

CUIDAR DA PESSOA OU CUIDAR DA FERIDA? ASPETOS ÉTICOS NO TRATAMENTO DE FERIDAS: ESTUDO DE CASO

Data de aceite: 02/12/2024

Inês Margarida de São Bento Coelho

Escola Superior de Saúde da
Universidade de Aveiro, Portugal
JS Clínica Médica, Viseu, Portugal

Lúcia Maria Ramos Ladeira

Escola Superior de Saúde da
Universidade de Aveiro, Portugal
Santa Casa da Misericórdia de Oliveira do
Bairro, Aveiro, Portugal

Maria José Carvalho Guedes

Escola Superior de Saúde da
Universidade de Aveiro, Portugal
Unidade Local de Saúde de Gaia/Espinho,
E.P.E., Vila Nova de Gaia, Portugal

RESUMO: O presente trabalho partiu da análise de uma situação clínica referente a uma pessoa de 71 anos em estado crítico com lesões por pressão (LPP), internado num Hospital da Região Norte de Portugal. Durante o internamento desenvolveu várias LPP, tendo-se centrado o foco na lesão da região sagrada pela sua complexidade, categoria e necessidade de uma abordagem multidisciplinar. Realça-se que o tratamento desta LPP foi integralmente executado visando a sua cura, o que provocou grande desconforto à pessoa doente. Com o

agravamento do estado clínico da pessoa, este faleceu sem ser conseguido o objetivo da cicatrização da LPP. Da reflexão sobre a ação verificou-se que apenas se iniciaram medidas de conforto no dia anterior ao seu falecimento. Face a esta situação coloca-se a questão: não deveria a equipa de se reunir e delinear um plano de cuidados com vista à gestão da lesão e ao conforto da pessoa doente em detrimento da cicatrização? O objetivo do estudo foi refletir sobre as implicações éticas associadas à obstinação pela cicatrização de uma LPP em fim de vida. Perante uma situação clínica cujo desfecho se previa desfavorável, a opção foi a adoção de um plano de tratamento curativo, o qual deveria ter sido substituído por uma intervenção paliativa. Face ao exposto, efetua-se uma análise reflexiva e crítica relativamente aos princípios que deveriam reger uma abordagem multidisciplinar centrada na gestão de sintomas, no alívio da dor, do sofrimento e promoção do conforto. Considerando o contexto de medicina intensiva, onde se dispõe das mais avançadas tecnologias, há uma quase distopia do cuidar: o objetivo é maioritariamente curativo e não paliativo. Este pressuposto esteve particularmente vincado nos objetivos da tomada de decisão

terapêutica para esta lesão. Constatou-se um ambiente de não aceitação da morte como processo natural por parte dos vários intervenientes, associado a uma deficiente comunicação interdisciplinar. Nem sempre o tratamento de feridas tem como objetivo a cura, mas sim promover o conforto e dignidade do paciente e do seu fim de vida, evitando incorrer na distanásia, com objetivo último de proporcionar uma morte digna sem sofrimento. Constatou-se uma avaliação e comunicação inadequada entre os profissionais de saúde, sobre o estado geral do utente, potencial de cura e objetivos do tratamento, o que pode ter conduzido a uma decisão tardia de intervenção paliativa.

PALAVRAS-CHAVE: Estado funcional; Lesão por Pressão; Cuidados de Enfermagem; Cuidados Intensivos; Análise Ética.

CARING FOR THE PATIENT OR CARING FOR THE WOUND? ETHICAL ASPECTS IN WOUND CARE: CASE STUDY

ABSTRACT: The following assignment came from a case study referring to a 71 year old patient in critical health condition with pressure ulcer (PU), admitted to a Hospital Center in the North of Portugal. During hospitalization, he developed several PUs, the main focus being on the injury to the sacral region due to its complexity, category and need for a multidisciplinary approach. It should be noted that the treatment of this PU was carried out entirely with the aim of curing it, which caused great discomfort to the patient. As his clinical condition worsened, the patient died without the objective of healing the PU being achieved. From reflection on the procedure, it was found that comfort measures were only initiated the day before his death. Faced with this situation, the question arises: shouldn't the team have met to outline a care plan to manage the injury and ensure the patient's comfort rather than healing? The objective of this case study is to reflect on the ethical implications associated with the determination to heal a PU patient at the end of life. Confronted with a clinical situation whose outcome was expected to be unfavorable, the option was to adopt a curative treatment plan, which should have been replaced by a palliative intervention. In view of the above, a reflective and critical analysis is required, regarding the principles that should govern a multidisciplinary approach, focused on symptom management, relieving pain, suffering and promoting comfort. Considering the context of intensive medicine, where the most advanced technologies are available, there is an almost dystopian view of the concept of caring: the objective is mainly curative and not palliative. This assumption was particularly important in the therapeutic decision-making intents for this injury. There is an environment of non-acceptance of death as a natural process by the various participants, associated with poor interdisciplinary communication. Wound treatment does not always aim to cure, but rather to promote the patient's comfort and dignity at the end of his life, avoiding incurring dysthanasia, for the ultimate purpose of providing a dignified death without suffering. There was an inadequate assessment and communication between health professionals regarding the user's general condition, healing potential and treatment objectives, which may have led to a late decision for palliative intervention.

KEYWORDS: Functional Status; Pressure Ulcer; Nursing Care; Critical Care; Ethical Analysis.

1 | INTRODUÇÃO

Os cuidados de Enfermagem e o conceito de Cuidar estão presentes em todas as fases do ciclo vital, assumindo uma perspectiva deontológica, requerendo princípios de moralidade e de um compromisso pessoal e ético. No processo de fim de vida, o enfermeiro é o profissional de saúde que acompanha de forma privilegiada e contínua o percurso da pessoa doente, encarando muitas vezes situações que colocam em causa tanto princípios bioéticos como os direitos desta pessoa.

O mundo contemporâneo depara-se frequentemente com estes dilemas bioéticos, pois com o aumento da esperança média de vida proporcionada pelo progresso técnico-científico, vive-se cada vez mais numa realidade que prioriza a todo o custo a cura e o prolongamento da vida, muitas vezes descurando a humanização dos cuidados em fim de vida (LIMA, 2006).

As unidades de cuidados intensivos (UCI) são um reflexo deste padrão. Sendo altamente especializadas e com recursos técnicos e terapêuticos avançados, trazem inegavelmente grandes benefícios para as pessoas em situação crítica. No entanto, o uso indiscriminado destes recursos tem gerado dilemas profissionais, sociais e principalmente conflitos legais e éticos (DUTRA et al., 2011).

Quando se questiona o lado digno da vida humana, a sua finitude e se intervém decisivamente sobre o que seria o curso natural da doença, emergem conceitos bioéticos como a distanásia e a ortotanásia.

Segundo FERNANDES e COELHO (2014) a distanásia, também conhecida por obstinação ou futilidade terapêutica, pressupõe o adiamento da morte levando a cabo o investimento e um conjunto de tratamentos inúteis no sentido de prolongar artificialmente a vida, ainda que seja necessário submeter a pessoa a um sofrimento intenso e sem qualquer benefício. De acordo com PESSINI (1996), “nesta conduta não se prolonga a vida propriamente dita, mas o processo de morrer”.

Por outro lado, a ortotanásia pauta-se pela “arte de morrer bem” (BIONDO et al., 2009). Preconiza a morte apropriada e no seu tempo certo: sem prolongamento desproporcionado e abusivo do processo de morrer. Os profissionais são mais focados na humanização dos cuidados, valorizando o alívio do sofrimento (PESSINI 1996).

Tanto estas questões bioéticas, cada vez mais frequentes no quotidiano dos profissionais de saúde, como os próprios paradigmas do curar e do cuidar levaram ao desenvolvimento do presente estudo de caso. Assim, este estudo refere-se a uma pessoa do sexo masculino, com 71 anos, internado num serviço de medicina intensiva por se encontrar em situação crítica, que desenvolveu ao longo do internamento várias lesões por pressão (LPP). Este trabalho centra-se predominantemente na lesão da região sacro, tanto pela sua complexidade como pela multidisciplinaridade de abordagem. De acordo com os dados recolhidos, o tratamento desta LPP foi integralmente executado visando a cura da pessoa.

Na sequência do agravamento do seu estado clínico, a pessoa faleceu no decorrer do acompanhamento do tratamento desta lesão. Neste ponto, a reflexão sobre o sofrimento associado ao tratamento da LPP e a sua condição clínica tornaram-se no objetivo do estudo. Inevitavelmente surgiu o dilema ético entre o sofrimento relacionado com o tratamento de objetivo curativo, em oposição à manutenção da lesão com vista ao conforto da pessoa considerando o progressivo agravamento do seu estado.

A consciência sobre o limite de investimento, o reconhecimento de um quadro incurável e o estabelecimento de objetivos reais com recurso a uma abordagem paliativa dos cuidados por parte da equipa multidisciplinar, foram questões que acompanharam todo o processo de análise e discussão (LIMA, C. 2006).

O presente estudo de caso começa por fazer uma breve apresentação do caso clínico e resume tanto a evolução clínica ao longo do internamento, como a evolução da LPP e respetivos tratamentos aplicados. Seguidamente é realizada a análise e discussão do caso clínico, onde se apresentam as questões éticas analisadas, face aos tratamentos realizados à lesão, tendo em conta a evolução clínica desfavorável, realçando-se a importância fulcral que teria a comunicação interdisciplinar na gestão deste tratamento. Por fim, apresenta-se uma breve conclusão que inclui as questões éticas discutidas ao longo deste estudo.

2 | APRESENTAÇÃO DO CASO E EVOLUÇÃO CLÍNICA DA PESSOA

Este estudo de caso trata de uma pessoa do sexo masculino de 71 anos, que deu entrada no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) em janeiro de 2023 por *status* de pós-paragem cardiorrespiratória em ritmo não desfibrilhável.

Após vários ciclos de manobras de suporte avançado de vida, durante cerca 30 minutos, recuperou o ritmo, mas não recupera a consciência. Sabe-se que foi previamente internado num serviço de Medicina e com internamento recente no SMI por anterior PCR e tem antecedentes de: hipertensão arterial, dislipidemia, síndrome obstrutiva de apneia do sono e diabetes *mellitus* tipo 2.

Ao longo da sua permanência no SMI realiza com frequência vários exames complementares de diagnóstico e terapêutica: TAC, ecografia, RX, gasimetrias, rastreios sépticos e análises clínicas. Sendo estas últimas prescritas diariamente por anemia recorrente, o que levou à transfusão de várias unidades de concentrado de eritrócitos ao longo do internamento.

Fica sedo-analgésico nas primeiras semanas e por dificuldades em realizar desmame ventilatório, há necessidade de se proceder a uma traqueostomia percutânea. Após isso faz alguns períodos de ventilação espontânea, mas com necessidade recorrente de ficar conectado ao ventilador.

Pela má dinâmica ventilatória e pela não tolerância dos decúbitos laterais, o posicionamento mais frequente é o decúbito dorsal. Desenvolveu várias lesões por pressão (LPP do trocânter esquerdo e orelha) ao fim de 8 dias de internamento na unidade e ao fim de 17 dias desenvolve a LPP do sacro.

Ao longo do internamento a pessoa apresentou vários fatores de risco que potenciaram o aparecimento destas lesões: a imobilidade decorrente da sedação e posteriormente o agravamento do estado de consciência, os edemas periféricos associados a albumina e proteínas totais baixas, a alteração do trânsito intestinal que condicionaram o aparecimento da LPP tanto a nível sistémico no comprometimento da adequada absorção de nutrientes, como a nível local com a lesão continuamente exposta a fezes líquidas e ácidas (esteve posteriormente bastantes dias com sonda de incontinência retal).

2.1 Evolução da lesão por pressão

Ao longo do internamento foi efetuado o registo fotográfico da evolução da lesão na região sacro assim como a descrição do tratamento por parte da equipa, que se apresentam no Quadro 1.

Quadro 1 – Evolução da LPP da região sacro ao longo do internamento no SMI

DIAS	FOTOGRAFIA DA FERIDA	DESCRIÇÃO
4º Dia		Pessoa apresenta a pele muito seca e friável. LPP categoria III com fibrina, algum tecido de granulação e bordos ligeiramente macerados. Inicia limpeza com polihexanida + betaína (PHMB) e tratamento com mel e poliacrilato de amónio.

9º Dia



Mantém **LPP categoria III**, sangrante com um ponto de necrose coincidente com o osso do cóccix mais proeminente. Bordos mais macerados. Início das dejeções diarreicas constantes com necessidade de colocação de sonda de incontinência fecal. Mantém tratamento.

13º Dia



LPP categoria III. Mais tecido de granulação, mas bordos mais macerados por aumento de exsudado e por perda de fezes peri-sonda. Mantém tratamento.

17º Dia



LPP categoria III Aparentemente a melhorar. Apresenta mais tecido de granulação mas também mais maceração dos bordos. Limpeza com PHMB e tratamento com poliacrilato de amônio.

22° Dia

**LPP categoria III**

A lesão regride, apresentando mais tecido inviável, mas também está mais sangrante. Opta-se por colocar um alginato (De referir que a pessoa a nível nutricional e neurológico regride também).

25° Dia



A **LPP** evolui para categoria **IV** (por baixo do ponto de necrose temos já o osso) Ferida coincidente com o estado geral da pessoa que também piora. Quase não tem tecido de granulação. Volta-se ao tratamento inicial.

32° Dia

**LPP categoria IV**

O paciente apresenta ligeiras melhoras, e a lesão também. Tecido inviável à volta do cóccix e restante com granulação. Mantém tratamento.

35° Dia



LPP categoria IV
Bordos macerados pelo exsudado. Tecido inviável foi desbridado e dá-se início a tratamento com Terapia de Pressão Negativa (TPN).

40° Dia



LPP categoria IV
À exceção do cóccix, a restante lesão tem tecido de granulação sangrante. Feito desbridamento mecânico de tecido inviável e continuação do tratamento com TPN.
O estado geral da pessoa torna a piorar.

44° Dia



LPP categoria IV
Manteve desbridamento e TPN, apesar do agravamento do estado clínico.

3 | ANÁLISE E DISCUSSÃO

Ao longo de todo o internamento, foi instituído tratamento à LPP com vista à cura, como é evidenciado no quadro anterior. Foram protocolados vários tratamentos, tendo em conta o estado geral do utente e características do leito da ferida. Na data do último tratamento realizado à LPP a equipa de enfermagem recebeu informação de que a pessoa teria alta para o internamento, nesse mesmo dia.

Por agravamento rápido do seu estado clínico, no final do turno as indicações eram suspensão das medidas terapêuticas. A pessoa faleceu neste mesmo dia. Verificou-se que foram tomadas diferentes decisões clínicas num curto período de tempo por comunicação ineficaz entre equipa multidisciplinar e o súbito agravamento do estado de saúde da pessoa.

As unidades de medicina intensiva, são serviços altamente especializados, onde a equipa multidisciplinar dispõe de uma grande diversidade de meios de tratamento. O rápido avanço tecnológico e científico, dificulta a previsão da morte, levantando vários dilemas éticos e questões geradoras de angústia, ambivalência e incertezas. Neste contexto, a morte é vista como uma falha e não como um processo natural do ciclo da vida (PESSINI, 1996).

Assim, apesar do paulatino agravamento do estado clínico, o tratamento realizado à LPP teve sempre como objetivo a sua cura, pois até ao último tratamento era assumido que iria melhorar, sendo inclusivamente assumida também uma alta para a enfermaria a breve trecho. O que acabou por provocar um sofrimento desnecessário para a pessoa.

Segundo DUTRA *et al.* (2011), é comum nos serviços de saúde uma comunicação ineficaz entre os membros da equipa multidisciplinar, incluindo a de enfermagem. A discussão sobre intervenções e tratamentos a implementar em SMI envolvendo todos os profissionais de saúde intervenientes no tratamento das pessoas incluindo enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, é essencial no processo de tomada de decisão. A equipa de enfermagem assume especial importância no processo de tomada de decisão pois é a que tem maior contacto com as pessoas internadas e família e reconhece melhor a dinâmica familiar. O diálogo entre estes profissionais promove uma visão mais ampla do estado geral da pessoa e assim, identificar o limite entre prolongar a vida em detrimento da sua dignidade.

No presente caso clínico constatou-se uma comunicação inadequada entre os profissionais de saúde, relativamente ao estado geral da pessoa, potencial de cura e consequentes objetivos do tratamento. Este défice na comunicação entre a equipa, pode ter conduzido a uma decisão tardia de intervenção paliativa. Torna-se assim, essencial uma reflexão conjunta envolvendo todos os profissionais de saúde que exercem funções em cuidados intensivos, que lidam com estes dilemas éticos na sua prática clínica, sobre a distanásia e desmitificação da morte como um fracasso (DUTRA, *et al.* 2011).

Ao longo do internamento foram vários os fatores limitadores da comunicação entre a equipa multidisciplinar, como o constante avanço e retrocesso do estado clínico

da pessoa e súbito agravamento do seu estado clínico no último dia de vida. Todos estes fatores podem ter conduzido a uma possível decisão tardia de substituição de tratamento com vista à cura por uma intervenção paliativa. Neste sentido, ao longo do internamento foi implementado um plano de tratamento com o objetivo de cura. Este tratamento incluiu limpeza com antisséptico, desbridamento mecânico e autolítico e aplicação de TPN. Este tratamento à LPP foi causador de grande desconforto à pessoa quer pela natureza dos procedimentos em si, quer pela sua manipulação. Além disso, estes tratamentos consomem recursos humanos (tempo despendido pela equipa de enfermagem na realização dos tratamentos) e financeiros.

Segundo LIMA *et al.* (2006), perante uma situação clínica cujo desfecho se preveja desfavorável, o plano de tratamento curativo, deve ser substituído por uma intervenção paliativa, proporcionando uma morte digna. O foco de atenção passa a ser o alívio da dor, do sofrimento e conforto do utente, aspetos muitas vezes descurados no plano de tratamento, no entanto de fácil resolução.

Segundo PESSINI (1996) perante uma situação de doença grave, essencialmente em idosos, deve ser sempre ponderado o potencial de cura. Neste sentido, DUTRA *et al.* (2011) afirma que perante uma situação clínica cujo desfecho se preveja desfavorável, o objetivo dos cuidados de enfermagem prestados deve centrar-se na promoção de uma morte digna e livre de dor e desconforto. De salientar a importância de manter uma relação de proximidade e confiança entre a equipa de saúde e família da pessoa e a sua inclusão no processo de tomada de decisão.

Face à decisão multidisciplinar de intervenção paliativa, seria planeado o uso de recursos incluindo diminuição da dor e conforto da pessoa e comunicação com a família sobre prognóstico e gestão de expectativas. O tratamento à LPP seria conservador, com o objetivo de gestão de sintomas e promoção do conforto. O material de penso a aplicar teria de garantir controlo de exsudado, diminuição da dor e conforto.

4 | CONCLUSÃO

Atualmente, a medicina intensiva dispõe das mais avançadas tecnologias que permitem um prolongamento da vida, ainda que artificial. Esta realidade levou a uma quase distopia do cuidar: o objetivo é curativo e não paliativo. Esquecendo-se por vezes que o morrer faz parte do ciclo de vida, investe-se em tratamentos quase sem limites porque a morte é sentida como um fracasso. Este objetivo de prolongamento da vida pode colocar-nos perante situações consideradas de distanásia.

Este estudo de caso levou-nos a refletir sobre vários aspetos: a não aceitação da morte como processo natural, tanto por parte da família como pelos profissionais da unidade; a equipa multidisciplinar que demonstrou falta de comunicação e falta de estabelecimento de objetivos conjuntos, realistas e em prol da dignidade da pessoa e do seu fim de vida.

Chegados ao final do processo de análise, conscientes do desfecho com o fim de vida da pessoa, verificamos que esta realidade de cuidados prestados à LPP foi feita com um objetivo focado na cicatrização, o que induziu sofrimento acrescido. E será que esse deveria ser o objetivo do tratamento instituído?

Assim, concluímos que nem sempre o tratamento de feridas deverá ter como objetivo a cura, pois pode apenas ter como finalidade promover o conforto e dignidade da pessoa. Este objetivo deveria ter sido amplamente discutido interdisciplinarmente ao longo do internamento de acordo com o estado geral da pessoa, do seu potencial de viabilidade e da sua resposta às intervenções instituídas logo desde o início. De salientar que o rápido agravamento da situação clínica acabou por causar entropia no processo de avaliação, levando a várias e díspares decisões clínicas nesse curto período onde a comunicação na equipa multidisciplinar acabou por falhar. Se tivesse sido efetuada uma avaliação mais centrada na pessoa do que na cura, teríamos proporcionado uma morte mais digna e sem sofrimento.

REFERÊNCIAS

BIONDO, C.; SILVA, M. & DAL SECCO, L. **Distanásia, Eutanásia e Ortotanásia: Percepções dos Enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva e Implicações na Assistência.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 17, n. 5, 2009. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae> .

DUTRA, B. S.; SANTANA, J. C. B.; DUARTE, A. S.; *et al.* (2011). **Distanásia: Reflexões Éticas Sobre os Limites de Esforços Terapêuticos nas Unidades de Terapia Intensiva.** Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, v. 3, n. 1, p. 1617–27.

FERNANDES, A. S. & COELHO, S. P. F. (2014). **Distanásia em Unidade de Cuidados Intensivos e a Visão de Enfermagem: Revisão Integrativa.** Revista Cuidarte, v. 5, n. 2, p. 813–819.

LIMA, C. (2006). **Medicina High Tech, obstinação terapêutica e distanásia.** Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, v. 13, n. 2, p. 79–82. Disponível em: <https://www.spmi.pt/revista/vol13/vol13_n2_2006_079_082.pdf>. Acesso em: 21/4/2023.

PESSINI, L. (1996). **Distanásia: Até Quando Investir Sem Agredir?** Revista Bioética, v.4, n.1. Disponível em: <https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/394/357>. Acesso em: 21/4/2023.

SHAH, P.; AUNG, T. H.; FERGUSON, R.; ORTEGA, G.; SHAH, J. (2014). **Ethical Consideration in Wound Treatment of the Elderly Patient.** Journal of the American College of Clinical Wound Specialists, 1. Elsevier Inc.

VIDAL, E. R.; PIRES, T. O.; PARREIRA, D. R.; JUNQUEIRA, B. V.; NOGUEIRA, A. T. B. (2017). **A importância de discutir os aspetos bioéticos da morte-Até onde intervir?** Revista de Medicina e Saúde de Brasil, v.6, n.1, p.162.

WINCH, S. (2013). **Wound closure on scene: ethical analysis and reflection: Case study.** Journal of Paramedic Practice, v. 1, n. 8, p. 314–319.