

GUIA DIDÁTICO

Produto Educacional



# GUIA PRÁTICO para Avaliação de Lesões e Alterações de Pele em Cuidados Paliativos



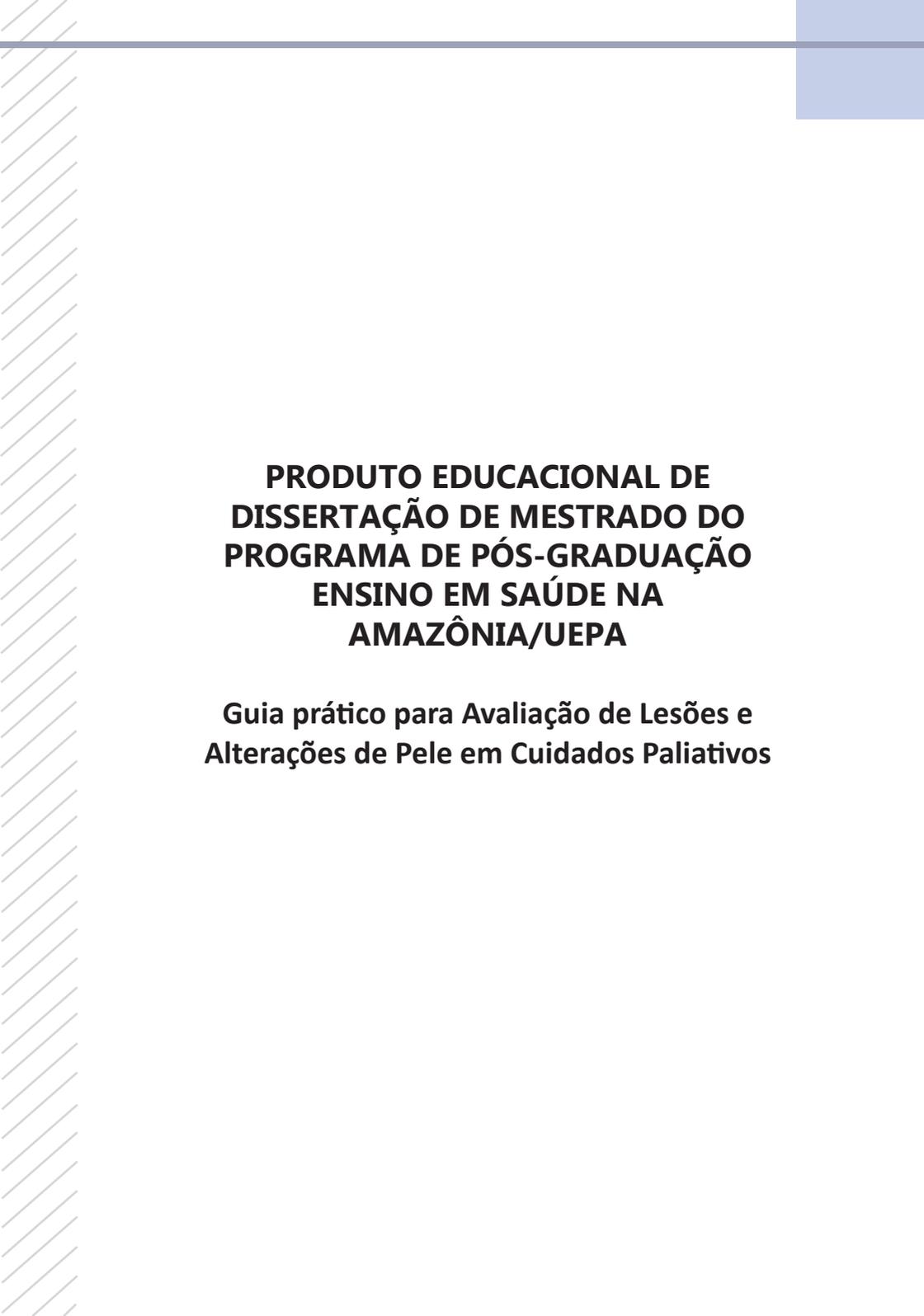
Maria Margarida Costa de Carvalho  
Érika de Cássia Lima Xavier  
Winnie Taíse Pena Macêdo  
Rayanne Bandeira Carneiro  
Ivonete Vieira Pereira Peixoto

---

ORGANIZADORAS |







**PRODUTO EDUCACIONAL DE  
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
ENSINO EM SAÚDE NA  
AMAZÔNIA/UEPA**

**Guia prático para Avaliação de Lesões e  
Alterações de Pele em Cuidados Paliativos**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

---

Guia prático para avaliação de lesões e alterações  
de pele em cuidados paliativos / organização  
Maria Margarida Costa de Carvalho ... [et al.].  
--3. ed. -- Belém, PA : Maria Margarida Costa  
de Carvalho, 2021.

Outros organizadores: Érika de Cássia Lima  
Xavier, Winnie Taíse Pena Macêdo, Rayanne Bandeira  
Carneiro, Ivonete Vieira Pereira Peixoto.

Bibliografia  
ISBN 978-65-00-20805-4

1. Cuidados paliativos 2. Enfermagem 3. Lesões  
corporais 4. Pele - Cuidado e higiene 5. Pele -  
Doenças I. Xavier, Érika de Cássia Lima. II. Macêdo,  
Winnie Taíse Pena. III. Carneiro, Rayanne Bandeira.  
IV. Peixoto, Ivonete Vieira Pereira.

---

21-62449

CDD-362.1756

---

**Índices para catálogo sistemático:**

1. Cuidados paliativos : Doentes em fase terminal :  
Assistência médica 362.1756  
Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

## **AUTORES:**

**MARIA MARGARIDA COSTA DE CARVALHO** - Enfermeira graduada pela Universidade do Estado do Pará(UEPA) e especialista em Enfermagem Oncológica pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA). Atualmente é Gerente da Clínica de Cuidados Paliativos na Empresa Pública Hospital Ophir Loyola (HOL) e Mestre do Programa de Pós-graduação Ensino em Saúde na Amazônia (ESA) da UEPA.

**ÉRIKA DE CÁSSIA LIMA XAVIER** - Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Pará - UFPA, especialista em Enfermagem Oncológica pelo ICS-UFPA, especialista em Oncologia com ênfase nos Cuidados Paliativos modalidade Residência pelo HOL-UEPA, Mestre em Enfermagem UEPA/ UFAM.

**WINNIE TAÍSE PENA MACÊDO** - Enfermeira graduada pela UFPA. Especialista em Oncologia com ênfase em Cuidados Paliativos na modalidade residência HOL-UEPA.Mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem pela UFPA, na linha de pesquisa Políticas de Saúde no Cuidado de Enfermagem Amazônico. Enfermeira assistencial na equipe de Cuidados Paliativos Hospital Riomar/Hapvida/Belém.

**RAYANNE BANDEIRA CARNEIRO** - Enfermeira graduada pela UFPA. Especialista em Oncologia com ênfase em Cuidados Paliativos na modalidade residência HOL-UEPA. Enfermeira Fellow em Cuidados Paliativos pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA).

**IVONETE VIEIRA PEREIRA PEIXOTO** - Enfermeira graduada pela UEPA e Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Atualmente é professora Adjunto da Universidade do Estado do Pará, com atuação na gestão como Chefe de Departamento de Enfermagem Comunitária da UEPA e compõe o quadro docente dos Programas de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem e Mestrado Ensino em Saúde na Amazônia da UEPA.



**Universidade do Estado do Pará**

Reitor	Rubens Cardoso da Silva
Vice-Reitor	Clay Anderson Nunes Chagas
Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação	Renato da Costa Teixeira
Pró-Reitora de Graduação	Ana da Conceição Oliveira
Pró-Reitora de Extensão	Alba Lúcia Ribeiro Raithy Pereira
Pró-Reitor de Gestão e Planejamento	Carlos José Capela Bispo

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	09
CUIDADOS PALIATIVOS .....	10
FASE FINAL DE VIDA .....	10
DEGRADAÇÃO DA PELE .....	10
AVALIAÇÃO FUNCIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS .....	11
LESÃO POR PRESSÃO .....	12
LESÕES TUMORAIS OU FERIDAS ONCOLÓGICAS .....	15
ÚLCERA TERMINAL DE KENNEDY (UTK) E SKIN CHANGES AT LIFE 'SEND (SCALE).....	18
AVALIAÇÃO DAS LESÕES DE PELE EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	20
RESULTADOS DA PESQUISA.....	23
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
REFERÊNCIAS.....	25



## APRESENTAÇÃO

Aos Enfermeiros, Residentes de enfermagem, acadêmicos de enfermagem e leitores em geral.

Convido-os a conhecer o Guia Prático para Avaliação de Lesões e Alterações de Pele em Cuidados Paliativos, elaborado como produto da dissertação do Programa de Pós-graduação Mestrado em Ensino em Saúde na Amazônia (PPG-ESA), da Universidade do Estado do Pará (UEPA).

Este guia foi pensado como forma de um instrumento para ampliar o olhar do cuidado voltado ao paciente em cuidados paliativos, no que se refere as lesões de pele que podem vir a ocorrer nos mesmos, servindo de suporte inicial para as infinitas estratégias pensadas por estes profissionais.

Ademais, foi elaborado a partir das informações coletadas na pesquisa de campo e na revisão de literatura, feitas para impactar na melhoria do ensino em saúde.

Boa leitura!

## **CUIDADOS PALIATIVOS**

É uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e familiares, utilizando-se de controle da dor e de sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais frente às doenças que ameaçam a continuidade da vida (RIBEIRO; POLES, 2019).

### **FASE FINAL DE VIDA**

É o período em que a pessoa tem uma expectativa de vida entre semanas, três ou até seis meses de vida a partir do prognóstico médico. Período que compreende a situação em que o prognóstico médico é de que a doença se encontra sem possibilidade de cura (MACIEL, 2012).

A delimitação do prognóstico é importante para oportunizar o planejamento de vida e assistencial de pacientes, familiares e equipes de saúde frente às alterações biológicas, emocionais, sociais e psicológicas que deverão impactar na qualidade de vida, pois inevitavelmente se iniciará uma redução progressiva da capacidade de realizar as atividades básicas da vida diária (MACIEL, 2012).

### **DEGRADAÇÃO DA PELE**

Com a fase final de vida inicia-se um processo chamado falência de pele (SkinFailure), o qual ocorre especialmente nas últimas horas de vida, em que a pele sofre alterações relacionadas à diminuição da perfusão e hipóxia localizada que podem ocorrer no nível tecidual, celular ou molecular. Desta forma, o corpo tende a privilegiar a perfusão de órgãos vitais,

como cérebro, coração e rins, resultando em disponibilidade reduzida de oxigênio e a capacidade de utilizar nutrientes vitais e outros fatores necessários para manter a função de proteção deste órgão, provocando, até mesmo, sua ruptura (CAMARAO, 2012).

## **AVALIAÇÃO FUNCIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Fundamental para a vigilância da curva evolutiva da doença e elemento valioso na tomada de decisões, previsão de prognóstico e diagnóstico da terminalidade. O “Palliative Performance Scale” – PPS foi desenvolvido em 1996, pelo Victoria Hospice, no Canadá e adaptado aos Cuidados Paliativos. A escala possui 11 níveis de “performance”, da 0 a 100, divididos em intervalos de 10, devendo ser utilizada todos os dias para pacientes internados, em todas as consultas ambulatoriais e visitas domiciliares.

## PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE (PPS)

%	DEAMBULAÇÃO	ATIVIDADE E EVIDÊNCIA DE DOENÇA	AUTOCUIDADO	INGESTA	VEL DE CONSCIÊNCIA
100	COMPLETA	ATIVIDADE NORMAL E TRABALHO, SEM EVIDÊNCIA DE DOENÇA	COMPLETO	NORMAL	COMPLETO
90	COMPLETA	ATIVIDADE NORMAL E TRABALHO, ALGUMA EVIDÊNCIA DE DOENÇA	COMPLETO	NORMAL	COMPLETO
80	COMPLETA	ATIVIDADE NORMAL COM ESFORÇO, ALGUMA EVIDÊNCIA DE DOENÇA	COMPLETO	NORMAL OU REDUZIDA	COMPLETO
70	REDUZIDA	INCAPAZ PARA O TRABALHO, DOENÇA SIGNIFICATIVA	COMPLETO	NORMAL OU REDUZIDA	COMPLETO
60	REDUZIDA	INCAPAZ PARA ROBBIES/ TRABALHO DOMÉSTICO, DOENÇA SIGNIFICATIVA	ASSISTÊNCIA OCASIONAL	NORMAL OU REDUZIDA	COMPLETO OU PERÍODOS DE CONFUSÃO
50	MAIOR PARTE DO TEMPO SENTADO OU DEITADO	INCAPAZ PARA QUALQUER TRABALHO, DOENÇA EXTENSA	ASSITÊNCIA CONSIDERÁVEL	NORMAL OU REDUZIDA	COMPLETO OU PERÍODOS DE CONFUSÃO
40	MAIOR PARTE DO TEMPO ACAMADO	INCAPAZ PARA A MAIORIA DAS ATIVIDADES, DOENÇA EXTENSA	ASSISTENCIA QUASE COMPLETA	NORMAL OU REDUZIDA	COMPLETO OU SONOLÊNCIA, +/- CONFUSÃO
30	TOTALMENTE ACAMADO	INCAPAZ PARA QUALQUER ATIVIDADE, DOENÇA EXTENSA	DEPENDÊNCIA COMPLETA	NORMAL OU REDUZIDA	COMPLETO OU SONOLÊNCIA, +/- CONFUSÃO
20	TOTALMENTE ACAMADO	INCAPAZ PARA QUALQUER ATIVIDADE, DOENÇA EXTENSA	DEPENDENCIA COMPLETA	MÍNIMOS A PEQUENOS GOLES	COMPLETO OU SONOLÊNCIA, +/- CONFUSÃO
10	TOTALMENTE ACAMADO	INCAPAZ PARA QUALQUER ATIVIDADE, DOENÇA EXTENSA	DEPENDENCIA COMPLETA	CUIDADOS COM A BOCA	SONOLÊNCIA OU COMO +/- CONFUSÃO
0	MORTE	---	---	---	---

*Fonte: Victoria Hospice Society. J Pall care, v. 9, n. 4, p. 26- 32. 2008. Tradução livre de Maria Goreti Maciel / Ricardo Tavares de Carvalho*

## LESÃO POR PRESSÃO

A *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (2016), conceitua lesão por pressão como um dano localizado na pele e nos tecidos moles subjacentes, comumente sobre uma proeminência óssea ou relacionado a um dispositivo médico ou outro dispositivo. Resultado de pressão ou pressão intensa e/ou prolongada em combinação com cisalhamento. A lesão pode se apresentar como pele intacta ou úlcera aberta e pode ser dolorosa, sendo classificada da seguinte forma:

## Lesão por Pressão Estágio 1:

Se apresenta como um Eritema não branqueável.

*Imagens: Arquivo Pessaol - Autorizadas*



## Lesão por Pressão Estágio 2:



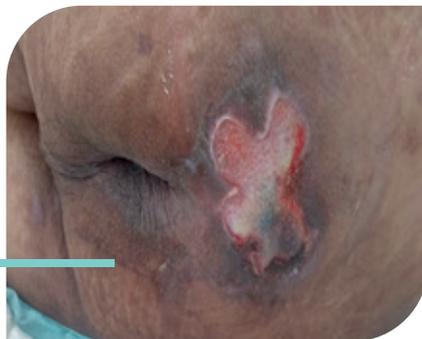
Ocorre perda parcial da espessura da pele, deixando a derme exposta. O leito da ferida é visível, rosa ou vermelho, úmido e pode também apresentar-se como uma bolha cheia de soro, intacta ou rompida.

*Imagens: Arquivo Pessaol - Autorizadas*

## Lesão por pressão Estágio 3:

Ocorre perda de espessura total da pele, na qual o tecido adiposo (gordura) é visível na ferida. Tecido de granulação e o epíbolo (bordas enroladas) estão frequentemente presentes.

A profundidade do dano tecidual varia por localização anatômica; áreas de adiposidade significativa podem desenvolver feridas profundas.



*Imagens: Arquivo Pessaol - Autorizadas*

### **Lesão por Pressão Estágio 4:**

Há perda total da pele e dos tecidos como fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso expostos ou diretamente palpáveis na úlcera.



*Imagens: Arquivo Pessaol - Autorizadas*

### **Lesão por Pressão não Classificável:**



Perda de pele e tecido de espessura total na qual a extensão do dano tecidual dentro da úlcera não pode ser confirmada porque é obscurecida por esfacelo ou escara. Se o esfacelo ou escara afores removidos, uma lesão por pressão no Estágio 3 ou Estágio 4 será revelada.

*Imagens: Arquivo Pessaol - Autorizadas*

### **Lesão por Pressão Tissular Profunda:**

Descoloração vermelho escura, marrom, ou púrpura, persistente e que não embranquece. Pele intacta ou não intacta com área localizada de coloração vermelha, marrom-avermelhada, persistente, não-branqueada, vermelho-escuro ou separação epidérmica, revelando leito de ferida escuro ou bolha cheia de sangue.



*Imagens: Arquivo Pessaol - Autorizadas*

**Lesão por pressão relacionada a dispositivo médico:** Resultam do uso de dispositivos projetados e aplicados para fins diagnósticos ou terapêuticos. A lesão resultante da pressão geralmente está de acordo com o padrão ou a forma do dispositivo. A lesão deve ser classificada usando o sistema de estadiamento de lesão por pressão.

**Lesão por Pressão em Membranas Mucosas:** É encontrada nas membranas mucosas com uma história de um dispositivo médico em uso no local da lesão. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser estadiadas.

## **LESÕES TUMORAIS OU FERIDAS ONCOLÓGICAS**

As lesões oncológicas são definidas pela quebra da integridade, devido a infiltração de células malignas do tumor na estrutura da pele, resultado da proliferação celular desordenada e induzida pelo processo de oncogênese, culminando na formação de uma ferida evolutivamente exofítica (MATSUBARA; OKANE, 2016).

**Elas se classificam segundo a forma em:**

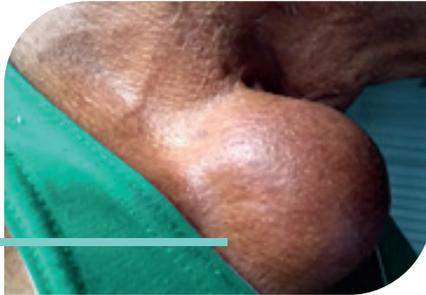
**Feridas ulcerativas malignas:** são feridas que formam crateras rasas de aspecto ulcerado;

**Feridas fungosas malignas:** semelhantes à couve-flor de aspecto vegetativo;

**Feridas fungosas malignas ulceradas:** é a união dos dois aspectos anteriores, com partes vegetantes e partes ulceradas.

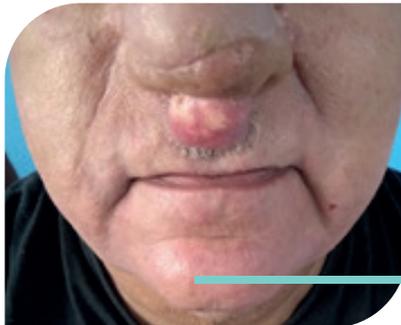
## Estadiamento das Feridas Tumorais:

**Estádio 1:** Assintomática, pele íntegra de coloração avermelhada e/ou violácea, se apresentaria com um nódulo visível e bem delimitado;



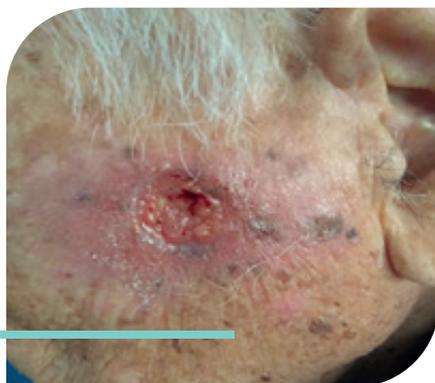
*Imagens: Arquivo Pessaol - Autorizadas*

**Estádio 1N:** Podendo ter dor e prurido, sem odor. Pele íntegra ou com pequeno orifício superficial com drenagem de secreção límpida, amarelada ou de aspecto purulento. Tecido de cor também avermelhada ou violácea com lesão seca ou úmida. Não há formação de tuneis ou crateras;



*Imagens: Arquivo Pessaol - Autorizadas*

**Estádio 2:** Ferida aberta com tecido inflamatório, podendo haver dor e odor, que envolve derme e epiderme, formação de ulcerações superficiais que podem ser friáveis, sensíveis ao manuseio, com pouco exsudato ou secas. Tecido de coloração avermelhadas e/ou violáceas. Sem formação de tuneis porque não ultrapassam o tecido subcutâneo;



*Imagens: Arquivo Pessaol - Autorizadas*

**Estádio 3:** Há presença de dor, odor e exsudato fétido, tem aspecto vegetativo. Feridas que envolvem derme, epiderme e subcutâneo, de profundidade regular, porem com bordas salientes e irregulares, presença de feridas satélites em risco de rupturas. Tecido friável com o leito de coloração predominantemente amarelada;



*Imagens: Arquivo Pessaol - Autorizadas*

**Estádio 4:** Presença de dor, odor e exsudato abundante, invade profundas estruturas anatômicas, não conseguindo visualizar seus limites. O leito de coloração amarelada com tecido ao redor violáceo.



*Imagens: Arquivo Pessaol - Autorizadas*

Os sinais e sintomas que acompanham o desenvolvimento da lesão tumoral tem implicações negativas para a autoestima dos pacientes e são eles: dor, odor, sangramento, exsudato, fistulas, infecções e raramente, prurido ((MATSUBARA; OKANE, 2016).

## **ÚLCERA TERMINAL DE KENNEDY (UTK) E SKIN CHANGES AT LIFE´SEND (SCALE)**

As pessoas que chegam ao fim da vida podem experimentar um fenômeno chamado úlcera terminal de Kennedy (UTK). A perda da integridade da pele ocorrida nos últimos dias e/ou horas que antecedem a morte, foi notificada a primeira vez por Karen Kennedy, em 1983, na área sacral, numa unidade de cuidados intermediários do Byron Health Center, Estados Unidos. A úlcera se desenvolveu apesar das medidas preventivas instituídas (CARVALHO; AMARAL, 2013).

Cuidadores e familiares são surpreendidos com o aparecimento e piora súbita da úlcera e observou que esse tipo de lesão anuncia quando a morte está mais próxima de ocorrer. As UTK`s podem ocorrer em qualquer proeminência óssea, porém surgem com maior frequência nas regiões sacro-

coccígea, calcâneos e maléolos. São lesões de início e piora súbita, geralmente se apresentam com coloração vermelha, amarela ou preta. A pele pode estar íntegra ou ulcerada ou até em forma de bolhas. Seu formato pode ser de Pera, Borboleta, ferradura e irregular (CARVALHO; AMARAL, 2013).



*Imagens: Arquivo Pessaol - Autorizadas*

Na cidade de Chicago, em 2009, especialistas se reuniram e elaboraram o consenso sobre as SkinChanges At Life'sEnd – SCALE (modificações de pele no final da vida). A UTK ocorre como um processo dessas modificações e, assim, estão inseridas na SCALE (SANTOS, 2009).

## AVALIAÇÃO DAS LESÕES DE PELE EM CUIDADOS PALIATIVOS

Baseado no Consenso Scale (Skin Changes At Life`s End).

- 1) Avaliação subjetiva da pele e da ferida (se houver): levar em consideração a história de vida do paciente, patologia atual, estágio da doença, avaliação da funcionalidade (PPS);
- 2) Observação objetiva da pele e das feridas: realizar inspeção completa da pele (hidratação, textura, coloração, turgor...). Pontuando os tipos de lesões encontradas e suas características (forma, aspecto, localização e sintomas);
- 3) Avaliação e documentação das etiologias das lesões: atentar para os casos urgentes que estejam causando intenso sofrimento, como as lesões hemorrágicas, dolorosas, extremamente exsudativas e de odores nauseantes;
- 4) Identificar Lesão por Pressão (LPP) de início e/ou piora rápida, pois essas podem ser na verdade uma Úlcera Terminal de Kennedy (UTK), não esquecendo das SCALE;



Imagens: Arquivo Pessaol - Autorizadas

**5) Planejar os cuidados utilizando os 5P`s: PREVENÇÃO, PRESCRIÇÃO, PRESERVAÇÃO, PALIAÇÃO e PREFE-RÊNCIA.** As estratégias podem ser usadas separadamente ou agrupadas, dependendo de cada caso, ou seja, pode-se utilizar uma, duas ou mais delas, desde que sejam discutidas e informadas à equipe e aos cuidadores;

**a) Prevenção:** Os esforços devem estar voltados para prevenir lesões decorrentes do aumento de pressão, umidade, fricção, cisalhamento, falta de mobilização e nutrição de baixa qualidade. Iniciando o mais precocemente possível e utilizando materiais e técnicas como: hidratantes, óleos a base de AGE, filmes transparentes de poliuretano, Espumas de Poliuretano, silicone, placas de hidrocolóides, colchões que diminuem a pressão e melhoram a circulação, além de mudança de decúbito;

**b) Prescrição:** Intervenções voltadas às lesões cutâneas, incluindo curativos e coberturas, assim como medicações. São medidas que visam a melhora do odor, exsudato, diminuição de número de trocas dos curativos e até mesmo a estética. Tais condutas são importantes para a relação do paciente com seus cuidadores e com ele mesmo que afetam diretamente a autoimagem e a qualidade de vida;

**c) Preservação:** Para situações onde a cicatrização não é mais cogitada e que manter a ferida como está trará mais benefício, amenizando o sofrimento do paciente. Ex: Situa-

ções em que a posição para os curativos seja intensamente dolorosa ao paciente, ou o mesmo recusa-se a realizar as trocas de curativo;

**d) Palição:** Esta intervenção deverá ser usada nos casos em que a cicatrização não é mais possível. Deve-se focar nos sintomas que estejam causando mais sofrimento e então tentar estabilizá-los. Ex: Se a necrose for a causa do odor, há de se pesar entre um desbridamento cirúrgico higiênico ou a limpeza manual diária e solução de Metronidazol;

**e) Preferência:** Para todas as situações deve-se valorizar sempre as preferências do paciente, da sua família e das pessoas que o amam e que o acompanham e sofrem junto com ele, respeitando e colaborando com as suas decisões.

## RESULTADOS DA PESQUISA

Na pesquisa realizada no hospital de referência em oncologia no Estado de Pará, no período de maio a novembro do ano de 2019, foi possível analisar 99 pacientes oncológicos portadores de 72 Lesões Tumorais, 39 LPP e 06 UTK. Com relação ao perfil demográfico, as mulheres atingiram uma pequena maioria, de faixa etária  $\geq 60$  anos, de baixa escolaridade, com diagnóstico de câncer de pele não melanoma, seguido do câncer de mama e pênis. As lesões ocorreram em maior frequência na região sacra.

Em geral, as três lesões se apresentaram a maioria com exsudato e com presença de odor em 35% dos casos. A grande maioria dos participantes apresentou lesão tumoral em estadiamento inicial, ou seja 1, 1N e 2.

Nos pacientes que desenvolveram LPP e UTK houve um resultado de óbitos bem parecido, mesmo que as LPP tenham ocorrido em estadiamento inicial, porém estes participantes apresentavam um PPS baixo e também parecidos,  $\leq 30\%$ , o que provavelmente contribuiu para a mediana de tempo de vida em torno de 12 e 9 dias, respectivamente.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não só a equipe de enfermagem, mas também todo profissional da área da saúde precisa entrar em contato com o universo dos cuidados paliativos. Desta forma, será mais fácil reconhecer o processo de finitude da vida e a influência deste fenômeno para a integridade da pele, fazendo com que esta desenvolva feridas e/ou mudanças que anunciem a proximidade da morte.

A responsabilidade maior de reconhecer estas lesões é da enfermagem, pois além de serem os profissionais que entram em contato diário e íntimo com este paciente, são aqueles que cuidam, manejam e “curam as feridas”. Porém, a formação acadêmica destes profissionais ainda é focada no cuidado para a promoção, recuperação e preservação da vida, não sendo preparado técnico e psicologicamente para paliar pacientes e acolher seus familiares.

Este guia pretende despertar na comunidade acadêmica e na enfermagem, um pensamento crítico-reflexivo sobre a sua práxis no cuidar do paciente em cuidados paliativos que apresenta ou desenvolve lesões de pele no decorrer de uma doença avançada. Além disso, ressalta a importância do desenvolvimento de mais estudos que envolvam esta temática, para que reflita diretamente na melhoria da qualidade de assistência prestada a todos os que passarem por sofrimentos decorrentes de uma doença ameaçadora da continuidade da vida.

## REFERÊNCIAS

CAMARAO, R.R. Cuidados com feridas e curativos. CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2.ed. São Paulo: s. n., 2012.p.306 -18.

CARVALHO, E.S.S.; AMARAL, J.B. Perda da integridade cutânea nos processos de finitude: medidas de prevenção, proteção e controle de danos. SILVA, R.S; AMARAL, J.B.; MALAGUTTI, W. **Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte.** São Paulo (SP): Martinari. p.165-94. 2013.

MACIEL, M.G.S.M. Avaliação do paciente em Cuidados Paliativos. CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2.ed. São Paulo: s. n., 2012. p. 31-41.

NPUAP. NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. 2016.Disponível em: < <https://www.npuap.org/>>. Acesso em: 24 fev. 2019.

SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia. SCALE – Modificações da Pele no Final da Vida. **Rev. Estima**, v. 7, n. 3, 2009.

RIBEIRO, Júlia Rezende; POLES, Kátia. **Cuidados Paliativos: Prática dos Médicos da Estratégia Saúde da Família. Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 43, n. 3, p. 62-72, jul./set. 2019.

SIBBALD, R. Gary; KRASNER, Diane L.; LUTZ, James. SCALE: skinchangesatlife'sEndfinal consensus statement: October 1, 2009©. **Advances in skin&woundcare**, v. 23, n. 5, p. 225-236, 2010.







ISBN: 978-65-00-20805-4

**CDL**



9 786500 208054

