gestão da ferida. Segundo este grupo, bem-estar é

“...a dynamic matrix of factors, including physical, social, psychological and spiritual. The concept of wellbeing is inherently individual, will vary over time, is influenced by culture and context, and is independent of wound type, duration or care setting. Within wound healing, optimising an individual's wellbeing will be the result of collaboration and interactions between clinicians, patients, their families and carers, the healthcare system and industry. The ultimate goals are to optimise wellbeing, improve or heal the wound, alleviate/manage symptoms and ensure all parties are fully engaged in this process.”

O bem-estar está dividido em domínios, sendo eles o domínio do bem-estar físico, mental, social e espiritual/cultura. Relativamente ao Sr. J.A, consoante as duas análises realizadas pela *check-list*, foi possível concluir que o bem-estar físico se manteve afetado, o que não permitiu o bem-estar total deste doente, bem como da sua esposa, sua cuidadora informal. O bem-estar físico são os parâmetros físicos que estão relacionados diretamente ou indiretamente com a ferida. Os parâmetros físicos diretos são o tamanho, a profundidade, a localização e a duração. Os parâmetros físicos, mas que não estão diretamente relacionados com a ferida são o odor, dor/irritação e exsudado excessivo, que podem levar a dificuldade a mobilizar-se, o isolamento social, a perda de apetite e a perturbações do sono.

O Sr. J.A afirmou em ambas as aplicações da *check-list* que a dor é o que lhe transtorna mais o seu quotidiano, e que por isso evita sair de casa, não tem apetite e dorme por períodos durante o dia e noite. Apesar de ser seguido na consulta da dor, a dor deste doente não está controlada e necessita de reajuste terapêutico. Esta dor não está associada só à presença de ferida, mas também à dor fantasma que mantém desde a cirurgia.

A comunicação entre a equipa multidisciplinar é importante para conseguir uma tomada de decisão eficaz e conseguir atingir os objetivos estipulados no plano de cuidados.

A vigilância de sinais inflamatórios e a detecção de uma possível infecção por um microorganismo com base no conhecimento e na experiência permitiu a mobilização da equipa pela enfermeira e, assim, o início da antibioterapia que no fim teve um papel importante, pois os sinais inflamatórios, o odor fétido e o exsudado abundante diminuíram gradualmente e a ferida operatória encerrou. O encerramento da ferida promoveu bem-estar no doente e na esposa, mas as constantes e intensas queixas álgicas causadas pela dor fantasma não permite, ainda, uma transição saudável nesta fase.

A pessoa com ferida complicada necessita de uma abordagem que otimiza o bem-estar. Atingindo o bem-estar, a transição saúde e doença pelo qual se encontra a passar com diversos pontos de instabilidade, como é o caso da ferida, é um passo importante para a transição saudável. Esta abordagem exige da equipa multidisciplinar conhecer a pessoa e a sua família, permitir e ajudar a expressar as suas dúvidas e preocupações, o estabelecer uma relação de confiança entre ambas as partes, informar e capacitar o doente para a tomada de decisão, torná-lo cooperante no tratamento através da tomada de decisão compartilhada (*International consensus*, 2012).

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

American Cancer Society (2018). Surgery for Soft Tissue Sarcomas. Acedido em 12-06-2018. Disponível em <https://www.cancer.org/cancer/soft-tissue-sarcoma/treating/surgery.html#references>

Guimarães, M. Silva, L. (2016). Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem. Acedido em 25-06-2018. Disponível em <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>

International consensus. (2012). Optimising wellbeing in people living with a wound. An expert working group review. London: Wounds International.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. A. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Santos, M. J. (2013) Feridas oncológicas em cuidados paliativos. Dissertação de mestrado. Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Porto Alegre

World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). (2018). Surgical wound dehiscence Improving prevention and outcomes.

Hassel, K., Andersson, K., Koinberg, I. L., & Wennstrom, B. (2016). Postoperative wound infections after a proctectomy. *Patient Experiences. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 11, 1–10. <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.30393>

# **APÊNDICE X**

**Plano de sessão de Formação (Local de Estágio B)**

## **Plano de Sessão de Formação**

Apresentação dos resultados da aplicação da *check-list* **“Impacto da ferida complicada na vivência da pessoa com doença oncológica”**

**População-alvo:** Equipa de enfermagem das consultas do Hospital A

**Datas:** 4 de dezembro de 2018

**Duração:** 60 minutos

**Local:** Sala de reuniões do Hospital A

**Objetivo:** Apresentar os resultados da aplicação da *check-list* **“Impacto da ferida complicada na vivência da pessoa com doença oncológica”**

	Conteúdos	Estratégias		Tempo
		Metodologia	Recursos	
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação do formador;</li> <li>- Contextualização da sessão de formação;</li> </ul>	Métodos Expositivo e Participativo	Computador Portátil, diapositivos em PowerPoint	5 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentar a <i>Check-list</i> “Impacto da ferida complicada na vivência da pessoa com doença oncológica”</li> <li>- Apresentar os resultados da aplicação da <i>check-list</i> na consulta intra-hospitalar de feridas e consulta de acompanhamento a pessoas com tumores sólidos;</li> <li>- Diagnósticos de enfermagem segundo CIPE versão 2.0</li> <li>- Intervenções de enfermagem segundo CIPE versão 2.0</li> <li>- Revisão <i>Scoping</i> – extração dos resultados</li> </ul>			20 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Considerações Finais e Perspetivas Futuras;</li> <li>- Esclarecimento de dúvidas;</li> <li>- Comentários finais da equipa.</li> </ul>			5 minutos

## **Apêndice XI**

**Análise dos resultados da *check-list* “Impacto da ferida complicada na vivência da pessoa com doença oncológica”**

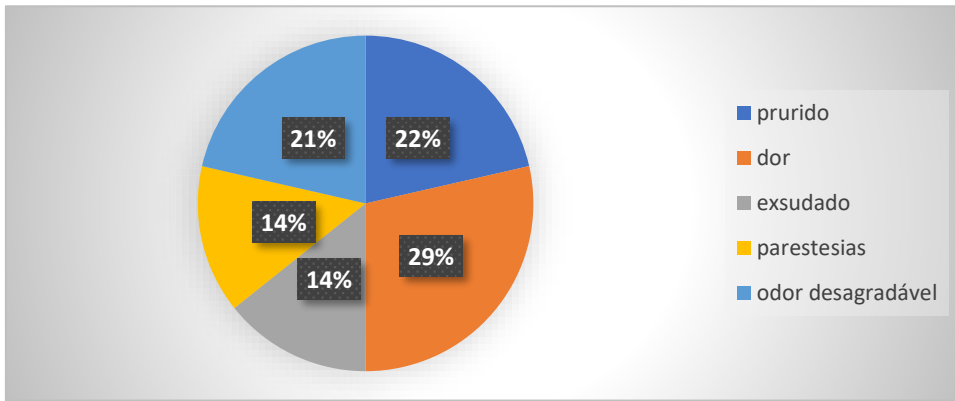
## **Análise dos resultados da *check-list* “Impacto da ferida complicada na vivência da pessoa com doença oncológica”**

A *check-list* “Impacto da ferida complicada na vivência da pessoa com doença oncológica” é um instrumento realizado após pesquisa bibliográfica acerca da vivência da pessoa com ferida complicada, identificando fatores de impacto desestabilizadores do bem-estar e qualidade de vida da pessoa com doença oncológica, que a presença de ferida provoca. Estes fatores de impacto foram relacionados com a teoria de enfermagem de Meleis, e serão classificados como fatores condicionantes da transição que podem ser facilitadores ou inibidores relacionados com a sociedade, da comunidade, a nível pessoal, os significados, as crenças, o *status* socioeconómico e o conhecimento e preparação da pessoa. Após o levantamento dos fatores condicionantes de transição, são delineadas intervenções terapêuticas de Enfermagem e implementadas durante a prestação de cuidados.

Os objetivos da aplicação desta *check-list* são identificar os fatores inibidores e facilitadores da transição saúde e doença, implementar intervenções terapêuticas de enfermagem, aumentar a sensação de bem-estar e diminuir o desconforto na vivência da doença oncológica facilitando a transição saudável de saúde/doença. Foi aplicada ao longo do estágio na consulta de feridas e da consulta de acompanhamento a pessoas com tumores sólidos, ambas no Hospital A, durante a prestação de cuidados de enfermagem a pessoas com doença oncológica com ferida cirúrgica complicada, com recurso à entrevista, observação (com consentimento da pessoa) e recolha de informação através do processo clínico.

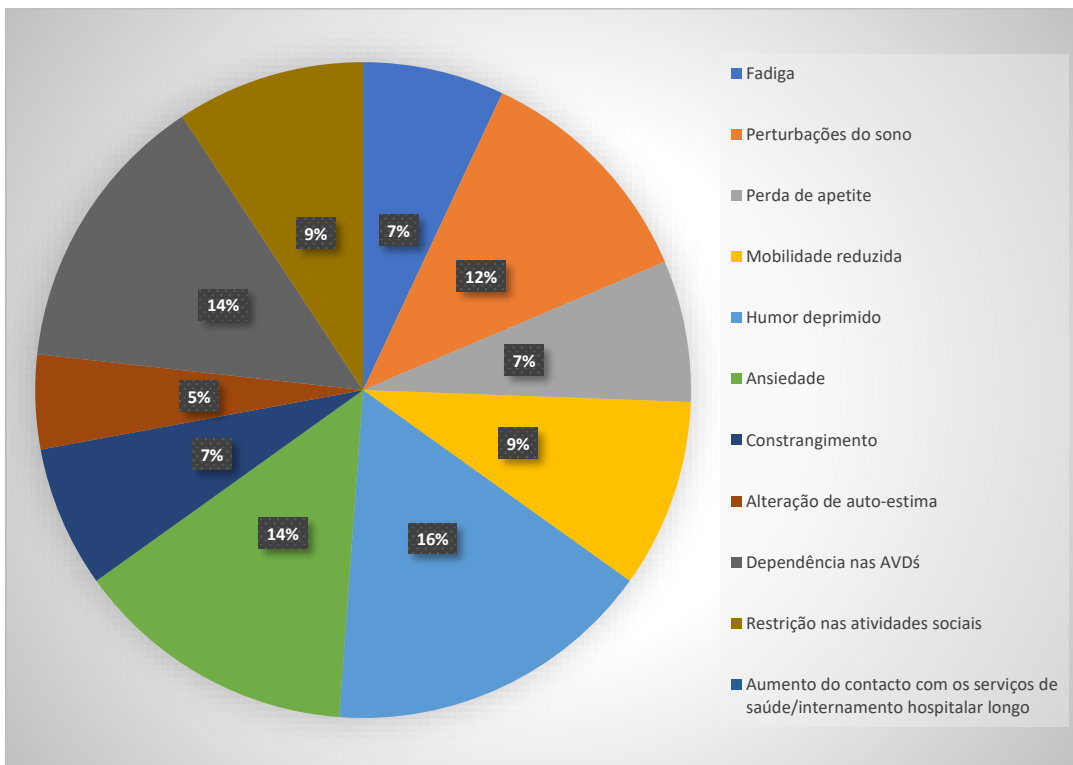
As pessoas, a quem apliquei este instrumento, tinham atraso na cicatrização associado a tratamentos de radioterapia e quimioterapia que tinham cumprido anteriormente à cirurgia. Apresentavam idade avançada e co-morbilidades como diabetes *mellitus* e artrite reumatoide. Foram analisados 4 registos da consulta de feridas e 6 da consulta de acompanhamento a pessoas com tumores sólidos.

Destes 10 momentos de prestação de cuidados que foram registados, em relação aos sinais/ sintomas locais em relação à presença de ferida, a maioria (29%) referiu a dor (gráfico 1). Este instrumento permitia à pessoa inquirida acrescentar outro sinal e sintoma que não estivesse referido na mesma e uma das pessoas acrescentou o “desconforto”.



**Gráfico 1** – sinais/ sintomas locais relacionados com a ferida

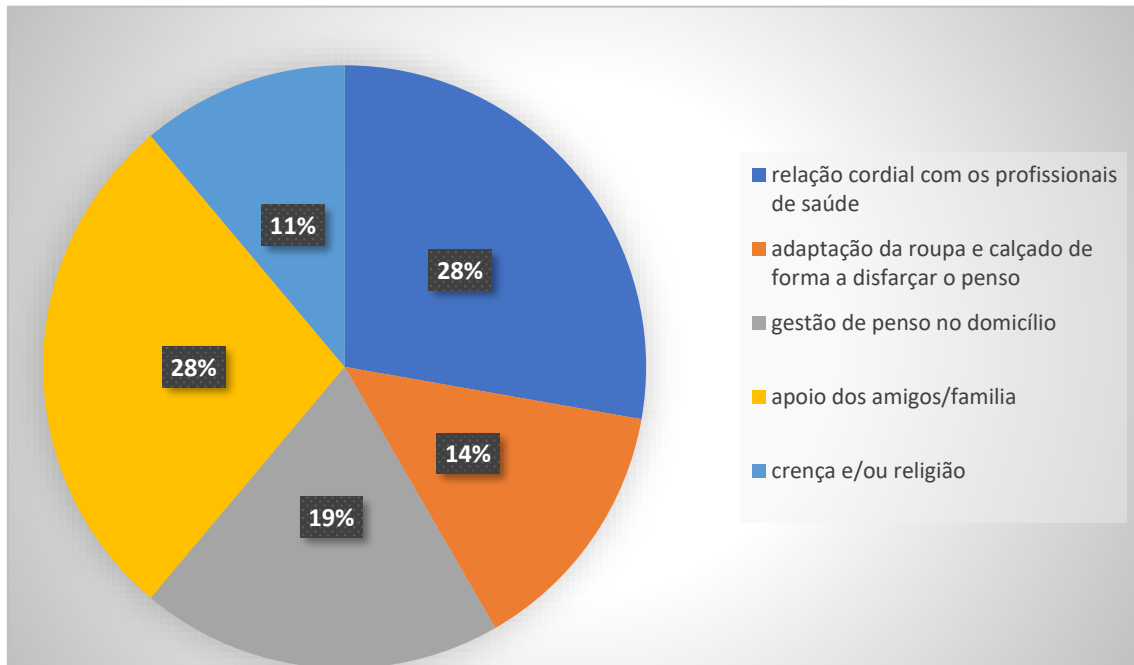
Em relação aos fatores de impacto que foram apurados, foram divididos em fatores que inibem a transição e fatores que facilitam a transição. Dos fatores que foram referidos na *check-list* a maioria dos inquiridos referiu como fator de impacto que inibe a transição saúde-doença o humor deprimido (16%), a ansiedade (14%) e a dependência nas AVD's (14%). (Gráfico 2)



**Gráfico 2** – Fatores de impacto que inibem a transição

Os fatores identificados como facilitadores da transição, referidos pelos inquiridos durante a prestação de cuidados, foram a relação cordial com os profissionais de saúde

(28%), adaptação da roupa e calçado de forma a disfarçar o penso (14%), a gestão do penso no domicílio (19%), o apoio dos amigos e família (28%) e a crença e/ ou religião (11%). (Gráfico 3)



**Gráfico 3** – Fatores de impacto que facilitam a transição

Face a estes resultados, levantei os seguintes diagnósticos de enfermagem CIPE, relacionados com a prestação de cuidados nas consultas.

- Ansiedade atual
- Apetite diminuído
- Cansaço atual
- Conforto comprometido
- Depressão iniciado
- Insónia atual
- Dor por ferida atual
- Cheiro fétido atual
- Prurido atual
- Ferida cirúrgica atual
- Cicatrização da ferida atrasado
- Conhecimento sobre a cicatrização da ferida da ferida
- Conhecimento sobre cuidados à ferida

- Conhecimento sobre processo de mudanças de comportamento

Também, com base nestes resultados, na prestação de cuidados na consulta e nos diagnósticos levantados anteriormente, foram implementadas as seguintes intervenções:

- Apoiar o processo de tomada de decisão
- Apoiar os prestadores de cuidados
- Assegurar a continuidade de cuidados
- Avaliar a atitude face ao regime do tratamento
- Avaliar dor
- Avaliar o autocuidado
- Categorizar a ferida cirúrgica
- Colaborar com o assistente social/médico
- Colher espécimen
- Consultar o prestador de cuidados
- Cuidado à ferida
- Encorajar o repouso
- Ensinar sobre nutrição
- Ensinar sobre cuidados e cicatrização de feridas
- Ensinar sobre a gestão da dor
- Envolver a pessoa no processo de tomada de decisão
- Facilitar a capacidade para comunicar sentimentos
- Prevenir a infeção cruzada
- Promover o autocuidado

## CONCLUSÃO

Com a aplicação da *check-list* compreendi que a pessoa com ferida, com um longo atraso na cicatrização, com recorrência ao tratamento de enfermagem há mais de um ano, encontra-se mais adaptado à situação saúde-doença, conseguindo alcançar uma transição saudável. Além disto, tornar o doente cooperante na realização de penso traz sentimentos de utilidade e menos dependência de outros, diminuindo fatores de impacto que podem condicionar a transição. Enquanto profissionais de saúde, se for possível controlar os sintomas locais, estabelecer uma relação de confiança entre profissionais de saúde e pessoa/família e o ambiente seguro e confortável na sala de tratamentos constata-se uma melhoria do seu bem-estar, à qual a pessoa se sente ligada e situada no seu processo saúde-doença interagindo com a equipa na tomada de decisão através da preparação e conhecimento transmitido pela equipa de enfermagem e o desenvolvimento de confiança e estratégias de *coping*. Uma boa relação estabelecida entre enfermeiro e pessoa doente é fundamental para o controlo dos fatores condicionantes da transição (Guimarães e Silva, 2016). A aplicação desta ferramenta ajudou-me a compreender a pessoa com doença

oncológica e a atuar nas diferentes dimensões que estão afetadas de forma a melhorar o seu bem-estar.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Guimarães, M. Silva, L. (2016). Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem. Acedido em 25-06-2018. Disponível em <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>

## **Apêndice XII**

**Esquema sobre a ferida cirúrgica complicada**

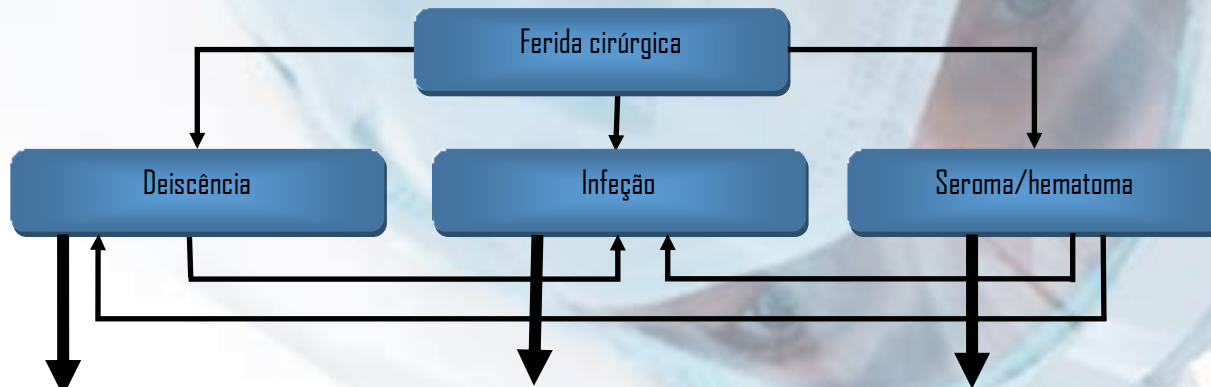
# Ferida cirúrgica complicada e tratamento

COMPLICAÇÕES

FATORES DE RISCO

GRAU/TIPO

TRATAMENTO



**I. Microbiana (infecção)**  
**II. Não microbiana:**  
**i. Fisiológica**  
 DM; Doença cardiovascular, hábitos tabágicos, estado nutricional, doença arterial periférica, tempo de cirurgia longo, aquecimento do corpo no intra-op e pós-op, DPOC, ILC superficial  
**ii. Mecânica**  
 Tensão no local cirúrgico, cirurgia pre- via, seroma, hematoma, tipo de cirurgia, método de encerramento da ferida.

**Relacionada com o doente:**  
 Idade  
 Estado nutricional  
 DM  
 Hábitos tabágicos  
 Obesidade  
 Imunodepressão  
 Estadia pré-operatória longa  
**Relacionada com a cirurgia:**  
 Preparação da pele no pré-op  
 Duração da cirurgia  
 Profilaxia antimicrobiana  
 Drenos cirúrgicos  
 Preparação da sala operatória  
 Técnica cirúrgica

Técnica cirúrgica  
 Extensão da dissecação  
 Remoção de vasos ou gânglios  
 Instrumentos cirúrgicos utilizados  
 Diagnóstico clínico

G1 - Camada dérmica envolvida sem infecção  
 G1a - camada dérmica envolvida com sinal/sintoma de infecção (incisão superficial)  
 G2 - camada subcutânea exposta sem infecção  
 G2a - camada subcutânea exposta com sinal/sintoma de infecção (incisão superficial)  
 G3 - camada subcutânea e fáscia exposta sem infecção  
 G3a - camada subcutânea e fáscia exposta com sinal/sintoma de infecção (incisão profunda)  
 G4 - Deiscência fascial com espaço orgânico, víscera, implante ou osso exposto sem infecção  
 G4a - Deiscência fascial com espaço orgânico, víscera, implante ou osso exposto com sinal/sintoma de infecção (infecções orgânicas/espaciais)

WUWHS SWD Grading System (adaptada de Sandy SWD Grading System)

1. Incisão superficial (dor ou sensibilidade; edema local; eritema; ou calor.)  
 2. Incisão profunda (febre, dor local ou sensibilidade, abscesso)  
 3. infecções orgânicas/ espaciais ( abscesso ou outra evidência de infecção envolvendo o órgão/espaço)

Centro de Controlo e Prevenção de Doenças (CCPD)

Antibioterapia profiláctica  
 Crioterapia  
 Não abrir penso cirúrgico nas 1<sup>as</sup> 48h.  
 Técnica asséptica  
 Zaragatoa  
 Antibioterapia  
 Drenar abscesso  
 Lavagem/irrigação da ferida com anti-séptico ou solução salina estéril

Reabsorção espontânea  
 Aspiração do seroma  
 Compressão

**G 2, 3, 4**  
 Terapia por pressão negativa \*

**G 1, 1a, 2, 2a, 3, 3a**  
 Terapia por pressão negativa + anti-microbiano  
 Terapia por pressão negativa com irrigação

**G 1, 1a, 2, 2a, 3, 3a**  
 Terapia por pressão negativa + penso anti-microbiano  
 Terapia por pressão negativa com irrigação + penso anti-microbiano  
 Terapia por pressão negativa

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**  
 World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). (2018). Surgical wound dehiscence: Improving prevention and outcomes.  
 Maffett, C., Cutting, K., Gilchrist, B., Leaper, D., & Hallander, D. (n.d.). POSITION Identifying criteria for CONSULTANT EDITORS EDITORIAL ADVISORS FOREIGN EDITION TRANSLATIONS EDITORIAL PROJECT MANAGER.  
 National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (2008). Surgical site infection prevention and treatment of surgical site infection. Clinical Guideline  
 Mangram, A. J., Horan, T. C., Pearson, M. L., Silver, L. C., & William, R. (1999). Guideline for Prevention of Surgical Site Infection, 1999. 97-134.  
 Bates, C., & Yates, R. (2016). Closed surgical incision management : Understanding the role of NPWT. Wound International.  
**Imagem de fundo:** <https://img2.ibxk.com.br/2016/09/15/15204541849543.jpg?w=700>

\* TPN está contra-indicada em feridas com suspeita de malignidade ou tecidos neoplásicos (WUWHS,2018)  
 Trabalho realizado por En<sup>ft</sup> Sara Simão no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Enfermagem Oncológica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob a orientação da En<sup>ft</sup> Ana Lopes e da Prof<sup>ta</sup> Patrícia Alves.



## **Apêndice XIII**

**Reflexão crítica de aprendizagem n°2**

## **Reflexão Crítica de Aprendizagem nº2**

### **1. Descrição – O que aconteceu?**

Nesta segunda reflexão crítica de aprendizagem vou descrever dois momentos que tive a oportunidade de observar na consulta. Estes momentos foram significativos para a minha aprendizagem e crescimento enquanto profissional, no sentido em que reconheci que a comunicação, a relação de confiança e a utilização do humor nos cuidados de Enfermagem são importantes. A minha reflexão baseou-se em momentos durante a prestação de cuidados a pessoas com doença oncológica que juntamente com suas famílias vinham à consulta de Enfermagem. A maioria destas pessoas vinham em contexto de pós-operatório, com ferida cirúrgica e com uma série de preocupações e dúvidas que gostavam de ver esclarecidas. A nossa prestação de cuidados não se baseava apenas na realização do penso, mas também no ensino e apoio emocional a estes doentes e cuidadores/família. Constatei que na prestação de cuidados, quando assim a pessoa doente e família o permitiam, era incluído o humor e utilizado uma comunicação acessível, perceptível, fácil e acima de tudo espontânea, o que facilitava a interação dos doentes com a equipa na partilha das suas preocupações e sucessos.

Por exemplo, recebi um doente, o senhor E. de 72 anos, com uma ferida cirúrgica com infeção e deiscência, com exsudado e cheiro intenso na região inguinal após ressecção de sarcoma. Este senhor tem história de internamentos no Hospital A por este motivo, e mesmo após tratamento com antibioterapia mantinha os parâmetros inflamatórios e o atraso na cicatrização da ferida. Mesmo assim, face à situação apresentada, quando questionado sobre como se sentia com estas complicações, ele afirmou: *“não sou um doente de estar triste!”*. Desde que este senhor entrava na consulta o ambiente que observei foi um ambiente acolhedor, onde o senhor E. se sentia bem e com à-vontade para questionar em relação ao que o preocupasse. Outro exemplo, foi um doente de 80 anos, o senhor A., que chegou à consulta após intervenção cirúrgica a um melanoma na perna esquerda com realização de excerto. Um dado importante que retive deste doente é que morava a 150km de distância. Tinha sido operado no Hospital A e, por isso, a realização das consultas, tanto médicas como de Enfermagem, eram neste hospital. Após duas semanas de pós-operatório a zona recetora do excerto complicou e apresentava-se muito exsudativa com necessidade de refazer os pensos com maior regularidade e com sinais inflamatórios que necessitavam de uma vigilância mais apertada. Face a estas alterações, e sabendo que o senhor A. era de longe, foi-lhe proposto ser seguido por um hospital da

residência e deslocar-se mensalmente ao Hospital A. Face a esta opção, o senhor A afirmou “*Prefiro vir cá!*”, opção que era partilhada pelos dois filhos que o acompanhavam sempre à consulta. Este comportamento realça a confiança que tinham pela equipa.

Estas duas situações serão seguidamente analisadas.

## **2. Pensamentos e Sentimentos – O que estou a pensar e a sentir?**

Ambas as situações descritas são de pessoas com um bom suporte emocional e familiar, o que ajuda a ultrapassar as dificuldades sentidas durante o processo da doença e tratamento. Senti que, apesar disso, a postura, o ambiente e a comunicação utilizada pela equipa de enfermagem na consulta mostrou ser bem-sucedida junto destes doentes, pois eles demonstraram serenidade e confiança nas tomadas de decisão realizadas pela enfermeira orientadora. Este aspeto foi merecedor da minha reflexão, principalmente quanto à utilização do humor durante a prestação de cuidados. Um dos temas que discuti e refleti com a minha orientadora durante o estágio foi a forma como agimos enquanto profissionais de saúde perante os doentes. A palavra “desdramatizar” utilizada por ela chamou-me a atenção e, por isso, a escolha desse tema para esta reflexão. A enfermeira orientadora reforçou sempre que a utilização desta estratégia, principalmente nestes doentes, é muito importante para que se sintam bem e à-vontade para questionar o que para eles não estaria resolvido.

O à-vontade de brincar e rir com o doente, segundo a minha orientadora, ganha-se com o tempo e com a experiência, mas sinto que, também, passa pela personalidade de cada um, a observação e a leitura que fazemos do doente quando está junto de nós. Deparei-me constantemente com um ambiente leve, tranquilo e familiar. A comunicação acessível, perceptível, fácil e acima de tudo espontânea facilitava a interação dos doentes com a equipa, tal como a partilha das suas preocupações e sucessos, que também eram nossos. Estes fatores permitiram que a confiança estabelecida entre as enfermeiras e os doentes fosse forte e íntegra.

Em termos de aprendizagem foi muito enriquecedor observar que este tipo de abordagem num ambiente em que o processo e as consequências da doença oncológica, a angústia e outros sentimentos negativos estão presentes em cada pessoa e família, mas, apesar disso, é conseguido através desta abordagem a transformação destes sentimentos em tranquilidade, sensação de bem-estar, confiabilidade e suporte.

Além disto, senti que nas últimas semanas de estágio estava totalmente integrada na equipa e que a minha prestação de cuidados era eficaz na sua globalidade. A confiança que os doentes me transmitiam e a forma como me abordavam fizeram sentir-me bem-recebida e incluída, apesar de o meu papel na consulta ser de estudante de especialidade.

### **3. Avaliação – O que foi bom e mau nesta experiência?**

Nesta experiência realço como bom a mudança da minha perspectiva em relação à abordagem à pessoa com doença oncológica. Para que os cuidados de enfermagem não se tornem num cumprir de tarefas é importante que o profissional **se preocupe** com o doente, que tenha em mente que são os pequenos gestos que fazem diferença na visão do doente sobre o enfermeiro, tornando-o assim mais respeitado (José, 2008).

Esta consulta tem doentes tanto pela primeira vez, como doentes que vêm 2 a 3 vezes por semana realizar tratamento à ferida. Estas pessoas que recorrem com frequência à consulta, acabam por sentir familiaridade com os profissionais e a comunicação torna-se facilitada ao longo do tempo. O facto de estar presente nestas consultas e conhecer os doentes facilitou a minha interação com eles e, conseqüentemente, melhorou a minha prestação de cuidados em termos comunicacionais com a pessoa e família.

A pessoa com doença oncológica e a sua família passam por momentos de stress psicológico, que pode ser diminuído através de uma adequada e efetiva comunicação utilizada pelos profissionais de saúde. Pesquisas realizadas sobre este tema sugerem que a comunicação não melhora com a experiência, mas sim com um esforço considerável para melhorar as habilidades comunicacionais através de cursos (Moore, P. M., Mercado, S. R., Artigues, M. G., Lawrie, T. A., 2015). A minha escassa experiência em lidar com pessoas com doença oncológica e suas famílias torna-se, uma vez mais, o mau desta experiência, mas que no fim é o motivo para querer aprender mais sobre o tema e melhorar as minhas capacidades comunicacionais e relacionais.

### **4. Análise – Que sentido podemos encontrar nesta situação?**

Poderia descrever inúmeros procedimentos que observei e realizei, que nunca tinha feito antes, contextos da doença da pessoa, o percurso pelo qual a pessoa passou até chegar ali, os tratamentos que realizaram, as complicações que tiveram, entre outras coisas, mas optei por analisar o ambiente e a comunicação que observei e a relação terapêutica entre enfermeiro e doente na consulta, que, entre tantas coisas que aprendi e desenvolvi neste campo de estágio, foi a que mais valorizei e a que mais me fez sentido.

**Uma boa relação com o doente, no seu percurso terapêutico, é tão ou mais importante que um tratamento à ferida.** O estabelecimento de uma relação de ajuda entre profissional e doente e a comunicação é uma necessidade nos cuidados de enfermagem para que exista humanização de cuidados (Phaneuf, 2005).

O **cuidar com humor** torna-se importante e imprescindível, principalmente, em situações de doença em que o fim é desconhecido e as alterações na vida da pessoa são enormes. O humor é considerado uma parte importante da vida de todos os dias e uma necessidade humana básica. Sendo uma das necessidades humanas básicas é mais uma das componentes do cuidado e tratamento de doentes. Além de um doente satisfeito com os nossos cuidados, também existe uma maior satisfação pessoal do profissional e motivação (José, 2008).

### **5. Conclusão – Que mais poderia ter feito?**

Neste tipo de situações corre-se o risco de a utilização da estratégia do humor não ser bem recebida pela pessoa doente e pela sua família. O cuidado ao utilizar este tipo de mecanismo deve ser reconhecer a diferença entre rir-se da pessoa ou rir-se com ela, que pode acontecer na utilização espontânea e não deliberada. A utilização de humor como ação planeada e intencional não é fácil, mas na realização de qualquer ação do enfermeiro para com uma pessoa, este deve sempre conhecê-lo.

Em ambas as situações, a utilização de um ambiente descontraído, livre de constrangimentos e do humor, foi bem recebido pelas pessoas e pela sua família. Mas o facto de existir um conhecimento prévio da pessoa facilitou a utilização desta abordagem. Conhecer primeiro a pessoa facilita a utilização do mecanismo de humor que é considerado uma intervenção de enfermagem que melhora os cuidados. (José, 2008)

Realizando agora uma retrospectiva dos episódios, creio que, neste momento, conseguia intervir mais durante a consulta, o que na altura ficou limitado pelo pouco à-vontade que sentia em fazê-lo e o receio que tinha em ser mal interpretada pela pessoa.

### **6. Planear a ação – Se acontecesse de novo, o que faria?**

Os profissionais de saúde com habilidade comunicacional e que estejam confortáveis a comunicar com os doentes e suas famílias têm ferramentas eficazes para melhorar a qualidade de vida dos doentes em ambiente hospitalar (Moir, C., Roberts, R., Martz, K., Perry, J. & Tivis, L. J. 2015). A passagem por este local de estágio permitiu o desenvolvimento de estratégias comunicacionais, essencialmente, com a pessoa com

doença oncológica, e serão úteis na minha vida profissional. Neste momento, voltando às situações apresentadas, não voltaria a sentir-me constrangida e com receio de uma má interpretação e conseguia gerir a situação utilizando os mesmos meios comunicacionais que foram eficazes em ambas.

Segundo Phaneuf (2005), se o acolhimento do doente for caloroso, com compreensão e empatia cria-se um vínculo positivo, estabelecendo, assim, uma relação de confiança. Tornar o ambiente acolhedor e estabelecer uma relação de confiança mostrou, uma vez mais, ser importante para a pessoa cuidada e a confiança demonstrada pela equipa na transmissão da informação, foi fulcral para a compreensão do doente relativamente ao seu estado atual. Permitiu, também, uma tomada de decisão informada e responsável entre equipa e doente. Em relação à minha prestação durante as consultas, o tempo disponível por consulta não foi suficiente para, nestas duas situações, conseguir intervir, mas com o treino destas competências a minha atuação neste momento seria mais rápida e eficaz.

Nunca é demais refletir sobre este tema: a comunicação e a relação entre profissional e doente. Uma das competências e ferramentas que devem estar aptas a serem postas em prática enquanto enfermeira, mas, principalmente, enquanto enfermeira especialista. Devemos ser um modelo, um líder no que diz respeito aos cuidados ao doente e à sua família e melhorar estes aspetos torna-nos eficientes e eficazes.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

José, H. (2008). Resposta humana ao humor: Quando o humor integra o agir profissional dos enfermeiros. Doutoramento em enfermagem. Universidade de Lisboa.

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusodidacta.

Moore, P. M., Mercado, S. R., Artigues, M. G. & Lawrie, T. A. (2015). Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews

## **Apêndice XIV**

**Plano de sessão de formação (Local de Estágio C)**

## **Plano de Sessão de Formação**

Apresentação do estudo de situação, no âmbito do projeto “A pessoa com doença oncológica com ferida cirúrgica infetada e com deiscência – intervenção de enfermagem”

**População-alvo:** Equipa de enfermagem do serviço de ortopedia do Hospital B

**Data:** 13 de fevereiro de 2019

**Duração:** 30 minutos

**Local:** arquivo de ortopedia

**Objetivo:** Apresentar o estudo de situação

	Conteúdos	Estratégias		Tempo
		Metodologia	Recursos	
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação do formador;</li> <li>- Contextualização da sessão de formação;</li> </ul>			5 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enquadramento do projeto de estágio e a questão de partida para o projeto;</li> <li>- Estudo de situação: Sra. S.T <ul style="list-style-type: none"> <li>- O que sabemos da pessoa</li> <li>- O que sabemos do meio que a rodeia</li> <li>- O que sabemos da doença da pessoa</li> </ul> </li> <li>- Pós-operatório: infeção e deiscência da ferida cirúrgica <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atualidade</li> </ul> </li> <li>- <i>check-list</i> “impacto da ferida complicada na vivência da pessoa com doença oncológica” e os resultados da sua aplicação com a elaboração de diagnósticos e intervenções de enfermagem segundo a CIPE versão 2.0.</li> </ul>			Métodos Expositivo e Participativo

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reflexão final relacionando o estudo de situação apresentado com a pesquisa bibliográfica.</li> <li>- Revisão <i>scoping</i></li> <li>- Documentos elaborados de apoio à prática de enfermagem para a equipa de enfermagem: Ferida cirúrgica complicada e Tratamento; algoritmo da ferida cirúrgica infetada.</li> </ul>			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Considerações Finais e Perspetivas Futuras;</li> <li>- Esclarecimento de dúvidas;</li> <li>- Comentários/avaliação da equipa.</li> </ul>			5 minutos

## **Apêndice XV**

**Estudo de situação (Local de Estágio C)**



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**

**9º CURSO DE MESTRADO E PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM  
MÉDICO-CIRÚRGICA NA VERTENTE ONCOLÓGICA**

**ESTÁGIO COM RELATÓRIO**

## **ESTUDO DE SITUAÇÃO**

**LOCAL DE ESTÁGIO: Serviço de Ortopedia do Hospital B**

**Sara Simão, n°8334**

**Lisboa,**

**fevereiro 2019**

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	2
<b>1. HISTÓRIA DE SAÚDE ANTES DO PRESENTE INTERNAMENTO</b> .....	3
<b>2. HISTÓRIA DE SAÚDE DURANTE O INTERNAMENTO</b> .....	5
<b>2.1 Cirurgia</b> .....	5
<b>2.2 Pós-operatório</b> .....	5
<b>2.3 Infecção e Deiscência</b> .....	6
<b>2.4 Atualidade (15 de janeiro de 2019 a 23 de janeiro de 2019)</b> .....	7
<b>CONCLUSÃO</b> .....	17
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	18

## INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular, Estágio com relatório, lecionada no terceiro e último semestre do 9º curso de mestrado e pós-licenciatura em enfermagem médico-cirúrgica na vertente oncológica é elaborado este trabalho de forma a responder aos objetivos traçados pelo projeto de estágio no último semestre.

O projeto de estágio pretendia uma prestação de cuidados a vários doentes com doença oncológica internados neste serviço, uma vez que, o número de casos se resume a um, irei realizar um estudo de situação do único doente presente no internamento durante as 6 semanas de estágio, com as características da população alvo estipuladas no projeto de estágio.

Tenho como objetivos, com a elaboração deste estudo de situação: conhecer o doente internado num serviço de ortopedia com doença oncológica, com complicações da ferida operatória, realizar uma colheita de dados, identificar os problemas do doente selecionado com necessidade de intervenção de enfermagem utilizando a ferramenta *check-list* “Impacto da ferida complicada na vivência da pessoa com doença oncológica” e realizar um plano de cuidados.

O estágio curricular decorreu no serviço de ortopedia, onde exerço funções há cerca de 2 anos. Decorreu entre o dia 3 de janeiro de 2019 a 8 de fevereiro de 2019. A pessoa escolhida foi selecionada por apresentar as características da população alvo do projeto de estágio: pessoa com doença oncológica e com ferida cirúrgica complicada. Foi pedido o consentimento informado à Sra. S.T., explicado para que efeito seria a entrevista, com a qual ela concordou e se disponibilizou para a fazer.

Em relação à estrutura do trabalho, esta contemplará a presente introdução, o desenvolvimento em que está inserido, a história de saúde antes do internamento, a história de saúde durante o internamento, o impacto da ferida na vivência atual da senhora S.T. e a elaboração do plano de cuidados com base na CIPE (versão 2.0). No fim, apresento a conclusão. Todos os tópicos deste estudo caso serão elaborados segundo os critérios descritos no guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

## 1. HISTÓRIA DE SAÚDE ANTES DO PRESENTE INTERNAMENTO

As transições de vida são resultado de mudanças de vida, saúde, relacionamentos e ambientes (Meleis, 2007). Esta mudança, apresenta eventos críticos ou desequilíbrios que levam a pessoa a alterar as suas ideias, as suas perceções, relações e rotinas de vida (Guimarães e Silva, 2016). A doente selecionada, para manter a confidencialidade, será nomeada com as letras S. T., do sexo feminino, tem 42 anos, nasceu a 16 de fevereiro de 1977, natural da Guiné-Bissau. Para a Sra. S.T, o internamento por ferida operatória com atraso na cicatrização devido à doença oncológica torna-se um evento crítico neste momento da sua vida, uma vez que afeta as restantes transições pelo qual se encontra a passar sendo uma jovem de 42 anos.

A Sra. S. T. nasceu na Guiné-Bissau, estudou até ao 11º ano de escolaridade e não completou o secundário porque casou e teve a sua primeira filha. Em relação à sua infância, refere que foi normal e que não passou por nenhum momento desfavorável. Aos 16 anos casou com um muçulmano que vivia na Guiné-Bissau e teve a primeira filha. Nunca trabalhou e vive com o sustento do marido. Viviam na casa dos pais do marido, estando a casa deles ainda em construção. Sendo de cultura diferente, o marido dela tem outra esposa, com o conhecimento e aceitação da Sra. S.T. Tiveram quatro filhas e um filho. Neste momento, filha mais velha tem 26 anos estuda administração na Guiné-Bissau, mas suspendeu o curso para acompanhar a mãe neste processo de doença, tem outra filha com 23 anos, um rapaz com 18 anos e mais duas meninas, uma com 10 anos e outra com 5 anos. Os dois filhos mais velhos encontram-se neste momento a residir em Portugal e acompanham a mãe neste processo.

A Sra. S.T está em Portugal desde 2017 e antes de ser internada vivia em casa do cunhado em Lisboa. Os restantes filhos vivem com o pai e os avós paternos na Guiné-Bissau. Apesar da religião do marido ser muçulmana, a Sra. S.T. é cristã, e acredita que o seu estado de saúde “*está nas mãos de Deus*”.

O ambiente que rodeia a pessoa, tanto o ambiente familiar como físico, pode dificultar ou facilitar a transição. Por exemplo, quando a pessoa tem um bom suporte familiar com recursos instrumentais torna-se mais fácil a transição que ocorre num determinado momento da vida (Meleis 2007 citado por Guimarães e Silva 2016). A Sra. S.T. tem suporte familiar, tanto na Guiné-Bissau como em Portugal, apesar de parecer que a relação com o marido não é a mais forte. Os três filhos mantêm-se com o pai e os avós paternos, não têm data de visita à mãe em Portugal, que segundo a doente é o marido que

gere esse tipo de decisões. Em Portugal, além dos dois filhos mais velhos tem um cunhado e a esposa deste, que a apoiam e fazem visitas regulares no internamento. Antes de estar internada estava a viver em casa deles, esteve com eles desde o início do ano de 2017, quando foi evacuada da Guiné Bissau para ser seguida neste hospital. O rendimento do agregado familiar é suportado pelo marido da doente que, segundo ela, é engenheiro e não têm apoio por parte do estado do país de residência. Antes da Sra. S.T. ser evacuada para Portugal viviam na casa dos pais do marido, mas têm casa própria, em construção.

A Sra. S.T. refere que na sua infância e adolescência nunca teve problemas de saúde, nem necessidade de tomar medicação. Nega alergias alimentares ou medicamentosas. Em 2016, com diminuição da mobilidade do membro inferior direito e dores recorreu aos serviços médicos do hospital do país de residência. Após a realização de exames complementares de diagnóstico, o médico informa-a que tem uma sarcoma pleomórfico de alto grau, e que necessita de recorrer a tratamento em Portugal. Segundo Lazaretti, Gatelli, Gatelli, Schlittler e Villaroel (2010), os sarcomas são divididos em tumores de alto grau (Grau II e III) e baixo grau (Grau I). Os tumores de alto grau apresentam maior potencial metastático, que varia de 30% a 50%, enquanto nos tumores de baixo grau o risco de metástase pode chegar a 10%. Existem mais de 50 tipos de sarcoma, sendo os mais comuns em adulto o sarcoma indiferenciado pleomórfico, lipossarcoma e leiomiossarcoma (*American Cancer Society*, 2019). O sarcoma pleomórfico indiferenciado é também conhecido por histiocitoma fibroso maligno e é mais frequente aparecer nos membros superiores ou inferiores (*American Cancer Society*, 2018).

Na altura, com dificuldade a mobilizar-se, usa cadeira de rodas. Vem para Portugal a 18 de outubro de 2016, para cumprir ciclos de quimioterapia, que iniciou a 10 de janeiro de 2017 com doxorrubina e ifosfamida de três em três semanas. Durante este tempo estava a viver em casa do cunhado. Devido à realização de quimioterapia sofreu alguns efeitos secundários, inerentes à sua administração, principalmente a perda de apetite, náuseas, vômitos e alopecia. Além de quimioterapia foi também submetida a radioterapia, um mês antes de entrar no serviço de ortopedia.

## **2. HISTÓRIA DE SAÚDE DURANTE O INTERNAMENTO**

Chegou ao serviço de ortopedia no dia 5 de novembro de 2018. Tem como antecedentes pessoais anemia crónica multifatorial, lesão renal, hipocaliemia e os prévios tratamentos de radioterapia e quimioterapia. Com o diagnóstico de sarcoma pleomórfico de alto grau no membro inferior direito feito no Hospital no qual era seguida em Guiné-Bissau, tendo sido evacuada para Portugal para o respetivo tratamento e seguimento médico que lá não lhe era possível dar. À entrada, tinha como medicação habitual o metamizol 575 mg, morfina 10mg, domperidona 10mg, espiranolactona 25mg, cloreto de potássio 600mg e lorazepam 1mg. Cumpriu as rotinas pré-operatórias necessárias para a realização de cirurgia e, no dia seguinte, foi operada.

### **2.1 Cirurgia**

No dia 6 de novembro de 2018 foi submetida a ressecção de tumor, artrodese do joelho com bypass da artéria popliteia com excerto da veia safena e retalho muscular sob anestesia geral combinada. No intraoperatório com perdas hemáticas de cerca de 700 ml, em que fez uma unidade de concentrado eritrocitário por uma hemoglobina de 7.3 g/dl. Por hipotensões marcadas, iniciou perfusão de noradrenalina 1mg/50ml. No intraoperatório fez colheita de líquido do joelho para análise. Permaneceu na UCPA (Unidade de Cuidados Pós-anestésicos) até estabilizar, onde ainda fez mais 2 unidades de concentrado eritrocitário e teve alta para a enfermaria no dia 8 de novembro.

### **2.2 Pós-operatório**

No pós-operatório, foi seguida pela UDA (Unidade da Dor Aguda) por manter cateter epidural para controlo da dor. Mais tarde, foi seguida pela equipa da dor crónica, que ajustou a medicação consoante a necessidade da Sra. S.T. durante o internamento. Com parâmetros vitais alterados, tal como a frequência cardíaca, que estava elevada, e que após despiste de dor e febre ou hipertermia foi ajustada a terapêutica, iniciando bisoprolol 2.5mg uma vez por dia, mantinha valores de hemoglobina baixa, o que associado ao antecedente pessoal de anemia crónica multifatorial, não permitiu que se voltasse a fazer transfusão sanguínea por indicação médica. A hipocaliémica foi corrigida com a reposição de potássio. No dia 23 de novembro, foi observada pela cirurgia vascular a pedido da equipa médica de ortopedia, por apresentar pulso pedioso pouco palpável, mas com sensibilidade mantida apenas no dorso do pé. Apresenta também deiscência da ferida operatória e foi mantido penso seco com conhecimento médico e indicação. No início de dezembro, foi realizada colheita de exsudado da ferida com resultado positivo a 17 de

dezembro para uma E. Coli multirresistente, já se encontrava a cumprir antibioterapia com piperacilina+tazobactam 4.5 e foi pedido apoio da cirurgia plástica.

Observada pela cirurgia plástica, foi-lhe indicada a realização de desbridamento químico, feito na consulta externa da especialidade. Após desbridamento, com indicação da especialidade, iniciou realização de penso com compressas embebidas em soluto de dakin diariamente. A realização do penso ficou ao encargo da equipa de enfermagem no serviço de ortopedia até nova avaliação pela equipa médica da cirurgia plástica. Voltou à consulta no dia 6 de janeiro de 2019, foi aplicado sulfadiazina de prata, que manteve durante 48 horas até nova avaliação. No dia 9 de janeiro foi aplicada vacuoterapia na ferida operatória a 125mmHg, com registo da equipa médica que a ferida se encontrava sem exsudado e sem cheiro associado a infeção. No dia 28 de janeiro foi observada pela cirurgia vascular, que pediu a realização de uma angiografia por a Angio TC (Tomografia Computadorizada) não ter sido conclusiva em relação à viabilidade do membro.

### **2.3 Infeção e Deiscência**

A ferida cirúrgica da Sra. S.T. revelou ambas as complicações que surgem com frequência em situações de ressecção tumoral, a deiscência e a infeção. Segundo o Centro de Controlo e Prevenção de Doenças (CCPD), a ferida cirúrgica infetada é classificada como incisão superficial, incisão profunda e infeções orgânicas/ espaciais e são aplicáveis a todos os tipos de cirurgia (WUWHS, 2016). A deiscência é a separação das margens de uma incisão cirúrgica fechada que foi feito na pele, com ou sem exposição ou protrusão do tecido subjacente, órgãos ou implantes, esta separação pode ocorrer em regiões únicas ou múltiplas, ou envolver toda a extensão da incisão, e pode afetar algumas ou todas as camadas de tecido (WUWHS, 2018). Além disto, a ferida cirúrgica com deiscência pode causar a ferida cirúrgica infetada, pois a infeção aumenta a produção de enzimas por células imunes e bactérias que podem interromper a cicatrização e enfraquecer os tecidos da ferida (WUWHS, 2018). Apesar de estas complicações serem frequentes neste tipo de cirurgia e doentes, o problema é que além dos fatores locais (como por exemplo, a isquemia ou a contaminação), os fatores sistémicos como o stress, as co-morbilidades, a quimioterapia, a radioterapia e o tabagismo são fatores que comprometem e retardam a cicatrização da ferida cirúrgica (WUWHS, 2018).

Com deiscência da sutura, foram retirados agrafes e fios de sutura, e contactada a equipa de cirurgia plástica para seguimento do tratamento da ferida (descrito no capítulo anterior). Em relação à infeção da ferida operatória, foi realizada colheita do exsudado

para análise microbiológica, que revelou um microorganismo multirresistente, sensível ao antibiótico piperacilina + tazobactam 4.5 e que a Sra. S.T. cumpriu. Além disso, foram de imediato aplicadas medidas de prevenção como o isolamento, a utilização de meios de proteção individual e ensino da sua utilização aos familiares, além da lavagem das mãos, tanto pelos profissionais como pelos familiares, nas visitas no internamento.

#### **2.4 Atualidade (15 de janeiro de 2019 a 23 de janeiro de 2019)**

É o ambiente, onde a pessoa está inserida, em todas as condições e circunstâncias, que afeta o desenvolvimento e comportamento, ou seja, que estimula a pessoa a dar respostas de adaptação. No entanto, uma mudança no ambiente onde a pessoa vive pode exigir um aumento dessa energia para se adaptar à situação e, assim, a intervenção de Enfermagem deve existir nesse sentido, gerir o ambiente de forma à pessoa ser capaz de se adaptar (Tomey e Alligood, 2002). Entrou no internamento de ortopedia no dia 5 de novembro de 2018 e por infeção da ferida operatória ficou isolada num quarto individual. Tem as condições necessárias para as suas limitações de mobilidade, mas não pode ir ao WC higienizar-se porque é partilhado pelos outros doentes. No internamento, a Sra. S.T. refere sentir-se confortável e confia na equipa que lhe presta cuidados, apesar de, com o passar do tempo, a equipa sentir que a doente está mais deprimida, com pouca motivação. Quando questionada acerca disto, ela responde que tem “muitas dores”, que “não vê forma de sair” do serviço, mas que “confia” em nós e que a vida dela está “nas mãos de Deus”. O caso da Sra. S.T. está a ser seguido pela assistente social do serviço, uma vez que se tiver alta, o cunhado não tem condições em casa para a receber e terá de ir para um local adequado às suas necessidades. Neste momento, internada no serviço de ortopedia, tem uma rede de suporte social adequada e multidisciplinar e com as condições ambientais físicas adequadas que permite uma adaptação eficaz ao evento de crise pelo qual ela está a passar, mas, apesar disso, o tempo longo de internamento e a evolução lenta ou nenhuma melhoria do seu estado clínico não permite a sensação de bem-estar e que é visível nos últimos dias.

A Sra. S.T está orientada no que diz respeito à pessoa, tempo e espaço. Calma e muito colaborante, tanto na entrevista como na prestação de cuidados. Sem défices cognitivos e sinais de demência. Apresenta discurso coerente, adequado, mas pouco perceptível devido ao cansaço fácil que apresenta. Face à situação em que se encontra, mostra estar ansiosa, deprimida, mas confia na equipa que lhe presta cuidados e usa a sua crença em Deus para a resolução da sua situação.

A Sra. S.T., desde o dia 15 de janeiro de 2019, apresenta picos febris entre os 38.0°C – 38.5°C, com necessidade de administração de antipiréticos e arrefecimento corporal, mas sem antibioterapia em curso e que a equipa médica tomou a decisão de manter assim. Seguida na consulta da cirurgia plástica, realizou o penso de vacuoterapia no dia 14 de janeiro e ficou agendada novamente para o dia 23 de janeiro. No dia 22 de janeiro registaram-se alterações analíticas graves, como hemoglobina 6.9 g/dl, leucocitose, alterações renais, hiponatremia (127), hipocaliémica (3.1) e PCR aumentada (39.0). Na altura, realizou uma unidade de concentrado eritrocitário, com um controlo de hemoglobina no dia seguinte de 8.3 g/dl. No dia 23 de janeiro foi à consulta de cirurgia plástica que por pé frio, pulso pedioso não palpável, parestesias e dor, fez um eco *doppler* de urgência e angio-TC pélvica e dos membros inferiores para confirmar e ser planeada eventual amputação desarticulação em contexto urgente. O relatório do exame revelou que a artéria popliteia estava permeável apenas no seu segmento supra-genicular (acima do joelho).

Foi retirado o penso de vacuoterapia e tendo-lhe sido aplicado gaze gorda e compressas com betadine diariamente, como indica a cirurgia plástica. Aguarda-se confirmação da viabilidade do membro inferior direito, tendo sido dado conhecimento à Sra. S.T. e filha que existe um grande risco de o próximo passo ser a amputação do membro.

### **3 O IMPACTO DA FERIDA NA VIVÊNCIA ATUAL DA SENHORA S.T. E A INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM**

Os desequilíbrios na vida de um doente, referidos anteriormente, exigem do enfermeiro atenção, conhecimento e experiência, pois correspondem a um momento de maior vulnerabilidade e, conseqüentemente, têm dificuldade em desempenhar o autocuidado e o cuidar (Guimarães e Silva, 2016). Em relação à satisfação das necessidades humanas fundamentais, com base na teoria de Virgínia Henderson, a Sra. S.T. necessita de ajuda parcial na sua realização na maioria delas.

- Em relação à necessidade “respirar”, a senhora S.T. encontra-se sem dificuldades respiratórias, com boas oximetrias, mas com cansaço fácil a pequenos esforços, o que foi percebido durante a prestação de cuidados e na entrevista quando a doente falava.
- Quanto à necessidade “comer e beber”, a senhora é autônoma a alimentar-se, necessita só que lhe providenciem o material e a alimentação. A maioria das vezes o cunhado traz a alimentação confeccionada em casa.
- Sobre a necessidade “manter a temperatura corporal”, nos últimos 5 dias tem estado com picos febris, entres os 38.0°C e os 38.5°C, situação revertida com o arrefecimento periférico e com a administração de antipiréticos.
- No que diz respeito à necessidade “manter-se limpo e proteger os seus tegumentos”, a senhora S.T. está restrita ao seu quarto de internamento, ela higieniza-se autonomamente, mas necessita que providenciem o material do banho e higiene oral. Tem uma ferida operatória no membro inferior direito com atraso na cicatrização há cerca de 2 meses e uma úlcera pressão de categoria 3 no calcâneo esquerdo. A restante pele encontra-se íntegra e hidratada com creme hidratante após os cuidados de higiene. A pele peri-lesional está macerada e descorada pela presença de penso, hidratada com vitamina A ou vaselina quando o penso é aberto.
- Em relação à necessidade “eliminar”, ela urina espontaneamente para arrastadeira que solicita durante o turno e evacua com administração de laxantes de 3/3 dias.
- Na necessidade, “movimentar-se e manter a postura correta”, a senhora faz levante para cadeira de rodas, mantendo o membro inferior direito elevado pela presença de ferida operatória. Sem sensibilidade e mobilidade nesse membro (grau 0 segundo a escala de avaliação da força muscular Medical Research

Council) e a presença de penso de vacuoterapia, o que lhe limita os movimentos. Restrita ao quarto de enfermaria pela presença de infecção. Neste momento, com humor deprimido, tem recusado o levante e permanece no leito durante o dia.

- Sobre a necessidade “vestir e despir”, ela necessita de ajuda a vestir calças e chinelos, a parte de cima ela é autónoma e adequa a roupa a temperatura ambiente.
- Quanto à necessidade “evitar os perigos”, a senhora está consciente dos perigos e evita. Confia na prestação de cuidados da equipa de enfermagem. Cumpre ordens e conselhos.
- Sobre a necessidade “comunicar”, a senhora fala português para a equipa que lhe presta cuidados. Neste momento, pouco perceptível, pelo cansaço que apresenta.
- Em relação à necessidade “dormir e repousar”, ela consegue ter um sono reparador, com administração de fármacos.
- Em relação à necessidade de “praticar a sua religião”, esta encontra-se sem alterações.
- Na necessidade em “ocupar-se”, esta está alterada, devido ao internamento e isolamento. Somente vê televisão, que segundo a doente é o que a distrai.
- Sobre a necessidade de “preocupar-se com a sua realização e conservar a autoestima”, segundo ela sem alterações da sua auto-imagem e auto-estima.
- Por fim, a necessidade “divertir-se e aprender”, no momento da colheita de dados, encontrava-se alterada pelo internamento atual, com capacidades cognitivas de aprender mantida, mas com humor deprimido e desmotivada face à sua situação.

No dia 19 de janeiro de 2019 foi aplicada a *check-list* “impacto da ferida complicada na vivência da pessoa com doença oncológica” que construí, e aferi nos estágios anteriores. Quando questionada em relação aos sinais e sintomas, só salientou a dor como sintoma que dificulta a sua vivência e que afeta o seu bem-estar. Realizada a avaliação com recurso à escala analógica que, segundo a doente, na altura da entrevista, a sua dor encontrava-se no nível 6, e quando a dor se torna insuportável ela recorre a analgesia em SOS (morfina 2cc endovenoso). Quando questionada sobre outros meios de distração que possam ajudar no alívio da dor, ela refere que a televisão ou os telefonemas com a família a ajudam. Em relação aos fatores de impacto da presença de ferida complicada na vivência da pessoa, a Sra. S.T. indica a dificuldade em dormir, mas que com a medicação que faz é suficiente para colmatar. Tem perda de apetite, também associado à febre. A doente tem apresentado períodos de humor deprimido que consegue ser visível na prestação de cuidados. Em

relação à ansiedade, ela diz que não sente, pois confia na equipa. No que diz respeito à alteração da autoestima, inicialmente diz que não, mas mais tarde, ao observar uma fotografia sua antes de ficar doente, percebe-se alguma nostalgia, ao sentir que a mudança não foi para melhor, mas sim para pior, no sentido de estar mais emagrecida e isso a afetar. Em relação à dependência na satisfação das necessidades, desde o primeiro dia a sua situação clínica não permitiu que ficasse mais autónoma, mas sim mais dependente de outros. A restrição nas atividades sociais está presente pelo internamento e pelo isolamento. Tem constante apoio da família, nomeadamente dos dois filhos mais velhos, do cunhado e da esposa deste, que vêm com regularidade visitá-la ao internamento. Para além disso, a crença e a religião cristã permitem uma diminuição do impacto da ferida, uma vez que acredita que *“Ele a vai ajudar”*.

Concluindo, a gestão da dor e da insónia pela equipa de enfermagem e o apoio constante da família, bem como a religião são fatores que facilitam a transição. Em relação aos fatores inibidores, encontra-se a perda de apetite, a mobilidade reduzida, a dependência de outros, a restrição das atividades sociais, a alteração da autoestima e o internamento hospitalar longo. De seguida será apresentado o plano de cuidados, utilizando a taxionomia CIPE.

### **3.1 Plano de cuidados (CIPE versão 2.0)**

Foi selecionada a taxionomia CIPE por esta ser a linguagem utilizada no serviço, mas, também, por fornecer um contributo para a obtenção de dados sobre a prestação de cuidados de saúde e por este utilizar uma terminologia padronizada, conseguindo gerar dados fiáveis e válidos acerca do trabalho de enfermagem, e conseguindo também ser universal, podendo ser avaliado quantitativamente e comparado entre pontos de prestação de cuidados em todo o mundo (CIPE versão 2, 2011).

A utilização deste modelo serve também para criar uma série de dados recolhidos de forma sistemática para a análise do ambiente de cuidados, recursos de enfermagem, cuidados de enfermagem e resultados dos clientes. A versão mais recente criou o modelo dos sete eixos, sendo eles: foco, juízo, recursos, ação, tempo, localização e cliente (CIPE versão 2, 2011). Será elaborado o plano de cuidados segundo o modelo CIPE. Posteriormente, faço uma avaliação generalizada das intervenções aplicadas.

Diagnóstico: Angústia atual

Resultado esperado: angústia nenhuma

Intervenções:

- ✓ Assegurar a continuidade de cuidados
- ✓ Gerir a segurança do ambiente
- ✓ Manter dignidade e privacidade
- ✓ Estabelecer confiança
- ✓ Facilitar a capacidade para comunicar sentimentos
- ✓ Apoiar o processo de tomada de decisão
- ✓ Promover apoio social
- ✓ Promover apoio emocional/espiritual

Diagnóstico: Appetite diminuído

Resultado esperado: Appetite mantido

Intervenções:

- ✓ Ensinar sobre nutrição
- ✓ Vigiar alimentação
- ✓ Incentivar a alimentar-se
- ✓ Pedir apoio da dietista para reforço proteico

Diagnóstico: Conhecimento sobre cicatrização da ferida diminuído

Resultado esperado: Conhecimento sobre cicatrização da ferida adequado

Intervenções:

- ✓ Ensinar sobre cuidados e cicatrização de feridas

Diagnóstico: Depressão atual

Resultado esperado: Depressão melhorada

Intervenções:

- ✓ Assegurar a continuidade de cuidados
- ✓ Gerir a segurança do ambiente
- ✓ Manter dignidade e privacidade
- ✓ Estabelecer confiança
- ✓ Facilitar a capacidade para comunicar sentimentos
- ✓ Promover apoio emocional/espiritual

Diagnóstico: Dor atual

Resultado esperado: Dor melhorada

Intervenções:

- ✓ Facilitar a capacidade para comunicar sentimentos
- ✓ Estabelecer confiança
- ✓ Gerir dor
- ✓ Gerir medicação

- ✓ Gerir a segurança do ambiente
- ✓ Avaliar dor
- ✓ Administrar medicação para a dor
- ✓ Avaliar resposta à medicação
- ✓ Consultar o serviço de gestão de dor

Diagnóstico: Febre atual

Resultado esperado: Febre melhorado

Intervenções:

- ✓ Gerir a segurança do ambiente
- ✓ Administrar medicamento
- ✓ Monitorizar temperatura corporal
- ✓ Avaliar resposta à medicação

Diagnóstico: Ferida cirúrgica atual na perna direita

Resultado esperado: Ferida cirúrgica na perna direita cicatrizada

Intervenções:

- ✓ Assegurar a continuidade de cuidados
- ✓ Gerir a segurança do ambiente
- ✓ Manter dignidade e privacidade
- ✓ Prevenir infeção cruzada
- ✓ Avaliar cicatrização da ferida
- ✓ Categorizar ferida cirúrgica
- ✓ Colaborar com o médico
- ✓ Cuidado à ferida
- ✓ Colher espécimen
- ✓ Monitorizar sinais e sintomas de infeção

Diagnóstico: Mobilidade comprometida

Resultado esperado: Mobilidade melhorada

Intervenções:

- ✓ Assegurar a continuidade de cuidados
- ✓ Gerir a segurança do ambiente
- ✓ Manter dignidade e privacidade
- ✓ Prevenir infeção cruzada
- ✓ Providenciar material
- ✓ Assistir no posicionamento
- ✓ Assistir nas transferências

Diagnóstico: Taquicardia atual

Resultado esperado: Taquicardia melhorada

Intervenções:

- ✓ Assegurar a continuidade de cuidados
- ✓ Avaliar dor
- ✓ Monitorizar temperatura corporal
- ✓ Colaborar com o médico
- ✓ Administrar medicamento
- ✓ Avaliar a resposta à medicação

#### Avaliação:

A Sra. S.T encontra-se consciente e orientada em todas as dimensões. Colaborante e comunicativa com discurso adequado e coerente, apesar de pouco perceptível pelo cansaço fácil que apresenta ao comunicar. Refere estar preocupada com a sua situação de saúde e que não sabe concretamente o que lhe vai acontecer, apesar de se mostrar angustiada, confia na equipa que lhe presta cuidados e usa as suas crenças religiosas para conseguir ultrapassar esta fase da sua vida. Tem apoio da família, principalmente dos dois filhos mais velhos, do cunhado e da esposa deste, que a visitam com regularidade no internamento. Além disso, já pediram apoio à assistente social do serviço para encaminhar o processo se houver uma possível alta, uma vez que a casa do cunhado não reúne as condições necessárias para a receber.

Em relação ao apetite diminuído, a Sra. S.T. refere que tem dias que se alimenta melhor outras piores, também associado ao seu estado de espírito, pois segundo ela “não tem vontade”. Segundo Menoita (p.101, 2015) “a nutrição é um ponto-chave no tratamento de feridas complexas”, a malnutrição atrasa a cicatrização da ferida devido ao atraso que provoca na revascularização e diminuição de síntese de colagénio, pelo prolongamento da fase inflamatória, pela diminuição da função imune, pela disfunção das células T e  $\beta$  e pela diminuição da resistência mecânica da pele. Por isso, é importante consciencializar o doente para a importância da nutrição como terapêutica adjuvante. Foi explicado a importância da alimentação, principalmente pelo atraso na cicatrização e complicações que a sua ferida cirúrgica apresenta. O que ajuda é a alimentação que os familiares trazem algumas vezes e que ela diz que prefere. Está a ser acompanhada pela dietista do serviço, com uma dieta geral, com reforço proteico. Alimenta-se de forma autónoma, sendo só necessário providenciar o prato junto a ela.

Nos últimos dias a Sra. S.T tem passado à equipa de enfermagem o seu estado de saúde mais debilitado, humor deprimido e pouca vontade na realização das atividades de vida diária. Em relação à dor, ela neste momento encontra-se a cumprir a analgesia sugerida

pela dor crónica, que além de ter paracetamol 1g e metamizol 575mg, faz também pregabalina 75mg e tapentadol 150mg e 50mg. Mesmo assim, existe a necessidade de administrar o SOS que tem prescrito (morfina 2cc), que surte algum efeito.

Desde o dia 15 de janeiro de 2019, com picos febris entre os 38.0°C e os 38.5°C, houve a necessidade de fazer antipiréticos e arrefecimento periférico, que surtem efeito, mas em curto prazo, uma vez que volta a repetir o pico febril.

A senhora S.T., neste momento, encontra-se a ser seguida pela cirurgia plástica para conseguir corrigir e acelerar a cicatrização da ferida cirúrgica. A equipa de enfermagem tem seguido as indicações por parte desta especialidade, no que diz respeito à execução do penso, mas surgiu outro problema, a viabilidade do membro está comprometida e por isso foi pedido apoio da cirurgia vascular.

A senhora. S.T., em relação à mobilidade, encontra-se mais dependente da equipa, necessitando de assistência para os posicionamentos e transferências. Além disso, devido ao seu estado mais debilitado e cansaço fácil tem recusado o levante e outros cuidados que exijam mais esforço. Em relação à taquicardia, mantém-se entre os 90-100bpm, apesar de já estar a cumprir bisoprolol 2.5mg, mas que também está associado à dor e aos picos febris que tem apresentado. Mantém-se a vigilância dos sinais vitais pelo menos uma vez por turno.

Por fim, em relação ao diagnóstico, angústia atual, a senhora S.T. refere estar preocupada com a sua situação de saúde, por não conseguir ver perspectivas de sair do serviço e pela ferida não cicatrizar. Pensa muito nos filhos e faz várias vezes videochamada para eles. Está preocupada com a filha mais nova e pela ligação que estão a perder como mãe e filha, pois segundo a Sra. S.T. a mais nova não quer falar com ela, diz que não é mãe dela e que a abandonou. Quando questionada acerca da possibilidade de eles a visitarem, ela refere que isso só poderia acontecer com a vinda do marido, mas que o próprio ainda não lhe confirmou se vem ou não. O facto de a filha mais nova recusar o contacto com ela, transtorna-a muito, pois quando a deixou na Guiné-Bissau ela tinha 3 anos, era pequenina e custa-lhe perceber a condição de saúde da mãe e a impossibilidade de, neste momento, ela voltar. Além de todos os obstáculos que ela tem neste momento e que por si só já não lhe permitem viver com a sua doença de forma tranquila, este afastamento dos filhos, principalmente da mais nova, torna os dias no internamento mais penosos, encontrando-se mais deprimida e com fâcias tristes. A intervenção de enfermagem passa,

essencialmente, por prestar cuidados com escuta ativa e disponibilidade, estabelecendo uma relação de confiança com a doente. A senhora S.T. confia na equipa que lhe presta cuidados, o que permite que expresse os seus sentimentos, dúvidas e preocupações. Além disto, o seu processo foi encaminhado para a assistente social que irá assegurar a continuidade de cuidados fora do hospital.

## CONCLUSÃO

O cuidar efetiva-se adequado e eficaz em identificar a combinação completa de fatores que intervêm no processo da cicatrização da ferida, ou seja, dirigir o tratamento para a adoção de medidas que controlem e corrijam o fator que está a causar os problemas na cicatrização (EWMA,2008).

A Sra. S.T apresenta uma ferida cirúrgica complicada há cerca de dois meses, com uma dimensão considerável, entre o terço médio da coxa ao terço inferior da perna, que através da colheita de exsudado foi detetada a infeção por um microorganismo, além dos sinais inflamatórios que apresentou. As doenças e os tratamentos que afetam diretamente o sistema imunitário têm consequências importantes na cicatrização da ferida. A Sra. S.T através do seu diagnóstico, os tratamentos que cumpriu previamente, sendo eles a quimioterapia e a radioterapia, a desnutrição que apresenta e a vasculopatia com isquemia são fatores de risco que comprometeram a cicatrização da ferida. Além disto, a imunodeficiência, a utilização de imunodepressores, a presença de doenças como a diabetes *mellitus* (apesar de não ser o caso da Sra. S.T) influenciam a resposta anti-inflamatória que reporta na ferida de forma negativa e aumentam o risco de infeção (EWMA, 2008). Os fatores psicossociais como o isolamento social, o sexo, a situação económica e a sensação de dor, também influenciam a cicatrização (EWMA, 2008), ambos presentes nesta senhora. A depressão provoca alteração na função imunitária que por sua vez influencia de forma negativa uma variedade de processos fisiológicos entre os quais se encontra a cicatrização de feridas.

Com a realização deste estudo de situação permitiu-me pôr em prática as competências adquiridas e desenvolvidas nos estágios anteriores, aferir, uma vez mais, a check-list, conhecer a pessoa, estando desperta para as dimensões que possam estar afetadas, para além da complicação da ferida cirúrgica. Assim, consegui planear cuidados personalizados e eficazes, durante a minha prestação de cuidados a esta senhora, promover bem-estar e confiança. Percebi que, a relação de confiança entre profissional e doente, tinha sido estabelecida pela equipa de enfermagem no geral, pois a senhora S.T. refere que confia na equipa e valoriza, no que diz respeito, aos seus cuidados.

Assim, apesar de a intervenção ser baseada na presença da ferida complicada, é preciso ver a pessoa com doença oncológica e todas as suas necessidades afetadas e intervir adequando de forma eficaz os cuidados, ou seja, ver a pessoa com ferida e não a ferida na pessoa.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Cancer Society (2018). *What Is a Soft Tissue Sarcoma?*. Acedido em 26-1-2019. Disponível em <https://www.cancer.org/cancer/soft-tissue-sarcoma/about/soft-tissue-sarcoma.html>

American Cancer Society (2019). *Key Statistics for Soft Tissue Sarcomas* Acedido em 26-1-2019. Disponível em <https://www.cancer.org/cancer/soft-tissue-sarcoma/about/key-statistics.html>

CIPE Versão 2 (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Conselho Internacional de Enfermeiros, ISBN 978-92-95094-35-2

European Wound Management Association (EWMA), 2008. Position Document: Hard-to-heal wounds: a holistic approach. London: MEP Ltd.

Guimarães, M. Silva, L. (2016). Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem. Acedido em 25-01-2019. Disponível em <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>

Lazaretti NS, Gatelli RBGS, Gatelli CN, Schliter LA, Villaroel RU; Sarcoma Retroperitoneal Pleomórfico de Alto Grau Indiferenciado - Relato de Caso e Revisão de Literatura. Rev. Med. Res. 2010; 12 (3 e 4): 139-140.

Meleis A.I. (2007). *Theoretical nursing: development e progress*. 4. Ed. Philadelphia: Lippincott, 832p.

Menoita, Elsa Carvela - *Gestão de feridas complexas*. Loures: Lusodidacta, 2015. 994 p.. ISBN 978-989-8075-48-2

World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). (2016). Closed surgical incision management: Understanding the role of NPWT. *Wound International*.

World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). (2018). Surgical wound dehiscence Improving prevention and outcomes.

## **Apêndice XVI**

**Algoritmo da ferida cirúrgica infetada: tratamento (Local de Estágio C)**

# ALGORITMO DA FERIDA CIRÚRGICA INFETADA: TRATAMENTO



**SIGLAS:**  
ILC – Infecção do Local Cirúrgico  
T – Temperatura  
FC – Frequência Cardíaca

**Adaptado de:**  
Stevens, D. L., Bisno, A. L., Chambers, H. F., Everett, E. D., Dellinger, P., Goldstein, E. J. C., ... Wade, J. C. (2018). Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft-Tissue Infections, 41(May), 1373–1406.  
[https://www.bwizer.com/pt/bwizer\\_academy/algoritmo\\_simplificado\\_de\\_avaliacao\\_das\\_feridas.html](https://www.bwizer.com/pt/bwizer_academy/algoritmo_simplificado_de_avaliacao_das_feridas.html)

## **Apêndice XVII**

**Reflexão crítica de aprendizagem nº 3**

## **Reflexão Crítica de Aprendizagem nº3**

### **1. Descrição – O que aconteceu?**

Realizar o estágio de especialidade em enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem Oncológica no meu local de trabalho, levantou algumas ameaças na realização do projeto de estágio, que vieram a acontecer durante a execução das atividades propostas. Uma das ameaças no serviço onde trabalho era a escassez de pessoas com doença oncológica. Este aspeto agravou-se, pois na altura em que iniciei o meu estágio, o cirurgião especialista nesta área esteve de férias três semanas, o que impossibilitou a admissão de pessoas com doença oncológica no meu serviço, a necessitarem de cirurgia. Como só tinha um caso de pessoa com doença oncológica e que se encontrava com os critérios de inclusão do meu projeto, foram alteradas as atividades propostas inicialmente, e realizado um estudo de situação.

A doente do estudo era uma senhora internada há algum tempo, o que me facilitou na entrevista e colheita de dados. A relação terapêutica já estava previamente estabelecida e a comunicação com a mesma foi fácil e eficaz. Uma senhora natural da Guiné-Bissau, a residir em Portugal devido à doença oncológica há cerca de um ano. Foi transferida do hospital da sua área de residência em Angola para o Hospital B em Lisboa, pelo diagnóstico de sarcoma pleomórfico no membro inferior direito e iniciou, no Hospital B, ciclos de quimioterapia e sessões de radioterapia. Foi admitida no serviço de ortopedia em outubro de 2018, para ser submetida a resseção do tumor.

Quando iniciei o meu estágio, a ferida cirúrgica apresentava complicações, infeção e deiscência. A senhora S.T., encontrava-se muito debilitada na altura, pois a antibioterapia não estava a surtir efeito e os parâmetros inflamatórios mantinham-se elevados, a ferida com atraso na cicatrização seguida na altura pela cirurgia plástica e sem sensibilidade e mobilidade no membro operado. Cada vez mais dependente nas necessidades, asténica, desnutrida e desidratada, com humor deprimido e cansaço fácil a pequenos esforços. A senhora S.T. encontrava-se assim quando realizei a entrevista para o estudo de situação. Apesar de conhecer todo o quadro clínico que a senhora apresentava, quis saber mais sobre a sua vida pessoal e familiar. Um dos aspetos que me impressionou foi saber que a senhora tinha cinco filhos, mas que somente dois estavam em Portugal, ou seja, há mais de um ano que não via três dos seus cinco filhos, tendo eles as idades 18,10 e 5 anos, respetivamente. Quando questionada acerca da filha mais nova e de como ela estava a

lidar com a ausência da mãe, a senhora S.T. respondeu: “*diz que não sou mãe dela, e que a abandonei!*”.

Face a esta resposta, voltei a questionar a senhora e tentei perceber o que a filha sabia sobre o seu estado de saúde e se sabia o porquê de estar ausente, no qual a senhora S.T. respondeu: “*não sabe, tinha 3 anos quando a deixei e ela não iria perceber!*”

Compreender a angústia desta mãe, em relação à saudade que sente dos filhos, impressionou-me, pois já conhecia a senhora há algum tempo e desconhecia este aspeto tão importante para o seu bem-estar.

## **2. Pensamentos e Sentimentos – O que estou a pensar e a sentir?**

Quando o tempo para um enfermeiro prestar cuidados, solidificar a relação terapêutica, criar empatia ou apenas para transmitir a informação é escasso, conseqüentemente, leva, conseqüentemente, a que o doente não consiga expressar os seus pensamentos, valores ou emoções de modo a que o interlocutor os possa compreender na sua dimensão, ou, até, adaptar o discurso (Lopes, 2011). Naquele momento senti que a minha prestação de cuidados não tinha sido eficaz e que não conhecia a pessoa.

Senti-me frustrada por antes não ter sentido a necessidade de querer saber aspetos da sua vida tão importantes até à realização do estudo de situação. Conhecer o doente é o ponto de partida para os cuidados centrados, para isso devemos individualizar a intervenção para conseguirmos os resultados esperados. A perceção do doente aos nossos cuidados e de como o fazemos resulta no sentimento de bem-estar e satisfação (McCormack B., McCance T.V., 2006).

Além disto, no decorrer do meu estágio senti *stress* e pressão por estar a realizar estágio no meu local de trabalho e as expectativas sobre mim serem altas, o que levou a recorrer a diversas estratégias para combater esse *stress* e gerir as emoções, de forma a que no fim conseguisse atingir os objetivos propostos.

Uma parte deste *stress* era causado pela escassez do tempo para prestar cuidados à pessoa selecionada para o estudo de situação, que nem sempre me estava atribuída, e pela orientação de uma estudante do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem.

## **3. Avaliação – O que foi bom e mau nesta experiência?**

O processo de cuidados abrange uma série de procedimentos e atividades de Enfermagem com o objetivo de dar resposta às necessidades do doente, quer físicas, quer psicológicas (McCormack B., McCance T.V., 2006). O que retiro de bom desta experiência é, uma

vez mais, comprovar a importância de conhecer a pessoa doente em todas as suas dimensões de forma a poder ajudar na promoção do seu conforto e bem-estar, controlando os fatores condicionantes da transição saúde-doença pelo qual se encontra a passar, através da implementação de intervenções terapêuticas de enfermagem. O estabelecimento de um respeito mútuo entre doente e prestador de cuidados é essencial para uma relação terapêutica, imprescindível aos cuidados de excelência.

Outro aspeto que considerei bom nesta experiência, relatada anteriormente, foi conseguir perceber que naquele momento da entrevista o que mais preocupava a doente era o afastamento do marido e dos filhos mais novos, principalmente da filha de 5 anos que se recusava a falar com ela. Estive presente naquele momento, disponível com escuta ativa, e compreendi o que ela sentia. Ali consegui criar empatia, promover conforto e segurança. Dei a perceber que este tipo de reação, principalmente de uma criança de 5 anos, é normal, pois não percebe a gravidade da situação da mãe e que esta fase seria transitória.

Através da entrevista realizada à doente, consegui perceber que toda a equipa de enfermagem do serviço conseguiu atingir este ponto de relação com a senhora S.T., porque face às tomadas de decisão realizadas sobre o seu internamento ela afirma “*confio em vocês!*”. O percurso desta doente foi moldado pelos profissionais de saúde, com confiabilidade e consentimento da parte dela. Quando conhecemos o doente, a sua história de vida, as suas vivências, as suas crenças, ele sente-se reconhecido e a tomada de decisão compartilhada é facilitada.

#### **4. Análise – Que sentido podemos encontrar nesta situação?**

O cuidado centrado no doente consiste no respeito pelo doente e pelas suas preferências, na transmissão de informação clara e adequada, na promoção da autonomia, na tomada de decisão e na promoção de conforto e apoio emocional. Para conseguirmos aplicar esta filosofia devemos conhecer a pessoa doente, a sua história de vida, os seus recursos sociais e económicos (McCormack B., McCance T.V., 2006).

Enquanto enfermeira especialista é da minha competência prestar cuidados de Enfermagem de excelência e, para isso, devo prestar cuidados individuais e de saúde, tendo em atenção os aspetos sociais da pessoa cuidada. Para isso devo estar presente, disponível e com escuta ativa sem julgamentos, de forma a estabelecer uma comunicação eficaz. É importante, quando prestamos cuidados, promover a autonomia proporcionando a tomada de decisão, fornecendo a informação necessária para o fazer. Devemos,

também, solicitar sempre o seu consentimento quando vamos prestar cuidados tendo em conta as preferências, valores e crenças do doente. Devemos adequar o planeamento dos cuidados tendo em conta o ambiente, limitações cognitivas, físicas e necessidades da pessoa (McCormack B., McCance T.V., 2006).

### **5. Conclusão – Que mais poderia ter feito?**

Realizando agora uma retrospectiva do episódio, creio que podia ter disponibilizado mais tempo para acompanhar a senhora S.T. na prestação de cuidados no decorrer do meu estágio. Criar mais momentos com a senhora S.T. e até mesmo com os familiares que vinham visitá-la, nomeadamente o cunhado e os dois filhos mais velhos, para marcar a presença e apoio da equipa de enfermagem, mas também, para dar espaço para que a Sra. S.T. pudesse expor medos, emoções e dúvidas.

Tendo em conta a situação clínica da senhora S.T., que no momento da entrevista se encontrava mais instável, a necessidade de apoio à família e pessoa doente era importante e, acredito que a realização de uma conferência familiar poderia ter sido um recurso. Esta iria contribuir para compreender o que a senhora S.T. percecionava acerca do seu estado geral e para promover uma esperança realista, uniformizar a informação transmitida pela equipa multidisciplinar, diminuir o risco de interpretações incorretas e dar espaço para que a senhora S.T. e a sua família exprimissem emoções (Twycross, 2003).

### **6. Planear a ação – Se acontecesse de novo, o que faria?**

Prestar cuidados à pessoa com doença oncológica revelou ser algo complexo e variável, de acordo com as necessidades apresentadas pela pessoa doente. A pessoa doente a passar por um processo de saúde-doença com os seus momentos de fragilidade e debilidade devido ao impacto que sofre em todas as suas dimensões, contribui para mal-estar e desconforto. Segundo Watson (2002), mal-estar não significa apenas doença, mas tudo aquilo que inquiete a pessoa e contribua para uma desarmonia, sendo objetivo do enfermeiro promover a harmonia, considerando que mente, corpo e alma são inseparáveis.

Refletindo sobre a situação apresentada, planeava uma ação mais dirigida ao apoio emocional da senhora S.T., de forma a diminuir este mal-estar. Além disto, este caso serviu-me de exemplo, para que, numa próxima vez, consiga apurar com mais facilidade os problemas que possam afetar a pessoa doente, sem ser os aspetos físicos.

O afastamento da família pode ser um fator causador de ansiedade e angústia, o que pode levar a consequências graves, a nível fisiológico, do seu organismo (Regateiro, 2004). Segundo Apóstolo et al (2006), afirmam que a experiência de uma doença oncológica provoca sentimentos de ameaça à integridade da pessoa, lembrando-lhe a sua vulnerabilidade, pelas sensações de perda, finitude, incerteza, medo, ansiedade e angústia o que, por sua vez, desperta na pessoa doente desconforto e sofrimento. Perante isto, a equipa de enfermagem deve estar munida de mecanismos e estratégias de comunicação eficazes, oferecendo a sua disponibilidade para partilhar com a pessoa doente as suas dúvidas, ansiedades e angústias e demonstrar, assim, verdadeira empatia com o seu sofrimento e saber escutar a pessoa (Polastrini, Yamashita, Kurashima, 2011).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lopes, C. (2011). CUIDADOS CENTRADOS NO DOENTE EM ONCOLOGIA. Mestrado em Oncologia. Instituto de ciências biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto.

McCance, Tanya V., McCormack, Brendan (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 5, 472–479

Polastrini,R., Yamashita,C., Kurashima, A. (2011) Enfermagem e o Cuidado Paliativo. In. Santos F. (Editor) Cuidados Paliativos, Diretrizes, Humanização e Alívio de Sintomas, pp.277-283. São Paulo, Editora Atheneu

Regateiro, Fernando J., et al. (2004) - Enfermagem oncológica. Coimbra : Formasau. 228 p.. ISBN 972-8485-41-7

Twycross, R. (2003). Cuidados Paliativos. 2ª Ed. Lisboa: Climepsi Editores. Warnock,

Watson, J. (2002). Enfermagem: Ciência humana e cuidar – uma teoria de enfermagem. Loures: Lusociência.