



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | **CIÊNCIAS DA SAÚDE**
PORTUGUESA

FERIDAS MALIGNAS: CARATERÍSTICAS E QUALIDADE DE VIDA

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do
grau de mestre em Feridas e Viabilidade Tecidual

Por

Joana Vaz Ázera

Lisboa, 2014



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

FERIDAS MALIGNAS: CARATERÍSTICAS E QUALIDADE DE VIDA

Dissertação Apresentada à Universidade Católica Portuguesa para Obtenção
do Grau de Mestre em Feridas e Viabilidade Tecidual

Por

Joana Vaz Ázera

Sob a orientação do Professor Doutor Fernando Mena Martins e co-orientação
do Professor Doutor Manuel Luís Vila Capelas

Lisboa, 2014

AGRADECIMENTOS

O estudo apresentado é resultado de uma longa caminhada, com muitos obstáculos, embora passíveis de ultrapassar. Esta caminhada não seria possível sem o apoio de algumas pessoas que foram imprescindíveis para que a realização do mesmo fosse exequível.

Primeiramente tenho a agradecer à minha querida amiga e colega, Raquel Marques Silva, que esteve presente em todos os momentos, não só durante a realização da dissertação, como ao longo de todo este mestrado e que sem ela muitas situações teriam sido bem mais difíceis de ultrapassar.

Este trabalho só foi possível ser concretizado com a ajuda e apoio dos orientadores, que sempre me atenderam em tempo útil e sempre me orientaram no caminho a seguir.

Agradeço também ao Professor Doutor, Alexandre Rodrigues, que me deu algumas indicações, muito importantes, sobre investigação e que me incentivava a continuar naqueles momentos em que a pessoa acha que não vai conseguir.

Às direções e aos enfermeiros dos Hospitais da Região Autónoma dos Açores que permitiram a realização deste trabalho nestas instituições e que me ajudaram na colheita de dados sempre que foi possível, bem como ao COA (Centro de Oncologia dos Açores).

Não podia deixar de agradecer, pelo seu contributo essencial nesta caminhada, aos meus amigos: Lisandra Barcelos, Tiago Marçal, Ana Luísa Gomes, Raquel Vaz, Teté, Enfermeira Helena Vicente, Enfermeira Kátia Furtado, Vera Brazão, Diana Ferreira, Bi Abelha e a todas as minhas amigas que indiretamente também contribuíram para esta fase da minha vida – um muito obrigada.

Agradeço também ao meu namorado, Frederico Ferreira, pelo apoio e pelos momentos que não pude estar com ele para poder concluir o meu trabalho.

Por último, não podia deixar de agradecer às quatro pessoas mais importantes da minha vida, que tudo fizeram para que alcançasse mais uma etapa

formativa na minha vida: o meu pai, a minha mãe e as minhas irmãs, Cláudia e Verónica.

RESUMO

Introdução: Com o aumento das doenças oncológicas há igualmente um aumento do risco de complicações intrínsecas a estas, como é o caso das feridas malignas, sendo imprescindível que os profissionais de saúde saibam atuar perante estas situações, uma vez que a abordagem a estas feridas difere em alguns aspetos da abordagem das restantes feridas crónicas.

Metodologia: Surgiu, assim, a necessidade de desenvolver este estudo que teve como questão de investigação: “Quais as características dos doentes oncológicos com feridas malignas nos hospitais da Região Autónoma dos Açores?” e, como objetivo, caracterizar os doentes oncológicos com feridas malignas nos hospitais da Região Autónoma dos Açores, bem como a sua qualidade de vida. Este baseou-se num estudo qualitativo, descritivo envolvendo a participação de três indivíduos, decorrendo a colheita de dados entre julho de 2013 e agosto de 2014.

Resultados: Os dados obtidos demonstraram que estas feridas são, maioritariamente, ulcerativas e irregulares, incorporando quer sintomas físicos (dor, infeção, odor, hemorragia, exsudado e prurido) quer psicossociais (alteração da imagem corporal e isolamento social). A qualidade de vida e a saúde em geral destes utentes, apesar dos problemas e sintomas associados é boa, tendo em conta o questionário de qualidade de vida EORTC QLQ-C30.

Conclusão: Como estudos futuros seria interessante dar continuidade a este trabalho, de forma a tirar ilações sobre a prevalência e influência das características das feridas malignas na qualidade de vida nesta região, podendo também ser interessante acrescentar alguns *itens* de forma a avaliar outras questões relacionadas com esta temática, bem como introduzir nos planos educativos formação nesta área.

Palavras-chave: Ferida Maligna, Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Introduction: With the increasing of oncologic diseases there is also an increasing of the risk of intrinsic complications to these diseases, like malignant fungating wounds, being indispensable that the health professional know how to act face of this situation, since the approach to this wounds differs in some aspects from the approach of other chronic wounds.

Methodology: So, emerged the need to develop this study which had the follow research question: “What are the characteristics of the oncologic patients with malignant fungating wounds in the hospitals of the Autonomous Region of Azores?” and as objective, characterize the oncologic patients with malignant fungating wounds in the hospitals of the Autonomous Region of Azores, as well as they quality of life. This study was based on a qualitative study, descriptive, involving participation of three subjects, occurring data collection between July 2013 and August 2014

Results: The data showed that those wounds are mostly ulcerative and irregular, incorporating either physical symptoms (pain, infection, odor, bleeding and itching) either psychosocial (change in body image and social isolation). The quality of life and the overall health of these patients, despite the problems and associated symptoms, is good, taking into account the questionnaire of quality of life EORTC QLQ-C30.

Conclusion: As future studies it will be interesting to continue this work, in order to draw conclusions about prevalence and the influence of the characteristics of malignant fungating wounds in the quality of life in this region, it may also be interesting to add some itens in order to assess other questions related to this theme, well as introduce in educational plans formation in this area.

Key Words: Malignant fungating wounds, quality of life.

SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos

EORTC – European Organization for Research and Treatment of Cancer

E.P.E. – Entidade Pública Empresarial

IPO – Instituto Português de Oncologia

NP – Norma Portuguesa

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – página

QLQ – C30 – The Quality of Life Questionnaire – Core 30

SBIDM – Serviços de Biblioteca, Informação Documental e Museologia

TELER – Treatment Evaluation by LE Roux’s Method

T.I.M.E. – Tecido não viável, Infecção ou Inflamação, Meio Ambiente, Epiderme

WHO – World Health Organization

WoSSAC – Wound Symptoms Self-Assessment Chart

Índice

Introdução	1
1 - Revisão da Literatura	5
1.1 – Epidemiologia do Cancro.....	5
1.2 – Feridas Malignas	6
1.3 – Epidemiologia da Ferida Maligna.....	7
1.4 – Fisiopatologia da Ferida Maligna	8
1.5 – Etiologia da Ferida Maligna	9
1.6 – Classificação da Ferida Maligna	10
1.7 – Sintomas Físicos Causados pela Ferida Maligna	11
1.7.1 - Dor	11
1.7.2 - Odor	13
1.7.3 - Exsudado	14
1.7.4 - Hemorragia	15
1.7.5 - Prurido	16
1.7.6 – Infecção	17
1.8 – Sintomas Psicológicos Causados pela Ferida Maligna.....	17
1.8.1 – Isolamento Social	18
1.8.2 - Perdas.....	18
1.8.3 – Expressão Sexual	19
1.9 – Plano de Cuidados para Doentes com Ferida Maligna.....	19

1.9.1 - Paciente	20
1.9.2 - Cuidadores.....	21
1.9.3 – Profissionais de Saúde.....	22
1.10 – Gestão da Ferida Maligna.....	23
1.10.1 – Tratamento do tumor subjacente e gestão das condições de co- morbilidades.....	24
1.10.2 – Gestão dos Sintomas	25
1.10.3 – Gestão da Ferida Local	26
1.11 – Tratamento dos Sintomas Físicos.....	27
1.11.1 - Dor	28
1.11.2 - Odor	29
1.11.3 - Exsudado	29
1.11.4 - Hemorragia	30
1.11.5 - Prurido	31
1.11.6 - Infecção	32
1.12 – Cuidados Paliativos na Ferida Maligna.....	32
1.13 – Qualidade de Vida e a Ferida Maligna.....	33
1.14 – Ética na Abordagem à Ferida Maligna.....	36
2 – Problemas em Estudo	39
2.1 - Problemática.....	39
3 - Metodologia.....	43
3.1 – Tipo de Estudo.....	43

3.2 - População - Alvo	44
3.3 - Participantes.....	45
3.4 - Processos de Amostragem.....	45
3.5 - Instrumentos de Colheita de Dados	46
3.6 - Procedimentos de Recolha e Análise.....	48
3.7 - Aspetos Éticos.....	48
4 - Resultados	51
4.1 – Caso Clínico 1	51
4.2 – Caso Clínico 2	52
4.3 – Caso Clínico 3	54
5 - Discussão.....	57
6 - Conclusões	65
Referências Bibliográficas.....	69
Bibliografia Consultada	79
ANEXOS	83
ANEXO I – Autorização do Estudo	85
ANEXO II – Autorização do Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira	87
ANEXO III – Autorização do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada	89
ANEXO IV – Escala de Odor	91
ANEXO V – Escala Visual Analógica.....	93
ANEXO VI – Escala Karnofsky Performance Status (KPS)	95

ANEXO VII – Questionário de Qualidade de Vida EORTC QLQ-C30	97
ANEXO VIII – Estudo Epidemiológico de Feridas.....	101
APÊNDICES.....	103
APÊNDICE I – Termo de Consentimento Informado	105
APÊNDICE II – Questionário para Colheita de Dados.....	109

INTRODUÇÃO

O cancro, assim como as doenças cardiovasculares, respiratórias e a diabetes, continuam a ser uma das principais problemáticas de saúde pública (FORJAZ, 2011). Embora seja notória uma melhoria significativa nas variadas formas de tratamento, bem como um aumento substancial da taxa de sobrevivência de muitos tipos de cancro, esta é uma patologia que continua a marcar de forma negativa as pessoas que dela sofrem e suas famílias, principalmente quando acarreta determinadas complicações, tais como as feridas malignas (FORJAZ, 2011).

As feridas malignas são lesões fungoides que surgem quando ocorre a infiltração das células cancerígenas ao nível da epiderme, derme e tecidos adjacentes, podendo mesmo alcançar o sistema vascular e linfático, ulcerando, assim, a superfície do corpo (DEALEY, 2006). Estas feridas podem advir de um cancro primário, de uma metástase na pele de um tumor local ou de um tumor localizado num sítio distante (ROCHA *et al.*, 2006).

Embora haja escassez de dados sobre a prevalência de feridas malignas, THEIRS (1986) cit. HAISFIELD – WOLFE (2002) e MAIDA *et al.* (2009 (a)) estima que cerca de 5 – 14.8% das pessoas com cancro desenvolvem feridas malignas, o que associam, em parte, a um descuido do próprio utente no que toca à procura atempada de cuidados médicos e de enfermagem. Assim sendo, torna-se imprescindível a colaboração de todos os membros da equipa de saúde para que sejam traçadas linhas gerais de orientação, que foquem a deteção precoce e a redução de danos (ROCHA *et al.*, 2006).

Além disso, verifica-se que os profissionais de saúde não estão devidamente familiarizados com esta área, havendo, ainda, alguma falta de informação quanto às características da ferida, implicações da mesma no bem-estar do doente e sobre os cuidados a prestar. Deste modo é essencial que esta temática seja melhor abordada e investigada, de forma a otimizar o controlo de queixas físicas e/ou psicológicas e, por conseguinte, melhorar a qualidade de vida destes utentes (GROCOTT *et al.*, 2005).

A área das feridas malignas desperta algumas inquietudes, uma vez que existe pouca informação sobre o tema, o que faz com que as pessoas não estejam tão despertadas para esta problemática e para os cuidados a prestar ao utente com ferida maligna; há necessidade de formação dos profissionais de saúde neste domínio, de forma a dirigir a prestação de cuidados; há escassez de dados acerca da prevalência das feridas malignas e os estudos e as intervenções dos profissionais de saúde são muito centrados na patologia oncológica, havendo pouco investimento/ estudos no tratamento destas feridas.

Posto isto, justificava-se a necessidade de desenvolver este estudo, o qual foi aplicado à realidade da Região Autónoma dos Açores e teve por base a seguinte questão de investigação: “Quais as caraterísticas dos doentes oncológicos com feridas malignas nos hospitais da Região Autónoma dos Açores?”.

O objetivo deste estudo consiste em caraterizar os doentes oncológicos com feridas malignas nos hospitais da Região Autónoma dos Açores, bem como a sua qualidade de vida.

É de frisar que este estudo faz parte de um trabalho mais global, um trabalho conjunto cujas questões de investigação são: “ Qual a taxa de prevalência de feridas malignas em doentes oncológicos adultos (no local estabelecido pelo investigador)?” e “Qual a influência dos fatores associados à ferida maligna na qualidade de vida dos doentes?”. Os objetivos deste estudo passam por caraterizar os doentes oncológicos com feridas malignas (no local estabelecido pelo investigador), determinar a taxa de prevalência das feridas malignas em doentes oncológicos (no local estabelecido pelo investigador) e avaliar a influência das caraterísticas das feridas malignas na qualidade de vida nos doentes oncológicos. No entanto, o trabalho aqui apresentado cinge-se apenas aos três hospitais da Região Autónoma dos Açores.

A estrutura geral deste trabalho é dividida em seis partes: a primeira parte diz respeito à revisão da literatura, que representa o produto de toda a pesquisa efetuada para suporte deste estudo; a segunda apresenta os problemas em análise, sendo que a terceira parte é referente à metodologia, explicitando

todos os passos dados pelo investigador e respetivas justificações; a quarta parte aborda os resultados obtidos, através da descrição dos casos clínicos, seguindo-se a discussão dos dados, tendo como suporte a literatura encontrada; por último, a sexta parte apresenta as conclusões e limitações do estudo, bem como as aplicações, implicações e sugestões para projetos futuros.

A norma utilizada nas referências bibliográficas foi a Norma Portuguesa NP 405, mais especificamente a NP 405 – 1 para documentos impressos, e a NP 405 – 4 para documentos eletrónicos (UNIVERSIDADE DE AVEIRO SBIDM, 2010).

1 - REVISÃO DA LITERATURA

A fim de produzir um trabalho de investigação consistente, é necessário obter conhecimentos atualizados na área de interesse, bem como identificar e analisar toda a bibliografia pertinente.

1.1 – EPIDEMIOLOGIA DO CANCRO

De acordo com a bibliografia pesquisada, pode-se afirmar que a doença oncológica é uma realidade cada vez mais presente na sociedade portuguesa, atingindo 40 mil novos casos por ano e provocando a morte de 20 mil pessoas por ano, sendo, assim, a segunda maior causa de morte no país (REGATEIRO *et al.*, 2004).

Especificando para a Região Autónoma dos Açores, cerca de 850 novos casos de cancro são diagnosticados por ano (excluindo o cancro de pele não melanoma), sendo que 500 são do sexo masculino e 350 do sexo feminino (FORJAZ, 2011). No período de 1997-2006, foram diagnosticados um total de 8465 novos casos, dos quais, no caso do sexo masculino, o cancro de pulmão foi o mais frequente (19.6% do total de cancros), seguindo-se o cancro da próstata (19.5%), o do cólon e reto (8.3%), o do estômago (7.2%) e o da bexiga (6.0%); nas mulheres, o cancro que ocorreu com mais frequência foi o da mama (29% do total de cancro), seguindo-se o do cólon e reto (11.2%), o do corpo do útero (5.7%), do estômago (5.3%) e o do colo do útero (4.8%) (FORJAZ, 2011).

Com este aumento de novos casos de cancro por ano, é essencial que os profissionais de saúde estejam cada vez mais preparados e que as instituições de saúde mobilizem e invistam nos recursos necessários para dar a devida atenção ao doente e à doença oncológica. Esta inclui uma multiplicidade de características e complicações, que, apesar de causarem sofrimento e decréscimo da qualidade de vida, estão pouco estudadas, como é o caso das feridas malignas.

1.2 – FERIDAS MALIGNAS

O termo “ferida maligna” não é consensual na literatura, encontrando-se outras nomenclaturas como “lesões tumorais”, “úlceras neoplásicas”, “ferida oncológica”, “ferida maligna fungoide”, entre outras. No entanto, qualquer que seja a terminologia, a sua definição é única, exata e universal, sendo então explicada como uma lesão cutânea crónica que deriva quer da infiltração, quer da erosão do epitélio cutâneo (epiderme, derme e hipoderme) pelas células cancerígenas, podendo atingir também os vasos sanguíneos e linfáticos (GROCOTT, 2009).

Estas feridas tendem a ocorrer em pacientes com idades compreendidas entre os 60 e os 70 anos, com metástases e que se encontram numa fase terminal da doença, com especial incidência nos últimos 6 a 12 meses de vida (HAISFIELD-WOLFE & RUND, 2002). Além disso, há que referir que estas feridas apresentam, na esmagadora maioria das vezes, um mau prognóstico, sem qualquer potencial de cicatrização, uma vez que se verifica um mau aporte sanguíneo, com consequente morte celular e manutenção constante da fase inflamatória (NAYLOR, 2002 (a)) (ALEXANDER, 2010). Como agravante, as opções terapêuticas são limitadas (ALEXANDER, 2009 (b)), não existindo, até ao momento, *guidelines* baseadas em estudos randomizados (MAIDA *et al.* 2009 (b)). De facto, ADDERLEY & SMITH (2007) realizaram uma revisão sistemática da literatura sobre agentes tópicos e pensos para este tipo de feridas, e identificaram, apenas, dois ensaios randomizados controlados. LLOYD (2008) corrobora as afirmações dos autores supracitados, e refere que nos últimos dez anos não houve avanços significativos nesta área, chegando mesmo a afirmar que o tratamento destas feridas, na maior parte das vezes, ocorre por tentativa e erro, como resultado de conhecimentos obtidos em estudos realizados para outros tipos de feridas, não tendo em consideração evidências específicas (WILKES *et al.*, 2001 cit. LLOYD, 2008).

Não é só ao nível do tratamento da ferida propriamente dita que existem poucos estudos, sendo que a experiência vivida pelos pacientes com ferida maligna também está pouco explorada, o que é de lamentar, uma vez que é uma complicação do cancro com repercussões devastadoras quer para o

doente, quer para a família e/ ou cuidador, significando, normalmente, progressão e incurabilidade da doença, pois quando ocorre um agravamento da ferida há, paralelamente, uma deterioração no estado geral de saúde do paciente (LUND-NIELSEN *et al.*, 2011). Estas feridas têm um grande impacto sobre o paciente não apenas pelas alterações físicas que possam causar, mas principalmente pelo estigma que continua a existir em redor da palavra “cancro” (POLETTI *et al.*, 2002).

1.3 – EPIDEMIOLOGIA DA FERIDA MALIGNA

Epidemiologicamente, a prevalência exata das feridas malignas é, atualmente, desconhecida, uma vez que não existem registos destes valores em nenhuma base de dados do cancro e a estatística disponível é, geralmente, baseada em amostras com diferentes critérios de inclusão (ADDERLEY & SMITH, 2007). Contudo, a prevalência destas feridas no estudo de THOMAS (1992) cit. PROBST *et al.* (2013) diverge entre os 5 e os 10%, sendo que 5% refere-se a tumores primários e 10% a metástases. No estudo de MAIDA *et al.* (2009 (a)), a prevalência destas feridas é de 14.8%, e uma possível explicação para esta discrepância de valores é a inclusão de outros tipos de feridas malignas como nódulos, induração, úlceras malignas, lesões zosteriformes e lesões mistas. Num estudo levado a cabo na Suíça em 2009, a prevalência dos pacientes com metástases que desenvolveram ferida maligna foi de 6.6% (DOLBEAULT *et al.*, 2010). LUND-NIELSEN *et al.* (2005) no seu estudo referiu que a incidência de feridas malignas em pacientes com cancro da mama era de 2-5% e, de acordo com STOTTER (1999) cit. ADDERLEY & SMITH (2007), o envolvimento do cancro da mama era de 2.66%.

No estudo de MAIDA *et al.* (2009 (b)), as principais localizações foram mama e tórax (31.2%), cabeça e pescoço (24%), abdómen (13.5%), região lombar e torácica (13.5%), extremidades superiores e inferiores (4.2%) e períneo e região genital (8.3%). Em termos diagnósticos, esta obteve com 7.2% o cancro da mama, 30.9% cancro gastrointestinal, 23.7% pulmão, 3.2% cabeça e pescoço, 4.9% geniturinário, 15.3% ginecológico e 14.8% outros cancros, estando alguns cancros mais associados a maior propensão para o desenvolvimento de ferida maligna, como o da mama (47.1%), cabeça e

pescoço (46.7%) e cancro primário da pele (39.1%). Para além disso, esta autora obteve uma prevalência de 33% para nódulos e induração, 55% para lesões fungoides, 9.4% úlceras malignas e 2.6% para outras formas de lesão por malignidade (zosteriforme e mistas). No estudo de LO *et al.* (2006) cit. LO *et al.* (2008), os pacientes tiveram de viver com estas feridas durante um período médio de 12 a 56 meses, período este que decorreu entre a formação da ferida e a morte dos mesmos.

Uma das desvantagens da falta de dados exatos e definitivos sobre a taxa de prevalência destas feridas é que os fabricantes, ao não terem números concretos, não podem desenvolver novos produtos direcionados exclusivamente para este tipo de feridas (ALEXANDER, 2009 (b)).

1.4 – FISIOPATOLOGIA DA FERIDA MALIGNA

O processo de formação de uma ferida maligna decorre em três eventos essenciais: crescimento do tumor, que leva à quebra e dor, devido à pressão e/ou invasão que pode exercer sobre as estruturas e terminações nervosas; neovascularização, que fornece substratos para o crescimento tumoral; e, por último, invasão da membrana basal das células saudáveis, pelo crescimento expansivo da ferida sobre a superfície acometida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Desta forma, à medida que há uma expansão do tumor, há uma alteração do pH do fluido extracelular e um desenvolvimento desordeiro da angiogénese dos capilares sanguíneos, o que altera os mecanismos de coagulação dentro do tumor, podendo ocorrer oclusão dos vasos sanguíneos por coágulos previamente formados e consequente necrose, que é normalmente central (NAYLOR, 2002 (a)). O sistema linfático também é afetado, sendo que as pressões do fluido intersticial podem causar colapso vascular, levando a enfarte, hipoxia e necrose (BRIEL-NIXON, 1997 cit. ADDERLEY & SMITH, 2007). Com o crescimento da massa tumoral necrótica, ocorre proliferação bacteriana, tanto de aeróbios (*Pseudomonas aeruginosa* e *Staphylococcus aureus*), como de anaeróbios (bacteroides), que provocam odor fétido,

exsudado, infecção e fragilidade dos capilares do tumor, aumentando o risco de hemorragia (ALVAREZ *et al.*, 2007).

Nestas feridas, a fase inflamatória está continuamente a ser reiniciada, devido à presença das células cancerígenas que são reconhecidas como corpos estranhos (SHEPERD, 2003 e DRAPER, 2005 cit. LLOYD, 2008). O prolongamento desta fase aumenta a atividade extracelular, o que torna os capilares mais permeáveis, havendo saída de exsudado seroso e libertação de histaminas que são responsáveis pelo prurido na pele circundante (SHEPERD, 2003 e DRAPER, 2005 cit. LLOYD, 2008).

Além disso, as feridas tumorais têm uma larga deficiência de contração tecidual, o que também dificulta a cicatrização das mesmas (GOMES & CAMARGO, 2004). Essa deficiência deve-se à baixa produção de fibroblastos, consequência direta do déficit nutricional que os doentes oncológicos geralmente apresentam (GOMES & CAMARGO, 2004).

Regra geral, a menos que o tumor esteja controlado por tratamentos anticancerígenos isolados ou combinados, a ferida continua a desenvolver-se, podendo causar destruição maciça (GROCOTT, 2001).

1.5 – ETIOLOGIA DA FERIDA MALIGNA

As feridas malignas podem ser causadas por células tumorais que metastizam do tumor primário local ou distante, frequente em processos neoplásicos da mama, pulmão, garganta, ovário, cólon e genitais; por um tumor cutâneo primário, como linfoma, sarcoma, melanoma, carcinoma basocelular ou espinocelular, entre outros ou por invasão direta de um tumor primário nas estruturas cutâneas (ALEXANDER, 2009 (b)).

Outras causas menos comuns são: implantação de células tumorais, de forma iatrogénica, durante procedimentos cirúrgicos, como na mastectomia e a excisão parcial ou total de um tumor ou outros procedimentos terapêuticos, como a radioterapia ou quimioterapia (ALEXANDER, 2009 (b)). Para além destas, feridas crónicas de longa duração, com cerca de 25 a 40 anos, que

malignizam podem evoluir para um carcinoma de células escamosas, sendo designadas por úlceras de Marjolin (SEAMAN, 2006).

1.6 – CLASSIFICAÇÃO DA FERIDA MALIGNA

As feridas malignas podem ser classificadas quanto origem, podendo ser primárias (quando se origina no local do tumor primário), metastáticas (se tem origem no local da metástase) ou recorrentes (quando após a cicatrização há o surgimento de uma nova lesão no mesmo local); quanto à aparência, em que se classificam como feridas ulcerativas malignas (quando estão ulceradas e formam crateras rasas), feridas proliferativas malignas (semelhantes à couve-flôr) e feridas proliferativas malignas ulceradas (com união do aspeto vegetativo com partes ulceradas); quanto à localização e estadio (1, 1N, 2, 3 e 4) (CAMARÃO, 2009).

No que concerne ao estadiamento, a classificação das feridas malignas foi proposta por HAISFIELD-WOLFE & BAXENDALE-COX em 1999, tendo elaborado um estadiamento classificatório com base no adotado universalmente para a classificação das úlceras por pressão (KEMP, 1999). Desta forma, estas feridas podem ser descritas em termos de estadiamento do seguinte modo:

- “Estádio 1 – Ferida fechada/ pele íntegra.
- Estádio 1N – Ferida fechada/ abertura superficial/ dura e fibrosa.
- Estádio 2 – Ferida aberta/ envolvimento da derme e da epiderme.
- Estádio 3 – Ferida aberta/ perda da espessura completa do tecido celular subcutâneo.
- Estádio 4 – Ferida aberta/ invasão de estruturas anatómicas profundas”.

(HAISFIELD-WOLFE, 1999 cit. GROCOTT *et al.*, 2001, p. 22).

1.7 – SINTOMAS FÍSICOS CAUSADOS PELA FERIDA MALIGNA

De acordo com NAYLOR (2002 (a)) e HAMPTON (2004), os sintomas físicos mais comumente associados às feridas malignas são a dor, o odor, o exsudado e a hemorragia. GROCOTT (2007) e PROBST (2010) cit. PROBST *et al.* (2013) concordam com os autores acima referidos, acrescentando o prurido como um dos sintomas mais frequentes. COLLINSON (1992) cit. NAYLOR *et al.* (2001) considera também como sintoma físico principal a infecção.

Segundo MAIDA *et al.* no estudo que realizaram em 2009 (b), 32.3% das feridas malignas eram assintomáticas, 45.8% apresentavam apenas um sintoma, 10.4% estavam associadas a dois sintomas e 11.5% apresentavam três sintomas, sendo a prevalência total de sintomas das feridas malignas neste estudo de 51.7% (MAIDA *et al.*, 2009 (b)).

1.7.1 - Dor

Relativamente aos sintomas físicos mais frequentes e reportando-nos à dor, esta é um fenómeno complexo que afeta diferentes pessoas de diferentes maneiras (ALEXANDER, 2009 (d)). É de extrema importância aquando da avaliação e gestão da dor ter em conta a dor total, isto é, a dor que está associada não só à sensação física relacionada com a patologia do tecido, mas a dor que é afeta e é afetada por todas as dimensões do paciente (física, psicológica, social e espiritual) (NAYLOR, 2001) (ALEXANDER, 2009 (d)).

Para haver uma gestão adequada da dor é necessário identificar previamente os recetores que são responsáveis pela mesma, de modo a que seja prescrita a analgesia mais apropriada (GROCOTT, 2003). Assim, podemos ter em conta dois tipos de dor: a nociceptiva, que é originada nos nociceptores mecânicos, térmicos ou químicos, junto da área física em que ocorre o estímulo que a origina, sendo descrita como dor de fricção; e a neuropática que é causada pela disfunção dos nervos periféricos no local da ferida, sendo caracterizada como dor de facada, agulha, de queimadura ou choque elétrico (ALVAREZ *et al.*, 2007). Estes dois tipos de dor podem ocorrer isoladamente ou em

simultâneo, e recomenda-se que cada qual receba um tratamento diferente (DOWSETT, 2002).

É importante referir que pode ser difícil para o paciente distinguir entre a dor da ferida e outros tipos de dor (ALEXANDER, 2009 (a)), daí que seja necessário a intervenção e experiência de uma equipa multidisciplinar na gestão da dor, de forma a sinalizar corretamente o tipo de dor e identificar, de forma imediata, estratégias de controlo da mesma (WATRET, 2010), a fim de minimizar o sofrimento causado por essa complicação (ALVAREZ *et al.*, 2007).

Nas feridas malignas, a dor ocorre normalmente pela erosão e quebra das terminações nervosas, que não podem ser reparadas (NAYLOR *et al.*, 2001). Esta dor pode estar localizada na própria ferida ou surgir em decorrência da mesma (PROBST, 2010 cit. PROBST *et al.*, 2013). Os diversos mecanismos de dor numa ferida maligna são o crescimento do tumor (provoca compressão dos tecidos e dos nervos), edema decorrente do comprometimento capilar e drenagem linfática (PROBST, 2010 cit. PROBST *et al.*, 2013), necrose tecidular localizada resultante da invasão tecidular, exposição de terminações nervosas da derme, procedimentos invasivos de diagnóstico e tratamento, incapacidade de movimento ou alinhamento corporal inadequado pela presença da ferida (CAMARÃO, 2009), infeções recorrentes (GROCOTT, 1999 cit. ALEXANDER, 2009 (a)) e realização de técnicas de curativo inadequadas (NAYLOR, 2001) (ALEXANDER, 2009 (a)).

Os principais fatores que provocam dor aquando da mudança do penso são os pensos que ficam secos no leito da ferida, os produtos que aderem, os adesivos e a própria limpeza da ferida (INTERNATIONAL WOUND PAIN SURVEY cit. ALVAREZ *et al.*, 2007). Deste modo, é essencial reduzir e, se possível, eliminar o trauma mecânico, quer minimizando o trauma associado à mudança de apósito, quer diminuindo a frequência de mudança do mesmo (ROCHA *et al.*, 2006).

WOO & SIBBALD (2010) referem que um dos piores aspetos de viver com uma ferida crónica é o impacto que esta tem na qualidade de vida do paciente. PROBST *et al.* (2013) no estudo que realizou reforça esta ideia ao constatar

que as mulheres referiam que a dor era um sintoma que causava um grande impacto na sua qualidade de vida.

1.7.2 - Odor

Para COLLIER (1997) cit. EDWARDS (2000), uma ferida com odor é aquela que tem um cheiro ofensivo quer para o paciente, quer para o cuidador ou para ambos.

Este é usualmente descrito como sendo o sintoma mais angustiante e o que causa maior estigma social (ALEXANDER, 2009 (a)) (LO *et al.*, 2008), principalmente porque o odor fica nas roupas, bem como na casa, alimentando, assim, o medo de que os outros possam sentir o cheiro da ferida ou de que o exsudado possa drenar para fora do penso (HAUGHTON & YOUNG, 1995 cit. EDWARDS, 2000). O odor pode, assim, alterar a capacidade de socialização e de cooperação do paciente, sendo este invadido por sentimentos de depressão, angústia, tristeza (NAZARKO, 2006) (LLOYD, 2008), além de implicar uma lembrança constante da presença da ferida e do cancro (WATRET, 2010). LAWTON (2000) cit. PROBST *et al.* (2013) corrobora esta perspetiva, afirmando que o cheiro cria uma fronteira em redor do paciente, repelindo as pessoas que o rodeiam.

Os enfermeiros também podem sentir a mesma angústia, não só pela ferida em si, mas particularmente pelo odor que esta emana (HAUGHTON & YOUNG, 1995 cit. EDWARDS, 2000).

Apesar de existirem poucos estudos sobre os fatores que levam à formação do odor nas feridas malignas, assume-se que os principais são a morte tecidual, a infeção e o exsudado (EDWARDS, 2000).

Alguns autores referem que os anaeróbios são a principal causa do odor (COLLIER, 1997 e BOWLER *et al.*, 1999 cit. EDWARDS, 2000); contudo, não existem evidências de que estes sejam a única causa, uma vez que quer anaeróbios quer aeróbios foram encontrados em feridas com cheiro fétido (THOMAS *et al.*, 1998 cit. EDWARDS, 2000). Estas bactérias penetram no tecido morto, resultando, do seu processo metabólico, a produção de ácidos

gordos voláteis de cadeia curta que, combinados com as aminas e diaminas (cadaverina e putrescina) resultantes do processo metabólico de outras bactérias proteolíticas (WOO & SIBBALD, 2010) levam à produção do odor fétido que é sentido nestas feridas (ALEXANDER, 2009 (a)). Este odor pode, eventualmente causar náuseas, vômitos e perda de apetite (O'BRIEN, 2012), o que se torna um desafio para a manutenção da nutrição e da hidratação (VAN TOLLER, 1994 cit. WATRET, 2010). A própria família pode não querer comer ao mesmo tempo que o paciente, devido ao odor emanado pela ferida, pois o cheiro causa-lhes náuseas enquanto comem (HOLLOWAY, 2004 cit. LLOYD, 2008), o que causa embaraço e isolamento do próprio doente (LLOYD, 2008).

O odor nas feridas malignas é um sintoma extremamente limitante na vida do doente (ROCHA *et al.*, 2006), pelo que a eliminação ou redução do mesmo é fundamental para a promoção da qualidade de vida destes pacientes e para a melhoria/ aumento da sua autoestima (GROCOTT, 2000; HOLLOWAY, 2004 cit. LLOYD, 2008).

1.7.3 - Exsudado

No que concerne ao exsudado este é provavelmente o problema mais comum associado às feridas malignas (NAYLOR *et al.*, 2001), pois grandes níveis de exsudado são produzidos (NAZARKO, 2006) (ALEXANDER, 2009 (a)), o que dificulta a gestão destas feridas (PUDNER, 1998) (NAYLOR, 2002 (a)).

O exsudado das feridas malignas ainda não foi investigado nem abordado em nenhum estudo, apesar de se poder inferir que este é diferente do das feridas agudas e crónicas, nem que seja pelo simples facto de conter células tumorais (GROCOTT, 2003). Na presença de sinus ou fístulas, o exsudado pode conter saliva, fluido peritoneal, fecal ou urina (GROCOTT, 2003).

Com a vasodilatação, com o catabolismo do tecido pelas proteases bacterianas (COLLIER, 2000), com o aumento da permeabilidade capilar e com a secreção do fator de permeabilidade vascular pelas células tumorais, ocorre a passagem de fluidos e elementos celulares que atravessam a parede dos vasos e produzem exsudado (WOO & SIBBALD, 2010). Assim, o edema e inflamação, que podem estar associados a infeção, são os principais responsáveis pelas

quantidades excessivas de exsudado que são produzidas por estas feridas (ROCHA *et al.*, 2006).

O excesso de exsudado pode exacerbar os danos cutâneos, provocando dor, irritação/ maceração da pele circundante, risco de quebra cutânea (NAZARKO, 2006), e risco de infecção (DOWSETT, 2002). As mudanças frequentes de penso, devido à dificuldade em gerir o exsudado também aumentam o risco de maceração cutânea (NAZARKO, 2006) (ALEXANDER, 2009 (c)), o que por sua vez pode contribuir para o aumento da ferida (DRAPER, 2005 e DOWSETT, 2008 cit. ALEXANDER, 2009 (c)).

Outros problemas associados ao excesso de exsudado incluem anemia, desequilíbrios metabólicos resultantes da perda contínua de fluido (HASTINGS, 1993 e LOTTI *et al.*, 1998 cit. ALEXANDER, 2009 (a)) e diluição da medicação tópica que é aplicada no leito da ferida, embora não haja evidências que suportem esta última implicação (GROCOTT, 1999 e DRAPER, 2005 cit. ALEXANDER, 2009 (a)).

A importância de controlar o exsudado foi realçada por GROCOTT (2003), de forma a amenizar os problemas psicossociais, quer para o paciente quer para o cuidador. O controlo do exsudado nas feridas malignas é imprescindível, de modo a reduzir o odor, prevenir a sujidade da cama e da roupa, que pode ser embaraçante e angustiante para o paciente e aumentar os encargos para os cuidadores (NAYLOR, 2005 cit. ALEXANDER, 2009 (a)). O exsudado controlado permite ainda aumentar a confiança, o conforto do paciente e melhorar a sua autoestima (CAMARÃO, 2009).

O exsudado pode ser classificado, quanto às suas características, como seroso, hemático e/ ou purulento e, quanto à quantidade, como escasso (o penso dura uma semana), moderado (mudança de penso a cada 2-3 dias) ou abundante (mudança de penso pelo menos uma vez ao dia) (DEALEY, 2006).

1.7.4 - Hemorragia

A hemorragia nas feridas malignas pode estar relacionada com a atividade do tumor ou com a aplicação inapropriada dos pensos (NAYLOR *et al.*, 2001).

O tecido de granulação de uma ferida maligna é friável e sangra facilmente, devido à estimulação local dos fatores de crescimento endoteliais vasculares, o que resulta na formação abundante de vasos sanguíneos que são frágeis (WOO & SIBBALD, 2010). A função das plaquetas é anulada pelas células tumorais que estimulam a produção de fatores de crescimento específicos, acarretando danos às células normais. Deste modo, a hemostase do sangue, linfa e ambiente intersticial e celular são interrompidos pela infiltração das células tumorais (DOWSETT, 2002). À medida que ocorre o crescimento tumoral, ocorre simultaneamente a erosão dos vasos sanguíneos pelo tumor ou pela necrose dos tecidos (COLLIER, 2000), o que faz com que haja um desequilíbrio fisiológico que provoca hemorragia das células e, conseqüentemente, da ferida (POLETTI *et al.*, 2002).

Nas feridas malignas pode ocorrer uma hemorragia abundante e espontânea, o que pode ser angustiante para o paciente e cuidador (HAISFIELD-WOLFE & RUND, 1997 cit. NAYLOR, 2002 (a)). Este facto prejudica a sua qualidade de vida e pode, por vezes, ser uma ameaça à vida se não for tratada de imediato (KAKIMOTO *et al.*, 2010).

1.7.5 - Prurido

O prurido é, possivelmente, um dos sintomas mais fastidiosos do cancro em fase avançada (ZYLICZ *et al.*, 1998 cit. ALEXANDER, 2009 (a)), podendo este ser local ou muito difundido (ALEXANDER, 2009 (a)). Pode ser causado por uma variedade de patogenidades, incluindo a desidratação cutânea (ALEXANDER, 2009 (a)).

Aquando do surgimento dos nódulos tumorais sob a pele circundante, o prurido é, geralmente, considerado um problema crónico, pois o estiramento da pele provoca irritação das terminações nervosas, o que causa uma reação bioquímica e, conseqüentemente, inflamação local (NAYLOR *et al.*, 2001).

A dor e o prurido na ferida maligna possuem várias causas em comum e para TWYLCROSS *et al.* (2003) e RHINER *et al.* (2006) cit. ALEXANDER (2009 (a)) este pode causar desconforto e requer a mesma atenção que é dada à dor.

1.7.6 – Infecção

O diagnóstico diferencial de infecção numa ferida maligna não é fácil, pois os sintomas que normalmente caracterizam uma infecção, como dor, odor, hemorragia e rápida extensão da ferida, podem ser intrínsecos à ferida maligna e não estarem relacionados com infecção da mesma (GROCOTT, 2001).

Além dos sinais de infecção comuns aos das restantes feridas crónicas, deve-se ter em conta a história anterior de infecção da ferida (NAYLOR *et al.*, 2001). Devido à natureza crónica das feridas malignas, um aumento repentino nos sintomas da ferida do paciente pode ser o primeiro indicador de infecção da mesma (NAYLOR *et al.*, 2001).

1.8 – SINTOMAS PSICOLÓGICOS CAUSADOS PELA FERIDA MALIGNA

Os sintomas físicos, usualmente, são mais valorizados, descurando-se, na maior parte das vezes, os aspetos psicológicos, sociais, espirituais e culturais que advêm de uma ferida maligna (NAYLOR *et al.*, 2001), pelo que a natureza multidimensional da ferida deve ser tida em conta aquando da avaliação (ALEXANDER, 2009 (a)).

Ao haver penetração da pele pelo tumor, os sinais de malignidade tornam-se visíveis, pelo que viver com uma ferida maligna é uma experiência aterradora (MERZ *et al.*, 2011). Parafrazeando MURPHY (2006) cit. ALEXANDER (2009 (a), p. 327) “Podemos começar a imaginar como se deve sentir um paciente ao ver parte do seu corpo decompôr-se e ter de viver com o cheiro ofensivo da ferida, ver a reação das suas visitas (incluindo médicos e enfermeiros) e saber que significa morte prolongada”. Este desafio da doença pode levar a uma panóplia de emoções, incluindo repugnância por si mesmo e vergonha do parceiro, família e/ ou profissionais de saúde (MERZ *et al.*, 2011).

A informação existente sobre a experiência de viver com uma ferida maligna é escassa, sendo a maior parte do conhecimento dado pelos profissionais e não pelos pacientes (ALEXANDER, 2009 (a)). Esta escassez de informação é preocupante, no sentido em que para muitos pacientes não é a ferida que é a causadora de grande parte da preocupação, mas sim os assuntos

psicossociais a ela associados e o consequente impacto na sua qualidade de vida (LAVERTY, 2003 e NEIL, 1998 e HAMPTON, 2004 cit. ALEXANDER, 2009 (a)).

Viver com uma ferida maligna causa angústia psicológica ao induzir isolamento social (GROCOTT, 2003) (ALEXANDER, 2009 (a)); alteração da imagem corporal (LAZELLE-ALI, 2007 e GOODE, 2004 e NEAL, 1991 cit. ALEXANDER, 2009 (a)); estigma (NEAL, 1991 cit. ALEXANDER, 2009 (a)); assuntos existenciais associados com a aproximação da morte e com a procura de um significado para a vida (PIGGIN & JONES, 2007) (ALEXANDER, 2009 (a)); alteração dos relacionamentos e perda da personalidade (PIGGIN & JONES, 2007) (ALEXANDER, 2009 (a)). Estes sentimentos geralmente são agravados em pessoas que têm feridas malignas localizadas em zonas visíveis como a cabeça e pescoço ou em regiões íntimas, como a mama e períneo (GROCOTT, 1999 e BIRD, 2000 cit. ALEXANDER, 2009 (a)) (PUDNER, 1998) (NAYLOR *et al.*, 2001) (WATRET, 2010).

1.8.1 – Isolamento Social

LO *et al.* (2008) refere que a sociedade, na grande maioria das vezes, aceita o diagnóstico do cancro, embora lhes seja difícil aceitar a ferida. Deste modo, o isolamento social pode resultar do medo do paciente em ser rejeitado e não ser aceite pelas pessoas (MERZ *et al.*, 2011), podendo levar a uma certa relutância em procurar ajuda médica (QUEEN *et al.*, 2002 e DAVIES, 2003 cit. ALEXANDER, 2009 (d)). Sentimentos de culpa e de vergonha podem surgir quer pelo desamparo e impotência que sentem ao enfrentar a doença, quer pela própria repulsa e aversão pela aparência e odor da ferida (MERZ *et al.*, 2011).

1.8.2 - Perdas

Para LO *et al.* (2008) ocorre um leque de perdas, entre elas a perda da imagem corporal, da autoestima e da esperança.

Lawton introduziu o conceito de “*unboundedness*” para descrever as pessoas cujo conteúdo da ferida drena incontrolavelmente para a roupa. Este conceito

significa ter o corpo fora do limite normal, isto é, ocorrem alterações corporais profundas, que fazem com que haja uma diminuição da autoestima e uma alteração da própria personalidade do utente, quer da perspetiva do paciente quer da perspetiva da sociedade (LAWTON, 2000 cit. ALEXANDER, 2009 (d), p. 422).

A perda de limites corporais e a deterioração da ferida evidencia o avançar da doença, causando sofrimento psicológico, social e espiritual e, conseqüentemente, deterioração da saúde física (COPP, 1994 e DANEULT *et al.*, 2004 cit. PROBST *et al.*, 2013). Esta perda de controlo sobre o seu corpo significa perda de controlo sobre si próprios e sobre as suas vidas, o que faz com que estes se tornem vulneráveis, dependentes e as suas vidas girem apenas em torno da ferida (PROBST *et al.*, 2013), pois vivem num corpo que não podem confiar (GROCOTT, 2009).

1.8.3 – Expressão Sexual

HALLET (1995b) e HAUGHTON & YOUNG (1995) cit. NAYLOR *et al.* (2001) referem que o estigma social, a culpa e vergonha associados ao odor da ferida têm uma influência negativa no estado emocional do paciente e têm um efeito devastador na expressão sexual o que leva, por sua vez, a problemas na relação. A ferida passa a ser entendida como uma razão para que a atividade sexual não seja mais possível, pois é vista como nojenta e a pessoa deixa de sentir desejo por causa do odor e do exsudado (LUND-NIELSEN *et al.*, 2005).

O odor que emana da ferida causa uma sensação de que o corpo está a apodrecer, o que leva a sentimentos negativos acerca do seu próprio corpo, de impotência e de vergonha (BIRD, 2000a cit. LUND-NIELSEN *et al.*, 2005).

1.9 – PLANO DE CUIDADOS PARA DOENTES COM FERIDA MALIGNA

O alívio eficaz dos sintomas físicos das feridas malignas permite também um alívio dos aspetos psicossociais (ALEXANDER, 2009 (d)), pelo que um plano de cuidados, suportado, na prática baseada na evidência e no apoio psicossocial é essencial para melhorar e aumentar o bem-estar, o conforto e a confiança do paciente e reduzir os problemas psicossociais como a perda da

sexualidade e o isolamento social, melhorando a qualidade de vida (LUND-NIELSEN *et al.*, 2005) (NAYLOR, 2002 (b)) (GROCOTT, 2000 e LAVERTY, COOPER & SOADY, 2000 e POON, 2001 e TEARE & BARRET, 2002 cit. YIAN, 2005).

Qualquer intervenção nesta área deve iniciar-se com uma avaliação individualizada (SAUNDERS & REGNARD, 1989 cit. NAYLOR *et al.*, 2001) e holística por parte de uma equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e capelães), da qual deve constar as necessidades de auto-cuidado e de aceitação estética, bem como o impacto emocional e social da ferida tanto no paciente como na família (YIAN, 2005) (MOODY & GROCOTT, 1993 cit. HAISFIELD-WOLFE & RUND, 2002).

Do plano de cuidados deve fazer parte a educação ao doente e família, devendo esta ser contínua e incluir objetivos reais para a ferida (SEAMAN, 2006). A intervenção educacional sobre a gestão das feridas e a instrução dos cuidadores sobre como cuidar dos pacientes em casa ajudá-los-à a terem uma melhor qualidade de vida ao permitir que estes vivam mais tempo no seu ambiente familiar, havendo assim uma redução dos custos de saúde (LO *et al.*, 2011).

Por último, torna-se necessário uma re-avaliação da efetividade do plano de tratamento para que a qualidade de vida destes pacientes seja mantida (SEAMAN, 2006).

Além da educação que é dada aos pacientes, familiares e/ ou cuidadores é igualmente importante providenciar informação e educação aos profissionais de saúde sobre cuidados paliativos para estas feridas que, por si só, são desafiadoras (HAISFIELD-WOLFE & RUND, 2000 cit. HAISFIELD-WOLFE & RUND, 2002).

1.9.1 - Paciente

Uma das principais formas de ajudar um paciente é escutando a sua história, pois este sentir-se-à mais seguro e confiante, o que leva a melhorias e a uma

maior adesão ao tratamento (BREDIN, 1999 e PRICE, 2000 e PIFF, 2000 e HACK, 2003 cit. ALEXANDER, 2009 (d)).

Por forma a ganhar mais auto-confiança e a saber viver mais positivamente com a sua condição é imprescindível que o paciente seja envolvido nas decisões do seu próprio tratamento (LO *et al.*, 2008). Para além disso, a terapia cognitiva comportamental pode ajudar no sentido em que estes aprendam a controlar as suas reações, embora não possam influenciar as dos outros (CLARKE, 1998 cit. ALEXANDER, 2009 (d)).

Perceber as medidas de tratamento e a trajetória da sua situação poderá ajudar a reduzir sentimentos de insegurança e de ansiedade (MERZ *et al.*, 2011), pelo que a utilização de produtos modernos para o cuidado da ferida e a presença de um especialista nestas feridas são outras das estratégias a ter em conta (LUND-NIELSEN *et al.*, 2005).

Intervenções adicionais, como as terapias complementares, podem ser úteis ao permitir que o paciente coopere com toda a situação que o envolve (BIRD, 2000 cit. NAYLOR *et al.*, 2001).

1.9.2 - Cuidadores

No que concerne aos cuidadores, também é escasso o conhecimento existente acerca das experiências destes, embora seja sabido que são os cuidadores quem frequentemente dá apoio aos seus entes queridos e os ajudam a gerir e a viver com uma ferida bastante complexa e angustiante (PROBST *et al.*, 2012) (ALEXANDER, 2010). É a família quem geralmente adota a posição de cuidador, sendo cada vez mais, reconhecida, como a unidade de cuidar, em cuidados paliativos (ADDINGTON-HALL, 2002 cit. ALEXANDER, 2010).

Gerir uma ferida maligna é um desafio enorme para os cuidadores e consome muito tempo, pelo que eles tentam dar sempre o seu melhor para que o paciente se sinta confortável (PROBST *et al.*, 2012). Para PROBST *et al.* (2012) os dois maiores desafios com que os cuidadores se deparam são a fixação do penso à ferida e a escolha do penso adequado.

Para que possa ser dada uma maior atenção à intensidade dos problemas e aos sintomas relacionados com a ferida, os cuidadores muitas vezes têm de abdicar da sua vida social e, por vezes, dos papéis sociais que desempenham (RHODES & SHAW, 1999 cit. PROBST *et al.*, 2012), adaptando o seu estilo de vida às necessidades físicas e psicossociais do seu ente querido (PROBST *et al.*, 2012). Deste modo, os cuidadores também vivenciam uma degradação da sua qualidade de vida (WEITZNER *et al.*, 1999 cit. PROBST *et al.*, 2012).

Segundo DUMONT *et al.* (2006) e SIEFERT *et al.* (2008) cit. ALEXANDER (2010), os efeitos da ferida maligna nos cuidadores, em geral, incluem níveis elevados de *burnout* e de morbidade, bem como uma propensão para o sofrimento e *stress*, mais do que o próprio paciente.

É necessário que seja dado mais suporte aos cuidadores, quer ao nível emocional, uma vez que existe um grande risco de isolamento social, sendo necessário uma abordagem mais holística e centrada no paciente-cuidador, quer ao nível da gestão prática da ferida, incluindo como escolher e onde encontrar o penso adequado, como lidar com os sintomas e como manter o penso na ferida (PROBST *et al.*, 2012).

1.9.3 – Profissionais de Saúde

Não são só os pacientes e cuidadores que lutam para gerir os aspetos psicossociais de uma ferida maligna, os profissionais de saúde evitam estes assuntos, pois não sabem como lidar com eles (BREDIN, 1999 e PRICE, 2000 cit. ALEXANDER, 2009 (d)).

Os poucos autores que têm estudado esta temática referem que estas situações são complicadas de gerir e são pessoalmente angustiantes (WEST, 2007 e WILKES *et al.*, 2003 e WILKES *et al.*, 2001 e SAUNDERS, 1997 cit. ALEXANDER, 2009 (a)), levando, normalmente, a sentimentos de culpa se não tiverem conseguido gerir a ferida do modo que achavam mais correto (ALEXANDER, 2010).

Os enfermeiros tentam manter-se positivos para o bem do paciente e da família, no entanto, estas situações são desgastantes (ALEXANDER, 2010).

Eles também procuram não mostrar os seus sentimentos quando veem a ferida maligna, mas a comunicação não verbal do enfermeiro pode causar preocupação e angústia ao paciente e família, quando esta evidencia sinais de desgosto, choque ou horror (HACK, 2003 cit. LLOYD, 2008).

Os enfermeiros, segundo ALEXANDER (2010), descrevem as feridas malignas como “extraordinariamente impactantes” e “emocionalmente desgastantes”, sendo particularmente afetados se cuidarem de alguém que lhes seja próximo (WILKES, BOXER & WHITE, 2003 cit. ALEXANDER, 2010, p. 462).

Outras duas situações que para os enfermeiros são difíceis de lidar são a remoção de partes do corpo durante a realização do penso, o que é bastante traumático; e a dificuldade que têm em manter uma conversa difícil com o paciente, principalmente com um doente em fase terminal ou com possibilidade de uma hemorragia arterial (ALEXANDER, 2010).

No estudo de ALEXANDER (2010, p. 462), os enfermeiros descreveram vivenciar “desesperança, desamparo, frustração, inadequação, tristeza, culpa e mesmo raiva por não terem sido capazes de cuidar dos seus pacientes com ferida maligna da forma que eles consideram adequada”.

Assim, é necessário que os enfermeiros recebam suporte e que sejam capazes de discutir os seus sentimentos e preocupações no que diz respeito aos cuidados prestados a um paciente com ferida maligna (WEST, 2007 cit. LLOYD, 2008). Isto pode ser alcançado através de discussão diária entre os membros da equipa, alternando os enfermeiros envolvidos nos cuidados (LLOYD, 2008), esclarecendo e aconselhando (WILKES, BOXER & WHITE, 2003 cit. ALEXANDER, 2010), e adotando estratégias que os ajudem a lidar com os sintomas relacionados com a ferida (ALEXANDER, 2010).

1.10 – GESTÃO DA FERIDA MALIGNA

O plano de gestão destas feridas concentra-se na progressão da ferida e no controlo dos sintomas (ROCHA *et al.*, 2006), tendo-se por base o conceito T.I.M.E. (tecido inviável, infeção, meio húmido e bordos que não progridem) e a preparação do leito da ferida, de modo a conseguir-se uma abordagem

holística sistemática, que dê a conhecer as necessidades individuais (SCHULTZ *et al.*, 2004 cit. WATRET, 2010).

Segundo GROCOTT (2007), os componentes da preparação do leito da ferida em feridas paliativas são: desbridar o tecido necrosado, reduzir a sobrecarga bacteriana e o odor, gerir o exsudado pela evaporação do fluido em excesso, proteger a pele circundante da escoriação e da maceração, prevenir a drenagem e diminuir o número de mudanças de penso.

O objetivo do T.I.M.E. consiste em reverter as barreiras negativas para a cicatrização, através de métodos que permitam a cicatrização (WATRET, 2010). Apesar do objetivo, nas feridas malignas, não ser a cicatrização, este modelo, mesmo assim, pode ser utilizado se permitir identificar e minimizar os efeitos negativos presentes no leito da ferida através do uso de pensos e técnicas que permitirão gerir os sintomas de forma eficaz (WATRET, 2010).

A gestão das feridas malignas foi estruturada por DUNLOP (1998) cit. GROCOTT (2007) em três princípios primordiais que permitem organizar os cuidados e guiar as intervenções, sendo este o tratamento do tumor subjacente e a gestão das condições de co-morbilidades; a gestão dos sintomas e a gestão da ferida local.

1.10.1 – Tratamento do tumor subjacente e gestão das condições de co-morbilidades

Relativamente ao primeiro *item*, como em qualquer ferida, é fundamental que a causa subjacente seja identificada e tratada e qualquer tratamento que possa ter impacto no tipo de penso a utilizar e na frequência da mudança deve ser tido em consideração (DOWSETT, 2002). É também importante identificar condições médicas adicionais e medicação que o paciente faça, que não estejam relacionadas com o cancro (WATRET, 2010). Os protocolos devem incluir, um ou mais, dos seguintes tratamentos: radioterapia (tratamento de primeira escolha para a redução da sintomatologia, pois destrói as células tumorais através da radiação, o que faz com que haja uma diminuição da lesão, do exsudado e da hemorragia, o que proporciona um maior conforto ao paciente; contudo, podem ocorrer ulcerações provocadas pela própria

radioterapia (HALLET, 1993 e WHEDON, 1995 cit. POLETTI *et al.*, 2002)); quimioterapia (reduz o tumor e melhora a dor, apesar de aumentar o risco de hemorragia (POLETTI *et al.*, 2002)); hormonoterapia (reduz os sintomas do paciente com tumores sensíveis (POLETTI *et al.*, 2002)); laserterapia (reduz a dor e a necrose tecidual (POLETTI *et al.*, 2002)); cirurgia (indicada para a excisão do cancro ou para minimizar o cancro e as suas complicações, mas os seus riscos devem ser avaliados (NAYLOR, 2003 e SMELTZER *et al.*, 1999 cit. GOMES & CAMARGO, 2004); electroquimioterapia (há destruição do neoplasma, sem destruição enérgica da célula) e a imunoterapia (tratamento da alergia e imunologia e o único, atualmente, que permite modificar a história natural da doença alérgica, sendo útil para o prurido) (NAYLOR, 2003 e SMELTZER *et al.*, 1999 cit. GOMES & CAMARGO, 2004).

Estes tratamentos curativos podem também ser utilizados paliativamente, de modo a facilitar o dia a dia de viver com uma ferida maligna (GROCOTT, 2007) e aumentar os anos de vida (SEAMAN, 2006).

Se a cura da doença ou a cicatrização da ferida não são possíveis, então a gestão local da ferida e o controlo dos sintomas tornam-se o foco da equipa multidisciplinar, integrando assuntos de ordem física, psicológica, social e espiritual (MERZ *et al.*, 2011).

1.10.2 – Gestão dos Sintomas

Quanto à gestão dos sintomas, os pacientes devem ser referenciados à equipa de cuidados paliativos, se assim for necessário, pois esta é constituída por peritos no controlo dos sintomas (GROCOTT, 2007). Esta gestão deve visar controlar e aliviar os sintomas, aumentar a qualidade de vida e promover o conforto, através de um plano completo que inclua os pacientes e os seus cuidadores e familiares (LLOYD, 2008), consistindo esta gestão, primeiramente, na seleção de um penso e agente tópico adequado (ADDERLEY & SMITH, 2007). As medidas de controlo de sintomas são, tanto sistémicas como locais (GROCOTT, 2007).

O objetivo das boas práticas consiste em aumentar o tempo de progressão da doença ou em alcançar a melhor qualidade de vida para o paciente através do

alívio dos sintomas físicos (ADDERLEY & SMITH, 2007) e pelo suporte psicossocial (SAUNDERS & REGNARD, 1989 e MOODY & GROCOTT, 1993 e BENNETT & MOODY, 1995 e HAISFIELD-WOLFE & RUND, 1997 cit. NAYLOR *et al.*, 2001).

1.10.3 – Gestão da Ferida Local

Não existem *guidelines* universais que permitam assistir objetivamente à descrição da ferida ou à sua progressão (GROCOTT, 1995 cit. SCHIECH, 2002), no entanto é essencial fazer uma avaliação local da ferida que deve incluir: localização (se possível fotografar a ferida para posterior comparação evolutiva); aparência (ulceração, necrose, hemorragia, nódulos, sinus ou fístulas); margens da ferida; pele circundante (compromisso/ alergia devido a adesivos, pele íntegra, hiperemiada, seca, descamativa, macerada ou com nódulos e cor); tamanho e forma (se possível desenhar e registrar se interfere ou não com a aplicação do penso) (ROCHA *et al.*, 2006); etiologia (estudo histopatológico); odor e intensidade (escala de odor); exsudado (caraterísticas e quantidade); presença de infecção (aumento do exsudado, febre, leucocitose) (AGREDA, 2003); dor (natureza e tipo) (COLLIER, 1997 cit. DOWSETT, 2002); extensão (sinus ou fístulas) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Esta avaliação também deve incluir o impacto que a ferida tem no bem-estar psicológico e social do paciente e da família (HAISFIELD-WOLFE & RUND, 2002) (MERZ *et al.*, 2011).

Outros aspetos que devem ser tidos em consideração durante a avaliação abrangem a história, causa e estadio da doença; conhecimento do diagnóstico e avaliação nutricional, de modo a estimular a nutrição através do uso da suplementação de proteínas e sais minerais pela necessidade de reposição de fluidos (HALLET, 1993 cit. POLETTI *et al.*, 2002). É também de ter em conta os tratamentos presentes (antineoplásicos ou terapias complementares); a influência da família no cuidado (HALLET, 1993 cit. POLETTI *et al.*, 2002); as considerações emocionais; a capacidade de autocuidado; os assuntos psicossociais (depressão, imagem corporal, sexualidade); os antecedentes pessoais e a história de doença passada; as doenças atuais; as alergias; o

suporte social; as estratégias de *coping* e as necessidades espirituais e culturais (NAYLOR, 2002 (b)) (PUDNER, 1998) (ALEXANDER, 2009 (b)) (GROCOTT, 1995 cit. SCHIECH, 2002). De modo a serem implementadas intervenções que assegurem um impacto positivo nos estilos de vida atuais e futuros, estes aspetos devem ser contemplados uma vez que podem influenciar a forma como o paciente se sente física e psicologicamente, (COLLIER, 1997 cit. PUDNER, 1998).

Ao implementar as intervenções, os resultados esperados das feridas incluem a ausência de trauma, conforto do doente, pele circundante íntegra, controlo bacteriano, gestão do odor e do exsudado e socialização do cliente (BAUER *et al.*, 2000 cit. HAISFIELD-WOLFE & RUND, 2002).

Os sistemas de classificação podem ser ferramentas úteis para identificar uma doença complexa ou condição, comunicar as mesmas aos profissionais, formalizar a tomada de decisão, o plano de tratamento e o cuidado e, possivelmente, prever os resultados (GROCOTT *et al.*, 2003). Apesar de não haver um sistema oficial para avaliação das feridas malignas, existem dois instrumentos que se focam, ambos, na gestão paliativa das feridas malignas e direcionam-se para os assuntos relacionados com a qualidade de vida, sendo eles o TELER (Treatment Evaluation by LE Roux's method) e o WoSSAC (Wound Symptoms Self-Assessment Chart) (GROCOTT *et al.*, 2005).

1.11 – TRATAMENTO DOS SINTOMAS FÍSICOS

O tratamento das feridas malignas é complexo, principalmente pela escassez de estudos nesta área. A maior parte dos tratamentos são empíricos, pois os cuidados prestados são normalmente baseados numa experiência prévia ou na tentativa e erro (DEALEY, 2001 e BAUER *et al.*, 2000 cit. GOMES & CAMARGO, 2004).

O objetivo para o tratamento destas feridas, bem como para outras feridas crónicas, varia entre a cicatrização e a ação meramente paliativa, revestindo-se esta ação paliativa de extrema importância, quer para o bem-estar do doente, quer do seu círculo familiar (ROCHA *et al.*, 2006), de modo a minimizar o

impacto da ferida maligna, maximizando a qualidade de vida nas diferentes vertentes (AGREDA, 2003).

1.11.1 - Dor

É extremamente necessário efetuar uma avaliação geral da dor, relacionada com a condição subjacente e, uma avaliação rigorosa e específica desta no local da ferida (NAYLOR *et al.*, 2001).

Deste modo, a avaliação da dor deve incluir a sua localização, natureza, duração, início e frequência, severidade, impacto nas atividades de vida diárias, fatores de alívio e de agravamento, analgesia atual e efeitos do tratamento (NAYLOR, 2001 cit. DOWSETT, 2002).

O nível de dor deve ser avaliado por um instrumento validado e confiável, sendo o mais utilizado a escala visual analógica (Anexo V) (NAYLOR, 2001 cit. DOWSETT, 2002), para que a analgesia mais adequada seja prescrita (GROCOTT, 2002). Estas escalas também podem e devem ser utilizadas durante a realização do penso, pois é uma das alturas em que o paciente vivencia mais dor (DOWSETT, 2002).

A analgesia deve ser prescrita tendo em conta as *guidelines* da Organização Mundial da Saúde para o controlo da dor no cancro e as *guidelines* do local da prescrição (NAYLOR, 2002 (a)), tendo sempre presente que a analgesia, incluindo opioides e não opioides, é utilizada para a dor nociceptiva e a analgesia adjuvante, como a amitriptilina e carbamazepina, para a dor neuropática (DOWNING, 1999 e GROCOTT, 1999 cit. DOWSETT, 2002), podendo ser administradas concomitantemente para que o seu efeito seja combinado (DOWSETT, 2002).

Cerca de 80% das pessoas com feridas crónicas vivenciam uma dor moderada a severa aquando da realização do penso (MEAUME *et al.*, 2004 cit. NAZARKO, 2006). É de referir que esta dor, relacionada com a mudança do penso é, normalmente, subvalorizada pelos profissionais (MEAUME *et al.*, 2004 cit. NAZARKO, 2006).

1.11.2 - Odor

Quanto ao odor, é importante utilizar uma escala de odor para avaliar o mesmo, o que permite uma melhor gestão do odor, sendo a mais utilizada a escala adaptada de BAKER & HAIG (1981); POTEETE (1993) cit. NAYLOR *et al.* (2001) (Anexo IV). É recomendável que a percepção do odor e as metas que se pretendem atingir dentro da escala sejam discutidas pelo doente e cuidador (NAYLOR, 2002 (a)).

O meio mais eficaz de gerir o odor passa por eliminar os microrganismos anaeróbios responsáveis pelo odor e filtrar qualquer odor (NAYLOR *et al.*, 2001), o que, segundo GROCOTT (2007), pode ser feito através da adoção de três abordagens, sendo elas, antibióticos sistémicos, antimicrobianos tópicos e pensos de carvão.

Um fraco aporte sanguíneo pode reduzir a efetividade do tratamento sistémico (THOMAS *et al.*, 1998 cit. NAYLOR, 2002 (a)) e tópico ao não permitir que sejam alcançados os níveis terapêuticos adequados no leito da ferida (NAYLOR, 2002 (a)).

Apesar da existência de uma variedade de tratamentos para a redução do odor, com a evolução da doença o controlo deste torna-se cada vez mais difícil (NEAL, 1991 e NASH *et al.*, 1999 cit. POLETTI *et al.*, 2002).

1.11.3 - Exsudado

O controlo do exsudado é importante por vários fatores, incluindo a diminuição do odor, a proteção da pele circundante, o aumento do conforto e da autoestima (HALLET, 1993 e SAUNDERS, 1997 cit. POLETTI *et al.*, 2002). Assim, é importante controlar o exsudado e utilizar pensos que facilitem o mínimo de mudanças possível, para que as perturbações causadas ao paciente sejam mínimas (PUDNER, 1998).

Um dos passos mais importantes na seleção do penso é falar com o paciente sobre este assunto e pedir a sua opinião, tendo em conta também experiências prévias, pois, nem sempre, o que é melhor para a ferida é melhor para o paciente (ALEXANDER, 2009 (c)). O penso adequado deve ser capaz de

absorver grandes quantidades de exsudado sem provocar trauma à pele circundante; ser capaz de reduzir o odor; manter, tanto quanto possível, a simetria do corpo; estar disponível em tamanhos grandes o suficiente para usar em feridas malignas grandes e com forma irregular; manter um meio húmido equilibrado; reduzir a dor durante e entre as mudanças de penso e mantêr os órgãos dos sentidos livres (ALEXANDER, 2009 (c)).

GROCOTT (1997, 1998) cit. DEALEY (2006) considerou que o fator de maior importância era o uso de pensos com materiais que fossem confortáveis e adaptáveis à ferida, reduzindo, deste modo, o risco de perdas.

A aplicação de um desbridante enzimático ou autolítico pode resultar na diminuição da quantidade de exsudado (NAYLOR, 2003 cit. GOMES & CAMARGO, 2004).

Um dos problemas no cuidar das feridas malignas é o custo dos pensos, sendo sugerido pelos autores que opções de baixo custo têm de ser consideradas, enquanto se procura uma solução aceitável para as necessidades do paciente (WILKES, 2001 cit. ALEXANDER, 2009 (c)). No entanto, se os pensos que são mais caros, como as espumas, alginatos e hidrofibras, reduzirem o número de mudanças necessárias, há também uma redução do custo total, sendo estes pensos custo-eficazes (SEAMAN, 2006).

1.11.4 - Hemorragia

A angústia psicológica que é provocada por uma grande hemorragia pode ser devastadora para o paciente, família e profissional de saúde envolvido (NAYLOR *et al.*, 2001). Assim, se existe risco de hemorragia, considerações devem ser tidas em conta para que o paciente possa ser cuidado da melhor maneira (NAYLOR *et al.*, 2001), sendo a prevenção o melhor método para controlar a hemorragia (SEAMAN, 2006). Esta prevenção passa por remoções suaves do penso e, se necessário, humidificação do mesmo com solução salina para prevenir o trauma (LAVERTY, MALLETT, NAYLOR & SOADY, 2001 cit. SCHIECH, 2002) e uso de pensos não aderentes ou de produtos que mantenham uma interface meio húmido entre o penso e a ferida (GROCOTT, 2000 cit. GROCOTT, 2007).

Aquando da limpeza da ferida, esta deve ser feita por irrigação, de uma forma suave, ao invés de esfregar o leito da ferida com a compressa, protegendo, assim, os tecidos frágeis (GROCOTT, 2000 cit. GROCOTT, 2007).

Todas estas intervenções podem e devem ser realizadas na comunidade; no entanto, se existir uma criança em casa e/ ou se o paciente, família ou cuidador não se sentirem capazes para cooperar pode ser inapropriado dar continuidade aos cuidados no domicílio (NAYLOR *et al.*, 2001).

Se as medidas preventivas não forem eficazes e se a ferida começar a sangrar, existe uma diversidade de intervenções que podem ser aplicadas para a hemorragia de uma ferida maligna (FOLTZ, 1980 cit. SCHIECH, 2002), pois qualquer hemorragia deve ser controlada de uma forma rápida e eficaz (COOPER & COOPER, 1993 cit. PUDNER, 1998).

Quando a hemorragia é persistente, é importante avaliar os níveis de hemoglobina para assegurar que não há o desenvolvimento de uma anemia (DEALEY, 1999 cit. DOWSETT, 2002).

1.11.5 - Prurido

As feridas malignas podem causar bastante prurido, sendo esta forma de irritação distinta da causada pela maceração (THORNS & EDMONDS, 2004 cit. GROCOTT, 2007). É caracterizada por uma sensação de comichão intensa atribuída à atividade do tumor e pela infiltração cutânea e pode ser extremamente incapacitante e difícil de tratar, não respondendo, geralmente, aos anti-inflamatórios (THORNS & EDMONDS, 2004 cit. GROCOTT, 2007).

O prurido pode ser indicador de necessidade de mudança no regime de penso ou de anti-histamínicos (ALEXANDER, 2009 (d)), apesar de normalmente não responder a este tipo de medicação (GROCOTT *et al.*, 2003). Segundo esta mesma autora, a hormonoterapia ou quimioterapia paliativa podem ser eficazes na redução da irritação, através da redução da atividade das células malignas; porém a resistência tumoral e os efeitos secundários indesejáveis podem limitar o seu uso (GROCOTT *et al.*, 2003).

1.11.6 - Infecção

As feridas malignas podem ter muitos dos sinais de infecção por causa dos efeitos inflamatórios locais do tumor, pelo que os profissionais de saúde têm de saber diferenciá-los (SEAMAN, 2006), de modo a evitar tratar doentes com antibióticos sistémicos quando as feridas estão apenas colonizadas e não infetadas (SEAMAN, 2006). Assim, prevenir-se-à os efeitos secundários e a resistência aos microrganismos (SEAMAN, 2006).

O tratamento empírico com antimicrobianos tópicos, assim como a limpeza regular do leito da ferida e a gestão do exsudado, são indicados quando há evidência de um aumento da carga bacteriana (LETIZIA *et al.*, 2010).

1.12 – CUIDADOS PALIATIVOS NA FERIDA MALIGNA

Uma abordagem paliativa deve ser adotada quando o tratamento curativo é ineficaz, de modo a melhorar a qualidade de vida do doente (ANCP, 2009). Esta abordagem passou a ser recomendada pela Organização Mundial de Saúde no início da década de 90 (NIDO *et al.*, 2006 cit. GOMES & JESUS, 2013), tendo em 2002 atualizado a definição e definido cuidados paliativos como “uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável com prognóstico limitado, e/ ou doença grave (que ameaça a vida), e suas famílias, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais” (WHO, 2002).

É importante perceber os objetivos dos cuidados paliativos nestes utentes para que um plano de tratamento adequado seja implementado, de modo a diminuir o efeito que estas lesões têm na qualidade de vida dos pacientes (SEAMAN, 2006). Estes objetivos passam pelo controlo dos sintomas, promoção de confiança, sensação de bem-estar, conforto, proporcionar a melhor qualidade de vida possível até à morte e prestar apoio aos cuidadores e família (MOODY & GROCOTT, 1993 cit. HAYNES, 2008) (FERRIS *et al.*, 2007 e IRWIN *et al.*, 2008 cit. WOO & SIBBALD, 2010) (GROCOTT, 2010 cit. GETHIN, 2010)

(GOMES & JESUS, 2013) (STANDING MEDICAL ADVISORY COMMITTEE, 1992 cit. LOPES FERREIRA & BARROS PINTO, 2008).

Os cuidados paliativos baseiam-se em quatro pilares fundamentais que apoiam a sua atuação: controlo dos sintomas, comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa (TWYXCROSS, 2003 e DOYLE, 2004 e PNCP, 2004 e NETO, 2006 cit. GOMES & JESUS, 2013).

O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (1995) cit. GOMES & JESUS (2013, p. 05) refere que, “quando é claro que a recuperação não é possível, é ético a interrupção de tratamentos, em particular quando causam sofrimento, ainda que esta interrupção encurte o tempo de vida”.

Assim sendo, os cuidados paliativos tentam lutar contra a tendência que existe hoje em dia da chamada “dupla morte do doente terminal”, isto é, a morte devido à doença incurável e a morte provocada pela solidão e abandono (REGATEIRO *et al.*, 2004, p. 141).

Sendo as feridas malignas um dos tipos de feridas mais comuns em cuidados paliativos (GOMES & JESUS, 2013), representando um desafio enorme para os enfermeiros, o International Palliative Wound Care Initiative (2004) cit. LO *et al.* (2012) destaca a importância de gerir estas feridas, principalmente à medida que vão piorando durante as fases terminais da doença.

1.13 – QUALIDADE DE VIDA E A FERIDA MALIGNA

Viver com cancro e, sobretudo com uma ferida neoplásica tem um efeito devastador na qualidade de vida (ALEXANDER, 2009 (b)) e exige mudanças bruscas no estilo de vida do paciente e da sua família, pelo que o impacto que esta ferida tem na qualidade de vida destes irá ditar as ações a realizar (AGREDA, 2003).

Mas o que se entende por qualidade de vida? Parafraseando FERRANS & POWERS (1985) cit. RODRIGUES (2007, p. 19), “a qualidade de vida é uma sensação de bem-estar pessoal que provém da satisfação ou insatisfação com áreas da vida do dia a dia que são importantes para essa pessoa”.

Deste modo, a qualidade de vida inclui, quer aspetos objetivos (funcionalidade, competência cognitiva e interação do indivíduo com o meio), quer subjetivos (perceção da satisfação das suas necessidades e daquilo que não lhes é recusado nas alturas indicadas à sua realização e à sua felicidade) (OMS, 2006 cit. RODRIGUES, 2007), pelo que esta deve ser sempre medida a partir da perceção do doente ao invés de ser medida a partir da perceção do clínico, família ou cuidador (CLINCH & SCHIPPER, 1993 cit. RODRIGUES, 2007). Segundo o DEPARTMENT OF HEALTH (2001) cit. BROWNE *et al.* (2004, p. 560) "...o conhecimento e a experiência mantida pelo paciente tem por muito tempo sido um recurso inexplorado. É algo que pode beneficiar muito a qualidade do atendimento dos pacientes e por fim a sua qualidade de vida, mas que tem sido amplamente ignorado no passado...eles podem tornar-se decisores-chave no processo de tratamento...".

Outro aspeto fundamental a ter em conta é o facto da qualidade de vida consistir na "diferença entre as expectativas pessoais e a experiência atual de cada indivíduo" (RIBEIRO, 2001 cit. RODRIGUES, 2007, p. 19), isto é, a qualidade de vida é um conceito dinâmico que pode ou não sofrer alterações de acordo com as situações vivenciais que se vão tendo e/ ou adquirindo ao longo do tempo (DUARTE, 2002 e SANTOS, 2001 cit. RODRIGUES, 2007).

CHANTAL (2001) cit. RODRIGUES (2007, p. 21) refere que "quanto maior a saúde, melhor é a qualidade de vida, e quanto maior for a qualidade de vida melhor deverá ser a saúde". Este excerto evidencia que a qualidade de vida engloba o bem-estar físico, social, psicológico e espiritual (ALVES, 2000 e OTTO, 2000 e PIMENTEL, 2006 cit. RODRIGUES, 2007) e diversas dimensões como a "saúde física, saúde psicológica, nível de dependência, relações com o ambiente, espiritualidade, religião e crenças pessoais" (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006 cit. RODRIGUES, 2007, p. 23) que devem ser valorizadas para que uma avaliação correta da qualidade de vida seja feita (LEO, 2004 cit. RODRIGUES, 2007).

São vários os estudos que demonstram que a presença de uma ferida não cicatrizável diminui a qualidade de vida do paciente, o que tem sido relacionado com as mudanças frequentes do penso que alteram a sua rotina diária, com a

fadiga provocada pela insónia ou dificuldade em dormir, com a restrição da mobilidade, com a dor, com o odor, com as infeções consecutivas da própria ferida e com os efeitos físicos e psicológicos do tratamento (BENBOW, 2008). Ou seja, as consequências das feridas malignas na qualidade de vida (LUND-NIELSEN *et al.*, 2005) (GROCOTT, 2007) (NAYLOR, 2002 (b)) (DOLBEAULT *et al.*, 2010) podem dividir-se em três grandes grupos: os problemas de ordem física (dor, infeção, odor, exsudado ou hemorragia), os de foro psicológico (ansiedade relacionada com a perceção dos outros sobre o exsudado e odor da ferida, alteração da imagem corporal e sentimentos de desgosto, repugnância, vergonha e depressão) e as repercussões sociais (dificuldades em vestir-se, sentimentos de exclusão e isolamento social) (GROCOTT, 2007) (DOLBEAULT *et al.*, 2010).

Segundo GROCOTT *et al.* (2005) a qualidade de vida, ao nível dos cuidados paliativos e, especificamente das feridas malignas, inclui dimensões como a esperança, o significado e a autoestima e deve-se focar nos resultados das intervenções implementadas.

Existe uma ligação próxima, em termos clínicos, entre a redução eficaz dos sintomas e a qualidade de vida, embora ao nível da investigação a qualidade de vida tenha um significado muito específico, sendo medida por instrumentos específicos (ADDERLEY & SMITH, 2007).

Assim, é essencial desenvolver um instrumento específico de avaliação de ferida maligna para assegurar um plano de cuidados individualizado que esteja relacionado com as medidas de resultados da qualidade de vida (SEAMAN, 2006) (NAYLOR, 2002 (b)) (SCHULZ *et al.*, 2009). Os instrumentos de medida da qualidade de vida deveriam ser utilizados nos serviços de saúde de uma forma rotineira, pois permitiria a identificação dos sintomas e determinaria as intervenções a implementar (MENEZES *et al.*, 2011). A utilização de um instrumento de avaliação da qualidade de vida também possibilita, ao doente, descrever melhor as suas queixas relacionadas com a doença ou com o tratamento (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

Karnofsky *et al.* em 1948 propôs o primeiro instrumento de avaliação de doentes oncológicos, além do exame clínico (KARNOFSKY *et al.*, 1948 cit. LOPES FERREIRA & BARROS PINTO, 2008), cujo objetivo passa por auxiliar os médicos e cuidadores na aferição do estado funcional do paciente e na sua capacidade de realizar atividades de vida diária (CLINICAL GUIDE, 2011). Além de ser usado em algumas implicações de investigação, é útil para seguir o curso da doença de um paciente e ajudar um paciente com deficiência na sua aplicação para benefícios por incapacidade (Anexo VI) (CLINICAL GUIDE, 2011).

Inúmeras escalas para avaliar a qualidade de vida foram desenvolvidas pela EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer) (RODRIGUES, 2007). Atualmente, a escala base que se aplica a todos os tipos de cancro é a terceira versão da QLQ-C30 (Anexo VII) (The Quality of Life Questionnaire) (RODRIGUES, 2007) (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

O QLQ-C30 avalia o impacto da doença no indivíduo (SILVA LEAL, 2008), sendo aplicável a muitos diagnósticos de cancro, não sendo útil para crianças e, em idosos com múltiplas patologias a sua sensibilidade é desconhecida (SILVA LEAL, 2008). Este questionário é composto por 30 questões referentes à última semana e organizadas em 15 subescalas: 5 subescalas funcionais (física, desempenho, cognitiva, emocional e social), 3 subescalas de sintomas (fadiga, dor e náusea/ vômito), uma subescala global do estado de saúde e qualidade de vida e 6 *itens* simples (dispneia, anorexia, insónia/ obstipação, diarreia e dificuldades financeiras causadas pela doença) (FAYERS *et al.*, 2001 cit. OLIVEIRA *et al.*, 2010). Este questionário permite comparações em investigações clínicas entre diferentes culturas, estando adaptado para diferentes países, nomeadamente Portugal (AARONSON *et al.*, 1993 e FERREIRA, 1997 cit. OLIVEIRA *et al.*, 2010).

1.14 – ÉTICA NA ABORDAGEM À FERIDA MALIGNA

A presença de uma ferida apresenta aos enfermeiros várias questões éticas a abordar como a prevenção e gestão das feridas (BENBOW, 2006).

Ao cuidar de um doente oncológico não há uma ética específica, pelo que a atuação de enfermagem deve-se basear no respeito e assunção pelos princípios éticos gerais, inerentes a qualquer atuação em enfermagem (REGATEIRO *et al.*, 2004), sendo os principais: respeito pela autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. Esses são, de facto, os princípios éticos mais considerados quando se trata de avaliar questões éticas (BENBOW, 2006).

Além disso, a atuação de enfermagem deve basear-se no conceito de “melhor interesse”, que está intimamente ligado com a Ata dos Direitos Humanos (1998), que declara que a qualidade de vida é um direito do tratamento humano (BENBOW, 2006).

Parafraseando REGATEIRO *et al.* (2004, p.191), “é muito importante não perder a capacidade de promover a reflexão ética, pois esta ao realizar-se está a contribuir para a promoção de valores, os quais constituem o referencial para o agir ético, o que nos permitirá cuidar da pessoa doente assegurando a satisfação das necessidades humanas básicas assim como um agir centrado na defesa da dignidade humana pessoal e coletiva”.

2 – PROBLEMAS EM ESTUDO

Após a pesquisa bibliográfica, que nos permitiu ter um maior conhecimento sobre a temática a pesquisar, é necessário proceder à investigação propriamente dita, partindo da confrontação crítica dos conhecimentos teóricos adquiridos pela literatura apresentada.

Os problemas em estudo passam inicialmente pelo surgimento de uma dificuldade, de uma dúvida, isto é, de uma situação dita enigmática para o investigador e que este pretende abordar através da investigação disciplinada, identificando um tema principal e delineando a (s) questão (ões) de investigação (POLIT *et al.*, 2004). Seguidamente definem-se os objetivos, bem como o tipo de estudo a utilizar para que a (s) questão (ões) possa (m) ser respondida (s).

2.1 - PROBLEMÁTICA

O interesse em realizar um estudo na área das feridas malignas relaciona-se com a necessidade de uma maior reflexão sobre a mesma, uma vez que esta temática suscita dúvidas e problemas quer a nível pessoal, quer a nível profissional, quer ao nível da sociedade em geral.

Assim, as principais preocupações do investigador referentes a esta temática são: pouca informação sobre esta área (o que faz com que as pessoas não estejam tão despertas para esta problemática e para os cuidados a prestar ao utente com ferida maligna), necessidade de formação dos profissionais de saúde neste domínio (de forma a dirigirem de forma eficaz a prestação de cuidados), escassez de dados acerca da prevalência das feridas malignas, e as intervenções dos profissionais de saúde serem muito centradas na patologia oncológica, havendo pouco investimento/ estudos no tratamento destas feridas.

São vários os autores que mencionam a falta de investigação na área das feridas malignas, não tendo ocorrido avanços significativos nos últimos dez anos, havendo necessidade de mais investigação para que a prática possa ser baseada em evidência científica com o objetivo de compreender a experiência vivida por estes pacientes, de melhorar a gestão dos sintomas associados a

estas feridas, e, conseqüentemente a qualidade de vida (ADDERLEY & SMITH, 2007); (MAIDA *et al.*, 2009 (b)); (LLOYD, 2008); (ALEXANDER, 2010); (TAYLOR, 2011).

Assim, é essencial a realização de estudos mais exaustivos que avaliem os regimes terapêuticos, que permitam a criação de *guidelines* de tratamento e que formulem indicações sobre a utilização dos produtos existentes (LLOYD, 2008).

A gestão destas feridas é, na maioria das vezes, por tentativa e erro, por ser uma área de investigação de grande sensibilidade, sendo também o conhecimento existente sobre outras feridas transferido para ajudar na gestão das feridas malignas (LLOYD, 2008). Ainda que existam bastantes casos de estudo, opiniões de peritos e experiências pessoais, que podem ser especulativos, os estudos randomizados controlados são escassos, sendo imprescindível a sua existência para que a prática possa ser baseada na evidência (LLOYD, 2008).

Ao nível dos cuidados paliativos, as feridas com maior prevalência, a seguir às úlceras de pressão, são as feridas malignas (ALVAREZ *et al.*, 2007 e NAYLOR, 2005 cit. GOMES & JESUS, 2013). Embora esta prevalência seja ainda desconhecida, THEIRS (1986) cit. HAISFIELD – WOLFE (2002) e MAIDA (2009 (a)) estimaram que cerca de 5 – 14.8% das pessoas com cancro desenvolvem ferida maligna. No estudo de DOLBEAULT *et al.* (2010), a prevalência foi de 6.6% em pacientes com metástases. Para STOTTER (1999) cit. ADDERLEY & SMITH (2007), o envolvimento do cancro da mama foi de 2.66%, enquanto para LUND-NIELSEN *et al.* (2005) este variava entre 2-5%.

De acordo com ALEXANDER (2009 (b)), uma das desvantagens do não conhecimento da taxa de prevalência das feridas malignas é o facto dos fabricantes, ao não terem números concretos, não poderem desenvolver novos produtos direccionados exclusivamente para este tipo de feridas, pelo que se torna relevante determinar este valor.

Feridas que cicatrizam mas tornam a surgir devido a uma doença subjacente e incurável são feridas que devem ser tratadas num ambiente de cuidados

paliativos. Assim, torna-se imprescindível providenciar informação e educação aos profissionais de saúde que trabalham quer num serviço de oncologia aguda quer em cuidados paliativos quer em qualquer outro serviço de saúde, uma vez que estas podem surgir em qualquer local de prestação de cuidados de saúde (HAISFIELD-WOLFE & RUND, 2002).

Não são só os profissionais de saúde que necessitam de formação, informação e educação nesta área, mas também o doente, família e cuidadores, já que são estes que, em casa, lidam diariamente com toda esta situação (SEAMAN, 2006). Esta formação é prioritária para que estes possam saber como abordar um doente com uma ferida maligna e que cuidados prestar de forma a proporcionar-lhes a melhor qualidade de vida possível, permitindo uma maior estadia na sua casa e junto daqueles que ama e diminuindo, assim, os custos de saúde, embora a gestão deva continuar a ser supervisionada por um profissional de saúde (LO *et al.*, 2011).

Perante o problema exposto é relevante a realização deste estudo, definindo-se, de seguida a questão de investigação que, para POLIT *et al.* (2004) é “a declaração de uma indagação específica que o pesquisador deseja responder para abordar o problema de pesquisa”, orientando os tipos de dados a serem colhidos no estudo. Assim, é colocada a seguinte questão: “Quais as características dos doentes oncológicos com feridas malignas nos hospitais da Região Autónoma dos Açores?”.

De acordo com esta enunciação apresenta-se como objetivo:

1. Caracterizar os doentes oncológicos com feridas malignas nos hospitais da Região Autónoma dos Açores, bem como a sua qualidade de vida.

3 - METODOLOGIA

Do planeamento da investigação científica fazem parte os métodos e as técnicas, sendo que o método não representa apenas o caminho, mas sim uma via que possibilita alcançar a natureza de um determinado problema, adquirir e construir o conhecimento, interpretar com a maior coerência possível as questões colocadas pelo investigador e perceber a perspetiva pela qual este desenvolveu o seu estudo, atingindo o objetivo pretendido e reproduzindo, assim, a investigação (CRISTÓVÃO, 2001). A metodologia é, assim, a explicação de tudo o que foi utilizado ao longo do trabalho de investigação (VILELAS, 2009).

O delineamento da investigação incorpora, segundo POLIT *et al.* (2004), decisões metodológicas-chave, determinando a forma fundamental que a investigação irá tomar. Seguidamente, demonstrar-se-à o modo como o presente trabalho foi desenvolvido, elucidando sobre os procedimentos, estratégias e instrumentos utilizados.

3.1 – TIPO DE ESTUDO

O tipo de estudo selecionado para a realização deste trabalho foi o observacional descritivo, onde se englobam três casos, em que se faz uma simples descrição, neste caso, dos dados colhidos diretamente através de um questionário por nós criado (BONITA *et al.*, 2010). Nestes estudos há um aprofundamento exaustivo de um ou muito poucos objetos de investigação, o que possibilita uma maior particularização e especificação do conhecimento destes objetos (VILELAS, 2009) e não há interferência do investigador, havendo apenas observação e aplicação dos instrumentos de colheita de dados, sendo a natureza que determinará o curso da investigação, pretendendo-se apenas descrever os doentes oncológicos com ferida maligna nos hospitais da Região Autónoma dos Açores, bem como a sua qualidade de vida (BONITA *et al.*, 2010). Segundo DENZIN & LINCOLN (2001) cit. VILELAS (2009), um caso pode ser definido temporariamente ou espacialmente. Reportando especificamente para o estudo em causa, o caso foi definido durante um ano, entre julho de 2013 e agosto de 2014 e foi efetuado nos três

hospitais da Região Autónoma dos Açores (Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira, E.P.E., o Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, E.P.E. e o Hospital da Horta, E.P.E.).

Inicialmente, a metodologia a ser utilizada era a quantitativa, pois era a mais adequada para responder ao problema em estudo, pelo que todos os passos efetuados até ao momento da colheita de dados foram baseados nesta abordagem. No entanto, por haver um número reduzido de participantes foi necessário recorrer a um estudo qualitativo, observacional, descritivo, onde são englobados três casos, conduzido com um objetivo em mente: caracterizar os doentes oncológicos com feridas malignas nos hospitais da Região Autónoma dos Açores, bem como a sua qualidade de vida.

3.2 - POPULAÇÃO - ALVO

A população, segundo POLIT *et al.* (2004), é o grupo de pessoas que o investigador tem interesse em estudar, que reúne um conjunto de critérios específicos e dos quais se pretende tirar conclusões.

A população deste estudo engloba todos os doentes oncológicos adultos com ferida maligna que, no momento da colheita de dados se encontram num dos serviços do hospital onde foi requerida autorização para realizar o estudo. Os hospitais incluídos no estudo são o Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira, E.P.E., o Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, E.P.E. e o Hospital da Horta, E.P.E. Os serviços que autorizaram a realização do estudo no Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira, E.P.E. e no Hospital da Horta, E.P.E., foram os serviços de Medicina, Cirurgia, Consulta Externa e Hospital de Dia de Oncologia, enquanto no Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, E.P.E. foram os mesmos serviços à exceção da Cirurgia, uma vez que o diretor de serviço não quis dar a autorização para a realização do estudo, referindo que a Comissão de Ética é que a tinha de dar primeiro, não tendo havido consenso entre estes dois.

A população acessível, descrita como sendo os casos da população-alvo que estão acessíveis ao investigador como um grupo de sujeitos (POLIT *et al.*, 2004), foi a que estava presente no período estabelecido para a colheita de

dados (entre julho de 2013 e agosto de 2014). A escolha desta população passa por querer ter conhecimento e dar a conhecer a realidade dos Açores quanto a este domínio.

Os critérios de inclusão foram:

1. Doentes oncológicos adultos com idade superior a 18 anos, sem alterações cognitivas;
2. Diagnóstico oncológico;
3. Ferida maligna (identificação anatomo-patológica e/ou diagnóstico clínico pelo médico assistente);
4. Saber ler, falar e compreender a língua portuguesa.

3.3 - PARTICIPANTES

Num período de um ano, entre julho de 2013 e agosto de 2014 participaram três doentes, não tendo havido mais doentes oncológicos com feridas malignas nos locais estipulados para a colheita de dados, durante este período de tempo.

Os doentes incluídos foram informados do estudo e deram o consentimento por escrito para participarem.

3.4 - PROCESSOS DE AMOSTRAGEM

A amostragem, nos estudos qualitativos, baseia-se em amostras pequenas, não probabilísticas (POLIT *et al.*, 2004), que irão levar à saturação dos dados, ou seja, o investigador procura a repetição e a confirmação dos dados anteriormente colhidos (VILELAS, 2009). O objetivo da grande maioria dos estudos qualitativos passa por descobrir o significado dos fenómenos em estudo e revelar realidades múltiplas, visando uma melhor compreensão do mesmo, pelo que a generalização dos resultados não é um critério (POLIT *et al.*, 2004). A amostragem frequentemente utilizada neste tipo de metodologia é a do tipo intencional (STREUBERT & CARPENTER, 1999 cit. VILELAS, 2009).

A amostra deste estudo é uma amostra não-probabilística accidental, ou seja, os elementos foram selecionados por métodos não aleatórios, não havendo a

mesma probabilidade de todos os elementos da população fazerem parte da amostra, aproveitando-se os elementos que estavam presentes na Instituição e no serviço no momento da colheita de dados.

3.5 - INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Um instrumento de colheita de dados é um recurso ao qual o investigador recorre para conhecer os fenómenos a que se propõe estudar, bem como as informações que deste se podem eduzir (VILELAS, 2009). É através deste instrumento, adequadamente construído, que a investigação conhece a verdadeira relação entre a teoria e os factos (VILELAS, 2009).

O método de colheita de dados, deste estudo, foi do tipo auto-relato, mais especificamente o questionário (Apêndice II), tendo sido necessário recorrer também à escala de Likert.

Para WOOD e HABER (2001) cit. VILELAS (2009, p. 287), os questionários são “instrumentos de registo escritos e planeados para pesquisar dados de sujeitos, através de questões, a respeito de conhecimentos, atitudes, crenças e sentimentos”. Um bom questionário é aquele que se adapta, quer à problemática que o suscitou, quer aos objetivos do inquérito e às características e particularidades da população em estudo (POLIT *et al.*, 2004).

A escala de Likert, segundo POLIT *et al.* (2004, p. 257), “consiste de várias afirmações declaratórias (ou *itens*) que expressam um ponto de vista sobre um assunto”, tendo os inquiridos de indicar o grau de concordância ou discordância em relação às afirmações apresentadas.

De forma a dar resposta às questões de investigação optou-se por se dividir o instrumento de colheita de dados em duas partes: a primeira, constituída por um questionário para obtenção da prevalência e da caracterização da população, tendo sido criado por nós, investigadoras do estudo de prevalência, estudo mais global e tendo por base o instrumento de colheita de dados do Enfermeiro Paulo Alves “Estudo Epidemiológico de Feridas” (Anexo VIII), utilizado para colher os dados para o estudo “Feridas: prevalência e custos”. Este instrumento foi devidamente adaptado e modificado, com a autorização do

Enfermeiro Paulo Alves, sendo que as questões adicionais foram elaboradas pelo investigador, com o apoio do suporte bibliográfico utilizado no referencial teórico. Esta primeira parte é preenchida pelo médico responsável de serviço (subtemas devidamente identificados) e pelo enfermeiro, agrupando os seguintes temas: dados demográficos e caracterização do doente oncológico; caracterização da ferida maligna; controlo sintomático e tratamento local à ferida. A segunda parte integra seis questões sobre os efeitos psicossociais da ferida e qualidade de vida, pelo que foi necessário recorrer a uma escala de Likert, de modo a obter mais dados sobre este tema. Acrescenta-se ainda o questionário validado e traduzido para a população portuguesa EORTC QLQ C-30. Estes dois questionários ficaram a cargo do próprio doente ou em colaboração com o enfermeiro, dependendo do grau de autonomia do mesmo.

Optou-se pela aplicação do questionário uma vez que é uma área geográfica dispersa, sendo a forma mais fácil e rápida para obter a informação. Para além disso, é o instrumento que permite obter informação descritiva e objetiva que responda aos objetivos traçados (VILELAS, 2009).

Um questionário deve ser elaborado de forma meticulosa, devendo as questões ser claras, precisas e sucintas e seguir uma ordem o mais natural possível (VILELAS, 2009). Devido a tal, o instrumento de colheita de dados deste estudo foi constituído por questões fechadas, por serem questões mais eficientes e mais fáceis de compreender, preencher, tratar e interpretar; no entanto, há um maior risco de enviesamento e de influência das respostas (POLIT *et al.*, 2004).

Estes foram preenchidos pela enfermeira chefe do serviço, pelo médico do serviço, por mim e pelos doentes, demorando o preenchimento da primeira parte cerca de 20 minutos e o da segunda parte 10 minutos.

A validação do instrumento teve em conta a sua validade facial/ nominal, parecendo estar a medir o que seria pretendido medir. Foi criado com base no quadro teórico e na opinião de peritos (Enfermeira Helena Vicente, enfermeira no IPO de Lisboa e dedicada à área das feridas complexas nesta Instituição e Doutor Jorge Espírito Santo, médico oncologista do Hospital do Barreiro). Estes

analisaram os *itens* e assim verificaram que estes eram representativos do universo do conteúdo (POLIT *et al.*, 2004).

3.6 - PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E ANÁLISE

Após o pedido de autorização (Anexo II e III) para realizar o estudo nos três hospitais da Região Autónoma dos Açores, a colheita de dados procedeu-se do seguinte modo:

- Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira, E.P.E. – o investigador foi falar com o Chefe de cada Serviço, tendo colhido os dados no Serviço de Medicina juntamente com uma enfermeira que fazia parte da equipa. No Serviço de Oncologia, a Chefe do Serviço é que quis colher os dados juntamente com o utente, tendo posteriormente entregue os mesmos ao investigador. Nos restantes serviços não foram colhidos dados, pois não havia doentes oncológicos com ferida maligna.
- Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, E.P.E. – por impossibilidade de deslocação, no período de colheita de dados foi pedido a uma enfermeira, funcionária desse hospital, para colher os elementos em cada serviço. No entanto, até à data de avaliação dos dados não surgiram doentes com esta patologia.
- Hospital da Horta, E.P.E. – não foram colhidos dados neste hospital, uma vez que não havia doentes oncológicos com feridas malignas.

A recolha de dados decorreu entre julho de 2013 e agosto de 2014.

Os dados serão descritos, tendo em conta cada caso como um único caso, de forma a caracterizar os doentes oncológicos dos hospitais da Região Autónoma dos Açores, bem como a sua qualidade de vida.

3.7 - ASPETOS ÉTICOS

Em termos éticos, foram assegurados os princípios inerentes a qualquer investigação, devendo esta ter como pressupostos a competência, o respeito e o sentido de responsabilidade (MARTINS, 2008).

Inicialmente foi pedida autorização aos serviços administrativos (Anexo I, II e III) dos três hospitais da Região Autónoma dos Açores para a realização do estudo, tendo o pedido sido feito pelo investigador e pela Universidade Católica Portuguesa de Lisboa. Após este pedido, o Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira, E.P.E. e o Hospital da Horta, E.P.E. deram a sua autorização para a realização do estudo, tendo o mesmo sido aprovado pela Comissão de Ética de cada Instituição. Para que o Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, E.P.E. desse a sua autorização foi necessário realizar um pedido de autorização para o Chefe de cada Serviço em que o estudo se iria realizar e encaminhar esse pedido, assinado pelo mesmo para a Comissão de Ética. Após o estudo ter sido aceite por esta Comissão é que os serviços administrativos autorizaram a realização do mesmo nesta Instituição.

Posteriormente, e aquando da aplicação do instrumento de colheita de dados, foi pedida autorização aos participantes e às suas famílias (sempre que necessário), tendo-se procedido à informação de todos os sujeitos envolvidos sobre as características do estudo. Aquando da entrega do instrumento de colheita de dados, foi fornecido o consentimento informado (Apêndice I) que foi assinado pelos participantes do estudo, assegurando que a confidencialidade. Os sujeitos do estudo foram informados que a participação era voluntária e que podiam abandonar o estudo a qualquer altura, sem que o seu tratamento ou os cuidados a este prestados fossem comprometidos. Foram também informados que o seu anonimato seria assegurado, não havendo nada que os pudesse identificar, uma vez que foram utilizados códigos para cada questionário.

Deste modo, foram garantidas, a privacidade, confidencialidade e anonimato, tanto dos sujeitos como dos dados colhidos.

4 - RESULTADOS

Os resultados, num estudo qualitativo, devem ser credíveis e passíveis de serem aplicados a outros ambientes ou contextos, uma vez que a generalização não é possível ou é quase impossível (POLIT *et al.*, 2004).

De acordo com VILELAS (2009), os resultados de um estudo descritivo devem ser nitidamente comunicados através de uma declaração escrita, de modo a que haja uma melhor compreensão do fenómeno em estudo.

Deste modo, ao longo de mais de um ano, entre pedidos para a realização da colheita de dados e esperas de resposta e de casos que fossem de encontro com o objetivo do estudo, foram colhidos três casos clínicos referentes à temática em causa, que passam a ser descritos em seguida.

4.1 – CASO CLÍNICO 1

Doente de 49 anos, do sexo feminino, vive com a cunhada e é doméstica, encontrando-se reformada, por questões de saúde. Apresenta um tumor primário, diagnosticado em 2012 como sendo um adenocarcinoma da vulva, tendo como comorbilidades/ fatores de risco poliartralgias e diabetes *mellitus* tipo II.

No que concerne ao Índice de Karnofsky, o valor a ela associado é o 10, ou seja, doente moribundo, facto que levou a que a doente não conseguisse preencher a segunda parte do questionário referente à qualidade de vida.

Atualmente, como indicativo pelo Índice de Karnofsky, encontra-se numa fase paliativa, tendo feito anteriormente quimioterapia e imunoterapia e é seguida por uma equipa multidisciplinar constituída pelo médico, enfermeiros, assistente social, nutricionista e capelão.

Relativamente à ferida, esta surgiu a 08 de abril de 2013, localizando-se ao nível da região inguinal direita, vulva e região supra-púbica. É uma ferida ulcerativa, exofítica e não mensurável, que contém tecido necrótico/desvitalizado, exsudado abundante, presença de infeção, risco de hemorragia espontânea, prurido e com uma escala de odor de 4 em 4 (odor é sentido na

sala, quarto e enfermaria). A pele circundante apresenta-se hiperemiada, macerada e com nódulos. A doente classifica a sua dor, segundo a escala visual analógica, com um valor de 3 durante o dia e de 10 durante o tratamento, sendo a terapêutica analgésica/ adjuvante por via sistémica. O prestador de cuidados habitual, incluindo à ferida, é a família. No entanto, e por se encontrar no internamento, quem presta cuidados, atualmente, são os enfermeiros. O tratamento tem a duração de 10 minutos, sendo realizado duas vezes por dia com hidrofibra e carvão ativado.

4.2 – CASO CLÍNICO 2

Doente de 62 anos do sexo masculino, vive sozinho e é lavrador/ agricultor, encontrando-se, neste momento, reformado por questões de saúde.

Como patologia oncológica tem um carcinoma pavimentocelular, sendo desconhecido o ano de diagnóstico. De acordo com o Índice de Karnofsky, este doente consegue realizar atividades normais, mas com esforço e evidencia alguns sintomas, pelo que tem um *score* de 80.

Quanto à ferida, esta surgiu em 2009 na região sacrococcígea, sendo uma ferida ulcerativa, irregular e cavitária com 10 cm de comprimento, 6 cm de largura e 1,5 cm de profundidade. A ferida apresenta tecido necrótico/ desvitalizado, exsudado abundante, presença de infeção, fazendo antibiótico sistémico, risco de hemorragia aquando da mudança do penso e o odor por vezes é sentido quando se troca o penso e outras vezes quando o doente ainda tem o penso, pelo que se classifica em 2 ou 3, numa escala de 0 a 4. A dor na ferida, de acordo com a escala visual analógica, para o doente é de 3, tanto durante o dia como durante o tratamento, efetuando a terapêutica analgésica/ adjuvante por via sistémica. A pele circundante encontra-se íntegra. O doente realiza o tratamento atualmente no ambulatório, quatro vezes por semana, durante 30 minutos, sendo os prestadores de cuidados os enfermeiros, efetuando-se desbridamento cirúrgico, cortante e autolítico e recorrendo-se ao seguinte material de penso, consoante as necessidades do doente e, mais especificamente, da ferida: hidrofibra, espumas de poliuretano, hidrocolóide, carvão ativado, pensos absorventes, prata e hidrogel.

No que diz respeito aos efeitos psicossociais da ferida e da qualidade de vida, o doente refere que a ferida influencia negativamente as suas atividades de vida, nomeadamente ao nível da mobilidade e sono e repouso e que o penso realizado à ferida influencia muito positivamente o seu sentido de conforto, segurança e estética/ cosmética. Além disso, este aponta que a sua imagem corporal, o seu grau de autonomia/ independência e as relações interpessoais com família e amigos não são influenciadas, positivamente ou negativamente, pela ferida.

De acordo com o questionário de qualidade de vida EORTC QLQ-C30, o doente refere que não lhe custa dar um pequeno passeio a pé, fora de casa, nem precisa que o ajudem a comer, a vestir-se, a lavar-se ou a ir à casa de banho, custando-lhe um pouco percorrer uma grande distância a pé e, por vezes, necessita ficar um pouco na cama ou numa cadeira, durante o dia. Todavia, custa-lhe bastante fazer esforços mais violentos. Durante a última semana, este refere que teve um pouco de dificuldade em dormir e sentiu dores, que perturbaram um pouco as suas atividades diárias, necessitando de descansar um pouco durante o dia. Não apresentou vômitos, enjoos, falta de apetite, fraqueza, nem falta de ar e nem se sentiu limitado no seu emprego, atividades diárias, na ocupação habitual dos tempos livres nem em outras atividades de lazer. Além disso, não teve obstipação, diarreia, cansaço, falta de concentração, tensão, preocupação, irritação, depressão nem dificuldade em lembrar-se das coisas. O seu estado físico e o tratamento médico não tiveram qualquer interferência na sua vida familiar, social e financeira.

Reportando-nos ainda ao EORTC QLQ-C30, e dando resposta a duas questões que se classificam de um a sete, em que, um, é péssima e sete é ótima, o utente classifica a sua saúde, em geral, e a sua qualidade de vida global, durante a última semana, num cinco.

Numa perspetiva mais geral podemos observar que a qualidade de vida é influenciada pela saúde em geral, uma vez que ambos apresentam o mesmo valor, pelo que o nosso estado de saúde influencia o nosso bem estar físico, psicológico, espiritual, cultural e económico, ou seja, a nossa qualidade de vida. Neste caso clínico não há, em termos de sintomatologia, uma grande

afetação da própria qualidade de vida, exceptuando a dor que, provavelmente, leva a uma maior necessidade de descansar e dificuldade em dormir, o que se repercute na perturbação da realização das atividades de vida diárias. A maior limitação deste utente prende-se com a execução de atividades físicas, como fazer esforços mais violentos e percorrer grandes distâncias a pé, pelo que sente necessidade de descansar. A localização da ferida na zona sacrococcígea faz com que o utente tenha problemas de locomoção, dor e dificuldade em repousar, o que, implicitamente, limita-o a realizar exercícios de natureza física. No entanto, não são estes factores que fazem com que o utente deixe de fazer aquilo que gosta de fazer, o que é perceptível ao referir que tem uma qualidade de vida boa (5 numa escala de 1 a 7) e que nem o seu estado físico nem o tratamento médico interferiram na sua vida familiar, social e económica.

O score total para as cinco subescalas funcionais (física, desempenho, cognitiva, emocional e social) foi de 19; para as três subescalas de sintomas (fadiga, dor e náusea/ vômito) foi de 10; para a subescala global do estado de saúde e qualidade de vida foi de 10 e para os seis *itens* simples (dispneia, anorexia, insónia/ obstipação, diarreia e dificuldades financeiras causadas pela doença) foi de 7.

4.3 – CASO CLÍNICO 3

Doente de 41 anos de idade, do sexo feminino, doméstica, encontrando-se desempregada e, atualmente de baixa/ atestado médico, devido à sua situação de saúde.

Apresenta um tumor primário na mama esquerda, diagnosticado em 2010 e tem hipertensão arterial como comorbilidade. O tratamento anti-neoplásico em curso é a quimioterapia, não tendo indicação para nenhum outro tipo de tratamento. A doente não aceitou ser submetida a nenhuma forma de terapia complementar e é cuidada por uma equipa multidisciplinar composta pelo médico, enfermeiros, assistente social e psicólogos.

No que respeita à ferida, esta doente apresenta uma ferida maligna ulcerativa e irregular na mama direita com presença de tecido necrótico/ desvitalizado, com

um nível de exsudado moderado, com prurido, não apresentando infecção nem risco de hemorragia e com um valor, para o odor, de 0 (odor não é sentido), numa escala de 0 a 4. A doente classifica a dor na ferida num 8, durante o dia e num 6, durante o tratamento, fazendo como terapêutica analgésica/ adjuvante o paracetamol via tópica. A pele circundante encontra-se seca. O tratamento é realizado no domicílio, quatro vezes por semana, durante 15 minutos, pelos enfermeiros, não tendo sido referido o tipo de material de penso utilizado.

Quanto aos efeitos psicossociais da ferida e qualidade de vida, a doente refere que a ferida influencia negativamente as suas relações interpessoais com a família e amigos, influenciando muito negativamente a sua imagem corporal e as suas atividades de vida, particularmente a mobilidade, a expressão da sexualidade, o sono e repouso, a eliminação e a diversão. Relativamente ao grau de autonomia/ independência, esta não é influenciada nem positiva nem negativamente, bem como a influência que o penso efetuado, na ferida, tem no seu sentido de conforto, segurança e estética/ cosmética.

Tendo em conta o questionário de qualidade de vida EORTC QLQ-C30 a doente evidencia custar-lhe um pouco fazer esforços mais violentos e percorrer uma grande distância a pé, mas não necessita ficar na cama ou numa cadeira durante o dia, não necessita que a ajudem nas atividades de vida diárias nem lhe custa dar um pequeno passeio a pé fora de casa. Durante a última semana teve muitas dores, bastante dificuldade em dormir, um pouco de náuseas, não tendo vomitado nem teve falta de apetite, sentindo-se um pouco fraca e necessitando descansar um pouco. Ao desempenhar as suas atividades diárias, profissionais e de lazer não se sentiu limitada, nem com dificuldades de concentração. Apresentou um pouco de obstipação, diarreia, cansaço e as dores perturbaram um pouco as suas atividades diárias. Teve bastante dificuldade em evocar recordações e o seu estado físico/ tratamento médico causaram-lhe bastantes problemas financeiros, tendo interferido muito na sua vida familiar e atividade social. Para além disso, sentiu-se muito tensa, preocupada, irritada e deprimida.

Respondendo a duas questões do EORTC QLQ-C30 que se classificam de um a sete, em que, um, é péssima e, sete, é ótima, a doente classifica a sua saúde, em geral, e a sua qualidade de vida global, durante a última semana, num cinco e seis, respetivamente.

Embora os valores destas últimas questões não sejam iguais, estão ambos muito próximos, constatando-se a existência de uma relação, neste caso positiva, entre a saúde em geral e qualidade de vida global. Neste caso clínico há uma grande interferência dos sintomas que, simultaneamente, influenciam o seu bem-estar psicológico (em termos emocionais a doença afectou-a muito), social (havendo interferência na sua vida familiar e social), económico (apresentando bastantes problemas de ordem financeira) e físico (custando-lhe um pouco fazer esforços mais violentos e percorrer uma grande distância a pé), logo afeta a sua qualidade de vida. No entanto, e apesar de toda uma panóplia de interferências na sua saúde, a sua qualidade de vida é praticamente ótima, conseguindo realizar as suas atividades de vida sem limitações, embora, por vezes, as dores a perturbem na realização das mesmas. Assim, constata-se que a forma como cada pessoa vive, sente e interpreta o seu dia-a-dia determina a sua qualidade de vida.

O *score* total para as cinco subescalas funcionais (física, desempenho, cognitiva, emocional e social) foi de 37; para as três subescalas de sintomas (fadiga, dor e náusea/ vômito) foi de 15; para a subescala global do estado de saúde e qualidade de vida foi de 11 e para os seis *itens* simples (dispneia, anorexia, insónia/ obstipação, diarreia e dificuldades financeiras causadas pela doença) foi de 12.

5 - DISCUSSÃO

Em termos de limitações deste estudo, estas foram várias, começando por ser um estudo descritivo pequeno, com uma amostra muito limitada (3 sujeitos) mas que era a disponível no período do estudo. O facto de não ser uma amostra significativa da população, não permite a generalização dos resultados para toda e qualquer população à qual se queira generalizar o estudo, sendo pouco adequado para formular explicações ou descrições do tipo geral. Além disso, este não é um estudo de caso formal, mas um estudo descritivo onde se englobam três casos, pois seria necessário haver triangulação dos dados.

Aponto também, como limitação, o custo monetário das viagens inter-ilhas e a distância entre as mesmas, o que gera maior dificuldade na comunicação e na inter-ajuda com os colegas, uma vez que não foi possível deslocar-me a São Miguel e ao Faial, tendo permanecido apenas na Terceira. No período de colheita de dados, poucos casos foram recolhidos, possivelmente por haverem poucos doentes oncológicos com ferida maligna, por alguns destes doentes serem tratados no domicílio, não recorrendo a nenhum dos serviços hospitalares em que foi realizada a colheita de dados e por estes doentes, por vezes, se deslocarem a Portugal Continental, mais especificamente ao IPO (Instituto Português de Oncologia) do Porto, Coimbra e Lisboa para realizarem tratamentos. É de relembrar que este estudo faz parte de um trabalho mais global, um trabalho conjunto; no entanto, o trabalho aqui apresentado cingiu-se apenas aos três hospitais da Região Autónoma dos Açores.

Como é sabido, a divulgação dos resultados é um dever ético dos investigadores (MARTINS, 2008), pelo que é extremamente importante não só apresentar os dados obtidos, mas também relacioná-los com o referencial teórico que os sustenta (VILELAS, 2009).

De acordo com HAISFIELD-WOLFE & RUND, 2002, as feridas malignas tendem a ocorrer entre os 60 e 70 anos em doentes com metástases e que se encontram numa fase terminal, sendo os cuidados prestados geralmente paliativos. Através da observação dos estudos de caso, constata-se que estas surgiram entre os 41 e os 62 anos e todos os doentes encontravam-se numa

fase paliativa, embora um deles já estivesse numa fase muito mais avançada, encontrando-se moribundo nos últimos dias da sua vida.

Segundo CAMARÃO (2009), as feridas malignas podem ser classificadas, de acordo com a localização, encontrando-se, as feridas do estudo, localizadas na mama, região sacrococcígea e vulva, o que vai de encontro com os dados apresentados no estudo de MAIDA *et al.* (2009 (b)) que aponta como principais localizações a mama e tórax (31.2%) e o períneo e região genital (8.3%); origem, em que as três feridas apresentadas são derivadas de um tumor primário, sendo classificadas como feridas ulcerativas malignas, em que estão ulceradas e formam crateras rasas, tendo uma forma irregular, sendo uma delas exofítica, isto é, há uma proliferação celular descontrolada e estadiamento, que não foi avaliado.

O leito da ferida, em todas elas, continha tecido necrótico e/ ou desvitalizado, sendo este aspeto referido por SEAMAN (2006), quando diz que o leito pode variar de pálido a rosa, com tecido muito friável, vermelho, violeta, completamente necrótico ou uma combinação de ambos.

A pele circundante varia consoante o estado da ferida e os tratamentos utilizados, alternando entre hiperemiada, macerada e com nódulos, seca e íntegra nos casos apresentados, o que coaduna com o que é descrito por SEAMAN (2006).

Segundo NAYLOR (2002 (a)) e HAMPTON (2004), os sintomas físicos que estão geralmente associados às feridas malignas são: a dor, o odor, o exsudado e a hemorragia, sendo acrescentado por GROCOTT (2007) e PROBST (2010) cit. PROBST *et al.* (2013) o prurido e por COLLINSON (1992) cit. NAYLOR *et al.* (2001) a infeção. Através dos casos colhidos foi possível observar que, de facto, estes são os cinco sintomas que surgem com mais frequência neste tipo de feridas; no entanto e, para além destes, e indo de encontro com o que é referido por LAZELLE-ALI (2007) cit. ALEXANDER (2009 (a)), também estiveram presentes a depressão, a fadiga, o isolamento social, uma vez que num dos casos apresentados a doente evidencia que a ferida maligna afetou-lhe muito a sua vida familiar e social, náuseas, dificuldade em

dormir, que é evidenciada por dois dos doentes e que vai de encontro com os padrões de sono alterados e níveis de mobilidade e atividade física debilitada, uma vez que estes doentes referem custar-lhes fazer esforços mais violentos e dar um pequeno passeio a pé ou percorrer uma grande distância, necessitando, por vezes, de descansar um pouco.

Para MAIDA *et al.* (2009 (b)), 32.3% das feridas malignas são assintomáticas, 45.8% apresentam apenas um sintoma, 10.4% estão associadas a dois sintomas e 11.5% das feridas malignas apresentam três sintomas, sendo que em todos os casos deste estudo surgiram três sintomas ou mais.

Reportando a cada um dos cinco sintomas físicos mais presentes neste tipo de ferida e especificando a dor, esta variou, durante o dia, nos casos observados, entre 3 e 8 e, durante o tratamento, que é uma das alturas em que o doente vivencia mais dor (DOWSETT, 2002), entre 3 e 10, segundo a escala visual analógica. O nível de dor, de acordo com NAYLOR, 2001, deve ser avaliado por um instrumento validado e confiável, sendo esta a escala mais utilizada, para que a analgesia mais adequada seja prescrita, tendo sido geralmente administrada terapêutica analgésica/ adjuvante por via sistémica, que é fulcral na gestão da dor destes pacientes (SEAMAN, 2006). Um dos doentes utilizava analgesia tópica, permitindo uma redução ou eliminação dos efeitos secundários, que são geralmente causados pela analgesia sistémica (GROCOTT, 2003).

No estudo de MEAUME *et al.*, 2004 cit. NAZARKO, 2006, cerca de 80% das pessoas com feridas crónicas vivenciam uma dor moderada a severa aquando da realização do penso, o que pode ser constatado com os casos de estudo apresentados, que, tal como já descrito, apresentavam uma dor que variou entre 3 e 10 aquando da realização do tratamento.

A dor, para estes doentes, e, segundo o questionário da EORTC QLQ-C30 perturba um pouco a realização das atividades diárias, o que vai de encontro com o estudo de PROBST *et al.* (2013) que reforça a ideia de WOO & SIBBALD (2010) ao dizer que a dor tem um grande impacto na qualidade de vida do paciente com ferida maligna.

Relativamente ao odor, é importante utilizar uma escala de odor, sendo a mais utilizada a escala adaptada de BAKER & HAIG (1981); POTEETE (1993) cit. NAYLOR *et al.* (2001), de forma a permitir uma melhor gestão do mesmo. São vários os fatores que levam à formação do odor nas feridas malignas, sendo os principais a morte tecidual, a infeção e o exsudado (EDWARDS, 2000). Segundo os estudos de caso, que vão de encontro com o que é referido por Edwards e, reportando a cada um em específico, no caso clínico 1 e 2, a escala de odor foi de 4 e de 2/3, respetivamente, e estas feridas apresentavam tecido necrótico, exsudado abundante e infeção; no caso clínico 3, a escala de odor foi de 0 e embora a ferida contivesse tecido necrótico, o exsudado era moderado e não havia infeção.

De acordo com GROCOTT (2007) e tendo em conta a escala de odor, a gestão deste deve ser feita através da adoção de três abordagens: antibióticos sistémicos, que controlam e reduzem o odor, eliminando a infeção, tendo este sido utilizado num dos casos clínicos em que havia infeção; antimicrobianos tópicos, que reduzem a colonização local e o odor, como é o caso da prata, que também foi utilizada num dos casos clínicos e os pensos de carvão ativado, que reduzem o odor, tendo sido utilizado em dois dos casos clínicos.

Nas situações em que se justifica um tratamento mais agressivo, o desbridamento é uma das opções, pois permite a remoção de tecido necrótico ou desvitalizado, ajudando na redução do odor e do exsudado, dano cutâneo e, conseqüentemente, aumento da ferida (DEALEY, 2006). Para proteção desta pele pode-se utilizar pensos não aderentes, como os hidrocolóides (ALEXANDER, 2009 (c)), penso este que é utilizado no caso clínico em que a pele circundante está íntegra, o que reforça esta ideia.

Assim, o controlo do exsudado é imprescindível para a promoção da qualidade de vida dos doentes com feridas malignas, reduzindo o odor, protegendo a pele circundante e aumentando a confiança, o conforto e a autoestima do doente (HALLET, 1993 e SAUNDERS, 1997 cit. POLETTI *et al.*, 2002) (CAMARÃO, 2009). Esta afirmação pode ser reforçada pelo testemunho de um dos doentes deste estudo que refere que a realização do penso influencia muito

positivamente o seu conforto, a sua segurança e o seu sentido de estética/cosmética.

Quanto à hemorragia, estas geralmente podem ser pequenas ou grandes hemorragias (HAISFIELD-WOLFE & RUND, 1997 cit. NAYLOR, 2002 (a)), sendo que, nos casos aqui discutidos um não apresentava hemorragia, enquanto nos outros uma das hemorragias era espontânea e a outra ocorria aquando da mudança do penso.

O prurido também pode estar presente nas feridas malignas e aquando do surgimento de nódulos tumorais sob a pele circundante este sintoma é, geralmente, considerado como um problema crónico (NAYLOR *et al.*, 2001). Em dois dos estudos de caso os doentes referem prurido, e, num deles há a presença de nódulos na pele circundante, podendo derivar este sintoma, ou de alergias prévias aos produtos utilizados no penso ou devido ao adesivo ou ainda, devido à quantidade de exsudado que não é controlado (CAMARÃO, 2009).

Associado à infeção temos a presença de odor, aumento da quantidade de exsudado, dor, quebra cutânea da pele circundante, eritema, entre outros sinais e sintomas (POLETTI *et al.*, 2002). Todos estes aspetos, mais evidentes numas do que noutras situações, estão presentes nas feridas malignas apresentadas, sendo que em duas delas há a presença de infeção, recorrendo-se ao uso de antibioticoterapia sistémica e na outra situação não há infeção. De acordo com a literatura, pode-se recorrer ao uso de antibiótico oral ou endovenoso, se a infeção for sistémica, ao desbridamento (WOO & SIBBALD, 2010) ou aos antimicrobianos tópicos, como a prata (LETIZIA *et al.*, 2010). Tal como já foi referido, todas estas intervenções são apresentadas nos casos clínicos em que os doentes apresentam infeção.

Deste modo, é importante ter em conta uma seleção criteriosa do material de penso a utilizar, devendo-se recorrer a pensos que mantenham o meio húmido e que tenham uma elevada capacidade de absorção do exsudado, de forma a reduzir a adesão ao leito da ferida, a proteger a pele circundante, a reduzir o número de trocas do penso, a reduzir a dor durante e entre as mudanças de

penso e a reduzir a incidência de hemorragia (HALLETT, 1995 e EMFLORGO, 1999 cit. NAYLOR, 2002 (a)); (POLETTI et al., 2002 cit. GOMES & CAMARGO, 2004) (ALEXANDER, 2009 (c)) (GROCOTT, 2003). Os pensos mais utilizados para estas situações são as hidrofibras, espumas, alginatos e produtos superabsorventes (WOO & SIBBALD, 2010) (ROCHA *et al.*, 2006), o que vai de encontro com o material de penso utilizado pelos enfermeiros nos casos apresentados, sendo estes a hidrofibra, a espuma de poliuretano, o hidrogel, pensos absorventes, prata e carvão ativado.

É essencial, para NAYLOR (2002 (b)), a realização de uma avaliação precisa de todas as áreas envolvidas, mediante a presença de uma equipa multidisciplinar, composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas e capelães, tendo estes doentes recebido este tipo de apoio.

Em termos psicossociais, a ferida maligna pode induzir ao isolamento social, à alteração da imagem corporal, ao estigma e alteração dos relacionamentos, afetando, assim, a qualidade de vida (GOODE, 2004; GROCOTT, 2003 cit. ALEXANDER, 2009 (a)) (LAZELLE-ALI, 2007; GOODE, 2004; NEAL, 1991 cit. ALEXANDER, 2009 (a)) (PIGGIN & JONES, 2007; LAWTON, 2000 cit. ALEXANDER, 2009 (a)), o que pode ser demonstrado através do caso 3, em que a doente refere que a ferida maligna influencia muito negativamente a sua imagem corporal e interfere muito com a sua vida familiar e atividade social, o que pode levar ao isolamento social.

Consoante o local da ferida, em termos psicossociais esta tem diferentes influências. Assim, e segundo os casos clínicos apresentados, uma ferida na mama influencia muito mais negativamente a imagem corporal de uma mulher do que uma ferida na região sacrococcígea, neste caso de um homem. Num dos casos, a ferida influencia muito negativamente a realização das atividades de vida e no outro caso influencia negativamente a realização das atividades de vida; o que vai de encontro com as afirmações efetuadas por GROCOTT (1999); BIRD (2000) cit. ALEXANDER (2009 (a)), PUDNER (1998) e WATRET (2010) que referem que estes sentimentos geralmente são agravados em

pessoas que têm feridas malignas localizadas em zonas visíveis, como a cabeça e pescoço ou em regiões íntimas, como a mama e períneo.

Segundo o estudo de ALEXANDER (2009 (d)), o alívio eficaz dos sintomas físicos permite um alívio dos aspetos psicossociais. De acordo com o caso 2, a realização do penso influencia muito positivamente o conforto, a segurança e a estética/ cosmética o que coliga com a sentença apresentada por ALEXANDER (2009 (d)). Este doente refere que o seu estado físico ou que os tratamentos médicos não tiveram qualquer influência na sua vida familiar, social e financeira, o que demonstra que o importante, nestes doentes, é que seja promovido o conforto, a confiança e o bem-estar, prevenindo, assim, o isolamento social e melhorando a qualidade de vida (NAYLOR, 2002 (b)) (GROCOTT, 2000 e LAVERTY, COOPER & SOADY, 2000 e POON, 2001 e TEARE & BARRET, 2002 cit. YIAN, 2005), sendo este o objetivo das boas práticas (ADDERLEY & SMITH, 2007).

Para ambos os doentes e, através da aplicação do questionário de qualidade de vida EORTC QLQ-C30, a sua saúde em geral e a sua qualidade de vida global é boa, uma vez que a classificam entre 5 e 6 numa escala de 1 a 7, em que 1 é péssima e 7 é ótima, o que vai de encontro com CHANTAL (2001) cit. RODRIGUES (2007) que afirma “quanto maior a saúde, melhor é a qualidade de vida, e quanto maior for a qualidade de vida melhor deverá ser a saúde”. Esta sentença evidencia que a qualidade de vida engloba a “saúde física, saúde psicológica, nível de dependência, relações com o ambiente, espiritualidade, religião e crenças pessoais” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006 cit. RODRIGUES, 2007).

De acordo com o questionário de qualidade de vida EORTC QLQ-C30, todas as escalas e *ítems* simples da escala deste questionário são contabilizados de 0 a 100, sendo que um elevado *score* nas escalas funcional e global do estado de saúde e qualidade de vida representa um nível de funcionalidade e de qualidade de vida elevado/ saudável, enquanto um elevado *score* nas escalas de sintomas e de *ítems* simples representa um elevado nível de sintomas ou problemas (EORTC, 2001) (PAIS-RIBEIRO *et al.*, 2008). Assim, e de acordo com os casos clínicos apresentados, o caso clínico 2 tem um *score* de 29 para

as escalas funcional e global do estado de saúde e o caso clínico 3 tem um *score* de 48, o que demonstra que a doente do caso clínico 3 tem um nível mais elevado de funcionalidade e qualidade de vida. No entanto, o *score* das escalas de sintomas e *itens* simples é de 16 para o caso clínico 2 e de 27 para o caso clínico 3, o que demonstra que o doente do caso clínico 2 tem menos sintomas ou problemas relacionados com toda a sua patologia do que o do caso clínico 3.

Questiono-me como é possível ter um nível mais elevado de funcionalidade e de qualidade de vida, quando se tem um nível mais elevado de sintomas ou problemas relacionados com a patologia? Isto vai de encontro com o significado que tem para cada um de nós o termo qualidade de vida, uma vez que esta inclui aspetos objetivos, como a funcionalidade, competência cognitiva e interação do indivíduo com o meio, mas também aborda aspetos subjetivos e que estão relacionados com a perceção da satisfação das necessidades de cada um e daquilo que não lhe é recusado nas alturas indicadas à sua realização e à sua felicidade (OMS, 2006 cit. RODRIGUES, 2007).

6 - CONCLUSÕES

Podemos concluir, assim, que o objetivo do estudo foi alcançado, caracterizando-se os doentes oncológicos com feridas malignas dos hospitais da Região Autónoma dos Açores do seguinte modo: doente predominantemente feminino, com idades compreendidas entre os 41 e os 62 anos, reformado por questões de saúde ou com baixa por invalidez e seguido por uma equipa multidisciplinar, que é composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas e capelães. Em relação à ferida, esta tende a localizar-se em regiões íntimas, como a mama, vulva e região sacrococcígea e é, maioritariamente, ulcerativa e irregular, com presença de tecido necrótico/desvitalizado, com exsudado abundante, com presença de infeção e prurido, bem como de hemorragia e de dor, que varia, segundo a escala visual analógica, entre uma dor moderada a severa, utilizando-se, geralmente, antibioticoterapia sistémica. O odor também está presente, segundo a escala adaptada de BAKER & HAIG (19981); POTEETE (1993) cit. NAYLOR *et al.* (2001).

A pele circundante varia consoante o estado da ferida e da própria gestão que é feita em relação à mesma, podendo apresentar-se íntegra, seca, hiperemiada, macerada e com nódulos.

São os enfermeiros quem geralmente prestam cuidados à ferida, embora a família também esteja envolvida, daí a necessidade de formação da mesma.

O material de penso mais utilizado é a hidrofibra, carvão ativado, seguindo-se a espuma de poliuretano, os pensos absorventes, hidrocolóides, a prata e o hidrogel, material este que vai de encontro com o que é recomendado pela literatura pesquisada. O desbridamento cirúrgico, cortante e autolítico também são utilizados, apesar dos dois primeiros não serem recomendados, o que demonstra que poderá haver necessidade de formação nesta área e na própria fisiopatologia destas feridas.

Relativamente aos efeitos psicossociais, estas feridas têm uma maior propensão para causar alteração da imagem corporal e, conseqüentemente, do conforto, segurança e sentido de estética/ cosmética, podendo a pessoa estar

mais sujeita a isolar-se, evitando a convivência com a família, amigos e restante sociedade. Isto deve-se, em grande parte, à localização da ferida, já que a localização da mesma tem uma influência muito mais negativa quando ocorre em regiões íntimas e que fazem parte da beleza da pessoa e da forma como esta se expressa sexualmente. Apesar disto, o grau de autonomia/independência não é influenciado negativamente ou positivamente. A realização de um penso adequado parece melhorar muito positivamente alguns dos efeitos psicossociais, como o conforto, a segurança e o sentido de estética.

A qualidade de vida, nestes doentes, apesar de todos os problemas e sintomas com que têm que lidar diariamente, é boa, assim como a sua saúde em geral.

Assim, ao realizar este estudo foi possível alcançar um maior conhecimento sobre as feridas malignas em doentes oncológicos e a sua qualidade de vida.

Relativamente às implicações clínicas deste trabalho, questiono-me em que medida é que este trabalho tem interesse para os enfermeiros? Passo por referir que para muitos doentes não é a ferida que é causadora de grande parte da preocupação, mas sim os assuntos psicossociais a ela associados e o conseqüente impacto na qualidade de vida (LAVERTY, 2003 e NEIL, 1998 e HAMPTON, 2004 cit. ALEXANDER, 2009 (a)). É extremamente importante não só tratar a ferida em si, que irá trazer muito mais conforto e segurança ao doente e, conseqüentemente, melhoria da sua autoestima e do seu sentido de estética, mas também dar relevância às pequenas coisas, aos pequenos gestos, pois, muitas das vezes, são os últimos passos que a pessoa dá e, normalmente, quem se encontra mais presente nesta situação, é o enfermeiro. Daí, o enfermeiro necessita estar alerta quer para este tipo de feridas, que têm um tratamento peculiar, quer para este tipo de doente. No nosso dia a dia e no nosso processo formativo, pouco se ouve falar destas feridas e, com o aumento do cancro, na nossa sociedade e, naturalmente, das suas conseqüências, este é um problema ao qual devemos estar cada vez mais despertos, de modo a que a nossa prestação como enfermeiros, seja a melhor e a que mais qualidade de vida trará ao utente.

Este trabalho torna-se importante na medida em que alerta para uma problemática cada vez mais emergente, já que a prevalência do cancro está a aumentar sendo necessário que os enfermeiros obtenham um maior conhecimento nesta área e mais especificamente na área das feridas malignas. Não são só os enfermeiros que têm de estar mais alertas para toda esta panóplia de temas, mas toda a equipa multidisciplinar, pois cada ferida maligna é única, sendo necessário uma abordagem e uma avaliação individualizada e holística que incorpore o impacto emocional e social da ferida tanto no doente como na família, assim como as necessidades de auto-cuidado e de aceitação estética (YIAN, 2005) (MOODY & GROCOTT, 1993 cit. HAISFIELD-WOLFE & RUND, 2002).

A falta de informação sobre feridas malignas é uma realidade presente, pois é uma área que não é abordada nas universidades ou, se o é, é feito de forma pouco aprofundada, pelo que seria útil introduzir nos planos educativos de formação, esta temática.

As limitações detetadas e descritas anteriormente poderão justificar algumas das dificuldades com as quais nos deparamos no decurso do estudo. No entanto, é necessário ter consciência de que estas são passíveis de serem trabalhadas em projetos futuros, de modo a que os resultados possam ser maximizados.

Além das implicações anteriormente descritas, é de enunciar, como propostas para estudos futuros, a importância em dar continuidade a este trabalho, uma vez que não é possível tirar ilações acerca da prevalência e da influência das características destas feridas na qualidade de vida, sendo necessário aumentar a amostra, abrangendo, se possível, e além dos hospitais, os centros de saúde desta região. Além disso, seria interessante acrescentar outros *itens*, de modo a avaliar outras questões, como é o caso da sexualidade, do bem-estar relacional, da satisfação dos doentes com os cuidados de saúde prestados, o próprio nível de formação dos enfermeiros e da restante equipa multidisciplinar, o tempo de duração da ferida, entre o aparecimento e a sua cicatrização ou morte do doente e a experiência do doente em viver com uma ferida maligna.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADDERLEY, Una J., SMITH, Ruth – Topical agents and dressings for fungating wounds. Cochrane Database of Systematic Reviews. ISSN 0882-2863. Vol. 18, nº. 2 (2007) p. 1 – 22.

AGREDA, J. Javier Soldevilla – **Cuidados Paliativos en Enfermería: Cuidados de Las Heridas Neoplásicas Y Manejo Del Linfedema**. 1ª ed. Espanha: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, 2003. ISBN 84-930967-9-2. P. 107 – 122.

ALEXANDER, Susan J. – An intense and unforgettable experience: the lived experience of malignant wounds from the perspectives of patients, caregivers and nurses. International Wound Journal. ISSN 0882-2863. Vol. 7, nº. 6 (2010) p. 456 - 465.

ALEXANDER, Susan J. – Malignant fungating wounds: key symptoms and psychosocial. Journal of Wound Care. ISSN 0882-2863. Vol. 18, nº. 8 (2009) p. 325 – 328 (a).

ALEXANDER, Susan J. – Malignant fungating wounds: epidemiology, aetiology, presentation and assessment. Journal of Wound Care. ISSN 0882-2863. Vol. 18, nº. 7 (2009) p. 273 – 280 (b).

ALEXANDER, Susan J. – Malignant fungating wounds: managing malodour and exudate. Journal of Wound Care. ISSN 0882-2863. Vol. 18, nº. 9 (2009) p. 374 – 381 (c).

ALEXANDER, Susan J. – Malignant fungating wounds: managing pain, bleeding and psychosocial issues. Journal of Wound Care. ISSN 0882-2863. Vol. 18, nº. 10 (2009) p. 418 – 424 (d).

ALVAREZ, Oscar M., *et al.* – Incorporating Wound Healing Strategies to Improve Palliation (Symptom Management) in Patients with Chronic Wounds. Journal of Palliative Medicine. ISSN 0882-2863. Vol 10, nº. 5 (2007) p. 1161, 1171 - 1189.

ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos) – **Manual de Cuidados Paliativos**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. ISBN 978-85-89718-27-1.

BENBOW, Maureen – Ethics and wound management. Journal of Community Nursing. ISSN 0882-2863. Vol 20, nº 3 (2006) p. 24-28.

BENBOW, Maureen – Exploring wound management and measuring quality of life. Journal of Community Nursing. [Em linha]. Vol. 22, nº. 6 (2008), p. 1 – 4. [Consult. 09 Jan. 2013]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.jcn.co.uk/journal/06-2008/wound-management/1170-exploring-wound-management-and-measuring-quality-of-life/?s=malignant+fungating+wounds>>.

BONITA, R., BEAGLEHOLE, R., KJELLSTRÖM – **Epidemiologia Básica**. 2ª ed. São Paulo: Santos Editora, 2010. ISBN 978-85-7288-839-4.

BROWNE, Natasha, *et al.* – Woundcare Research for Appropriate Products (WRAP): validation of the TELER method involving users. Elsevier – International Journal of Nursing Studies. ISSN 0882-2863. Vol 41 (2004) p. 559 – 571.

CAMARÃO, Renato Rodrigues – **Cuidados com feridas e curativos: Manual de Cuidados Paliativos da ANCP**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Diagraphic Editora, 2009. ISBN 978-85-89718-27-1.

COLLIER, Mark – Management of patients with fungating wounds. Nursing standard. ISSN 0882-2863. Vol 15, nº 11 (2000) p. 46 – 52.

CLINICAL GUIDE – Karnofsky Performance Scale. [Em linha]. (2011). [Consult. 09 Jan. 2013]. Disponível em WWW: <URL: http://hab.hrsa.gov/deliverhivaidscafe/clinicalguide11/cg-211_karnofsky_scale.html>.

CRISTÓVÃO, Fernando – **Método: Sugestões para a elaboração de um ensaio ou tese**. Lisboa: Edições Colibri, 2001. ISBN 972-772-253-9.

DEALEY, Carol – **Tratamento de feridas: Guia para Enfermeiros**. 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2006. ISBN 972-796-204-1.

DOLBEAULT, S., *et al.* – Psychological profile of patients with neglected malignant wounds: a qualitative exploratory study. Journal of Wound Care. ISSN 0882-2863. Vol 19, nº. 12 (2010) p. 513 – 521.

DOWSETT, Caroline – Malignant fungating wounds: assessment and management. British Journal of Community Nursing. ISSN 0882-2863. Vol 7, nº. 8 (2002) p. 394 – 400.

EDWARDS, Jacky – Managing malodorous wounds. Journal of Community Nursing. [Em linha]. Vol. 14, nº. 4 (2000), p. 1 – 4. [Consult. 09 Jan. 2013]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.jcn.co.uk/journal/04-2000/wound-management/218-managing-malodorous-wounds/?s=malignant+fungating+wounds>>.

EORTC – **EORTC QLQ-C30 Scoring Manual**. 3rd ed. Brussels: 2001. ISBN 2-9300 64-22-6.

FORJAZ, Gonçalo – **Incidência do Cancro na Região Autónoma dos Açores: 1997-2006**. Angra do Heroísmo: RORA, 2011 p.5 - 36.

FORTIN, Marie-Fabienne – **O Processo de Investigação: Da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 972 8383-10-X.

GETHIN, Georgina – Managing malodour in palliative care wounds in primary care. Nursing in General Practice. ISSN 0882-2863. (2010) p. 25 – 28.

GOMES, Cláudia, JESUS, Cristiana – Feridas Crónicas em Cuidados Paliativos. Journal of Aging and Innovation. ISSN 2182-6951. Vol 2, nº 2 (2013) p. 03 – 15.

GOMES, Isabelle Pimentel, CAMARGO, Teresa Caldas – Feridas Tumorais e Cuidado de Enfermagem: Buscando Evidências para o Controle de Sintomas. Revista Enfermagem UERJ. ISSN 0882-2863. Vol 12 (2004) p. 211 – 216.

GROCOTT, Patricia - A Review of Advances in Fungating Wound Management since EWMA 1991. EWMA Journal, ISSN 0882-2863. Vol 2, nº 1 (2002) p. 21 - 24.

GROCOTT, Patricia – Article critique: living with a malignant fungating wound. Journal of Wound Care. ISSN 0882-2863. Vol 18, nº. 6 (2009) p. 256 – 257.

GROCOTT, Patricia, *et al.* - Quality of Life: Assessing the Impact and Benefits of Care to Patients with Fungating Wounds. WOUNDS: A Compendium of Clinical Research and Practice, ISSN 0882-2863. Vol 17, nº 1 (2005) p.8 - 15.

GROCOTT, Patricia, *et al.* – Palliative wound care: optimising the use of classification systems. Polska Medycyna Paliatywna. ISSN 0882-2863. Vol. 2, nº. 4 (2003) p. 221 – 232.

GROCOTT, Patricia – Care of patients with fungating malignant wounds. Nursing Standard. ISSN 0882-2863. Vol 21, nº. 24 (2007) p. 57 – 66.

GROCOTT, Patricia – Developing a tool for researching fungating wounds. World Wide Wounds. [Em linha]. (2001). [Consult. 16 Out. 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.worldwidewounds.com/2001/july/Grocott/Fungating-Wounds.html>>.

GROCOTT, Patricia – The Palliative Management of Fungating Malignant Wounds. Australian Wound Management Association. [Em linha]. (2003), p. 1 – 10. [Consult. 09 Jan. 2013]. Disponível em WWW: <URL: http://www.awma.com.au/publications/2004_sa_fungating_wounds.pdf>.

HAIFFIELD – WOLFE, Mary Ellen, RUND, Cecilia – Malignant cutaneous wounds: developing education for hospice, oncology and wound care nurses. International Journal of Palliative Nursing. ISSN 0882-2863. Vol. 8, nº. 2 (2002) p. 57 – 66.

HAMPTON, Sylvie – Managing symptoms of fungating wounds. Journal of Community Nursing. [Em linha]. Vol. 18, nº. 10 (2004), p. 1 – 5. [Consult. 09 Jan. 2013]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.jcn.co.uk/journal/10->

[2004/wound-management/725-managing-symptoms-of-fungating-wounds/?s=malignant+fungating+wounds](http://www.woundmanagement.com/725-managing-symptoms-of-fungating-wounds/?s=malignant+fungating+wounds)>.

HAYNES, Jackie Stephen – An overview of caring for those with palliative wounds. Wound Care. ISSN 0882-2863. (2008) p. 24 – 30.

KAKIMOTO, Masaki, *et al.* – A Chemical Hemostatic Technique for Bleeding from Malignant Wounds. Journal of Palliative Medicine. ISSN 0882-2863. Vol 12, nº. 1 (2010) p. 11 – 13.

KEMP, Charles – What's in the Literature. Journal of Hospice and Palliative Nursing. ISSN 0882-2863. Vol. 1, nº. 4 (1999) p. 159 – 160.

LETIZIA, MariJo, *et al.* – Providing Palliative Care to Seriously Ill Patients With Nonhealing Wounds. Journal Wound Ostomy and Continence Nurses. ISSN 0882-2863. Vol 37, nº. 3 (2010) p. 277 – 282.

LLOYD, Helen – Management of bleeding and malodour in fungating wounds. Journal of Community Nursing. [Em linha]. Vol. 22, nº. 9 (2008), p. 1 – 4. [Consult. 09 Jan. 2013]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.jcn.co.uk/journal/09-2008/wound-management/1193-management-of-bleeding-and-malodour-in-fungating-wounds/?s=malignant+fungating+wounds>>.

LO, Shu-Fen, *et al.* – Experiences of living with a malignant fungating wound: a qualitative study. Journal of Clinical Nursing. ISSN 0882-2863. Vol 17 (2008) p. 2699 – 2708.

LO, Shu-Fen, *et al.* – Symptom burden and quality of life in patients with malignant fungating wounds. Journal of Advanced Nursing. ISSN 0882-2863. Vol 68, nº 6 (2011) p. 1312 – 1321.

LOPES FERREIRA, Pedro, BARROS PINTO, Ana – Medir Qualidade de Vida em Cuidados Paliativos. Acta Medica Portuguesa. ISSN 0882-2863. Vol 21 (2008) p. 111 - 124.

LUND-NIELSEN, Betina, *et al.* – The effect of honey-coated bandages compared with silver-coated bandages on treatment of malignant wounds – a randomized study. Wound Repair and Regeneration. ISSN 0882-2863. Vol. 19 (2011) p. 664 – 670.

LUND – NIELSEN, Betina, *et al.* – Malignant wounds in women with breast cancer: feminine and sexual perspectives. Journal of Clinical Nursing. ISSN 0882-2863. Vol. 14 (2005) p. 56 – 64.

MAIDA, Vincent, *et al.* – Wounds and survival in cancer patients. European Journal of Cancer. ISSN 0882-2863. Vol 45 (2009) p. 3237 – 3244 (a).

MAIDA, Vincent, *et al.* – Symptoms Associated with Malignant Wounds: A Prospective Case Series. Journal of Pain and Symptom Management. ISSN 0882-2863. Vol 37, nº. 2 (2009) p. 206 – 211 (b).

MARTINS, José Carlos Amado – Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. Pensar Enfermagem. ISSN 0882-2863. Vol 12, nº. 2 (2008) p. 62 – 66.

MCDONALD, Amy, LESAGE, Pauline – Palliative Management of Pressure Ulcers and Malignant Wounds in Patients with Advanced Illness. Journal of Palliative Medicine. ISSN 0882-2863. Vol 9, nº. 2 (2006) p. 285 – 295.

MEDICAL DIAGNOSIS AND NEDICINAL PLANTS – Escala Visual Analógica. LookForDiagnosis.com. [Em linha]. (2014). [Consult. 16 Out. 2013]. Disponível em WWW: <URL: http://www.lookfordiagnosis.com/mesh_info.php?term=Escala+Visual+Anal%C3%B3gica&lang=3>

MENEZES, RM., *et al.* – Instrumentos utilizados no Brasil para avaliar Qualidade de Vida em pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço: Revisão Integrativa. Revista Saúde. ISSN 0882-2863. Vol 5, nº. 1 (2011) p. 54 - 64.

MERZ, Thomas, *et al.* – Fungating Wounds – Multidimensional Challenge in Palliative Care. Breast Care. ISSN 0882-2863. Vol 6 (2011) p. 21 – 24.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Tratamento e Controle de Feridas Tumorais e Úlceras por Pressão no Câncer Avançado: Série Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer (INCA), 2009 p. 11 – 21.

NAYLOR, Wayne, *et al.* – **Handbook of Wound Management in Cancer Care**. Londres: Blackwell Science, 2001 p. 22 – 45; 106 – 122. ISBN 0-632-05751-3.

NAYLOR, Wayne – Part 1: Symptom control in the management of fungating wounds. World Wide Wounds. [Em linha]. (2002). [Consult. 16 Out. 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.worldwidewounds.com/2002/march/Naylor/Symptom-Control-Fungating-Wounds.html>> (a).

NAYLOR, Wayne – Part 2: Symptom self-assessment in the management of fungating wounds. World Wide Wounds. [Em linha]. (2002). [Consult. 16 Out. 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.worldwidewounds.com/2002/july/Naylor-Part2/Wound-Assessment-Tool.html>> (b).

NAZARKO, Linda – Malignant fungating wounds. Nursing & Residential Care. ISSN 0882-2863. Vol 8, nº. 9 (2006) p. 402 – 406.

O'BRIEN, Christopher – Malignant wounds: Managing odour. Palliative Care Files. ISSN 0882-2863. Vol. 58 (2012) p. 272 – 273.

OLIVEIRA, Alexandra, *et al.* – Qualidade de Vida em Oncologia: Dispositivo Digital de Recolha de Dados. Acta Medica Portuguesa. ISSN 0882-2863. Vol 23 (2010) p. 1017 - 1024.

PAIS-RIBEIRO, J., PINTO, C., SANTOS, C. – Validation Study of the Portuguese Version of the QLC – C30 – V.3. Psicologia, Saúde & Doenças. ISSN 0882-2863. Vol 9, nº. 1 (2008) p. 89 - 102.

PIGGIN, Catherine, JONES, Vanessa – Malignant fungating wounds: an analysis of the lived experience. International Journal of Palliative Nursing. ISSN 0882-2863. Vol. 13, nº. 8 (2007) p. 384 – 390.

POLETTI, Nadia Antomia Aparecida, *et al.* – Feridas malignas: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*. ISSN 0882-2863. Vol 48, nº. 3 (2002) p. 411 – 417.

POLIT, Denise F., *et al.* – **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. São Paulo: Artmed, 2004. ISBN 0-7817-2557-7.

PROBST, Sebastian, *et al.* – Malignant fungating wounds – The meaning of living in an unbounded body. *European Journal of Oncology Nursing*. ISSN 0882-2863. Vol 17 (2013) p. 38 - 45.

PROBST, Sebastian, *et al.* – Caring for a loved one with a malignant fungating wound. *Support Care Cancer*. ISSN 0882-2863. Vol. 20 (2012) p. 3065 – 3070.

PUDNER, Rosemary – The Management of patients with a fungating or malignant wound. *Journal of Community Nursing*. [Em linha]. Vol. 12, nº. 9 (1998), p. 1 – 3. [Consult. 09 Jan. 2013]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.jcn.co.uk/journal/09-1998/wound-management/66-the-management-of-patients-with-a-fungating-or-malignantwound/?s=malignant+fungating+wounds>>.

REGATEIRO, Fernando J., *et al.* – **Enfermagem Oncológica**. 1ª ed. Coimbra: Formasau, 2004. ISBN 972-8485-41-7.

ROCHA, Marília João, *et al.* – **Feridas uma Arte Secular: Avanços Tecnológicos no Tratamento de Feridas**. 2ª ed. Coimbra: Minerva Coimbra, 2006. ISBN 972-798-176-3.

RODRIGUES, Manuel – Qualidade de vida e satisfação com os cuidados recebidos das doentes com carcinoma da mama em tratamento com quimioterapia por via endovenosa. *Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar Universidade do Porto*. (2007) p. 18 – 25.

SCHIECH, Linda – Malignant Cutaneous Wounds. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. ISSN 0882-2863. Vol 6, nº. 5 (2002) p. 1 – 4.

SCHOPPMAYER, Maria-Ann – **Medicina Interna – Manual para enfermeiros e outros profissionais de saúde**. 4ª ed. Lusodidacta – Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda., 2010 p. 290-305.

SCHULZ, V., *et al.* – The malignant wound assessment tool: a validation study using a Delphi approach. Palliative Medicine. ISSN 0882-2863. Vol 23 (2009) p. 266 – 273.

SEAMAN, Susie – Management of Malignant Fungating Wounds in Advanced Cancer. Seminars in Oncology Nursing. ISSN 0882-2863. Vol 22, nº. 3 (2006) p. 185 – 193.

SILVA LEAL, Carla Manuela – Reavaliar o conceito de qualidade de vida. Universidade dos Açores. (2008) p. 1 - 23.

TAYLOR, Carole – Malignant fungating wounds: a review of the patient and nurse experience. Wound Care. ISSN 0882-2863. (2011) p. 16 – 22.

UNIVERSIDADE DE AVEIRO SBIDM – **Referências bibliográficas: manual de normas e estilos**. Bibliotecas da Universidade de Aveiro: 2010.

VICENTE, Helena, NEVES, Sandra – **Guia Orientador para o Tratamento Local das Feridas Malignas**. IPO Lisboa: EMETF, 2011.

VILELAS, José – **Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento**. 1ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2009. ISBN 978-972-618-557-4.

WATRET, Lynne – Management of a fungating wound. Journal of Community Nursing. [Em linha]. Vol. 25, nº. 2 (2010), p. 1 – 7. [Consult. 09 Jan. 2013]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.jcn.co.uk/journal/03-2011/wound-management/1419-management-of-a-fungating-wound/?s=malignant+fungating+wounds>>.

WHO – WHO Definition of Palliative Care. World Health Organization Publications. [Em linha]. (2002). [Consult. 20 Nov. 2013]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.who.int/dsa/justpub/cpl.htm>>

WOO, Kevin Y., SIBBALD, R. Gary – Local Wound Care for Malignant and Palliative Wounds. Wound Care Journal. ISSN 0882-2863. Vol 23, nº. 9 (2010) p. 417 – 428.

YIAN, Lee Geok – Case Study on the Effectiveness of Green Tea Bags as a Secondary Dressing to Control Malodour of Fungating Breast Cancer Wounds. Singapore Nursing Journal. ISSN 0882-2863. Vol 32, nº. 2 (2005) p. 42 – 48.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ANDERSON, Irene – Should potassium permanganate be used in wound care? Nursing Times. ISSN 0882-2863. Vol 99, nº 31 (2003) p. 61.

BURNS, June, STEPHENS, Melanie – Palliative wound management: the use of a glycerine hydrogel. British Journal of Nursing. ISSN 0882-2863. Vol 12, nº. 6 (2003) p. 14 – 18.

COOPER, Rose, MOLAN, Peter – The use of honey as an antiseptic in managing *Pseudomonas* infection. Journal of Wound Care. ISSN 0882-2863. Vol 8, nº 4 (1999) p. 161 – 164.

CORREIA, Fernanda Ribeiro, PRADO DE CARLO, Marysia Mara Rodrigues – Avaliação de qualidade de vida no contexto dos cuidados paliativos: revisão integrativa de literatura. Revista Latino-América Enfermagem. ISSN 0882-2863. Vol 20, nº. 2 (2012) p. 1 - 10.

FIRMINO, Flávia – Pacientes portadores de feridas neoplásicas em Serviços de Cuidados Paliativos: contribuições para a elaboração de protocolos de intervenções de enfermagem. Revista Brasileira de Cancerologia. ISSN 0882-2863. Vol 51, nº. 4 (2005) p. 347 – 359.

FORD-DUNN, Suzanne – Use of vacuum assisted closure therapy in the palliation of a malignant wound. Palliative Medicine. ISSN 0882-2863. Vol 20 (2006) p. 477 – 478.

GALLAGHER, Romyne – Management of painful wounds in advanced disease. Canadian Family Physician. ISSN 0882-2863. Vol 56 (2010) p. 883 – 885.

GROCOTT, Patricia, COWLEY, Sarah - The palliative management of fungating malignant wounds – generalizing from multiple – case study data using a system of reasoning. International Journal of Nursing Studies. ISSN 0882-2863. Vol 38 (2000) p. 533 – 545.

JARM, Tomaz, *et al.* – Antivascular effects of electrochemotherapy: implications in treatment of bleeding metastases. Expert Reviews. ISSN 1473 – 7140. Vol 10, nº 5 (2010) p. 729 – 746.

JONES, Mary, ANDREWS, Andrea, THOMAS, Stephen – A Case History describing the use of Sterile Larvae (Maggots) in a Malignant Wound. World Wide Wounds. [Em linha]. (1998). [Consult. 16 Fev. 2013]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.worldwidewounds.com/1998/february/Larvae-Case-Study-Malignant-Wounds/Larvae-Case-Study-Malignant-Wounds.html>>.

KLEYN, C. Elise, *et al.* – Cutaneous Manifestations of Internal Malignancy – Diagnosis and Management. American Journal of Clinical Dermatology. ISSN 0882-2863. Vol 7, nº 2 (2006) p. 71 - 84.

LAVERTY, Diane, *et al.* – Wound Management Guidelines. The Royal Marsden Hospital. 2ª ed. (2000) p. 1 – 100.

MAIDA, Vincent, *et al.* – The Toronto Symptom Assessment System for Wounds: A New Clinical and Research Tool. Wound Care Journal. ISSN 0882-2863. Vol 22, nº. 10 (2009) p. 468 – 474 (c).

MAIDA, Vincent, *et al.* – Wounds in advanced illness: a prevalence and incidence study based on a prospective case series. International Wound Journal. ISSN 0882-2863. Vol 5, nº. 2 (2008) p. 305 – 314.

OMRANIPOUR, Ramesh, *et al.* – Cutaneous Metastasis of Gastrointestinal Cancer. Acta Medica Iranica. ISSN 0882-2863. Vol 47, nº. 4 (2009) p. 335 – 338.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **DOR – Guia Orientador de Boa Prática**. 2008. ISBN: 978–972–99646–9-5.

PROBST, Sebastian, *et al.* – Malignant fungating wounds – A survey of nurses' clinical practice in Switzerland. European Journal of Oncology Nursing. ISSN 0882-2863. Vol 13 (2009) p. 295 - 298.

RIAHI, Ryan R., COHEN, Philip R. – Clinical Manifestations of Cutaneous Metastases – A Review with Special Emphasis on Cutaneous Metastases Mimicking Keratoacanthoma. American Journal of Clinical Dermatology. ISSN 0882-2863. Vol 13, nº 2 (2012) p. 103 - 112.

ROTIMI, Vo, DUROSINMI – ETTI, Fa – The bacteriology of infected malignant ulcers. J. Clin Pathol. ISSN 0882-2863. Vol 37 (1984) p. 592 – 595.

SÁNCHEZ, M. Sánchez, GÓMEZ, L. Maroto, ÁLVARO, J. Godoy – Manejo Interdisciplinar de las Úlceras Tumorales. [Em linha]. P. 1 – 5. [Consult. 23 Fev. 2013]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ulceras.net/>>.

SANDHU, A., *et al.* – Role and extent of neck dissection for persistent nodal disease following chemo-radiotherapy for locally advanced head and neck cancer: How much is enough? Acta Oncologica. ISSN 0882-2863. Vol 47 (2008) p. 948 – 953.

SELBY, Theresa – Managing exudates in malignant fungating wounds and solving problems for patients. Nursing Times. ISSN 0882-2863. Vol 105, nº 18 (2009) p. 14 – 17.

SILVEIRA, Augusta, *et al.* – Avaliação da Qualidade de Vida em Doentes com Patologia Oncológica da Cabeça e Pescoço – Modelo de Validação da Versão Electrónica Portuguesa do EORTC – QLQ C30 e EORTC – H&N35. Acta Medica Portuguesa. ISSN 0882-2863. Vol 24, Nº. S2 (2011) p. 347 - 354.

THOMAS, Stephen, *et al.* – Odour Absorbing Dressings: A comparative laboratory study. World Wide Wounds. ISSN 0882-2863. (1998) p. 1 – 8.

WATRET, Lynne, ARMITAGE, Margaret – Barriers to healing. Journal of Community Nursing. [Em linha]. Vol. 15, nº. 11 (2001), p. 1 – 6. [Consult. 09 Jan. 2013]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.jcn.co.uk/journal/11-2001/wound-management/405-barriers-to-healing/?s=malignant+fungating+wounds>>.

WEIRS, Deborah – Managing complex malignant wounds. Journal for Community Nurses. ISSN 0882-2863. Vol 10, nº. 3 (2005) p. 21 – 22.

WOUND MANAGEMENT STEERING GROUP – Wound Management Formulary. (2007) p. 01 – 30.

WYATT, Angela J., *et al.* – Cutaneous Reactions to Chemotherapy and their Management. American Journal of Clinical Dermatology. ISSN 0882-2863. Vol 7, nº 1 (2006) p. 45 - 63.

ANEXOS

ANEXO I – AUTORIZAÇÃO DO ESTUDO

ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DO HOSPITAL DE SANTO ESPÍRITO DA ILHA
TERCEIRA



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES

Secretaria Regional da Saúde

Direcção Regional da Saúde

HOSPITAL DE SANTO ESPÍRITO DE ANGRA DO HEROÍSMO, EPE

Exmo.Senhores
Prof. Doutor Alexandre Caldas
Universidade Católica Portuguesa - Instituto
de Ciências da Saúde
Palma de Cima
1649-023 Lisboa

Vossa referência
Nº: ICS/290/2013
Proc.:

Vossa comunicação de
21-05-2013

Nossa referência
Nº.: SAI-HSEIT/2013/1502
Proc.:

Angra do Heroísmo,
03-07-2013

Assunto: Pedido para colheita de dados pela aluna Joana Ázera

O Conselho de Administração, após parecer favorável da Comissão de Ética do Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira e dos Serviços de Medicina, Cirurgia, Consulta Externa e Hospital de Dia, nada tem a opor quanto ao pedido de colheita de dados pela aluna Joana Ázera, uma vez que haverá anonimato e confidencialidade.

Com os melhores cumprimentos,

Presidente do Conselho de Administração

/ct

ANEXO III – AUTORIZAÇÃO DO HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO
DE PONTA DELGADA



Exma. Senhora
Enª Joana Vaz Ázera
Estrada 25 de Abril, nº 481
Praia da Vitória
9760-403 PRAIA DA VITÓRIA

V/ Referência	Data	N/Referência	Data
		S-HDES/2014/43	10-01-2014

ASSUNTO: PEDIDO PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO "FERIDAS MALIGNAS: PREVALÊNCIA E INFLUÊNCIA DAS SUAS CARACTERÍSTICAS NA QUALIDADE DE VIDA"

Venho por este meio informar V.Exa. que foi deliberado pelo Conselho de Administração do HDESPD, EPER, na sua reunião de 9 de janeiro do corrente ano autorizar a realização do Estudo em epígrafe.

Cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração,


Fernando Mesquita Gabriel

ANEXO IV – ESCALA DE ODOR

ESCALA DE ODOR

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

(Escala adaptada de BAKER & HAIG (1981); POTEETE (1993) cit. VICENTE & NEVES (2011))

ANEXO V – ESCALA VISUAL ANALÓGICA



(MEDICAL DIAGNOSIS AND MEDICINAL PLANTS, 2014)

ANEXO VI – ESCALA KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS (KPS)

ESCALA KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS (KPS)

- 100 – Normal, doente sem queixas, ausência de sinais de doença.
- 90 – O doente consegue realizar atividades normais, ausência de sintomas.
- 80 – O doente consegue realizar atividades normais, mas com esforço e evidencia alguns sintomas.
- 70 – O doente possui autonomia mas não consegue realizar atividades normais ou trabalhar.
- 60 – O doente necessita pontualmente de apoio, mas ainda possui autonomia.
- 50 – O doente necessita de apoio substancial e de cuidados médicos frequentes.
- 40 – O doente apresenta invalidez, necessita de cuidados especiais e apoio.
- 30 – Invalidez grave, internamento hospitalar indicado. O doente não se encontra moribundo.
- 20 – Doente em estado grave, internamento hospitalar imprescindível, cuidados intensivos.
- 10 – Doente moribundo.

(SCHOPPMAYER, 2010)

ANEXO VII – QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA EORTC QLQ-C30



EORTC QLQ-C30 (version 3)

Gostaríamos de conhecer alguns pormenores sobre si e a sua saúde. Responda você mesmo/a, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo à volta do número que melhor se aplica ao seu caso. Não há respostas certas nem erradas. A informação fornecida é estritamente confidencial.

Escreva as iniciais do seu nome:

A data de nascimento (dia, mês, ano):

A data de hoje (dia, mês, ano): 31

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
1. Custa-lhe fazer esforços mais violentos, por exemplo, carregar um saco de compras pesado ou uma mala?	1	2	3	4
2. Custa-lhe percorrer uma <u>grande</u> distância a pé?	1	2	3	4
3. Custa-lhe dar um <u>pequeno</u> passeio a pé, fora de casa?	1	2	3	4
4. Precisa de ficar na cama ou numa cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Precisa que o/a ajudem a comer, a vestir-se, a lavar-se ou a ir à casa de banho?	1	2	3	4
Durante a última semana :				
6. Sentiu-se limitado/a no seu emprego ou no desempenho das suas actividades diárias?	1	2	3	4
7. Sentiu-se limitado/a na ocupação habitual dos seus tempos livres ou noutras actividades de lazer?	1	2	3	4
8. Teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Teve dores?	1	2	3	4
10. Precisou de descansar?	1	2	3	4
11. Teve dificuldade em dormir?	1	2	3	4
12. Sentiu-se fraco/a?	1	2	3	4
13. Teve falta de apetite?	1	2	3	4
14. Teve enjoos?	1	2	3	4
15. Vomitou?	1	2	3	4

Por favor, passe à página seguinte

ANEXO VIII – ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE FERIDAS

Identificação da coleta			Dados do Uteu						
Data Avaliação	Local Avaliação	Enf.(a)	NCP	D.Nasc	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Profissão			
Antecedentes / Factores de risco									
<input type="checkbox"/> Alcoolismo	<input type="checkbox"/> Claudicação interm.	<input type="checkbox"/> Doenças reumáticas	<input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca	<input type="checkbox"/> Perda recente de peso					
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Diabetes Tipo I	<input type="checkbox"/> Enfarte do miocárdio	<input type="checkbox"/> Isquemia crítica	<input type="checkbox"/> Tabagismo					
<input type="checkbox"/> Angina de peito	<input type="checkbox"/> Diabetes Tipo II	<input type="checkbox"/> Hist. prévia de ferida	<input type="checkbox"/> Incontinência Vesical	<input type="checkbox"/> Traumatismo					
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> Diminuição sensibilidade	<input type="checkbox"/> HTA	<input type="checkbox"/> Incontinência Fecal	<input type="checkbox"/> Outros: Qual?					
<input type="checkbox"/> Arterial	<input type="checkbox"/> Dislipidemia	<input type="checkbox"/> Imobilidade	<input type="checkbox"/> Neoplasia						
<input type="checkbox"/> Cirurgia cardíaca	<input type="checkbox"/> Doença auto-imune	<input type="checkbox"/> Insuf. venosa periférica	<input type="checkbox"/> Obesidade						
Nº Feridas	Referenciação das Feridas								

Identificação	Classifi- cação	Locali- zação	Origem	Laterali- zação	Há quanto tempo existe				
					Anos	Meses	Semanas	Dias	
F1 (Principal)									
F2									
F3									
F4									
F5									
F6									
F7									
F8									
F9									
F10									
Classificação: 1 - úlcera de pressão cat 1 ; 2 - úlcera de pressão cat 2 ; 3 - úlcera de pressão cat 3 ; 4 - úlcera de pressão cat 4 ; 5 - úlcera de perna venosa ; 6 - úlcera de perna arterial ; 7 - úlcera de perna mista ; 8 - úlcera de perna etiol. desc. ; 9 - úlcera pé diab. neuropático ; 10 - úlcera pé diab. neuroisquémico ; 11 - úlcera maligna ; 12 - ferida traumática ; 13 - ferida cirúrgica ; 14 - queimadura ; 15 - fistula ; 16 - lesão por humidade ; 17 - outra. Escrever qual no espaço Localização: 1 - abdómen ; 2 - anca ; 3 - braços ; 4 - cabeça ; 5 - calcâneo ; 6 - cóscois ; 7 - costas ; 8 - inguio ; 9 - mãos ; 10 - nádegas ; 11 - pé ; 12 - peito ; 13 - perneo ; 14 - pernas ; 15 - tornozelo ; 16 - trocânter ; 17 - outra. Escrever qual no espaço Origem: 1 - hospital ; 2 - Centro Saúde / Cuidados Saúde Primários / Rede de Cuidados Continuados ; 3 - domicílio ; 4 - lar ; 5 - outro. Escrever qual no espaço Lateralização: 1 - esquerda ; 2 - direita ; 3 - centro									
Material de abrio da pressão						Escala de Braden			
<input type="checkbox"/> Almofada na cadeira <input type="checkbox"/> Calçado de diabético <input type="checkbox"/> Colchão de pressão altern <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Almofada na cama <input type="checkbox"/> Calcanheira <input type="checkbox"/> Colchão estático Qual: _____						Score _____			
Se tem lesão nos membros inferiores									
Avaliação IPTB (Índice de Pressão Tornozelo Braço)				É feita Terapia Compressiva?					
<input type="checkbox"/> Sim	Se sim, qual o valor: _____	Qual a data de avaliação: _____		<input type="checkbox"/> Sim	Se sim, com que ligadura:				
<input type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Elástica <input type="checkbox"/> Inelástica				
Relativamente à Ferida Principal F1 (Principal)									
mm	Medição (mm)		Tipo de tecido		Nível de exudado				
	_____ comp x _____ larg.		<input type="checkbox"/> Necrosado <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Epitelização		<input type="checkbox"/> Abundante <input type="checkbox"/> Escasso <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Nenhum				
	Local de realização do tratamento			Duração realização tratamento		Nível de dor na ferida (Nível de 0 a 10)			
	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Internamento Se domicílio, tempo de deslocação: _____h _____m			_____h _____m		_____ durante o dia _____ durante o tratamento			
Sinais de infeção presentes (superficial)				Diagnóstico de infeção no compartimento profundo					
<input type="checkbox"/> Odeur <input type="checkbox"/> Ferida exsudativa <input type="checkbox"/> Tecido de granulação frível <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ferida não cicatriza <input type="checkbox"/> Tecido desvitalizado				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, foi prescrito antibiótico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Pele circundante		Material de penso com ação terapêutica (pode seleccionar mais que uma opção)							
<input type="checkbox"/> Descarnativa <input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> Ruborizada <input type="checkbox"/> Seca		<input type="checkbox"/> Ácido Hialurónico <input type="checkbox"/> Colagénio <input type="checkbox"/> Iodo <input type="checkbox"/> Poliacrilato <input type="checkbox"/> Ácido gordo esterificado <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Maltodextrina <input type="checkbox"/> Polihexanida <input type="checkbox"/> Alginato <input type="checkbox"/> Espuma <input type="checkbox"/> Mel <input type="checkbox"/> Prata <input type="checkbox"/> Hidrofibra <input type="checkbox"/> Hidrocolóide <input type="checkbox"/> Película polimérica <input type="checkbox"/> Sacarato <input type="checkbox"/> Carvão activado <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Película transparente <input type="checkbox"/> Outro: Qual?							
Frequência de mudança de penso									
<input type="checkbox"/> 1 x semana <input type="checkbox"/> 2 x semana <input type="checkbox"/> 3 x semana <input type="checkbox"/> 4 x semana <input type="checkbox"/> 5 x semana <input type="checkbox"/> 6 x semana <input type="checkbox"/> Todos os dias <input type="checkbox"/> > que 1 x por dia									

APÊNDICES

APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Exmo(a) Senhor(a)

Eu, Joana Vaz Ázera, enfermeira na Casa de Saúde de São Rafael de Angra do Heroísmo – Instituto São João de Deus, aluna do IV Curso de Mestrado em Feridas e Viabilidade Tecidual do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, no seguimento do meu Projeto de Dissertação pretendo desenvolver um estudo que pretende determinar a taxa de prevalência das feridas em doentes com a sua situação clínica nos hospitais da Região Autónoma dos Açores, caraterizando estes mesmos doentes e avaliando a influência das caraterísticas destas feridas na sua qualidade de vida.

Este estudo poderá não lhe trazer benefícios diretos ou imediatos, mas a sua participação poderá ajudar outros doentes, num futuro que se pretende próximo.

Todos os dados e informações recolhidas através do formulário e questionário destinam-se a tratamento estatístico, sendo que a sua confidencialidade e anonimato estão garantidos.

Mais se informa de que a sua participação neste estudo é voluntária e poder-se-á retirar a qualquer momento do mesmo sem danos nem prejuízos para si, não sendo obrigado (a) a responder a todas as questões, embora, seja importante que o faça. Se a qualquer momento, durante o preenchimento do formulário e questionário, tiver alguma dúvida não hesite em questionar através dos contactos abaixo indicados.

Caso concorde com as condições referidas e, autorize a sua participação no estudo, agradeça que assinasse este documento no espaço abaixo indicado.

Fui esclarecido (a) do tipo e objetivos do estudo, bem como dos direitos que detenho, aceitando, deste modo, preencher o documento apresentado

Nome: _____

Assinatura: _____

Terceira, _____ de _____ de 2013

Contactos: 962634204 / 295 542 659 (Joana Vaz Ázera)

jvazera@hotmail.com

APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO PARA COLHEITA DE DADOS



FERIDA MALIGNA: PREVALÊNCIA E QUALIDADE DE VIDA EM ONCOLOGIA

No contexto de desenvolvimento da dissertação do Mestrado em Feridas e Viabilidade Tecidual, na área das Feridas Malignas, solicita-se a vossa colaboração no maior conhecimento e visibilidade desta problemática. Neste sentido, pretende-se obter dados de prevalência de feridas malignas na prática directa de cuidados a doentes oncológicos adultos, bem como compreender a influência desta tipologia de ferida, dado o seu carácter multidimensional, na qualidade de vida destes doentes.

O formulário é composto por duas partes:

- Parte I, de preenchimento pelo médico responsável de serviço (subtemas devidamente identificados) e pelo enfermeiro, agrupa os seguintes temas: dados demográficos e caracterização do doente oncológico; caracterização da ferida maligna; controlo sintomático e tratamento local à ferida;

- Parte II integra seis questões sobre os efeitos psicossociais da ferida e qualidade de vida, juntamente com o questionário validado e traduzido para a população portuguesa EORTC QLQ C-30, ambos de preenchimento pelo próprio doente ou em colaboração com o enfermeiro, dependendo do grau de autonomia do mesmo.

A confidencialidade e o anonimato das informações recolhidas serão assegurados pelo processo de codificação do formulário e omissão de dados pessoais e/ou institucionais.

Agradeço desde já, a vossa disponibilidade e colaboração

Obrigada

Código N.º:

Data da Colheita: ___/___/___

Local da Colheita:

Serviço: _____

HSEIT HDESPD Hospital da Horta

PARTE I
DADOS DEMOGRÁFICOS E CARACTERIZAÇÃO DO DOENTE ONCOLÓGICO

Idade (anos): _____	Género: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Profissão: _____
Habilitações Literárias: Não sabe ler nem escrever <input type="checkbox"/> Sabe ler e escrever <input type="checkbox"/> 1º Ciclo do Ensino Básico (4ª Classe) <input type="checkbox"/> 2º Ciclo do Ensino Básico (Ciclo Preparatório) <input type="checkbox"/> 3º Ciclo do Ensino Básico (7º, 8º, 9º Anos) <input type="checkbox"/> Ensino Secundário (10º, 11º, 12º Anos) <input type="checkbox"/> Ensino Profissionalizante <input type="checkbox"/> Ensino Superior <input type="checkbox"/>	Com quem vive: Sozinho (a) <input type="checkbox"/> Com o(a) parceiro(a) <input type="checkbox"/> Com os filhos <input type="checkbox"/> Outros familiares <input type="checkbox"/> Com os amigos <input type="checkbox"/> Numa instituição <input type="checkbox"/>	Situação Profissional: Ativo <input type="checkbox"/> Desempregado (a) <input type="checkbox"/> Reformado(a) por tempo de serviço <input type="checkbox"/> Reformado(a) por questões de saúde <input type="checkbox"/> De baixa/atestado médico <input type="checkbox"/>

PATOLOGIA ONCOLÓGICA

(a preencher pelo médico)

Assinale a(s) opção(ões) válidas

1. TUMOR PRIMÁRIO

Ano de Diagnóstico: _____

Tipologia do tumor: _____

Localização: _____

2. RECIDIVA LOCAL

Ano de Diagnóstico: _____

Tipologia do tumor primário: _____

Localização: _____

3. METÁSTASES

Ano de Diagnóstico: _____

Tipologia do tumor primário: _____

Localização(ões) metastásicas: _____

SE INFILTRAÇÃO POR LINFOMA DE ORGÃOS OU TECIDO

Especifique: _____

4. NOVO TUMOR

Ano de Diagnóstico: _____

Tipologia do tumor: _____

Localização: _____

Faça corresponder a patologia oncológica relacionada com o desenvolvimento da(s) Ferida(s) Maligna(s):

(A) FERIDA MALIGNA PRINCIPAL (Doente): _____

(B) FERIDA MALIGNA PRINCIPAL (Enfermeiro): _____

ANTECEDENTES PESSOAIS/FACTORES DE RISCO

(a preencher pelo médico)

COMORBILIDADES/ FACTORES DE RISCO:	TERAPÊUTICA CONCOMITANTE NÃO ANTI-NEOPLÁSICA:
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____

FACTORES DE PROGNÓSTICO ONCOLÓGICO (a preencher pelo médico)

SISTEMAS DE ESTADIAMENTO:

SISTEMA TNM (TUMORES SÓLIDOS):

0 I II III IV

SISTEMA ANN HARBOUR (LINFOMA):

I II III IV A B

ESCALA KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS (KPS):

___ (10 - 100) (anexo I)

FASE TERAPÊUTICA

CURATIVA

PALIATIVA

SE LEUCEMIA, ESPECIFIQUE A TIPOLOGIA E SUA CLASSIFICAÇÃO/ESTADIAMENTO: _____

TRATAMENTO ANTI-NEOPLÁSICO (a preencher pelo médico)

Assinale a(s) opção(ões) válida(s)

		PRÉVIO	EM CURSO	PROGRAMADO	SEM INDICAÇÃO CLÍNICA	NÃO ACEITAÇÃO PELO DOENTE
Cirurgia	SIM/NÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quimioterapia	SIM/NÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radioterapia	SIM/NÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hormonoterapia	SIM/NÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Electroquimioterapia	SIM/NÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Imunoterapia	SIM/NÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outro:						
Qual? _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TERAPIAS COMPLEMENTARES

Relaxamento	SIM/NÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massagem	SIM/NÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aromaterapia	SIM/NÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reflexologia	SIM/NÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acunpunctura	SIM/NÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outro:						
Qual? _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EQUIPA MULTIDISCIPLINAR ENVOLVIDA NOS CUIDADOS AO DOENTE ONCOLÓGICO:

Médico	<input type="checkbox"/>	Terapeuta ocupacional	<input type="checkbox"/>
Enfermeiro	<input type="checkbox"/>	Nutricionista	<input type="checkbox"/>
Assistente Social	<input type="checkbox"/>	Capelão	<input type="checkbox"/>
Psicólogo	<input type="checkbox"/>		
Psiquiatra	<input type="checkbox"/>	Outro profissional:	<input type="checkbox"/>
Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/>	Qual? _____	

CARACTERIZAÇÃO DA FERIDA MALIGNA PRINCIPAL (A)
PARA O DOENTE ONCOLÓGICO

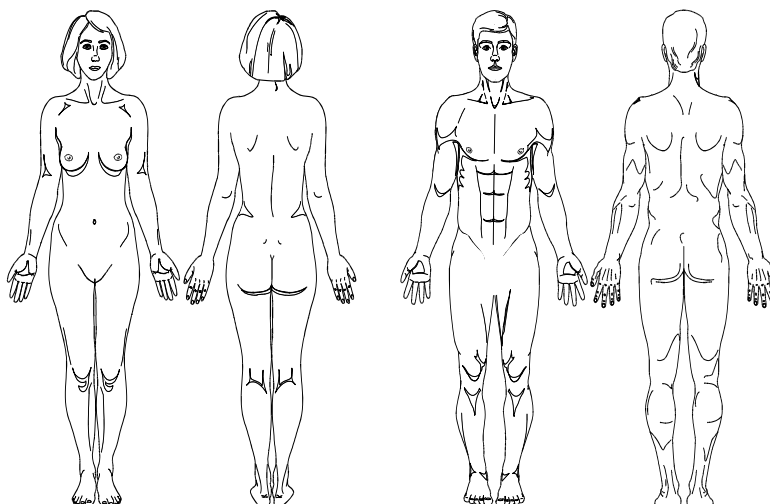
ANO DE APARECIMENTO DA FERIDA MALIGNA:

NÚMERO TOTAL DE FERIDAS MALIGNAS:

LOCALIZAÇÃO ANATÓMICA

Assinale a localização e extensão da ferida no
desenho

Confirme o local com a legenda



- Cabeça
- Pescoço
- Face
- Mama
- Tórax
- Abdómen
- Extremidades
- Genitais
- Outro:
- Qual? _____

APRESENTAÇÃO

Assinale a(s) opção(ões) válida(s)

- Proliferativa (Nodular)
- Ulcerativa
- Presença de Sínus ou Fístulas
- Outra:
- Especifique: _____

MEDIÇÃO DA FERIDA MALIGNA

Assinale a(s) opção(ões) válida(s)

Comprimento (cm): ____
Largura (cm): ____
Profundidade (cm): ____
Não mensurável

- Regular
- Irregular
- Muito extensa
- Exofítica
- Cavitária
- Outra:
- Especifique: _____

CONTROLO SINTOMÁTICO E TRATAMENTO LOCAL DA FERIDA PRINCIPAL (A)

Tecido Necrótico/Desvitalizado
 Sim Não

ESCALA DE ODOR _____

DOR NA FERIDA (Nível de 0 a 10)



Durante o dia: ____/ tratamento: ____

NÍVEL DE EXSUDADO

Abundante
 Moderado
 Escasso
 Nenhum

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

TERAPÊUTICA ANALGÉSICA/ADJUVANTE

Via Sistémica
 Via Tópica
 Ambas

PRESENÇA DE INFECÇÃO

Sim Não

RISCO DE HEMORRAGIA

Sim Não

Antibiótico Sistémico
 Antibiótico Tópico
 Antimicrobiano Tópico

Espontânea
 Mudança do Penso
 Ambas

Especifique: _____
 (se via tópica)

PRESENÇA DE PRURIDO
 Sim Não

PELE CIRCUNDANTE

1. Íntegra 2. Hiperemiada 3. Seca 4. Descamativa 5. Macerada
 6. Nódulos 7. Alergia a penso/adesivo

PRESTADOR DE CUIDADOS À FERIDA MALIGNA

ACTUAL (a) HABITUAL (h)

Utente __
 Família __
 Pessoa Significativa __
 Enfermeiro __
 Outro Prestador __
 Qual? _____

LOCAL DO TRATAMENTO
 ACTUAL (a)/HABITUAL(h)

DURAÇÃO DO TRATAMENTO

Internamento __ Ambulatório __ Domicílio __

__h__min

FREQUÊNCIA DE MUDANÇA DO PENSO

TRATAMENTO LOCAL/MATERIAL DE PENSO

Desbridamento: Cirúrgico Cortante Autolítico Enzimático

Hidrofibra
 Alginato
 Espumas de poliuretano
 Hidrocolóide
 Carvão Activado
 Películas anti-aderentes:
 - Silicone
 - Impregnada Triglicéridos
 - Impregnada Petrolato
 Transferente de exsudado
 Pensos absorventes

Prata
 Iodo
 Mel

Película filme de poliuretano
 Copolímero acrílico

Metronidazol
 Ácido Aminocapróico
 Sucralfato
 Hidrogel
 Corticóide
 Loção Calamina

Material de Estomaterapia
 Esponja hemostática

Óleos essenciais/perfumes
 Neutralizadores de Odor

Outro:
 Qual? _____

1XSem
 2XSem
 3XSem
 4XSem
 Diário
 2XDia
 3XDia
 ≥4XDia

**CARACTERIZAÇÃO DA FERIDA MALIGNA PRINCIPAL (B)
PARA O ENFERMEIRO**

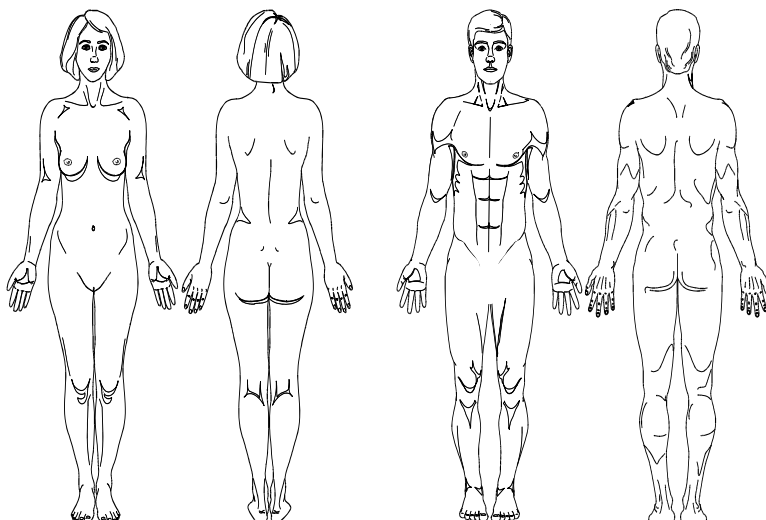
ANO DE APARECIMENTO DA FERIDA MALIGNA:

Especifique, quais os critérios que na sua perspectiva fundamentam a selecção desta ferida maligna como principal para o doente oncológico:
(máximo até 5 critérios)

LOCALIZAÇÃO ANATÓMICA

Assinale a localização e extensão da ferida no desenho

Confirme o local com a legenda



Cabeça	<input type="checkbox"/>
Pescoço	<input type="checkbox"/>
Face	<input type="checkbox"/>
Mama	<input type="checkbox"/>
Tórax	<input type="checkbox"/>
Abdómen	<input type="checkbox"/>
Extremidades	<input type="checkbox"/>
Genitais	<input type="checkbox"/>
Outro:	<input type="checkbox"/>
Qual? _____	

APRESENTAÇÃO

Assinale a(s) opção(ões) válida(s)

Proliferativa (Nodular)

Ulcerativa

Presença de Sínus ou Fístulas

Outra:


Especifique: _____

MEDIÇÃO DA FERIDA MALIGNA

Assinale a(s) opção(ões) válida(s)

Comprimento (cm): _____	Regular	<input type="checkbox"/>
Largura (cm): _____	Irregular	<input type="checkbox"/>
Profundidade (cm): _____	Muito extensa	<input type="checkbox"/>
Não mensurável <input type="checkbox"/>	Exofítica	<input type="checkbox"/>
	Cavitária	<input type="checkbox"/>
	Outra:	<input type="checkbox"/>
	Especifique: _____	

CONTROLO SINTOMÁTICO E TRATAMENTO LOCAL DA FERIDA PRINCIPAL (B)

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Tecido Necrótico/Desvitalizado</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>NÍVEL DE EXSUDADO</p> <p>Abundante <input type="checkbox"/></p> <p>Moderado <input type="checkbox"/></p> <p>Escasso <input type="checkbox"/></p> <p>Nenhum <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>PRESEÇA DE INFECCÃO</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Antibiótico Sistémico <input type="checkbox"/></p> <p>Antibiótico Tópico <input type="checkbox"/></p> <p>Antimicrobiano Tópico <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>PELE CIRCUNDANTE</p> <p>1. Íntegra 2. Hiperemiada 3. Seca 4. Descamativa 5. Macerada 6. Nódulos 7. Alergia a penso/adensivo</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>ESCALA DE ODOR _____</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>0. Odor não é sentido 1. Odor só é sentido pelo doente 2. Odor é sentido quando se troca o penso 3. Odor é sentido junto do doente ainda com penso 4. Odor é sentido na sala, quarto, enfermaria</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>RISCO DE HEMORRAGIA</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Espontânea <input type="checkbox"/></p> <p>Mudança do Penso <input type="checkbox"/></p> <p>Ambas <input type="checkbox"/></p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>DOR NA FERIDA (Nível de 0 a 10)</p>  <p>Durante o dia: ___/ tratamento: ___</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>TERAPÉUTICA ANALGÉSICA/ADJUVANTE</p> <p>Via Sistémica <input type="checkbox"/></p> <p>Via Tópica <input type="checkbox"/></p> <p>Ambas <input type="checkbox"/></p> <p>Especifique: _____ (se via tópica)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>PRESEÇA DE PRURIDO</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>PRESTADOR DE CUIDADOS À FERIDA MALIGNA</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">ACTUAL (a)</td> <td style="width: 50%;">HABITUAL (h)</td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p>Utente __</p> <p>Família __</p> <p>Pessoa Significativa __</p> <p>Enfermeiro __</p> <p>Outro Prestador __</p> <p>Qual? _____</p> </div> </div>	ACTUAL (a)	HABITUAL (h)	
ACTUAL (a)	HABITUAL (h)				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>LOCAL DO TRATAMENTO ACTUAL (a)/HABITUAL(h)</p> <p>Internamento __ Ambulatório __ Domicílio __</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>DURAÇÃO DO TRATAMENTO</p> <p>___h___min</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>FREQUÊNCIA DE MUDANÇA DO PENSO</p> <p>1XSem <input type="checkbox"/></p> <p>2XSem <input type="checkbox"/></p> <p>3XSem <input type="checkbox"/></p> <p>4XSem <input type="checkbox"/></p> <p>Diário <input type="checkbox"/></p> <p>2XDia <input type="checkbox"/></p> <p>3XDia <input type="checkbox"/></p> <p>≥4XDia <input type="checkbox"/></p> </div>			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>TRATAMENTO LOCAL/MATERIAL DE PENSO</p> <p>Desbridamento: Cirúrgico <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Autolítico <input type="checkbox"/> Enzimático <input type="checkbox"/></p> </div> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Hidrofibra <input type="checkbox"/></p> <p>Alginato <input type="checkbox"/></p> <p>Espumas de poliuretano <input type="checkbox"/></p> <p>Hidrocolóide <input type="checkbox"/></p> <p>Carvão Activado <input type="checkbox"/></p> <p>Películas anti-aderentes: <input type="checkbox"/></p> <p>- Silicone <input type="checkbox"/></p> <p>- Impregnada Triglicéridos <input type="checkbox"/></p> <p>- Impregnada Petrolato <input type="checkbox"/></p> <p>Transferente de exsudado <input type="checkbox"/></p> <p>Penso absorventes <input type="checkbox"/></p> </div> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Prata <input type="checkbox"/></p> <p>Iodo <input type="checkbox"/></p> <p>Mel <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Película filme de poliuretano <input type="checkbox"/></p> <p>Copolímero acrílico <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Material de Estomaterapia <input type="checkbox"/></p> <p>Esponja hemostática <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Óleos essenciais/perfumes <input type="checkbox"/></p> <p>Neutralizadores de Odor <input type="checkbox"/></p> </div> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Metronidazol <input type="checkbox"/></p> <p>Ácido Aminocapróico <input type="checkbox"/></p> <p>Sucralfato <input type="checkbox"/></p> <p>Hidrogel <input type="checkbox"/></p> <p>Corticóide <input type="checkbox"/></p> <p>Loção Calamina <input type="checkbox"/></p> </div> <p>Outro: <input type="checkbox"/></p> <p>Qual? _____</p> </td> </tr> </table>			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Hidrofibra <input type="checkbox"/></p> <p>Alginato <input type="checkbox"/></p> <p>Espumas de poliuretano <input type="checkbox"/></p> <p>Hidrocolóide <input type="checkbox"/></p> <p>Carvão Activado <input type="checkbox"/></p> <p>Películas anti-aderentes: <input type="checkbox"/></p> <p>- Silicone <input type="checkbox"/></p> <p>- Impregnada Triglicéridos <input type="checkbox"/></p> <p>- Impregnada Petrolato <input type="checkbox"/></p> <p>Transferente de exsudado <input type="checkbox"/></p> <p>Penso absorventes <input type="checkbox"/></p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Prata <input type="checkbox"/></p> <p>Iodo <input type="checkbox"/></p> <p>Mel <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Película filme de poliuretano <input type="checkbox"/></p> <p>Copolímero acrílico <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Material de Estomaterapia <input type="checkbox"/></p> <p>Esponja hemostática <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Óleos essenciais/perfumes <input type="checkbox"/></p> <p>Neutralizadores de Odor <input type="checkbox"/></p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Metronidazol <input type="checkbox"/></p> <p>Ácido Aminocapróico <input type="checkbox"/></p> <p>Sucralfato <input type="checkbox"/></p> <p>Hidrogel <input type="checkbox"/></p> <p>Corticóide <input type="checkbox"/></p> <p>Loção Calamina <input type="checkbox"/></p> </div> <p>Outro: <input type="checkbox"/></p> <p>Qual? _____</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Hidrofibra <input type="checkbox"/></p> <p>Alginato <input type="checkbox"/></p> <p>Espumas de poliuretano <input type="checkbox"/></p> <p>Hidrocolóide <input type="checkbox"/></p> <p>Carvão Activado <input type="checkbox"/></p> <p>Películas anti-aderentes: <input type="checkbox"/></p> <p>- Silicone <input type="checkbox"/></p> <p>- Impregnada Triglicéridos <input type="checkbox"/></p> <p>- Impregnada Petrolato <input type="checkbox"/></p> <p>Transferente de exsudado <input type="checkbox"/></p> <p>Penso absorventes <input type="checkbox"/></p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Prata <input type="checkbox"/></p> <p>Iodo <input type="checkbox"/></p> <p>Mel <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Película filme de poliuretano <input type="checkbox"/></p> <p>Copolímero acrílico <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Material de Estomaterapia <input type="checkbox"/></p> <p>Esponja hemostática <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Óleos essenciais/perfumes <input type="checkbox"/></p> <p>Neutralizadores de Odor <input type="checkbox"/></p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Metronidazol <input type="checkbox"/></p> <p>Ácido Aminocapróico <input type="checkbox"/></p> <p>Sucralfato <input type="checkbox"/></p> <p>Hidrogel <input type="checkbox"/></p> <p>Corticóide <input type="checkbox"/></p> <p>Loção Calamina <input type="checkbox"/></p> </div> <p>Outro: <input type="checkbox"/></p> <p>Qual? _____</p>			

Código N.º:

PARTE II

EFEITOS PSICOSSOCIAIS DA FERIDA E QUALIDADE DE VIDA

Solicita-se primeiramente o preenchimento do questionário de qualidade de vida EORTC QLQ-C30 (*anexo II*).

Seguem-se as seguintes questões que pretendem dar a conhecer, qual a sua opinião, face à presença e vivência da ferida no seu dia a dia. Assinale com um círculo, a opção de resposta que considera mais adequada à sua experiência pessoal.

FERIDA PRINCIPAL A: _____

	Muito Negativamente	Negativamente	Nem Positivamente/ Nem Negativamente	Positivamente	Muito Positivamente
Como a ferida influencia nas suas Actividades de Vida?	1	2	3	4	5
Em que medida, a ferida influencia a sua Imagem corporal?	1	2	3	4	5
Em que medida, o penso realizado à ferida influencia o seu sentido de Conforto e Segurança?	1	2	3	4	5
Em que medida, o penso realizado à ferida influencia o seu sentido de Estética/Cosmética?	1	2	3	4	5
Em que medida, a ferida influencia o seu Grau de Autonomia/Independência?	1	2	3	4	5
Em que medida, a ferida influencia as suas Relações Interpessoais (Família/Amigos)?	1	2	3	4	5

FERIDA PRINCIPAL B: _____
(se aplicável)

Como a ferida influencia as suas Actividades de Vida?	1	2	3	4	5
Em que medida, a ferida influencia a sua Imagem corporal?	1	2	3	4	5
Em que medida, o penso realizado à ferida influencia o seu sentido de Conforto e Segurança?	1	2	3	4	5
Em que medida, o penso realizado à ferida influencia o seu Sentido de Estética/Cosmética?	1	2	3	4	5
Em que medida, a ferida influencia o seu Grau de Autonomia/Independência?	1	2	3	4	5
Em que medida, a ferida influencia as suas Relações Interpessoais (Família/Amigos)?	1	2	3	4	5

