

IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO DE FERIDA POR ERISPELA BOLHOSA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

IMPORTANCE OF NURSING CARE IN ERISPELA BUBHOSA WOUND HEALING PROCEDURE: A REPORT OF EXPERIENCE

Maria Cristina de Jesus Silva¹

Renata Carrijo Santos de Carvalho²

Rodrigo Oliveira de Carvalho³

Erla Lino Ferreira de Carvalho⁴

RESUMO

As feridas são agressões que lesionam a pele antes íntegra, devido a traumas, agentes químicos, físicos ou por alguma enfermidade. Os cuidados com as feridas e o processo de cicatrização são papel fundamental do enfermeiro, agregando aos estudos científicos os acompanhamentos diários. Devido à escassez de dados epidemiológicos sobre ferida por *Erisipela Bolhosa*, o presente estudo tem como objetivo: descrever a importância dos cuidados de Enfermagem no processo de cicatrização de uma ferida causada por um processo infeccioso, originando a *Erisipela Bolhosa*. Trata-se de um relato de experiência de um caso clínico, por meio de uma metodologia descritiva e observacional de cuidados com uma ferida causada por *Erisipela Bolhosa* durante um atendimento domiciliar, na cidade de Portelândia, município do interior de Goiás, no período de novembro de 2018 a agosto 2019. Resultado: O processo de cicatrização da ferida e sua evolução foram evidenciados mediante os registros do acompanhamento diário e pela ferramenta de mensuração da ferida realizado uma vez ao mês, a escala de PUSH – com escore inicial de 8, finalizando em, aproximadamente, oito (8) meses com escore 0; ou seja, num período de duzentos e trinta e quatro (234) dias, antecipando o prognóstico médico de aproximadamente 1 ano de tratamento, podendo evoluir tanto para total cicatrização quanto para perda funcional do membro. Conclusão: O acompanhamento e curativos diários domiciliares realizados pela Enfermagem aceleraram o processo de cicatrização somado as orientações do autocuidado do paciente – higienização pessoal, alimentação adequada e adesão do mesmo e dos familiares.

Palavras-chave: Erisipela; Enfermagem; Cuidados; Cicatrização; Ferida.

ABSTRACT

Wounds are injuries that damage the previously healthy skin, due to trauma, chemical agents or illness. Wound care and the healing process is a fundamental role of the nurse adding to the scientific studies the daily follow-up. Due to the scarcity of epidemiological data on wounds caused by Erysipelas Bullous, this study aims to describe the importance of nursing care in the wound healing process caused by an infectious process, leading to Erysipelas Bullous. This is an experience report of a clinical case through a descriptive and observational methodology of care with a wound caused by Erysipelas Bullous during home care, in the city of Portelândia, municipality of Goiás, in the period of November 2018. To August 2019. Result: The wound healing process and its evolution were evidenced by the daily follow-up records and the wound measurement tool performed once a month, the PUSH- scale with an initial score of 8 and ending in approximately eight (8) months with score 0; that is, over a period of two hundred and thirty four (234) days, anticipating the medical prognosis of approximately 1 year of treatment, which may evolve to total healing and functional limb loss. Conclusion: The daily monitoring of the home dressing performed by nursing accelerated the healing process added to the patient's self-care guidelines - personal hygiene, proper nutrition and adherence of the patient and family.

Keywords: Erysipelas; Nursing; Care; Healing; Wound.

1-Acadêmica do curso de Enfermagem da faculdade Morgana Potrich (FAMP).

2- Acadêmica do curso de Enfermagem da faculdade Morgana Potrich (FAMP).

3 -Farmacêutico Especialista. Docente do curso de Farmácia da faculdade Morgana Potrich (FAMP).

4- Enfermeira Mestre. Docente do curso de Medicina do Centro Universitário de Mineiro, goiás (UNIFIMES)

INTRODUÇÃO

A pele é o maior órgão do corpo humano, tendo como principais funções proteção contra infecções, lesões e traumas, controle da temperatura corporal e função sensorial; é composta por três camadas: epiderme, derme e hipoderme. As feridas podem atingir não apenas a pele em uma ou mais camadas, como também os tecidos muscular, conjuntivo e ósseo (FAVRETO *et al.*, 2017).

As feridas são eventos adversos, ou seja, lesões na pele decorrentes da interrupção da continuidade da integridade do tecido epitelial, que podem ocorrer por traumas ou etiologias diversas (SILVA *et al.*, 2017).

Segundo Barros *et al.* (2016), ferida é a descontinuidade do tecido epitelial que compromete sua função – podendo resultar de causas intencionais ou cirúrgicas, acidentais ou traumáticas e lesões por pressão; é classificada, quanto ao tempo de cicatrização, em aguda ou crônica. Apresenta uma sequência de eventos que se inicia com o trauma e termina com o fechamento completo e organizado da ferida, através do tecido cicatricial, sendo considerado um processo altamente complexo e dinâmico, que envolve fenômenos bioquímicos e fisiológicos que se comportam de maneira harmoniosa, assim, garantindo a restauração tissular (EBERHARDT *et al.*, 2016).

As feridas crônicas superam o período longo que normalmente é esperado para a cicatrização e com recidivas. As feridas agudas são correspondentes àquelas que ocorrem uma cicatrização mais rápida, sem complicações (SILVA *et al.*, 2017).

As feridas podem ser classificadas, também, de acordo com a etiologia, morfologia, fases de evolução cicatricial, características do leito, do exsudato e do grau de contaminação (EBERHARDT *et al.*, 2015).

Devido ao grande número de pessoas com alterações tissulares da pele no Brasil, as feridas cutâneas se tornaram um sério problema de saúde pública, em virtude da baixa notificação e de registros escassos (SEHNEM *et al.*, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2019). Com isso, os problemas, físicos e emocionais, podem aparecer no decorrer da vida do paciente. Os problemas físicos podem provocar no indivíduo a incapacidade para algumas atividades cotidianas, e os problemas emocionais afetam psiquicamente (CHIBANTE *et al.*, 2017).

Assim, deve-se considerar o paciente em sua integralidade total, desde a área da lesão até os fatores sistêmicos e psicossociais que podem influenciar no processo de cicatrização, levando em consideração os cuidados com o paciente (BORGES; FERNANDES, 2014; DOMANSKY; BORGES, 2014).

O processo cicatricial é comum em todas as feridas, independentemente do agente que a causou, sendo dividido didaticamente em três fases – inflamatória, proliferação ou granulação e remodelamento ou maturação (MEDEIROS; DANTAS-FILHO, 2017).

A fase inflamatória caracteriza-se pelo aumento da permeabilidade vascular, quimiotaxia e ativação celular. Na fase proliferativa, ocorre a migração de *fibroblastos* e células endoteliais para a área da injúria. Na última fase (maturação ou remodelamento), há deposição de colágeno, uma das características mais importantes, proteína que mais está presente no corpo humano, principal produto que compõe a matriz celular do tecido, e qualquer falha durante uma dessas fases pode resultar em retardo no processo de cicatrização da ferida, prolongando a recuperação do paciente (SILVA *et al.*, 2017).

As infecções de pele ocasionam diversas morbidades, quase sempre causadas por bactérias, com tendência a recidivas; dentre essas infecções, a linfangite estreptocócica, uma infecção dermo-hipodérmica aguda, doença bacteriana, que surge frequentemente em decorrência de ruptura da epiderme, uma lesão na pele ou mucosa, tornando-se uma porta de entrada para que ocorra o processo infeccioso, e se não tratado evolui para *Erisipela Bolhosa* (VIEIRA; ARAÚJO, 2018).

Tratando-se de feridas infecciosas, pode ser citada a *Erisipela*, oriunda de um processo infeccioso da pele, que pode ser conceituada como uma celulite superficial, com intenso comprometimento do plexo linfático subjacente, com características acometidas por placas eritematosas acompanhadas de dor e edema (SILVA *et al.*, 2013).

O principal agente causador da Erisipela são os *estreptococos* β – hemolítico do grupo A (EGA), raramente dos grupos C ou G, e por *Staphylococcus aureus* (VARELLA, 2015).

Segundo dados epidemiológicos da *Erisipela*, a sua incidência é estimada de 10 a cada 100 casos por 100.000 habitantes/ano, com predominância no sexo

feminino, 80% dos casos são nos membros inferiores, na faixa etária de 40 a 60 anos, sendo mais comum em diabéticos, obesos e portadores de doenças crônicas ou com deficiências da circulação venosa dos membros inferiores (MMII). Há poucos registros de notificação desses atendimentos (SEHNEM *et al.*, 2015).

Os sintomas observados em pacientes que são acometidos por *Erisipela* apresentam calafrios, hipertermia, astenia, cefaleia, mal-estar, náuseas e êmese. Pode ser notada presença de eritema na pele, dor e edema até a formação de bolhas e feridas, seu posicionamento pode ocorrer, principalmente, na região acima dos tornozelos (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Os pacientes portadores de feridas, notadamente, aqueles com feridas crônicas ou com processo de cicatrização mais complexo, requerem uma assistência diária de enfermagem, além de um planejamento terapêutico que propõe resultados satisfatórios no final do processo de cuidado (SILVA *et al.*, 2017).

O enfermeiro tem uma função muito importante, pois compõe uma equipe multidisciplinar e está diretamente à frente do cuidado aos portadores de feridas nos diversos níveis de atenção à saúde (DUTRA *et al.*, 2017).

A equipe de enfermagem é fundamental para a recuperação do paciente, pois suas ações baseiam-se no cuidado e acolhimento, tornando-se um instrumento de trabalho e que está incorporada também nas relações humanas. É seu dever esclarecer a importância da participação da família, dos amigos, da crença, da ajuda psicológica e de toda a equipe multiprofissional envolvida no processo de tratamento e na cicatrização da ferida (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

As atribuições do profissional de enfermagem envolvem vários fatores, especialmente, as responsabilidades de buscar formas de envolver e educar suas equipes, no intuito de assegurar uma prática assistencial, promovendo um cuidado de enfermagem individual e integral. Esse caminho é feito pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), trata-se de uma atividade privativa do enfermeiro; por meio dessa metodologia e estratégia de trabalho científico, é possível identificar as situações de saúde/doença, subsidiando prescrição e implementações das ações de Assistência de Enfermagem, que

contribuem para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde do indivíduo, família e comunidade (CRUZ *et al.*, 2016).

Os enfermeiros também podem efetuar visitas domiciliares, solicitar, quando necessário, exames laboratoriais, como hemograma completo, albumina sérica, glicemia em jejum e cultura do exsudato, indicar e prescrever coberturas, executar o curativo e encaminhar o paciente para avaliação clínica, fazer a previsão e provisão dos materiais necessários para realização do curativo (SILVA *et al.*, 2017).

Em relação aos curativos realizados nesses pacientes, a equipe mantém constantemente as avaliações do grau de comprometimento do tegumento, avaliando os fatores extrínsecos e intrínsecos, pois estes são fundamentais no tratamento, na cura da lesão. Deve ser avaliado tamanho, local, grau de infecção, entre outros, para que se obtenha uma terapêutica satisfatória (SILVA *et al.*, 2017).

Ainda hoje, apesar da avançada tecnologia na área da saúde, observa-se um grande número de casos de feridas tanto crônicas como agudas, que são alguns dos problemas de saúde pública. Portanto, é importante realizar uma orientação adequada quanto ao reconhecimento do problema, ao seguimento do tratamento e aos cuidados com a prevenção das complicações de feridas.

Dessa forma, justifica-se demonstrar a relevância e importância dos cuidados de enfermagem no acompanhamento domiciliar diário diante da terapêutica em feridas cutâneas em seu longo e complexo processo cicatricial, embasado no conhecimento técnico científico e holístico, utilizando técnicas adequadas e produtos específicos para o tratamento de feridas, com melhor custo-benefício dentre a variedade que há no mercado e, assim, comprovando sua eficácia no tratamento.

O estudo foi desenvolvido em um município pequeno da região do sudoeste goiano, Portelândia, Goiás, com 4.000 habitantes de acordo com o IBGE (2018), entre os meses de novembro de 2018 a agosto de 2019, com o objetivo de descrever a importância dos cuidados de enfermagem no processo de cicatrização de ferida por *Erisipela Bolhosa*, por meio de um relato de experiência de um caso clínico, cujo processo de execução ocorreu durante a realização de curativo domiciliar diário.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este é um estudo descritivo observacional de um relato de experiência de um atendimento domiciliar a uma paciente portadora de ferida por *Erisipela Bolhosa*, realizado como atividade extracurricular, por graduandas de enfermagem, na cidade de Portelândia, município do interior de Goiás, no período de novembro de 2018 a agosto 2019.

O estudo atendeu os aspectos éticos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Santa Fé do Sul, por meio do Parecer Número: 3.487.318 e CAAE 15735019.9.0000.5428. Assinado o termo de consentimento livre esclarecido (TCLE) pela paciente que participou da pesquisa.

A coleta dos dados foi feita mediante registros diários da descrição das características da ferida, a mensuração da mesma via régua descartável 30cm (0 a 30cm) de comprimento e imagens fotográficas. Posteriormente, aplicada a escala *Pressure Ulcers: Scale for Healing* (PUSH).

A amostra (n) é de único caso clínico descrito abaixo e acompanhado por, aproximadamente, oito (08) meses, ou seja, até a cicatrização total.

Um caso clínico

Trata-se de um caso clínico de uma paciente adulta, sexo feminino, 40 anos, com comorbidade – hipertensão arterial sistêmica e obesidade – que, após sofrer queda da própria altura no dia 18/10/18, apresentou ferida lacerante na região da patela e fáscia interna do membro inferior esquerdo (MIE), vindo a necessitar de sutura, ela passou pelo procedimento em unidade hospitalar de sua cidade. Após dois dias do procedimento, a paciente apresentou sinais de infecção – febre alta, dor no local, edema, rubor, calor, seguidos de surgimento de bolha no local com líquido seroso que culminou em ferida necrosante. A paciente foi internada para tratamento clínico com antibioticoterapia endovenosa com (ceftriaxona 1g) e cuidados com a ferida, além dos curativos diários.

Após três dias, recebeu alta, passou a receber cuidados domiciliares por uma equipe composta por uma enfermeira dermatoterapeuta e duas graduandas,

do 9º período de Enfermagem, que se reuniam a cada 15 dias para discutir o caso, condutas terapêuticas, realização do curativo e cuidados dispensados a paciente, exceto finais de semana, quando o curativo era realizado na unidade hospitalar pela equipe de Enfermagem.

O curativo foi realizado com técnica limpa, apresentando um menor custo e minimizando o número total de micro-organismos, evitando ou reduzindo o risco de contaminação (PRADO *et al.*, 2016).

Na técnica limpa, foram utilizadas luvas de procedimento e instrumentos estéreis (pinça Kelly, auxiliar e gazes), somados aos princípios de assepsia, incluindo a preocupação com ambiente e a lavagem minuciosa das mãos e suprimentos, prevenindo a contaminação direta de materiais. Foi utilizado soro fisiológico 0,9% (SF), na limpeza e retirada de resíduo da ferida, na cobertura Kollagenase e Hidrogel.

Kollagenase – pomada que tem em sua composição colagenase clotridiopeptidase A, enzimas proteolíticas e cloranfenicol a 1%, indicada para feridas com tecido desvitalizado, necrosado e tem eficácia por ter capacidade de destruir células de colágeno que formam o tecido morto, dando mais espaço para as novas células se proliferarem (SILVA *et al.*, 2017).

A Hidrogel – gel transparente que tem em sua composição (77,7%) água, carboximetilcelulose (CMC-23%) e propilenoglicol (PPG-20%); age amolecendo e removendo o tecido desvitalizado através do debridamento autolítico, a presença de água propicia um meio úmido ideal para a cicatrização (COSTA *et al.*, 2015).

E a mensuração da lesão com régua de papel descartável. A mensuração apresenta-se como aspecto fundamental na avaliação de feridas, fornecendo, de maneira objetiva e sistematizada, os parâmetros que indicam a evolução da cicatrização (EBERHARDT *et al.* 2016).

A análise do resultado obtido foi feita via descrições diárias da evolução do processo de cicatrização, da técnica de curativo, aliadas à terapia farmacológica utilizada atestando a eficiente evolução da ferida.

Por meio das informações registradas da ferida durante o atendimento prestado ao paciente, foi aplicado o instrumento escala *Pressure Ulcers: Scale for Healing* (PUSH), que utiliza três parâmetros para avaliação do processo de cicatrização. Primeiramente, avaliou-se a área da ferida, aferindo o maior

comprimento (sentido cefalocaudal) *versus* a maior largura (linha horizontal da direita para esquerda) da ferida em cm². Multiplicando as duas medidas para encontrar a área da ferida, variando de 0 a >24cm² e escore que varia de 0 a 10, de acordo com a área encontrada.

O segundo parâmetro trata-se da quantidade de exsudato presente na ferida; após a remoção da cobertura, deve-se avaliar as características da ferida antes de realizar limpeza e aplicação de agente tópico e nova cobertura. É classificada como ausente, pequena, moderada e grande, correspondendo aos escores 0 (ausente) a 3 (grande). O último parâmetro é identificação do tipo de tecido que pode apresentar no leito da ferida-tecido necrosado, de coloração preta, marrom ou castanha; esfacelo, tecido de coloração amarela ou branca com cordões ou crostas grossas aderindo nas bordas e no leito da mesma; tecido de granulação, de coloração rósea ou avermelhada, de aparência brilhante, úmida e granulosa; ou tecido epitelial, surgimento de um novo tecido róseo ou brilhante desenvolvendo a partir das bordas ou como “ilhas” na superfície da lesão. Seu escore varia de 0 a 4, ferida fechada (0), tecido epitelial (1), tecido de granulação (2), esfacelo (3) e tecido necrótico (4) (ESPÍRITO SANTO *et al.*, 2013).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo realizado de um caso clínico de uma portadora de uma ferida cutânea causada por *Erisipela Bolhosa* na fáscia interna no membro inferior esquerdo, no período novembro de 2018 a agosto de 2019, apresentou os seguintes resultados, conforme descrição dos registros e características durante cuidados diários prestados.

Quadro 1 – Mensuração e características da ferida

20/10/2018	05/12/2018	13/01/2019	17/02/2019	24/04/2019	07/05/2019
Tamanho.	Tamanho.	Tamanho.	Tamanho.	Tamanho.	Tamanho.
>16cm comp. X>6,5cm larg.	16cm comp. 6,5cm	15cm comp. X5,4cmlar	15cmcomp. X 4cm larg.	11,5cm comp. X 2,6 larg.	6cm comp. X 2cm larg.

	larg.	g.			
Característica	Característica	Característica	Característica	Característica	Característica
Bordas delimitadas,	Necrose	Esfacelo	Esfacelo	Esfacelo	Tecido granulado
Necrose	Esfacelo	Tecido granulado	Tecido granulado	Tecido granulado	Bordas finas e planas
Esfacelo	Pouco exsudato	Pouco exsudato			
Exsudato					
Rubor					
Algia					
Iniciaram-se os cuidados	15 dias de cuidados	53 dias de cuidados	70 dias de cuidados	137 dias de cuidados	151 dias de cuidados

A primeira visita domiciliar foi em 20 de novembro de 2018, com o objetivo de avaliar as condições clínicas da paciente, as características da ferida e o ambiente em que ela estava inserida.

No primeiro dia da avaliação da ferida, foram observadas as seguintes características – tamanho > 16 cm de comprimento e largura > 6,5 cm, com bordas delimitadas, endurecida e com presença tecido necrosado e desvitalizado; em seu leito, presença de esfacelo e grande quantidade de exsudato seroso, além de rubor e algia local, evidenciados na figura 1.



Figura 1 – Processo de cicatrização de ferida por *erisipela* bolhosa, primeiro dia de avaliação.

Fonte: Acervo Próprio, 2019.

Os aspectos clínicos da paciente mantiveram-se dentro dos padrões normais após tratamento com antibioticoterapia (Amoxicilina+ Clavulanato 500mg + 125mg) via oral por 14 dias.

Após a avaliação, iniciaram-se os cuidados com a ferida, realizando curativo diário através da assepsia com soro fisiológico 0,9%, aplicando cobertura úmida, utilizando a terapia tópica com Kollagenase, com o objetivo de realizar o debridamento enzimático, gazes e atadura.

O procedimento acima descrito foi realizado diariamente até o dia 01 de dezembro de 2018; após reavaliação da conduta, foi necessário realizar um debridamento mecânico com lâmina de bisturi por uma enfermeira especialista dermatoterapeuta e mantida a cobertura anterior.

Com quinze (15) dias, foi realizada a segunda mensuração da ferida, que apresentou 16 cm de comprimento com 6,5 cm de largura, mantidos cuidados diários com a ferida e a paciente.



Figura 2 – processo de cicatrização de ferida por *erisipela* bolhosa, presença de fibrina e tecido de granulação no centro da ferida, foi evidenciado a importância do cuidado de enfermagem assim como a escolha correta da cobertura de acordo com a fase cicatricial em que se encontra.

Fonte: Acervo Próprio, 2019.

De acordo com a figura 2, com vinte cinco (25) dias, ao ser realizada nova avaliação, observou-se a presença de tecido de granulação no centro da ferida, com isso, houve a necessidade da utilização da Hidrogel para remover o tecido inviável através do debridamento autolítico, propiciando o meio úmido e região hidratada, ideal para a cicatrização. Foi mantida a Kollagenase nas bordas da ferida, devido à presença de fibrina.

De acordo com Ortiz-Vargas *et al.* (2017), a técnica de cobertura úmida é uma terapia mais adequada, pois oferece um resultado na cicatrização em menor tempo, reduzindo os custos no manejo da ferida, em contraponto com a terapia de cobertura seca.

Além disso, a técnica de cobertura úmida favorece o crescimento de granulação em um ambiente adequado por meio de um ambiente úmido da ferida, assim, mantendo a temperatura adequada para estimular a *fibrinólise* (ORTIZ; VARGAS *et al.*, 2017).

Foi conservada a conduta citada acima, utilizado Hidrogel e Kollagenase até dia 07 de janeiro de 2019, quando, ao realizar nova avaliação da evolução da ferida, foi suspensa a Kollagenase e mantido somente Hidrogel, devido à ausência de tecido necrosado e à presença de tecido de granulação.

Com cinquenta e três (53) dias de acompanhamento e cuidados com a feridas, realizou-se a terceira mensuração, constatou-se a redução de 1 cm do comprimento e 1,1 cm de largura, melhorando o aspecto da ferida, removendo

totalmente o tecido necrosado, apresentando 15 cm de comprimento e 5,4 cm de largura.

Totalizados setenta (70) dias de cuidados diários com a ferida, verificou-se sua redução em 1,4 cm da largura; na mensuração, contava-se com 4 cm, e o comprimento permaneceu no mesmo tamanho, se comparado à última medida, em 15 cm. No aspecto da ferida, houve aumento do tecido de granulação e ausência de processo infeccioso, utilizando cobertura apenas com Hidrogel.

Com oitenta e seis (86) dias de tratamento da ferida, houve uma redução de 2 cm do seu comprimento e 3,5 cm da sua largura. Na mensuração da ferida, 14 cm de comprimento e 3 cm de largura. O aspecto da ferida apresentou uma expressiva melhora do processo de cicatrização, com ausência de esfacelo, tecido necrosado e secreção.

Dentro de cinquenta e um (51) dias – o que corresponde ao período de 05/03 a 24/04/19 – constatou-se uma melhora significativa no aspecto geral da ferida, evidenciando a importância dos cuidados diários de enfermagem dispensada ao paciente, contribuindo para aceleração do processo de cicatrização, totalizando cento e trinta e sete (137) dias de cuidados diários com a ferida. A ferida estava com 11,5 cm de comprimento e 2,6 cm de largura. De acordo com a figura 3.



Figura 3. Aspecto da ferida após 137 dias de cuidados diários. O cuidado foi realizado com Hidrogel e a cobertura foi feita com gaze estéril, mantendo a ferida sempre úmida e protegida. A ferida apresentava-se com 11,5 cm de comprimento e 2,6 cm de largura. As bordas da ferida eram planas e bem definidas.

Completados cento e cinquenta e um (151) dias de cuidados diários, a ferida apresentou 6 cm de comprimento e 2 cm de largura. Nesse estágio, o

aspecto da ferida apresentava somente tecido de granulação com bordas finas e planas, como mostrado na figura 3.

Os cuidados diários em domicílio, nos meses de junho e julho de 2019, foram prestados somente a fim de manter a hidratação da derme, para finalizar o processo de cicatrização total, que foi atingido em 12 de agosto de 2019, completando duzentos e trinta e quatro (234) dias.

Sabido que o prognóstico médico informado ao paciente sobre processo de cicatrização total estava previsto em trezentos e sessenta e quatro (364) dias, no mínimo, com tratamento convencional ou perda total do membro.



Fonte: Acervo próprio, 2019.

O resultado obtido mostrado na figura 4, a cicatrização total da ferida por *erisipela* bolhosa, foi possível mediante cuidados diários domiciliares de enfermagem, de forma integral, associado à adesão da paciente e dos familiares.

Quadro 2 – Escore dos componentes da escala *Pressure Ulcer Scale for Healing* (PUSH), avaliação comprimento x largura

Comprimento x Largura	n	Comprimento	Largura	Escore
Início da coleta de dados	1	>16 cm	> 6,5 cm	8
15 dias	1	16 cm	6,5 cm	8
53 dias	1	15 cm	5,4 cm	8
70 dias	1	15 cm	4 cm	7

86 dias	1	14 cm	3 cm	7
137 dias	1	11,5 cm	2,6 cm	5
151 dias	1	6 cm	2 cm	4
234 dias	1	-	-	0

*Pressure Ulcers: Scale for Healing (PUSH) - MAKEBUST, [J. PUSH tool reality check: audience response. Pressure Ulcer Scale for Healing. AdvWound Care. 1997; 10\(5\):102-6.](#)

De acordo com o Quadro 2, analisado o comprimento *versus* largura – no início da coleta de dados até completar 53 dias de cuidados com a lesão – apresentou-se o escore 8; a partir de 70 dias até 86 dias de cuidados diários, muda o escore para 7; com 137 dias, escore 5; atingidos 151 dias, escore 4; completados 234 dias de cuidados diários, a lesão atingiu o escore 0 (fechado).

Quadro 3 – Escore dos componentes da escala *Pressure Ulcer Scale for Healing* (PUSH), avaliação da quantidade do exsudato

Quantidade de exsudato	n	ausente	Leve	Moderado	Grande	Escore
Início da coleta de dados	1	-	-	-	x	3
15 dias	1	-	-	-	x	3
53 dias	1	-	-	x	-	2
70 dias	1		x		-	1
86 dias	1	x	-	-	-	0
137 dias	1	x	-	-	-	0
151 dias	1	x	-	-	-	0
234 dias	1	x	-	-	-	0

*Pressure Ulcers: Scale for Healing (PUSH) - MAKEBUST, [J. PUSH tool reality check: audience response. Pressure Ulcer Scale for Healing. AdvWound Care. 1997; 10\(5\):102-6.](#)

Analisada a quantidade de exsudato, o escore da escala apresentou o seguinte resultado, de acordo com o quadro 3; do início até 15, a lesão estava coberta por uma grande quantidade de exsudato, segundo a escala de PUSH, escore 3; com 53 dias de cuidados a lesão a quantidade de exsudato reduz para moderado, escore 2; ao atingir 70 dias de cuidados até 234 dias, o escore de exsudato atinge o valor 0, ou seja, ausência total de secreção infecciosa.

Quadro 4 – Escore dos componentes da escala *Pressure Ulcer Scale for Healing* (PUSH), avaliação do tipo de tecido presente nas bordas e no leito da ferida

Tipo de tecido	n	Ferida Fechada	Tecido Epitelial	Tecido de granulação	Esfacelo	Necrose	Escore
Início da coleta de dados	1	-	-	-	-	x	4
15 dias	1	-	-	-	-	x	4
53 dias	1	-	-	-	x	-	3
70 dias	1	-	-	x	-	-	2
86 dias	1	-	-	x	-	-	2
137 dias	1	-	-	x	-	-	2
151 dias	1	-	x	-	-	-	1
234 dias	1	x	-	-	-	-	0

*Pressure Ulcers: Scale for Healing (PUSH) - MAKEBUST, [J. PUSH tool reality check: audience response. Pressure Ulcer Scale for Healing. AdvWound Care. 1997; 10\(5\):102-6.](#)

Por fim, de acordo com o Quadro 4, o último parâmetro da escala PUSH descreve o tipo de tecido que apresenta nas bordas e no leito da lesão – do início da coleta de dados até os primeiros 15 dias de tratamento, o escore estava em 4, com presença de tecido necrosado; ao 53 dias de cuidados, a lesão apresentava escore 3, presença de esfacelos e ausência de tecido necrosado; quando

completou 70 dias de cuidados com a lesão até 137 dias, o escore muda para 2, surgindo o tecido de granulação. Quando completou 151 dias, o escore atinge o valor 1, formando o tecido epitelial; e com 234 dias, o escore da lesão atinge o valor 0, ferida fecha totalmente.

A escala de PUSH é um instrumento criado para o acompanhamento da evolução de lesão de pressão EUA, no Brasil, foi adaptado e validado para acompanhar a evolução de úlceras de perna (ESPIRITO SANTO *et al.*, 2013).

Conforme a referência com os dados registrados, aplicou-se a escala e notou-se que os cuidados diários prestados com objetivo de promover a cicatrização foram positivos, por completar a cicatrização total em aproximadamente oito (8) meses.

Embora segundo as Diretrizes Assistenciais adotadas pelo protocolo assistencial multiprofissional: Prevenção e tratamento de lesão por pressão de 2018 do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), não foram obtidas respostas definitivas quanto aos fatores que influenciam e determinam o tempo de cicatrização, devido às variáveis que estão envolvidas no processo, desde a adesão do paciente e familiares até os procedimentos e cuidados por parte dos profissionais de saúde envolvidos (MACHADO *et al.*, 2018).

O presente estudo apresenta fragilidade devido ao fato de ter amostra única, sem dados para comparar a outro caso semelhante e realizar avaliação analítica.

CONCLUSÃO

Após apresentação dos resultados, concluiu-se que o acompanhamento diário do curativo domiciliar realizado pela enfermagem acelerou o processo de cicatrização, somado às orientações do autocuidado do paciente – higienização pessoal, alimentação adequada e adesão por parte dele e dos seus familiares quanto à terapêutica proposta.

Podendo considerar a importância da Educação em Saúde ofertada para o paciente e familiares na contribuição para um resultado positivo, mas que a falta de acompanhamento do curativo diário pela enfermagem e a utilização de

produtos inadequados podem comprometer o processo de cicatrização, assim como também a não adesão do paciente ao tratamento.

São necessários novos estudos de casos clínicos semelhantes, os quais utilizam semelhante técnica de cuidados, com objetivo de encontrar dados comparativos que contribuam para o enriquecimento científico.

REFERÊNCIAS

- BARROS, Marcelo Parente Lima *et al.* Caracterização de feridas crônicas de um grupo de pacientes acompanhados no domicílio. *Revista Interdisciplinar*, v. 9, n. 3, p. 1-11, 2016.
- BORGES, E. L.; FERNANDES, F. P. Úlcera por pressão. *In: DOMANSKY, R. C.; BORGES E. L. Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2014.*
- CHIBANTE, C. L. de P. *et al.* Saberes e práticas no cuidado centrado na pessoa com feridas. *Esc. Anna Nery*, v. 21, n. 2, 2017.
- COSTA, A. M. *et al.* Custos do tratamento de úlceras por pressão em unidade de cuidados prolongados em uma instituição hospitalar de Minas Gerais. *Rev. Enfermagem Revista* 58. v. 18, n. 01, 2015.
- CRUZ, R. A. O. *et al.* Abordagem e reflexões para o cuidado do cliente com erisipela. *Revista brasileira de educação e saúde REBES, Pombal-PB*, v. 6, p. 22-26, 2016.
- DUTRA, R. M. *et al.* Perfil de pacientes acompanhados pela comissão interdisciplinar de tratamento de feridas. *Rev. enferm UFPE online, Recife*, v. 11, n. 2, p. 941-9, 2017.
- EBERHARDT, Thaís Dresch *et al.* Mensuração de área de úlceras venosas por meio de dois softwares. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 24, p. 1-6, 2016.
- ESPÍRITO SANTO, Patrícia Ferreira *et al.* Uso da ferramenta Pressure Ulcer Scale for Healing para avaliar a cicatrização de úlcera crônica de perna. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, v. 28, p. 133-41, 2013.
- FAVRETO, F. J. L. *et al.* O papel do enfermeiro na prevenção, avaliação e tratamento das lesões por pressão. *Revista Gestão & Saúde*, v. 17, n. 2, p. 37-47, 2017.
- MACHADO, Diani de Oliveira *et al.* Cicatrização de lesões por pressão em pacientes acompanhados por um serviço de atenção domiciliar. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 27, n. 2, 2018.
- MEDEIROS, Aldo Cunha; DANTAS-FILHO, Antônio Medeiros. Cicatrização das feridas cirúrgicas. *Journal of Surgical and Clinical Research*, v. 7, n. 2, p. 87-102, 2017.
- OLIVEIRA, Aline Costa de *et al.* Qualidade de vida de pessoas com feridas crônicas. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 32, n. 2, p. 194-201, 2019.
- OLIVEIRA, Adriana Lima *et al.* Erisipela: um aprendizado de forma humanizada. *Gep News*, v. 1, n. 1, p. 69-74, 2018.
- ORTIZ-VARGAS, I. *et al.* Cura húmeda de úlceras por presión. *Atención en el ámbito domiciliar. Enfermería universitaria*, v. 14, n. 4, p. 243-250, 2017.
- PRADO, Athayne Ramos *et al.* Uso da Técnica Limpa ou Estéril em Curativos. *Journal of Health Sciences*, v. 18, n. 3, p. 217-22, 2016.
- SEHNEM, Graciela Dutra *et al.* Dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no cuidado de enfermagem a indivíduos portadores de feridas. *Ciênc. cuid. saúde*, v. 14, n. 1, p. 839-46, 2015.
- SILVA, M. G. *et al.* A importância da avaliação multidisciplinar no tratamento de feridas crônicas. *Internacional nurse congress*, 2017.
- SILVA, Patrick Leonardo Nogueira *et al.* Diagnósticos e intervenções de enfermagem em paciente com erisipela: estudo de caso em hospital de ensino. *Revista Eletrônica Gestão e Saúde*, n. 3, p. 1512-1526, 2013.
- VARELLA, Drauzio. Erisipela. *Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascul. Publicado: Quinta, 10 de setembro de 2015, 11h34 | Acessos: 7524.*
- VIEIRA, C. P. de B.; ARAÚJO, T. M. E. de. Prevalência e fatores associados a feridas crônicas em idosos na atenção básica. *Rev Esc. Enferm USP, São Paulo*, v. 52, 2018.