

## Avaliação e cuidados com a pele no final da vida

Franciele Roberta *Cordeiro*,<sup>1</sup> Fernanda Sant'Ana *Tristão*,<sup>1</sup> Juliana Graciela Vestena *Zillmer*,<sup>1</sup> Maria Angélica Silveira *Padilha*,<sup>2</sup> Ana Cristina Fraga *da Fonseca*,<sup>2</sup> Vanessa Pellegrini *Fernandes*<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pelotas (UFPel) (Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil). <sup>2</sup>Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas/ Ebserh (Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil)

Correspondencia: franciele.cordeiro@ufpel.edu.br (Franciele Roberta Cordeiro)

### Resumo

Este artigo trata-se de uma atualização com base nos dez posicionamentos estabelecidos pelo Consenso Skin Changes at the Life's End (SCALE) e tem por objetivo discutir sobre a avaliação das condições e o cuidado da pele no final da vida. No que concerne aos pacientes e familiares, propõe-se a construção de plano de cuidados com base em seus desejos, os quais devem estar devidamente registrados, a fim de garantir o respeito às prioridades por eles elencadas. Para os profissionais de saúde, as recomendações preconizam a educação para a avaliação de sinais clínicos da falha e falência da pele, de forma a priorizar o conforto, evitando tratamentos que no final da vida prolongam o sofrimento. Conclui-se que a utilização do consenso SCALE, por centrar-se nos desejos do paciente e da família, vai ao encontro da filosofia dos cuidados paliativos, podendo melhorar os aspectos multidimensionais envolvidos na qualidade do processo de morrer. Palavras-chave: Ferimentos e Lesões. Estado terminal. Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida. Guia de prática clínica. Equipe de assistência ao paciente. Enfermagem.

### Evaluación y cuidado de la piel al final de la vida

#### Resumen

Este artículo contempla una actualización con base a los diez puntos establecidos por el consenso Skin Changes at the Life's End [Cambios en la Piel en el Final de la Vida] (Scale, por su sigla en inglés) y tiene por objetivo discutir la evaluación de las condiciones y el cuidado de la piel en el final de la vida. Acerca de los pacientes y familiares, se propone la construcción de un plan de cuidados basándose en sus deseos que deben ser debidamente registrados. Para los profesionales de salud, las recomendaciones buscan la educación para la evaluación de los signos clínicos de falla e insuficiencia de la piel. Así pues, la prioridad es la comodidad del paciente. Se concluye que la utilización del consenso Scale va al encuentro de la filosofía de los cuidados paliativos y puede así mejorar los aspectos multidimensionales involucrados en la calidad del proceso de morir. Palabras clave: Heridas y Lesiones. Enfermedad Crítica. Cuidados Paliativos al Final de la Vida. Guía de Práctica Clínica. Grupo de Atención al Paciente. Enfermería.

### Evaluation and skin care at the end of life

#### Abstract

This article is about an update based on the ten points established by the Skin Changes at the Life's End (SCALE) Consensus Statement with the objective of discussing the evaluation of conditions and care of skin at the life's end. Regarding patients and family members, the proposal is constructing a care plan by considering their wishes which must be duly registered. To the health professionals, the recommendations focus on the education as to the evaluation of clinical signs showing skin loss and failure, prioritizing comfort and avoiding treatments which might be of benefit to the patients upon the healing stage but instead only extend suffering at life's end. The conclusion drawn is that the utilization of the SCALE Consensus Statement meets the proposal the philosophy of palliative care which can improve multidimensional aspects involved in the quality of the dying process.

Key-words: Wounds and Injuries. Critical Illness. Hospice Care. Practice Guideline. Patient Care Team. Nursing.

## Introdução

Final de vida é o período que compreende a situação em que, a partir do prognóstico médico de impossibilidade de cura para determinada doença, a pessoa tem a expectativa de algumas semanas, três ou seis meses de vida.<sup>1-2</sup> Alguns termos como doença terminal e cuidado terminal são utilizados como sinônimo para denominar as abordagens utilizadas nessa fase evolutiva da doença.<sup>1</sup> A delimitação do prognóstico em relação ao tempo de vida é importante, devido às alterações biológicas, emocionais, sociais e psicológicas que terão impacto no planejamento de vida dos pacientes, das famílias e das equipes de saúde.<sup>3</sup> Nesse período, observa-se redução progressiva da capacidade de realizar as atividades básicas da vida diária, o que repercute na qualidade de vida dos pacientes, bem como no desenvolvimento de outras complicações, como fadiga, dispnéia e alterações na integridade da pele.<sup>4</sup>

Na fase final da vida, os órgãos, particularmente os vitais, como o coração e os rins, sofrem diminuição gradativa da função e podem ser comprometidos até cessar totalmente o seu funcionamento. Esse processo pode acelerar a degradação do organismo, podendo resultar em lesões na pele. A pele, como maior órgão do corpo, pode sofrer alterações em diferentes graus, incluindo alterações relacionadas à diminuição da perfusão e hipóxia localizada que podem ocorrer no nível tecidual, celular ou molecular. Esse processo, denominado de falência da pele (*Skin failure*), ocorre especialmente nas últimas horas de vida, pois o corpo tende a privilegiar a perfusão de órgãos vitais, como cérebro, coração e rins.<sup>5</sup> O resultado é a disponibilidade reduzida de oxigênio e a capacidade do corpo de utilizar nutrientes vitais e outros fatores necessários para manter a função de proteção deste órgão, provocando, inclusive, sua ruptura. Esse comprometimento, bem como suas complicações, é denominado de mudanças na pele no final da vida (*Skin Changes at the Life's End* – Scale).<sup>6-8</sup>

As mudanças da pele no final da vida têm sido objeto de publicações, sendo uma das mais discutidas o consenso *Scale*,<sup>6</sup> proposto por um painel de especialistas, nos Estados Unidos da América, em 2008. Nele, aborda-se que a pele, assim como outros órgãos, começa a falhar no final da vida, resultando em lesões que surgem em um período curto de tempo antes da morte, mesmo em pacientes que recebem todas as intervenções médicas e de enfermagem preconizadas para evitá-las.<sup>6,9</sup> O documento aborda aspectos tais como: mudanças fisiológicas da pele no final da vida, documentação de plano de cuidados, cuidados centrados no paciente, comunicação com a equipe e cuidadores, entre outros.<sup>6,9</sup>

Entendidos como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida de pessoas com doenças que ameaçam a continuidade da vida e de suas famílias, os princípios dos Cuidados Paliativos<sup>10</sup> se aproximam dos posicionamentos preconizados pelo consenso *Scale*. Tal proximidade é percebida pelo objetivo em comum de promover a qualidade do final da vida. Tanto a filosofia dos Cuidados Paliativos quanto o Consenso preconizam o cuidado centrado nas necessidades do paciente. Especificamente em relação ao consenso, constata-se que embora existam cuidados que visem melhorar as condições da pele e a prevenção de lesões cutâneas, deve-se considerar custos e benefícios (econômicos, sociais e físicos) para os envolvidos na assistência nessa etapa da vida.

Frente ao exposto, partindo da aproximação do trabalho desenvolvido pelo Grupo de Pele e a Equipe de Consultoria

em Cuidados Paliativos de um Hospital de Ensino do Sul do Brasil, este artigo tem a seguinte questão norteadora: Quais as possibilidades de utilização do consenso *Scale* para avaliar as condições e cuidar da pele no final de vida? Delineou-se como objetivo: discutir sobre a avaliação das condições e o cuidado da pele no final da vida a partir do consenso *Skin Changes at the Life's End* (Scale).

## Desenvolvimento temático

A fim de tornar mais didáticas e coerentes as discussões sobre os posicionamentos do Consenso *Scale*, alguns foram agrupados, alguns agrupados, embora se reconheça que as recomendações não possuem caráter hierárquico entre si.

### *Posicionamentos um e quatro: modificações da pele no final da vida*

Estes posicionamentos abordam as modificações fisiológicas que acontecem durante o processo de morrer, sobretudo na pele e nos tecidos moles. A pele tem muitas funções. Ela atua como barreira física contra o trauma, na prevenção de infecções, na regulação de temperatura, detecção de sensação, excreção de toxinas, síntese vitamina D, como modulador imunológico além de evitar a perda de fluidos corporais e nutrientes essenciais, como proteínas e ferro. Quando esse órgão perde a capacidade de manter o controle de temperatura, o equilíbrio de fluidos, eletrólitos e nutrição ou quando falha como uma barreira mecânica constata-se falha da pele.<sup>11</sup>

Estudos<sup>12,13</sup> sugerem que há um ciclo de isquemia-reperusão quando ocorre lesão profunda do tecido. Durante a reperusão, em vez de restaurar o oxigênio e os resíduos, pode haver ativação de radicais livres, resultando em edema e inflamação. Tal fato pode indicar que ciclos repetidos de isquemia-reperusão causam mais danos aos tecidos do que um episódio isquêmico longo. O painel que desenvolveu a *Skin Changes at Life's End* (Scale), considerando essas alterações, incluiu a definição de falha da pele como uma condição real que pode ocorrer nos últimos dias ou semanas de vida.<sup>13</sup>

Na avaliação é fundamental considerar: a anamnese e o exame físico; as análises laboratoriais e o estado nutricional; a perda de peso e a desidratação, manifestadas pela diminuição do turgor cutâneo; presença de cianose, que começa nas extremidades e avança em direção ao tronco, indicativo de hipoperfusão tecidual e; o nível alterado de consciência, que reduz a frequência de reposicionamento, aumentando o risco de lesão cutânea.<sup>14</sup>

Em relação às lesões cutâneas é importante reconhecer as diferenças entre lesão por pressão (LPP) e Úlcera Terminal de Kennedy (UTK). A LPP é caracterizada como um dano localizado na pele e/ou tecidos moles, oriundo da pressão intensa e ou prolongada em combinação com o cisalhamento que ocorre geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou outros artefatos.<sup>15</sup> A UTK é definida como uma ferida de evolução rápida, causada por pressão, tendo como fator causal primário falência dos órgãos e que se apresenta em forma de pera, borboleta ou ferradura. Possui coloração vermelha, amarela, preta ou roxa que pode iniciar como uma bolha ou abrasão no cóccix ou sacro, cotovelos, braços e panturrilha.<sup>16</sup>

A LPP e a UTK são fenômenos clínicos que têm fator etiológico diferente. Enquanto a LPP tem como fator etiológico

co a pressão ou pressão em combinação com o cisalhamento a UTK decorre da falência da pele e do tecido subjacente devido à hipoperfusão simultânea à disfunção severa ou falha de outros sistemas e/ou órgãos.<sup>16</sup> A LPP responde a medidas de prevenção e tratamento, se estabelece de maneira gradual e acomete pacientes que podem estar clinicamente estáveis, mas que estão expostos a fatores de risco como, por exemplo, imobilidade e umidade. A UTK tem aparecimento súbito e evolução rápida, variando de duas semanas a 24 horas, do aparecimento a lesão à morte do paciente, independente dos cuidados estabelecidos devido a insuficiência cutânea aguda tem um início rápido e ocorre simultaneamente com uma doença ou evento crítico.<sup>16</sup>

Os sinais de falência da pele ocorrem, especialmente, em pessoas em final de vida, na fase ativa de morte, definida como os últimos três dias de vida. Nessa fase, a pele e o tecido subjacente entram em falência devido à hipoperfusão que ocorre junto a disfunção severa ou falha de outros sistemas orgânicos. Em 2017, editorial<sup>9</sup> questionou a necessidade de definição conceitual para se referir ao processo de falência da pele relacionado à hipoxemia e hipoperfusão tecidual. Tencionou-se o fato de não haverem estudos clínicos que elucidem e diferenciem os mecanismos fisiopatológicos envolvidos na falência da pele de pacientes com perspectiva de cura daqueles em final de vida. O principal diferencial, nestes casos, seriam as alterações clínicas e fisiológicas que ocorrem com a proximidade da morte.

#### *Posicionamentos dois e cinco: planejamento e registro do plano de cuidados*

A partir destes posicionamentos recomenda-se que as expectativas, as preocupações, bem como os objetivos das intervenções sejam documentados e discutidos com o paciente, com a família e com os profissionais de saúde envolvidos nos cuidados. Dentre os aspectos a serem trabalhados pelas equipes que assistem o paciente, destaca-se o diálogo sobre as mudanças ocorridas no final da vida, seja em relação à sintomatologia, seja em relação às transformações no corpo. Com a progressão da doença, verifica-se o aumento das secreções, dos odores e a falência de tecidos importantes, como rins e fígado. Em relação à pele, por se tratar de um órgão externo, o que torna mais visível sua deterioração, observa-se tendência das equipes intra hospitalares em estabelecer protocolos e rotinas de cuidados que, na maioria das vezes, tem como objetivo único o restabelecimento da integridade da pele. No final da vida, especialmente na fase ativa de morte, é importante elucidar aos profissionais de saúde que o conforto tem primazia sobre tais protocolos e rotinas, os quais devem ser ajustados às necessidades de cada paciente.<sup>17</sup>

Acredita-se que a aplicabilidade desta recomendação pode se dar por meio da elaboração de planos de cuidado em parceria entre as equipes assistentes e familiares, a fim de evitar controvérsias entre abandono terapêutico e respeito aos desejos do paciente. As abordagens educativas e as condutas acordadas devem ser registradas no prontuário, de maneira a esclarecer que o agravamento do quadro clínico do paciente não será oriundo da ausência de cuidados, mas se trata da evolução natural da doença. Outra forma de registro a ser considerada é a elaboração de Diretivas Antecipadas de Vontade.

#### *Posicionamentos três e seis: avaliação da pele, cuidado e qualidade no final da vida*

Estes posicionamentos indicam que a avaliação, assim como o plano de cuidados, devem considerar aspectos que impactem na qualidade do final da vida. O plano deve priorizar os desejos, a manutenção da atividade e da autonomia do paciente o tanto quanto possível até a morte. Assim, instrumentos amplamente utilizados em investigações científicas podem ser úteis, pois têm melhor capacidade preditiva, auxiliando na identificação de fatores que podem interferir na qualidade de vida. Para mensurar o impacto das intervenções na qualidade de vida de pacientes em cuidados paliativos, por exemplo, no Brasil, é possível utilizar a escala *Palliative Outcome Scale (POS)*.<sup>18</sup> Ela aborda o apoio familiar, a presença de sintomas físicos, o nível de conhecimento sobre a própria condição de saúde, recursos financeiros e percepção sobre o bem-estar consigo mesmo.

No que tange à avaliação de sintomas e de funcionalidade existem instrumentos específicos utilizados em cuidados paliativos. Como exemplo, a *Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)*, que permite avaliar dor, cansaço, náusea, depressão, ansiedade, bem estar, dispneia, sonolência e apetite.<sup>19-20</sup> Para avaliar a funcionalidade, comumente são utilizadas escalas ainda não validadas no cenário brasileiro, fator limitante da confiabilidade das respostas obtidas e do planejamento estabelecido, sendo as principais: *Palliative Performance Scale (PPS)*, *Karnofsky Performance Scale* e *Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)*.

Ao realizar a avaliação clínica, priorizando o conforto, torna-se pertinente focar quais cuidados serão desenvolvidos. Em relação aos aspectos cutâneos, recomenda-se às equipes atentarem aos mecanismos envolvidos nas mudanças da pele. Por vezes, áreas como a região da face, as orelhas, os dedos das mãos e dos pés, além do nariz, passam despercebidos, mesmo que tais regiões possam ser mais afetadas no final da vida, devido à vasoconstrição periférica. Acredita-se que, por se tratar de áreas que não exigem grande mobilidade do paciente, o que poderia levá-lo à fadiga e à mobilização dolorosa, tais regiões poderiam ser priorizadas nos planos de cuidados. Algumas intervenções possíveis seriam: a adequada fixação de dispositivos médicos como sondas, entérica, gástrica ou vesical, de forma que não pressionem as regiões com as quais estão em contato, o reposicionamento da cabeça mais frequentemente, a fim de aliviar a pressão sobre as orelhas e a proteção das extremidades, visando a redução da perda de calor e a piora da hipoperfusão.<sup>4</sup>

Em relação à nutrição e à desidratação, recomenda-se ponderação no uso de dietas e reposição volêmica. Se por um lado é reconhecido o papel do suporte nutricional e hídrico para a manutenção da integridade da pele e a prevenção de lesões por pressão, por outro, em situações de terminalidade, pode-se entender tais esforços terapêuticos como medidas que não trazem benefícios clínicos no controle de sintomas, apenas prolongam a vida com sofrimento.<sup>22</sup> Manter hidratação e nutrição levando em conta somente o cálculo das perdas e necessidade para manutenção corporal, sem uma análise interdisciplinar do contexto clínico, gravidade e prognóstico, pode aumentar secreção de vias aéreas, edema de extremidades, distensão gástrica, gerando desconforto ao paciente. Assim, preconiza-se cuidados com a cavidade oral, a oferta de porções que satisfarão o prazer em relação ao alimento ou quanti-

dades mínimas de água que minimizem a sensação de sede e o ressecamento da cavidade oral.

*Posicionamentos sete, oito e nove: avaliação de expertise e fluxograma de atendimento*

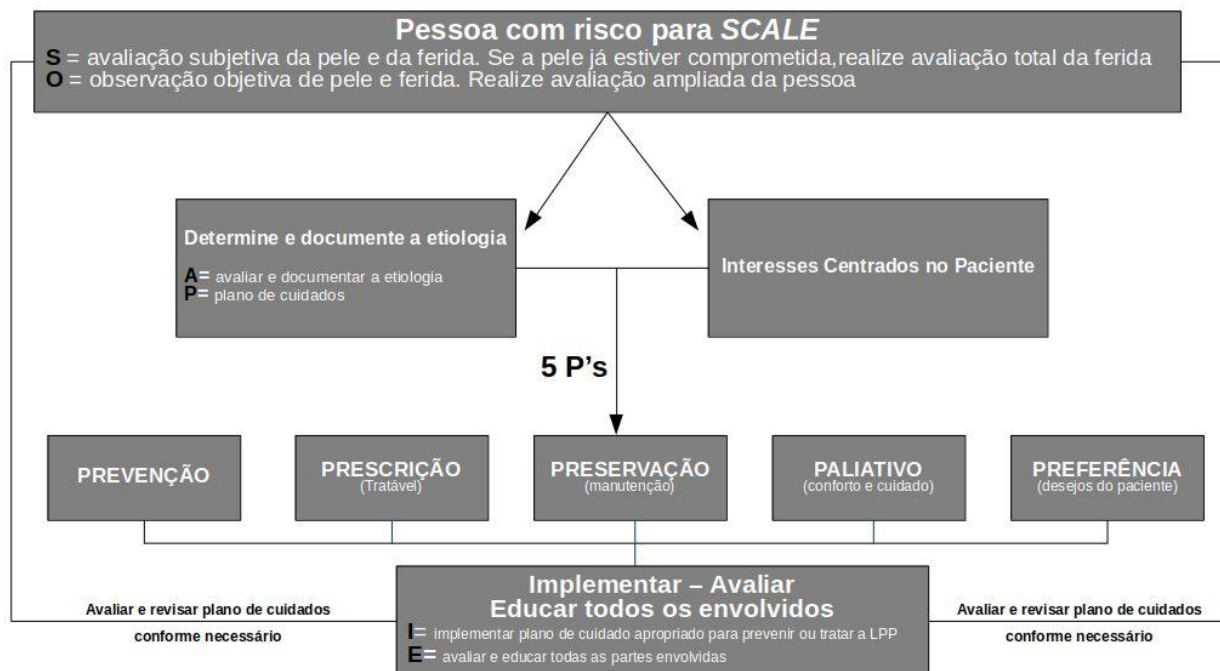
Estes posicionamentos recomendam a avaliação da pele por profissional capacitado sempre que houver qualquer alteração de sua integridade ou quando solicitado pela equipe, paciente e ou familiares, para o planejamento do tratamento. Nesta fase da vida, a cicatrização não será mais o objetivo principal a ser alcançado e sim a diminuição de sinais e sintomas que provocam desconforto. No consenso, propõe-se que as equipes que atuam junto ao paciente com falência da pele no final da vida abordem aspectos subjetivos, objetivos, avaliativos, considerem a viabilidade dos cuidados, os adêquem e, finalmente, avaliem as intervenções realizadas e estipulem ações educativas.

Na determinação das intervenções a serem realizadas o Consenso<sup>(6)</sup> recomenda, ainda, que os profissionais devem considerar aquilo que foi denominado de 5 P's: prevenção,

prescrição, preservação, palição e preferência, conforme apresentado na Figura 1.

A prevenção diz respeito à estratégias que visem a promoção do bem-estar, isso pode incluir a retirada de rotinas ou procedimentos que gerem desconforto como, por exemplo, o reposicionamento frequente do paciente. A prescrição se refere à intervenções realizadas nas lesões cutâneas, isso inclui a prescrição medicamentosa e curativos de cobertura. Sobre esse aspecto, vale destacar que, o fato de o paciente estar em final de vida, não significa que ele não possa ou não deva receber tratamentos que reduzam o odor, a dor e melhorem o aspecto da lesão, visto que tais intervenções podem interferir na relação do paciente consigo e com os outros, repercutindo na qualidade dos últimos dias de vida. A preservação inclui intervenções que têm por objetivo evitar a expansão da lesão ou de danos que ela pode provocar, a palição propõe incluir medidas que promovam o conforto, mas que não têm por objetivo a cicatrização efetiva da lesão e, finalmente, as preferências são os desejos manifestos pelo paciente e familiares que devem ser levados em conta pelos profissionais nas ações de cuidado.

Figura 1. Fluxograma para avaliação e implementação de cuidados. Fonte: adaptado do Consenso Scale



*Posicionamento dez: educação dos envolvidos no cuidado em final de vida*

A recomendação descrita neste posicionamento relaciona-se à educação dos pacientes, cuidadores e profissionais quanto ao significado do final da vida, às mudanças da pele nessa fase e às condutas estabelecidas. O processo educativo direciona-se a todos que participam na realização de cuidados junto ao paciente, portanto, ele inclui, além dos profissionais de saúde, gestores e familiares.<sup>7,8</sup>

Sugere-se que a abordagem educativa ocorra de forma transversal, considerando os demais posicionamentos, uma vez que, desenvolver ações educativas mediante comunicação efetiva é necessária para decidir, conduzir e implementar cuidados à pacientes em final de vida. Cabe à equipe de saúde proporcionar informações suficientes e claras à pacientes e

familiares acerca da condição de saúde,<sup>24</sup> e entre elas, quanto a perda da integridade da pele e os cuidados necessários para promover o conforto.

Destarte, o primeiro passo é a educação dos profissionais de saúde para abordar limitações/fragilidades da prática possibilitando o desenvolvimento de habilidades para cuidado aos pacientes em final de vida. Algumas estratégias mencionadas como facilitadoras do processo educativo para os profissionais de saúde são: aula expositiva dialogada, realização de oficinas, folders e palestras. Tais estratégias podem preparar a equipe para identificar e gerenciar as mudanças da pele no final da vida.<sup>8-23</sup> Aos familiares, palestras educativas e interativas, individuais e coletivas, direcionadas às suas necessidades também podem ser realizadas a fim de esclarecer dúvidas e possibilitar suas participações no processo de cuidar.<sup>24</sup>

## Conclusões

Conclui-se que o Consenso Scale pode qualificar o cuidado prestado aos pacientes em final de vida, especialmente no cenário hospitalar. Tendo como base o cuidado centrado no paciente e na família, a abordagem proposta pelo documento valoriza os desejos, o conforto e a qualidade de vida em detrimento de rotinas de cuidados, protocolos e intervenções que não conseguirão recuperar a saúde nesta etapa do processo de adoecimento.

A avaliação das condições da pele por meio de escalas preditivas do risco de lesão por pressão e o desenvolvimento de intervenções nutricionais, hidratação da pele e reposição hídrica são fundamentais na prevenção e/ou recuperação de lesões cutânea em pacientes curáveis. Quando a morte tornam-se inevitável é preciso repensar as prioridades de cuidado. E, abandonar algumas intervenções pode causar conflitos entre

os profissionais de saúde, os pacientes e familiares, já que evitar medidas desconfortáveis pode ser confundido com abandono terapêutico.

Assim, acredita-se que com as recomendações do consenso *Scale* seja possível minimizar falhas na comunicação e condutas que podem emergir no contexto da terminalidade da vida. Compreender os mecanismos envolvidos na falha e na falência da pele, mostra-se fundamental para que os profissionais de saúde, especialmente os que atuam diretamente no cuidado, tenham ciência de que a ruptura da integridade deste órgão não está relacionado à ausência ou diminuição de intervenções, mas faz parte do processo de evolução natural da doença e dos mecanismos fisiopatológicos envolvidos na morte. Dessa forma, é possível educar pacientes e familiares com relação ao cuidado visando o conforto e a dignidade, além de otimizar os recursos dispensados para a assistência nos serviços de saúde.

## Bibliografia

- Hui D et al. Concepts and Definitions for "Actively Dying," "End of Life," "Terminally Ill," "Terminal Care," and "Transition of Care": A Systematic Review. *J. pain symptom manage* 2014; 47(1): 77-89. Disponível em: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(13\)00243-1/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(13)00243-1/fulltext) [acesso: 28/01/2019].
- Hui D et al. The Lack of Standard Definitions in the Supportive and Palliative Oncology Literature. *J. pain symptom manage* 2012; 43(3):582-592. Disponível em: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(11\)00428-3/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(11)00428-3/fulltext) [acesso: 28/01/2019].
- Bell C, Mette K, Nielsen, Mette AN, Guldin MB, Jensen AB. Remaining Lifetime After Recognition of Terminal Illness Depends on Diagnosis: A Nationwide Population-Based Cohort Study. *J. pain symptom manage* 2017; 53(1): 116-123. Disponível em: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(16\)30330-X/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(16)30330-X/fulltext) [acesso: 27/01/2019].
- Maciel MG. Avaliação do paciente em cuidados paliativos. In: Maciel MG et al, organizadores. Manual de Cuidados Paliativos ANCP: ampliado e atualizado. 2 ed. São Paulo: ANCP; 2012. p. 31-41. Disponível em : <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>
- Yastrub DJ. Pressure or Pathology Distinguishing Pressure Ulcers From the Kennedy Terminal Ulcer. *J. wound ostomy continence nurs* 2010;37(3):249-250. Disponível em: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=20463542> [acesso: 27/01/2019].
- Skin Changes At Life's End (SCALE). Final Consensus Statement. Chicago, 2009. Available from: <http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2012/07/SCALE-Final-Version-2009.pdf>
- Beldon P. Skin changes at life's end: SCALE ulcer or pressure ulcer? *Br. j. community nurs* 2011;16 (10):491-4. Disponível em: [https://www.magonlineibrary.com/doi/abs/10.12968/bjcn.2011.16.10.491?rfr\\_dat=cr\\_pub%3Dpubmed&url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&journalCode=bjcn](https://www.magonlineibrary.com/doi/abs/10.12968/bjcn.2011.16.10.491?rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&journalCode=bjcn) [acesso: 27/01/2019].
- Sibbald RG, Krasner DL, Lutz J. SCALE: Skin Changes at Life's End. *Adv Skin Wound Care* 2010;23(5):225-36. Disponível: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=20407297> [acesso: 27/01/2019].
- Levine JM. Unavoidable Pressure Injuries, Terminal Ulceration, and Skin Failure: In Search of a Unifying Classification System. *Adv Skin Wound Care* 2017;30(5):200-202. Disponível em: [https://journals.lww.com/aswcjournal/Fulltext/2017/05000/Unavoidable\\_Pressure\\_Injuries,\\_Terminal.2.aspx](https://journals.lww.com/aswcjournal/Fulltext/2017/05000/Unavoidable_Pressure_Injuries,_Terminal.2.aspx) [acesso: 26/01/2019].
- World Health Organization [internet]. WHO. Definition of Palliative Care. Geneva: WHO; 2017- [cited 2018 Ago 24]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
- Inamadar AC, Palit A. Acute skin failure: concept, causes, consequences, and care. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2005;71:379-85. Disponível: <http://www.ijdv1.com/article.asp?issn=0378-6323;year=2005;volume=71;issue=6;spage=379;epage=385;aulast=Inamadar> [acesso: 26/01/2019].
- Loerakker S, Oomens CWJ, Manders E et al. Ischemia-reperfusion injury in a rat skeletal muscle assessed with T2-weighted and dynamic contrast-enhanced MRI. *Magn Reson Med* 2011; 66(2):528-537. Disponível: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/mrm.22801> [acesso: 26/01/2019].
- Levine JM. Skin Failure: An Emerging Concept. *Journal of the American Medical Directors Association* 2016;17(7): 666-669. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525861016300548> [acesso: 28/01/2019].
- Langemo, DK, Brown, G. Skin fails too: acute, chronic, and end stage skin failure. *Advances Skin Wound Care* 2006; 19(4):206-211. Disponível em: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=16641567> [acesso: 28/01/2019].
- The National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). Pressure Injury Stages. Available from: <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npuap-pressure-injury-stages/>
- Kennedy, KL: The Prevalence of Pressure Ulcers in an Intermediate Care Facility. *Advances Skin Wound Care* 1989;2 (2):44-5. Disponível em:

<[https://journals.lww.com/aswejournal/Abstract/1989/05000/THE\\_PREVALENCE\\_OF\\_PRESSURE\\_ULCERS\\_IN\\_AN.9.aspx](https://journals.lww.com/aswejournal/Abstract/1989/05000/THE_PREVALENCE_OF_PRESSURE_ULCERS_IN_AN.9.aspx) [acesso: 28/01/2019].

17. Norman, R., & Coatney, G. Acute skin failure: concept, causes, consequences, and care. In R. Wolf, B. Davidovici, J. Parish, & L. Parish (Eds.), *Emergency Dermatology*. Cambridge: Cambridge University Press; 2011. p. 62-65.

18. Rugno FC. Validação da versão adaptada para o português do Brasil da Palliative care Outcome Scale (POS) [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

19. Monteiro DR, Almeida MA, Kruse MHL. Translation and cross-cultural adaptation of the edmonton symptom assessment system for use in palliative care. *Rev Gaúcha Enferm* 2013;34(2):163-171. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rge/v34n2/en\\_v34n2a21.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rge/v34n2/en_v34n2a21.pdf) [acesso: 28/01/2019].

20. Manfredini L.L Tradução e validação da escala de avaliação de sintomas de edmonton (ESAS) em pacientes com câncer avançado [dissertação]. Barretos (SP): Hospital do Câncer; 2014.

21. Bopsin PS, Ribas EO, Souza AB. Prevenção e tratamento de lesões cutâneas no contexto assistencial: condições para a qualidade em saúde e segurança do paciente. In: Tristão, FS, Padilha MAS. *Prevenção e tratamento de lesões cutâneas: perspectivas para o cuidado*. Porto Alegre : Moriá; 2018. p. 43-64.

22. Dev R, Dalal S, Bruera E. Is there a role for parenteral nutrition or hydration at the end of life? *Curr Opin Support Palliat Care* 2012;6(3):365-70. Disponível: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=22801468> [acesso: 28/01/2019].

23. Andrade CG, Costa SFG, Lopes MEL. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. *Ciênc. saúde coletiva* 2013;18( 9 ): 2523-2530. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a06.pdf> [acesso: 28/01/2019].

24. Mittag BF, Krause TCC, Roehrs H, Meier MJ, Danski MTR. Cuidados com Lesão de Pele: ações da Enfermagem. *Estima* 2017;15(1):19-25. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/447> [acesso: 28/01/2019].