



WHITE PAPER

FERIDAS NA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

PRODUZIDO POR:

Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas (APTferidas)

TÍTULO:

FERIDAS NA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

Este documento de consenso foi produzido pela APTferidas.

Os pontos de vista expressos nesta publicação são da inteira responsabilidade dos seus respetivos autores.

AUTORES:

Ana Rocha – IPOCFG, EPE - Serviço de Cuidados Paliativos | Grupo de Feridas

Helena Vicente – IPOLFG, EPE - Consulta Multidisciplinar de Estudo e Tratamento de Feridas

Marisa Matos – IPOCFG, EPE - Serviço de Radioterapia Externa

Paulo Ramos – ARS Norte – USF Corino de Andrade, Póvoa de Varzim

Sara Carvalho – IPOLFG, EPE - Serviço Cirurgia Geral / Outros Tumores Sólidos | Consulta Multidisciplinar de Estudo e Tratamento de Feridas

Sylvie Gomes – IPOCFG, EPE - Serviço de Radioterapia | Grupo de Feridas

REVISORES:

Dora Franco – IPOLFG, EPE - Consulta Multidisciplinar de Estudo e Tratamento de Feridas

Paulo Alves – Universidade Católica Portuguesa | Instituto Ciências da Saúde, Porto

ESTE DOCUMENTO DEVE SER CITADO:

Vicente, H.; Rocha, A.; Ramos, P.; Matos, M.; Gomes, S.; Carvalho, S. FERIDAS NA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA. Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas 2023. ISBN 978-989-53418-4-9

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

assessoria@aptferidas.com

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1. CUIDADOS PALIATIVOS - DESMISTIFICANDO O CONCEITO	4
1.1. CUIDADOS PALIATIVOS, O QUE SÃO?	4
1.2. A QUEM SE DIRIGEM OS CUIDADOS PALIATIVOS?	4
1.3. CUIDADOS PALIATIVOS SIGNIFICAM O FIM DE VIDA?	4
1.4. ONDE E POR QUEM SÃO PRESTADOS OS CUIDADOS PALIATIVOS?	4
2. FERIDAS EM CUIDADOS PALIATIVOS	5
2.1. A VULNERABILIDADE CUTÂNEA COMO CONDIÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE FERIDAS EM CUIDADOS PALIATIVOS - O QUE É RELEVANTE?	5
2.2. QUAIS SÃO AS FERIDAS MAIS FREQUENTES NA PESSOA EM CONDIÇÃO PALIATIVA?	6
2.3. HÁ FERIDAS RELACIONADAS COM O FIM DE VIDA DA PESSOA?	6
2.4. AS FERIDAS DA PESSOA EM CUIDADOS PALIATIVOS PODEM CICATRIZAR?	8
3. O QUE DEVO TER EM CONTA PARA A TOMADA DE DECISÃO NO TRATAMENTO DE FERIDAS EM CUIDADOS PALIATIVOS?	8
4. PLANO DE CUIDADOS LOCAIS (NA MANUTENÇÃO DA INTEGRIDADE CUTÂNEA) E CONTROLO DE SINTOMAS	11
4.1. QUE CUIDADOS À PELE?	11
4.2. COMO CONTROLAR A DOR?	11
4.3. COMO CONTROLAR O ODORE?	12
4.4. O DESBRIDAMENTO É SEMPRE ÚTIL?	12
4.5. TERAPIA EM MEIO HÚMIDO OU EM MEIO SECO?	13
4.6. O QUE DEVEMOS TER EM CONTA NA ESCOLHA DOS MATERIAIS NESTE CONTEXTO?	13
5. AS ÚLCERAS POR PRESSÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS	13
5.1. QUAL A MELHOR ABORDAGEM PREVENTIVA DE ÚLCERA POR PRESSÃO?	14
5.2. AS ÚLCERAS POR PRESSÃO NA PESSOA EM CUIDADOS PALIATIVOS. QUE GANHOS NA CICATRIZAÇÃO?	14
5.3. FERIDAS EM CUIDADOS PALIATIVOS NA COMUNIDADE. QUE DIFICULDADES?	15
5.4. QUAL O IMPACTO DA FERIDA NA PESSOA EM CUIDADOS DOMICILIÁRIOS?	15
5.5. COMO ELABORAR UM PLANO DE CUIDADOS PARA A PESSOA COM FERIDA NO DOMÍLIO?	15
6. A PESSOA COM FERIDA EM SITUAÇÃO PALIATIVA E O PROFISSIONAL. IMPORTA REFLETIR?	15
CONCLUSÃO	16
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17
INFOGRAFIA	20

INTRODUÇÃO

A pele que espelha a saúde humana vai registrando no corpo da pessoa as marcas do avanço da sua doença. Cuidar de uma pessoa com feridas, na fase paliativa da doença, reveste-se de complexidade, não só pelas inerentes e esperadas dificuldades na cicatrização, como também pelas suas múltiplas necessidades. Importa assim que o profissional, numa visão holística, tenha um papel agregador entre a pessoa, família e cuidados de saúde, permitindo a vivência desta fase de fim de vida com conforto.

Mas será que os profissionais de saúde estão sensibilizados e treinados para uma abordagem às feridas nesta fase complexa e dinâmica? Que mudanças podemos observar na pele de uma pessoa em fim de vida? O que muda na abordagem da pessoa com ferida em cuidados paliativos (CP)? É consensual de que o *outcome* dos cuidados é o conforto, mas na prática estaremos preparados para evitar a implementação de terapêuticas agressivas e/ou a obstinação terapêutica que não servem esse propósito?

Numa perspetiva da prática clínica baseada na evidência, surge este white paper cuja finalidade é explorar esta área de intervenção e dar resposta a estas e tantas outras questões.

Em termos estruturais foi privilegiada a metodologia de pergunta - resposta, com apresentação dos conteúdos científicos mais relevantes e descrição de casos clínicos e as fotos. Não obstante a multiplicidade de particularidades, neste universo auspiciamos que este white paper contribua para o desenvolvimento técnico e científico dos profissionais de saúde e, simultaneamente, alicerce a tomada de decisão.

Tendo presente que, em 2021, a APTFeridas lançou o white paper "(Des)cobrir a ferida maligna", embora característica deste âmbito de cuidados, a ferida maligna não será abordada no presente documento.

*"A nossa peça define a
unicidade/singularidade da pessoa que
se completa num todo (o puzzle).*

A luz, símbolo do nosso foco e de esperança.

O coração, símbolo de atenção, de conforto.

*A mão que toca a peça, símbolo do
nosso cuidado."*

Rocha, Ana (2023)

ESTE DOCUMENTO TEM COMO OBJETIVOS:

- Compreender as alterações cutâneas características da pessoa em fim de vida;
- Sensibilizar para a importância da promoção do conforto da pessoa/família no âmbito dos cuidados paliativos;
- Potenciar o conhecimento dos profissionais de saúde para a tomada de decisão nos cuidados à pessoa com ferida e família em contexto de cuidados paliativos.

VOU CUIDAR DE UMA PESSOA EM CUIDADOS PALIATIVOS COM FERIDA... O QUE DEVO SABER?

1. Cuidados paliativos - Desmistificando o conceito

1.1. Cuidados paliativos, o que são?

Os CP são cuidados de saúde centrados nas necessidades da pessoa com doença incurável, avançada e progressiva, que intervêm no alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, visando maximizar e preservar a qualidade de vida (QV) da pessoa doente e da sua família (1, 2). Devem surgir desde o diagnóstico da doença crónica e progressiva, e não apenas nos últimos dias ou semanas de vida (fim de vida). Os CP são cuidados de saúde holísticos, ativos, necessários para as pessoas de todas as idades em sofrimento (e suas famílias) por todos os tipos de doenças graves / crónicas / complexas / progressivas em todos os ambientes de cuidados (3). A sua intervenção alicerça-se em quatro pilares de igual importância: a comunicação, o controlo de sintomas, o apoio à família antes e depois da morte (na fase do luto) e o trabalho de equipa (4).

1.2. A quem se dirigem os cuidados paliativos?

Os CP aplicam-se precoce e atempadamente no curso das doenças crónicas, complexas ou limitantes da vida, em conjugação com terapias modificadoras da doença ou potencialmente curativas, ao longo do ciclo vital para recém-nascidos, crianças, jovens, adultos e idosos com problemas de saúde graves, congénitos ou adquiridos. Neste âmbito integram-se sobretudo as pessoas com patologia avançada do foro oncológico; em fase de final de vida, que tenham doença crónica debilitante, doença avançada com falência de órgão major (e.g. rins, fígado, pulmão e coração); pessoas com doenças neurológicas degenerativas; com doenças congénitas e HIV-SIDA. Ainda pessoas idosas e com fragilidade;

pessoas com distúrbios psicossociais complexos, diminuição da capacidade de autocuidado e controlo sintomático de feridas altamente complexas com potencial de cura ou de manutenção (5, 6).

1.3. Cuidados paliativos significam o fim de vida?

Não! Existem pessoas que são acompanhadas em CP durante anos, logo, não são unicamente cuidados prestados em fim de vida ou dirigidos somente a pessoas em situação terminal. A pessoa em condição paliativa pode vivenciar 4 fases como descrito na Tabela 1 (7).

1.4. Onde e por quem são prestados os cuidados paliativos?

Os CP especializados são um dos componentes do Serviço Nacional de Saúde, que se integram nos cuidados de saúde primários através da visita domiciliária e consulta (Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos), nos cuidados de saúde hospitalares na modalidade de Internamento ou em Ambulatório (Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos, Unidades de Internamento, Consulta Externa e Hospital de Dia de Cuidados Paliativos) e nos cuidados continuados integrados (em unidades de internamento de baixa complexidade) (3, 4).

"OS CP SÃO CUIDADOS DE SAÚDE HOLÍSTICOS, ATIVOS, NECESSÁRIOS PARA AS PESSOAS DE TODAS AS IDADES EM SOFRIMENTO (E SUAS FAMÍLIAS) POR TODOS OS TIPOS DE DOENÇAS GRAVES / CRÓNICAS / COMPLEXAS / PROGRESSIVAS EM TODOS OS AMBIENTES DE CUIDADOS (3)."

TABELA 1. Fases do processo de doença da pessoa acompanhada em cuidados paliativos

FASE DO PROCESSO DE DOENÇA	DURAÇÃO	PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE	MOBILIDADE DA PESSOA	OBJETIVO DO TRATAMENTO PALIATIVO	PRINCÍPIOS ORIENTADORES DO CUIDADO
REABILITATIVA/ ESTÁVEL	Meses/anos	70-100	Mantida	Restaurar autonomia Controlo de sintomas	Possibilidade de manutenção e tratamento ativo à doença
PRÉ-TERMINAL/ TRANSITÓRIA	Semanas/meses	40-60	Limitada	Qualidade de Vida Controlo sintomático	Apoio social
TERMINAL	Dias/semanas	10-40	Muito limitada Maior parte tempo sentado ou acamado	Máximo conforto	Expetativas realistas Reduzir impacto da doença
FINAL DE VIDA	Horas/dias	<10	Essencialmente acamado	Cuidados ativos de conforto	Valorizar a pessoa, aceitar a finitude Aliviar desconforto Apoiar a família

Adaptado de (7, 8)

2. Feridas em cuidados paliativos

Feridas em cuidados paliativos remete-nos para uma noção de “abordagem paliativa” das feridas. Mas qual é o seu significado? Tendo presente o conceito de CP, a resposta advém primeiramente de outra questão que o profissional deve colocar a si mesmo: A qualidade de vida da pessoa melhora significativamente se a ferida cicatrizar? Se a resposta for não, deve-se considerar uma abordagem paliativa da ferida, ou seja, o controle dos seus sintomas, visando primeiramente o conforto da pessoa. Subjacente a esta decisão está o facto de que, quando esta se encontra numa fase avançada de doença, enfrenta sinais e sintomas graves, pelo que no caso em que se prevê que a cicatrização da ferida prejudique a sua QV, esta deverá naturalmente passar para um segundo plano (9).

2.1. A vulnerabilidade cutânea como condição para o desenvolvimento de feridas em cuidados paliativos. O que é relevante?

Importa salientar que a pessoa em CP é considerada de maior risco para o desenvolvimento de feridas, nomeadamente pela vulnerabilidade cutânea em que se encontra.

2.1.1. A dermatoporse

A dermatoporse é um termo que abrange todos os aspetos relacionados com a síndrome de fragilidade da pele, isto é a sua perda de função, eventualmente com a sua ruptura e perda dos mecanismos protetores (9, 10). Pode estar relacionada com o envelhecimento cronológico (Figura 1), mas também com a exposição da pele a outros fatores como a radiação ultravioleta; corticoterapia; anticoagulantes; falência renal crónica, entre outros. Importa ainda sublinhar que pode ser descrita por quatro graus clínicos distintos:

Grau I - Presença de atrofia da pele, púrpura senil e pseudo cicatrizes.

Grau II - Para além das lesões anteriores, lacerações cutâneas.

Grau III - Lacerações cutâneas maiores e mais numerosas, envolvendo todo o membro, e atraso da cicatrização.

Grau IV - Lesões avançadas que levam à dissecação de hematomas, que podem resultar em necrose da pele.

(9, 10)

FIGURA 1. Mão de uma idosa de 93 anos



A pessoa que se encontra num processo avançado de doença e com um longo decurso de tratamentos, muito provavelmente, a sua pele tem sido exposta a inúmeros fatores de risco intrínsecos e extrínsecos para dermatoporse (e.g. idade avançada, imobilidade, desnutrição, polimedicação).

2.1.2. Quebras cutâneas ou skin tears

Associadas à questão da fragilidade cutânea e também à dermatoporse, existem as *skin tears* - feridas traumáticas causadas por forças mecânicas, incluindo a remoção de adesivos (12, 13). A pessoa em situação paliativa, com dermatoporse e vulnerabilidade cutânea tem grande suscetibilidade para o desenvolvimento destas lesões à menor força e trauma, tal como o caso da Figura 2.

FIGURA 2. Braço de homem com 78 anos, com doença hematológica prolongada e avançada, dependente de suporte transfusional e sob anticoagulantes



Sublinha-se que as *skin tears*, apesar de superficiais, podem ser feridas muito dolorosas e que, conjuntamente com as UPP, são as mais comuns na pessoa em situação paliativa (11).

Não querendo desenvolver este tema, pois está disponível na mais recente literatura (12-14), sublinha-se a necessidade de se tomarem as medidas necessárias para a preservação da integridade cutânea. Estas incluem: otimização dos cuidados de higiene e hidratação da pele; prevenção de traumatismos e ainda otimização da abordagem das *skin tears*, se elas existirem. Recomenda-se consultar o documento intitulado “PELE: Templo que nos identifica e protege”, disponível no website APTFeridas (10).

2.2. Quais são as feridas mais frequentes na pessoa em condição paliativa?

Apesar da carência de investigação nesta temática, onde Portugal não é exceção, existe um estudo realizado no Canadá, em 2008, que documenta a monitorização da pele de 531 pessoas em situação paliativa (doença oncológica e não oncológica) durante 19 dias, tendo sido identificadas 2102 feridas, pré-existentes ou desenvolvidas durante o período do estudo (11) (Tabela 2). Estes resultados estão em consonância com a perceção da nossa prática clínica.

TABELA 2. Etiologias de feridas presentes em 531 doentes em cuidados paliativos

ETIOLOGIA	%
Úlceras por pressão	60,56
Feridas traumáticas	12,87
Feridas malignas	7,31
Ostomias	7,17
Úlceras venosas	3,06
Pé diabético	3,00
Feridas iatrogênicas	2,70
Feridas infecciosas/inflamatórias	2,33
Feridas arteriais	1,00

In Maida, V. Ennis, M., Kuziemyky C (2009)

NOTA: Na categoria de feridas traumáticas, os autores incluíram abrasões, lacerações, hematomas e/ou equimoses severas.

2.3. Há feridas relacionadas com o fim de vida da pessoa?

Se considerarmos uma tipologia de feridas específica e característica da terminalidade da pessoa, a resposta é **sim**. Efetivamente existe a possibilidade de surgirem lesões da pele (e/ou feridas) diretamente relacionadas com o processo de morte (15).

Neste contexto, surge o conceito de **skin failure** – Falência da pele que, apesar de alguma controvérsia, é definido como um evento em que a pele e os tecidos subjacentes morrem devido à hipoperfusão que ocorre concomitantemente com

a disfunção ou falha de outros órgãos. A pele recebe até um terço do volume de sangue circulante do corpo, e acredita-se que a falha da pele ocorre quando o sangue é desviado do tecido periférico para os órgãos vitais, como coração, pulmões e rins (15). As lesões associadas à falência da pele são inevitáveis, mesmo dispondo de cuidados à pele de qualidade, e acontecem nos dias finais de vida evidenciando-se por alterações cutâneas que surgem rapidamente em dias ou mesmo horas (11, 15). Ainda associado a este fenómeno existe o termo **SCALE – Skin Change At Life's End**, que corresponde às mudanças da pele resultantes do processo de morte e que afetam a pele e os tecidos, com alterações objetivas da pele como a cor, turgor ou integridade, ou alterações subjetivas com sintomas localizados de dor (15). Estas alterações são também elas inevitáveis e acontecem mesmo com intervenções de cuidados adequadas.

Uma vez que o termo “inevitável” surge muitas vezes associado ao aparecimento de feridas em contexto de CP, importa clarificar dois conceitos: **evitável versus inevitável**. Nesse sentido, e tendo em conta que a literatura sobre este assunto se refere às Úlceras por Pressão (UPP), os exemplos escolhidos serão com UPP, não obstante, entende-se que seja adequado o exercício de transpor esse conhecimento para a generalidade de outras feridas (Quadro 1).

Apesar de este tema das alterações da pele em pessoas em fim de vida carecer ainda de muita investigação, a literatura identifica as Úlceras Terminais de Kennedy (UTK) e as *Trombley-Brennam Terminal Tissue Injury* (TB-TTI), como estando associadas à terminalidade da pessoa, sendo inevitáveis e que importa não serem confundidas com UPP (15, 16).

2.3.1. Úlceras Terminais de Kennedy

A UTK foi notificada pela primeira vez por Karen Kennedy, em 1983, numa unidade de cuidados nos Estados Unidos, embora tivesse sido já identificada em descritos na literatura, em 1877, por Jean Charcot, como “*Decubitus Ominosus*” (18). É uma forma de UPP inevitável e pode ocorrer em pessoas que se aproximam do fim da vida (16, 18, 19).

2.3.1.1. Qual a etiologia das Úlceras Terminais de Kennedy?

A etiopatogenia da UTK não é clara. Sugere-se, no entanto, a hipótese da sua etiologia ser intrínseca e atribuída à má perfusão sanguínea ou ter origem neuropática, como resultado de uma falência da pele pela condição crítica de saúde da pessoa.

QUADRO 1. Conceitos de Úlcera por Pressão inevitável e Úlcera por Pressão evitável

<h3 style="margin: 0;">UPP INEVITÁVEL</h3> <p style="margin: 0;">AQUELA QUE SE DESENVOLVE, APESAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> da condição clínica do indivíduo, bem como os fatores de risco, terem sido avaliados; <input checked="" type="checkbox"/> das intervenções terem sido definidas, implementadas e serem consistentes com as necessidades individuais, metas e padrões reconhecidos da prática; <input checked="" type="checkbox"/> do impacto das intervenções ter sido monitorizado e avaliado e as abordagens revistas como apropriadas. <p style="text-align: right; margin: 0;">(15-17)</p>	VS.	<h3 style="margin: 0;">UPP EVITÁVEL</h3> <p style="margin: 0;">AQUELA QUE SE DESENVOLVE QUANDO NÃO FOI FEITA UMA OU MAIS DESTAS AÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Avaliação das condições clínicas do indivíduo e dos fatores de risco, definição e implementação de intervenções consistentes com as necessidades individuais, metas e padrões reconhecidos da prática; <input checked="" type="checkbox"/> Monitorização e avaliação do impacto das intervenções e revisão das abordagens como apropriadas. <p style="text-align: right; margin: 0;">(15-17)</p>
---	-----	---

De facto, em resultado da imobilidade aumentada e da falência multiorgânica, decorre a insuficiência cutânea, consequente da má perfusão sanguínea agravada pelo processo de morte. Considera-se ainda que a UTK seja mais frequente em pessoas em situação terminal com condições de insuficiência respiratória; diabetes *mellitus*; hipoalbuminemia; hipoxemia; doença renal ou insuficiência de dois ou mais sistemas de órgão além da pele (16, 18-20).

2.3.1.2. O que caracteriza as Úlceras Terminais de Kennedy?

A literatura é unânime em considerar que a UTK está associada à terminalidade (estado clínico grave e irreversível) da pessoa, descrevendo-a como tendo evolução rápida e súbita, sublinhando a inevitabilidade do seu aparecimento (16, 18, 19, 21). Existem várias apresentações de UTK.

- A **UTK**, na sua versão clássica definida por Kennedy (Figura 3), surge geralmente em forma de uma pera, borboleta ou ferradura, com uma variação de cores (e.g. amarelo; vermelho; roxo; azul; púrpura ou preto) e localizam-se predominantemente na região sacral e coccígea, mas pode ser evidenciada em outras áreas (e.g. calcanhares e músculos posteriores da perna) (15, 16, 19-21). A sua aparência inicial é de abrasão ou flictena e pode possuir bordos irregulares, dispor de um tecido endurecido, necrótico e/ou odor fétido.

FIGURA 3. Úlceras Terminais de Kennedy na região sacrococcígea em forma de pera



- O **“Síndrome 3:30”**, uma versão mais agressiva de UTK (Figura 4). Assumi este nome porque, tal como referido num artigo, a enfermeira ao observar a pele da pessoa de manhã não identificava alterações e às 3h30 da tarde, quando voltava a observá-lo, já identificava uma mácula pequena e negra unilateral na nádega que se desenvolvia em 6-8 horas. Este facto estava ainda associado ao falecimento da pessoa, no máximo em 24 horas (16).

FIGURA 4. Síndrome 3:30



Reforça-se uma vez mais que, apesar de todos os cuidados de prevenção, estas lesões surgem inevitavelmente como mudanças da fisiologia da pele no fim da vida e como prenúncio de que a morte ocorrerá em poucas horas ou dias.

As UTK e o Síndrome 3:30 têm características específicas que estão descritas na Infografia (consultar página 20).

2.3.1.3. As Úlceras Terminais de Kennedy e as Úlceras por Pressão são entidades diferentes. Como diferenciá-las?

Considerando que as UTK estão relacionadas com o contexto de CP e de natureza inevitável, e também no sentido de salvaguardar as responsabilidades dos profissionais, elas devem ser distinguidas do universo das UPP (consultar Infografia).

2.3.1.4. Como se pode prevenir as Úlceras Terminais de Kennedy?

A maioria das revisões científicas e recomendações publicadas sobre prevenção de UTK são limitadas à opinião de especialistas e estudos de caso, pelo que mais pesquisas são necessárias sobre as causas subjacentes, identificação consistente e prevenção. Não obstante poderem enquadrar-se num caráter de inevitabilidade, recomenda instituir-se uma estratégia de prevenção semelhante à das UPP descritas mais à frente (22).

"(...) ESTAS LESÕES SURGEM
INEVITAVELMENTE COMO
MUDANÇAS DA FISIOLOGIA DA
PELE NO FIM DA VIDA E COMO
PRENÚNCIO DE QUE A MORTE
OCORRERÁ EM POUCAS HORAS
OU DIAS."

2.3.2. Trombley-Brennam Terminal Tissue Injury

2.3.2.1. O que são as Trombley-Brennan Terminal Tissue Injury?

As TB-TTI surgem em pessoas em fim de vida, tendo sido descritas na literatura pela primeira vez, em 2010, por Mary R Brennan e Kathy Trombley (23).

São alterações cutâneas sob a forma de descoloração, que surgem espontaneamente horas ou dias antes da morte e com uma rápida progressão. Aparecem em áreas de pouca ou nenhuma pressão, sendo possível observar-se uma imagem em espelho (23, 24). Num estudo observacional de 12 meses numa unidade de CP, encontrou-se uma prevalência de 5% de lesões de TB-TTI (24).

2.3.2.2. Qual a etiologia das Trombley-Brennan Terminal Tissue Injury?

A sua etiologia parece estar relacionada com a hipoperfusão e a rutura de vasos superficiais, relacionada com a falência de órgãos no final da vida (25). Trombley *et al.* (2012) descrevem, num estudo, que 75% das pessoas morreram 72 horas após a identificação das primeiras lesões (26).

2.3.2.3. O que caracteriza as Trombley-Brennan Terminal Tissue Injury?

As TB-TTI apresentam-se sob a forma de descoloração rosa, roxa ou vermelha (16, 23, 25, 27), semelhante a um hematoma, em forma de borboleta ou apresentação linear (23, 24). O seu aparecimento é súbito com a elevação da superfície da pele (23, 24), no entanto, não evolui para perda de integridade cutânea ao contrário das UTK (23, 24). Podem surgir na região sacrococcígea ou em proeminências ósseas, embora haja também referência da sua existência em extremidades e tronco (Figura 5). Quando surgem nas extremidades, apresentam uma trajetória ascendente (23) (Figura 6) (Consultar Infografia).

Investigadores concluíram que as TB-TTI não estão associadas à pressão, são inevitáveis e irreversíveis (e.g. ocorrem apesar das medidas preventivas), podendo nesse sentido ser utilizadas como indicador de morte iminente (15, 26).

FIGURA 5. Trombley-Brennan Terminal Tissue Injury no tronco



FIGURA 6. Trombley-Brennan Terminal Tissue Injury nos membros inferiores



2.4. As feridas de uma Pessoa em cuidados paliativos podem cicatrizar?

Apesar das feridas em CP geralmente serem consideradas não cicatrizáveis, há doentes em CP com feridas em manutenção ou mesmo cicatrizáveis (10). Relembrando a amplitude do processo de CP, é fácil compreender que, se a ferida surgir na pessoa uma fase de estabilidade da doença e havendo condições para a cicatrização internas (e.g. perfusão tecidual) e externas (e.g. recursos terapêuticos), esta pode ocorrer.

Cuidar de uma pessoa com feridas em CP não significa que se desista dela e da ferida. Aliás, estudos mostram que aproximadamente 50% das pessoas que recebem tratamento paliativo de feridas atingem a cicatrização da ferida (12).

Na verdade, nas pessoas com ferida em contexto de CP, mantendo os cuidados centrados no conforto, quatro realidades podem acontecer: não cicatrização; cicatrização completa; melhoria clínica (cicatrização parcial) ou estabilização da ferida.

3. O que devo ter em conta para a tomada de decisão no tratamento de feridas em cuidados paliativos?

Até ao momento, não existem *guidelines* específicas na abordagem de feridas não cicatrizáveis. Existem sim conceitos chave baseados na literatura e na opinião de peritos sobre CP, que podem ser transpostos para este assunto (13). Importa ainda realçar a importância do conhecimento empírico, *expertise* e sensibilidade bioética dos profissionais de saúde que cuidam destas pessoas.

Por detrás da tomada de decisão, existe um processo de avaliação global e contínua da situação da pessoa (14), onde, num trabalho interdisciplinar, se encontram respostas face a necessidades complexas, consideradas fundamentais, tal como ilustrado no caso clínico abaixo identificado (Caso Clínico 1).

CASO CLÍNICO 1

Pessoa do género masculino de 75 anos com UPP na zona trocantérica direita.

O que saber?

Dados mínimos para iniciar plano de cuidado.

Neoplasia pulmão avançada, múltiplas metástases ósseas, tendo ficado paraplégico há 2 meses. Sob imunoterapia paliativa. A posição de conforto é sob o decúbito lateral direito.

Fase doença?

Pré terminal/Transitória

Emagrecimento constante e progressivo ao longo da doença. Anorexia, com redução significativa da ingestão. Suplementado com apoio de nutricionista. Sem aparente compromisso da oxigenação.

Existe condição da pessoa para cicatrização?

Talvez haja alguma capacidade.

Os 3 filhos e o pai (viúvo) decidiram que esta ficaria na casa do filho mais velho (com mais condições físicas) que, assumindo o papel de cuidador, acompanha o processo de doença. Suporte da equipa médica do hospital não especializada em CP, e que até ao momento tem dado resposta às necessidades médicas. Manter comunicação dirigida à avaliação da perceção Pessoa/cuidador sobre conhecimento/aceitação da fase de doença.

Existe um plano de cuidados paliativos?

Não parece haver propriamente um plano de CP mas sim alguns recursos que poderão ser trabalhados.

Cuidador focado na UPP, pede intervenção da enfermagem para a cicatrização, que acredita ser possível. Insistente com o pai a manter-se noutros decúbitos ou sentado na cadeira de rodas. Diz sentir-se responsável pela UPP. Pessoa alheada do problema da UPP e com preferência por se manter sempre deitada na sua posição de conforto (por cima da UPP). Gosta de se manter quieta.

Qual a relevância da ferida e quais as expectativas de cicatrização?

Para a Pessoa: não dá importância.
Para o cuidador: Sentimentos de culpa e expectativas que podem não ser cumpridas.

A pessoa tem outras necessidades que colidem com a cicatrização da ferida?

Sim, gosta de se manter na posição de conforto (por cima da UPP).

Cuidador profissionalmente ativo, vive com a esposa e duas filhas adolescentes, que também prestam os cuidados ao pai. Cama e cadeira já equipadas com superfícies estáticas viscoelásticas funcionais e confortáveis para a Pessoa. A família mobilizou-se no suporte económico dos custos no cuidado ao pai. Boas condições sociais e afetivas. Uma equipa de cuidadoras (apoio social) nos dias úteis para duche diário no WC, transferência para cadeirão na manhã, lavagem perineal e troca de fraldas na tarde. Higiene com água e gel de banho e aplicação de pomada de zinco 3 x dia.

Qual o contexto social onde a Pessoa se encontra?

Em família, que se encontra implicada nos cuidados. Bons recursos materiais. Haverá resposta adequada da família e das cuidadoras externas ao que poderá ser solicitado pela enfermagem?

Dor principalmente na região dorso-lombar controlada. Tem morfina de ação rápida meia hora antes da higiene e mobilizações, bastante eficaz. Sem perceção de dor na UPP, apenas na execução do penso e relacionada com a mobilização.

Existe dor? Está controlada?

Para já, sim. Mantém monitorização.

Registo fotográfico da ferida:



Quais as características da ferida?

UPP suspeita de lesão profunda relacionada com a posição de conforto. Provável associação de fricção nas mobilizações, ou da própria pessoa no leito. Sem exsudado. Sem odor.

Tem complicações associadas?

Sem outras UPP ou outras feridas. Usa fralda. A incontinência urinária e fecal não abrange a UPP. Discreta dermatite categoria 1 com pele seca.

CASO CLÍNICO 1

TOMADA DE DECISÃO:

Intervenção para o cuidador: Comunicação dirigida à compreensão e aceitação do agravamento do estado do pai, da necessidade de descanso, e à desculpabilização da UPP. Promover oportunidades de discussão de plano de CP, para antecipação de cuidados e para gestão de expectativas gerais e específicas da cicatrização da UPP.

Plano de cuidados a validar com a pessoa e com o cuidador:

1. “Deixar a UPP revelar” a sua verdadeira dimensão para melhor decisão de cuidados;
2. Pedir-se investimento económico noutros recursos (acessíveis): Toalhetes de limpeza e hidratação corporal e toalhetes para limpeza e tratamento da pele indicados para incontinência (e.g. dimeticone); ácidos gordos hiperoxigenados;
3. Prevenir aparecimento de outras lesões cutâneas:
 - Ácidos gordos hiperoxigenados 3 x dia em todas as proeminências ósseas;
 - Toalhetes para incontinência em cada troca de fraldas, em substituição da água e gel de banho e da pomada de zinco;
4. Promover o descanso e conforto da pessoa:
 - Utilizar toalhetes aquecidos para a higiene diária;
 - Negociar com a pessoa a frequência dos duches;
 - Balancear alternância de decúbito. Sempre com analgesia prévia, negociar 3 períodos em contralateral (e.g. decúbito de posição de conforto para a noite e os períodos em contralateral ou sentado para dia)
5. Esvaziar o conteúdo das flictenas e aplicar espuma de poliuretano. Preferencialmente siliconada e de 5 camadas, 2 x semana;
6. Educação: o agravamento da ferida também pode pôr em causa o seu descanso/conforto.

AVALIAÇÃO

Uma semana depois: Estado da pessoa sobreponível.

Mais conforto da pessoa e de todos os cuidadores com o novo método de higiene corporal (redefinido e baixo custo). Confortável com os reposicionamentos, tolerando decúbitos para além de posição de conforto.

O maior dano da UPP parece estar circunscrito à **zona da necrose** e começa a acontecer um desbridamento autolítico (teve apenas espuma de poliuretano padrão siliconada). Pele da região perineal mais hidratada e dermatite praticamente reparada. **Sem novas lesões.**

Filho confiante no plano e na equipa de enfermagem. Os resultados deixam-no mais tranquilo.

Registo fotográfico da ferida:



O tratamento da ferida implica sofrimento biopsicossocial?

Para já, não.

Que benefício o tratamento da ferida/pele traz para a pessoa?

Reduzir o desconforto que uma UPP grave e pele danificada lhe poderá causar e promover o seu descanso.

Os objetivos do plano de cuidados são realistas?

Sim:

- > Estabilizar a UPP o mais possível, evitando intervenções que interfiram no seu descanso (e.g. desbridamento ativos, geram mais exsudado, mais cuidados);
- > Alcançar a cicatrização que o seu estado de saúde o permitir;
- > Preservar a integridade cutânea, o mais tempo possível;
- > Aumentar o conforto da pessoa nos cuidados:
 - Reduzindo as mobilizações
 - Cuidados eficazes, mas mais simples e mais rápidos

Há necessidade de alterar o plano?

Para já, não. Manter UPP limpa, protegida, assistindo ao desbridamento lento.

É desta avaliação realista que surge um plano de cuidados à pessoa com ferida em CP, personalizado, holístico e com objetivos alcançáveis.

Sobre como os enfermeiros com conhecimentos diferenciados na prevenção e tratamento de feridas estruturam o cuidado a estas pessoas, os resultados demonstram quatro quadros subjetivos: “Focar o cuidado dentro dos limites das necessidades atuais do doente”; “Comparar continuamente as prioridades na cicatrização de feridas e os cuidados com a doença”; “Preparar e prevenir o agravamento através da antecipação de cuidados” e “Seguir em frente numa direção clara de confronto com a condição de declínio” (15).

3.1. E se a cicatrização não for possível?

Independentemente da (não) cicatrização, a avaliação da ferida também deve ser particularizada. É indispensável observar a deterioração da ferida e os sintomas associados, de forma a adequar o tipo e tamanho do material de penso. Avaliações e registo devem ser individualizados (e.g. a dimensão deixa de ser relevante), sendo de acordo com os cuidados prestados (14).

4. Plano de cuidados locais (na manutenção da integridade cutânea) e controlo de sintomas

Na vivência da doença, em fase avançada, há geralmente concomitantes sinais e sintomas graves (e.g. dor, dispneia), estados de grande debilidade e deterioração físicas; astenia; adinamia e um desejo enorme de se manter imóvel, adotando frequentemente a mesma posição - a preferencial e de conforto.

Partindo desta premissa, as pessoas têm direito às opções de tratamento que atendam aos seus melhores interesses, com destaque para o conforto e QV (28).

A mnemónica SPECIAL (Quadro 2) ajuda o profissional a relembrar os princípios de tomada de decisão, num Plano de Cuidados em CP (17, 28, 29).

QUADRO 2. Mnemónica SPECIAL

S (*Stabilize the wound*) – Estabilizar a ferida
P (*Prevent new wounds*) – Prevenir novas feridas
E (*Eliminate odor*) – Eliminar o odor
C (*Control Pain*) – Controlar a dor
I (*Infection prevention*) – Prevenir a infeção
A (*Absorb exudates*) – Absorver o exsudado
L (*Less dressing changes*) – Reduzir a realização de pensos

Alvarez et al. (2007)

Num processo avançado de doença e deterioração da condição física é importante consciencializar que nem sempre é possível estabilizar a ferida e/ou prevenir novas feridas. Esta mnemónica relembra que, apesar de não cicatrizável, há necessidade de “investir” no cuidado à ferida, para se alcançar o *outcome* conforto.

Numa recente revisão sistemática da literatura foram identificados 7 domínios na manutenção da integridade cutânea no final de vida, a saber: avaliação do estado da pele; cuidados à pele; materiais de penso; controlo de sintomas; desbridamento; envolvimento da pessoa e família e tratamento de feridas (30).

4.1. Que cuidados à pele?

Na literatura, identificaram-se 19 fatores que influenciam a tomada de decisão sobre os cuidados à pele, à pessoa em fase final de vida. Alguns destes fatores encontram-se associados aos enfermeiros como: crenças; emoções; formação; aconselhamento por pares; rotinas instituídas pelos serviços; carga de trabalho; presença de feridas e UPP e a sua severidade e registos clínicos. Identificaram-se outros fatores associados à pessoa que recebe os cuidados como o seu conforto, dignidade, emoções e bem-estar, nível de autonomia, preferências e estado psicossocial. Também se identificaram fatores relacionados com a família/cuidador, como o seu envolvimento no cuidado, as suas emoções e as conversações entre a equipa de saúde, pessoa e família (31).

Na higienização, deve-se utilizar agentes de limpeza para manutenção do pH adequado da pele (7, 32, 33), para evitar a irritação e secura da pele (34). Considerar produtos e materiais, incluindo a utilização de água tépida em combinação com loções de limpeza corporal, produtos de limpeza sem sabão ou um sabão de pH neutro. Alternativas incluem agentes de limpeza com surfactantes aniónicos e de pH balanceado. Soluções de limpeza sem enxaguamento são mais confortáveis para a pessoa, evitam mobilizações desnecessárias e são superiores na manutenção da integridade cutânea, comparativamente com a água e sabão (35, 36). Evitar na limpeza da pele a utilização de sabão e água, de líquidos frios e antissépticos, secagem excessiva com água quente, e lavagem vigorosa (35).

Atualmente, no mercado português já existem disponíveis estes produtos sob a forma de manábulas; toalhetes; mousses de limpeza, etc. e com preços acessíveis.

Na hidratação da pele, recomendam-se produtos de pH balanceado, sem fragrâncias, não sensibilizantes, denominados produtos “*Leave-on*”, tais como emolientes; humectantes; ou lubrificantes e géis. São recomendados produtos barreira no caso das dermatites associadas à incontinência e UPP (7, 35). São recomendados produtos para proteção da pele, incluindo produtos barreira sem álcool, tais como óxido de zinco; acrilatos; silicone (dimeticone); polímeros (ex.: terpolímero); ácidos gordos hiperoxigenados; petrolato e cianoacrilato. Para explorar mais esta temática, poderá consultar o documento intitulado “*Abordagem à pessoa com lesões de pele associadas à humidade*” (30), disponível no website da APTFeridas.

4.2. Como controlar a dor

Tratar a dor generalizada, assim como a relacionada com a ferida, é essencial como parte dos bons cuidados à pessoa com ferida. Relembra-se que, em contexto de CP, os fatores globais como a degradação do estado geral da pessoa, a imobilização, a caquexia entre tantos outros, acrescem o mal-estar geral e a dor que, em muitas situações, pode ser dor total.

A dor, interferindo com a resposta imune, tem um impacto negativo no processo de cicatrização, o que resulta no atraso do encerramento das lesões. São vários os fatores locais das feridas que podem contribuir para a dor ou o seu aumento: isquemia; infeção; secura excessiva; humidade excessiva; edema; problemas dermatológicos; maceração da pele circundante.

Os cuidados no controlo da dor na Pessoa com ferida são universais, logo independentes do estágio de doença em que este se encontra e indubitavelmente começam numa avaliação eficaz, da dor, tal como descrito na Tabela 3.

TABELA 3. Avaliação da dor

1. Características da dor:
Evolução; duração e padrão (*Há quanto tempo? Contínua? Intermitente? Episódica?*)
Apenas sentida nos cuidados à ferida?
 - > Localização (*Local da dor? Apenas na ferida? Irradiação?*)
 - > Qualidade (*Descrição; tipo queimadura/facada/formigueiro; mordedura*)
 - > Intensidade (*Escalas*)
2. Formas de comunicar a dor (*Como expressa...*)
3. Fatores de alívio e de agravamento
4. Impacto da dor nas AVD
5. Conhecimento, perceção e expectativas relativamente à ferida, dor e tratamento (*A que atribui a dor?*)
6. Impacto psicossocial e espiritual
7. Sintomas associados
8. Medidas terapêuticas e seus efeitos

Adaptado de Miranda (2014) (38)

Quando a pessoa não comunica, a dor deve, mesmo assim, ser avaliada. Nestas situações, deve focar-se na observação do comportamento, incluindo a linguagem corporal, expressões faciais, vocalizações, respiração e consolabilidade. **Se a pessoa apresenta uma UPP, deve-se assumir que tem dor** (39).

- **Se a dor estiver relacionada com os cuidados à ferida:**

Medidas farmacológicas sistémicas: Garantir que a pessoa cumpre a toma prévia de um analgésico de ação rápida e curta.

Medidas farmacológicas tópicas: A aplicação tópica de anestésicos locais (e.g. lidocaína gel) pela ação rápida, mas curta, pode reduzir essa dor (17, 28, 29, 40, 38, 41-44).

- **Se a dor estiver relacionada com a ferida, mas constante:**

Medidas farmacológicas sistémicas: É a medida preferencial e mais eficaz. A pessoa deve ter acesso a um esquema terapêutico (recomendado pela OMS) até ficar confortável com o gradiente da sua dor.

Medidas farmacológicas tópicas: A aplicação tópica no leito da ferida, da mistura de cloridrato de morfina 10 mg em 8cc de hidrogel, pode ser um adjuvante, mas cujo efeito máximo só vai ser sentido ≈2 horas (↑concentração fármaco) após a aplicação, e decresce às 6, 12 e 24h. Descontinuar, se não houver resposta positiva em 3-7 dias (45, 46).

4.3. Como controlar o odor?

O mau odor na ferida poderá estar associado com vários fatores isolados ou combinados: tecidos mortos, infeção, grandes volumes de exsudado, localização e com presenças de fistulas. Odor e exsudados pútridos estão associados ao aumento da carga microbiana, particularmente a bactérias e protozoários e são os seus produtos metabólicos, como os ácidos graxos voláteis, enxofre e compostos de putrescina e cadaverina, que causam esse mau odor (13).

- **Metronidazol tópico** - A sua utilização é validada pela experiência da prática clínica em feridas malignas e de outras etiologias, em contexto de CP (28, 29, 40).
- **Pensos de carvão ativado** - Embora as evidências científicas sobre a sua utilização como pensos filtrantes do mau odor não sejam robustas, e corroborada por alguns enfermeiros com prática clínica nesta área de cuidados (13), é um recurso muito utilizado para reduzir a percepção do mau odor em feridas.
- **Pensos de canela** - Em Portugal, foi iniciada muito recentemente a sua comercialização. Estes pensos são fabricados com material absorvente e com canela em pó. Utilizados como penso secundário, os pensos de canela absorvem exsudado, adsorvem o odor e libertam um aroma agradável (47). Comprovando-se a sua eficácia na prática clínica, estes podem ser de grande utilidade neste contexto de cuidados, especialmente quando o desbridamento de tecidos mortos não é adequado e a persistência do mau odor é uma realidade.
- **O mel**, especialmente o de *Manuka*, também é referenciado na literatura como um recurso importante no controlo do odor e validado pela experiência da prática clínica (29, 43). No entanto, chama-se à atenção para o seu efeito desbridante, em ao aumentar a quantidade de exsudado e ainda de causar dor na aplicação, o que são restrições à sua utilização.
- **A água eletrolisada** (antisséptico) tem uma ação comprovada no controlo imediato do odor durante a execução do penso, quando em solução, e mais prolongada no tempo, quando em gel (48, 49).

- Existem outras estratégias para o controlo do odor, tais como: ventilação/arejamento do quarto ou divisão em que a pessoa se encontra; recipientes com areia de gato; espuma de barbear; borras ou grãos de café junto ao local onde o doente se encontra (40).

Para mais informações sobre o controlo do odor, consultar o White Paper "(Des)cobrir a Ferida Maligna" (40) no website APTFeridas.

4.4. O desbridamento. É sempre útil?

Neste contexto, a decisão de desbridar deve ser ponderada sobre os ganhos que traz para a pessoa e se existe perfusão tecidual suficiente para promover a cicatrização de uma ferida que foi desbridada.

É importante ter em conta que o desbridamento, independente do método, implica ações mais interventivas, causando o aumento do tamanho da ferida, o descontrolo da humidade perilesional e do exsudado.

O que é que a pessoa ganha com a intervenção de desbridar? Se não lhe trazer benefício, expondo-a a maior desconforto, este não deve ser promovido.

Um desbridamento conservador ou apenas uma descamação podem ser apropriados. O objetivo destas medidas pode ser melhorar a QV e reduzir a infeção e não facilitar a cicatrização (13). No caso da UPP com tecido inviável, poderá ser ponderado o desbridamento, recorrendo a métodos menos invasivos, tais como material de penso com capacidade de desbridamento enzimático, mel, entre outros (28).

Por outro lado, existem situações em que o desbridamento, até mesmo o cortante, promove uma "higiene" da ferida, reduzindo também o odor, como no exemplo do Caso Clínico 2.

**"QUANDO A PESSOA NÃO
COMUNICA, A DOR DEVE, MESMO
ASSIM, SER AVALIADA. (...) SE A
PESSOA APRESENTA UMA UPP
DEVE-SE ASSUMIR QUE
TEM DOR (39)."**

CASO CLÍNICO 2

Mulher 65 anos, doença oncológica avançada. Estádio terminal/fim de vida.

Com perda substancial da consciência “Abandono da vida”. Sem capacidade de deglutição. Deitada num colchão estático viscoelástico. Não há percepção de desconforto, incluindo à mobilização no leito para reposicionamentos. Apresenta esta UPP/UTK (Figura 7) com odor fétido, que se percebe à aproximação da pessoa. Sem outras lesões cutâneas. Plano de cuidados seguindo a mnemónica SPECIAL:

S – Estabilizar a ferida

Manter colchão viscoelástico e posicionamentos (3 na M; 2 na T; 2 na N)

P – Prevenir novas feridas

Idem

E – Eliminar o odor

Cortar apenas tecidos mortos mais soltos (higiene da ferida) + metronidazol tópico no leito da ferida

C – Controlar a dor

Não necessita de analgesia prévia à mobilização

I – Infecção

Limpeza da ferida

A – Absorver

Absorção com fibra gelificante na cavidade e penso celulose (penso terapia em ambiente seco)

L – Menor troca de penso possível

Penso celulose mais absorvente que compressas. Bom isolamento e fixação do penso

FIGURA 7. Úlceras por Pressão/Úlceras Terminais de Kennedy em Pessoa em estágio terminal de vida



EM SUMA, AS SITUAÇÕES DE PESSOAS EM CP SÃO TÃO DIVERSAS QUE A RESPOSTA À DECISÃO DE DESBRIDAR OU NÃO DESBRIDAR SERÁ INDIVIDUALIZADA E ORIENTADA PELOS OBJETIVOS DOS CUIDADOS.

4.5. Terapia em meio húmido ou em meio seco?

Tendo em conta que o material de penso facilitador do meio húmido (e.g. hidrocolóides; poliuretanos) proporciona variações de humidade no leito da ferida favoráveis à cicatrização, neste contexto essas variações poderão ser prejudiciais (e.g. potenciar desbridamento autolítico).

Tudo irá depender dos recursos disponíveis, da situação em concreto e dos objetivos do plano de cuidados.

Por exemplo, se o objetivo for manter a ferida em ambiente seco, para evitar/atrasar o desbridamento autolítico, poderá ser mais adequado utilizar pensos de celulose, como penso primário em vez das tradicionais fibras gelificantes e/ou espumas poliuretano (50).

4.6. O que devemos ter em conta na escolha dos materiais neste contexto?

De acordo com a fragilidade cutânea anteriormente mencionada e perante o objetivo de promover o conforto, é imperioso que o momento dos cuidados à ferida seja confortável e reduza o risco de traumatismo cutâneo e o aparecimento de novas feridas. Se possível, utilizar adesivos atraumáticos (e.g. silicone, papel); substituir adesivos agressivos por ligaduras; utilizar removedores de adesivos; material de penso antiaderente, entre outros, pois irão reduzir a possibilidade de dor e desconforto na troca de pensos.

Salienta-se que não há benefício (especialmente para a pessoa) em cobrir todas as lesões cutâneas com material de penso. As TB-TTI (Figuras 5 e 6) são disso exemplo, por não terem rotura de pele são passíveis de ficarem expostas.

Por vezes o menos é mais!

5. As Úlceras por Pressão em cuidados paliativos

As UPP são as mais comuns nos CP, associadas à imobilidade e estado catabólico, em consequência do estado avançado de uma doença. Pretende-se que os profissionais de saúde e, especificamente os enfermeiros, sejam capazes de avaliar a pessoa com UPP, efetuar um correto diagnóstico diferencial e fazer um plano de cuidados ajustado para a prevenção e tratamento. Numa revisão recente da literatura, foi demonstrado que as UPP são mais prevalentes em pessoas em CP comparativamente à população em geral (51), o que comprova a relevância deste tema.

5.1. Qual a melhor abordagem preventiva de Úlceras por Pressão?

A probabilidade de desenvolvimento de UPP no final de vida é de 62,5% e 55,7%, nas duas e nas 5 semanas anteriores, respetivamente. Os fatores associados ao desenvolvimento das UPP, na pessoa em CP, são: a história prévia de UPP; pessoa não oncológica; incontinência; atividade/mobilidade e o estado da pele/má perfusão (32). Apesar da dificuldade da prevenção das UPP nesta população específica, esta não deve ser justificação para a inação. É estimado que menos de 10% das pessoas identificadas como em risco de UPP recebam os cuidados adequados de prevenção e mais de 40% não recebe cuidados de acordo com as melhores práticas (33).

A pessoa em situação paliativa perde peso e massa magra, que é atribuível a alterações fisiológicas da fase final de vida, incluindo défice de absorção, aumento das necessidades metabólicas e diminuição da ingestão oral, como resultado da perda de apetite; dificuldade na deglutição; náusea e vômito; alterações do paladar e mucosite (6).

Podemos afirmar que as pessoas em CP estão em alto risco de desenvolver UPP (34) e, nesta população, a Direção-Geral da Saúde recomenda a avaliação do risco de UPP a cada 48 horas (52). No que diz respeito à prevenção de UPP, os CP têm como objetivo, estabilizar e, se exequível, conseguir a melhoria ou cicatrização das feridas existentes, assim como a gestão dos sintomas para o conforto, bem-estar e QV da pessoa (34). Quando a pessoa está em processo de morte, as intervenções de prevenção e tratamento das UPP são ultrapassadas pela necessidade de promoção do conforto, minimizando as mobilizações e reposicionamento e permitindo que esta determine a frequência de posicionamento e a posição corporal (34). Selecionar a superfície de apoio para melhorar a redistribuição da pressão e conforto, tais como, colchões ou cama de alta especificação que pode reduzir a necessidade de posicionamentos mais frequentes promovendo o conforto (34).

Está recomendado que as pessoas sejam reposicionadas e mobilizadas em intervalos regulares, de acordo com a sua vontade, conforto e tolerância. Em todos os casos, é importante que se estabeleça um horário flexível e individualizado de posicionamentos, de acordo com (34):

- Os objetivos individuais, vontade, conforto e tolerância;
- Características da superfície de apoio;
- Condição clínica do doente;
- A combinação das comorbilidades, de acordo com o que é clinicamente possível.

As recomendações seguintes são um guia para o reposicionamento das pessoas em CP, que estejam imóveis e que requerem cuidados preventivos de UPP (34):

- Administrar pré-medicação 20-30 minutos antes do horário previsto para o posicionamento, em pessoas que tenham dor significativa à mobilização;
- Considerar as suas escolhas na mobilização, indicando a sua preferência pela posição de conforto, após explicar a razão para a mobilização. Parece existir uma correlação entre o controlo da dor e o desenvolvimento das UPP, dado que, uma pessoa com dor está mais relutante à mobilização e tolera menos o posicionamento. De todos os sintomas reportados, a dor é o único que se correlaciona com o desenvolvimento das UPP, ou seja, mau controlo da dor significa maior risco de UPP, melhor controlo, um menor risco de UPP (53).
- Quanto à utilização da superfície de apoio, relembra-se o facto de as pessoas nesta fase se encontrarem emagrecidas ou em caquexia, logo a primeira exigência é que esta se sinta confortável nessa superfície. Se tiverem dispositivos médicos aplicados poderá ser utilizado material de penso (espuma de 3 ou mais camadas) de interface entre o dispositivo médico e a pele (54).

5.2. As Úlceras por Pressão na pessoa em cuidados paliativos. Que ganhos na cicatrização?

À medida que a condição da pessoa se deteriora e a morte está iminente, as UPP poderão agravar-se, as possibilidades de cicatrização vão diminuindo e nestas situações é recomendado uma avaliação das feridas menos frequentes para a minimização da dor. No entanto, a possibilidade de cicatrização parcial e/ou total existe, pelo que o segredo reside na atenção, compreensão e decisão personalizada do profissional, especialmente enfermeiro. Cada caso é um caso, e este Caso Clínico 3 é um excelente exemplo dos ganhos para a pessoa/família, e onde paliar é investir e não desistir.

CASO CLÍNICO 3

Senhora de 90 anos, com demência avançada, totalmente dependente nos autocuidados.

Por malformação vascular, tem sucessivas sucessivas hemorragias gastrointestinais, o que a leva ao SU para transfusão, os valores de Hemoglobina variam entre 4,0 e 9,0 g/dl (após transfusão). Acamada durante os últimos 4 anos, alimenta-se oralmente embora com disfagia, principalmente quando se encontra com valores de hemoglobina mais baixos. Apresenta uma extensa UPP grau 4 no sacro. A filha é a cuidadora principal e foi sendo preparada para a possível não cicatrização da úlcera, dada a condição clínica da mãe. A utente foi sempre assistida no domicílio para tratamento da UPP durante um período de 3 anos e 6 meses, os princípios de tratamento utilizados visaram sempre a gestão do tecido inviável, sem métodos de desbridamento agressivos, controlo da inflamação e prevenção da infeção local, controlo do odor e exsudado, controlo da dor e alívio da pressão. Apesar da situação clínica complexa obtém-se uma evolução favorável com uma redução significativa da área da úlcera e o seu quase encerramento, diminuindo assim o impacto negativo da mesma na QV e conforto da pessoa e do cuidador.

FIGURA 8. Úlcera por Pressão inclassificável, primeira foto da lesão



FIGURA 9. Um ano e dois meses, extensa lesão de grau 4



FIGURA 10. Dois anos e 4 meses aproximadamente após a foto anterior, Úlcera por Pressão praticamente encerrada



5.3. Feridas em cuidados paliativos na comunidade. Que dificuldades?

Os cuidados de saúde comunitários abrangem todos os cuidados que são prestados a uma comunidade específica e abrangem um conjunto alargado de tipologias: estruturas residenciais para idosos, unidades de cuidados continuados na comunidade, instituições particulares de solidariedade social e cuidados domiciliários. Neste documento iremos focar os cuidados prestados no domicílio, em que existe uma articulação entre os profissionais de saúde e o utente e/ou cuidador informal.

Portugal aprovou através da Lei n.º 100/2019 de 6 de setembro o estatuto do cuidador informal (55), estando regulamentada pelo Decreto Regulamentar 1 de 2022 de 10 de janeiro, que estabelece os critérios para a atribuição do estatuto de cuidador informal principal e não principal, sendo esta atividade da competência do Instituto da Segurança Social (56). A articulação com os cuidados de saúde e, mais especificamente, com as equipas de saúde familiar e comunitária, encontra-se exposto na circular normativa conjunta n.º 8 de 24/07/2020 emanada pela Administração Central dos Serviços de Saúde e pelo Instituto da Segurança Social (51).

5.4. Qual o impacto da ferida na pessoa em cuidados domiciliários?

A pessoa em situação paliativa, que se encontra em domicílio, constitui uma situação stressante para a família, principalmente, nos últimos dias ou horas da fase final de vida. A identificação desta fase é complexa e desafiante, mesmo para profissionais de saúde experientes. O agravamento de uma ferida já existente ou o aparecimento de uma nova (e.g. UTK) vem acrescentar ansiedade, preocupação e até sentimentos de culpa, especialmente aos cuidadores/família. É consensual que as medidas de prevenção de UPP e de outras feridas devam ser suspensas em caso do doente em final de vida, visto poderem causar dor e desconforto, associadas à mobilização. No entanto, não podemos esquecer que a UPP também está associada a dor e desconforto e, portanto, a sua prevenção também é importante para uma melhor QV (57). Cabe ao profissional que “entrando” no seio da família, como gestor de caso, seja também o suporte das emoções do doente/cuidador, ajudando a gerir expectativas, promovendo a aceitação dos limites que a doença impõe e, finalmente, ajudar a gerir recursos e encontrar um plano de cuidados personalizado e exequível.

5.5. Como elaborar um plano de cuidados para a pessoa com ferida no domicílio?

O plano de cuidados deve ser realista e pragmático, tendo em consideração 4 categorias (6):

1. Crenças, atitudes, expectativas, normas culturais e dinâmicas interpessoais no círculo do cuidado;
2. Contexto clínico: severidade da doença, contexto dos cuidados, relações interprofissionais e cultura institucional e cuidados padrão;
3. Conhecimento clínico: opinião de especialistas, experiência prévia, juízo clínico e perícia;
4. Recursos dos cuidados de saúde: custos, tempo, disponibilidade de pessoal treinado em liderança e governança.

No estudo de Lee YN, Chang SO (2022) foram determinados 4 fatores essenciais para o tratamento paliativo de doentes com ferida: melhoria da QV através de uma abordagem holística; suporte familiar; comunicação efetiva e trabalho em equipa interdisciplinar (42).

É consensual que todos os envolvidos nos cuidados prestados, desde profissionais, família, cuidadores e doentes, deverão estar informados e aconselhados sobre as tipologias de lesões de pele que estão associadas à fase de final de vida, porque ocorrem e o que podemos fazer para as evitar. Contudo, nem sempre estas lesões são evitáveis, e tal não deve ser motivo de sentimentos de culpa, juízos de valor erróneos ou sinal de desleixo e negligência (20).

Os enfermeiros também devem estar particularmente atentos aos sinais de sobrecarga do cuidador. Um estudo realizado num ACeS de Portugal, revelou que 37% dos cuidadores de pessoas com UPP demonstram níveis de sobrecarga elevados (58).

6. A pessoa com ferida em situação paliativa e o profissional. Importa refletir?

Porque a ferida está na pessoa, e a pessoa também é família, promover o bem-estar e aliviar o sofrimento com a ferida (28) não se esgota no conforto físico. Inclui o apoio emocional, criando oportunidades de escuta ativa para estabelecer uma relação de confiança indispensável à ventilação de emoções. O cuidado centrado na pessoa realça assim a necessidade de alinhar expectativas e construir parcerias com ela (e os seus cuidadores), em que esta é reconhecida como *expert* no seu próprio cuidado e deve ser empoderada para participar na seleção do seu melhor tratamento (6, 28, 42).

Uma comunicação sincera e autêntica, com respostas verdadeiras e adequadas, deixando que a própria pessoa exerça a liberdade de escolha no que para si, é elemento importante para cuidar e preservar a sua dignidade (59).

Mas, o que é promover o conforto? O que é tratar com dignidade? A vontade da pessoa está a ser respeitada?

Cabe-nos a nós, profissionais de saúde, salvaguardar a pessoa protegendo-a de terapêuticas ou outras intervenções que lhe possam causar mais sofrimento, sem, contudo, omitir ações terapêuticas ativas que possam mitigar sintomas, desde que percebidas e aceites pela pessoa e seus cuidadores. Conseguimos fazê-lo? Como aprender?

Não obstante a formação, o conhecimento teórico-prático e a maturidade profissional, dedicarmo-nos à reflexão sobre a nossa própria morte, o seu significado e aceitação da finitude, começa por ser um profícuo exercício de aprendizagem (59). Enquanto Sociedade, e por vários motivos, todos, doentes e profissionais, fomos perdendo a capacidade de acolher esta última fase da vida e vivê-la de forma natural. Este passo certamente irá ajudar-nos a compreender e reconhecer a construção mental que a pessoa e família fazem do processo de fim de vida e de morte, e a identificar precocemente o sofrimento ou até preveni-lo sempre que possível (6).

Importa ajudar na tomada de consciência da proximidade da morte (60) sem, no entanto, se focar apenas na morte, mas antes em dar um sentido ao seu fim de vida e conferir-lhe qualidade, ou seja, promover a qualidade do fim de vida (59).

É de extrema importância que sejamos preparados e treinados para lidar com estes processos, pois só assim conseguiremos lidar com o stress associado a esta área do cuidado.

E aqui não há fórmulas mágicas. Existem várias estratégias que nos poderão ser úteis nesse processo. Frequentemente estão relacionadas com competências de foro emocional e relacional ou até de priorização da humanização (59), como, por exemplo, o exercício da empatia, ou apenas lidar naturalmente com a morte, não a encarando como um falhanço.



CONCLUSÃO

O processo avançado de doença e os CP suscitam uma abordagem da pessoa com ferida, holística, diferenciada e multidisciplinar. As condições biopsicossociais em que esta se encontra são determinantes para a resposta cicatricial. Independentemente dos resultados da cicatrização é indispensável traçar um plano de cuidados com objetivos realistas.

Importa considerar que eventualmente desistir da cicatrização não implica desistir da pessoa, pelo contrário, mantém-se e eleva-se, na promoção do conforto e QV.

Esta é uma área de intervenção complexa e carece de desenvolvimento pessoal e profissional. Aliado ao conhecimento científico, a reflexão e o pensamento crítico ganham especial relevância.

Sabendo que os recursos de saúde nem sempre acompanham as necessidades destas pessoas e famílias, enquanto profissional de saúde, o que posso oferecer à pessoa com ferida e em situação paliativa? O que posso fazer de diferente? A resposta também está em nós. Cada um de nós pode e deve ser agente mudança!

Uma peça fundamental: A mudança!



Um cirurgião gosta sempre de operar, é a parte divertida da nossa profissão, a que dá satisfação pessoal não só pelo ato em si, mas também pelo facto de resolvermos com a nossa mão o que está a causar dano ao doente. Passamos anos a alimentarmo-nos dessa sensação e a operar mais, para operar cada vez melhor.

Acabamos por ver as nossas outras atividades clínicas na consulta ou no internamento como menores, é inevitável!

Há várias citações de cirurgiões mais velhos a enaltecer a importância de saber quando não operar (“Good surgeons know how to operate, better ones when to operate, and the best when not to operate.”), embora haja poucas indicações de como colocar esta premissa em prática.

Ao longo dos anos em que fui conhecendo mais doentes oncológicos, fui progressivamente ganhando coragem para algumas vezes decidir não operar. Inicialmente a medo procurava apoio em colegas mais experientes, e muitas vezes não obtinha o apoio que esperava, acabando por avançar quando queria parar e inverter o caminho. Comecei a perceber que o apoio que precisava muitas vezes vem do próprio doente e da sua família, quando somos capazes de comunicar com verdade e com compaixão, obtemos respostas francas e corajosas.

Passi a seguir mais vezes esse instinto que às vezes me diz para não operar, quando sinto que não vou ajudar e que posso agravar a situação. Passei a usar mais tempo para ouvir o doente, as suas queixas e as suas preocupações. Percebi então que necessitava de saber mais sobre analgesia e sobre o funcionamento da rede de cuidados paliativos. Comecei a prescrever mais fentanilo e a comunicar mais com os médicos de Medicina Geral e Familiar, a escrever-lhe mais cartas informativas sobre os “nossos” doentes, pedindo-lhes que referenciem os doentes a equipas de cuidados paliativos da comunidade. Com os doentes e familiares, através dos seus relatos na primeira pessoa, tenho vindo a ganhar mais empatia e sensibilidade profissional, melhorar a minha capacidade de comunicar de modo a ajudar o doente a ter mais conforto e qualidade no tempo de vida que lhe resta. Tenho assistido a autênticas lições de vida, às quais não se pode ficar indiferente e frequentemente dou por mim a perguntar: “E se fosse comigo?”. Tem vindo a ser um enriquecimento pessoal que me tem feito dar mais valor à vida, às minhas relações pessoais e quiçá estar mais bem preparada, se um dia estiver envolvida pessoalmente numa situação semelhante.

E afinal saber parar, e não operar, não é incompatível com o prazer da “parte divertida” de ser cirurgiã.

Quanto às premissas, eu diria que são: perguntar, ouvir, ser verdadeiro e empático, comunicar.



(Sara Carvalhal, 2023)















REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Assembleia da República. Lei n.º 25/2012 de 16 de julho - Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV). Diário da República [Internet]. 2012;1a série(N.º 136):3728-30. Available from: <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/25-2012-179517>.
2. Neto IG. Cuidados Paliativos - Conheça-os melhor. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2020.
3. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos. 2021-2022. 2019;1-60. Available from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23835/pedcp-2021-2022.pdf>.
4. Capelas, M. L.; Neto, I. G.; Coelho PC. Organização de serviços de cuidados paliativos. In: BARBOSA, A.; PINA PR; TAVARES F; NETO I, editor. Manual de Cuidados Paliativos. 3rd ed. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa; 2016. p. 915-935.
5. E. Gonçalves, F. Teixeira, R. Silva, H. Salazar CR. Plano Estratégico para o Desenvolvimento Cuidados Paliativos 2017-2018. Ministério da Saúde [Internet]. 2017; Available from: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/Plano-Estrategico-para-o-Desenvolvimento-CP-2017-2018-2.pdf>.
6. Woo KY, Krasner DL, Kennedy B, Wardle D, Moir O. Palliative wound care management strategies for palliative patients and their circles of care. *Adv Ski Wound Care*. 2015;28(3):130-40.
7. Sutradhar R, Seow H, Earle C, Dudgeon D, Atzema C, Husain A, et al. Modeling the longitudinal transitions of performance status in cancer outpatients: Time to discuss palliative care. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2013;45(4):726-34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.03.014>.
8. M. Masso, S. Allingham, M. Banfield, C. Johnson, T. Pidgeon, P. Yates & K. Eagar, 'Palliative care phase: inter-rater reliability and acceptability in a national study', *Palliative Medicine*, DOI: 10.1177/0269216314551814 (2014).
9. Wollina U, Lotti T, Vojvotić A, Nowak A. Dermatoporosis - The chronic cutaneous fragility syndrome. *Open Access Maced J Med Sci* [Internet]. 2019;7(18):3046-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6910795/pdf/OAMJMS-7-3046.pdf>.
10. Ramos, Paulo; Grilo, Liliãna; Sousa, Filomena; Alves P. ABORDAGEM À PESSOA COM LESÕES DE PELE ASSOCIADAS À HUMIDADE. *Assoc Port Trat Feridas* 2021. 2020.
11. Maida V, Ennis M.; Kuziemyk C. The Toronto Symptom assessment System for Wounds: A New Clinical and Research Tool. *Adv Skin Wound Care*. 2009;22 (10):468-74.
12. LeBlanc K, Campbell KE, Wood E, Beekman D. Best practice recommendations for prevention and management of skin tears in aged skin: An overview. *J Wound, Ostomy Cont Nurs*. 2018;45(6):540-2.
13. Idensohn P, Beekman D, Santos VLC de G, Langemo D, Gloeckner M, Woo K, et al. Clinical practice Ten top tips: skin tears. *Wounds Int* [Internet]. 2019;10(2):10-4. Available from: <https://www.woundsinternational.com/journals/issue/577/article-details/ten-top-tips-skin-tears>.
14. da Silva Torres F, Song E, Blanes L, Freire Galvão T FL. "Skin Tears - Introduction and Assessment." *WoundReference*. Milne C, Lientz J, Lebedinskaya N, (Eds.); 2022.
15. Julian BMK. Skin failure in patients with a terminal illness. *Nurs made Incred Easy*. 2020; 18(4), 28-35. doi:10.1097/01.NME.0000658176.61999.fb.
16. Ayello, E, Levine, J, Langemo, D, Kennedy-Evans, K, Brennan, M, Sibbald R. Reexamining the Literature on Terminal Ulcers, SCALE, Skin Failure, and Unavoidable Pressure Injuries. *Wound Care J*. 2019;(March 2019).
17. Black JM, Edsberg LE, Baharestani MM, Langemo D, Goldberg M, Mcnichol L. Pressure Ulcers: Avoidable or Unavoidable? Results of the National Pressure Ulcer Advisory Panel Consensus Conference. *Ostomy wound Manag*. 2011;(February).
18. Schank JE. The Kennedy Terminal Ulcer - Alive and Well. *J Am Coll Clin Wound Spec* [Internet]. 2016;8(1-3):54-5. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jccw.2018.02.002>.
19. Carlos Restrepo-Medrano J, Toro-Gonzales M, Salazar-Maya A. Úlceras terminales de Kennedy: una propuesta de cuidado desde enfermería. *DialnetUniriojaEs* [Internet]. 2021;15(44):15. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8221351>.
20. Roca-Biosca A, Rubio-Rico L, De molina-Fernández MI, Martínez-Castillo JF, Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP. Kennedy terminal ulcer and other skin wounds at the end of life: An integrative review. *J Tissue Viability*. 2021;30(2):178-82.
21. Aragão BF de F, Barbosa M do SA, Monteiro GAS de S, Araújo TCNR de S, Fhon JRS, Lima FM de. Identificando as características da Úlcera Terminal de Kennedy: uma revisão integrativa. *Rev Enferm Atual Derme*. 2022;96(38).
22. Bateman J. Kennedy Terminal Ulcer #383. *J Palliat Med* [Internet]. 22(12):1612-3. Available from: <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0495>.
23. Martínez-castillo JF, Pancorbo-hidalgo PL, García-fern FP. Kennedy terminal ulcer and other skin wounds at the end of life : An integrative review. *Elsevier*. 2021;30(February):178-82.
24. Song E CI. Skin Failure - Introduction and Assessment [Internet]. Milne C, Robinson S, (Eds.) , *WoundReference*. 2021 [cited 2023 Jan 25]. Available from: <https://woundreference.com/app/topic?id=is-it-really-skin-failure>.
25. Song E, Milne C, Robinson S, Whiston-Lemm K, Lebedinskaya N WA. Pressure Ulcers/Injuries - Introduction and Assessment [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 25]. Available from: <https://woundreference.com/app/topic?id=pressure-ulcersinjuries-introduction-and-assessment&find=trombley+brennan>.
26. Brennan MR, Thomas L, Kline M. Prelude to Death or Practice Failure? Trombley-Brennan Terminal Tissue Injury Update. *Am J Hosp Palliat Med* [Internet]. 2019;36(11):1016-9. Available from: <https://doi.org/10.1177/1049909119838969>.
27. Ph IC, Aprn CM. Skin Failure - Introduction and Assessment. 2022.
28. Woo K, Santos VLC de G, Alam T. Optimising quality of life for people with non-healing wounds. *Wounds Int* [Internet]. 2018;9(3):6-14. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=131918860&site=ehost-live>.
29. Alvarez O. et al. Incorporating wound healing strategies to improve palliation (symptom management) in patients with chronic wounds. *J Palliat Med*. 2007;10 (5)).
30. Ramos, Paulo; Grilo, Liliãna; Sousa, Filomena; Alves P. ABORDAGEM À PESSOA COM LESÕES DE PELE ASSOCIADAS À HUMIDADE. *Assoc Port Trat Feridas* 2021. 2020.
31. Samuriwo R, Lovell-Smith C, Anstey S, Job C, Hopkinson J. Nurses' decision-making about cancer patients' end-of-life skin care in Wales: An exploratory mixed-method vignette study protocol. *BMJ Open*. 2020;10(7):1-8.
32. Li HL, Lin SW, Hwang YT. Using Nursing Information and Data Mining to Explore the Factors That Predict Pressure Injuries for Patients at the End of Life. *CIN - Comput Informatics Nurs*. 2019;37(3):133-40.
33. Stadnyk B, Mordoch E, Martin D. Factors in facilitating an organisational culture to prevent pressure ulcers among older adults in health-care facilities. *J Wound Care*. 2018;27:54-10.
34. Langemo D, Haesler E, Naylor W, Tippett A, Young T. Evidence-based guidelines for pressure ulcer management at the end of life. *Int J Palliat Nurs*. 2015;21(5):225-32.
35. Raepsaet C, Blomberg K, Falk-Brynhildsen K, Gethin G, Beekman D. Promoting and Maintaining Skin Integrity in End-of-Life Care: A Systematic Review. *Adv Ski Wound Care*. 2022;35(11):617-31.
36. Lichtenfeld-Kottner A, El Genedy M, Lahmann N, Blume-Peytavi U, Büscher A, Kottner J. Maintaining skin integrity in the aged: A systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2020;103.
37. Abordagem À, Humidade À. Pessoa Com L. Esões De P Ele a Ssociadas. *APT Feridas*.
38. Gomes B, Sarmiento VP, Ferreira PL, Higginson IJ. Estudo Epidemiológico dos Locais de Morte em Portugal em 2010 e Comparação com as Preferências da População Portuguesa. *Acta Med Port*. 2013;26(4):327-34.
39. Dincer M, Doger C, Tas S, Karakaya D. An analysis of patients in palliative care with pressure injuries. *Niger J Clin Pract*. 2018;21(4):484-91.
40. Vicente, H.; Matos, M.; Gomes, S.; Rocha, A.; Carvalhal, S.; Ramos, P.; Moura, A.; Alves, P. (Des)cobrir a ferida maligna. *Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas* 2021. ISBN: 978-989-53418-1-8.
41. Hotaling PBJ. Ten top tips: palliative wound care. *N Engl J Med* [Internet]. 2011;364(5):443-52. Available from: www.nejm.org.
42. Lee YN, Chang SO. How do wound care nurses structure the subjective frame on palliative wound care? A Q-methodology approach. *BMC Nurs* [Internet]. 2022;21(1):1-9. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00900-7>.
43. Woo KY, Krasner DL, Kennedy B, Wardle D, Moir O. Palliative wound care management strategies for palliative patients and their circles of care. *Adv Ski Wound Care*. 2015;28(3):130-40.
44. Gethin G. Management of malodour in palliative wound care. *Br J Community Nursing*. *Wound Care*. 2011;28-36.
45. Winardi A, Irwan AM. Topical treatment for controlling malignant wound odour. *J Eur Wound Manag Assoc*. 2019;20(Volume 20 (2), October 2019):7-13.
46. Miranda M. A dor e o tratamento de feridas. In: *Prevenção e Tratamento de Feridas Da Evidência à Prática* [Internet]. 2014. Available from: www.care4wounds.com.
47. Cinesteam: An effective secondary dressing for malodorous wounds [Internet]. Available from: <https://cinesteamcare.com/odour-control-dressing/>.
48. Granudacyn [Internet]. Available from: <https://www.molnlycke.ae/products-solutions/granudacyn/>.
49. Microdacyn [Internet]. Available from: <https://dieticare.pt/pt/produtos/microdacyn/dispositivos-medicos/8>.
50. Harding K, Carville K, Chadwick P, Moore Z, Nicodème M, Percival SL, et al. Consensus Document W O U N D E X U D At E Effective Assessment And Management. *World Union Wound Heal Soc* [Internet]. 2019;36. Available from: www.woundsinternational.com.

51. ACSS. Modelo de articulação entre Segurança Social e Saúde, no âmbito do Estatuto do Cuidador Informal [Internet]. 2020. Available from: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/09/Circular_Conjunta_12_2022_ACSS_ISS_SCML.pdf.
52. DGS. Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Orientação da Direção Geral Saúde. 2011;017:1–10.
53. Carlsson ME, Gunningberg L. Predictors for Development of Pressure Ulcer in End-of-Life Care: A National Quality Register Study. *J Palliat Med*. 2017;20(1):53–8.
54. (PPPIA) EPAP (EPUAP); NPUAP (NPIAP); PPIIA. Prevention and treatment of pressure ulcers: Clinical practice guideline. Vol. www.npuap. 2019. 39 p.
55. Diário da República. Lei n.º 100/2019 do Diário da República (Estatuto do Cuidador Informal). Diário da República n.º 171/2019 — 1.ª série [Internet]. 2019;3–16. Available from: <https://data.dre.pt/eli/lei/100/2019/09/06/p/dre>.
56. Diário da República. Decreto Regulamentar n.º 1/2022. Diário da República. 2022;no 6/2022(Série I 2022-01-10);21–36.
57. Ferris A, Price A, Harding K. Pressure ulcers in patients receiving palliative care: A systematic review. *Palliat Med* [Internet]. 2019;33(7):770–82. Available from: <https://doi.org/10.1177/0269216319846023>.
58. Ramos P, Borges C, Azevedo I, Almeida P, Soares A, Alves P, et al. Burden of informal caregivers of patients with pressure ulcers in a primary care setting. <https://doi.org/10.12968/jowc.20223110864>. 2022 Oct;31(10):864–71.
59. Magalhães B, Galvão A. Cuidar em oncologia. *Euromedice*; 2022.
60. Nicolau CVV. Conforto dos doentes em fim de vida em contexto hospitalar. Tese Mestr [Internet]. 2013;127. Available from: <http://hdl.handle.net/10451/11059>.

MODIFICAÇÕES DE PELE EM FIM DE VIDA

PROCESSOS DE FALÊNCIA DA PELE

 <p>UPP Úlceras Por Pressão</p>	 <p>UTK Úlceras Terminais de Kennedy</p>		 <p>Síndrome 3:30</p>	 <p>TB-TTI Trombley-Brennam Terminal Tissue Injury</p>
<p>Lesão localizada, da pele e/ou tecido subjacente, que resulta da pressão ou desta em combinação com forças de torção. Ocorrem habitualmente sobre uma proeminência óssea, mas pode também estar relacionada com dispositivo médico ou outro objeto.</p>	<p>Lesão de pressão que ocorre próxima do fim de vida sobretudo na sacro e cóccix, na sequência de falência da pele por défice na hipoperfusão local.</p>	 DEFINIÇÃO	<p>Uma variação de UTK</p>	<p>Alteração da coloração da pele intacta, aquando do fim de vida.</p>
<p>Causadas por forças externas de pressão, tensão tangencial ou cisalhamento e fricção. Estas forças externas impedem o fornecimento de sangue à pele, o que conduz à hipoxia, isquemia e possível necrose. Dependem de fatores extrínsecos e intrínsecos à pessoa.</p>	<p>Deficiência vascular – inadequado aporte de oxigénio/nutrientes; hipoperfusão; falências multiorgânicas. Dependem sobretudo de fatores intrínsecos à pessoa.</p>	 ETIOLOGIA	<p>> Lesão aparece espontaneamente</p>	<p>> Lesão aparece espontaneamente</p>
<p>> Eritema não branqueável ou > Cor púrpura/avermelhada</p>	<p>> Abrasão ou > Flictena</p>	 APARÊNCIA INICIAL		<p>> Hematoma ou > Estrias</p>
<p>Assumem diversas formas, sobretudo oval e arredondada.</p>	<p>> Irregular > Pera > Borboleta > Ferradura</p>	 FORMA	<p>> Irregular, pequena como uma mácula enegrecida</p>	<p>> Borboleta (hematoma) > Estrias verticais lineares (extremidades)</p>
<p>> Rosa > Coloração púrpura ou vermelho > Amarelo e preto Consoante a sua gravidade e tecido do leito da UPP</p>	<p>Varia com o desenvolvimento da lesão. Assume sobretudo as cores <u>vermelha, amarela, azul, roxa, preta.</u></p>	 COR	<p>> Preto</p>	<p>> Rosa > Roxa > Vermelho</p>
<p>Região sacrococcígea, calcâneos, trocânteres, regiões isquiáticas, maleolar lateral, cotovelos, occipital, pavilhão auricular e omoplatas</p>	<p>> Sacrococcígea > Calcâneos > Músculos posteriores da perna</p>	 LOCAL	<p>> Nádega, unilateral</p>	<p>Frequentemente extremidades inferiores e tronco, podendo encontrar-se em proeminências ósseas/região sacrococcígea</p>
	<p>> Difusos/irregulares</p>	 BORDOS	<p>> Difusos</p>	
<p>> Diversos</p>	<p>> Endurecido</p>	 ASPETO DO TECIDO		<p>> Estrias lineares ou > Borboleta que não progride para rutura da pele</p>
<p>> Poderá agravar de categoria I – Categoria IV > UPP não graduáveis ou inclassificáveis > A sua cicatrização não regride a Categoria da UPP</p>	<p>Início súbito com rápida progressão para necrose em poucos dias. Associadas à terminalidade e anúncio da morte dos doentes.</p>	 EVOLUÇÃO	<p>Progressão para úlcera em horas (cerca de 8 horas)</p>	<p>Não evolui para perda de integridade cutânea (ao contrário das UTK)</p>
<p>Sem associação</p>	<p>2 semanas a poucos meses</p>	 PROXIMIDADE À MORTE	<p>8-24 horas desde o aparecimento da úlcera</p>	<p>Horas ou dias</p>



Rua Prof. Bismark, n.º 162,
4420-283 Gondomar, Portugal
Tel.: +351 222 026 725
aptferidas@aptferidas.com

www.aptferidas.com