

MARIA DE LURDES DA COSTA MARTINS

# LESÕES DA PELE EM CUIDADOS PALIATIVOS



PROCEDIMENTOS E  
MODELOS DE ATUAÇÃO

MARIA DE LURDES DA COSTA MARTINS

# LESÕES DA PELE EM CUIDADOS PALLIATIVOS



PROCEDIMENTOS E  
MODELOS DE ATUAÇÃO

**Editora chefe**

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Antonella Carvalho de Oliveira

**Editora executiva**

Natalia Oliveira Scheffer

**Assistente editorial**

Flávia Barão

**Bibliotecária**

Janaina Ramos

**Projeto gráfico**

Nataly Evilin Gayde

Thamires Camili Gayde

Vilmar Linhares de Lara Junior

**Imagens da capa**

iStock

**Edição de arte**

Yago Raphael Massuqueto Rocha

2025 by Atena Editora

Copyright © 2025 Atena Editora

Copyright do texto © 2025, o autor

Copyright da edição © 2025, Atena

Editora

Os direitos desta edição foram cedidos  
à Atena Editora pelo autor.

*Open access publication by Atena*  
Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob a Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

A Atena Editora mantém um compromisso firme com a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, assegurando que os padrões éticos e acadêmicos sejam rigorosamente cumpridos. Adota políticas para prevenir e combater práticas como plágio, manipulação ou falsificação de dados e resultados, bem como quaisquer interferências indevidas de interesses financeiros ou institucionais. Qualquer suspeita de má conduta científica é tratada com máxima seriedade e será investigada de acordo com os mais elevados padrões de rigor acadêmico, transparência e ética.

O conteúdo da obra e seus dados, em sua forma, correção e confiabilidade, são de responsabilidade exclusiva do autor, não representando necessariamente a posição oficial da Atena Editora. O download, compartilhamento, adaptação e reutilização desta obra são permitidos para quaisquer fins, desde que seja atribuída a devida autoria e referência à editora, conforme os termos da Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

Os trabalhos nacionais foram submetidos à avaliação cega por pares realizada pelos membros do Conselho Editorial da editora, enquanto os internacionais foram avaliados por pareceristas externos. Todos foram aprovados para publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

## Lesões da pele em cuidados paliativos: procedimentos e modelos de atuação

**Autora:** Maria de Lurdes da Costa Martins  
**Revisão:** A autora  
**Diagramação:** Camila Alves de Cremo  
**Capa:** Luiza Alves Batista  
**Indexação:** Amanda Kelly da Costa Veiga

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M386 Martins, Maria de Lurdes da Costa  
Lesões da pele em cuidados paliativos: procedimentos e  
modelos de atuação / Maria de Lurdes da Costa  
Martins. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2025.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-3563-1

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.631252506>

1. Cuidados paliativos. 2. Doenças de pele e  
dermatologia. I. Martins, Maria de Lurdes da Costa. II. Título.

CDD 616.029

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

## DECLARAÇÃO DO AUTOR

Para fins desta declaração, o termo 'autor' é utilizado de forma neutra, sem distinção de gênero ou número, salvo indicação em contrário. Da mesma forma, o termo 'obra' refere-se a qualquer versão ou formato da criação literária, incluindo, mas não se limitando a artigos, e-books, conteúdos on-line, acesso aberto, impressos e comercializados, independentemente do número de títulos ou volumes. O autor desta obra declara, para todos os fins, que: 1. Não possui qualquer interesse comercial que constitua conflito de interesses em relação à publicação; 2. Participou ativamente da elaboração da obra; 3. O conteúdo está isento de dados e/ou resultados fraudulentos, todas as fontes de financiamento foram devidamente informadas e dados e interpretações de outras pesquisas foram corretamente citados e referenciados; 4. Autoriza integralmente a edição e publicação, abrangendo os registros legais, produção visual e gráfica, bem como o lançamento e a divulgação, conforme os critérios da Atena Editora; 5. Declara ciência de que a obra será publicada sob a Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0), a qual permite o compartilhamento, armazenamento, reprodução, adaptação e disponibilização em repositórios digitais e outras plataformas, desde que sejam devidamente atribuídos a autoria e os créditos à editora; 6. Assume total responsabilidade pelo conteúdo da obra, incluindo originalidade, veracidade das informações, opiniões expressas e eventuais implicações legais decorrentes da publicação.

## DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação está licenciada sob a Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0), que permite copiar, distribuir, exibir, executar, adaptar e criar obras derivadas para quaisquer fins, inclusive comerciais, desde que sejam atribuídos os devidos créditos ao(s) autor(es) e à editora. Trata-se de uma forma alternativa de licenciamento autorizada pela Lei de Direitos Autorais (Lei nº 9.610/98), adotada com base nos princípios do acesso aberto, promovendo a livre circulação e reutilização do conteúdo acadêmico. 2. Os autores mantêm integralmente seus direitos autorais e são incentivados a divulgar esta obra em repositórios institucionais, plataformas digitais e outros meios, desde que haja a devida atribuição de autoria e menção à editora, conforme os termos da Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0). 3. A editora reserva-se o direito de disponibilizar a publicação em seu site, aplicativo e demais plataformas, bem como de comercializar exemplares impressos ou digitais, quando aplicável. Nos casos de comercialização, seja por livrarias, distribuidores ou plataformas parceiras, o repasse dos direitos autorais será efetuado conforme as condições previstas em contrato específico firmado entre as partes. 4. Em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados, a editora não cede, comercializa ou autoriza o uso de dados pessoais dos autores para finalidades que não tenham relação direta com a divulgação desta obra e seu processo editorial.

**Conselho Editorial**

**Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Prof. Dr. Cirênia de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto

Prof. Dr. Cláudio José de Souza – Universidade Federal Fluminense

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria

Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia

Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Delta do Parnaíba – UFDPar

Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe

Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás

Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Taísa Ceratti Treptow – Universidade Federal de Santa Maria

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade Federal de Itajubá

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

*“Na nossa sociedade hedonista, o culto da eterna juventude é uma ilusão que a todos atrai, uma vez que a morte, cedo ou tarde, nos surpreende.”*

SFAP, 1999

## DEDICATÓRIA

Para ti que sofres pela convivência com uma ferida avançada e progressiva, que te roubou a esperança e a qualidade de vida, que te roubou os sonhos, as relações pessoais e a tua identidade.... Acredita na ciência, na inovação e na capacidade quase endeusada dos profissionais de saúde, em particular dos enfermeiros, que manipulam, avaliam e constroem o melhor tratamento. Que este livro e a suas reflexões sejam um veículo impulsionador para a prestação de cuidados de excelência.

Dedico este livro a ti, que no auge da tua fragilidade, a mão humana saiba responder atempadamente e assertivamente com o conhecimento aqui veiculado e humanismo.

# SUMÁRIO

<b>RESUMO .....</b>	<b>3</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>4</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS.....</b>	<b>1</b>
<b>I PARTE: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA-MEDICINA BASEADA NA EVIDÊNCIA .....</b>	<b>2</b>
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>3</b>
<b>2. CARACTERIZAÇÃO E FISIOPATOLOGIA DAS FERIDAS MALIGNAS....</b>	<b>5</b>
2.1 Conceito e classificação das feridas malignas .....	7
2.2 Aspectos fisiopatológicos da ferida maligna .....	7
2.3 Instrumentos de avaliação das Feridas Malignas .....	14
2.4 Tratamento multidimensional das feridas malignas .....	15
<b>3. FÍSTULAS .....</b>	<b>23</b>
3.1 Etiologia, sintomatologia e complicações.....	35
3.2 Cuidados com as fistulas (cutâneas) .....	35
3.3 Cuidados com as lesões cavitárias .....	38
<b>4. ALTERAÇÕES DERMATOLÓGICAS EM CUIDADOS PALIATIVOS.....</b>	<b>40</b>
<b>5. FRAGILIDADE E VULNERABILIDADE CUTÂNEA EM CUIDADOS PALIATIVOS .....</b>	<b>44</b>
5.1 Dermatoporose .....	51
5.2 Quebras Cutâneas ( <i>Skin Tear</i> ).....	51
5.3 Medidas de atuação e de preservação da integridade cutânea.....	53
5.4 Alterações da Pele em Fim de Vida .....	55
<b>II PARTE- CASOS CLÍNICOS .....</b>	<b>59</b>
<b>CASO CLÍNICO 1.....</b>	<b>68</b>
<b>CASO CLÍNICO 2 .....</b>	<b>74</b>
<b>CASO CLÍNICO 3 .....</b>	<b>80</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>85</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>87</b>

# SUMÁRIO

<b>ANEXOS.....</b>	<b>94</b>
ANEXO I: Ferramenta de Avaliação de Feridas Malignas.....	94
ANEXO II: ESCALA DE TORONTO .....	98
<b>SOBRE A AUTORA .....</b>	<b>100</b>

## RESUMO

O presente manual foi elaborado com base na evidência científica mais atual acoplada às boas práticas clínicas. Por questões pedagógicas este foi dividido em duas partes. Na parte I é feita uma revisão da literatura relativamente a: feridas neoplásicas malignas, fístulas, alterações dermatológicas em cuidados paliativos (CP), vulnerabilidade e fragilidade cutânea, com enfase na dermatoporose e quebras cutâneas e nas alterações da pele em fim de vida. Na parte II para uma melhor assimilação dos conteúdos teóricos apresentam-se casos clínicos e respetivos planos de cuidados. No capítulo 1 apresenta-se uma breve nota introdutória do tema que será explorado nos próximos capítulos. No Capítulo 2 é feita uma revisão das feridas neoplásicas malignas, com destaque na definição, classificação, fisiopatologia, instrumentos de avaliação e respetivas medidas de atuação. No Capítulo 3 apresenta-se uma abordagem semiológica e fisiopatológica das fístulas (mais comuns em CP) e as medidas terapêuticas. No Capítulo 4 faz-se uma descrição das alterações dermatológicas mais comuns em CP e respetivas medidas de atuação. No Capítulo 5 avança-se para o conceito de fragilidade e vulnerabilidade cutânea, em particular para as quebras cutâneas e alterações da pele que surgem em fim de vida, a saber: úlcera terminal de Kennedy (UTK), síndrome 3:30 e Trombley-Brennam Terminal Tissue Injury (TB-TTI). Este manual foi desenvolvido com o objetivo de aumentar a literacia dos profissionais de saúde em relação às temáticas descritas. A literatura acerca das feridas neoplásicas malignas é pouco explorada e o deficit de conhecimento dos profissionais de saúde, ainda é uma realidade que impacta na qualidade da assistência. O tratamento destas feridas é complexo, especialmente quando o objetivo do seu tratamento é o controlo sintomático, sem a perspetiva de cicatrização. Estas feridas caracterizam-se pela presença de: dor, odor fétido, exsudato, sangramento, prurido, infecções, fístulas e desfiguração corporal progressiva. Consequentemente, é primordial um plano de cuidados diferenciado e holístico, para reduzir o impacto da doença, que se traduz em sofrimento físico e psicológico. Assim, diante da complexidade que envolve a assistência à pessoa com ferida neoplásica maligna, é imprescindível que o profissional de saúde, em particular o enfermeiro, tenha competência e conhecimento (etiologia, estadiamento da lesão, estado biopsicossocial do paciente, produtos e coberturas específicas para o controlo sintomático) para avaliar e intervir, transmitindo segurança e assistência adequada ao paciente e à família. Por outro lado, os profissionais de saúde devem estar informados acerca: do risco acrescido que as pessoas em CP e em fim de vida têm de desenvolver lesões cutâneas, respetivas medidas preventivas e de tratamento. Existe uma grande falta de conhecimento e de literatura sobre os cuidados e tratamento da UTK. Apesar disso, é claro que o principal objetivo dos cuidados é priorizar o conforto e a qualidade de vida da pessoa. Divulgar o estado atual do conhecimento sobre as lesões inevitáveis que ocorrem no final da vida pode contribuir para o seu reconhecimento e gestão, priorizando o conforto como base do cuidado.

## ABSTRACT

This manual was prepared based on the most current scientific evidence coupled with good clinical practices. For pedagogical reasons this was divided into two parts. In part I, a review of the literature is made regarding: malignant neoplastic wounds, fistulas, dermatological changes in palliative care (PC), skin vulnerability and fragility, with an emphasis on dermatoporosis and skin tear and skin changes at the end of life. In part II, for better assimilation of theoretical content, clinical cases and respective care plans are presented. Chapter 1 presents a brief introductory note on the topic that will be explored in the following chapters. Chapter 2 provides a review of malignant neoplastic wounds, highlighting their definition, classification, pathophysiology, assessment instruments and respective action measures. Chapter 3 presents a semiological and pathophysiological approach to fistulas (most common in PC) and their therapeutic approach. In Chapter 4 there is a description of the most common dermatological changes in PC and respective action measures. In Chapter 5, we move on to the concept of skin fragility and vulnerability, in particular to skin tear and skin changes that appear at the end of life, namely: Kennedy Terminal Ulcer (KTU), 3:30 syndrome and Trombley-Brennan terminal tissue injury (TB-TTI). This manual was developed with the aim of increasing the literacy of health professionals in relation to the topics described. The literature on malignant neoplastic wounds is little explored and the lack of knowledge among health professionals is still a reality that impacts the quality of care. The treatment of these wounds is complex, especially when the objective of treatment is symptomatic control, without the prospect of healing. These wounds are characterized by the presence of: pain, foul odor, exudate, hemorrhage, itching, infections, fistulas and progressive body disfigurement. Consequently, a differentiated and holistic care plan is essential to reduce the impact of the disease, which translates into physical and psychological suffering. Thus, given the complexity involved in assisting people with malignant neoplastic wounds, it is essential that the health professional, especially the nurse, has competence and knowledge (etiology, staging of the lesion, biopsychosocial status of the patient, specific products and coverage for symptomatic control) to evaluate and intervene, transmitting security and adequate assistance to the patient and family. On the other hand, health professionals must be informed about: the increased risk that people undergoing PC and at the end of life have of developing skin lesions, respective preventive and treatment measures. There is a great lack of knowledge and literature regarding the care and treatment of KTU. Despite this, it is clear that the main objective of care is to prioritize the person's comfort and quality of life. Disseminating the current state of knowledge about inevitable injuries that occur at the end of life can contribute to their recognition and management, prioritizing comfort as the basis of care.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

**BPS:** Escala de Dor Comportamental (*Behavioral Pain Scale*)

**CP:** Cuidados Paliativos

**CFV:** Cuidados no final da vida

**EQT:** Eletroquimioterapia

**EV:** Endovenoso

**EVA:** Escala Visual Analógica

**FLACC:** Rosto, Pernas, Atividade, Choro, Consolabilidade (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*)

**FM:** Ferida maligna

**HOPES:** Hemorragia (*Haemorrhage*), odor (*odour*), dor/prurido (*pain/pruritus*), exsudato (*exsudate*), S (infeção superficial/*superficial infection*)

**ISTAP:** Painel Consultor Internacional das Quebras Cutâneas (*International Skin Tear Advisory Panel*)

**MWAT-C:** Ferramenta de Avaliação de Feridas Malignas – Clínica (*Malignant Wound Assessment Tool – Clinical*) (MWAT-C)

**MWAT-R:** Ferramenta de Avaliação de Feridas Malignas – Investigação (*Malignant Wound Assessment Tool – Research*)

**PAINAD:** Avaliação da dor na Demência Avançada (*Pain Assessment in Advanced Dementia*)

**PHMB:** Polihexametileno-biguanida

**SC:** Subcutâneo

**SF:** Soro fisiológico

**SNG:** Sonda nasogástrica

**SU:** Serviço de urgência

**PEG:** Gastrostomia endoscópica percutânea

**QT:** Quimioterapia

**RT:** Radioterapia

**TSAS-W:** Sistema de Avaliação de Sintomas de Toronto para Feridas (*Toronto Symptom Assessment System for Wounds*)

**ULDM:** Unidade de Longa Duração e Manutenção

**WoSSAC:** Gráfico de autoavaliação de sintomas de feridas (*Wound Symptoms Self-Assessment Chart*)

## I PARTE: Fundamentação teórica-medicina baseada na evidência

# 1. INTRODUÇÃO

O cancro teve nas últimas décadas em todo o mundo um aumento global visível. Segundo a Agência Internacional de Investigação do Cancro (*International Agency for Research on Cancer-IARC*) a nível mundial o número de pessoas diagnosticadas com cancro aumentará 55%, passando de 19.9 milhões de casos de cancro em 2022 para 30.9 milhões em 2045. Entre os fatores que contribuem para este aumento salientam-se o envelhecimento da população, o tabaco, o álcool, a obesidade e a poluição atmosférica. De facto, o aumento da esperança de vida tem conduzido a um aumento do número de pessoas com doenças crónicas, progressivas, incapacitantes e com elevadas taxas de morbilidade, ou doenças em fase avançada que necessitam de cuidados paliativos (CP). Anualmente mais de 40 milhões de pessoas em todo o mundo necessitam de CP, sendo que este número tenderá a aumentar, pois estima-se que em 2050 o número de pessoas com mais de 60 anos irá duplicar (Glasdam et al., 2020). Por outro lado, a pandemia devido à COVID-19 também incrementou a necessidade de prestação de CP. À medida que a incidência do cancro aumenta, a mortalidade por cancro também aumentará, passando de cerca de 9.7 milhões de pessoas em 2022 para 16.6 milhões de pessoas a nível mundial em 2045 (UICC, 2024). Desta forma, será expectável uma grande prevalência de pessoas com doença oncológica avançada, que irão seguramente constituir um peso crescente nos serviços de saúde, pela elevada carga sintomática que a doença despoleta no final de vida, e também pela incapacidade, muitas vezes emocional, da família e dos cuidadores em assegurarem a prestação de cuidados nesta fase.

Na Europa, o tipo de cancro mais comum é o cancro da mama, seguido do cancro da próstata e do colo-rectal (UICC, 2024). Embora não existam dados que confirmem de forma fidedigna a incidência de feridas neoplásicas que surgem no decorrer do cancro avançado, estima-se que 10% a 15% dos pacientes com cancro desenvolvam feridas malignas (FM), devido ao tumor primário ou metastático e estão diretamente relacionadas com a infiltração tumoral de sistemas superficiais, tais como a pele e os vasos linfáticos (Sibbald & Ayello, 2020), sobretudo nos últimos seis a doze meses de vida (Beh & Leow, 2016; Tsichlakidou et al., 2019). Os cancros mais suscetíveis para o desenvolvimento de feridas neoplásicas são o cancro da mama, da cabeça e do pescoço, podendo também ocorrer no cancro do pulmão, do ovário, geniturinário, sarcoma e melanoma (Bernardino et al., 2022).

Perante os argumentos apresentados, pode-se inferir que será exigido aos profissionais de saúde um maior conhecimento e competência, para a maximização da prestação de cuidados e de assistência de qualidade. Embora tenha havido um interesse global sobre os CP e este seja um tema de análise prioritária nas agendas internacionais, muitos dos profissionais recém-formados sentem-se mal preparados e incapazes para a prestação de CP. Por outro lado os profissionais mais experientes têm um baixo/moderado

nível de conhecimento nesta área e sentem falta de formação específica (Martins et al., 2024).

As FM têm mau prognóstico (quando a doença oncológica de base não está controlada), sendo que habitualmente a sua cicatrização é inviável e exigem CP para aliviar a carga sintomática, diminuir as complicações e melhorar a qualidade de vida através da prevenção e do alívio do sofrimento do paciente e da família. Partindo desse pressuposto, é essencial que os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, estejam capacitados técnico-cientificamente sobre a abordagem ao paciente com FM, nomeadamente: produtos, materiais, fármacos, procedimentos para a construção de um penso com características holísticas.

Destaca-se a relevância deste manual pela carência de produção científica nesta área, além da sua contribuição na construção de conhecimentos que forneçam elementos e ferramentas para um melhor planeamento das ações e do plano de cuidados às pessoas com lesões tumorais, para elaboração de estratégias de qualificação profissional, melhoria da assistência através do estabelecimento de novas práticas e, consequentemente, maior satisfação dos pacientes e das famílias. Pretende-se ainda com a elaboração deste manual aumentar a literacia dos profissionais de saúde sobre o tratamento das FM, com base no conhecimento adquirido ao longo da prática clínica e da evidência científica mais atual. É também objetivo deste manual fazer uma abordagem global das alterações da pele que podem surgir no final da vida, para evitar tratamentos supérfluos e desadequados devido a diagnósticos errados ou omissos. Todo o desenho literário desta obra foi realizado com base na evidência científica mais atual, no rigor técnico e centrado na PESSOA e na promoção do seu CONFORTO.

## 2. CARACTERIZAÇÃO E FISIOPATOLOGIA DAS FERIDAS MALIGNAS

Neste capítulo será feita uma primeira abordagem ao conceito de FM e a sua respetiva classificação, relativamente ao aspetto, origem e estadiamento. Posteriormente serão discutidos os aspectos oncogénicos que estão na origem do desenvolvimento das FM, bem como, dos sintomas que as caracterizam através da mnemónica HOPES. Por últimos serão apresentados instrumentos práticos de trabalho que permitem a avaliação, caracterização e vigilância das FM.

### 2.1 Conceito e classificação das feridas malignas

As feridas neoplásicas são sempre feridas malignas razão pela qual a sua terminologia é de ferida neoplásica maligna, dada esta redundância será sempre feita abreviação ao longo deste manual para o termo ferida(s) maligna(s). As feridas neoplásicas também podem ser denominadas lesões oncológicas, malignas, tumorais ou fungóides (Souza et al., 2018). São chamadas de “feridas fungóides malignas ulceradas” quando apresentam um aspetto vegetante (proliferativa tipo cogumelo/couve-flor) e regiões ulceradas; “feridas fungóides malignas ou feridas vegetantes malignas” quando são semelhantes a couve-flor (Quadro 1) e “feridas ulceradas malignas” quando apresentam ulcerações em forma de crateras rasas.

Quadro 1 – Classificação das feridas malignas de acordo com o aspetto

Ferida ulcerada maligna	Ferida fungóide maligna/ Ferida vegetante maligna	Ferida fungóide maligna ulcerada
Ulcerada em forma de cratera (rasa).	Semelhante a couve-flor. Proliferativas.	Mista (aspetto vegetante e zonas ulceradas).
		

As FM são feridas crónicas com origem num cancro primário ou metastático e podem surgir em qualquer parte do corpo. Estas formam-se pelo crescimento desordenado e progressivo de células cancerígenas nas estruturas da pele devido ao processo de oncogénese, condicionando a integridade da pele, e resultando numa lesão exofítica (padrão de crescimento de um tumor que se projeta para fora da superfície do tecido),

aberta e não cicatrizante. (Furka et al., 2022). A infiltração das células malignas do tumor nas estruturas adjacentes da pele, provocam a perda da integridade do seu tegumento. O crescimento anormal e desorganizado das células tumorais provoca a incisão de uma ferida de aspecto necrótico. Estas características tornam as FM altamente suscetíveis à contaminação por microrganismos aeróbicos e anaeróbicos produzindo metabólitos, gases putrescina e cadaverina.

As FM podem ser classificadas quanto (Figura 1):

- ✓ origem
- ✓ aspecto
- ✓ estadiamento

Em relação à origem as FM podem ser primárias (quando se origina no local do tumor primário), metastáticas (origem no local da metástase) ou recorrentes (quando após a cicatrização há o surgimento de uma nova lesão no mesmo local) (Agra et al., 2018). No que diz respeito ao aspecto existem: feridas ulcerativas malignas (quando estão ulceradas e formam crateras rasas), feridas proliferativas (fungóide) malignas (semelhantes à couve-flor) e feridas proliferativas (fungóide) malignas ulceradas (aspeto vegetante e partes ulceradas). O estadiamento está definido no Quadro 2.

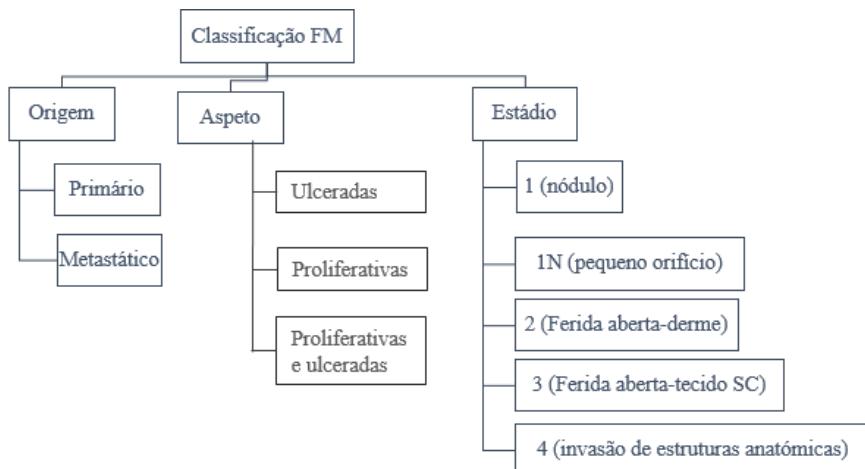


Figura 1- Classificação das feridas malignas

## 2.2 Aspectos fisiopatológicos da ferida maligna

O processo de formação da ferida neoplásica inclui três eventos (Melo et al., 2019):

- Crescimento tumoral** – ocorre o rompimento da pele.
- Neovascularização** – a provisão de substratos promove o crescimento tumoral.

**c) Invasão da membrana basal das células saudáveis** – induz o crescimento expansivo da ferida na superfície afetada.

Quadro 2- Estadiamento das FM (Haisfield-Wolfe & Baxendale-Cox, 1999)

**Estádio 1** Pele íntegra. Coloração avermelhada.  
Nódulo visível e delimitado.  
Assintomático.



**Estádio 1N** Pele íntegra ou com um pequeno orifício superficial com drenagem de secreção límpida, amarelada ou de aspecto purulento.  
Pode ter dor e prurido, sem odor.  
Tecido de cor avermelhada ou violácea com lesão seca ou húmida.  
Não há formação de túneis ou crateras.



**Estádio 2** Ferida aberta com tecido inflamatório, podendo haver dor e odor.  
Envolve a derme e a epiderme.  
Formação de ulcerações superficiais que podem ser friáveis, sensíveis ao toque, com pouco exsudato ou secas.  
Tecido de coloração avermelhada e/ou violácea.  
Sem formação de túneis porque não ultrapassam o tecido subcutâneo.



<b>Estádio 3</b>	Com dor, odor, exsudato fétido e aspeto vegetante. Envolve a derme, epiderme e a camada subcutânea, de profundidade regular, mas com bordas salientes e irregulares, presença de feridas satélites em risco de rutura. Tecido friável com o leito de coloração predominantemente amarelado.		
<b>Estádio 4</b>	A ferida invade estruturas anatómicas profundas. Profundidade expressiva, exsudato abundante, odor fétido e dor. Tecido circundante de coloração avermelhada, violácea.		

As FM são o resultado direto do processo oncogénico. Assim, a sua evolução não depende dos cuidados instituídos, mas sim desse processo oncogénico, dos tratamentos anticancerígenos administrados e da resposta do paciente a esses tratamentos. Os cuidados visam, desta forma, controlar os sintomas associados à ferida (odor, exsudato, dor, prurido), prevenir riscos (hemorrágicos, infeciosos) ou, mais raramente, acompanhar o processo de cicatrização, se possível. As FM são habitualmente consideradas como “incuráveis” ou sem viabilidade cicatricial (exceto as resultantes de tumores primários que foram solucionados), devido à sua ligação direta com a doença de base que está descontrolada e em progressão, invadindo de forma massiva as estruturas tecidulares. O tratamento das FM proliferativas é desafiador. Considerando a sua natureza neoplásica a cura completa ou a melhoria não pode ser esperada com a aplicação de curativos classicamente utilizados em feridas. Um tratamento com foco na manutenção da qualidade de vida do paciente é uma escolha razoável e indicada.

Já vimos que as lesões cutâneas resultam da infiltração do tecido epitelial por células cancerígenas, deste modo, o seu desenvolvimento irá afetar progressivamente a hemostase sanguínea, linfática, intersticial e também o ambiente celular. Estas circunstâncias atribuem às FM determinadas características, a saber: neovascularização, tecido friável, necrose ou ambos, pele circundante macerada, fragilizada, eritematosa e pode apresentar nódulos.

A European Oncology Nursing Society sugere a utilização da mnemónica “HOPES”, adaptada de Woo & Sibbald (2010) (Probst et al., 2015). O acrónimo HOPES sistematiza os principais sintomas das FM (Quadro 3a e Quadro Resumo-HOPES). Adicionalmente a mnemónica SPECIAL (Alvarez et al., 2007) (Quadro 3b) ajuda o profissional a regular a sua tomada de decisão de acordo com os princípios estabelecidos para um plano de cuidados em medicina paliativa.

Quadro 3- a) Mnemónica HOPES (Woo & Sibbald (2010); b) Mnemónica SPECIAL (Alvarez et al., 2007)

<p><b>H</b> (<i>Haemorrhage</i>) – Hemorragia <b>O</b> (<i>Odour</i>) – Odor <b>P</b> (<i>Pain/Pruritus</i>) – Dor/Prurido <b>E</b> (<i>Exudate</i>) – Exsudato <b>S</b> (<i>Superficial Infection</i>) – Infecção superficial</p>	<p><b>S</b> (<i>Stabilize the wound</i>) – Estabilizar a ferida <b>P</b> (<i>Prevent new wounds</i>) – Prevenir novas feridas <b>E</b> (<i>Eliminate odor</i>) – Eliminar o odor <b>C</b> (<i>Control Pain</i>) – Controlar a dor <b>I</b> (<i>Infection prevention</i>) – Prevenir a infecção <b>A</b> (<i>Absorb exudates</i>) – Absorver o exsudato <b>L</b> (<i>Less dressing changes</i>) – Reduzir a realização de penso</p>
--	--

a)

b)

De seguida, passam-se a apresentar os aspectos fisiopatológicos de cada um dos sintomas da mnemónica HOPES.

## HEMORRAGIA

O tumor quando cresce é altamente vascularizado devido à neoangiogénesse. Esta circulação sanguínea massiva dentro da massa tumoral é anárquica, assim como o desenvolvimento do próprio tumor. Como resultado, o tecido tumoral que compõe a ferida fica friável e pode sangrar facilmente, o que diferencia as FM de outras feridas crónicas (Figura 2). Além disso, a massa tumoral pode invadir e danificar vasos ou exercer pressão rompendo-os. Mas o risco de hemorragia também pode estar aumentado pela evolução geral da doença. Como o tecido de granulação da FM é extremamente friável devido à estimulação dos fatores de crescimento endoteliais vasculares, ocorre uma neovascularização frágil da FM (Cornish, 2019). A aplicação e a remoção inapropriada do material de penso ou a limpeza da ferida também favorecem a hemorragia. O desequilíbrio fisiológico das células provocado pelo crescimento tumoral, a erosão dos vasos sanguíneos pelo tumor ou pela necrose dos tecidos são responsáveis por processos hemorrágicos espontâneos das FM (Vicente, 2017).



Figura 2- Hemorragia das feridas malignas

## ODOR

O odor fétido é o sintoma major das FM, com um grande impacto negativo no bem-estar pessoal, na qualidade de vida e na interação social e familiar, tornando-se mais crítico, quanto mais próximo da terminalidade a pessoa estiver. O odor está relacionado com múltiplos fatores: pobre vascularização dos tecidos adjacentes ocorrendo redução do oxigénio pela oclusão dos vasos (promotora da necrose tecidual), elevada carga bacteriana (com potencial colonizante), infecção, exsudato abundante (saturação/fuga de exsudato do penso). As FM proporcionam um meio ótimo e ideal para a proliferação bacteriana. Podem ser colonizadas por organismos aeróbios e anaeróbios, que produzem um odor fétido intensamente nauseante (Barreto et al., 2018). As bactérias anaeróbicas produzem gases gordos voláteis, gases de putrescina e de cadaverina (Peng & Dai, 2020) e trissulfeto de dimetila (Tilley et al., 2021), que quebram as proteínas do tecido necrótico gerando o odor fétido.

## DOR

A presença de dor na FM é multifatorial. A dor pode ocorrer devido à erosão e à quebra das terminações nervosas da lesão que não podem ser reparadas (Cornish, 2019). As células tumorais produzem fatores de crescimento que provocam o aumento do tumor, levando à compressão de estruturas anatómicas e terminações nervosas, surgindo o edema por comprometimento capilar e linfático. A exposição das terminações nervosas da derme, procedimentos inadequados no tratamento da ferida (troca dos apósitos do penso mal-executada), infecções recorrentes, também podem causar dor. Os receptores de dor apresentam uma maior sensibilidade no leito da ferida, sendo por isso percecionada pelo paciente uma dor de maior intensidade neste local (Peng et al., 2019). Como a dor é resultante da invasão tumoral com pressão mecânica de estruturas nervosas ou exposição da *dermis*, o tipo de dor presente numa FM é do tipo nociceptiva e neuropática (Dica 1).

### Dica 1

Dor Nociceptiva: causada pelo dano tecidual que a FM cria.

Dor Neuropática: causada pelo dano dos nervos periféricos no local da FM.

## PRURIDO

O prurido é um sintoma que causa um importante desconforto na pessoa e interfere com a sua qualidade de vida e de sono. Este pode ser causado por diversos estímulos, como o toque da pele, vibrações, calor, pressão.... Existem muitos mediadores químicos e diferentes mecanismos que causam a sensação de prurido. São os neurónios sensoriais periféricos específicos que medeiam essa sensação. Esses neurónios são distintos dos que respondem ao toque ou à dor; e contêm um receptor, MrgA3, cuja estimulação causa a sensação de prurido. No caso específico das FM o prurido surge pela pressão dos nódulos tumorais subcutâneos (SC) que desencadeiam irritação das terminações nervosas (Cornish, 2019). Este efeito é mais comum na doença inflamatória da mama. A presença de exsudato, bastante característico das FM, também é um fator potenciador do prurido, pela irritação e inflamação da pele. Nesta situação o prurido surge por uma dermatite de contacto com o exsudato.

Existem fatores exógenos e endógenos que modulam a estimulação dos mediadores, incluindo a expressão/libertação de citocinas/quimiocinas pela pele e pelas células imunitárias, causando inflamação, rutura da barreira cutânea, ativação e crescimento dos neurónios sensoriais, prurido e dor. Estas interações complexas entre tipos de células são mediadas principalmente por citocinas, mas também envolvem quimiocinas, neurotransmissores, lípidos, proteases, peptídeos antimicrobianos, agonistas de canais iónicos ou vários receptores acoplados à proteína G. A histamina é o mediador químico mais conhecido, sendo sintetizada e armazenada nos mastócitos da pele e libertada em resposta a diversos estímulos. Outros mediadores (prostaglandinas, substância P) também podem causar a libertação da histamina ou atuar como pruritogénicos, razão pela qual alguns anti-histamínicos atuam em determinadas situações e em outras não. Estudos recentes têm enfatizado o papel fundamental desempenhado pela interleucina-31 (citocina IL-31) na sensação de prurido (Datsi et al., 2021; Fassett et al., 2023; Furue & Furue, 2021), uma vez que esta é a responsável pela transmissão do impulso nervoso do prurido ao cérebro. Por outro lado, o prurido intenso estimula o ato de coçar, podendo provocar lesões cutâneas secundárias (inflamação, escoriação, infecção), originando mais prurido devido ao rompimento da barreira cutânea. Embora o ato de coçar possa reduzir temporariamente a sensação de prurido por ativação dos circuitos neurais inibidores, este também amplifica o prurido ao nível cerebral, exacerbando o ciclo prurido-coçar.

## **EXSUDATO**

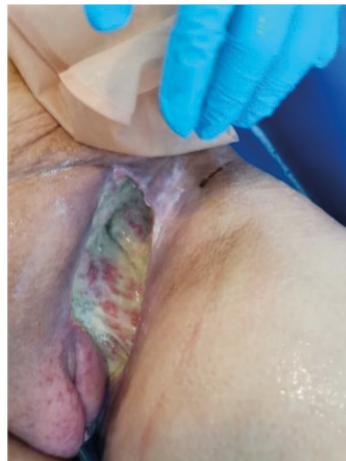


Figura 3- FM na região inguinal muito exsudativa

A produção excessiva do exsudato relaciona-se com a progressão da doença oncológica e com o crescimento anárquico e descontrolado da FM (Figura 3). Para isso contribuem diversos fatores que se interrelacionam entre si: a alta permeabilidade vascular do tumor; a inflamação, a infecção local proveniente da contaminação da ferida e a degradação tecidual pelo aumento de proteases (Vicente, 2017). Na presença de sinus ou fístulas, o exsudato da ferida pode ser contaminado pela saliva, líquido peritoneal, fezes ou urina. A proliferação bacteriana é favorecida pela estrutura tumoral, conduzindo ao aparecimento de exsudato (Soares et al., 2019).

## **INFEÇÃO**



Figura 4- FM exsudativa, com tecido desvitalizado, odor e sinais de infecção

A angiogénesse associada à estrutura do tumor e a produção de células exacerbam a probabilidade de infecção. A própria estrutura das FM com tecido tumoral necrótico, desvitalizado e com ulcerações cria condições propícias para a proliferação bacteriana aeróbica e anaeróbica, essencialmente de *Pseudomonas* sp., *Morganella* sp., *Klebsiella* sp. e *Proteus* sp. (Soares et al., 2020). A presença de bactérias nas feridas agrava sintomas tais como: a dor, o exsudato e o odor (Figura 4).

## 2.3 Instrumentos de avaliação das Feridas Malignas

Existem na literatura quatro ferramentas de avaliação fiáveis e válidas que ajudam o profissional de saúde a identificar as perspetivas dos pacientes sobre os sintomas, e o sofrimento associado à convivência com uma FM. Esses instrumentos de avaliação são os seguintes:

- a) Gráfico de autoavaliação de sintomas de feridas (*Wound Symptoms Self-Assessment Chart*) (WoSSAC) (Naylor, 2002);
- b) Sistema de Avaliação de Sintomas de Toronto para Feridas (*Toronto Symptom Assessment System for Wounds*) (TSAS-W) (Maida et al., 2009);
- c) Ferramenta de Avaliação de Feridas Malignas – Clínica (*Malignant Wound Assessment Tool – Clinical*) (MWAT-C) (Schulz et al., 2009);
- d) Ferramenta de Avaliação de Feridas Malignas – Investigação (*Malignant Wound Assessment Tool – Research*) (MWAT-R) (Schulz et al., 2009).

O WoSSAC não foi testado quanto à fiabilidade ou validade pelo que não vai ser analisado com detalhe. A MWAT-C e a MWAT-R são ferramentas de avaliação que foram validadas clinicamente para pessoas com FM. Ambas têm componentes semelhantes, mas a MWAT-R recolhe informações relatadas pelos pacientes numa das três secções (Parte B). Por exemplo, os sintomas psicossociais são avaliados com maior profundidade na MWAT-R. As ferramentas de avaliação MWAT (Anexo I) foram traduzidas para a língua nativa (português) deste manual, contudo a sua adaptação cultural e a validade de conteúdo não foi ainda desenvolvida para a população portuguesa.

Em relação ao TSAS-W este não se aplica especificamente a feridas sem potencial de cicatrização, contudo, é uma ferramenta de fácil utilização que, contempla os sintomas mais comuns neste tipo de feridas, permitindo a mensuração das variações no controlo dos sintomas. Esta escala é uma ferramenta para avaliar de forma sistemática o grau de dor e de sofrimento polissintomático. Esta escala foi modelada com base no Sistema de Avaliação de Sintomas de Edmonton, amplamente usado e validado na área dos CP. O TSAS-W é composto por 10 parâmetros de sintomas que são avaliados individualmente em escalas numéricas de classificação de 11 pontos (0-10). A soma de todas as pontuações permite a mensuração das variações no controlo dos sintomas comuns neste tipo de

feridas. Essa classificação pode ajudar os profissionais de saúde, mais concretamente a equipa de enfermagem, a avaliar de forma sistemática e abrangente as FM, permitindo uma melhor compreensão da gravidade da lesão e auxiliando na escolha das intervenções de cuidado adequadas para cada situação. A classificação ajuda a determinar o tratamento a e a monitorizar a eficácia das intervenções. A escala TSAS-W-PT está validada para a população portuguesa (Vicente et al., 2023) e consta do Anexo II.

Todas as ferramentas de avaliação de feridas referidas anteriormente centram-se na captação dos sintomas físicos associados às feridas e à gravidade desses sintomas, tal como são percebidos pelo paciente. No entanto, apenas as ferramentas MWAT tiveram validação por parte dos profissionais de saúde e investigadores e têm uma componente de avaliação que mede o sofrimento associado aos sintomas da ferida e à complexa perturbação física, psicossocial e emocional que a pessoa pode experientiar quando vive com uma FM.

## 2.4 Tratamento multidimensional das feridas malignas

À medida que o quadro clínico se agrava a ferida também acompanha este agravamento de forma progressiva. Nesta situação o tecido necrótico multiplica-se, e o uso dos antissépticos, considerados citotóxicos para o tecido de granulação, passam agora a ser benéficos. A complexidade e a especificidade das FM não têm por meta a cicatrização, mas sim um controlo efetivo de sintomas, objetivando o conforto dos pacientes, através da realização de um tratamento estético e funcional. O controlo dos sintomas HOPES é a prioridade e não o processo de cicatrização, pois os produtos utilizados no tratamento destas lesões podem induzir a divisão celular e consequente a progressão tumoral (Dica 2 e Dica 3). O recurso à criatividade, ao humanismo e à ética do enfermeiro impõe-se neste “fabricar” de pensos à “medida da pessoa e da ferida”, onde todos os detalhes contam para responder às necessidades de conforto e de bem-estar da pessoa. Medidas que ultrapassam amplamente a simplicidade pragmática e linear.

Dica 2

Perante a natureza incurável da doença oncológica e como tal da FM, é essencial definir objetivos (realistas) para o tratamento local da FM, devendo ser negociados com o paciente/família de modo que estes se sintam parceiros de cuidados. Antes de qualquer atuação, devemos questionar: O que ganha a pessoa com esta intervenção?

Dica 3

O objetivo principal do tratamento das FM é a promoção do conforto da pessoa. Esse conforto é multidimensional.

De seguida passa-se a explicar com detalhe o tratamento de cada sintoma do acrônimo HOPES.

Quando a doença de base deixa de estar controlada ocorre de forma inexorável um agravamento dos sintomas associados à FM, nomeadamente a hemorragia. As FM apresentam com frequência fragilidade tecidual com uma forte probabilidade hemorrágica. A hemorragia pode ser expressa em diferentes graus, desde pequenos focos hemorrágicos por traumatismo na remoção do material de penso, até a hemorragias persistentes e/ou maciças e espontâneas, eventualmente fatais. Dependendo da situação, existem várias opções tópicas, tais como: esponjas hemostáticas, celulose oxidada, nitrato de prata (promove a cauterização química criando uma crosta), adrenalina (ação vasoconstritora), ácido aminocapróico, sucralfato e películas de contacto. O nitrato de prata pomada pode ser aplicado diretamente sobre a pele com hemorragia ligeira, mas a sua aplicação sob a forma de bastão requer uma limpeza prévia com soro fisiológico dos pontos sangrantes, seguida de uma aplicação durante 5 a 30 segundos no local afetado. O crescimento exponencial e rápido das lesões com o aparecimento de múltiplos nódulos cutâneos e crateras, potenciam o risco de sangramento se não forem adotados mecanismos de atuação e de medidas preventivas. Estas medidas estão sumarizadas na Figura 5.

### Hemorragia Ligeira

- Comprimir suavemente com o penso hemostático: esponja hemostática, alginato de cálcio, nitrato de prata (pomada ou em forma de bastão em cada lesão sangrante), colagénio ou celulose oxidada.
- Aplicar fármacos tópicos anti-hemorrágicos em cada ponto de sangramento ou humedecer uma compressa ou a esponja hemostática com esses fármacos. Por exemplo: ácido aminocapróico (3 gr - 10 ml) ou o ácido tranexâmico (0,5–1 g, 5–10ml).
- Em grandes áreas hemorrágicas aplicar sucralfato (disperso no penso primário) ou ácido aminocapróico em pó dispersos na FM.
- Aplicar soro fisiológico (SF) a 0.9% frio sobre os pontos sangrantes (opcional).
- Ter disponível toalhas escuras (evitar a cor branca porque aumenta a percepção da pessoa da perda sanguínea).
- Aplicar lâminas de contacto não aderentes, por exemplo Mepitel® (malha não aderente de duas faces, que permite a passagem do exsudato,

## Hemorragia Ativa

- Focos hemorrágicos muito fortes: aplicar nitrato de prata e adrenalina (1:1000) embebidos em esponja hemostática em cada foco.
- Administrar terapêutica sistémica (ácido aminocapróico, ácido tranexâmico).
- Em grandes áreas hemorrágicas aplicar sucralfato (disperso no penso primário) ou ácido aminocapróico em pó dispersos na FM.
- Aplicar um penso secundário com ação anti-hemorrágica (alginato de cálcio, nitrato de prata, colagénio ou celulose oxidata).
- Se consciente: sedar o doente
  - ❖ Com acesso endovenoso (EV): Midazolan 1 mg/ml de 1/1 min
  - ❖ Sem acesso EV: Midazolam 15 mg IM (a via SC não é viável pela vasoconstrição provocada pela hemorragia)

## Prevenção Hemorragia

- Instituir terapêutica coagulante sistémica em tomas diárias ou antes da execução do penso (com ácido aminocapróico ou ácido tranexâmico).
- Terapias alternativas: cirurgia (lesões únicas e de pequenas dimensões), radioterapia (controlo hemostático em lesões de maiores dimensões), hormonoterapia e EQT (administração conjunta de um citostático EV em dose subterapêutica e de um impulso elétrico que provoca a eletroporação da membrana citoplasmática das células a tratar, sendo que nestas o citostático atinge uma concentração citotóxica).
- Pensos não aderentes (gaze gorda, tule/fibra gelificante) para a manutenção de um ambiente húmido e a criação de uma interface antiaderente, evitando a aderência das compressas.
- Remoção cuidadosa do penso (irrigação prévia abundante com água ou SF).
- Crioterapia (o frio promove a vasoconstrição dos vasos sanguíneos e consequente diminui a possibilidade de hemorragia).

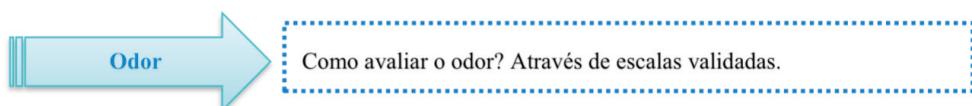
Figura 5- Procedimento para controlo da hemorragia das feridas malignas

A prevalência de episódios hemorrágicos das FM está pouco documentada, assim como a sua intensidade (minor ou major/severa) o que pode comprometer a atenção que se dá a este sintoma e a instituição precoce de medidas preventivas. Uma das ações fundamentais é a prevenção da remoção traumática do penso, por isso recomenda-se o uso de uma camada de contato não aderente ou gaze impregnada com petrolato e o humedecimento prévio do penso antes da sua remoção. As opções para controlar a hemorragia implicam o uso de apósitos hemostáticos absorvíveis (celulose regenerada oxidata, colagénio, esponjas hemostáticas), penso de alginato ou nitrato de prata. Na presença de focos hemorrágicos ativos pode também colocar-se fármacos anti-hemorrágicos (ácido aminocapróico, ácido tranexâmico, adrenalina) embebidos numa compressa ou esponja hemostática. Em grandes áreas hemorrágicas opta-se por aplicar diretamente sucralfato ou ácido aminocapróico em pó dispersos na FM.

Quando se trata de uma hemorragia major pode ser necessária a utilização de uma grande quantidade de material e de toalhas escuras, para diminuir a percepção da pessoa

do nível de intensidade hemorrágica. Nestas circunstâncias a hemorragia pode ser fatal e a ansiedade e o sofrimento do paciente devem ser minoradas através de sedação por via endovenosa (EV). A via subcutânea (SC) não é opcional, porque perante uma hemorragia maciça ocorre vasoconstricção dos tecidos, tornando esta via pouco eficaz.

A aplicação de radioterapia (RT) em feridas neoplásicas tem como objetivo diminuir as dimensões tumorais ou eliminar eventual célula maligna remanescente. Além disso, as sessões de radioterapia também podem ser aplicadas para o controlo hemorrágico das lesões tumorais – radioterapia hemostática.



O odor das FM pode ter um impacto emocional profundo no paciente e família/cuidadores, podendo resultar em isolamento social. O primeiro passo para controlar este sintoma é a sua avaliação através de escalas. Na literatura existem várias escalas para a avaliação do odor das FM, no entanto quase todas têm em comum o local onde o odor é percecionado. O sistema TELER (Browne et al., 2004) de avaliação do odor é única escala atualmente existente que está validada (Figura 6).

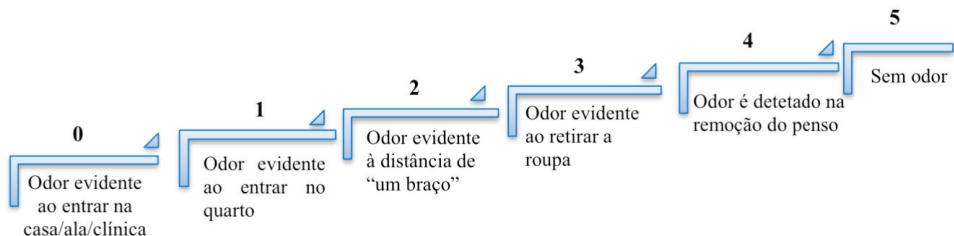


Figura 6- Sistema TELER para avaliação do odor

Mediante a intensidade do odor obtido pelo sistema TELER são instituídas medidas farmacológicas e/ou não farmacológicas descritas no Quadro 4. Valores menores ou iguais ao grau 3 implicam obrigatoriamente a utilização de medidas farmacológicas sistémicas ou tópicas com metronidazol. O metronidazol tópico é atualmente o fármaco antimicrobiano de eleição tendo sido amplamente estudado em feridas com odor fétido. No entanto, quando o cheiro é nauseabundo e intenso (grau 0 e 1, ocorre em FM com muito tecido necrosado) a aplicação tópica do metronidazol mostra-se pouco eficaz, pelo que se recomenda a utilização de metronidazol sistémico (EV ou oral) (Dica 4 e Dica 5). Recentemente tem sido indicada a possibilidade de utilização de metronidazol pulverizado em lesões orais, uma vez que a formulação de gel/pomada não se fixa adequadamente na mucosa oral e a sua textura pode causar desconforto, sendo facilmente removido pela saliva (Harano et al., 2023).

Dica 4

Tríade no controlo do odor:  
L limpeza/desinfecção com agentes tópicos  
D desbridamento (se apropriado)  
A agentes antimicrobianos

Dica 5

Misturar morfina injetável com metronidazol gel a 0.75% para controlo simultâneo do odor e da dor.

As medidas farmacológicas para controlo do odor passam inicialmente pela limpeza da ferida e assepsia. Destaca-se o mel de Manuka com ação eficaz no controlo do odor já validado clinicamente (Holubová et al., 2023; Sinha et al., 2023), contudo tem um efeito desbridante (Kapoor & Yadav, 2021) podendo provocar dor, pelo que a sua aplicação em FM deve ser muito bem ponderada. Outro agente desinfetante é a água hidrolisada produzida a partir dos elementos naturais da água, sal e eletricidade originando uma solução antisséptica poderosa. Em solução tem uma ação imediata no controlo do odor durante a execução do penso e mais prolongada no tempo na formulação gel (Chiu et al., 2023). Outra solução antisséptica conhecida como poli-hexametileno de biguanida reduz a carga microbiana tendo por isso uma ação efetiva no controlo do odor.

Relativamente às medidas não farmacológicas indicam-se os óleos essenciais. A limpeza da pele com hidrolato de lavanda (água floral) tem uma ação refrescante, calmante e é ideal para a pele irritada ou ruborizada, como acontece frequentemente com a pele circundante à FM. O seu efeito relaxante também promove a sensação de bem-estar e produz um odor agradável durante a sua aplicação. Os transferidores de odores em spray (desodorizantes) produzem um aroma agradável ao ligarem-se ao mau odor neutralizando-o (Ota et al., 2023). Os grãos de café, de chá verde, folhas de lavanda ou os paus de canela aprisionados no penso emanam um aroma agradável, optando-se pelo produto que for mais aprazível para a pessoa. À planta do chá verde *Camellia Sinensis* tem sido atribuída uma ação anti-inflamatória e capacidade de inibição da proliferação celular e angiogénesse (Mokra et al., 2022). Embora ainda com pouca evidência científica é indicada a irrigação da ferida com chá verde seguida da colocação de pacotes de chá diretamente no leito da FM, com efeito na redução do odor pela sua ação antimicrobiana (Gethin et al., 2023; Wiese et al., 2023). O chá tem a vantagem de ter um custo reduzido, não necessitar de prescrição médica (facilidade no acesso) e não causar resistência antimicrobiana. Outro aspeto importante é a reação visceral ao cheiro fétido sentido pelos pacientes, cuidadores e equipa de saúde, o que pode gerar sentimentos de inadequação e exacerbar o isolamento do doente, pelo estigma social (Dica 6).

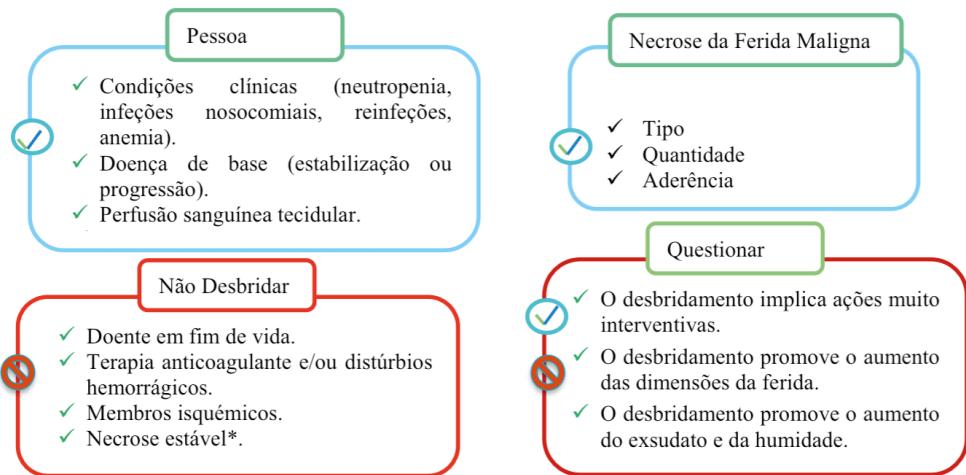
Quadro 4- Medidas para o controlo do odor das feridas malignas

<input type="checkbox"/> <b>Medidas Farmacológicas</b>	<input type="checkbox"/> <b>Não Farmacológicas</b>
<input type="checkbox"/> Agentes tópicos de limpeza (SF, água potável).	<input type="checkbox"/> Almofadas de ervas.
<input type="checkbox"/> Antissépticos à base de ácido hipocloroso e hipoclorito de sódio, mel Manuka, clorohexidina, iodopovidona espuma, água eletrolisada, poli-hexametileno de biguanida.	<input type="checkbox"/> Velas, óleos essenciais, produtos de aromaterapia.
<input type="checkbox"/> Aplicação tópica de agentes antimicrobianos (metrodinazol gel, sulfato de neomicina ) e/ou sistémica.	<input type="checkbox"/> Filtros de ar ambiental.
<input type="checkbox"/> Pensos de carvão ativado simples ou com prata (ação bactericida).	<input type="checkbox"/> Queima de incensos/ambientadores.
<input type="checkbox"/> Apósitos com mel (carvão ativado com mel).	<input type="checkbox"/> Desodorizantes em spray.
<input type="checkbox"/> Pensos de canela (adsorcem o odor e libertam um aroma agradável).	<input type="checkbox"/> Arejamento do quarto.
<input type="checkbox"/> Pensos oclusivos ajudam a conter o cheiro.	<input type="checkbox"/> Bolsas de grãos de café, de chá verde ou paus de canela aprisionados no penso.

**Dica 6**

Durante a realização do penso o profissional deve usar uma máscara, porque atenua o cheiro e esconde a expressão facial que surge na presença de um mau odor.

A presença de tecido necrótico na FM impede a penetração dos agentes antimicrobianos tópicos e é um meio propício para a proliferação fúngica. Nessas circunstâncias pode-se ponderar o desbridamento, tendo em consideração determinados aspetos (Figura 7). Se o desbridamento for realizado mecanicamente pode causar sangramento e dor. Contudo, se a FM estiver a responder favoravelmente ao antineoplásico (presença de autólise do tecido tumoral), pode-se considerar o desbridamento mecânico ou cirúrgico (cortante), uma vez que a higiene da ferida trará mais qualidade de vida à pessoa (redução do odor e da dor, aumento do bem-estar emocional). Alternativamente, o desbridamento autolítico e químico (enzimático) é preferido como tratamento tópico, sendo o seu uso limitado na presença de sangramentos intensos, rutura de grandes vasos sanguíneos, doença hemorrágica ou terapia anticoagulante. Dependendo do prognóstico do paciente e do seu estado atual (neutropenia, caquexia, infecções coexistentes, agitação física, pouca aceitação, colaboração e cooperação nos tratamentos), pode ser melhor não intervir, deixando o tecido necrótico duro e intacto a proteger o local (cobertura biológica natural). Só é recomendável avançar para o desbridamento da FM se existir uma perfusão do tecido envolvente capaz de promover a cicatrização (por exemplo: numa situação de anemia o transporte de oxigénio para os tecidos está comprometido). Antecipadamente é importante realizar uma avaliação vascular.



\* Se a ferida não mostrar sinais de infecção e estiver estável (seca, aderente, intacta, sem eritema ou flutuação) a necrose serve como uma cobertura biológica natural.

Figura 7- Aspetos a ter em consideração para a tomada de decisão no desbridamento de feridas malignas

Por outro lado, o profissional de saúde deve questionar se o desbridamento da FM irá resultar num aumento da qualidade de vida da pessoa, devendo por isso ser-lhe explicado que este procedimento a curto prazo pode requerer procedimentos mais recorrentes, sistemáticos e interventivos. Outra questão importante é o aumento das dimensões da ferida que poderá ocorrer com o desbridamento, sendo também por isso importante avaliar a capacidade cicatricial dos tecidos, assim como o aumento do exsudato e da humidade que é promovida pelos produtos utilizados no desbridamento. Estas condições podem aumentar a intensidade do odor, uma troca mais frequente do penso, lesão/maceração dos tecidos envolventes (aplicar um creme barreira) e aumentar a colonização e a proliferação bacteriana, devido ao ambiente húmido.

É totalmente contraindicada o desbridamento da FM numa pessoa em fim de vida próximo (dias ou horas de vida), porque a viabilidade de recuperação tecidual é nula e a FM está numa fase de progressão ativa e irreversível.

## Relembrando os tipos de desbridamento...

<b>Autolítico</b>	Autodegradação do tecido necrótico (é realizado pelo corpo de forma natural através dos leucócitos e enzimas). O leito da ferida deve ser mantido com humidade fisiológica e temperatura de 37°C (condições ideais para a atuação das enzimas e macrófagos) (Yamada, 2014).	<b>Microambiente húmido</b> <b>Quebra natural do tecido necrótico</b>
<b>Utilizar coberturas sintéticas retentoras da humidade.</b>	Hidrogéis para fornecer humidade, hidrocolóides em presença de pequeno/médio exsudato, alginatos, hidrofibras, fibras hidrodesbridantes e espumas para controlo do excesso de exsudato; coberturas impregnadas com antissépticos para controlo microbiano.  Hidrogéis: em feridas muito exsudativas, pode promover a maceração da pele circundante, proporcionando uma porta de entrada para as infecções bacterianas ou fúngicas.	<b>Ação de enzimas lisossómicas endógenas</b>
<b>Enzimático</b>	Degradação do tecido necrótico através de enzimas exógenas. A escolha da enzima deve ser baseada no tipo de tecido presente e no pH da pele.	<b>Atividade macrófaga</b>  <b>Lise e fagocitose do tecido necrótico</b>  <b>Amaciar e liquefazer os tecidos</b>  <b>Separação do tecido viável do inviável</b>
<b>Colagenase (ulcerase®):</b>	enzima utilizada no desbridamento enzimático, mais efetiva em pH entre 6 a 8. A sua ação é decompor as fibras de colagénio, responsáveis pela adesão do tecido necrótico ao leito da lesão.	<b>Enzimas Exógenas</b>
<b>Fibrinolísinha (plasmina):</b>	específica para degradar a fibrina e age em pH de 7 a 8.	<b>Remoção enzimática do tecido necrótico</b>  <b>Despreendimento do tecido</b>
<b>Mecânico</b>	Método não seletivo (remove tecido viável).  <b>Fricção:</b> gazes ou esponjas humedecidas em soluções de limpeza.  <b>Húmido-seco:</b> cobrir a ferida com gaze seca e aguardar que esta aderida à ferida para retirá-la.  <b>Irrigação:</b> soro morno em jato.  <b>Hidroterapia:</b> tanques com turbilhonamento.  Este método pode ser muito doloroso nas FM e provocar hemorragias severas.	<b>Mecânico</b>  <b>Fricção, húmido-seco, irrigação e hidroterapia</b>  <b>Remoção de tecido e corpos estranhos (e tecido viável)</b>
<b>Instrumental</b>	São utilizados instrumentos cortantes (bisturi e tesoura) para remover o tecido inviável.  <b>Risco:</b> hemorragia, lesão das estruturas anexas (tendões, músculos, ligamentos, ossos).  <b>Contraindicação:</b> insuficiência arterial, deficiente oxigenação tecidual, coagulação alterada.	<b>Instrumental</b>  <b>Bisturi/tesoura</b>  <b>Remoção de tecido necrótico e desvitalizado.</b>



Como avaliar a dor? Através de escalas validadas.

### 1- Avaliar a dor

A avaliação da dor deve ser realizada através de escalas validadas, de acordo com a capacidade da pessoa em ou não verbalmente (Figura 8). Caso exista uma FM deve-se considerar que a dor está presente durante a execução do penso. Se o paciente não tem alterações da consciência pode-se aplicar: a escala visual analógica (EVA) (Figura 9) que pode ser transformada em categórica (sem dor, suave, moderada, forte, muito forte, máxima);

a escala numérica (0- sem dor e 10 - dor máxima) ou a escala das faces. Esta última é de fácil interpretação e pode ser usada em crianças e indivíduos com défice cognitivo. Com alterações da consciência deve-se utilizar outro tipo de escala, nomeadamente a FLACC (Rosto, Pernas, Atividade, Choro, Consolabilidade - *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*) (Voepel-Lewis et al., 1997) ou a BPS (Escala de Dor Comportamental- *Behavioral Pain Scale*) (Payen et al., 2001). A FLACC é uma escala validada na avaliação da dor em crianças e adultos com comprometimento cognitivo e/ou estado crítico e a BPS é recomendada pela Sociedade Americana de Enfermagem na Gestão da Dor para avaliação da dor em pessoas entubados e/ou inconscientes. Os resultados apoiam a implementação da escala PAINAD (Avaliação da dor na Demência Avançada - *Pain Assessment in Advanced Dementia*) em doentes em CP como uma ferramenta observacional padronizada para melhorar a gestão da dor em pessoas não comunicativas, principalmente com demência. Esta escala pode identificar sinais não-verbais de dor, tais como: gemidos, caretas e o franzir do sobrolho.

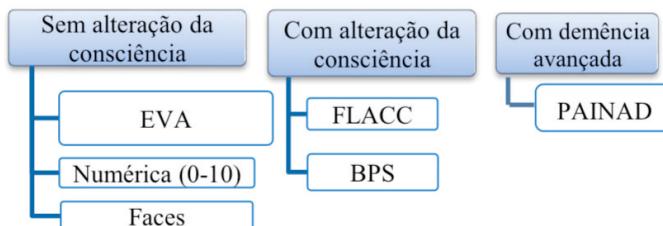


Figura 8- Escalas de avaliação da dor

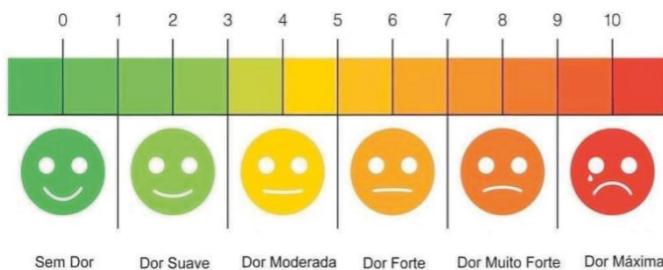


Figura 9- Escalas de avaliação da dor em pessoas conscientes

- Se a dor estiver presente continuamente deve ser otimizada a analgesia contínua
- Recomendações da Organização Mundial de Saúde sobre a analgesia

Administração de analgesia prévia em SOS antes da realização de um tratamento potencialmente doloroso é uma prática recomendável. A programação da execução do penso tem que ser estabelecida de acordo com a analgesia SOS instituída (Quadro 5 e Dica 7). A realização do penso pode ser um momento de grande angústia para a pessoa, pela exposição corporal e a visualização da ferida, cujas dimensões vão aumentando

progressivamente. O profissional de saúde durante a realização deste procedimento pode utilizar a técnica de distração (fluir a conversa para um outro assunto, por exemplo: futebol, família, netos), para tirar o foco da confrontação com a FM. Nestas circunstâncias pode ainda ser oferecida a possibilidade de sedação transitória durante a realização do penso. Esta sedação pode ser realizada com midazolam (*Dormicum®*) por ter um tempo de ação rápido e uma semivida curta (1 a 3 horas). A via privilegiada é a EV (se a pessoa tiver um acesso EV) ou SC por terem picos e inícios de ação mais rápidos (Quadro 6).

Quadro 5 - Analgesia opióide em SOS (de ação curta e rápida)

	Pico Plasmático	Início de ação	Duração
<b>Morfina oral*</b>	≈ 60 minutos	15-30 minutos	3-6 horas
<b>Morfina SC</b>	15 minutos	5-10 minutos	3-6 horas
<b>Morfina IV</b>		3-5 minutos	2-4 horas
<b>Fentanil SL</b>	30-60 minutos**	6-10 minutos	± 1 hora
<b>Fentanil transmucoso</b>	20-240 minutos	10-15 minutos	1-2 horas
<b>Buprenorfina SL</b>	30 minutos-3.5 horas	10-20 minutos	6-8 horas

\*liberação imediata (sevredol, oramorph); \*\*variável (15-240 minutos)

**Dica 7**

- ❖ Um erro crasso é não esperar o tempo necessário para que o fármaco atinja o pico de ação ou pelo menos o seu início, não atingindo o efeito analgésico pretendido.
- ❖ A morfina de liberação modificada (prolongada) não pode ser usada como SOS, porque o tempo de ação para atingir o pico plasmático é muito longo (2 a 4 horas).
- ❖ A administração de morfina intramuscular está contraindicada porque é muito dolorosa.

Quadro 6- Sedação transitória para a realização do penso

	Pico Plasmático	Início de ação	Posologia**
<b>Midazolam oral*</b>	30 a 90 minutos*	15-20 minutos	5 a 7.5 mg
<b>Midazolam SC</b>	20-30 minutos	5-10 minutos	2.5 a 5 mg
<b>Midazolam IM</b>	15-30 minutos	5 minutos	2.5 a 5 mg
<b>Midazolam IV</b>	5-10 minutos	2-3 minutos	2.5 a 5 mg
<b>Midazolam retal</b>	30 minutos	10 minutos	2.5 a 5 mg

\*1 hora para doses de 15 mg (doses mais elevadas atingem o pico mais rapidamente); \*\* se necessário fazer incrementos de 2.5mg.

**2-** Antes do penso ser removido este deve ser humedecido com soluções eletrolíticas (evita a remoção dolorosa do penso e diminui o risco de sangramento).

**3-** Retirar as compressas, o adesivo e o apósito cuidadosamente e apenas quando estiverem bem humedecidos.

**4-** Avaliar a necessidade de analgesia tópica com lidocaína gel a 2% (aplicar sobre a ferida tumoral e ao redor, cobrindo cerca de 2 cm de tecido saudável). Este fármaco tem um início de ação imediato, mas de curta duração.

Apesar de haver dúvidas sobre o modo mais indicado para a utilização de morfina tópica, sugere-se misturar a morfina com hidrogel (gel de carboximetilcelulose sódica 3%) (formulação tópica de preparação hospitalar). Contudo, o efeito máximo só vai ser sentido após 2 horas (Winardi & Irwan, 2019). Se preparado em condições de esterilidade, numa concentração de 0.125% (m/m) (10 mg de morfina para 8 g de hidrogel), o gel de morfina apresenta estabilidade e tolerância, tendo um efeito tópico analgésico que vai decrescendo ao longo das 24 horas, com absorção sistémica praticamente inexistente (Mateus, 2012). O gel de morfina tem uma estabilidade de 60 dias, quando conservado no frigorífico e ao abrigo da luz (Teixeira, 2023).

De forma *off-label* a irrigação da ferida apenas com uma ampola de morfina de 10 mg também tem sido realizada. O seu efeito é potenciado se a superfície da ferida estiver limpa antes da sua aplicação. A literatura em relação à eficácia do uso tópico de opióides é escassa. Um estudo de Ribeiro et al. (2004) indica que a biodisponibilidade da morfina tópica em gel em lesões cutâneas pequenas é de apenas 20%, sendo apenas efetiva em feridas maiores ( $> 60 \text{ cm}^2$ ). Contudo a literatura recente (Gutierrez et al., 2021; Nosek et al., 2022) sugere que a terapêutica tópica opióide pode ser eficaz no controlo da dor, particularmente em úlceras e erosões de etiologia inflamatória e lesões cutâneas dolorosas. Esta dissonância nos resultados pode estar relacionada com o facto de que as aplicações tópicas, apenas são eficazes se os receptores nervosos não estiverem danificados pelo tumor, uma vez que o fármaco funciona através da ligação a esses receptores (Cornish, 2019) (Dica 8).

**Dica 8**

A morfina é um opióide exógeno que atua como agonista dos receptores opióides  $\mu$ ,  $\kappa$  e  $\delta$ . A evidência da expressão de receptores opióides na pele têm suportado a segurança e a eficácia analgésica da morfina, quando administrada topicalmente.

**5-** Realizar a limpeza com irrigação de SF ou água bidestilada (usar seringa e agulha para fazer a irrigação uma vez que é menos doloroso e não provoca fricção).

**6-** Aplicar um creme barreira (pomada de óxido de zinco, creme com dimeticona), spray protetor (filme transparente com efeito pele plástica) ou clara de ovo (colagénio natural) nas bordas e ao redor da ferida. A camada de pomada evita o contato direto entre a pele e o exsudato, uma vez que este pode causar desconforto, referido pelo paciente como uma sensação de dor tipo queimadura ou ardência.

**7-** Avaliar a necessidade de reforço de analgesia durante e após o procedimento.

**8-** Registrar a avaliação da dor (escalas da dor) e a analgesia administrada antes e após o tratamento.

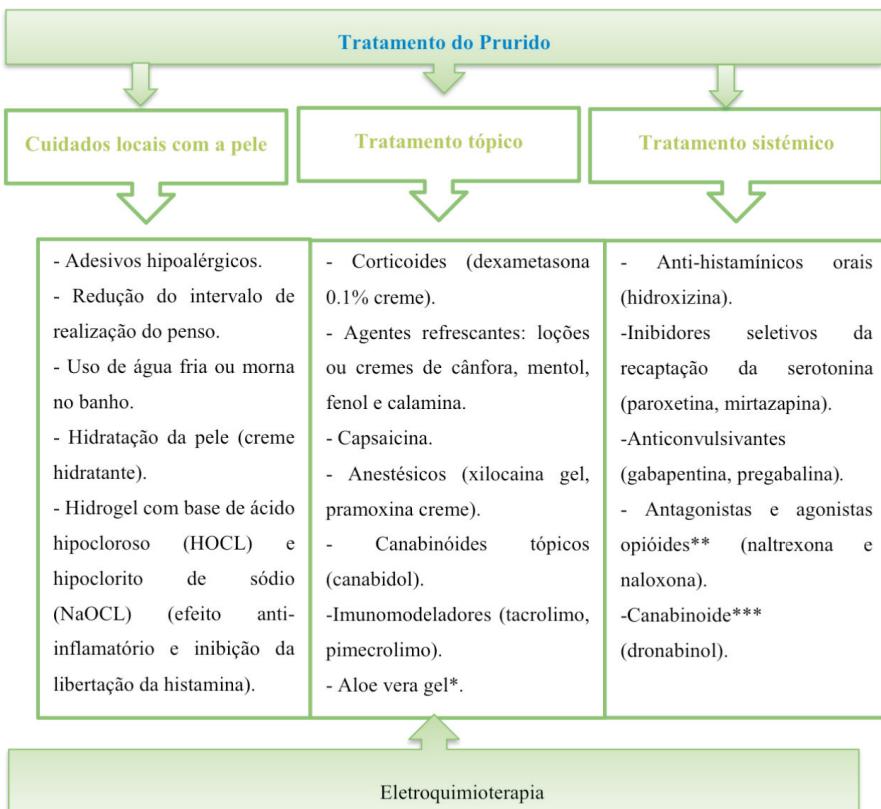
As terapêuticas tópicas são a base do tratamento para muitas doenças cutâneas e sistémicas e proporcionam à pessoa a oportunidade de gerir a sua condição sem muitos dos efeitos secundários sistémicos das terapêuticas não tópicas. As abordagens terapêuticas para o alívio do prurido em feridas são muito limitadas e pouco estudadas, contudo as medidas de atuação passam essencialmente por terapêutica tópica. A primeira abordagem é procurar compreender a origem do prurido: reação alérgica a algum apósito, ao adesivo, a um produto (creme, pomada), ao exsudato da FM, etc. Se a causa for extrínseca é possível aliviar e até resolver o prurido eliminando o fator desencadeante, por exemplo: utilizando adesivos hipoalérgicos, substituindo o apósito do penso por outro, protegendo a pele com um creme barreira ou aumentando a frequência de execução do penso, nas situações em que o prurido ocorre pelo exsudato da própria lesão que fica aprisionado no penso oclusivos (Dica 9). A manutenção da hidratação da pele é um cuidado muito importante na manutenção da humidade da pele, uma vez que a pele seca e descamativa potencia o prurido. Esta hidratação pode ser obtida através de cremes hidratantes, hidrogel à base de ácido hipocloroso (HOCL) e hipoclorito de sódio (NaOCL), pelo efeito anti-inflamatório e pela inibição da liberação da histamina (Krynicka & Trzeciak, 2022; Natarelli et al., 2022).

**Dica 9**

Medida preventiva do prurido: aplicação de um produto barreira quando se verifique exsudato ou fluidos corporais na FM.  
Produtos: películas poliméricas, silicone, zinco, petrolato, dimeticone.

As medidas de atuação para o tratamento do prurido estão summarizadas no Quadro 7. Quando a causa do prurido está relacionada com a FM o tratamento tópico com dexametasona creme a 0.1% é o indicado pela sua ação anti-inflamatória. Os cremes e as loções de mentol, cânfora e fenol proporcionam uma sensação de frescura, pelo estímulo das fibras nervosas transmissoras da sensação de frio, mascarando a sensação de prurido, contudo podem ter um odor muito forte. A loção/creme de calamina tem uma ação calmante e adstringente suave, proporcionando alívio do prurido. A capsaicina reduz e previne a produção de substância P, responsável pela inflamação, bloqueando os impulsos nervosos que conduzem o sinal de dor ao cérebro, proporcionando alívio da dor e da sensibilidade local (Cao et al., 2018). Só pode ser aplicada em pele íntegra, podendo necessitar de mais de duas semanas para produzir efeito e pode provocar uma sensação de queimadura/ardor que desaparece com o tempo. As preparações de anestésicos tópicos, como a lidocaína e a pramoxina, também têm sido apontadas como benéficas no alívio do prurido (Fourzali & Yosipovitch, 2019), particularmente no de etiologia neuropática (Cao et al., 2018), mas a sua utilização pode causar dermatite de contacto alérgica, xerose ou irritação na área de aplicação.

Quadro 7- Medidas de atuação para o tratamento do prurido



\*Eficaz na redução do prurido e da dor nas queimaduras (Mahboub et al., 2022), a sua ação ainda não foi estudada nas FM; \*\* eficazes no tratamento do prurido crônico (Ju et al., 2023); \*\*\*eficaz no tratamento do prurido generalizado, especialmente em doenças sistêmicas, como o prurido colesterolítico e urémico.

Atualmente existem novos fármacos tópicos para o alívio do prurido direcionados para a pele, o sistema imunitário e os receptores neurais. A lista inclui inibidores da janus quinase, inibidores da tirosina quinase, inibidores da fosfodiesterase, inibidores transitórios do receptor vanilóide, canabinóides tópicos e paracetamol tópico (em fase de teste) (Mahmoud et al., 2024). A recente descoberta do sistema endocanabinóide como um sistema fisiológico endógeno tem reforçado o potencial terapêutico dos canabinóides. Os receptores de canabinóide têm sido encontrados em fibras nervosas cutâneas, sendo que os agonistas canabinóides tópicos suprimem a dor e o prurido, pela sua ação de regulação da resposta inflamatória na pele (Yoo & Lee, 2023). Os cremes de canabinóides tópicos ligam-se a esses receptores canabinóides nos nervos sensoriais, células inflamatórias e estruturas anexas à pele. Estudos preliminares com canabidiol tópico avançam uma redução no prurido e alívio na dor, produzindo um efeito anti-inflamatório (Maghfour et al., 2021; Shao et al., 2023). Os imunomodeladores tópicos, tais como os inibidores de calcineurina (tacrolimo,

pimecrolimo) atuam como agentes anti-inflamatórios e antipruriginoso. A administração tópica dos inibidores da calcineurina pode reduzir o prurido nas primeiras 48 horas após a primeira aplicação e aumentar os efeitos antipruriginosos com o uso frequente (Chung et al., 2020). O efeito adverso mais reportado é o ardor na aplicação; no entanto, esta sensação desaparece após várias aplicações. Uma vantagem da utilização de inibidores da calcineurina em oposição aos corticosteróides tópicos são os reduzidos efeitos secundários e o uso continuado não resulta em lesões locais tais como, a atrofia (Papier & Strowd, 2018). Uma fina camada de creme ou pomada tópica pode ser aplicada até duas vezes por dia. As evidências preliminares sugerem que os produtos cabinoides podem ser eficazes no tratamento de várias doenças inflamatórias da pele. Embora promissoras, são necessárias mais pesquisas para avaliar a eficácia e determinar a dosagem, a segurança e as diretrizes de tratamento a longo prazo com canabinóides (Filipiuc et al., 2023; Kwiecień & Kowalczuk, 2023).

Em caso de persistência do prurido, mesmo com a implementação dos cuidados à pele e do tratamento tópico, deve considerar-se a introdução de terapia sistémica, com anti-histamínicos, nomeadamente a hidroxizina (administrada à noite pela sonolência induzida ou em baixa dose durante o dia) ou anti-histamínicos não sedativos (cetirizina, loratadina). Os anticonvulsivantes (gabapentina e pregabalina) são fármacos utilizados para o tratamento do prurido neuropático e idiopático (Ju et al., 2023). Os inibidores seletivos da recuperação da serotonina (paroxetina, mirtazapina) também são apontados como redutores do prurido (Probst et al., 2015). Para formas mais graves de prurido, os agonistas κ-opioides e os antagonistas opioides μ podem ajudar a atenuá-lo. A naltrexona e a naloxona são antagonistas μ-opioides utilizados para tratar vários tipos de prurido crônico. O dronabinol é um canabinóide oral eficaz no tratamento do prurido generalizado, especialmente em doenças sistêmicas, como o prurido colestático e urémico. Os canabinóides inibem a desgranulação dos mastócitos e a liberação de histamina e despolarizam as fibras nervosas através da ativação do receptor canabinóide 1 e da inibição dos potenciais dos canais iônicos do receptor transitório, que modulam a comichão (Shao et al., 2021). A excitação do receptor canabinóide 1 também melhora a função da barreira cutânea (Avila et al., 2020).

Por último salienta-se a eletroquimioterapia (EQT) como um tratamento local ablativo ou redutor que combina o uso de medicamentos sistémicos ou intratumoriais (bleomicina, cisplatina) com a eletroporação. Esta aplica um estímulo elétrico intenso durante um curto período de tempo, provocando um campo elétrico localizado que aumenta a permeabilidade das membranas celulares, estimulando a captação citoplasmática de agentes antineoplásicos hidrófilos e a apoptose das células cancerígenas. É descrito como um tratamento eficaz, não invasivo e seguro para o tratamento paliativo de metástases cutâneas e SC (Cariti et al., 2024), de melanomas (Caballero-Borrego et al., 2024) e outros tumores sólidos (Martin & Martin, 2023). Os objetivos do tratamento são o controlo

dos sintomas relacionados com a FM, melhoria da qualidade de vida, redução de novos sintomas relacionados com o cancro e o prolongamento da sobrevida global (Maglitto et al., 2022; Stratigos et al., 2023).

### Exsudato

O exsudato abundante é outro sintoma major, cuja intensidade está diretamente relacionada com a progressão da doença e consequentemente o crescimento da FM. O objetivo do tratamento consiste na realização de um penso que forneça uma boa selagem, para evitar a fuga do exsudato e a inevitável percepção do mau odor. Esta gestão pressupõe uma resposta às condições relacionadas com o estado do penso (Figura 10) cujas características desencadeiam um conjunto de ações para mitigar este sintoma (Quadro 8 e Dica 10).

→ Penso saturado

- Quando o penso mostra sinais de saturação pela observação das compressas repassadas.
- Deve-se aplicar um ou dois apósitos (que ficam em contacto com a FM) absorventes, reforçando-se o penso com compressas seguido do seu encerramento com adesivo, película ou ligadura.

→ Penso com fuga

- A fuga do exsudato para fora do penso de contenção, pode sujar a roupa do paciente e aumentar a libertação do odor desagradável.
- Nesta situação é necessário optar por um penso superabsorvente (poliacrilatos, espumas de poliuretano com várias camadas, hidropolímeros), reforçado com camadas de compressas, penso de incontinência, fraldas, etc.
- Posteriormente faz-se a sua oclusão com adesivo, película, ligadura.

→ Penso com saturação e fuga

- Em FM muito exsudativas pode ocorrer a saturação completa do penso e a consequente fuga do exsudato para fora do penso de contenção. Nestas circunstâncias é imperativo a utilização de apósitos superabsorventes: poliacrilatos, polímeros (cadeias hidrofílicas capazes de absorver e reter grande quantidade de fluidos), pensos de alginato (MelgisorbPlus®), lâminas de contacto não aderente de poliuretano de duas faces (Mepitel®).
- Independente do tipo de apósto primário escolhido é necessário efetuar o seu reforço com compressas, pensos de incontinência ou espumas de poliuretano com várias camadas (5 camadas). Por vezes também pode ser viável a aplicação de um saco de feridas quando o exsudato é proveniente de um pequeno orifício ou fistula.

- Se a FM apresentar sinais de infecção deve optar-se por um apósito superabsorvente com prata, para diminuir a carga microbiana e consequentemente o exsudato.
- Nas situações de fuga de exsudato para fora do penso deve ser dada especial atenção à pele circundante da FM, pelo alto risco de maceração, devendo aplicar-se produtos barreira protetores da pele.

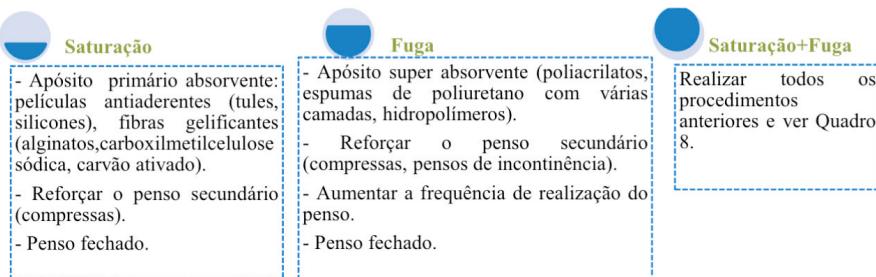


Figura 10- Avaliação do estado do penso

**Dica 10**

Exsudato: de natureza multifatorial (presença de tecido necrótico, colonização bacteriana), o isolamento do exsudato dentro do penso é uma medida essencial para o seu controlo. Associa-se ainda a limpeza da ferida, troca frequente do penso, utilização de antissépticos e/ou antimicrobianos tópicos/sistémicos e absorventes do odor.

Quadro 8- Ações para o controlo do exsudato

**Grande quantidade de exsudato**

- Pensos com alta capacidade de absorção (superabsorventes): poliacrilatos, polímeros, pensos de alginato (MalgisorPlus®), lâminas de contacto não aderente de poliuretano de duas faces (Mepitel®).
- Penso secundário (pensos para a incontinência, fraldas).
- Espumas de poliuretano com várias camadas (5 camadas).
- Sacos de feridas.

**Lesão Infetada**

- Pensos com prata (diminui a carga microbiana e consequentemente o exsudato).

**Pele circundante à ferida**

- Proteção com produtos barreira (cremes, spray, clara de ovo, ácidos gordos essenciais).

O tecido necrótico favorece o crescimento bacteriano e fúngico. As FM com fungos são as mais agressivas e desafiadoras de tratar pelos sintomas intensos que produzem (exsudato abundante, cheiro nauseabundo e dor). Nestas condições de colonização bacteriana o tratamento padrão realiza-se através de: agentes tópicos de limpeza, desbridamento (se possível) e agentes antimicrobianos. Apenas na presença de sinais inflamatórios sistémicos deve ser considerada a administração de antibióticos sistémicos (O'Neill et al., 2022) (Dica 11 e Dica 12).

Controlo da infecção:

- Limpeza/desinfecção com agentes tópicos
- Desbridamento (se possível)
- Pensos antimicrobianos
- Antibioterapia sistémica

Dica 11

É comum confundir a drenagem de cor amarela (semelhante a pus) do conteúdo tumoral da FM com sinais de infecção. Embora seja evidente que a FM esteja colonizada, a administração de antibioterapia sistémica é restrita APENAS quando existem sinais sistémicos de infecção (febre, taquicardia, diaforese, taquipneia, confusão/agitação, dispneia) e em consonância com o estado clínico da pessoa (ponderar nas situações de neutropenia, de fim de vida).

Dica 12

A zaragatoa da FM não é um procedimento de eleição, porque habitualmente estas feridas estão colonizadas e o resultado da zaragatoa, na maioria das vezes, não é decisivo ou orientador do tratamento a instituir.

Os apósitos indicados numa situação de infecção (Figura 11) são aqueles que possuem:

- Prata (os iões de prata têm uma ação antimicrobiana por precipitação das proteínas da parede celular e da membrana plasmática e ainda por inibição da replicação do DNA dos microrganismos).
- Pode-se optar por um apósito de prata simples ou se houver exsudato escolher um penso absorvente com prata (alginato de cálcio com prata, fibras gelificantes de alta densidade com prata, fibras de poliacrilato com prata, espumas de poliuretano com prata, carvão com prata).
- Iodo (ioniza-se no leito da ferida, penetra e oxida a parede celular microbiana). Exemplos: penso de viscose com iodóforos e matriz de cadexómero de iodo.
- Matriz impregnada com mel (ação antimicrobiana devido à elevada osmolaridade e atividade enzimática). Exemplos: penso impregnado com mel, celulose impregnada com mel.
- Mel em gel/pasta (mel bactericida bisnaga); alginato de cálcio impregnado com mel.

- Penso impregnado com polihexametileno-biguanida (PHMB) (interação com os fosfolípidos da membrana celular dos microrganismos, promovendo a sua perda de integridade).  
Exemplos: penso de fibras bio sintético com hidrobalanço e PHMB e espuma de poliuretano impregnada com PHMB.
- Os antissépticos de nova geração com octenidina têm um amplo espectro de atividade antisséptica eficaz contra bactérias, fungos, leveduras, protozoários e vírus, e podem ser utilizados para a desinfeção da FM após a sua limpeza.
- Solução de limpeza com PHMB e betaina.
- A solução aquosa de clorexidina 4% também tem uma ação antifúngica e bactericida, capaz de eliminar bactérias gram-positivas e gram-negativas, podendo por isso ter uma ação benéfica na desinfeção das FM infetadas.
- Os ácidos gordos esterificados são responsáveis pelos fenómenos de adsorção de microrganismos devido à interação hidrofóbica e promoção da quimiotaxia (atração de leucócitos). Mas não é muito utilizado como penso primário e agente antimicrobiano nas FM pela sua incapacidade de absorver o exsudato e controlar o odor. Contudo, pode funcionar bem se associado a um penso secundário (alginato de cálcio, carvão ativado, apósitos com prata).

Na presença de sinais de infecção no local da FM para além dos apósitos anteriormente mencionados, pode também ser aplicado antimicrobianos tópicos, nomeadamente: metronidazol, mel (manuka), prata ou iodo. Para um controlo mais eficaz da infecção e do odor os antimicrobianos tópicos devem ser associados aos apósitos mencionados na Figura 11, funcionando como pensos primários. Nos tecidos adjacentes à FM a presença de humidade e de exsudato pode desencadear o desenvolvimento de uma candidíase cutânea. Nestas circunstâncias deve-se aplicar na zona atingida um antimicótico (clotrimazol creme) ou o creme de sulfadiazina de prata a 1%.

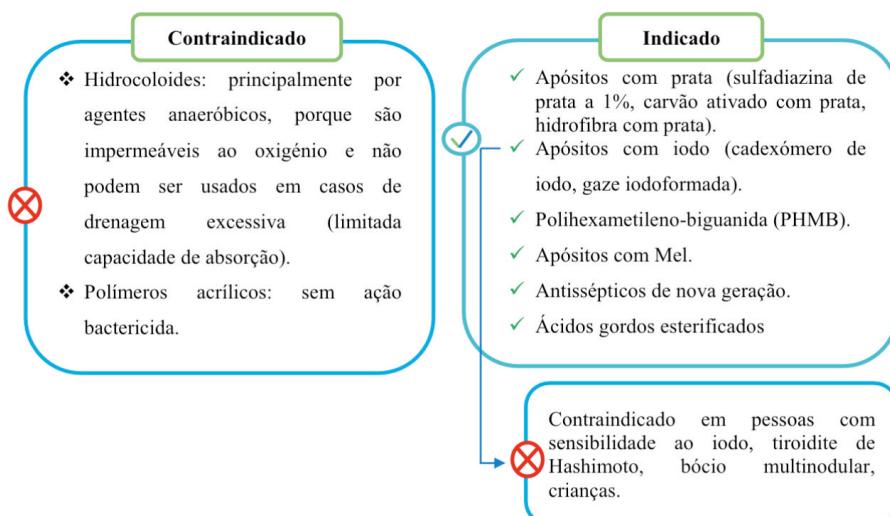


Figura 11- Apósitos indicados para o controlo da infecção das feridas malignas

O metronidazol tópico é a primeira linha de tratamento na redução da infecção e do odor, não causando efeitos sistémicos (vómitos, náuseas, neuropatia periférica, creatinina elevada) como os antibióticos sistémicos, devendo ser aplicado duas vezes ao dia (O'Neill et al., 2022). Quando a aplicação se restringe apenas a uma aplicação diária, a eficácia no controlo do odor (e da infecção), pode não ser atingida, e o odor surge frequentemente ao fim do dia, recomenda-se por isso a aplicação bidiária do metronidazol tópico. Por outro lado, a aplicação tópica do metronidazol gel não tem um efeito imediato, podendo ocorrer apenas ao fim de alguns dias (2 até 11 dias) (Hu et al., 2020). Consequentemente, na prática clínica os profissionais de saúde optam pela administração sistémica (oral ou EV) do metronidazol, para um controlo mais rápido e eficaz do odor e da infecção, mas a terapia sistémica de longo prazo pode não ser viável devido ao risco de resistência antimicrobiana e de efeitos adversos. O tratamento com metronidazol sistémico não deve ultrapassar os 14 dias, devendo ser suspenso (aplicação tópica pode manter-se) após esse período e retomado se houver reincidência. É recomendado um intervalo mínimo de 21 dias entre os ciclos de antibioterapia.

Os antibióticos tópicos normalmente não causam efeitos sistémicos e podem ser considerados seguros, podendo por isso manter-se a aplicação do metronidazol gel simultaneamente com a sua administração sistémica. Recentemente, têm surgido estudos (Al-arjeh et al., 2020; Hu et al., 2020; N. Souza et al., 2019) que indicam a aplicação de 500 mg de metronidazol comprimidos triturados (em pó) ou a formulação injetável (não diluída) na FM uma ou duas vezes ao dia (ideal), com a redução imediata, ao fim de um dia, do odor e do exsudato tumoral (Dica 13). Contudo, estes estudos são ainda preliminares, realizados numa amostra muito reduzida e não randomizada.

**Dica 13**

Os comprimidos de metronidazol esmagados (500mg) aplicados na FM podem ser uma alternativa (*off-label*), quando a pessoa perde a via oral e não tem um acesso EV.  
Os resultados atuais, embora escassos, são promissores, com boa tolerância e até superam os atingidos pelo metronidazol tópico em gel, sendo muito mais baratos do que a formulação em gel.

### 3. FÍSTULAS

Neste capítulo faz-se um breve enquadramento teórico das fistulas, uma vez que estas podem ocorrer em consequência de uma doença oncológica avançada. O profissional de saúde deve por isso ter uma atenção diferenciada e implementar estratégias significativamente promotoras da qualidade de vida da pessoa. (Con)Viver com uma doença oncológica em progressão é um processo difícil exacerbado pela presença de fistulas, causadoras de morbilidade e sofrimento. Estas podem representar um fardo pesado para os pacientes, devido aos sintomas locais, sofrimento psicológico e problemas de autoimagem, contribuindo para uma má qualidade de vida. As fistulas representam também um desafio para os profissionais de saúde, devido à necessidade de múltiplas intervenções profissionais, necessidade de continuidade dos cuidados e reavaliação clínica regular. Os profissionais de CP desempenham um papel central nestes casos. No entanto, a literatura neste contexto específico é escassa e a maioria dos relatos existentes centra-se em abordagens cirúrgicas, sendo os CP mencionados como um termo genérico com poucas especificações de medidas concretas. Apresenta-se por isso uma revisão narrativa sobre o tema, com foco no tratamento conservador com medidas farmacológicas para o controlo do efluente da fistula e cuidados locais para a prevenção de complicações. É ainda realizada uma revisão sumária da etiologia, sintomatologia e complicações.

#### 3.1 Etiologia, sintomatologia e complicações

O avanço da doença oncológica seja pela progressão do tumor primário ou pela disseminação das células malignas, pode potenciar o aparecimento das FM e a formação de fistulas. Uma fistula consiste num caminho patológico anormal (comunicação anormal) entre dois espaços anátomicos ou um caminho que se desenvolve entre uma cavidade interna ou órgão até a superfície do corpo (pele). Por vezes surge como uma comunicação fisiológica, com trajetos sinuosos internos que o organismo construiu para drenar os fluidos corporais para o exterior. Nestas circunstâncias as fistulas têm um papel benéfico aumentando inclusive a sobrevida do paciente, porque impede a formação de coleções no interior do organismo. Podem ocorrer como complicações direta de alguns tipos de cancro, mais frequentemente do reto, endométrio, colo do útero ou vagina (Alshati et al., 2019; Knuttilen et al., 2018). Contudo, é difícil avaliar a incidência e a prevalência exata das fistulas devido à sua relativa raridade, à falta de relatórios estruturados e ao reduzido número de pacientes incluídos nos estudos publicados. No Quadro 9 é apresentada a origem das fistulas mais prevalentes em CP.

Quadro 9- Etiologia das fistulas

**Origem das Fístulas**

- ✓ Complicação cirúrgica (deiscência ou defeito de uma anastomose).
- ✓ Infecções (presença de abscessos, aumento da suscetibilidade a infecções devido a desnutrição e imunossupressão).
- ✓ Radioterapia (pode tornar o tecido fino e frágil, aumentando o risco de desenvolvimento de fistulas).
- ✓ Doença tumoral progressiva (invasão de estruturas anexas formando comunicações anómalas).

As fistulas são nomeadas com base na direção que o conteúdo flui. Por exemplo, numa fistula enterocutânea, o conteúdo intestinal é drenado através da pele por um trajeto sinusal anormal (Quadro 10).

Quadro 10- Principais tipos de fistulas

**Tipos de Fístulas**



**Entero-cutânea**

A conexão ocorre entre o trato gastrointestinal e a pele.



**Reto-vaginal**

Comunicação entre o reto e a vagina.

Perda de fezes pela vagina.

**Fistulas urinárias/ reto-vesical/vesico-retal**

As mais comuns ocorrem entre a bexiga e a vagina (vesico-vaginal), a bexiga e o reto (vesico-retal) e entre a uretra e a pele (saída de urina pela abertura da pele).



### Esofágico-brônquica

Comunicação entre a traqueia e o esôfago. Entrada de alimentos e líquidos do esôfago para a traqueia e desta para os brônquios e os pulmões.

### Fístula cabeça e pescoço

Exemplos: fistulas branquiais, fistula orocutânea (da cavidade oral até à superfície da pele, geralmente face ou pescoço); fistula liquórica (saída do líquido que circula ao redor do cérebro e da medula).

As fístulas de pequenas dimensões podem ser assintomáticas, quando são sintomáticas, os sinais e sintomas dependem das partes do corpo envolvidas:

- Sintomas vaginais: corrimento vaginal, vaginite, vulvite, passagem de ar ou fezes pela vagina, dispareunia, dor perineal e infecções vaginais recorrentes (Alshati et al., 2019; Iwamuro et al., 2018; Katke, 2018).
- Sintomas intestinais: diarreia, dor abdominal, sensação de queimadura anorrectal (Alshati et al., 2019; Iwamuro et al., 2018).

As fístulas podem ser classificadas de acordo com a quantidade de débito: baixo, moderado e alto, o que irá condicionar as medidas farmacológicas e não farmacológicas a aplicar. As principais complicações estão descritas no Quadro 11.

Quadro 11- Principais complicações das Fístulas

#### Principais complicações das Fístulas

- ➡ Distúrbios eletrolíticos (perdas hidroeletrolíticas pela fístula e/ou absorção ineficaz, geradoras de desidratação, hiponatrémia, hipocalêmia e acidose metabólica).
- ➡ Desnutrição (ocorre essencialmente em pacientes portadores de fístulas gastrointestinais, devido a longos períodos impostos de jejum, desnutrição prévia, aumento do catabolismo, perdas aumentadas, nutrição ineficaz).
- ➡ Sepsis (abcessos e coleções internas promovem a disseminação bacteriana, a contaminação vesical com fezes provoca infecções).
- ➡ Odor (provocado pelo foco infecioso ou pela saída de conteúdo fecal/exsudato pela fístula para a pele).
- ➡ Implicações da pele adjacente (maceração da pele circundante pela saída de fluidos pelo orifício fístuloso).
- ➡ Alterações psicológicas (impacto fortemente negativo e multidimensional).
- ➡ Alterações na sexualidade e intimidade física.

### 3.2 Cuidados com as fístulas (cutâneas)

O tratamento da fístula consiste essencialmente nos seguintes procedimentos (Quadro 12).

- Limpeza: injetar soro fisiológico utilizando uma agulha e abocath (sem agulha) no interior da fístula, seguida de ligeira expressão para a drenagem do soro (Figura 12).

Se houver odor após a limpeza com SF pode ser realizada a assepsia (irrigação) com antissépticos de: gel de polihexanida (amplo espectro de ação), nova geração com octenidina. clorexidina 4%.

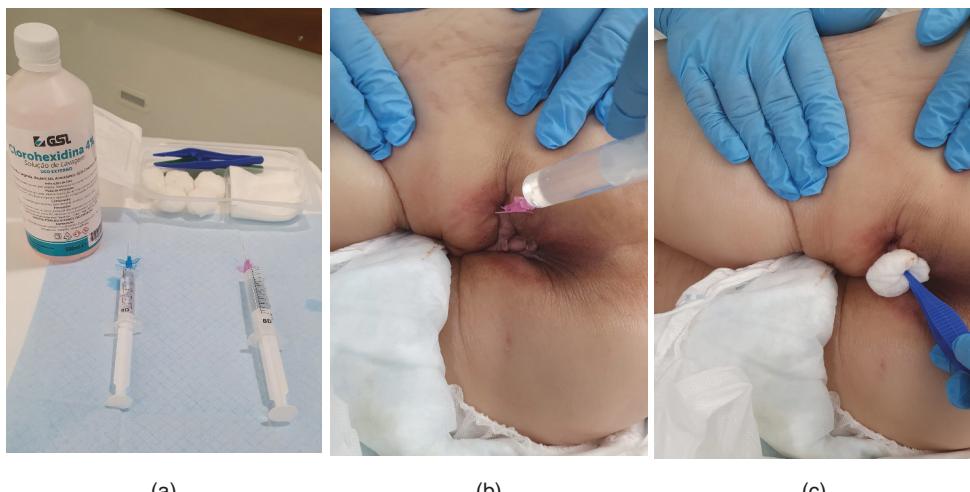


Figura 12- Fístula cutânea a nível peri anal: (a) Limpeza com SF e antisséptico (clorohexidina 4%); irrigação da fistula com seringa e abocath; (c) Expressão na região circundante e secagem da pele.

- Secar com compressas.
- Realizar penso com material absorvente (espumas de poliuretano, poliacrilatos, alginato de cálcio, fibras gelificantes) e compressas como cobertura secundária, se exsudato reduzido. Na presença de odor e exsudato optar por um apósito de carvão ativado, fibras gelificantes e alginatos com carvão. O odor pode estar associado a um processo infecioso, nessa situação os apósitos com prata, mel e iodo são mais eficazes.
- Adaptar bolsas coletores (sacos de drenagem de feridas) se drenagem elevada pela fístula (Figura 13).



Figura 13- Paciente com carcinoma da laringe submetido a traqueostomia e com fistula faringo-cutânea (colocação de saco de feridas para drenagem)

- Proteger a região circundante da pele da fistula cutânea através da aplicação de produtos barreira (óxido de zinco, sucralfato em carteiras, películas, sprays, ácidos gordos essenciais). A clara de ovo é um produto barreira muito eficaz, económico e de fácil acesso. Deve ser aplicado diretamente na pele circundante da fistula e seco ao ar, posteriormente pode ser aplicado o saco coletor ou o apósito. Outra opção são as placas hidrocolóides ao redor da pele, quando existe o risco de contacto permanente da pele com os efluentes.
- Tratamento farmacológico para controlo dos fluidos corporais: butilescopolamina injetável (EV ou SC) ou transdérmico, a formulação oral tem baixa biodisponibilidade. Este fármaco tem uma ação anticolinérgica (diminui as secreções das glândulas salivares, sudoríparas e nasais e a hipersecreção das vias aéreas); octreotido (sandostatina) EV ou SC (eficaz na diminuição das secreções gastrointestinais); colírio de atropina sublingual (diminuição da sialorreia); loperamida (diminuição da quantidade de fezes).
- Tratamento farmacológico para controlo do odor: injetar com auxílio de uma seringa com bico, 5 ml de metronidazol gel a 0.75% no orifício da fistula duas vezes ao dia. Aplicar um apósito com prata, iodo ou mel na superfície da fistula, seguida da colocação de compressas e execução de penso fechado (se exsudato reduzido). Se exsudato intenso fazer compressão local na fistula para absorção do metronidazol e posteriormente adaptar o saco coletor de fluidos. Cessando o odor o metronidazol deve ser suspenso. Caso haja retorno considerar a sua reintrodução.
- Se não houver controlo adequado do odor (se não for possível a ação local do metronidazol gel) equacionar a sua administração sistémica (oral ou EV).

#### Quadro 12- Cuidados com as fistulas cutâneas

<b>Limpeza</b>
• Irrigação através de seringa/ seringa e abocath (sem agulha) com SF. • Secar.
<b>Controlo de efluentes e odor</b>
• Agentes de limpeza antissépticos: gel de polihexanida, nova geração com octenidina, clorexidina 4%. • Pensos absorventes: espumas de poliuretano, hidrofibras (fibras de carboximetilcelulose), alginatos, hidrocoloides, fibras gelificante. • Adaptar material coletor (sacos de drenagem de feridas) • Tratamento farmacológico para diminuição das secreções (butilescopolamina, octreotide, loperamida, atropina). • Tratamento para controlo do odor (carvão ativado, fibras gelificantes e alginatos com carvão). • Infecção (pensos com prata, apósitos de mel ou iodo, metronidazol tópico/sistémico).
<b>Cuidados com a pele peri-fistula</b>
• Proteção da pele circundante com produtos barreira, tais como: cremes, sucralfato carteiras spray, clara de ovo, ácidos gordos essenciais (atuam como uma barreira hídrica e auxiliam na manutenção da integridade). • Placa hidrocolóide ao redor da pele.

### 3.3 Cuidados com as lesões cavitárias

As FM podem ter uma progressão muito rápida, destruindo os tecidos, os órgãos e as estruturas adjacentes. Nessas circunstâncias as FM podem adquirir um aspecto cavitário. As lesões cavitárias caracterizam-se pela perda ou destruição de tecido originando uma cavidade (loca) com ou sem tunelizações, caminhos sinuosos e envolvimento de órgãos ou espaços. Quando existem lesões cavitárias associadas a túneis, pode-se medir a lesão com o auxílio de uma pinça hemostática para a percepção do atingimento da lesão e dos órgãos que poderão ser afetadas. Por exemplo, quando uma lesão está localizada próxima de uma artéria de grande calibre é expectável que o seu aumento acompanhe o desenvolvimento da doença oncológica, podendo inevitavelmente provocar danos (rompimento) na arteria. O profissional deve por isso estar preparado com apósitos hemostáticos, toalhas escuras e um acesso EV para a sedação do paciente (com midazolam).

A limpeza das lesões cavitárias requer prudência e cuidado, pela pouca visibilidade das estruturas envolvidas, bem como da percepção da profundidade dos túneis e/ou locas (Figura 14). Estas lesões podem estar próximas de órgãos vitais, devendo por isso utilizar-se material pouco agressivo na limpeza, para não romper peças anatómicas. A limpeza e a desinfecção devem ser realizadas com PHMB (por exemplo o Prontosan) ou clorexidina e SF utilizando uma pinça e compressa (compressa comprimida na pinça), se a lesão cavitária suportar a presença de ambas. Se a lesão ou o túnel for estreito não se deve adotar esta técnica pelo risco de sangramento e danos tecidulares. Nesta situação deve-se fazer a limpeza com uma seringa e abocath (se necessário) com a solução de PHMB e SF, aplicando um jato na lesão/túnel.

Na presença de tecido desvitalizado/morto o desbridamento das feridas cavitárias tunelizadas tem de ser muito bem ponderado, uma vez que a visibilidade da extensão da lesão é precária. Se não houver segurança e visibilidade suficiente o mais prudente é optar por não desbridar e tentar controlar a infecção com agentes antimicrobianos. De acordo com as características da lesão cavitária relativamente à mnemónica HOPES seleciona-se o apósito mais indicado, sendo mais adequado o corte do apósito na forma espiralada (aumenta o contacto e ajusta-se melhor à lesão). Nas regiões tunelizadas/fistulizadas com diâmetro suficiente pode-se introduzir o apósito com o auxílio de uma pinça, sem realizar muita pressão (cortar o apósito num tamanho mais pequeno).



Figura 14- Recomendações e precauções no tratamento de lesões cavitárias

Quando for necessário controlar o odor de uma lesão cavitária a limpeza e a desinfeção com os antissépticos de largo espectro descritos anteriormente são operações fundamentais. No entanto, a aplicação tópica de um antimicrobiano também pode ser fundamental (Dica 14). Existem alguns locais anatómicos que pelas suas especificidades requerem uma atenção especial indicada no Quadro 13.



Existem as seguintes apresentações de metronidazol:

- Gel 0.75%: uso tópico na pele e mucosas, sem os efeitos colaterais da terapia sistémica.
- Gel vaginal a 10% – para uso tópico intravaginal.
- Comprimidos de 250 mg – para uso sistémico.
- Solução injetável 5 mg/ml – para uso sistémico.

**Quadro 13- Aplicação de antimicrobiano tópico em lesões cavitárias**



#### Cavidade oral

Realizar higiene oral com 5 ml de gel de metronidazol a 0.75% diluído em 50 ml de água estéril ou bidestilada.

#### Canal vaginal

Introduzir o aplicador vaginal ou sonda foley nº 14 ou 16 (quando houver estreitamento do canal), com creme vaginal de metronidazol a 10%.

- Usar duas vezes ao dia, durante dez dias e reavaliar.

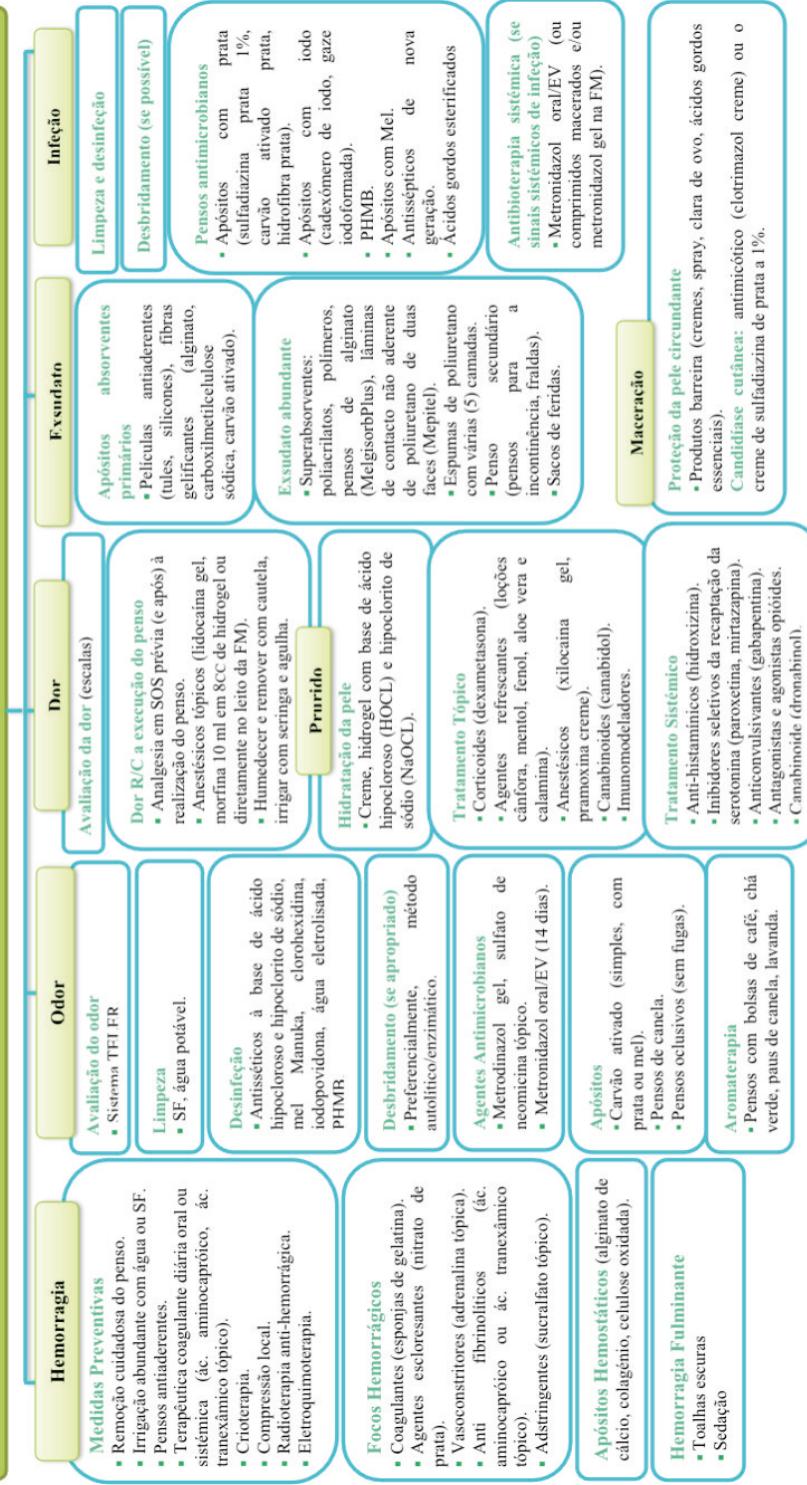
#### Canal anal

Introduzir uma sonda retal ou foley nº 14 ou 16 (quando houver estreitamento do canal), com creme vaginal de metronidazol a 10%.

- Usar duas vezes ao dia, durante dez dias e reavaliar.

Quadro Resumo - HOPES

Guia de Tratamento de Feridas Malignas



Conforto da Pessoa

## 4. ALTERAÇÕES DERMATOLÓGICAS EM CUIDADOS PALIATIVOS

O aparecimento de feridas ou lesões na pele da pessoa em CP é um desafio que tem vindo a despertar atenção dos profissionais de saúde. Resultados preliminares indicam uma incidência das alterações dermatológicas em mais de 90% nas pessoas admitidas num serviço de internamento de CP (Pala et al., 2022). No entanto, existe uma grande carência de dados na literatura sobre esta temática, o que condiciona uma abordagem adequada e dirigida a estas pessoas e família. A propensão para o surgimento de lesões cutâneas resulta de uma combinação de fatores associados à doença progressiva e avançada. As estratégias de tratamento devem considerar a expectativa de vida limitada, a carga potencial do tratamento, as interações medicamentosas, bem como a terapia direcionada para o conforto em vez de uma terapia direcionada para a cura (Dica 15).

**Dica 15**

*O outcome* dos cuidados é o conforto da pessoa, desprezando a implementação de terapêuticas agressivas e/ou a obstinação terapêutica.

De acordo com o Quadro 14 as principais alterações dermatológicas diagnosticadas nos pacientes acompanhados em CP compreendem: a xerose, o prurido, as infecções (destaque para a dermatofitose), a dermatite, a onicomicose e as feridas crónicas. Os distúrbios de pele podem estar associados à condição primária ou às comorbilidades subjacentes, que potenciam o prurido, o desconforto ou a dor.

Quadro 14- Principais alterações dermatológicas em pessoas em cuidados paliativos

Alterações dermatológicas	(Pala et al., 2022)	(Neloska et al., 2017)**
<b>Prurido</b>	16.2 %	35.1 %
<b>Infecções</b>	37.8 %	33.6 %
<b>Dermatofitose</b>	22.0 %	1.1 %
<b>Candidíase</b>	5.8 %	19.2 %
<b>Dermatite</b>	13.6 %	43.9 %
<b>Dermatite de contato</b>	6.6 %	2.2 %
<b>Intertrigo</b>	1.2 %	26.1 %
<b>Feridas crónicas</b>	43.6 %	19.9 %
<b>Úlceras por pressão</b>	37.1 %	14.0 %
<b>Ferida traumática/fragilidade</b>	4.6 %	2.6 %
<b>Feridas diabéticas</b>	1.9 %	1.1 %
<b>Alterações do cabelo e unhas</b>	86.5 %	81.9 %
<b>Onicomicoses</b>	51.7 %	21 %
<b>Distrofia das unhas</b>	28.2 %	22.5 %
<b>Dermatite seborreica</b>	4.6 %	17.7 %
<b>Tumores da pele</b>	13.2 %	51.3 %
<b>Xerose cutânea</b>	67.6 %	77.8%

\*Amostra de 259 pacientes; \*\* Estudo realizado em 271 pacientes.

No final da vida ocorre uma redução da perfusão e do metabolismo da pele, originando uma maior suscetibilidade à infecção, pressão e lesão. Outros fatores que afetam a pele incluem a mobilidade limitada, déficits nutricionais e a imunossupressão. De uma forma genérica passa-se a apresentar no Quadro 15 um conjunto de intervenções a implementar face às principais alterações dermatológicas citadas.

Quadro 15- Abordagem terapêutica das principais alterações dermatológicas em cuidados paliativos

### Xerose cutânea (pele muito seca)



Comprometimento da barreira da pele (alterações na bicamada lipídica ou na diferenciação dos queratinócitos) e escassez de hidratação, provocando dor e prurido. É exacerbada por fatores externos (clima frios e secos, luz solar intensa, banhos longos e quentes, sabonetes ou produtos de limpeza alcalinos), doenças sistémicas (doença renal crónica, diabetes mellitus, doença hepática doença, distúrbios hematológicos) ou fármacos (uso prolongado de corticosteróides tópicos, diuréticos, citostáticos, radioterapia e imunomoduladores).

#### • Produtos

- Uso diário de hidratantes e de produtos para a reposição lipídica (descamação/enrugamento/fissuras requerem mais lipídios, eritema e prurido requerem mais hidratação).
- Creme de ureia é eficaz na descamação, rugas e fissuras.
- Produtos contendo licochalcona A, ceramidas, glicerol, ureia, vitaminas A, E, B, extrato de aveia, dexpantenol e bisabolol podem ser úteis para o eritema.
- Ingredientes que podem ajudar a aliviar o prurido incluem ureia 5%, polidocanol, metoxipropanodiol, mentol e extrato de aveia.
- Uso a curto prazo de ácido salicílico 5%–10% pode ser benéfico na descamação grave/muito grave.

#### • Limpeza da pele

- Banhos com água tépida (não usar água quente) e de curta duração (máximo 5 minutos).
- Evitar banhos de espuma.
- Usar sabonete suave e não alcalino ou detergentes sintéticos reposidores de lipídios ou óleos de banho.
- Usar produtos de limpeza facial e produtos para a pele com baixo teor de fragrância e que sejam hipoalergénicos.
- Limpar o rosto no máximo duas vezes por dia.

- Evitar o uso de champô.
- Para as mãos e os pés, evitar o contato com água, sabão e detergentes.
- **Vestuário**
  - Usar roupas largas de algodão e luvas protetoras de algodão para as mãos.
  - Evitar o uso de material de lã.
- **Temperatura (evitar)**
  - Temperaturas extremas.
  - Climas quentes/muito frios.
  - Exposição solar excessiva.

## Infeções

As infeções da pele podem ser fúngicas, bacterianas e/ou víricas. As infeções por *Candida* são um tipo de infecção fúngica que ocorre nas áreas intertriginosas, onde existe fricção e humidade intensas (zona genital, espaços interdigitais, região axilar). Este tipo de infecção provoca prurido intenso, lesões bem demarcadas por pápulas e pústulas com odor desagradável (REF \_Ref179275487 \h Figura 15), enquanto que na dermatofitose as lesões são anulares e pode apresentar vesículas ou placas escamosas. A infecção bacteriana pode apresentar-se como placas vermelhas ardentes com exsudatos e odor desagradável e/ou abcessos. Os pacientes em CP também têm uma maior predisposição para a infecção por herpes simplex, especialmente o herpes zoster (reativação do vírus zoster da varicela após um período de latência nos gânglios sensoriais), surgindo complicações que prejudicam a sua qualidade de vida, como a nevralgia pós-herpética.



a)



b)



Figura 15- Infecção fúngica: a) Micose perianal/nádegas com pústulas brancas; b) Micose perianal/anca descamativa e pruriginosa

- **Cuidados com a pele**
  - Limpeza diária da pele e da zona afetada antes da colocação do produto tópico.
  - Manter a pele seca.
  - Trocar a fralda regularmente.
  - Substituir o vestuário ou os lençóis da cama, se humidade.
- **Tratamento com fármacos antifúngicos tópicos (duas vezes ao dia durante duas semanas) e/ou sistémicos – nas infecções fúngicas**
  - Clotrimazol tópico.
  - Miconazol tópico.
  - Fluconazol tópico (sensível para a *Candida*, ineficaz nas dermatofitoses).
  - Fluconazol oral/EV (100-200 mg por dia durante 7 dias, se ineficácia tópica do tratamento para a *Candida*).
- **Tratamento com fármacos antibacterianos tópicos (aplicação tópica duas vezes ao dia) e/ou sistémicos – nas infecções bacterianas (*Streptococcus*, eritrasma, foliculite, impetigo)**
  - Eritrasma
    - Eritromicina tópica.
    - Clindamicina tópica.
    - Clorexidina (banho diário).
    - Eritromicina oral 250 mg 4 vezes ao dia durante 2 semanas.
  - Streptococos (aplicação tópica duas vezes ao dia)
    - Mupirocina tópica.
    - Eritromicina tópica.
    - Corticosteróides tópicos de baixa potência (creme de hidrocortisona a 1%).
    - Antibacterianos orais/sistémicos (penicilina, ceftriaxone, clindamicina, cefazolina).
- **Tratamento com fármacos antirretrovirais tópicos e/ou sistémicos – nas infecções víricas (herpes zoster) (Figura 16)**
  - Aciclovir (800 mg 5 vezes ao dia) e aplicação tópica (na fase de vesícula).
  - Tratamento suplementar oral (oxicodona, tramadol, gabapentina, pregabalina; antidepressivos tricíclicos, corticoides).
  - Aplicar iodopovidona para a secagem das lesões (após a fase de vesícula).



a)

b)

Figura 16- Infecção vírica por herpes zoster em pessoa imunodeprimida

### Dermatite (eczema)

A dermatite ou eczema é uma inflamação da pele provocando rubor, prurido, descamação e por vezes pequenas vesículas.

O eritema intertrigo é um tipo de dermatite de contato irritante que afeta as dobras da pele devido ao atrito e à humidade (Dissemund et al., 2021). Surge nas regiões infra mamárias, inguinais, abdominais, perianais e interdigitais, podendo ocorrer simultaneamente infecções fúngicas ou bacterianas secundárias. A dermatite de contato pode ser causada pelo contato com substâncias ou objetos irritantes.

- **Eritema intertrigo (Figura 17)**



a)



b)

Figura 17- a) Eritema infra mamário; b) Eritema das fraldas, dermatite de contacto ou assadura perianal

- Produtos barreira
  - Óxido de zinco.
  - Pele plástica transparente (secura).
  - Petrolato.
  - Produtos absorventes (compressa, algodão) e produtos com camadas permeáveis ao vapor de água para separar as superfícies da pele.
- Agentes secantes (aplicar 2-3 horas antes dos cremes ou pomadas antifúngicas)
  - Sulfato de alumínio.
  - Solução de acetato de cálcio.
  - Agentes antissépticos (pó de talco, permanganato de potássio).
- **Dermatite de contacto (Figura 18)**
  - Tratamento Tópico (complementar com a Dica 16)
    - Corticoides.
    - Tacrolimus.
    - Emolientes.
  - Evicção de alergénicos e produtos irritantes.
  - Tratamento de segunda linha
    - Fototerapia.
  - Medicação sistémica (metotrexato).

Figura 18- Eczema (pele muito seca e descamativa)



**Dica 16**

No eritema (dermatite de contacto) ou infecção na região perineal/genital pode ser necessária a algoliação nas pessoas incontinentes, uma vez que o contacto da urina e da humidade com a pele agrava o problema. Nos homens em alternativa à algoliação pode ser colocado um dispositivo urinário externo (se houver suporte anatómico).

## 5. FRAGILIDADE E VULNERABILIDADE CUTÂNEA EM CUIDADOS PALIATIVOS

De seguida aborda-se o aparecimento de outros tipos de feridas decorrentes da alta vulnerabilidade cutânea. Esta vulnerabilidade muitas vezes é designada por pele frágil, e sendo a pele o maior órgão do corpo humano não deve ser negligenciado, uma vez que afeta e compromete funções vitais e o bem-estar. Os pacientes em CP têm uma vulnerabilidade acrescida para o desenvolvimento de problemas cutâneos, nomeadamente:

- Lesões por fricção.
- Lesões por pressão.
- Lesões da pele associadas à humidade.
- Alterações da pele no final da vida.

A suscetibilidade para o desenvolvimento dos problemas citados está relacionada com fatores intrínsecos e extrínsecos, que iremos ver de seguida com a introdução do conceito de dermatoporose.

### 5.1 Dermatoporose

A dermatoporose é um conceito emergente e relativamente novo que surgiu em 2007 pelos dermatologistas suíços Saurat e Kaya (Kaya & Saurat, 2007) para descreverem a síndrome de insuficiência/fragilidade cutânea. Esta síndrome descreve as manifestações clínicas (perda de função da pele) e as complicações da insuficiência crónica da pele, que acabam por resultar na quebra dos mecanismos de proteção da pele humana, podendo também ser acompanhada de uma exuberante atrofia cutânea. A dermatoporose pode ser de etiologia primária (processo de envelhecimento, psoríase, eczema atópico, doença pré-existente) ou secundária, sendo esta última induzida por fármacos (corticoides, anticoagulantes), patologias (doença renal crónica) e fatores ambientais. O envelhecimento cutâneo é caracterizado por alterações pigmentares e vasculares, do tecido conjuntivo e do tecido adiposo. O processo natural de envelhecimento provoca mudanças na pele tornando-a mais frágil e suscetível a danos (LeBlanc et al., 2018) devido ao afinamento da epiderme, à perda de colagénio, de elastina e de hidratação (Levine, 2020). Embora o processo de envelhecimento seja determinado geneticamente, este pode ser amplamente influenciado por fatores ambientais, tais como: a radiação ultravioleta, alimentação (carência de vitamina C), a poluição do ar e o tabagismo (Zouboulis et al., 2019).

A prevalência da dermatoporose é pouco conhecida e está associada a complicações potencialmente graves, incluindo a dissecação de hematomas profundos e lacerações cutâneas extensas. A dermatoporose pode ser classificada em 4 graus principais, com aumento da morbidade e mortalidade nos graus mais avançados (Quadro 16).

Quadro 16- Estadiamento da dermatoporose (adaptado de Saurat et al., 2017)

Grau	Descrição	Imagen
Grau I	Atrofia cutânea (pele fina e translúcida), púrpura senil (pequenas hemorragias na derme na ausência de distúrbios da coagulação). Histologicamente, caracteriza-se pela presença de glóbulos vermelhos fora dos vasos e pseudocicatrizes.	
Grau II	Lacerações cutâneas, para além das lesões anteriormente descritas.	
Grau III	Lacerações cutâneas maiores e mais numerosas que envolvem todo o membro e atraso na cicatrização de feridas.	
Grau IV	Lesões avançadas que levam à dissecação de hematomas, podendo resultar em necroses cutâneas.	

Devido às alterações histofisiológicas da pele dermatoporótica é comum ocorrerem **quebras cutâneas (skin tear)**, que será de seguida alvo de análise.

## 5.2 Quebras Cutâneas (*Skin Tear*)

A quebra cutânea (ou ferida por fricção) é uma ferida traumática causada por forças mecânicas, incluindo a remoção de pensos, películas ou adesivos, ajuda nos autocuidados (principalmente nos posicionamentos e banho), quedas. Apresenta-se como uma ferida de espessura parcial provocada pela separação da derme da epiderme ou uma ferida de espessura total provocada pela separação da derme e da epiderme das estruturas subjacentes. É comum a presença de quebras cutâneas nas extremidades (braços e pernas) seguida dos membros inferiores (LeBlanc et al., 2018). As quebras cutâneas são um problema de saúde pública principalmente nos idosos ou nas pessoas com patologias crónicas progressivas. A prevenção e a gestão inadequadas representam um elevado risco de complicações, tais como: as infecções e o atraso na cicatrização de feridas, e tem sido associada a um aumento da dor, de maiores custos com os cuidados de saúde e de taxas de hospitalização, diminuição da mobilidade e da qualidade de vida (Souza et al., 2021). No entanto, a quebra cutânea é um tema de investigação relativamente novo que carece de discussão aprofundada sobre a sua prevenção e tratamento.

Por vezes, na prática clínica surgem dúvidas sobre o tipo de lesão presente, conduzindo a diagnósticos errados (úlceras de pressão, feridas venosas), e consequentemente à instituição de um tratamento desajustado. Esta situação ocorre porque as quebras cutâneas são classificadas de acordo com diferentes sistemas. Além disso, não existe uma ferramenta comum de avaliação. As quebras cutâneas estão categorizadas de acordo com o Painel Consultor Internacional de Lesões Cutâneas (*International Skin Tear Advisory Panel-ISTAP*), o *Skin Tear Audit Research (STAR)* e o sistema de classificação de Payne e Martin. O ISTAP (Quadro 17) é o sistema frequentemente adotado com evidência de qualidade, com fiabilidade e validade de critério (Van Tiggelen, Kottner, et al., 2020). A gravidade do tipo de quebra varia de acordo com a profundidade e a extensão da lesão, contudo esta não se prolonga para além da camada subcutânea. Neste contexto, o conceito de retalho cutâneo consiste “*uma porção da pele (epiderme/derme) que é separada involuntariamente (parcial ou totalmente) do seu local original devido a cisalhamento, fricção e/ou força contundente*” (Van Tiggelen, LeBlanc, et al., 2020).

Quadro 17- Sistema de classificação de lesões cutâneas laceradas de acordo com o Painel Consultor Internacional de Lesões Cutâneas (*International Skin Tear Advisory Panel-ISTAP*)

<b>Tipo</b>	<b>Descrição</b>
<i>Tipo 1</i>	 <p>Lesão cutânea lacerada linear ou em retalho cutâneo (sem perda de tecido), que pode ser reposicionado para cobrir o leito da ferida.</p>
<i>Tipo 2</i>	 <p>Perda parcial do retalho cutâneo, que não pode ser reposicionado para cobrir o leito da ferida.</p>
<i>Tipo 3</i>	 <p>Perda total do retalho de pele, com exposição completa do leito da ferida.</p>

De acordo com o tipo de lesão indicada no Quadro 17 o profissional de saúde deve adequar a sua conduta e implementar um plano de cuidados, com intenção curativa ou mitigadora de danos, aplicando medidas preventivas e/ou revendo as que já estão implementadas (Dica 17).

**Dica 17**

As quebras cutâneas apesar de superficiais podem ser feridas muito dolorosas. O foco deve ser a promoção da saúde da pele e a prevenção de novas lesões.

### **5.3 Medidas de atuação e de preservação da integridade cutânea**

Estima-se que as quebras cutâneas sigam uma trajetória aguda de encerramento da ferida entre 14 a 21 dias na ausência de comorbilidades que possam atrasar a cicatrização, como a diabetes ou o edema periférico. Quando ocorre uma quebra cutânea, deve ser seguido o algoritmo de decisão de quebra cutânea (LeBlanc et al., 2018), tendo presente que antes da classificação da quebra, é essencial que qualquer retalho desalojado seja recolocado para cobrir o máximo possível do leito da ferida. Sempre que possível, o objetivo do tratamento é o de preservar o retalho cutâneo, manter o tecido circundante, aproximar as margens da lesão (sem tracionar a pele) e reduzir os riscos de infecção e de lesões adicionais. Perante uma quebra cutânea deve-se (Quadro 19):

→ **Passo 1 – Avaliação**

- Avaliar a lesão (perda total ou parcial do retalho cutâneo) tendo em vista o controlo da hemorragia.
- Aplicar pressão local.
- Elevar o membro.
- Se necessário aplicar um penso hemostático (alginato de cálcio, esponja hemostática) até que a hemorragia esteja controlada).

→ **Passo 2 - Limpeza**

- Limpar a ferida com um produto de limpeza antisséptico (soro fisiológico, polihexanida).
- Remover detritos residuais ou hematoma.
- Realizar suavemente pequenas pancadinhas na pele circundante para reduzir o risco de lesões por fricção (LeBlanc et al., 2018).
- Secar suavemente a lesão e a região circundante com uma compressa seca.

→ **Passo 3 - Reaproximação das margens**

- Humeredecer uma ponta de algodão (cotonete) com soro fisiológico estéril e utilizar um dedo enluvado ou uma pinça estéril para reaproximar suavemente as margens da pele lacerada.
- Repositionar o retalho cutâneo (na posição original) de forma a cobrir o máximo possível do leito da ferida, sem aplicar tensão (não tracionar a pele). A aplicação do retalho sob tensão pode resultar em mais danos nos tecidos e possível morte do retalho. O retalho cutâneo funciona como uma cobertura fisiológica.
- Se ocorrer necrose do retalho cutâneo pode ser necessário o desbridamento desse tecido (LeBlanc et al., 2018), para garantir que os retalhos viáveis sejam deixados intactos e a pele fragilizada fique protegida.

- **Passo 4 – Classificação da quebra cutânea**
  - Classificar a lesão cutânea com base no retalho reaproximado (Quadro 17).
- **Passo 5 – Seleção do apósito**
  - A escolha do apósito tem que ser realizada tendo em consideração (Dica 18):
    - Presença de infecção (sinais clínicos de infecção que atrasem a cicatrização tecidual e promovam a dor).
    - Presença de sinais inflamatórios provocada pelo trauma.
    - Apósito que diminua o risco de trauma (antiaderente), proteja o retalho tecidual, proporcione um ambiente húmido para a cicatrização da ferida e o controlo da dor (Dica 19).
  - Os produtos recomendados (Quadro 18) devem ter a capacidade de reter a humidade onde se incluem: hidrogéis (evita a secura da pele), camadas/malhas de contacto não aderentes (Mepitel®, penso não aderente de silicone, Adaptic®), placas de espumas, acrílicos, hidrofibras, apósitos antimicrobianos (coberturas de mel de manuka e PHBM em gel, em espuma ou em cobertura de gaze) e produtos protetores da pele (Cavilon®).
  - Indicar no penso a posição do retalho cutâneo e a direção para a remoção do penso sem provocar trauma adicional.
  - Se a lesão cutânea for no membro inferior e tiver sido excluída doença arterial subjacente, considerar a terapêutica compressiva para controlar o edema e promover a cicatrização.
  - As suturas ou agrafos não são uma opção viável nos idosos, porque o tecido circundante está muito frágil e estas lesões normalmente não são profundas. As quebras cutâneas têm o potencial de cicatrizar por primeira intenção.
  - As tiras adesivas de fecho da pele apresentam um risco acrescido de lesões cutâneas adicionais após a sua remoção. Além disso, se o retalho não estiver completamente aproximado, a utilização dessas tiras pode permitir a entrada de bactérias na ferida (LeBlanc et al., 2018).
  - Não é recomendada a utilização de coberturas à base de iodo pelo aumento do ressecamento da pele, sendo que um dos fatores potenciadores das quebras cutâneas é a pele seca (Dica 19).
  - As coberturas de filme/hidrocolóide também estão contraindicadas, porque têm um forte componente adesivo.
  - O uso de compressas diretamente no retalho cutâneo não é recomendado, por não garantir sustentação e permitir o deslocamento do retalho durante a troca da cobertura secundária, aumentando o risco de necrose da pele.

- A fixação do penso com adesivo de tecido não tecido (Mefix) diretamente na lesão está contraindicado, porque o adesivo ao ser removido irá também remover a pele.
- Na presença de sinais de infecção o apósito escolhido deve ter também propriedades antimicrobianas.
- Verificar o estado de imunização vacinal contra o tétano.

**Dica 18**

O tratamento de lesões tem por base um penso atraumático (não-aderente) que promova a cicatrização e evite a dor e o sangramento na remoção. O objetivo é a cicatrização da ferida em ambiente húmido.

**Dica 19**

As quebras cutâneas provocadas por fricção geralmente são feridas secas, pelo que os produtos com iodo estão contraindicados, uma vez que podem ressecar ainda mais a pele.

#### → Passo 6 –Vigilância/monitorização

- Monitorizar e vigiar a margem da lesão e o seu encerramento.
- Registar a evolução cicatricial.
- Rever o protocolo do penso face às características da ferida.

Quadro 18 – Produtos recomendados para a correção das quebras cutâneas (adaptado de LeBlanc et al., 2016)

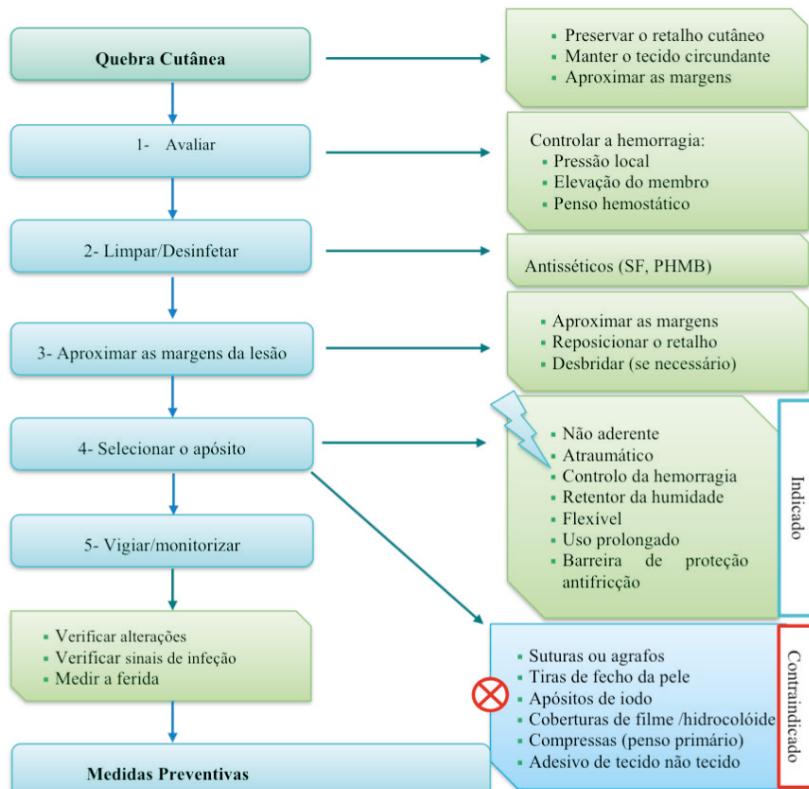
Produtos	Indicações	Quebra cutânea
<b>Cobertura de malha não aderente:</b> malha lipido-colóide (Urgotul®), malha de gaze impregnada (gaze gorda, Adaptic®, malha de silicone, petrolato.	Lesão seca ou exsudativa.	1, 2, 3
<b>Cobertura de espuma.</b>	Exsudato moderado, maior tempo de uso (2 a 7 dias, dependendo do volume de exsudato).	2, 3
<b>Hidrogel.</b>	Lesões muito secas (promove a humidade).	2, 3
<b>Adesivo à base de cianoacrilato (cola para a pele).</b>	Reaproximação das margens.	1, 2, 3
<b>Protetor de pele à base de cianoacrilato livre de solventes (Cavilon®).</b>	Proteção da pele contra a humidade/exsudato e fricção. Proteção até 7 dias. Não requer cobertura secundária.	1, 2, 3
<b>Alginato de cálcio.</b>	Exsudato moderado a intenso e com função hemostática.	1, 2, 3
<b>Fibra gelificante.</b>	Exsudato moderado a intenso. Sem propriedades hemostáticas.	2, 3

Cobertura acrílica (película de poliuretano).	Exsudato leve a moderado, sem hemorragia.	1, 2, 3
Coberturas de mel de (Manuka)	Propriedades antimicrobianas. Promove o desbridamento autolítico.	1, 2, 3
Coberturas de Polihexametileno Biguanida (PHBM)	Propriedades antimicrobianas.	1, 2, 3

#### → Passo 7- Aplicar medidas preventivas

- As medidas preventivas passam por uma maior atenção na remoção do penso já instituído (prevenir traumas de adesivos, curativos e fitas) e na prevenção de novas lesões.
- É fundamental uma boa hidratação da pele, banhos de curta duração com água morna e o uso de produtos barreira nas regiões mais afetadas.
- Na prestação de cuidados, nomeadamente nos posicionamentos e no banho devem ser usados dispositivos para diminuir o contato e o atrito com o corpo da pessoa. Por exemplo, usar um resguardo de lençol para o posicionamento no leito, vestir o paciente com roupa de manga comprida e calças, usar uma maca banheira e um transfere, enfaixar os membros com maior risco de sofrer lesões.

Quadro 19 - Protocolo de atuação perante uma quebra cutânea



- Usar um removedor de adesivo para a remoção do penso (minimiza o trauma).
- Identificar a cobertura com uma seta para indicar a direção correta da remoção da cobertura.
- Remover o penso com cuidado, devagar e suavemente.
- Usar um produto que sirva como barreira para a pele e a região peri lesão (pele circundante macerada devido ao exsudato).
- Quando for necessário fixar um apósito, na ausência de películas, acrílicos ou espumas, nunca se deve usar adesivo tecido não tecido. Em alternativa pode-se fixar o penso com uma ligadura (a ligadura pode ser fixada com rede ou com adesivo, desde que não esteja em contacto com a pele).
- Se o apósito colocado na ferida estiver muito aderente, previamente deve ser humedecido com SF ou água potável (por exemplo durante o banho).
- Usar um emoliente/creme hidratante para amaciar e suavizar a pele em torno da ferida e no corpo (ajuda a prevenir novas lesões).
- Tomar banhos curtos com água morna (a água quente seca muito a pele) e diminuir a sua frequência.
- Usar roupas de proteção da pele (com mangas, meias, calças).
- Evitar/minimizar o risco de quedas.

## 5.4 Alterações da Pele em Fim de Vida

Em fim de vida surgem lesões na pele que são características desta fase e que indicam que o processo de morte está ativo. A descrição destas alterações tem vindo a ser descritas na literatura com várias terminologias, o que motivou um painel de especialistas a debater-se sobre o tema, chegando a um consenso terminológico para *SCALE* (*Skin Changes At Life's End- Alterações da pele no fim da vida*). De acordo com esse grupo de especialistas, as SCALE são “*mudanças fisiológicas que ocorrem como resultado do processo de morte, afetando a pele e os tecidos moles, podendo apresentar mudanças observáveis (objetivas) na cor da pele, turgor ou integridade, ou sintomas subjetivos, como a dor localizada*” (Sibbald et al., 2010). As SCALE aparecem horas ou semanas antes da morte do paciente.

A pele é o maior órgão do corpo humano e, tal como os restantes órgãos, sofre uma disfunção à medida que a terminalidade da vida se aproxima (Dica 20). Esta disfunção pode ocorrer a nível tecidual, celular e molecular e está relacionada com a diminuição da perfusão cutânea, provocando hipoxia localizada e alterações pela perda de função (edema, aumento da permeabilidade vascular, inflamação) (Levine et al., 2022). A pele recebe até um terço do volume de sangue circulante do corpo, e acredita-se que a falha da pele ocorra quando o sangue é desviado do tecido periférico para os órgãos vitais, como o coração, pulmões e rins (Julian, 2020). Desta forma, verifica-se um comprometimento na capacidade de utilização dos nutrientes essenciais e outros elementos necessários para a manutenção normal da pele. A falência cutânea (*skin failure*) torna-se inevitável, independentemente de todos os cuidados de qualidade que sejam prestados à pessoa em fim de vida (posicionamento, nutrição, massagem, vigilância).

Dica 20

Como reconhecer a terminalidade?

- ✓ Diminuição da funcionalidade global do paciente.
- ✓ Limitação das atividades.
- ✓ Anorexia marcada.
- ✓ Caquexia agravada.
- ✓ Intolerância à atividade (passa a maior parte do tempo deitado).
- ✓ Diminuição dos períodos de vigília.

Reconhecer este processo de finitude da vida geradora de lesões cutâneas é fundamental para os profissionais que cuidam e tratam das feridas no decorrer de uma doença avançada. O foco principal deve ser a promoção do conforto da pessoa, uma vez que estas lesões cutâneas não vão cicatrizar e sinalizam o final da vida (Dica 21). O diagnóstico diferencial entre lesões evitáveis e inevitáveis é fundamental para o estabelecimento de metas de cuidados alcançáveis e para evitar a criação de falsas esperanças de cura, pois, se o desenvolvimento da lesão for inevitável, não é realista propor a cura. Contudo, as alterações na pele no fim da vida são difíceis de identificar e, portanto, difíceis de diferenciar das úlceras por pressão (UPP) evitáveis. Atualmente, não há estudos clínicos ou algoritmos validados que permitam determinar quais são as UPP inevitáveis. Identificar essas lesões, torna-se um problema de saúde difícil de abordar. As feridas que surgem no final da vida têm uma aparência semelhante às UPP, mas com uma etiologia diferente. De seguida, efetua-se uma caracterização das SCALE para auxiliar o profissional a realizar um diagnóstico mais preciso e exato do tipo de lesão, e ajustar as suas medidas de atuação.

Dica 21

Os produtos usados para o tratamento da pele e das feridas no fim da vida são geralmente os mesmos usados para o tratamento agressivo de feridas, mas o foco é diferente. É dada preferência a produtos que não causam dor na remoção (adesivos de silicone) ou que reduzem ou aliviam a dor (analgésicos ou anestésicos tópicos); que não necessitam de trocas frequentes (pensos oclusivos ou retentores da humidade); que controlam o exsudato e o odor (superabsorventes ou carvão); e que mantenham a carga bacteriana baixa para prevenir infecções (prata, antimicrobianos ou antissépticos).

#### 5.4.1 Úlcera Terminal de Kennedy-UTK

##### → Conceito e caracterização

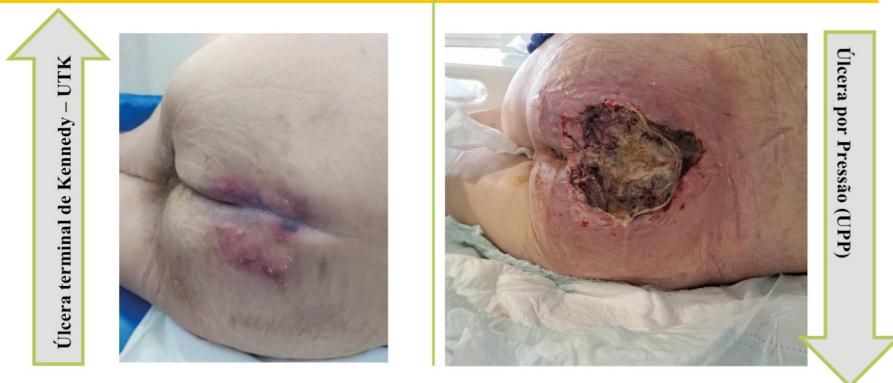
O termo úlcera terminal de Kennedy (KTU) foi descrito pela primeira vez em 1983 pela enfermeira Karen Lou Kennedy, tendo observado que algumas pessoas que sofreram um tipo de lesão de pele semelhante a uma UPP, morreram dentro de duas semanas após o seu aparecimento (Kennedy, 1989). A UTK é definida como uma ferida de evolução rápida, causada por pressão, tendo como fator causal primário a falência orgânica, e apresenta-se

sob a forma de pera, borboleta ou ferradura (EPUAP, 2014). Possui coloração vermelha, amarela, preta ou roxa, podendo iniciar-se como uma flictena ou abrasão, com bordos irregulares, tecido endurecido, necrótico e/ou odor fétido (Julian, 2020; Roca-Biosca et al., 2021). Surgem habitualmente no cóccix ou no sacro, cotovelos, braços e gêmeos (Aragão et al., 2022). A principal dificuldade do profissional está em fazer um diagnóstico diferencial com as outras lesões provocadas essencialmente pela pressão (fatores extrínsecos).

No Quadro 20 é apresentada de forma sucinta as principais diferenças entre estas lesões orientadoras para o diagnóstico diferencial do profissional de saúde.

Quadro 20- Diferenças entre a úlcera terminal de Kennedy e as outras úlceras por pressão

<p><b>Úlcera terminal de Kennedy – UTK</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Origem em fatores intrínsecos:</li> <li>Hipoerfusão</li> <li>Falência multiorgânica.</li> <li>Insuficiência vascular.</li> <li>Isquemia local e dano tecidual</li> <li>-Inicialmente eritematosa e/ou purpúrica de desenvolvimento súbito.</li> <li>- Forma de pera, borboleta ou ferradura, com bordos irregulares.</li> <li>- Localizada bilateralmente no cóccix ou sacro.</li> <li>- Desenvolvem-se inesperadamente e com rápida progressão, surgindo em algumas horas.</li> <li>-Surge entre duas semanas a vários meses antes da morte.</li> </ul>	<p><b>Outra lesão da pele (UPP)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Origem em factores extrínsecos:</li> <li>Pressão, cisalhamento ou fricção contínua.</li> <li>Compromisso no sistema vascular.</li> <li>Isquemia local e dano tecidual.</li> <li>- Início lento e insidioso, uma cor ou aparência eritematosa no início.</li> <li>- Forma arredondada na proeminência óssea.</li> <li>- Surge em proeminências ósseas (calcaneares, região sacral, ancas, omoplata...).</li> <li>- Desenvolvem-se durante 24 horas por maus cuidados, surgindo em cinco dias.</li> <li>-Podem estar presentes durante vários meses ou anos.</li> </ul>
---	--



#### → **Medidas de atuação**

- O primeiro passo do profissional de saúde deve ser procurar compreender o tipo de alteração que surge na pele da pessoa, ou seja, realizar o diagnóstico diferencial da lesão com outro tipo de UPP. Para a tomada de decisão

na classificação da lesão importa também perceber a situação clínica do paciente, o estadio da doença e a sua condição geral de saúde (Dica 20). Por isso deve haver o envolvimento da equipa multidisciplinar para um diagnóstico mais preciso.

- De seguida, deve ser realizado um plano de tratamento para o tipo de lesão identificada e partilhado com a equipa.
- Após a confirmação da presença de UKT, a inevitabilidade de formação de lesões na pele da pessoa em fim de vida deve ser explicada à família, para evitar confrontos, stress e desconfianças. A implementação de uma estratégia educativa aos cuidadores e familiares é fundamental e garante a salvaguarda de responsabilidade do profissional.

### → É possível prevenir as UKT?

Não existe na literatura recomendações ou *guidelines* específicas para a abordagem deste tipo de lesão. A prática indica que se apliquem as mesmas estratégias que se adotam na prevenção das UPP, mas com algumas ressalvas:

- Manter a pele limpa e seca.
- Proteger a pele da humidade excessiva através do uso de produtos barreira para reduzir o risco de danos de pressão.

#### Posicionamento frequente de 2/2 ou de 3/3 horas, evitando pressão sobre o local afetado?

##### Mito

Posicionamento frequente de 2/2 ou de 3/3 horas, evitando pressão sobre o local afetado.

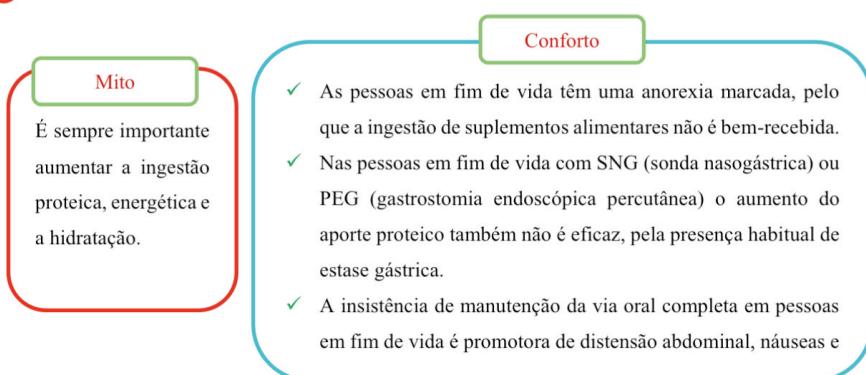
##### Conforto

- ✓ Os doentes podem adotar posições de conforto que comprometam a UKP. Deve ser dada analgesia à pessoa para esta tolerar outras posturas, inclusive o levante.
- ✓ A premissa deve sempre promover o conforto, por vezes apenas conseguido com a redução das mobilizações, se for esse o caso o posicionamento deve ser o mais espaçado possível.

- Não massajar nem esfregar vigorosamente a pele que esteja em risco (é doloroso e pode provocar uma ligeira destruição tecidual ou uma reação inflamatória, especialmente na pele mais frágil).
- Utilizar emolientes para hidratar a pele seca, para reduzir o risco de danos na pele.

- Aplicar material preventivo: almofadas em pele de carneiro natural (para evitar a junção das proeminências ósseas e permitir a redistribuição da carga) e colchão anti escara.
- Utilizar dispositivos anti escaras: colchões anti escaras (viscoelásticos, com colchão estático e dinâmico), almofadas anti escaras (espuma, viscoelásticas, gel), almofadas de ar anti escaras, calcanheiras anti escaras.
- Considerar a aplicação de pensos de espuma de poliuretano nas proeminências ósseas (por exemplo, calcanhares ou sacro) para prevenir UPP em zonas anatómicas frequentemente submetidas a fricção e cisalhamento.
- Aplicar ácidos gordos hiperoxigenados nas UPP de grau I (aumenta a reparação e a renovação da pele e aumenta o nível de oxigenação dos tecidos)

 **Aumentar o aporte nutricional e a hidratação?**



#### 5.4.2 Síndrome 3:30

O “**Síndrome 3:30**” é uma versão mais agressiva da UTK. Assumiu este nome porque uma enfermeira de manhã durante a observação da pele do paciente não visualizou alterações e às 3h30 da tarde, após nova observação, identificou uma pequena mácula negra unilateral na nádega, que se desenvolveu entre 6 a 8 horas. Após o aparecimento desta lesão geralmente o falecimento ocorre no máximo até 24 horas (Ayello et al., 2019).

#### Estratégia de atuação perante o Síndrome 3:30

As medidas de atuação são única e exclusivamente conservadoras, uma vez que não há perda de continuidade da pele, a mácula preta pode ficar ao ar ou em contacto com uma compressa. As medidas de prevenção são as mesmas que as indicadas para as UTK.

#### 5.4.3 Trombley- Brennan Terminal Tissue Injury (TB-TTI)

A lesão de Tecido Terminal de Trombley-Brennan (Figura 19) foi descrita na literatura em 2010, por Mary R Brennan e Kathy Trombley. Estas são alterações cutâneas que aparecem espontaneamente, de evolução rápida (em algumas horas pode evoluir na

extensão e profundidade) e aumento progressivo. Surge em áreas de pouca ou nenhuma pressão e pode haver imagem em espelho. A sua etiologia é desconhecida, mas parece estar relacionada com as alterações fisiológicas que ocorrem com a morte. Geralmente tem o formato de borboleta ou de sulcos lineares, com início repentino e aparece como uma elevação na superfície da pele. Não ocorre perda de integridade da pele o que a diferencia da KTU (Roca-Bosca et al., 2021). Tem uma cor roxa ou vermelha, semelhante a um hematoma. Está localizada principalmente no sacro ou em proeminências ósseas, embora também tenha sido descrita em extremidades e no tronco. Quando as lesões aparecem nas extremidades seguem uma trajetória ascendente. Outra característica que distingue a TB-TTL da KTU é que esta nunca evolui para uma ferida profunda e aparece horas ou dias antes da morte, nunca semanas.



Figura 19- Lesão espontânea no tronco com elevação da pele. A paciente faleceu 72 horas após o aparecimento das lesões.

O facto das TB-TTL não envolverem dor ou desconforto para o paciente e de permanecerem intactas até o momento da morte não impede que, às vezes, sejam confundidas com lesões dos tecidos profundos, quando aparecem como manchas escuras. O não reconhecimento destas lesões pode resultar num tratamento inadequado e injustificado do ponto de vista ético do cuidado. Por exemplo, instituir o desbridamento numa TB-TTL pode promover e aumentar o sofrimento da pessoa, que já se encontra extremamente fragilizada, sem que haja qualquer benefício ou melhoria cicatricial.

### **Estratégia de atuação perante uma TB-TTI**

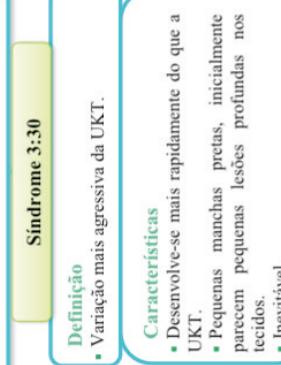
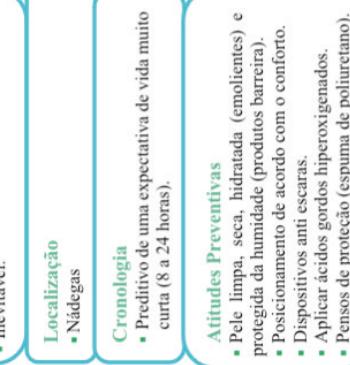
Como o aparecimento das TB-TTI é indicativo de apenas algumas horas ou dias de vida a estratégia de atuação deve ser a seguinte:

- Conduta conservadora

- ❖ O desbridamento está contraindicado. O tratamento deve ser feito com apósitos de acordo com as características da ferida (odor, exsudato, hemorragia, dor). Deve ser dada preferência a apósitos que possam permanecer na lesão durante longos períodos. A periodicidade da realização do tratamento deve apenas quando o penso estiver repassado ou com sinais de odor.
- ❖ O esforço terapêutico deve ser limitado e promotor do conforto devido à situação de irreversibilidade.

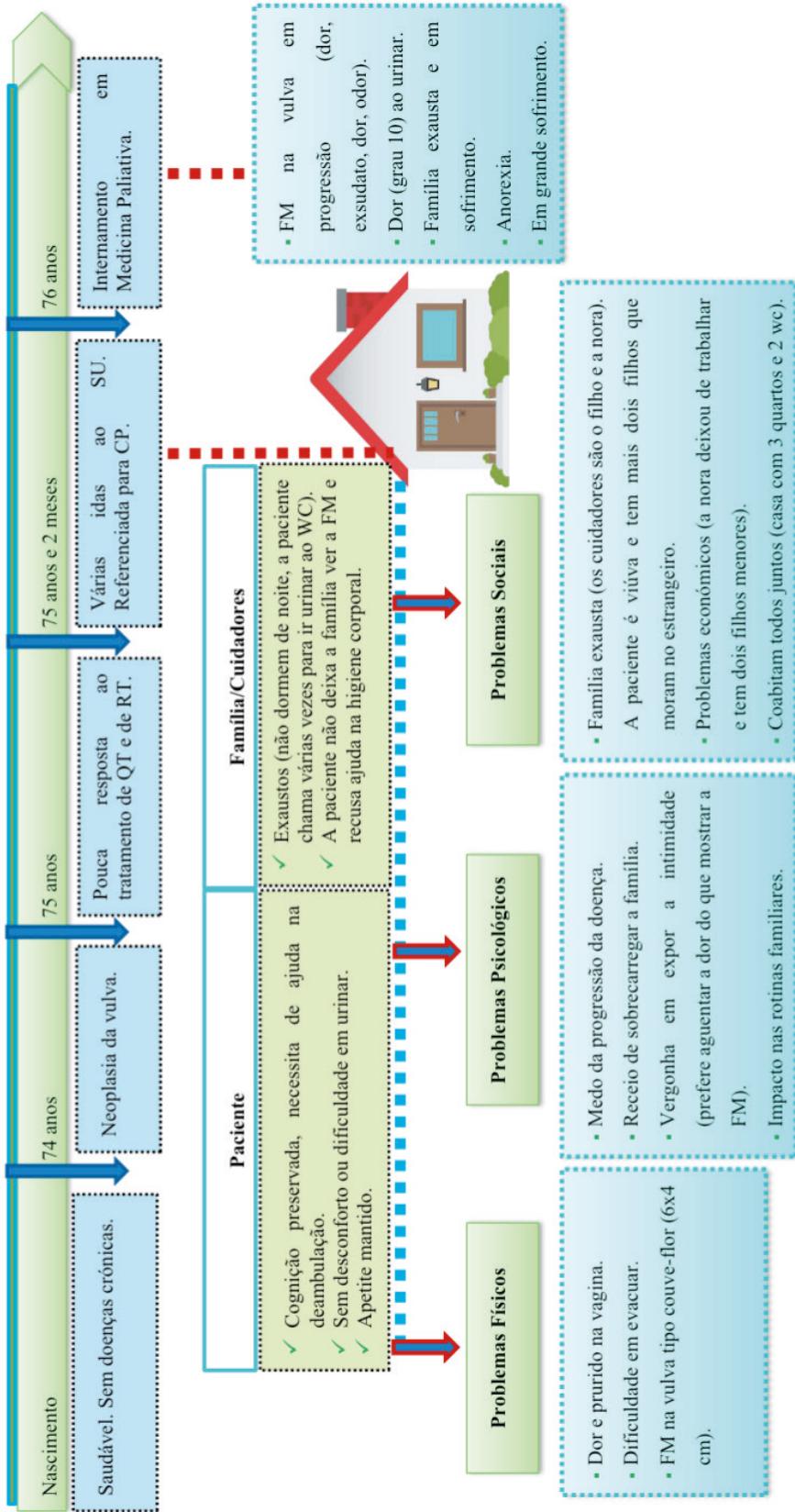
De seguida apresenta-se o Quadro Resumos das SCALE.

## Quadro Resumo: Alterações da Pele em Fim de Vida (Skin Changes At Life's End - SCALE)

<b>UTK</b>	<b>Síndrome 3:30</b>	<b>TB-TI</b>	<b>End-stage skin failure (falência da pele)</b>
<b>Definição</b> • Lesão devido a hipoperfusão local.	<b>Definição</b> • Variação mais agressiva da UKT.	<b>Características</b> • Forma irregular (borboleta, ferradura, pera). • Bilateral (raramente unilateral). • Cor vermelha, amarela, preta ou roxa. • Início superficial e progressão rápida. • Pode tornar-se numa ferida aberta. • Inevitável.	<b>Características</b> • Desenvolve-se mais rapidamente do que a UKT. • Pequenas manchas pretas, inicialmente parecem pequenas lesões profundas nos tecidos. • Inevitável.
<b>Localização</b> • Sacro e coccix.	<b>Localização</b> • Nádegas	<b>Cronologia</b> • Preditivo de uma expectativa de vida muito curta (8 a 24 horas).	<b>Localização</b> • Sacro, proeminências ósseas e extremidades.
<b>Cronologia</b> • Ocorre entre 2 semanas a alguns meses antes da morte.	<b>Cronologia</b> • Preditivo de morte iminente (aparecimento horas ou dias antes da morte).	<b>Atitudes Preventivas</b> • Pele limpa, seca, hidratada (emolientes) e protegida da humidade (produtos barreira). • Posicionamento de acordo com o conforto. • Dispositivos anti escaras. • Aplicar ácidos gordos hiperoxigenados. • Pensos de proteção (espuma de poliuretano).	<b>Atitudes Preventivas</b> • Pele limpa, seca, hidratada (emolientes) e protegida da humidade (produtos barreira). • Posicionamento de acordo com o conforto. • Dispositivos anti escaras. • Aplicar ácidos gordos hiperoxigenados. • Pensos de proteção (espuma de poliuretano).
			
<b>Intervenções</b> • Explícitar à família/cuidador (lesões inievitáveis que não melhoram até à morte). • Repositionar frequentemente (pode aumentar o desconforto). • Se houver rompimento da pele cobrir com uma gaze/ apósito. • Dietas e hidratação artificial (pode ser inapropriado). • Oferecer alimentos/hidratação em pequenos porções e que proporcionem prazer. • Manter atitudes preventivas.			

## **II PARTE- Casos Clínicos**

# CASO CLÍNICO 1



Plano de Cuidados Holístico		
Problemas Físicos	Problemas Psicológicos	Problemas Sociais
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar sintomas</li> <li>• Medicação analgésica (opióide forte e coadjuvantes).</li> <li>• Introdução de indutor do sono.</li> <li>• Prescrição de laxantes.</li> <li>• Observação das características da FM (abundante tecido tumoral desvitalizado).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organizar conferência familiar <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ouvir as preocupações dos familiares/paciente.</li> <li>• Esclarecer dúvidas e inquietações.</li> <li>• Desmistificar e humanizar a exposição da intimidade (apenas o necessário).</li> <li>• Providenciar suporte (referenciar para o psicólogo).</li> <li>• Ajustar o plano de cuidados.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encaminhar para a assistente social <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajudas técnicas (cama articulada, cadeira sanitária, arrastadeira).</li> <li>• Apoios sociais (estatuto do cuidador, complemento de reforma).</li> <li>• Equipa de paliativos (na comunidade), se existente.</li> <li>• Equipa de cuidados continuados integrados (nos cuidados de saúde primários) ou referenciado para o enfermeiro/médico de família.</li> <li>• Apoio domiciliário.</li> </ul> </li> </ul>

Antecipação de problemas		Proposta
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Progressão da FM com destruição das estruturas da pele, anexos e órgãos.</li> </ul>	➡	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Algaliação (a doente recusou, após ser esclarecida dos benefícios do procedimento e da progressão da doença).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento da dor.</li> <li>• Infecção da FM (com presença de exsudato e cheiro fétido).</li> <li>• Últimas horas ou dias de vida.</li> <li>• Sobre carga da família.</li> </ul>	➡	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter vigilância em consulta externa de CP.</li> <li>• Implementar um Plano Individual de Cuidados (acessível a todas as equipas envolvidas).</li> <li>• Seguimento multidisciplinar (oncologia, equipa de cuidados paliativos hospitalar e da comunidade).</li> <li>• Internamento em CP (paciente renitente, só aceita quando for insuportável estar no domicílio).</li> </ul>

Tratamento da Ferida Maligna Centrado na Pessoa					
Dor	Prurido	Odores	Exsudato	Infeção	
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Avaliar a dor</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Localização (apenas na ferida vulvar, sem irradiação).</li> <li>Qualidade (tipo mordedura e queimadura, contínua). Intensidade (escala numérica intensidade 10).</li> </ul> </li> <li><b>Analgésia em SOS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Medicação analgésica oral/SC/EV (opióide forte de ação rápida) antes e após a execução do penso.</li> <li>Com destruição dos receptores da pele (analgésia tópica é inviável).</li> <li>Negociada com a paciente a sedação antes da realização do penso (midazolam 2.5mg EV/SC).</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Avaliar o prurido</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sente prurido e picadas quando urina.</li> </ul> </li> <li><b>Algialiação (excluída)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>FM destruiu o meato urinário e a uretra.</li> <li>Com trajetos fistulizados (fistula retro-vesical e vice-versa).</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Avaliar o odor</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Intensidade TELER: grau 0 (odor evidente ao entrar na enfermaria).</li> <li>O odor não incomoda a paciente, mas é de grande incômodo para a família e os profissionais de saúde.</li> </ul> </li> <li><b>Citostomia (excluída)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fim de vida muito próximo.</li> <li>Sem condições cirúrgicas.</li> <li>Estado de profunda fragilidade.</li> </ul> </li> <li><b>Anti-histamínico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hidroxizina 12.5mg de manhã e à tarde e 25 mg à noite).</li> </ul> </li> <li><b>Anti-convulsivante</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gabapentina 300mg 2 vezes/dia).</li> </ul> </li> <li><b>Agentes refrescantes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hidrolatos</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Avaliar o exsudato</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Penso saturado, mas sem fugas (a mudança do penso ocorre sempre que a paciente urina, frequência do penso 3 vezes/dia).</li> </ul> </li> <li><b>Penso antimicrobiano</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Carvão ativado com prata.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Avaliar Infeção</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Com sinais sistêmicos de infecção (febre, confusão) e possivelmente com sobrecarga bacteriana.</li> </ul> </li> <li><b>Antibioterapia sistêmica</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Metronidazol comprimidos 500 mg de 8/8h (durante 21 dias) (e simultaneamente aplicar metronidazol gel tópico).</li> </ul> </li> <li><b>Se perda da via oral</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Metronidazol 500 mg EV de 8/8h (se acesso disponível) e/ou metronidazol 0.75% gel duas a três vezes dia na FM.</li> </ul> </li> <li><b>Desbridamento</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>A paciente apresenta sinais de fim de vida próximo (anorexia, astenia, sonolência).</li> <li><b>Decisão em equipa</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>O desbridamento é um tratamento desproporcional e agressivo nesta fase.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<p><b>CONFORTO:</b> impossível eliminar o odor desta FM. Objetivo realista: odor controlado dentro do penso.</p>

## Construção do penso

Controlo da dor.  
**CONFORTO**



Sedação e analgesia (morfina 5mg + 2.5 mg de midazolam SC). Dor na FM e na abdução das pernas.

Integridade Cutânea. CONFORTO

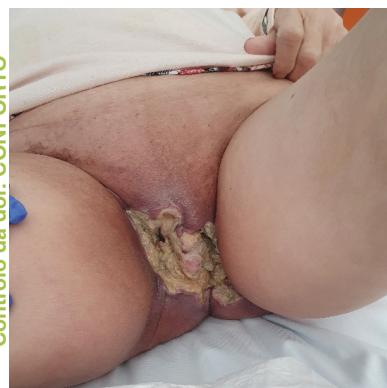


Humedecimento prévio do penso com SF para evitar dor durante a sua remoção. Observação prévia do penso removido (aderência, quantidade de exsudato).

Controlo da dor. CONFORTO



Destrução do meato e uretra (impossibilidade de colocação de cateter urinário).



Limpeza com SF (irrigação com agulha e seringa, para diminuir a dor). Secagem da pele com compressa (sem pressionar).

**Controlo Integridade  
Cútânea.**

**Controlo Irritação Cútânea. Sensação  
de frescura. CONFORTO**



Pele circundante macerada e com prurido (limpeza com hidrolato).  
Hidrolato de lavanda para pele irritada e sensível.  
O aroma escolhido foi ao gosto da paciente.



**Controlo Exsudato, Odor e  
Infeção.**



Película polimérica em spray protege a pele da agressão contínua dos fluidos corporais. Optou-se por um creme barreira, porque a maceração resulta do contato da pele com as fezes e a urina (e algum exsudato da FM).

Aplicação de metronidazol gel com uma compressa, seguida de um apósito de carvão com prata e um penso secundário (penso higiênico e fralda). O metronidazol atenua o odor e cria um meio húmido facilitador da remoção do penso. O penso de incontinência isola fugas e ajusta o carvão à FM.

**Controlo do odor.  
CONFORTO**



Anexar na fralda um saquinho de lavanda (preferência da paciente).

**Controlo da dor. CONFORTO**



No fim do tratamento: reavaliação da dor (administrar novamente 5 mg de morfina SC, se necessário).

## **RESUMO - Plano de cuidados de acordo com a mnemónica SPECIAL**

### **S – Estabilizar a ferida**

Manter terapêutica tópica e sistémica.

### **P – Prevenir novas feridas**

Idem

### **E – Eliminar o odor**

Higiene e desinfeção da FM. Metronidazol tópico no leito da ferida e penso de carvão (com prata).

### **C – Controlar a dor**

Analgesia prévia à execução do penso e após (se necessário). Anexação de um saquinho de lavanda (adsorver o odor).

### **I – Infeção**

Limpeza e desinfeção da FM. Penso de carvão com prata. Antimicrobiano sistémico (metronidazol oral).

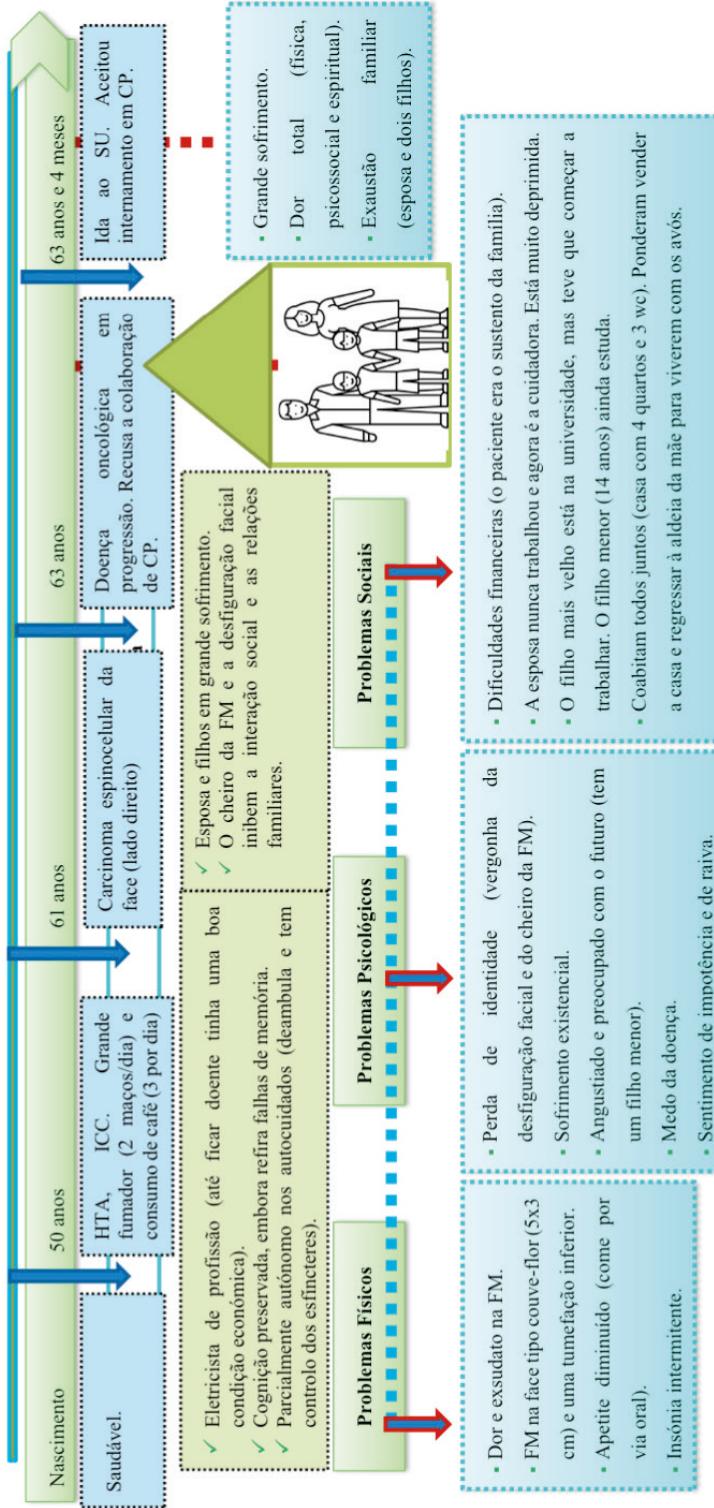
### **A – Absorver**

Absorção com penso de carvão com prata, penso de incontinência e fralda.

### **L – Menor troca de penso possível**

A troca do penso depende da eliminação urinária.

# CASO CLÍNICO 2



Plano de Cuidados Holístico		
Problemas Físicos	Problemas Psicológicos	Problemas Sociais
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Controlar sintomas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Medidas farmacológicas sistémicas: toma prévia de um analgésico de ação rápida antes (e após) a execução do penso.</li> <li>Medidas farmacológicas tópicas: anestésicos locais (lidocaína gel).</li> <li>Introdução de estimulante do apetite (acetato de megestrol 160mg, duas vezes/dia).</li> <li>Observação das características da FM (ligeiro tecido desvitalizado, com exsudato e odor).</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organizar conferência familiar           <ul style="list-style-type: none"> <li>Ouvir as preocupações da esposa/filhos/paciente.</li> <li>Esclarecer dúvidas e inquietações.</li> <li>Mostrar disponibilidade e confortar a família.</li> <li>Desmistrificar e esclarecer acerca dos CP.</li> <li>Providenciar suporte (referenciar para o psicólogo e o psiquiatra).</li> <li>Introdução de antidePRESSIVO (mirtazapina 15 mg à noite).</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Encaminhar para a assistente social</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Apoios sociais (estatuto do cuidador, reforma, rendimento de inserção social, apoio/abono para os filhos).</li> <li>Apoios na comunidade/instituições de solidariedade social (bens alimentares, roupa, apoio escolar).</li> <li>Integrar a família no projeto cidade compassiva da área de residência.</li> <li>Equipa Comunitária de Cuidados Paliativos (alta).</li> </ul> </li> </ul>

Antecipação de problemas	Proposta
<ul style="list-style-type: none"> <li>Progressão da FM com destruição das estruturas da pele (desfiguração corporal).</li> <li>Perda da capacidade de deglutição.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">➡</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Radioterapia e/ou electroquimioterapia.</li> <li>Colocação de PEG.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>FM próxima de vasos de grande calibre. Risco de hemorragia fulminante (morte iminente).</li> </ul>	<p style="text-align: center;">➡</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>CVP para sedação paliativa de urgência com midazolam.</li> <li>Toalhas escuras.</li> <li>Internamento preventivo.</li> <li>Terapêutica farmacológica tópica anti-hemorrágica (sucralfato, nitrato de prata, adrenalina, ácido aminocapróico, ácido tranexâmico, esponja hemostática, colagénio ou celulose oxidata).</li> <li>Terapêutica farmacológica sistémica.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sobrecarga da família.</li> <li>Luto antecipatório.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">➡</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Explicar à família/paciente o cenário futuro e as medidas de atuação.</li> <li>Proporcionar despedidas e gestão/resolução de problemas.</li> <li>Disponibilizar terapia da dignidade (deixar um legado).</li> </ul>

Tratamento da Ferida Maligna Centrado na Pessoa					
Dor	Hemorrágia	Odor	Exsudato	Infeção	
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Avaliar a dor</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Localização (na face do lado direito, com irradiação para o pescoço).</li> <li>Qualidade (tipo mordedura, contínua).</li> <li>Intensidade (escala numérica de intensidade 7).</li> </ul> </li> <li><b>Analgésia em SOS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Medicação analgésica oral/SC/EV (ópiode forte de ação rápida) antes (e após) a execução do penso.</li> <li>Analgesia tópica com lidocaína spray.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Avaliar a hemorrágia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hemorrágia leveira se remoção agressiva do penso.</li> <li>O apósito adere à FM (focos sangrantes durante a sua remoção).</li> <li>FM com grande potencial hemorrágico no futuro; nos pequenos focos hemorrágicos aplicar em SOS ácido aminocaprílico (3 gr - 10 ml) ou o ácido tranexâmico (0,5-1 g, 5-10ml).</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Avaliar o odor</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Intensidade TELER: grau 3 (odor evidente ao retirar a roupa).</li> <li>O odor incomoda o paciente e a família.</li> <li>Uso de máscara cirúrgica durante a execução do penso (opcional).</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Avaliar o exsudato</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Penso saturado e sem fugas.</li> </ul> </li> <li><b>Penso secundário absorvente</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Carvão ativado coberto com compressa.</li> </ul> </li> <li><b>Penso oclusivo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Reforço com compressa e adesivo.</li> </ul> </li> <li><b>Produtos barreira sem álcool</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Na região circundante da pele (ácidos gordos hiperóxigenados).</li> </ul> </li> <li><b>Penso oclusivo com carvão.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aromaterapia no penso (grãos de café).</li> </ul> </li> <li><b>Almofada de ervas.</b> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Avaliar Infeção</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sem sinais sistêmicos de infecção</li> </ul> </li> <li><b>Desbridamento?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sem sinais de infecção, odor controlado com protocolo de penso, reduzido tecido desvitalizado.</li> </ul> </li> <li><b>Decisão em equipa:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>De imediato sem necessidade de desbridamento.</li> <li>Reavaliar decisão de acordo com evolução da FM.</li> </ul> </li> </ul>	

**CONFORTO:** Eliminar o odor e a dor da Ferida Maligna



Prurido
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sem prurido.</li> </ul>

## Construção do penso

Evitar traumatismo (conforto) e hemorragia.



Humedecimento do penso com água potável (durante os cuidados de higiene), temperada (fria/morna) e jato suave. Remover com cuidado as compressas à medida que se vão libertando do penso.



Avaliar as características da FM (4x4 cm, couve flor, escasso tecido desvitalizado) e estado do penso (exsudato amarelo contido dentro do penso).

Controlo da dor. Conforto



Aplicação de anestésico tópico local (lidocaína spray) e deixar atuar durante 5 minutos.

Controlo do odor. Conforto.  
O



Aplicar/deixar atuar o antisséptico (clorexidina). Lavar a pele com água e sabão.

**Irritação Cutânea. Sensação de frescura. CONFORTO**

**Controlo da dor. Conforto.**



Limpeza com SF (seringa e agulha).



Produto protetor da pele circundante macerada (ácidos gordos hiperpoxigenados). Em alternativa usar: óxido de zinco, acrilatos, silicone (dimeticone), polímeros (terpolímero), petróleo e cianoacrilato.

**Controlo do odor e do exsudato.**



Penso secundário com carvão.

**Controlo da dor. Conforto.**



Limpeza e secagem com movimentos suaves e circulares, sem exercer pressão.



Perante a inexistência de material siliconado optou-se por um penso primário antiaderente (gaze vaselinada). Em alternativa hidratar a FM com hidrogel.

**Controlo do exsudato.**



Duas compressas médias isolam as fugas e ajustam o carvão à FM. Em alternativa: penso de celulose absorvente (bom isolamento e fixação do penso).

**Controlo do exsudato.**

**Questões estéticas.**



Fixação com adesivo bem ajustado de acordo com as preferências do paciente. Os hidrocolóides também são um recurso para o encerramento de penso de FM em locais como a face, funcionando como um adesivo moldável.



**Controlo do odor.**

Fixação da bolsa com os grãos de café. O paciente aprecia muito o cheiro de café e gosta de dormir a sentir esse aroma.

#### **RESUMO - Plano de cuidados de acordo com a mnemónica SPECIAL**

##### **S – Estabilizar a ferida**

Manter a terapêutica tópica e sistémica.  
Radioterapia e quimioterapia.

##### **P – Prevenir novas feridas**

Idem

##### **E – Eliminar o odor**

Higiene e desinfeção da FM com antisséptico.  
Saquinho com cheiro a café aprisionado no penso para adsorver o odor.

##### **C – Controlar a dor**

Analgesia prévia à execução do penso e após (se necessário).  
Tule (gaze vaselinada) como interface para não aderência.

##### **I – Infecção**

Limpeza e desinfeção da FM.  
Técnica assética.

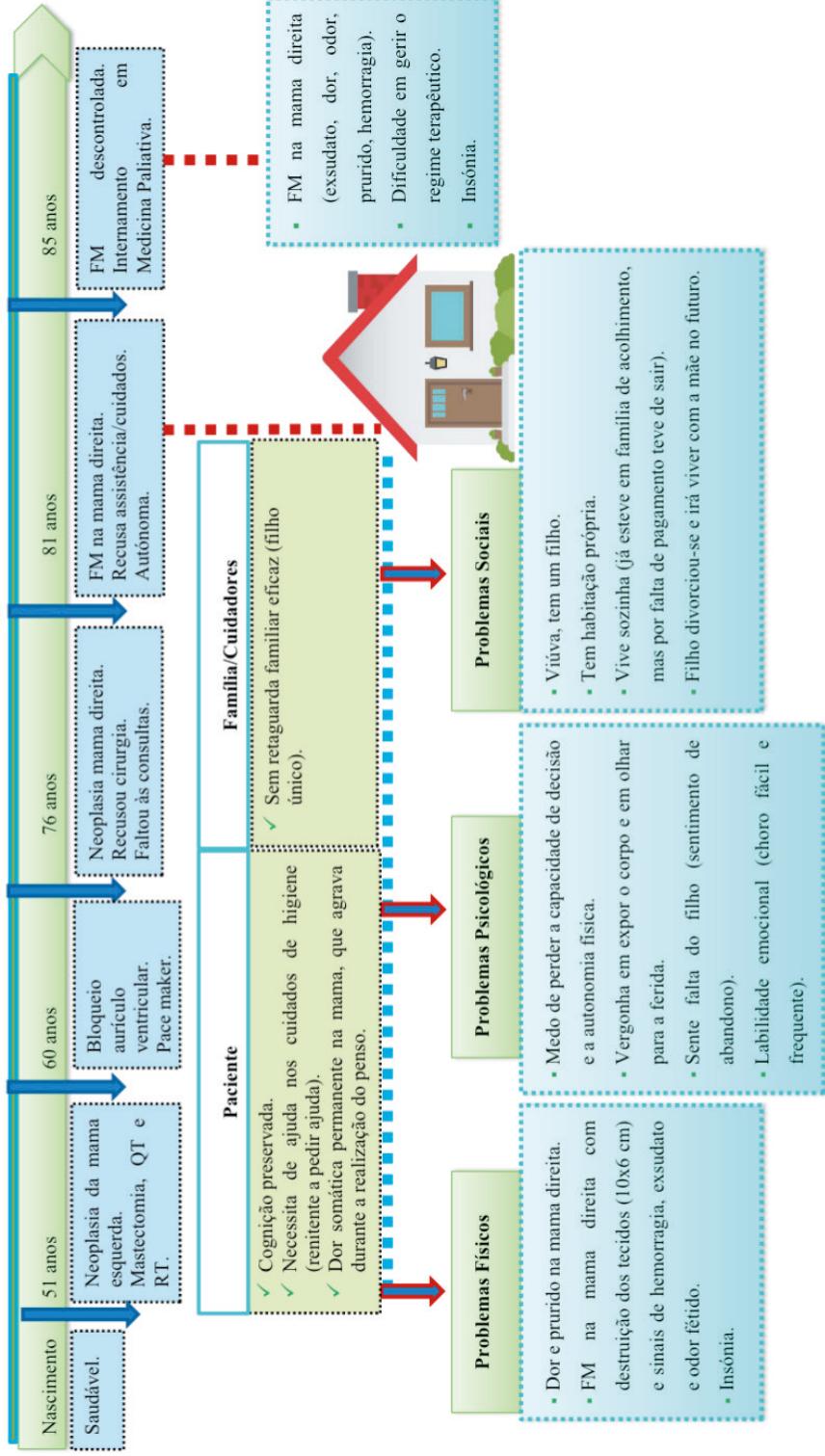
##### **A – Absorver**

Absorção com penso de carvão e compressa.  
Penso oclusivo.

##### **L – Menor troca de penso possível**

Bom isolamento e fixação do penso de encerramento com adesivo hipoalérgico ou com hidrocolóide (adesivo moldável).

# CASO CLÍNICO 3



Plano de Cuidados Holístico		
Problemas Físicos	Problemas Psicológicos	Problemas Sociais
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Controlar sintomas</li> <li>• Medicinação analgésica antes (e depois) da execução do penso.</li> <li>• Introdução de indutor do sono e de antidepressivo.</li> <li>• Observação das características da FM (odor fétido, ligeira hemorragia e exsudato).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Organizar conferência familiar</li> <li>• Ouvir as preocupações do filho e da paciente.</li> <li>• Esclarecer dúvidas e inquietações.</li> <li>• Antecipar problemas (necessidade de um cuidador permanente, pela perda de autonomia e degradação cognitiva).</li> <li>• Fator de stress e de estímulo emocional durante a execução do penso - adotar técnica de distração.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Encaminhar para a assistente social</li> <li>• Resolução social após a alta.</li> <li>• Apuramento dos rendimentos (complemento de dependência).</li> <li>• Situação familiar do filho instável (recém-divorciado e desempregado).</li> <li>• Referenciação para Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM).</li> </ul>

Antecipação de problemas		Proposta
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Progressão da FM com destruição das estruturas da pele, anexos e órgãos.</li> </ul>	→	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radioterapia hemostática.</li> <li>• Otimizar penso.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento da dor somática na FM.</li> <li>• Dor total.</li> </ul>	→	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter a vigilância em consulta externa de CP.</li> <li>• Seguimento multidisciplinar (equipa de CP e equipa da ULDM).</li> <li>• Envolver o filho nas tomadas de decisão.</li> <li>• Promover as visitas do filho/realizar videochamadas.</li> </ul>
• Últimas horas ou dias de vida.	→	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Internamento em CP se agudização.</li> </ul>

Tratamento da Ferida Maligna Centrado na Pessoa					
Dor	Prurido	Odor	Exsudato	Hemorragia	Infeção
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Avaliar a dor</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Localização (mama e braço direito, devido ao linfedema).</li> <li>Qualidade (tipo continua e latejante, às vezes picadas).</li> <li>Intensidade (escala numérica intensidade 4, aumentando para 10 durante a realização do penso).</li> </ul> </li> <li><b>Analgesia em SOS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Medicação analgésica oral/SC (opióide forte de ação rápida) antes e após a execução do penso.</li> <li>Com destruição dos receptores da pele (a analgesia tópica é inviável).</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Avaliar o prurido</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Com prurido na região circundante à FM.</li> </ul> </li> <li><b>Anti-convulsivante</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pregabálina 25 mg/dia.</li> </ul> </li> <li><b>Agentes refrescantes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hidrolato de camomila na pele circundante.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Avaliar o odor</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Intensidade TELER: grau 4 (odor é detectado na remoção do curativo)</li> <li>Uso de máscara durante a execução do penso (opcional).</li> </ul> </li> <li><b>Agentes de limpeza e desinfecção</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Limpeza com água potável e desinfecção com clorohexídina.</li> </ul> </li> <li><b>Penso oclusivo com carvão e prata</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>FM com sinais de infecção local.</li> </ul> </li> <li><b>Analgesia em SOS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Medicação analgésica oral/SC (opióide forte de ação rápida) antes e após a execução do penso.</li> <li>Com destruição dos receptores da pele (a analgesia tópica é inviável).</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Avaliar o exsudato</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Penso saturado, mas sem fugas.</li> <li><b>Penso primário antiaderente</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gaze vaselina.</li> </ul> </li> <li><b>Penso secundário</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fibra de alginato de cálcio.</li> </ul> </li> <li><b>Encerramento penso superabsorvente</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Penso de espuma de poliuretano (alta capacidade de absorção- evita a execução de um penso muito volumoso).</li> </ul> </li> </ul> </li> <li><b>Produtos de aromaterapia no ambiente</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ao gosto da paciente (lavanda).</li> </ul> </li> <li><b>Arejamento do ambiente</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Com terpolímero na região circundante da FM (Cavilon).</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Avaliar a hemorragia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hemorragia maciça se remoção agressiva do penso.</li> <li><b>Penso anti-hemorrágico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fibra de alginato de cálcio.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Avaliar Infeção</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sem sinais Sistêmicos de infecção.</li> </ul> </li> <li><b>Desbridamento?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Não, porque o tecido desvitalizado existente é residual.</li> </ul> </li> </ul>
 <p><b>CONFORTO: eliminar o odor e a dor da FM</b></p>					

## Construção do penso

### Controlo da dor. CONFORTO



Dor na FM. Analgesia com 10 mg de sevredol oral.

### Integridade Cutânea. CONFORTO.



Humedecimento do penso com água potável. Observação do penso removido (aderência, quantidade de exsudato, odor, hemorragia).



Jato de água morna (diminuir o risco de hemorragia) e de baixa intensidade (diminuir a dor).

### Controlo do Odor.



Desinfecção com clorexidina (deixar atuar 2 a 3 minutos).

### Controlo da dor. CONFORTO.



Limpeza com SF (irrigação com agulha e seringa, para diminuir a dor). Secagem da pele com compressa (sem pressionar).



### Integridade Cutânea. CONFORTO



Penso primário: gaze gorda (evitar aderência).

### Controlo da Hemorragia.



Foco hemorrágico. Penso secundário de alginato de cálcio.



Spray barreira (protege a pele do exsudato da FM).

<b>Controlo do Odor.</b>			
Penso com carvão ativado.	Compressas (duas das grandes).	Encerramento com espuma de poliuretano (pouco volume).	
<b>Controlo do odor. CONFORTO</b>		<b>Estética. Controlo da dor. CONFORTO.</b>	

Anexar um saquinho de lavanda (preferência da paciente).

Penso impercetível. Reavaliação da dor. Maceração da pele (prega do avental de gordura). Aplicar creme barreira. Previamente descartar infecção fúngica (clotrimazol creme 2x dia).

#### RESUMO - Plano de cuidados de acordo com a mnemónica SPECIAL

**S – Estabilizar a ferida**

Manter a terapêutica tópica e sistémica.

**P – Prevenir novas feridas**

Idem

**E – Eliminar o odor**

Higiene e desinfeção da FM. Penso de carvão. Anexação de um saquinho de lavanda (adsorver o odor).

**C – Controlar a dor**

Analgesia prévia à execução do penso e após (se necessário).

**I – Infecção**

Limpeza e desinfeção da FM.

**A – Absorver**

Absorção com penso de alginato de cálcio e placa de espuma de poliuretano.

**L – Menor troca de penso possível**

Penso com material superabsorvente (troca do penso de 2/2 dias)

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As FM são consideradas feridas crónicas que podem desenvolver-se em qualquer parte do corpo. Ocorrem na pele, quando o sistema sanguíneo e linfático sofre infiltração tumoral local ou disseminação metastática de um tumor primário. Com a progressão da doença as FM podem intensificar as seguintes características: odor, exsudato, dor, hemorragia, prurido e a infecção local ou sistémica (HOPES). O tratamento das FM inclui a gestão desses sintomas, sendo que por vezes não é possível a sua total mitigação. A complexidade e a especificidade das FM não têm por meta a cicatrização, mas sim um controlo efetivo de sintomas, objetivando o conforto da pessoa. O profissional de saúde ao posicionar-se perante a inatingível eliminação/redução dos sintomas, deve traçar como objetivo central a aceitação, visando preservar e elevar a dignidade da pessoa, ajudando-a a (con)viver com qualidade e conforto com a FM. A presença de fistulas, prurido, dor, infecção e as questões estéticas que comprometem a autoimagem inerentes à FM são, igualmente, uma realidade complexa. O profissional de saúde é confrontado com os desafios da individualidade, da vulnerabilidade e do sofrimento da pessoa com doença complexa avançada, e ainda com as questões de imprevisibilidade e de singularidade de cada FM. A inexistência de recursos materiais específicos dirigidos a este tipo de feridas impõe um desafio acrescido ao enfermeiro, que tem que recorrer à adaptabilidade do material disponível e adequá-lo à complexidade da FM. Embora os cuidados de tratamento de penso das FM não melhorem a sobrevivência da pessoa, a forma como o penso é construído influencia a sua qualidade de vida e ajuda a pessoas a viver com dignidade e conforto. Desta forma, o penso ideal deve respeitar os seguintes princípios: absorver/mascarar o odor, permeabilidade seletiva, controlo do crescimento microbiano, aplicação e remoção fácil, troca pouco frequente do penso (longa durabilidade), flexibilidade, fino e facilitador da mobilidade (ajustável).

Existem vários fatores que colocam os pacientes em CP com um maior risco de desenvolverem infecções cutâneas e dermatites. Além disso, pode-se esperar o agravamento de doenças crónicas da pele, bem como o desenvolvimento de dermatites induzidas pelo tratamento e relacionadas com a malignidade da doença. As infecções fúngicas são algumas das doenças mais comuns em dermatologia e numa pessoa imunodeprimida a sua suscetibilidade está aumentada. As infecções fúngicas superficiais, tais como a candidíase cutânea que afeta a epiderme e as estruturas anexas da pele e as micoses de implantação, também conhecidas como infecções fúngicas SC, que envolvem a derme e os tecidos SC podem ser facilmente tratadas com aplicação de fármacos tópicos antifúngicos e antimicóticos, cuidados à pele (creme barreira, evicção da humidade) e medidas de higiene padrão. Nas situações de xrose cutânea a hidratação diária da pele com emolientes é primordial.

As quebras cutâneas são feridas agudas comuns em idades extremas (crianças e adultos mais velhos) e em pessoas com doenças críticas ou crónicas. Estão associadas a um aumento da dor e de uma diminuição da qualidade de vida, pelo risco de desenvolvimento de infecções secundárias da ferida. Na literatura recente, tem sido dada cada vez mais atenção às lesões cutâneas, mas não existe nenhum critério padrão desenvolvido para o seu tratamento. Embora a prevenção de lesões cutâneas seja o foco principal, os profissionais de saúde devem estar preparados para tratar estas feridas quando estas ocorrem. O ISTAP criou um sistema de classificação e um protocolo de tratamento das quebras cutâneas. O princípio máximo é o da preservação do retalho cutâneo sempre que possível, estando contraindicado o uso de agrafos, suturas, penso com iodo, compressas (diretamente na lesão) e tiras adesivas. Ao reconhecer o potencial de risco de lesão cutânea da pessoa, o enfermeiro deve implementar um conjunto de medidas preventivas sistemáticas de redução do risco (pensos não aderentes, resguardos para a mobilização, vestir o paciente com camisola de manga comprida e calças, hidratar a pele).

Em relação às lesões cutâneas inevitáveis que aparecem no final da vida existe muito pouca informação descrita na literatura. Podendo, por isso, ser difícil diferenciar entre lesões evitáveis, como as UPP e as lesões inevitáveis, como a KTU, síndrome 3:30 ou a TB-TTL, pela escassez de estudos comparativos. O diagnóstico diferencial entre uma UPP e uma lesão inevitável é fundamental para a estratégia terapêutica e os cuidados a implementar à lesão. Embora os profissionais de saúde possam ter abordagens diferentes sobre como tratar as lesões que surgem no final da vida, o compromisso deve ser sempre o de priorizar o conforto e a qualidade de vida da pessoa. Desta forma, a escolha do penso deve permitir: um controlo adequado da dor (antiaderente, ação analgésica), profilaxia da hemorragia e da infecção, gestão do exsudato e controlo do odor. A conduta profissional deve ser essencialmente conservadora, uma vez que estamos perante uma lesão cutânea irreversível, pelo que o desbridamento está contraindicado, assim como uma intensificação terapêutica dirigida à lesão.

Após esta síntese conclusiva apraz-me proferir uma última retórica dirigida aos profissionais de saúde, principalmente à classe de enfermagem, por ser o elemento que constrói, elabora e desenha o penso para cada pessoa, um ser único e individual, com uma FM também ela única e singular. Embora o enfermeiro saiba que não consegue alterar o curso da doença, este pode interferir e muito no tratamento. Quanto mais assertiva for a escolha do apósito e do penso maior é o benefício para o paciente, com a melhoria da sua qualidade de vida e uma redução dos gastos em saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agra, G., Soares Formiga, N., dos Santos Oliveira, S. H., Oliveira de Sousa, A. T., Guimarães Oliveira Soares, M. J., & Lopes Costa, M. M. (2018). Indicadores psicométricos do saber e o fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos à pessoa com ferida tumoral. *Aquichan*, 18(4), 461–476.
- Al-arjeh, G., Shamieh, O., Al-Ajarmeh, S., Salmany, S., Naberhuis, J. K., & Hui, D. (2020). Crushed Metronidazole in Managing Chronic Nonsurgical Wound Malodor in Patients with Cancer: Preliminary Findings. *Journal of Palliative Medicine*, 23(3), 308–309. <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0533>
- Alshati, A., Almohammedawi, M., Sachdev, M. S., & Kachaamy, T. (2019). Endoscopic management of colovaginal fistulas in advanced cancer patients. *VideoGIE*, 4(6), 279–283.
- Alvarez, O. M., Kalinski, C., Nusbaum, J., Hernandez, L., Pappous, E., Kyriannis, C., Parker, R., Chrzanowski, G., & Comfort, C. P. (2007). Incorporating wound healing strategies to improve palliation (symptom management) in patients with chronic wounds. *Journal of Palliative Medicine*, 10(5), 1161–1189.
- Aragão, B. F. de F., Barbosa, M. do S. A., Monteiro, G. A. S. de S., Araújo, T. C. N. R. de S., Fhon, J. R. S., & Lima, F. M. de. (2022). Identificando as características da Úlcera Terminal de Kennedy: uma revisão integrativa. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 96(38). <https://doi.org/10.31011/reaid-2022-v.96.n.38-art.1350>
- Avila, C., Massick, S., Kaffenberger, B. H., Kwatra, S. G., & Bechtel, M. (2020). Cannabinoids for the treatment of chronic pruritus: A review. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 82(5), 1205–1212.
- Ayello, E. A., Levine, J. M., Langemo, D., Kennedy-Evans, K. Lou, Brennan, M. R., & Sibbald, R. G. (2019). Reexamining the literature on terminal ulcers, SCALE, skin failure, and unavoidable pressure injuries. *Advances in Skin & Wound Care*, 32(3), 109–121.
- Barreto, A. M., Marques, A. D. B., Cestari, V. R. F., Cavalcante, R. da C., & Moreira, T. M. M. (2018). Efetividade do metronidazol no tratamento de odores em feridas tumorais. *Rev Rene*, 19, e3245.
- Beh, S. Y., & Leow, L. C. (2016). Fungating breast cancer and other malignant wounds: epidemiology, assessment and management. *Expert Review of Quality of Life in Cancer Care*, 1(2), 137–144. <https://doi.org/10.1080/23809000.2016.1162660>
- Bernardino, L., Lilian, Matsubara, & Silva, M. das G. (2022). Construção de um instrumento para avaliação do conhecimento sobre ferida neoplásica maligna. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 68(1).
- Browne, N., Grocott, P., Cowley, S., Cameron, J., Dealey, C., Keogh, A., Lovatt, A., Vowden, K., & Vowden, P. (2004). Woundcare Research for Appropriate Products (WRAP): validation of the TELER method involving users. *International Journal of Nursing Studies*, 41(5), 559–571.
- Caballero-Borrego, M., Coll, S., & Navarrete, P. (2024). Effectiveness and tolerance of electrochemotherapy as palliative therapy for patients with head and neck cancer and malignant melanoma and its relation to early skin reaction. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 90(1), 101365. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2023.101365>
- Cao, T., Tey, H. L., & Yosipovitch, G. (2018). Chronic pruritus in the geriatric population. *Dermatologic Clinics*, 36(3), 199–211.

Cariti, F., Caivano, F., de Robertis, V., Dadduzio, S., Guarino, P., Barbara, F., Pontillo, V., Russo, C., Plantone, F., & Barbara, M. (2024). Electrochemotherapy as palliative care in patients with local or metastatic recurrence of head and neck cancer: review of state of the art. *Acta Otorhinolaryngologica Italica*, 44(2 (Suppl. 1)), S37–S41. <https://doi.org/10.14639/0392-100X-suppl.1-44-2024-N2920>

Chiu, H.-F., Chen, B.-K., & Wang, C.-K. (2023). Chapter 64 - The relevance of electrolyzed water to infectious and chronic diseases (D. Bagchi, A. Das, & B. W. B. T.-V. Downs Parasitic, Bacterial, and Fungal Infections (eds.); pp. 827–846). Academic Press. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-0-323-85730-7.00024-2>

Chung, B. Y., Um, J. Y., Kim, J. C., Kang, S. Y., Park, C. W., & Kim, H. O. (2020). Pathophysiology and treatment of pruritus in elderly. *International Journal of Molecular Sciences*, 22(1), 174.

Cornish, L. (2019). Holistic management of malignant wounds in palliative patients. *British Journal of Community Nursing*, 24, S19–S23. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2019.24.Sup9.S19>

Datsi, A., Steinhoff, M., Ahmad, F., Alam, M., & Buddenkotte, J. (2021). Interleukin-31: The “itchy” cytokine in inflammation and therapy. *Allergy*, 76(10), 2982–2997.

Dissemund, J., Assenheimer, B., Gerber, V., Hintner, M., Puntigam, M. J., Kolbig, N., Koller, S., Kurz, P., Läuchli, S., & Probst, S. (2021). Moisture-associated skin damage (MASD): A best practice recommendation from Wund-DA CH. *JDDG: Journal Der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 19(6), 815–825.

EPUAP. (2014). *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. Cambridge Media.

Fassett, M. S., Braz, J. M., Castellanos, C. A., Salvatierra, J. J., Sadeghi, M., Yu, X., Schroeder, A. W., Caston, J., Munoz-Sandoval, P., & Roy, S. (2023). IL-31-dependent neurogenic inflammation restrains cutaneous type 2 immune response in allergic dermatitis. *Science Immunology*, 8(88), eaibi6887.

Filipiuc, S.-I., Neagu, A.-N., Uritu, C. M., Tamba, B.-I., Filipiuc, L.-E., Tudorancea, I. M., Boca, A. N., Hâncu, M. F., Porumb, V., & Bild, W. (2023). The Skin and Natural Cannabinoids—Topical and Transdermal Applications. In *Pharmaceuticals* (Vol. 16, Issue 7). <https://doi.org/10.3390/ph16071049>

Fourzali, K. M., & Yosipovitch, G. (2019). Management of itch in the elderly: a review. *Dermatology and Therapy*, 9, 639–653.

Furka, A., Simkó, C., Kostyál, L., Szabó, I., Valikovics, A., Fekete, G., Tornyi, I., Oross, E., & Révész, J. (2022). Treatment Algorithm for Cancerous Wounds: A Systematic Review. *Cancers*, 14(5), 1203. <https://doi.org/10.3390/cancers14051203>

Furue, M., & Furue, M. (2021). Interleukin-31 and Pruritic Skin. In *Journal of Clinical Medicine* (Vol. 10, Issue 9). <https://doi.org/10.3390/jcm10091906>

Gethin, G., Vellinga, A., McIntosh, C., Sezgin, D., Probst, S., Murphy, L., Carr, P., Ivory, J., Cunningham, S., Oommen, A. M., Joshi, L., & Ffrench, C. (2023). Systematic review of topical interventions for the management of odour in patients with chronic or malignant fungating wounds. *Journal of Tissue Viability*, 32(1), 151–157. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jtv.2022.10.007>

Glasdam, S., Ekstrand, F., Rosberg, M., & van der Schaaf, A. M. (2020). A gap between the philosophy and the practice of palliative healthcare: sociological perspectives on the practice of nurses in specialised palliative homecare. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 23(1), 141–152. <https://doi.org/10.1007/s11019-019-09918-2>

Gutierrez, Y., Pourali, S. P., Kucharik, A. H., Jones, M. E., Rajkumar, J. R., & Armstrong, A. W. (2021). Topical opioid use in dermatologic disease: A systematic review. *Dermatologic Therapy*, 34(6). <https://doi.org/10.1111/dth.15150>

Haisfield-Wolfe, M. E., & Baxendale-Cox, L. M. (1999). Staging of malignant cutaneous wounds: a pilot study. *Oncology Nursing Forum*, 26(6), 1055–1064.

Harano, H., Matsunuma, R., Tanaka-Yagi, Y., Ito, M., Tasaki, J., Egawa, A., & Yamaguchi, T. (2023). Malodour from oral malignant fungating wound: sprayed metronidazole – case report. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 13(e3), e966 LP-e967. <https://doi.org/10.1136/spcare-2022-004137>

Holubová, A., Chlupáčová, L., Krocová, J., Cetlová, L., Peters, L. J. F., Cremers, N. A. J., & Pokorná, A. (2023). The use of medical grade honey on infected chronic diabetic foot Ulcers—A prospective case-control study. *Antibiotics*, 12(9), 1364.

Hu, J. K., Ligtenberg, K. G., Leventhal, J., & Bunick, C. G. (2020). Successful management of malodor from fungating tumors using crushed metronidazole tablets. *JAAD Case Reports*, 6(1), 26–29.

Iwamuro, M., Hasegawa, K., Hanayama, Y., Kataoka, H., Tanaka, T., Kondo, Y., & Otsuka, F. (2018). Enterovaginal and colovesical fistulas as late complications of pelvic radiotherapy. *Journal of General and Family Medicine*, 19(5), 166–169.

Ju, T., Labib, A., Vander Does, A., & Yosipovitch, G. (2023). Therapeutics in chronic pruritus of unknown origin. *Itch*, 8(1).

Julian, M. K. (2020). Skin failure in patients with a terminal illness. *Nursing Made Incredibly Easy*, 18(4).

Kapoor, N., & Yadav, R. (2021). Manuka honey: A promising wound dressing material for the chronic nonhealing discharging wounds: A retrospective study. *National Journal of Maxillofacial Surgery*, 12(2).

Katke, R. D. (2018). Palliative care of the patient with advanced, recurrent and metastatic cervical cancer: an institutional study. *Open Access J Gynecol*, 3, 1–6.

Kaya, G., & Saurat, J.-H. (2007). Dermatoporosis: A Chronic Cutaneous Insufficiency/Fragility SyndromeClinicopathological Features, Mechanisms, Prevention and Potential Treatments. *Dermatology*, 215(4), 284–294.

Kennedy, K. Lou. (1989). The prevalence of pressure ulcers in an intermediate care facility. *Advances in Skin & Wound Care*, 2(2), 44–47.

Knuttinen, M.-G., Yi, J., Magtibay, P., Miller, C. T., Alzubaidi, S., Naidu, S., Oklu, R., Kriegshauser, J. S., & Mar, W. A. (2018). Colorectal-vaginal fistulas: imaging and novel interventional treatment modalities. *Journal of Clinical Medicine*, 7(4), 87.

Krynicka, K., & Trzeciak, M. (2022). The role of sodium hypochlorite in atopic dermatitis therapy: a narrative review. *International Journal of Dermatology*, 61(9), 1080–1086.

Kwiecień, E., & Kowalcuk, D. (2023). Therapeutic Potential of Minor Cannabinoids in Dermatological Diseases—A Synthetic Review. In *Molecules* (Vol. 28, Issue 16). <https://doi.org/10.3390/molecules28166149>

LeBlanc, K., Baranowski, S., Christensen, D., Langemo, D., Edwards, K., Holloway, S., Gloeckner, M., Williams, A., Campbell, K., & Alam, T. (2016). The art of dressing selection: a consensus statement on skin tears and best practice. *Advances in Skin & Wound Care*, 29(1), 32–46.

LeBlanc, K., Campbell, K. E., Wood, E., & Beeckman, D. (2018). Best practice recommendations for prevention and management of skin tears in aged skin: an overview. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 45(6), 540–542.

Levine, J. M. (2020). Clinical aspects of aging skin: considerations for the wound care practitioner. *Advances in Skin & Wound Care*, 33(1), 12–19.

Levine, J. M., Delmore, B., & Cox, J. (2022). Skin Failure: Concept Review and Proposed Model. *Advances in Skin & Wound Care*, 35(3).

Maghfour, J., Rundle, C. W., Rietcheck, H. R., Dercon, S., Lio, P., Mamo, A., Runion, T. M., Fernandez, J., Kahn, J., Dellavalle, R. P., & Yardley, H. (2021). Assessing the effects of topical cannabidiol in patients with atopic dermatitis. *Dermatology Online Journal*, 27(2). <https://doi.org/10.5070/D3272052393>

Maglitto, F., Salzano, G., Longo, F., Di Bernardo, E., D'ALESSIO, V., Fusco, R., Aversa, C., Pavone, E., Pontone, M., & Marciano, M. L. (2022). Electrochemotherapy as palliative treatment in patients with recurrent and/or metastatic head and neck tumours: features analysis for an early determination of the partial responsive patients. *European Review for Medical & Pharmacological Sciences*, 26(4).

Mahboub, M., Aghazadeh Attari, A. M., Sheikhaliipour, Z., Mirza Aghazadeh Attari, M., Davami, B., Amidfar, A., & Lotfi, M. (2022). A Comparative Study of the Impacts of Aloe vera Gel and Silver sulfadiazine Cream 1% on Healing, Itching and Pain of Burn Wounds: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Caring Sciences*, 11(3), 132–138. <https://doi.org/10.34172/jcs.2021.036>

Mahmoud, R. H., Mahmoud, O., Biazus Soares, G., & Yosipovitch, G. (2024). Novel Topical Treatments for Itch. *Dermatology and Therapy*, 14(4), 829–840. <https://doi.org/10.1007/s13555-024-01144-w>

Maida, V., Ennis, M., & Kuziemsky, C. (2009). The Toronto Symptom Assessment System for Wounds: A new clinical and research tool. *Advances in Skin & Wound Care*, 22(10), 468–474.

Martin, C., & Martin, R. (2023). Optimal Dosing and Patient Selection for Electrochemotherapy in Solid Abdominal Organ and Bone Tumors. In *Bioengineering* (Vol. 10, Issue 8). <https://doi.org/10.3390/bioengineering10080975>

Martins, M., Rodrigues, A., Marques, C., & Carvalho, R. (2024). LEVEL OF KNOWLEDGE IN PALLIATIVE CARE, PREPARATION AND CAPACITY TO PROVIDE CARE AT THE END OF LIFE BY HEALTH PROFESSIONALS. *RIAGE - Revista Ibero-Americana de Gerontologia*, 5. <https://doi.org/10.61415/riage.244>

Mateus, D. C. (2012). *Formulação de geles de morfina para aplicação tópica em feridas dolorosas*. Universidade de Lisboa.

Melo, M. A., de Paula Garcia, S., Carvalho, A. C. G., & Beazussi, K. M. (2019). A enfermagem e a implementação de cuidados paliativos, visando à melhor qualidade de vida do paciente com ferida oncológica. *Revista Interdisciplinar Pensamento Científico*, 5(4).

Mokra, D., Joskova, M., & Mokry, J. (2022). Therapeutic effects of green tea polyphenol (-)-Epigallocatechin-3-Gallate (EGCG) in relation to molecular pathways controlling inflammation, oxidative stress, and apoptosis. *International Journal of Molecular Sciences*, 24(1), 340.

Natarelli, N., Nong, Y., Maloh, J., & Sivamani, R. (2022). Hypochlorous Acid: Applications in Dermatology. *Journal of Integrative Dermatology*.

Naylor, W. (2002). Part 2: Symptom self-assessment in the management of fungating wounds. *World Wide Wounds*, 14.

Neloska, L., Damevska, K., Kuzmanova, A., Pavleska, L., Kostov, M., & Zovic, B. P. (2017). Dermatological diseases in palliative care patients: a prospective study of 271 patients. *JDDG: Journal Der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 15(6), 621–627. <https://doi.org/10.1111/ddg.13236>

Nosek, K., Leppert, W., Puchała, Ł., & Łoń, K. (2022). Efficacy and Safety of Topical Morphine: A Narrative Review. In *Pharmaceutics* (Vol. 14, Issue 7). <https://doi.org/10.3390/pharmaceutics14071499>

O'Neill, L., Nelson, Z., Ahmad, N., Fisher, A. H., Denton, A., Renzi Jr, M., Fraimow, H. S., & Stanisce, L. (2022). Malignant fungating wounds of the head and neck: management and antibiotic stewardship. *OTO Open*, 6(1), 2473974X211073306.

Ota, H., Ueki, Y., Yamazaki, K., Shodo, R., Takahashi, T., Yokoyama, Y., & Horii, A. (2023). Head and neck cancer fungating wounds: a novel odour transfer. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 13(e3), e833 LP-e835. <https://doi.org/10.1136/spcare-2022-003824>

Pala, E., Tasar, P. T., Soguksu, A. O., Karasahin, O., & Sevinc, C. (2022). Dermatological Diseases in Palliative Care Patients in a University Hospital: A Prospective Study. *Journal of Palliative Care*, 39(1), 75–81. <https://doi.org/10.1177/08258597221119063>

Papier, A., & Strowd, L. C. (2018). Atopic dermatitis: a review of topical nonsteroid therapy. *Drugs in Context*, 7.

Peng, L., & Dai, Y. (2020). Effect of metronidazole combined with autolytic debridement for the management of malignant wound malodor. *Journal of International Medical Research*, 48(4), 0300060519889746.

Peng, L., Zheng, H. Y., & Dai, Y. (2019). Local dermal application of a compound lidocaine cream in pain management of cancer wounds. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 52(11), e8567.

Probst, S., Grocott, P., Graham, T., & Gethin, G. (2015). Recommendations for the care of patients with malignant fungating wounds. *European Oncology Nursing Society (EONS)*.

Ribeiro, M. D. C., Joel, S. P., & Zeppetella, G. (2004). The bioavailability of morphine applied topically to cutaneous ulcers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 27(5), 434–439. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpainsympman.2003.09.011](https://doi.org/10.1016/j.jpainsympman.2003.09.011)

Roca-Biosca, A., Rubio-Rico, L., De molina-Fernández, M. I., Martínez-Castillo, J. F., Pancorbo-Hidalgo, P. L., & García-Fernández, F. P. (2021). Kennedy terminal ulcer and other skin wounds at the end of life: an integrative review. *Journal of Tissue Viability*, 30(2), 178–182.

Saurat, J. -H., Mengeaud, V., Georgescu, V., Coutanceau, C., Ezzedine, K., & Taïeb, C. (2017). A simple self-diagnosis tool to assess the prevalence of dermatoporosis in France. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 31(8), 1380–1386. <https://doi.org/10.1111/jdv.14240>

Schulz, V., Kozell, K., Biondo, P. D., Stiles, C., Tonkin, K., & Hagen, N. A. (2009). The malignant wound assessment tool: a validation study using a Delphi approach. *Palliative Medicine*, 23(3), 266–273.

Shao, K., Grant-Kels, J. M., & Stewart, C. (2023). Chapter 39 - The impact of cannabis and cannabinoids on the skin (C. R. Martin, V. B. Patel, & V. R. B. T.-C. U. Preedy Neurobiology, Psychology, and Treatment (eds.); pp. 525–539). Academic Press. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-0-323-89862-1.00006-4](https://doi.org/10.1016/B978-0-323-89862-1.00006-4)

Shao, K., Stewart, C., & Grant-Kels, J. M. (2021). Cannabis and the skin. *Clinics in Dermatology*, 39(5), 784–795.

Sibbald, R. G., & Ayello, E. A. (2020). Terminal Ulcers, SCALE, Skin Failure, and Unavoidable Pressure Injuries: Results of the 2019 Terminology Survey. *Advances in Skin & Wound Care*, 33(3).

Sibbald, R. G., Krasner, D. L., & Lutz, J. (2010). SCALE: Skin Changes at Life's End: Final Consensus Statement: October 1, 2009©. *Advances in Skin & Wound Care*, 23(5), 225–236.

Sinha, S., Sehgal, A., Ray, S., & Sehgal, R. (2023). Benefits of Manuka Honey in the Management of Infectious Diseases: Recent Advances and Prospects. *Mini-Reviews in Medicinal Chemistry*, 23(20), 1928–1941. <https://doi.org/10.2174/1389557523666230605120717>

Soares, R. de S., Cunha, D. A. de O. da, & Fuly, P. dos S. C. (2019). *Cuidados de enfermagem com feridas neoplásicas*.

Soares, R. de S., Oliveira, A. P. de, Cunha, D. A. de O. da, Guimarães, T. M., & Fuly, P. dos S. C. (2020). Perfil bacteriológico e variáveis da ferida neoplásica em pacientes em cuidados paliativos: estudo transversal. *Research, Society and Development*, 9(8), e370985460. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5460>

Souza, L., Teixeira, G., Silva, D., Ruiz, L., Coppola, I., & Meirelles, L. (2021). Prevalence of skin tears in hospitalized adults and older adults. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 55, e03683.

Souza, M., Souza, N., Melo, J., Xavier, M. A., Almeida, G., & Santos, I. (2018). Odor evaluation scales for odor in neoplastic wounds: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(5), 2552–2560. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0428>

Souza, N., Lima, M., Batista, R., Santos, A., Bushatsky, M., & Santos, I. R. V. (2019). Prescrição e uso de metronidazol para controle do odor em feridas neoplásicas. *Cogitare Enfermagem*, 24.

Stratigos, A. J., Garbe, C., Dessinioti, C., Lebbe, C., van Akkooi, A., Bataille, V., Bastholt, L., Dreno, B., Dummer, R., Farnoli, M. C., Forsea, A. M., Harwood, C. A., Hauschild, A., Hoeller, C., Kandolf-Sekulovic, L., Kaufmann, R., Kelleners-Smeets, N. W., Lallas, A., Leiter, U., ... Lorigan, P. (2023). European consensus-based interdisciplinary guideline for invasive cutaneous squamous cell carcinoma: Part 2. Treatment—Update 2023. *European Journal of Cancer*, 193, 113252. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2023.113252>

Teixeira, F. L. M. (2023). *Farmácia Paula Files, Chaves e Serviços Farmacêuticos do Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil (IPO), EPE*, Porto. Universidade do Porto.

Tilley, C. P., Fu, M. R., Qiu, J. M., Comfort, C., Crocilla, B. L., Li, Z., & Axelrod, D. (2021). The Microbiome and Metabolome of Malignant Fungating Wounds: A Systematic Review of the Literature From 1995 to 2020. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 48(2).

Tsichlakidou, A., Govina, O., Vasilopoulos, G., Kavga, A., Vastardi, M., & Kalemikerakis, I. (2019). Intervention for symptom management in patients with malignant fungating wounds - a systematic review. *Journal of B.U.ON.*, 24(3), 1301–1308.

UICC. (2024). *2023 Annual Report*.

Van Tiggelen, H., Kottner, J., Campbell, K., LeBlanc, K., Woo, K., Verhaeghe, S., Van Hecke, A., & Beeckman, D. (2020). Measurement properties of classifications for skin tears: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 110, 103694.

Van Tiggelen, H., LeBlanc, K., Campbell, K., Woo, K., Baranoski, S., Chang, Y. Y., Dunk, A. M., Gloeckner, M., Hevia, H., & Holloway, S. (2020). Standardizing the classification of skin tears: validity and reliability testing of the International Skin Tear Advisory Panel Classification System in 44 countries. *British Journal of Dermatology*, 183(1), 146–154.

Vicente, H. (2017). Úlceras Malignas. In A. Marques (Ed.), *Feridas, manual de boas práticas* (1<sup>a</sup> ed. Lid). Edições Técnicas.

Vicente, Helena, Nunes, E., Alves, P., Franco, D., Silva, C., & Carvalhal, S. (2023). EP312 TORONTO SYMPTOM ASSESSMENT SYSTEM FOR WOUNDS--VALIDATION FOR PORTUGUESE. *Journal of Wound Management*, 24(2).

Wiese, F., Kutsch, S., Doerfler, J., Mathies, V., Buentzel, J., Buentzel, J., & Huebner, J. (2023). Green tea and green tea extract in oncological treatment: A systematic review. *International Journal for Vitamin and Nutrition Research*, 93(1), 72–84. <https://doi.org/10.1024/0300-9831/a000698>

Winardi, A., & Irwan, A. M. (2019). Topical treatment for controlling malignant wound odour. *EWMA Journal*, 20(2).

Yamada, B. (2014). Limpeza e Desbridamento no Tratamento da Ulcera por Pressão. In L. Blanes & L. Ferreira (Eds.), *Prevenção e Tratamento de Ulcera por Pressão*. Ed. Atheneu.

Yoo, E. H., & Lee, J. H. (2023). Cannabinoids and Their Receptors in Skin Diseases. In *International Journal of Molecular Sciences* (Vol. 24, Issue 22). <https://doi.org/10.3390/ijms242216523>

Zouboulis, C. C., Ganceviciene, R., Liakou, A. I., Theodoridis, A., Elewa, R., & Makrantonaki, E. (2019). Aesthetic aspects of skin aging, prevention, and local treatment. *Clinics in Dermatology*, 37(4), 365–372. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2019.04.002>

## ANEXOS

### ANEXO I: FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO DE FERIDAS MALIGNAS

#### ***Malignant Wound Assessment Tool (MWAT)***

**Instruções de preenchimento:** O objetivo desta ferramenta é orientar a discussão entre o paciente e o profissional de saúde sobre as suas preocupações sobre a convivência com uma ferida maligna. Esta ferramenta não é uma avaliação abrangente dos sintomas; em vez disso, pretende ajudar o profissional a determinar as necessidades do doente. A ferramenta deve ser utilizada em conjunto com outras avaliações de desempenho (por exemplo, Escala de Desempenho Paliativo- *Palliative Performance Scale*) para desenvolver um plano de tratamento de feridas adequado. **Parte A – Informação demográfica:** esta secção deve ser preenchida pelo profissional. As informações podem ser obtidas através do processo clínico ou através do paciente. **Parte B – Avaliação dos sintomas:** A informação do relatório do doente é obtida através de entrevista. Registe a resposta do doente, e não a sua interpretação da resposta. A coluna de Avaliação Clínica deve ser preenchida pelo profissional. As caixas sem instruções podem ser utilizadas para registar observações relevantes. **Parte C – Avaliação da ferida:** salvo indicação contrária, esta secção deve ser preenchida pelo profissional de saúde..

Morada do paciente:

#### **A. Informação Demográfica**

A1. Data de hoje: \_\_\_\_\_

A2. Diagnóstico do cancro: \_\_\_\_\_

A3. Data de diagnóstico do cancro: \_\_\_\_\_

A4. Quando é que a ferida foi notada pela primeira vez? \_\_\_\_\_

A5. A ferida foi tratada com quimioterapia, radiação, cirurgia? Liste as datas. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A6. Tratamento recente de feridas (no último mês): \_\_\_\_\_

A7. Anexe uma cópia da lista de medicamentos, alergias e sensibilidades do doente.

## B-Avaliação de Sintomas

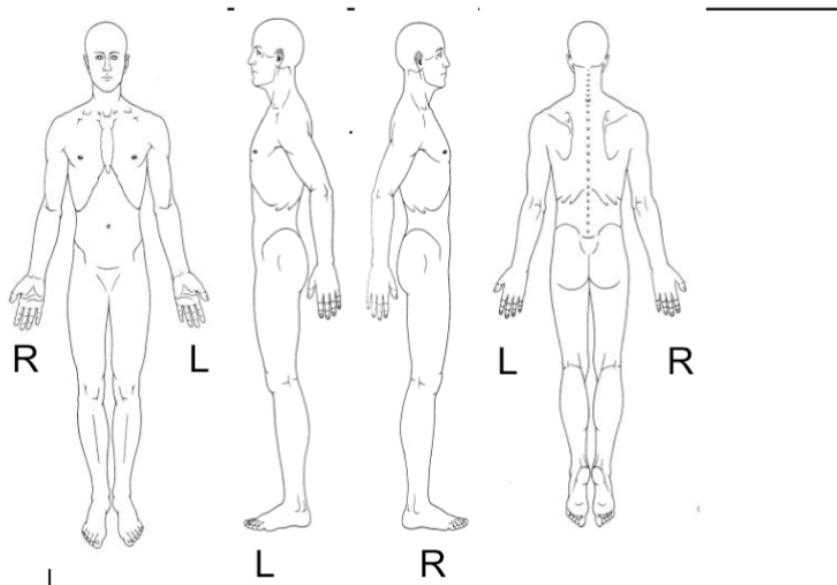
Sintomas	Descrição do paciente	Avaliação Clínica
<b>B1. Dor</b>	<p>Numa escala de 0 a 10, sendo 0 “sem dor” e 10 “a dor máxima que possa imaginar”, como classificaria a sua dor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) na ferida, na pior das hipóteses, nas últimas 24 horas?</li> <li>b) em redor da ferida, na pior das hipóteses, nas últimas 24 horas?</li> <li>c) durante as trocas de pensos, no seu pior momento?</li> <li>d) entre as trocas de pensos, na pior das hipóteses?</li> <li>e) outro</li> </ul> <p>Existe alguma coisa que ajude a aliviar a dor?</p> <p>Existe alguma coisa que piore a dor?</p>	
<b>B2. Odor</b>	Nota algum odor na ferida? (Descrever.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Odor forte evidente ao entrar na sala (2 a 3 metros de distância do paciente); o penso está intacto.</li> <li>• Odor moderado evidente ao entrar na sala (2 a 3 metros) e o penso é removido.</li> <li>• Ligeiro odor evidente nas proximidades quando o penso é removido.</li> <li>• Sem odor evidente mesmo quando se está ao lado da cama do paciente com o penso removido.</li> </ul>
<b>B3. Exsudato</b>	<p>Tem alguma drenagem da ferida?</p> <p>Os pensos evitam fugas?</p> <p>Número de trocas de pensos por dia: _____</p> <p>Comentar:</p>	<p>Quantidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• seco</li> <li>• mínimo</li> <li>• moderado</li> <li>• abundante</li> </ul> <p>Características (assinalar todas as que se aplicam):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• seroso</li> <li>• serosanguinolento</li> <li>• purulento</li> <li>• não aplicável (sem exudado)</li> <li>• outro (especifique): _____</li> </ul>
<b>B4. Hemorragia</b>	<p>Tem algum sangramento na ferida?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• não</li> <li>• ocasional</li> <li>• constante</li> </ul> <p>Quando é que a ferida sangra? (assinalar todas as opções aplicáveis)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• troca do penso</li> <li>• espontâneo</li> <li>• outro</li> </ul> <p>Comentar:</p>	<p>Quantidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mínima</li> <li>• moderada</li> <li>• abundante</li> </ul> <p>Commentar:</p>

<b>B5. Edema</b>	<p>Tem algum inchaço na zona da ferida? (Comentar)</p> <p>Tem algum inchaço em outro lugar? (Comentar.)</p>	<p>Local (assinalar todas as opções aplicáveis):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• na ferida</li> <li>• à volta da ferida</li> <li>• cabeça</li> <li>• pescoço</li> <li>• braço (especifique E, D, ou ambos): _____</li> <li>• perna (especifique E, D, ou ambos): _____</li> <li>• outro (especifique): _____</li> </ul> <p>Existe linfedema? (Comentar.)</p>
<b>B6. Outros sintomas</b>	Tem algum outro sintoma?	
<b>B7. Função</b>	A ferida afeta os seus movimentos físicos na vida diária? (Comentar.)	O paciente tem dificuldade em movimentar-se por causa da ferida?
<b>B8. Social</b>	A ferida afeta a sua participação em atividades sociais? (Comentar.)	
<b>B9. Suporte</b>	Descreva o apoio que recebe dos serviços de saúde, familiares e amigos.	
<b>B10. Emocional</b>	Como é que a ferida o faz sentir? (Comentar.)	
<b>B11. Preocupação geral do paciente</b>	O que mais o incomoda em viver com a ferida?	

E- esquerdo; D-direito

### C. Avaliação da Ferida

C1. Localização da ferida: (sombreiar toda a zona onde se encontra a ferida)



C3. Leito da ferida: % vermelho \_\_\_\_\_ % rosa \_\_\_\_\_ % amarelo \_\_\_\_\_ % cinzento\_\_\_\_\_ % preto\_\_\_\_\_ % outro (especificar)\_\_\_\_\_

C4. Medidas: Área de superfície\*: C \_\_\_\_\_ x L \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ cm<sup>2</sup> Profundidade  
(aspeto mais profundo) cm Altura (aspeto mais elevado) \_\_\_\_\_ cm

\* Calculado comprimento (C) x largura (L), em que C é a medida mais longa da ferida e L é a medida mais larga perpendicular a C.

#### C5. Alterações nas dimensões da ferida

- maior desde o ultimo registo  menor desde o ultimo registo  sem alterações desde o ultimo registo  esta é a primeira medição registada

C6. Segundo o doente, no último mês a ferida ficou:  maior  menor  igual

C7. Condicão peri-ferida (assinale todas as opções aplicáveis):

- intacta  vermelha       seca  húmida  tumefacta  ulcerada  outra  
(especifique): \_\_\_\_\_

## C8. Classificação da ferida

Por favor classifique a ferida. (assinale todas as opções aplicáveis) Descreva a ferida:	<input type="checkbox"/> Fungóide (crescimento ulcerativo e proliferativo) <input type="checkbox"/> Ulcerada: ferida a criar um leito ulcerado <input type="checkbox"/> Fístula <input type="checkbox"/> Lesões zosteriformes (tumores pequenos e isolados, agrupamento de pequenas vesículas claras) <input type="checkbox"/> Disseminação subcutânea (ferida plana e extensa, pode não ter áreas abertas); se sim, que tipo de disseminação subcutânea está presente? _____ _____Carcinoma erisipelóide (eritema, aparecimento de celulite) _____Carcinoma em couraça (pele seca, plana e endurecida) _____Alterações da pele tipo elefantíase (pele espessa e endurecida) _____Alterações da pele tipo esclerosa (aspeto de rigidez da esclerodermia) <input type="checkbox"/> Outros: _____
---	---

**Resumo da Avaliação:**

**Questões (Lista de problemas):** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Plano de gestão:** \_\_\_\_\_

## **ANEXO II: ESCALA DE TORONTO**

Escala de Toronto para Avaliação de Sintomas em Feridas (TSAS-W-PT)

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Género:  M  F

Número de identificação da ferida: Número de avaliação da ferida:

## **Localização da ferida**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Face/Cabeça/pescoço  | 5. <input type="checkbox"/> Membro Superior | 9. <input type="checkbox"/> Períneo/Região genital    |
| 2. <input type="checkbox"/> Tórax anterior/Mama  | 6. <input type="checkbox"/> Membro Inferior | 10. <input type="checkbox"/> Região sagrada           |
| 3. <input type="checkbox"/> Abdômen/Flanco       | 7. <input type="checkbox"/> Região pélvica  | 11. <input type="checkbox"/> Pé (excluindo calcanhar) |
| 4. <input type="checkbox"/> Região lombar/dorsal | 8. <input type="checkbox"/> anca            | 12. <input type="checkbox"/> Calcanhar                |

**Lado:** 1.  Esquerdo 2.  Direito 3.  Centro 4. Descreva a localização se necessário

### **Classificação da ferida segundo a etiologia:**

- |  |   |                                     |
|--|---|-------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> Maligna                | 5. <input type="checkbox"/> Úlcera Venosa           | 9. <input type="checkbox"/> Ostomia |
| 2. <input type="checkbox"/> Úlcera por Pressão     | 6. <input type="checkbox"/> Úlcera Arterial         | 10. <input type="checkbox"/> Outra  |
| 3. <input type="checkbox"/> Ferida traumática      | 7. <input type="checkbox"/> Iatrogénica             |                                     |
| 4. <input type="checkbox"/> Úlcera do pé diabético | 8. <input type="checkbox"/> Infeciosa/ Inflamatória |                                     |

Grau/Categoría: \_\_\_\_\_ Tamanho/Área: \_\_\_\_\_ Não Mensurável

<b>Assinale com um círculo, o número que melhor descreve os sintomas relacionados com a sua ferida nas últimas 24 h.</b>		
Sem dor na execução de pensos e/ou no desbridamento		Dor intensa na execução de pensos e/ou no desbridamento
Sem dor entre a mudança de pensos e/ou no desbridamento		Dor intensa entre a mudança de pensos e/ou no desbridamento
Sem drenagem ou exsudato		Drenagem ou exsudato intenso e ou continuo
Sem odor		Odor intenso
Sem prurido		Prurido intenso
Sem Hemorragia		Hemorragia intensa ou continua
Sem preocupações estéticas		Preocupações estéticas intensas
Sem edema e/ou tumefação em redor da ferida		Edema e/ou tumefação intensos em redor da ferida
Sem volume ou efeito massa causados pela ferida		Volume ou efeito massa intensos causados pela ferida
Sem volume ou efeito massa causados pelo penso		Volume ou efeito massa intensos causados pelo penso

Preenchido pelo: Doente  Doente apoiado pelo cuidador  Cuidador

## SOBRE A AUTORA

**MARIA LURDES MARTINS** - Licenciada em enfermagem pela Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro desde 2003. Com atuação na área dos cuidados paliativos desde 2008, no serviço de Medicina Paliativa da Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro. Mestre em Cuidados Paliativos e em Gestão dos Serviços de Saúde e doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica do Porto. Exerce atividade como enfermeira especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica à Pessoa em Situação Paliativa, docente convidada na Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e investigadora na área dos cuidados paliativos no Centro Académico Clínico de Trás-os-Montes e Alto Douro, professor doutor Nuno Grande.

# **LESÕES DA PELE EM CUIDADOS PALIATIVOS**



**PROCEDIMENTOS E  
MODELOS DE ATUAÇÃO**

- 🌐 [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)
- ✉️ [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)
- 📷 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
- ⬇️ [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)

# LESÕES DA PELE EM CUIDADOS PALIATIVOS



**PROCEDIMENTOS E  
MODELOS DE ATUAÇÃO**

- 🌐 [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)
- ✉️ [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)
- 📷 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
- ⬇️ [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)