

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM CUIDADO INTEGRAL COM  
A PELE NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA**

**LUCIANA CARVALHO BRAGA**

**Relato de experiência de um caso de cicatrização em cuidado com lesão no território  
Restinga/Extremo-sul**

**PORTO ALEGRE  
2016**

**LUCIANA CARVALHO BRAGA**

**Relato de experiência de um caso de cicatrização em cuidado com lesão no território  
Restinga/Extremo-sul**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para obtenção do título de Especialista no Cuidado Integral com a Pele no Âmbito da Atenção Básica, realizado na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**Orientador:** Prof. Me Ddo Potiguara de Oliveira Paz

**PORTO ALEGRE  
2016**

## RESUMO

BRAGA, L. C. Relato de experiência de um caso de sucesso em cuidado com lesão no território Restinga/Extremo-sul. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização no Cuidado Integral com a Pele no Âmbito da Atenção Básica) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

Objetivo: descrever as ações de cuidado desenvolvidas a uma usuária com uma Úlcera de Perna que resultou na sua completa cicatrização. Método: para a construção do relato foram descritos os cuidados ao longo do tratamento da lesão e foram analisados os registros do prontuário eletrônico alimentado pela equipe de saúde. A busca dos registros foi realizada no e-SUS, o Sistema de Informação da Atenção Básica, totalizando 34 registros ao longo de sete meses. Resultados: o caso relatado teve duração de sete meses e mostra que o uso de medicações adjuvantes ao tratamento, realização curativos adequados de acordo com a evolução da lesão podem curar a ferida da UP em 7 meses. O sucesso do caso descrito fortalece o entendimento de que quando uma equipe assume a responsabilidade pelo cuidado e trabalha de forma sistematizada, é possível realizar um atendimento eficiente aos usuários com lesão de pele, reduzindo o tempo e o custo do tratamento.

Descritores: úlcera da perna; ferimentos e lesões; cicatrização.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>5</b>
<b>1.1</b>	<b>CARACTERIZAÇÃO TERRITORIAL.....</b>	<b>6</b>
<b>1.2</b>	<b>SALA DE CURATIVO.....</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>9</b>
<b>3</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>9</b>
<b>4</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>5</b>	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>13</b>

## INTRODUÇÃO

A construção deste relato de experiência enfoca os cuidados prestados a uma paciente com Úlcera de Perna (UP) e que apresentava o quadro de saúde mais comumente encontrado nos portadores de UP atendidos nas unidades de saúde da atenção primária: idosa, obesa e possui diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II (DM II) e hipertensão arterial sistêmica (HAS) com dificuldade de adesão aos tratamentos.

A incidência crescente de pacientes apresentando quadro similar a este representa um grande problema de saúde pública, uma vez que dados da Pesquisa Nacional de Saúde apontam que 47% dos usuários diabéticos referem ter recebido assistência médica, nos últimos 12 meses, em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 29% em consultórios particulares ou clínicas privadas para buscar cuidados em lesões relacionadas à doença (BRASIL, 2016).

No Brasil, estima-se que 3% da população têm UP, elevando-se esse percentual para 10% nos portadores de DM (BRITO et al., 2013). Estes números podem estar subestimados por conta do envelhecimento da população (SILVA; MOREIRA, 2011).

Do ponto de vista clínico, as UP são consideradas um problema que afeta predominantemente as mulheres. De acordo com a literatura, apresentam três vezes mais chances do que os homens de desenvolver úlceras venosas nos membros inferiores. A idade avançada também é fator preponderante uma vez que torna os idosos mais suscetíveis às lesões, por conta das alterações dos sistemas fisiológicos decorrentes de modificações nutricionais, metabólicas, vasculares e imunológicas que afetam a função e o aspecto da pele. Essas alterações levam à diminuição da velocidade e intensidade das fases dos processos de cicatrização. Com relação à nível sócio-econômico menciona-se que quanto mais baixo o nível de instrução das pessoas com lesão, menor será sua capacidade de compreensão e adesão ao autocuidado (OLIVEIRA et al., 2012).

As UP podem ser classificadas como: venosa, arterial, neurotrófica, neuropática, hipertensiva, microangiopática, arteriosclerótica e anêmica. As úlceras venosas são as mais prevalentes com aproximadamente 80 a 85%, as de origem arterial com 5 a 10% (BRITO et al., 2013). As UP são representadas pela síndrome em que ocorre destruição de camadas cutâneas, como epiderme e derme, podendo atingir tecidos mais profundos. Geralmente ocorre no terço inferior dos membros inferiores (OLIVEIRA et al., 2012).

Do ponto de vista diagnóstico, a UP são consideradas crônicas quando não cicatrizam dentro do período de seis semanas (SILVA; MOREIRA, 2011).

As úlceras venosas (UV) são causadas pela dificuldade de oxigenação do tecido decorrente da incompetência das válvulas do sistema venoso superficial e/ou profundo. Podem

ocorrer devido à obstrução do retorno venoso ou refluxo do sangue venoso, ocasionando hipertensão venosa e levando ao edema e lipodermatoesclerose, que são comuns na pessoa com insuficiência venosa (OLIVEIRA et al., 2012). Constituem a manifestação clínica mais grave da insuficiência venosa crônica e caracterizam-se por dor disseminada, com presença de edema no pé e tornozelos, localizadas geralmente na região do maléolo medial ou lateral, com bordas bem definidas, apresentando leito com tecido necrosado ou de granulação, exsudato variável de cor amarelada, podendo torna-se profunda. (BRITO et al., 2013).

O fato de atuar como apoiadora institucional no território Restinga/Extremo-sul propiciou o acompanhamento do cuidado da paciente e a construção do relato de experiência. A presença do profissional apoiador nas equipes de saúde do território tem como eixo fundamental auxiliar os processos de trabalho, nos desenvolvimentos das metas, auxiliando no planejamento anual das ações em saúde. É um método de gestão para elaborar, implementar e executar projetos e políticas públicas enquanto apoia sujeitos e coletivos e pode facilitar diálogos, mediar conflitos, ampliar as possibilidades de reflexões e trazer ofertas relevantes para o processo de trabalho e para a cogestão (JUNIOR; CAMPOS, 2014). O espaço de trabalho do apoiador são as unidades de saúde do território e as visitas devem ser regulares para favorecer as trocas e construções coletivas.

Nesse sentido, o objetivo do relato é descrever as ações de cuidado desenvolvidas a uma usuária com uma Úlcera de Perna que resultou na sua completa cicatrização.

## MÉTODO

Relato de experiência desenvolvido com o caso de uma paciente acometida por UP que chegou ao meu conhecimento por uma foto enviada pela enfermeira da unidade que perguntava sobre a possibilidade de conseguir coberturas especiais para curativo. A paciente em questão buscava atendimento na unidade há dois meses e não se observava evolução positiva da lesão caracterizada com piora da dor, aumento da extensão, exsudato e odor, dificultando a realização de suas atividades diárias e deambulação.

Para a construção do relato foram descritos os cuidados ao longo do tratamento da lesão e foram analisados os registros do prontuário eletrônico alimentado pela equipe de saúde. A busca dos registros foi realizada no e-SUS, o Sistema de Informação da Atenção Básica, totalizando 34 registros ao longo de sete meses.

O relato de experiência segue os preceitos éticos da resolução 466/12 que trata de pesquisa envolvendo seres humanos. Além disso, está inserido num projeto maior: “Organização do trabalho e integralidade nos serviços: novas tecnologias no cuidado ao usuário

com lesão de pele na rede de atenção à saúde no estado do Rio Grande do Sul”, aprovado no Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre CAAE 56382316.2.3001.5338.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O caso da paciente I.I.N.L, de 64 anos, com diagnóstico de HAS, DM tipo II, obesa, negra, residente na Restinga, com uma UP circular no terço inferior do membro inferior direito (MID).

Após a visualização da foto houve a proposta de cuidado conjunto com a equipe e com a paciente, uma vez que os curativos especiais não são liberados para as unidades sem matriciamento. O acordo da liberação dos materiais foi fechado entre a gerência de saúde e a responsável técnica de enfermagem do território.





Lesão circular, com bordas bem definidas, localizada no terço inferior do MID, com grande quantidade de tecido macerado, desvitalizado, ausência de tecido necrosado, leito composto por tecido de granulação, grande quantidade de exsudato amarelado de odor fétido e relato de dor intensa.

Apesar da equipe de saúde já estar em acompanhamento do caso desde 15/04/2016, meu primeiro contato com a paciente foi em 07/06/2016. Na avaliação inicial foi levantado que a paciente reside sozinha, mas possui rede social que a apoia, tem nível de escolaridade de segundo grau completo, participa de atividades em uma escola de samba da região da Restinga, possui renda de 3 salários mínimos e reside em moradia própria. Na avaliação da lesão havia queixa de dor intensa que a impedia de dormir, exsudato de odor fétido em grande quantidade, grande área de maceração e tecido desvitalizado. Havia iniciado uso oral de Cefalexina 500 mg e já vinha em uso de Tylex 30 mg, além da medicação para HAS e DM. As trocas dos curativos eram realizados apenas na unidade de saúde, e como a paciente apresentava dificuldade para deambular e dependia de vizinhos para acessar a unidade, quando não conseguia transporte não realizava as trocas de curativo, comprometendo a continuidade do cuidado, retardando a cicatrização da lesão.

Na etapa do planejamento do cuidado foi definido que o responsável pelo atendimento direto ao curativo, na intenção de manter a continuidade do tratamento seria a enfermeira que

encaminhou a usuária, sendo solicitada a presença do cuidador domiciliar para que também fosse orientado na realização das trocas de curativo nos fins de semana.

Após a etapa de planejamento foi realizado o processo de esclarecimento do cuidado à paciente pois, por conta da dor e do medo, a mesma não permitia que a equipe de saúde manejasse adequadamente a lesão.

Em seguida foi realizada a avaliação da lesão circular, com bordas bem definidas, localizada no terço inferior do MID, com grande quantidade de tecido macerado, desvitalizado, ausência de tecido necrosado, leito composto por tecido de granulação, grande quantidade de exsudato amarelado de odor fétido e relato de dor intensa. Foi realizada limpeza no lava pés, desbridamento mecânico de tecido desvitalizado das bordas e retirada de fios de gaze de algodão aderidos ao leito da lesão cobertos por tecido desvitalizado. Foi solicitado o retorno da paciente no dia seguinte para nova troca, uma vez o material disponível não possuía boa capacidade de absorção, causando a maceração das bordas. A equipe reforçou a orientação geral sobre a necessidade de realizar as trocas da cobertura secundária na presença de exsudato. Ressalta-se que a USF contava apenas com óleo mineral e gaze de algodão para cobertura. Nessa perspectiva optou-se por não utilizar a gaze, por conta dos fios que costumam ficar aderidos no leito da lesão, o que torna difícil e doloroso o processo de limpeza. Para cobertura primária utilizou-se absorvente feminino disponível na unidade, que cobria a lesão e favorecia as trocas dos curativos sem que a paciente sentisse dor. Além disso foi orientada a hidratação da pele do entorno da lesão com o óleo mineral. Em seguida realizado o enfaixamento do membro, da porção distal do pé até o joelho, mas não foi utilizada compressão, pois a paciente não suportava a dor. A equipe de saúde foi orientada a realizar anotações dos curativos, uma atividade que não fazia parte da rotina da USF.

Em 09/06/2016, recebemos um curativo primário não aderente em forma de placa composto por microfibras carboximetilcelulose sódica. Esta cobertura foi escolhida por possuir capacidade de absorção vertical do exsudato, favorecendo a retirada de tecidos necróticos sem causar danos ao tecido recém formado. Foi realizada nova limpeza da lesão, sendo possível notar considerável diminuição da área de maceração e da dor. Iniciamos o uso do produto e solicitamos retorno da paciente para troca no dia 12/06/2016.

Utilizamos o curativo primário composto por microfibras por mais duas trocas, em 12/06/16 e 17/06/16 e não recebemos mais o material. Mesmo com apenas duas trocas, o curativo utilizado houve redução significativa do exsudato e odor e aumento da área cicatrizada e presença de tecido de granulação. A partir de 23/06/16 a equipe de saúde da USF assumiu o cuidado e agendou seus retornos para as trocas dos curativos e avaliação da lesão. O tratamento

indicado a partir desta etapa foi limpeza com soro fisiológico, desbridamento mecânico quando necessário, aplicação de óleo mineral, cobertura primária com gaze de algodão e oclusão com atadura sem pressão. A compressão não foi utilizada ao longo do tratamento pelo desconforto relatado pela paciente.

Durante o cuidado foram realizadas orientações de saúde sobre os cuidados com a alimentação, uso correto das medicações e encaminhamentos aos tratamentos que havia interrompido por conta da lesão.



O período entre o início da lesão e a alta foi de sete meses, de abril a outubro de 2016, e a alta foi realizada com indicação de uso de meia elástica compressiva para evitar a recidiva.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caso relatado teve duração de sete meses, mesmo com as dificuldades que os usuários com lesões crônicas de pele enfrentam na rede de atenção básica, salas com estrutura fora do preconizado pelo ministério, baixa inserção do enfermeiro no processo de cuidado e a falta de materiais de qualidade para a realização dos curativos, sucesso do caso descrito fortalece o entendimento de que quando uma equipe assume a responsabilidade pelo cuidado e trabalha de forma sistematizada, é possível realizar um atendimento eficiente aos pacientes com lesão de pele, reduzindo o tempo e o custo do tratamento apesar de todas as dificuldades do sistema de saúde.

No entanto, é necessário repensar espaços que acolhem a pessoa com lesão e atender minimamente às normas vigentes relativas à sala de curativos, caso contrário, os atendimentos deverão ser realizados pelo enfermeiro e equipe em domicílios, não agravando uma situação de saúde já fragilizada.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRITO, C. K. D, et al. Úlcera venosa: avaliação clínica, orientações e cuidados com o curativo. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. Fortaleza: v. 14, n. 3, p. 470-480.

OLIVEIRA, B. G. R. B. et al. Caracterização dos pacientes com úlcera venosa acompanhados no Ambulatório de Reparo de Feridas. Revista Eletrônica de Enfermagem. v. 1, n 14, p. 156-163.

PEREIRA JUNIOR, N.; CAMPOS, G. W. S. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. Interface. Botucatu: v. 18, n. sup. 1, p. 895-890, 2014.

SILVA, F. A. A. ; MOREIRA, T. M. M. Características sócio-demográficas e clínicas de clientes com úlcera venosa de perna. Revista de Enfermagem da Universidade do estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: v. 3, n.19, p. 468-472.