



Adriana da Paz Mendonça

Lívia Hinz Caliço

Mayra Gonçalves Aragón

# Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA



Adriana da Paz Mendonça

Lívia Hinz Caliço

Mayra Gonçalves Aragón

# Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

UFSC  
FLORIANÓPOLIS | SC  
2018

# Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

# Ficha Técnica Ficha Catalográfica

## GOVERNO FEDERAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS)  
DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO E REGULAÇÃO DA  
PROVISÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE (DEPREPS)

## UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

REITOR: UBALDO CESAR BALTHAZAR  
VICE-REITORA: ALACOQUE LORENZINI ERDMANN  
PRÓ-REITOR DE EXTENSÃO: ROGÉRIO CID BASTOS

## CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DIRETOR: CELSO SPADA  
VICE-DIRETOR: FABRÍCIO NEVES

## DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

CHEFE DO DEPARTAMENTO: FABRÍCIO AUGUSTO MENEGON  
SUBCHEFE DO DEPARTAMENTO: MARIA CRISTINA MARINO  
CALVO

## EQUIPE TÉCNICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS)  
FERNÃO LOPES  
DENISE LEITE

## DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO E REGULAÇÃO DA PROVISÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE (DEPREPS)

SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA  
SAÚDE (SGTES)  
PAULO COURY  
OLGA RODRIGUES  
ROBERTO ESTEVES  
RODRIGO LIMA

## DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA(DAB) / SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE (SAS)

MARIANA ALENCAR SALES  
GRAZIELA TAVARES

## GESTOR GERAL DO PROJETO

ANTONIO FERNANDO BOING

## EQUIPE DE PRODUÇÃO EDITORIAL

CAROLINA CARVALHO BOLSONI  
DEISE WARMLING  
SABRINA BLASIU FAUST  
SHEILA RUBIA LINDNER

## EQUIPE EXECUTIVA

ALEXANDRA CRISPIM BOING  
RENATA CANDEMIL  
ROSÂNGELA LEONOR GOULART  
SHEILA RUBIA LINDNER

## CONSULTORIA TÉCNICA

ANA CRISTINA VIDOR  
NICOLLE VIGNA NAKATA

## AUTORIA DO MÓDULO

ADRIANA DA PAZ MENDONÇA  
LÍVIA HINZ CALIÇO  
MAYRA GONÇALVES ARAGÓN

## IDENTIDADE VISUAL E PROJETO GRÁFICO

PEDRO PAULO DELPINO

## DIAGRAMAÇÃO

KARINA SILVEIRA

## ILUSTRAÇÕES

TARIK ASSIS

## ESQUEMÁTICOS

NAIANE CRISTINA SALVI

## DESIGN INSTRUCIONAL, REVISÃO DE LÍNGUA PORTUGUESA E ABNT

EDUARD MARQUARDT

## EQUIPE DE PRODUÇÃO DO CONTEÚDO ONLINE

DALVAN ANTONIO DE CAMPOS  
LARISSA PRUNER MARQUES

## FONTE PARA IMAGENS E ESQUEMÁTICOS

FOTOLIA

M539p Mendonça, Adriana da Paz

Procedimentos em atenção primária [Recurso eletrônico] / Adriana da Paz Mendonça, Lívia Hinz Caliço, Mayra Gonçalves Aragón. - Florianópolis: UFSC, 2018. 101 p. : il. color.

Modo de acesso:

Conteúdo do módulo: Estrutura física, materiais, insumos e medicamentos. – Procedimentos em eventos agudos. – Procedimentos eletivos.

**ISBN: 978-85-8267-122-1**

1. Atenção primária. 2. Procedimentos de tratamento. 3. Procedimento clínico. I. UFSC. II. Mendonça, Adriana da Paz. III. Caliço, Lívia Hinz. VI. Aragón, Mayra Gonçalves. V. Título.

CDU: 364.2

# Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

Carta das autoras.....	6
1 Estrutura física, materiais, insumos e medicamentos.....	8
1.1 Estruturação física, materiais, insumos e medicamentos.....	11
1.1.1. Ações e técnicas de segurança.....	12
1.1.2. Anestesia loco-regional.....	15
1.1.3. Relação médico-paciente.....	19
1.2 Resumo da unidade.....	20
2 Procedimentos em eventos agudos.....	21
2.1 Corpos estranhos.....	22
2.1.1. Farpas de madeira e metálica.....	24
2.1.2. Vidros e pedras.....	25
2.1.3. Pregos, anzol e anel.....	25
2.1.4. Corpos estranhos nasais, oculares, retais e no conduto auditivo.....	27
2.2 Feridas.....	30
2.2.1. Natureza do objeto vulnerante.....	31
2.2.2. Quanto à profundidade.....	32
2.2.3. Quanto ao grau de contaminação.....	32
2.2.4. Quanto à complexidade.....	33

# Sumário

2.2.5. Tratamento.....	33
2.3 Mordeduras.....	35
2.3.1. Manejo segundo tipo de mordedura.....	36
2.3.2. Antibioticoterapia segundo tipo de mordedura.....	38
2.4 Intoxicações.....	40
2.4.1. Lavagem gástrica.....	45
2.5 Abscesso.....	47
2.5.1. Tratamento.....	48
2.6 Resumo da unidade.....	50
3 Procedimentos eletivos.....	51
3.1 Exérese de cistos, lipomas, verrugas e nevos.....	52
3.1.1. Cistos.....	52
3.1.2. Lipomas.....	54
3.1.3. Verrugas.....	55
3.1.4. Nevos.....	59
3.2 Lavagem auricular.....	61
3.3 Cuidados com sondas nasogástricas (SNG) e ostomias.....	64
3.3.1. Sondagem para dieta enteral.....	65

# Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

3.3.2. Gastrostomia.....	67
3.3.3. Cistostomia.....	67
3.3.4. Cânula de traqueostomia.....	68
3.4 Úlceras cutâneas.....	68
3.4.1. Úlcera arterial.....	69
3.4.2. Úlcera neuropática.....	70
3.4.3. Úlcera venosa.....	70
3.5 Paroníquia e unha encravada.....	79
3.5.1. Paroníquia.....	79
3.5.2. Unha encravada.....	81
3.6 Molusco contagioso.....	84
3.7 Orientações para todos os procedimentos.....	86
3.7.1. Cuidados pós-operatórios.....	86
3.7.1.1. Medidas de prevenção para distúrbios fibroproliferativos.....	86
3.7.1.2. Analgesia.....	88
3.7.1.3. Aconselhamentos.....	89
3.7.2. Seguimento pós-procedimento.....	89

## Sumário

3.7.3. Complicações.....	91
3.7.4. Seguimento pós-procedimento.....	94
3.8 Resumo da unidade.....	94
Encerramento do módulo.....	96
Referências bibliográficas.....	97
Minicurriculo das autoras.....	100

Caro aluno,

Parabéns por ser o mais novo ingressante do curso **Procedimentos em Atenção Primária**. É uma grande satisfação poder contribuir para aprimorar a sua prática profissional.

O tema bordado neste livro é de extrema importância, já que possibilita mais resolutividade aos médicos que atuam na atenção primária à medida que os capacita para a realização de pequenos procedimentos cirúrgicos, tanto para situações agudas quanto para as crônicas. Nas próximas unidades conduziremos você, juntamente com sua equipe multidisciplinar, no caminho de identificar os procedimentos cirúrgicos que devem ser feitos na atenção primária, de tratar

da maneira mais adequada baseado nas melhores evidências, e de reconhecer as complicações e a necessidade de encaminhamento do paciente.

O tema escolhido é relevante, pois se trata de demanda frequente dos centros de saúde. Caso não seja realizado de maneira adequada, coloca em risco a segurança do paciente.

Vamos fazer essas 30 horas de estudo valerem a pena, já que estudar é fazer acontecer.

Bom aprendizado!

**Professoras:** Adriana da Paz Mendonça,  
Lívia Hinz Caliço e Mayra Gonçalves Aragon

## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

## Objetivos educacionais

Carga horária para este módulo: 30 hs

- Apresentar os pequenos procedimentos clínicos e cirúrgicos ambulatoriais que devem ser ofertados como parte do escopo de ações de responsabilidade da atenção primária à saúde (APS).
- Disponibilizar protocolos para a realização de procedimentos clínicos e cirúrgicos para situações agudas, tais como drenagem de abscessos, lavagem gástrica, remoção de corpos estranhos e avaliação e tratamento de ferimentos e mordeduras.
- Ofertar protocolo para a realização de procedimentos clínicos e cirúrgicos para situações eletivas, tais como exérese de cistos, verrugas, lipomas e nevos, lavagem de ouvido, sondagem para dieta enteral, troca de gastrostomia, traqueostomia definitiva e cistostomia, cantoplastia ungueal e remoção de molusco contagioso.
- Abordar indicações, contraindicações e complicações dos procedimentos.
- Apontar técnicas e medidas para profilaxia de infecções secundárias e indicar profilaxia tetânica nas situações adequadas.
- Abordar temas e aspectos relativos à estrutura física adequada, materiais, insumos e medicamentos necessários para a realização de procedimentos na APS.
- Orientar quanto a ações e técnicas que garantam a segurança do paciente e do profissional, tais como esterilização de equipamentos, indicação de uso de técnica limpa ou estéril, equipamentos de proteção individual etc.
- Apresentar técnicas adequadas de anestesia local e regional, e indicação do tipo, quantidade e dose mínima eficaz do anestésico para cada situação com orientações de profilaxia de toxicidade anestésica.
- Abordar possíveis indicações em relação à necessidade de encaminhamento para nível secundário de atenção.
- Apresentar o método de avaliação inicial de úlceras por pressão, arteriais e venosas, e referenciar quanto à busca no módulo “Princípios para o cuidado domiciliar para profissionais de nível superior” o aprofundamento de orientações de tratamento e indicações de coberturas de lesões crônicas.

## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA



## Unidade 1

Estrutura física, materiais, insumos e medicamentos

## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA



### Unidade 1

#### Estrutura física, materiais, insumos e medicamentos

Dentre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a universalidade e a integralidade são princípios fundamentais, pelos quais podemos justificar a importância da realização de pequenos procedimentos na Atenção Primária à Saúde (APS), também chamada de Atenção Básica de Saúde. Por meio dela permite-se às pessoas terem acesso aos serviços que necessitam no momento mais oportuno possível. Nesse sentido, a integralidade se refere à abordagem integral dos indivíduos em suas necessidades. Isso inclui alcançar, na unidade de saúde mais próxima de sua residência, a resolução de quadros patológicos que necessitem abordagem de **procedimentos\*** cirúrgicos em nível ambulatorial.

Importante salientar que a realização de procedimentos fora de âmbito hospitalar está amparada por normas do Conselho Federal de Medicina, com a resolução mais atual no 1886/2008 CFM. As unidades de saúde são classificadas como estabelecimento de nível I, no qual não se necessita de anestesista. O paciente fica na unidade somente o tempo de realização do procedimento.

Na mesma resolução, tem-se a descrição dos critérios de seleção



**NOTA LATERAL** Procedimento aqui tem mais de um significado: refere-se a intervenções cirúrgicas em pequena escala, também chamadas “pequena cirurgia”. Refere-se também a intervenções não cirúrgicas, como procedimentos de enfermagem. Assim, o termo abrange uma grande quantidade de ações, que envolvem tanto profissionais de nível médio – os técnicos e auxiliares de enfermagem – quanto os profissionais enfermeiro e médico, todos trabalhando em conjunto nas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

dos pacientes para realização de cirurgias fora de âmbito hospitalar, que são aqueles com categorias ASA-I e ASA-II da American Society of Anesthesiologists (1962), acompanhe no esquemático. :

Critérios de seleção dos pacientes para realização de cirurgias fora de âmbito hospitalar. American Society of Anesthesiologists (1962)

**ASA I:**  
paciente sem transtornos orgânicos, fisiológicos, bioquímicos ou psicológicos. A enfermidade que necessita de intervenção é localizada e não gera transtornos sistêmicos.

**ASA II:**  
o paciente apresenta pequenos ou moderados transtornos gerais, seja pela enfermidade sob intervenção ou outra (ex.: enfermidade cardíaca leve, diabetes leve ou moderado, anemia, hipertensão compensada, idades extremas e obesidade).

## Unidade 1

### Estrutura física, materiais, insumos e medicamentos

Existem ainda manuais que garantem a realização dos procedimentos em unidades de saúde, como o **Manual de estruturação física das unidades de saúde** (BRASIL, 2008) e a **Política Nacional de Atenção Básica** (BRASIL, 2006; BRASIL, 2017). É importante que os profissionais que estão agindo na ESF tenham conhecimento de tais documentos, que devem ser usados para articular com os gestores a providência dos materiais e insumos necessários para realizar os procedimentos, e, se necessário, organizar a capacitação dos profissionais.



**REFLEXÃO** É comum encontrar profissionais da Atenção Básica sobrecarregados e cansados. Mudar processos de trabalho na equipe demanda esforço e empreendimento. Como médico e enfermeiro da equipe, como iniciar ou ampliar a variedade de procedimentos cirúrgicos na minha unidade?

Primeiro, e mais importante, é ter entusiasmo, pois com isso é possível encorajar o resto da equipe na potencialidade de resolução de problemas, reunir colegas de outras equipes para capacitar demais profissionais e utilizar as informações colocadas aqui para articulações com a gestão e adquirir os materiais necessários. Um importante aliado nesse processo são os conselhos de saúde, uma vez que os resultados vão ter impacto importante à comunidade.

# Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

## 1.1 Estruturação física, materiais, insumos e medicamentos

Estrutura física mínima constitui-se de uma sala preferencialmente exclusiva para curativos e procedimentos, mas, se necessário, pode-se utilizar a mesma sala para aplicação de injetáveis e atendimento de urgência e emergência. A sala de curativos e procedimentos deve ainda estar próxima à **central de material e esterilização\***. No quadro 1 está a lista de materiais mínimos para esta sala, sugerida pelas autoras, com base no **Caderno de Atenção Básica: Procedimentos** (BRASIL, 2011).



**NOTA LATERAL** A central de material e esterilização é considerada uma área de apoio às salas de uma Unidade Básica de Saúde. É um espaço destinado à recepção, limpeza, preparo, esterilização, guarda e distribuição do material. Caso o município tenha uma estrutura centralizada para esterilização de materiais, recomenda-se apenas uma sala de utilidades nas unidades.

## Unidade 1

### Estrutura física, materiais, insumos e medicamentos

#### Quadro 1

##### Materiais necessários para os procedimentos de sutura, drenagem, desbridamento, exérese e tratamento de feridas

- Foco luminoso
- Lidocaína: 1% sem vasoconstritor para anestesia local
- **Lidocaína\***: 1% com vasoconstritor (epinefrina) para anestesia local
- Campos estéreis: (fenestrados e não fenestrados)
- Instrumentais: pinças hemostáticas curvas, pinça dente de rato, pinças anatômicas com e sem dentes, tesoura reta, tesoura curva, porta-agulha, cabo e lâmina de bisturi, tentacânula
- Dreno de Penrose
- Fios de sutura: (absorvível e não absorvível)
- Seringas
- Agulhas
- Swab de cultura: se necessário
- Soro fisiológico: para limpeza da ferida
- Antissépticos: para limpeza da pele íntegra ao redor de uma ferida ou antisepsia do local que será incisionado (solução de iodopovidina ou clorexidina)
- Gaze
- Atadura
- Esparadrapo
- Coberturas primárias: 1. Hidrocoloide; 2. Ácido graxo essencial; 3. Alginato de cálcio; 4. Sulfadiazina de prata
- Frascos estéreis: para coleta de material para anátomo-patológico
- Bisturi: elétrico (se possível)

## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA



**NOTA LATERAL** Por vezes, não há anestésico com vasoconstritor para utilização nas Unidades Básicas de Saúde, ou é de uso restrito ao ambiente odontológico. No entanto, considerando os benefícios de diminuição de sangramento durante a cirurgia e no pós-cirúrgico, o que melhora a realização da técnica cirúrgica e também diminui complicações cirúrgicas, as autoras sugerem a sua inclusão na lista de materiais necessários. O risco principal está em possibilidade de isquemia irreversível quando aplicado em áreas de vascularizações terminais, como dedos, ponta de nariz e pênis. Devido à potencial gravidade desse uso inadequado, este risco não deve ser esquecido. Existem ainda efeitos adversos se houver absorção sistêmica, que podem surgir algum tempo após seu uso, como taquicardia, palidez, mal-estar e ansiedade. Efeitos sistêmicos geralmente podem prevenidos ao se realizar técnica anestésica adequada.

### 1.1.1. Ações e técnicas de segurança

#### Para o paciente

Com paciente posicionado em maca, deve-se realizar limpeza do local a ser abordado com soro fisiológico a 0,9%. Nas situações agudas com presença de sujeira visível e em feridas infectadas, pode-se utilizar antissépticos degermantes, como o iodopovidina ou clorexidina.

## Unidade 1

### Estrutura física, materiais, insumos e medicamentos

**Figura 1 – Segurança para o paciente**



Antes de realizar a antissepsia, verificar se o paciente tem alergia a algum componente, principalmente o iodo. Para procedimentos invasivos, após a limpeza inicial, utiliza-se antissepsia

## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

com antisséptico tópico, iodado ou não, e se possível colocam-se campos estéreis, dando preferência aos fenestrados. Utilizar sempre instrumentais e materiais adequadamente esterilizados. A própria assepsia e antisepsia do profissional, descrito a seguir, é um fator de segurança para o paciente. As técnicas assépticas se caracterizam pela utilização de materiais sobre o corpo, como o uso de luvas e máscara; já a antisepsia do profissional é configurada através da lavagem das mãos utilizando soluções antissépticas.

### **Para o profissional**

A utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI) como óculos, touca ou gorro, jaleco de procedimento, máscara deve ser um hábito na realização de todos os procedimentos invasivos, além de se fazer a retirada de pulseiras, relógios, anéis, brincos grandes e outros acessórios antes de colocar os EPIs.

## Unidade 1

### Estrutura física, materiais, insumos e medicamentos

Após colocar os EPIs e antes de colocar a luva estéril, uma etapa fundamental é a lavagem das mãos, que deve ser realizado com técnica adequada conforme a figura a seguir.

**Figura 2 – Equipamento de Proteção Individual**



# Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

## Unidade 1

### Estrutura física, materiais, insumos e medicamentos

Figura 3 – Lavagem das mãos



Para a técnica de higienização anti-séptica das mãos, seguir os mesmos passos e substituir o sabonete líquido comum por um associado a anti-séptico.

Após a lavagem das mãos, calçam-se as luvas estéreis de tamanho adequado Observe a figura a seguir.

Figura 4 – Técnica de calçar e descalçar luvas estéreis



## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

Após esse momento, o profissional somente deve ter contato com materiais esterilizados ou superfície asséptica de paciente. Durante os procedimentos, é recomendável a presença de um auxiliar externo. Se isso não for possível, deixar separado e aberto todos os materiais necessários antes de colocar as luvas.

Para procedimentos não invasivos, como curativos e retiradas de pontos, comumente realizados pelos técnicos de enfermagem, podem-se utilizar luvas de procedimento não estéreis. Para demais casos utilizar luvas estéreis.

### 1.1.2. Anestesia locorregional

A anestesia loco-regional é a permitida fora de ambiente hospitalar, sem a necessidade de anestesista, sendo o médico o profissional responsável por sua aplicação. A lidocaína é o anestésico predominantemente disponível na Atenção Básica no Brasil. Apesar de existirem outros que possam também ser utilizados, vamos nos ater ao de uso mais frequente.

## Unidade 1

### Estrutura física, materiais, insumos e medicamentos

Figura 5 – A anestesia loco-regional é a permitida fora de ambiente hospitalar



A lidocaína pode ser encontrada nas apresentações 0,5% (5 mg por ml), 1% (10 mg/ml) e 2% (20 mg/ml), associada ou não a vaso-

## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

constritor. O vasoconstritor utilizado normalmente é a epinefrina. As normas brasileiras permitem a utilização de lidocaína em dose até 0,7 a 1mg/kg, sem ultrapassar o valor de 70mg no total, em qualquer ambiente ambulatorial e sem necessidade de anestesista. Dose total de 70 mg é equivalente a dois tubetes odontológicos (1,8ml) de lidocaína a 2%, ou em frascos com dose de 20mg/ml, o uso de 3,5ml de anestésico em um adulto com mais de 70kg.



**NOTA LATERAL** A Comissão de Normas Técnicas da Sociedade Brasileira de Anestesiologia

(CNT/SBA), divide a recomendação de uso de lidocaína para três tipos de procedimentos ambulatoriais.

- Anestesia local para pequenos procedimentos cirúrgicos: dose empregada não excede 70mg de lidocaína (10% da dose

## Unidade 1

### Estrutura física, materiais, insumos e medicamentos

total permitida). A absorção parcial ou total da dose não implica efeitos sistêmicos indesejáveis ou de risco iminente.

- Anestesia local para procedimentos de médio porte: aplicação de uma dose maior que 10% da recomendada, porém menor que 50% (até 350 mg ou 3,5 mg/kg) deve ser realizada em ambiente cirúrgico, com veia canulada e paciente monitorizado (ECG e oximetria de pulso). Eventual injeção intravascular acidental pode chegar a provocar convulsão e/ou parada cardíaca.

- Anestesia local para procedimento de grande porte: administração de uma dose maior que 50% (dose acima de 3,5 mg/kg) exige a presença do anestesiológico, em ambiente hospitalar.

A duração do efeito do anestésico depende de algumas variáveis, como local de aplicação, quantidade aplicada e a associação com vasoconstritor, este último aumenta a sua duração.



**IMPORTANTE** É importante ressaltar que está totalmente contraindicado o uso de vasoconstritor em regiões de vascularizações terminais, que são irrigadas por uma única artéria, como os dedos, o pênis e a ponta de nariz, devido ao risco de isquemia e necrose definitivas.

É importante mencionar que a duração do efeito anestésico é difícil de determinar, sendo necessário então a colaboração do paciente para avisar a necessidade de reforço. Antes da aplicação do anestésico, descreva-se para o paciente qual será o efeito do anestésico, ressaltando que é normal sentir o toque e manipulação da região, uma vez que o anestésico bloqueia somente a dor. Deve-se perguntar ativamente sobre a presença de dor durante o procedimento para verificar a manutenção do efeito anestésico, pois algu-

## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

mas sentem-se inibidas em demonstrar.

Quanto à dose recomendada, utiliza-se as concentrações de 0,25 a 0,5% em infiltrações, e 1-2% nos bloqueios. Considerando o uso máximo total de 70mg de lidocaína em pequenos procedimentos ambulatoriais, recomenda-se utilizar 50% da dose inicial a cada hora de procedimento (SÃO PAULO, 2004)..

Casos de toxicidade por lidocaína são raros. No entanto, se absorvida em grandes quantidades por via sanguínea, pode haver sintomas do sistema circulatório e de sistema nervoso central. A melhor profilaxia é a correta utilização de técnica anestésica e atenção na quantidade utilizada. As técnicas anestésicas podem ser classificadas como:

Técnicas Anestésicas

Local

Infiltrativa

Bloqueio de campo

Bloqueio troncular

A técnica local é empregada através de contato da pele com creme ou gel. Nas demais técnicas, utiliza-se introdução de anestésico com seringa e agulha.



**IMPORTANTE** É importante sempre fazer a aspiração do êmbolo antes da introdução do anestésico, para evitar absorção via sistêmica. Assim, ao aplicar a agulha, sempre aspirar primeiro; se houver retorno de sangue, retirar a agulha e aplicar em área próxima para não introduzir anestésico na circulação sanguínea.

## Unidade 1

Estrutura física, materiais, insumos e medicamentos

### Anestesia tópica

Os anestésicos locais em geral têm muito pouco efeito tópico sobre a pele intacta. Algumas preparações especiais conseguem ter um efeito mais eficiente, como a EMLA, que é a mistura de lidocaína com prilocaína na concentração de 1:1. A EMLA pode ser utilizada em procedimentos mais superficiais, necessitando aplicá-la com uma camada grossa sobre o local desejado e cobrir com uma bandagem por 60 minutos antes da realização do procedimento.

### Anestesia infiltrativa

Técnica muito utilizada. Refere-se à aplicação de anestésico solúvel em região inferior ao local onde será realizado o procedimento, na derme ou subderme. A

## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

pele mais superficial – derme – é mais sensível que a subderme, sugere-se assim iniciar a aplicação do anestésico em subderme para depois ir fazendo a infiltração intradérmica de toda a região a ser manipulada durante o procedimento. Recomenda-se a introdução da agulha a 15-30 graus, com aplicação primeiramente na subderme e durante a retirada da agulha administra-se anestésico em região intradérmica. Durante a anestesia, utiliza-se minimamente dois tipos de agulha, uma com maior calibre – 18G ou 20G – para aspirar o anestésico do frasco, e outra com menor calibre, como 25G, 27G ou 30G, para sua aplicação no paciente. Se possível, fazer um leve estiramento da pele na região no momento da aplicação com a mão não do-

minante. Em feridas não infectadas, sugere-se realizar reforço de anestesia nas bordas internas, evitando a punção da pele. Estes detalhes podem diminuir o desconforto e dor do paciente no momento da anestesia.

### **Anestesia por bloqueio de campo**

A anestesia por bloqueio de campo é um tipo específico de anestesia infiltrativa, normalmente utilizada em duas situações – primeiro, quando é necessário abordar uma lesão em processo inflamatório e infeccioso importante, uma vez que a anestesia infiltrativa local tem efeito muito limitado nesse caso; segundo, quando é necessário preservar a topografia da região a ser operada, pois a anestesia infiltrativa normalmente traz uma deformidade temporária local devido à presença do anestésico na subderme.

## Unidade 1

### Estrutura física, materiais, insumos e medicamentos

Assim, o bloqueio é realizado por dois ou mais botões anestésicos equidistantes com a lesão no seu centro, seguido de infiltração de anestésico na subderme e derme em forma de leque, unindo os botões iniciais. Faz-se a administração em planos mais superficiais, depois em planos mais profundos, cuidando com a quantidade total de anestésico utilizada. Esta anestesia é utilizada com frequência em procedimentos envolvendo abcessos, como será abordado mais adiante, sendo possível também nestes casos utilizar somente a infiltração intradérmica no local afetado.

### **Anestesia troncular**

É possível realizar o bloqueio troncular de diversos níveis dos membros, sendo que o bloqueio mais utilizado na prática é de lon-

## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

ge o bloqueio digital, tanto em mãos como em pés. A anestesia troncular se baseia na aplicação de anestésico diretamente nos nervos, sendo utilizado anestésico sem vasoconstritor. Importante reforçar que os bloqueios digitais são realizados em locais com vascularização terminal, assim qualquer reforço anestésico com infiltração local deve ser com anestésico sem vasoconstritor.

Como exemplo, nas mãos, os quatro nervos digitais se localizam nas laterais dos dedos. Para realizar a administração do anestésico apalpa-se a articulação metacarpofalangeana e injeta-se aproximadamente 1ml de lidocaína nos locais por onde passam os nervos. Nos artelhos dos pés, a técnica é feita de forma análoga. Ressaltamos que os polegares e os halux geralmente possuem inervação adicional, necessitando reforço distal

### 1.1.3. Relação médico-paciente

#### Postura ética e comunicativa

Assim como em todo contato com o paciente, é necessário ter uma postura empática e comunicativa. Isso é ainda mais forte

## Unidade 1

### Estrutura física, materiais, insumos e medicamentos

Figura 6 – Criação de vínculo entre a equipe e a população



na atenção básica, em que a criação de vínculo e bom relacionamento de equipe e população se tornam importantes ferramentas diagnósticas e terapêuticas.

Habilidades de comunicação são importantes de serem treinadas por toda a equipe. Deve-se utilizar sempre linguagem clara e compreensível para explicar todas as etapas que serão realizadas, antes, durante e após os procedimentos. Cuidado com a presença de

# Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

acompanhantes; restrinja o número e permita permanecer ao lado do paciente se for necessário acalmá-lo. Ao término do procedimento, deve-se explicar bem as orientações necessárias tais como cuidados com ferida e curativo, possíveis complicações e quando deve retornar. É importante deixar as orientações também por escrito.

## Autorização

Todo procedimento deve ter autorização do paciente, que deve decidir de forma autônoma se quer fazer o procedimento, sendo necessário para que tome essa decisão ter clareza das indicações, contraindicações, técnicas e possíveis complicações. Essa autorização pode ser verbal e descrita em prontuário. Embora não seja legalmente

obrigatório, pode ser usado também realizar um termo de consentimento por escrito.

## 1.2 Resumo da unidade

As unidades de saúde em Atenção Básica (AB) devem possuir estrutura física, materiais, insumos e medicamentos para realização de pequenos procedimentos a serem realizados pelos auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos.

Como ações e técnicas de segurança, tem-se a antissepsia do paciente e a esterilização dos materiais a serem utilizados. Tem-se também medidas para os profissionais, incluídos a utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), a lavagem das mãos e calçamento adequado das luvas. A anestesia em procedimentos da AB é reali-

## Unidade 1

### Estrutura física, materiais, insumos e medicamentos

zada com lidocaína, e pode ter como técnica a anestesia local, a infiltrativa, a por bloqueio de campo e por bloqueio troncular.

A relação médico-paciente é importante para comunicação da equipe com os usuários, tanto no momento de indicar e contraindicar o procedimento, como na explicação das suas etapas. Todo procedimento cirúrgico deve ser expressamente autorizado pelo usuário.



#### LEITURA COMPLEMENTAR

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>>

MAYEAUX, E. J. Guia Ilustrado de Procedimentos Médicos. Porto Alegre: Artmed, 2011.

Procedimentos em  
ATENÇÃO PRIMÁRIA



## Unidade 2

### Procedimentos em eventos agudos

## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA



## Unidade 2

### Procedimentos em eventos agudos

Nesta unidade você encontrará recomendações para a abordagem de eventos agudos que necessitam de procedimentos ou pequenas cirurgias, e que fazem parte do cotidiano dos profissionais da atenção primária.

#### 2.1 Corpos estranhos

Nas lesões por corpos estranhos, você sempre deve estar atento:

##### **Potencialidade de infecção**

Feridas extensas, ferimentos perfurantes, permanência do objeto em lesão recente, além do mecanismo de ação e local do acidente indicam o uso de antibioticoterapia a fim de prevenir infecção secundária.

##### **Necessidade de profilaxia contra tétano**

Todo ferimento com retenção de corpo estranho é potencialmente suscetível à contaminação e infecção por tétano. Por isso, você deve indicar imunização antitetânica, conforme quadro 2, a seguir.

**Quadro 2 – Imunização antitetânica**

História da vacinação prévia contra tétano	Ferimentos com risco mínimo de tétano <sup>a</sup>			Ferimentos com risco mínimo de tétano <sup>b</sup>		
	Vacina	SAT/IGHAT	Outras condutas	Vacina	SAT/IGHAT	Outras condutas
Incerta ou menos de 3 doses	Sim <sup>a</sup>	Não	Limpeza e desinfecção, lavar com soro fisiológico e substâncias oxidantes ou antissépticas e debridar o foco da infecção	Sim <sup>c</sup>	Sim	Desinfecção, lavar com soro fisiológico e substâncias oxidantes ou antissépticas e remover corpos estranhos e tecidos desvitalizados
3 doses ou mais, sendo a última dose há menos de 5 anos	Não	Não		Não	Não	
3 doses ou mais, sendo a última dose há mais de 5 anos e menos de 10 anos	Não	Não		Sim (1 reforço)	Não <sup>d</sup>	
3 doses ou mais, sendo a última dose há 10 ou mais anos	Sim	Não		Sim (1 reforço)	Não <sup>d</sup>	Debridamento do ferimento e lavar com água oxigenada
3 doses ou mais, sendo a última dose há 10 ou mais anos	Sim	Não		Sim (1 reforço)	Não <sup>e</sup>	

a) Ferimentos superficiais, limpos, sem corpos estranhos ou tecidos desvitalizados.

b) Ferimentos profundos ou superficiais sujos; com corpos estranhos ou tecidos desvitalizados; queimaduras; feridas puntiformes ou por armas brancas e de fogo; mordeduras; politraumatismos e fraturas expostas.

c) Vacinar e aprazar as próximas doses, para complementar o esquema básico. Essa vacinação visa proteger contra o risco de tétano por outros ferimentos futuros. Se o profissional, que presta o atendimento, suspeita que os cuidados posteriores com o ferimento não serão adequados, deve considerar a indicação de imunização passiva com SAT ou IGHAT. Quando indicado o uso de vacina ou SAT ou IGHAT, concomitantemente, devem ser aplicados em locais diferentes.

d) Para paciente imunodeprimido, desnutrido grave ou idoso, além do reforço com a vacina, está também indicada IGHAT ou SAT.

e) Se o profissional, que presta o atendimento, suspeita que os cuidados posteriores com o ferimento não serão adequados, deve considerar a indicação de imunização passiva com SAT ou IGHAT. Quando indicados o uso de vacina e SAT ou IGHAT, concomitantemente, devem ser aplicadas em locais diferentes.

#### **Possibilidade de remoção de corpo estranho**

- Ferimento recente, com objeto palpável e grande e com orifício de entrada visível: você pode optar por retirar o corpo estranho levando em consideração a sintomatologia do paciente, o perigo de deixar o objeto e a vontade do paciente.
- Objeto pequeno, de difícil localização e profundo: você pode ter dificuldade para remoção e precisar de auxílio de exames de imagem.

Outro cuidado importante é com a anestesia, que geralmente é realizada localmente. Porém, deve-se tomar cuidado para o edema provocado pela aplicação não atrapalhar na localização do objeto.

Caso você julgue que a anestesia local irá dificultar a retirada, opte por realizar anestesia segmentar, como a troncular.

Antes de iniciar a remoção, realize antisepsia do ferimento e aplique a anestesia escolhida. A partir daí, explore o orifício de entrada com o auxílio de uma pinça delicada ou da ponta de uma tenta-cânula com o objetivo de localizar o objeto. Não faça esse procedimento por mais de 20 minutos.

Uma vez localizado, amplie discretamente o orifício de entrada, mantenha o instrumento utilizado como sonda em contato com o corpo estranho e realize a tração do objeto com uma pinça pelo orifício de entrada.

Em inclusões de objetos na derme e no tecido adiposo você deve removê-los jun-

tamente com um retalho elíptico de pele, com o orifício de entrada no centro.

#### **2.1.1. Farpas de madeira e metálica**

Lesões frequentes, de fácil visualização, podem ocorrer em qualquer lugar, mas são mais comuns em mãos e pés, geralmente retiradas pelo paciente ou eliminadas pelo corpo.

Deve-se proceder com a exposição do leito onde o objeto estava alojado devido à possibilidade de fragmentos secundários que podem ocorrer após a tração. Irrigue com solução fisiológica e realize a síntese tal como em um ferimento comum.

Se o objeto estiver superficial, utilize uma agulha rosa (calibre 40x12mm) para retirar as farpas de madeira e finalize com

## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

irrigação do local com soro fisiológico. Nesse procedimento não há necessidade de anestesia local.

Se a lesão estiver em bom estado e sem sinais de infecção secundária, não há necessidade de antibioticoterapia.

### 2.1.2. Vidros e pedras

São ferimentos geralmente associados a algum tipo de acidente, sendo comum que seus fragmentos não sejam encontrados no tratamento da ferida.

#### Vidros

Em ferimentos gerados por vidro, é importante que você tenha certeza que não existem fragmentos, principalmente nos cortes profundos.

Não deixe que o sangramento e sua ansia

em estancá-lo leve você a negligenciar a presença de cacos de vidro nas lesões. Sendo assim, explore a lesão, irrigando abundantemente com solução fisiológica, a fim de se certificar de que não restam fragmentos de vidro.

Caso não sejam encontrados fragmentos, trate a lesão como um corte comum. Após a cicatrização, caso existam fragmentos que não puderam ser identificados, o corpo irá tornar o vidro evidente e você pode realizar uma incisão no ponto doloroso e retirar o corpo estranho.

#### Pedras

A depender do tamanho da lesão, os fragmentos de pedra podem passar despercebidos e irão evoluir com formação de fístulas que drenarão secreção purulen-

## Unidade 2

### Procedimentos em eventos agudos

ta, devendo-se proceder com incisão e retirada do corpo estranho.

Figura 7 – Ferimento por corpo estranho de pedra



### 2.1.3. Pregos, anzol e anel

#### Pregos

A abordagem da lesão consiste em retirar o objeto, explorar o ferimento com uma in-

## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

ção em cruz, tendo o orifício de entrada como centro, em busca de mais fragmentos do corpo estranho que possam ter ficado na lesão. Para terminar, irrigue com solução fisiológica e feche com gaze.

### Anzol

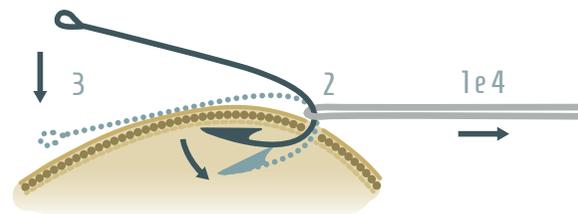
Geralmente se prendem firmemente à pele devido à presença de um gancho em uma de suas extremidades, podendo levar à transfixação.

Se o anzol transfixou a pele, você deve cortar a ponta com o auxílio de um alicate e então tracionar o restante do objeto pelo orifício de entrada. Havendo ferimento profundo, mas sem transfixação, transforme a lesão em transfixante e proceda como no caso anterior. Caso seu local de trabalho não possua alicate, você

terá que encaminhar o paciente.

Caso o anzol esteja inserido superficialmente na pele, faça pressão para baixo no final no anzol, a fim de soltá-lo da pele e então, com o auxílio de um fio em forma de alça ao redor do anzol, puxe a outra extremidade para remover o objeto.

Figura 8 – Técnica alternativa para retirada de anzol



Técnica alternativa para retirada de anzol:

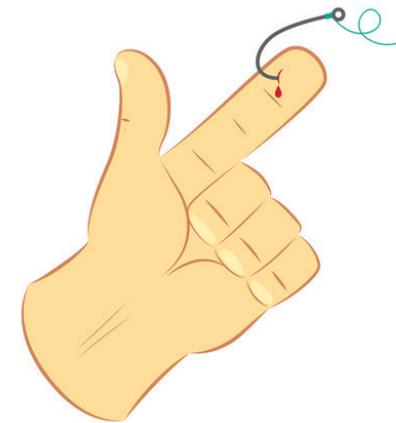
1. Usar um fio para formar uma alça;
2. Passar o fio em torno do anzol o mais próximo possível da pele;
3. Com a outra mão, fazer pressão no final do anzol com a finalidade de desenganchar a barbela do anzol e garantir que durante a remoção, a parte do anzol que está para fora fique em contato com a pele;
4. Por fim, puxar firmemente o fio e remover o anzol.

## Unidade 2

### Procedimentos em eventos agudos

Quando o anzol estiver enferrujado, você deve expor o leito da ferida para realizar adequada assepsia.

Figura 9 – Lesão transfixante por anzol



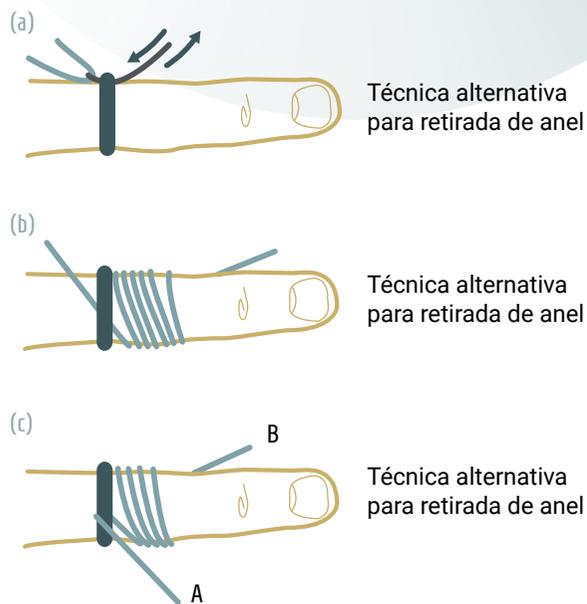
### Anel

Você pode utilizar uma solução emoliente como a vaselina e tentar tracionar o anel. Outra possibilidade é você utilizar uma pinça fina para passar um fio de algodão

## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

2.0 ou um fio dental pela face de cima do anel, enrolar o fio para a extremidade distal e posteriormente puxar a sobra de fio da extremidade proximal em direção à ponta do dedo, forçando o anel a sair. Pode ser necessário repetir o procedi-

Figura 10 – Técnica alternativa para retirada de anzol



mento mais de uma vez.

Caso não tenha sucesso ou houver dor e comprometimento vascular, você deve cortar o anel com equipamento adequado.

### 2.1.4. Corpos estranhos nasais, oculares, retais e no conduto auditivo

#### Nasais

Realize a inspeção da narina a princípio sem auxílio do espéculo nasal e posteriormente com o espéculo, introduzindo-o cuidadosamente para não empurrar o objeto. Havendo visualização do corpo estranho, tente a remoção com o auxílio de uma pinça anatômica.

Caso não consiga a remoção ou não esteja vendo o objeto, tente utilizar um cateter nasal ou uma sonda vesical de alí-

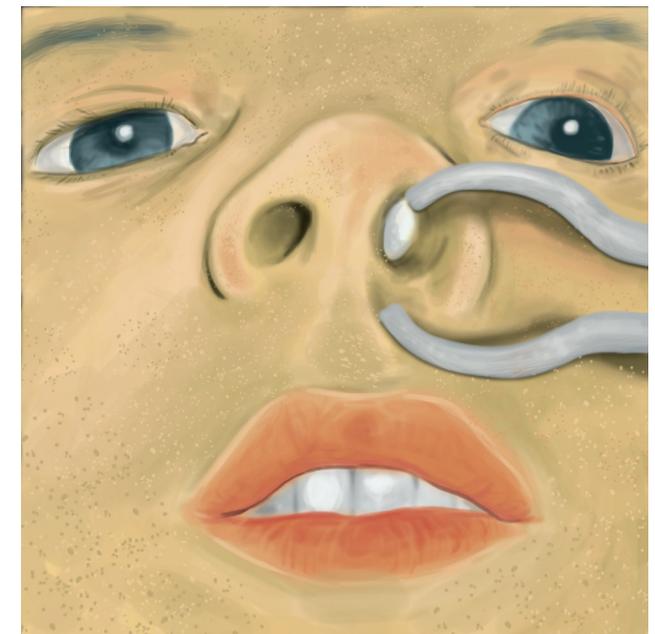
## Unidade 2

### Procedimentos em eventos agudos

vio acoplados a uma bomba de sucção ou pêra de sucção. Se não obtiver sucesso, você deve encaminhar o paciente ao otorrinolaringologista.

Lembre-se que esse quadro é mais comum em criança, o que pode dificultar ain-

Figura 12 – Corpo estranho nasal



da mais a remoção por ser difícil contê-la.

#### Oculares

Proceda com a inspeção ocular, incluindo a eversão da pálpebra, e inicialmente tente lavar o olho acometido com solução salina em quantidade abundante.

Não havendo sucesso, se o corpo estranho for visível e não estiver fixado no globo ocular, utilize colírio anestésico e faça a retirada com um cotonete umedecido.

Se o objeto estiver visivelmente fixado no globo ocular, não utilize colírio anestésico, oclua o olho acometido e encaminhe ao oftalmologista.

Quando ocorrer contaminação ocular por líquidos (por exemplo: acetona, álcool), deve-se proceder com irrigação ocular com solução fisiológica de me-

Figura 13 – Técnica de eversão da pálpebra

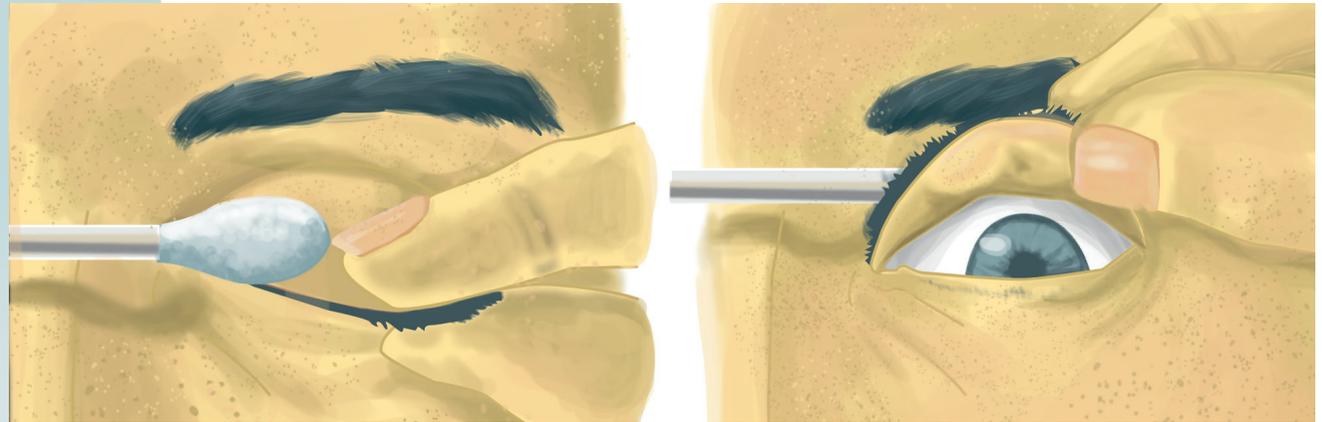


Figura 14 – Corpo estranho ocular



dial para lateral por 15 a 30 minutos. Caso paciente persista com a sintomatologia após a descontaminação, encaminhe ao oftalmologista.

#### Retal

Realize toque retal, caso o objeto esteja solto na luz do reto tente realizar a remoção, caso contrário encaminhe com urgência ao serviço hospitalar.

## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

### Conduto auditivo

Geralmente, corpos estranhos em ouvido externo podem ser removidos com auxílio da lavagem otológica. Caso o objeto permaneça aderido, utilizar uma pinça delicada para a remoção.

Figura 15 – Corpo estranho em conduto auditivo



## Unidade 2

### Procedimentos em eventos agudos

Na presença de insetos, você deve imobilizá-los primeiro colocando no conduto auditivo lidocaína, éter, acetona ou uma solução oleosa para depois então proceder com a lavagem.

No caso de larvas, você deve se certificar de que não haja perfuração timpânica com invasão do ouvido médio, situação que exige encaminhamento imediato ao otorrinolaringologista.



**IMPORTANTE** Imagine-se no centro de saúde quando a enfermeira lhe chama para uma interconsulta em função de uma criança de quatro anos com corpo estranho em um dos ouvidos. Quando você chega no consultório percebe que a criança está acompanhada da professora da creche, sem um responsável legal. Você conversa com a criança que lhe conta ter colocado um grão de milho do ouvido esquerdo.

Ao realizar a otoscopia você visualiza o corpo estranho e decide realizar uma lavagem otológica para retirada do objeto, porém a criança está com medo, chora e não se mantém em repouso.

Qual seria a decisão mais acertada?

Entrar em contato com os pais da criança ou responsável legal e encaminhar para realização de retirada do corpo estranho por otorrinolaringologista em ambiente hospitalar.

## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

### 2.2 Feridas

Uma ferida se caracteriza por toda e qualquer lesão à integridade da pele, podendo ser intencional ou acidental.

Pode ser classificada levando-se em consideração: a natureza do objeto vulnerante, a profundidade, o grau de contaminação e a complexidade.

A profilaxia de infecção secundária com uso de antibiótico não é recomendada em feridas contaminadas limpas. Nos ferimentos sujos o uso de antibiótico pode ser necessário, não só como profilaxia, mas como tratamento. Mais adiante iremos expor a você os tipos de feridas citadas.

A administração da medicação para profilaxia pode ser feita por via sistêmica, em até três horas após a ocorrência da lesão.

Você deve prescrever a mesma dose que é utilizada no tratamento de infecção, somente a duração do tratamento profilático é menor, geralmente 24 a 48 horas.

## Unidade 2

### Procedimentos em eventos agudos

- A escolha do antibiótico depende da natureza da lesão e sua complexidade. Geralmente a medicação de 1ª escolha é a amoxicilina com clavulanato, que tem amplo espectro cobrindo bactérias aeróbias e anaeróbias, na dose de 500mg 8/8h ou 875mg 12/12h, de 24 a 48 horas para profilaxia de infecção ou por um mínimo de 7 dias no tratamento de ferimentos sujos. Outras opções são cefalexina 500mg 6/6h e cefadroxila 500mg 12/12h.

Com relação ao tétano, é prudente que você indique a realização de imunização passiva de rotina em qualquer ferimento. As situações de maior susceptibilidade são ferimentos profundos, com corpos estranhos, com tecido desvitalizado e com procura tardia por atendimento médico (após seis horas).



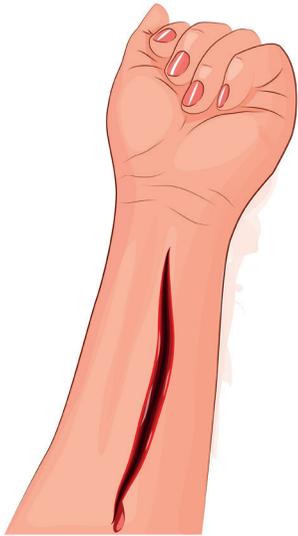
**IMPORTANTE** É importante conhecer o status vacinal do paciente que sofreu a lesão para fazer a escolha certa no que diz respeito à indicação de realização da vacina e/ou soro e/ou imunoglobulina.

#### 2.2.1. Natureza do objeto vulnerante

##### **Ferida incisa**

Resultado de objetos cortantes e afiados que laceraram a pele, deixando um ferimento linear, pouco traumatizado e com bordas regulares.

Figura 16 – Ferida incisa



##### **Ferida contusa**

Produzida por objeto rombo, interrompendo a integridade da pele, com lesões irregulares e retrações e bordas muito traumatizadas. Vão desde laceração até feridas complexas.

##### **Ferida perfurante**

Ocasionadas por objetos pontiagudos e finos, com capacidade de perfurar a pele e o tecido ao seu redor, levando a lesões puntiformes ou lineares.

##### **Ferida penetrante**

O objeto é semelhante ao descrito anteriormente, mas aqui a lesão resulta não somente em perfuração do tecido, mas também em penetração de cavidades naturais do corpo.

##### **Ferida transfixante**

É uma variedade da perfurante ou penetrante, porém o objeto atravessa os tecidos ou algum órgão em toda a sua espessura.

##### **Ferida por arma de fogo**

Geralmente, resulta em lesão contusa, de formas variadas, penetrantes ou não, e quase sempre acompanhada de gravidade. O orifício de entrada do projétil costuma ser menor e mais regular do que o orifício de saída.

##### **Picada e mordedura**

As picadas são geralmente associadas a insetos, com característica puntiforme e só resultam em gravidade quando ocorre inoculação de veneno.

# Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

Figura 17 – Mordedura de cão



As mordeduras têm formas variáveis e estão relacionadas com alto grau de contaminação.

## 2.2.2. Quanto à profundidade

### Superficial

Descreve-se a profundidade por lesão que alcança a pele, tecido subcutâneo,

aponeurose e músculos.

### Profunda

Ocasiona dano a estruturas mais nobres e profundas como nervos, tendões, vasos, ossos e vísceras.

## 2.2.3. Quanto ao grau de contaminação

### Limpa

Nesse tipo de lesão a contaminação bacteriana ocorre minimamente, até 103 bactérias por cm<sup>3</sup> de tecido. Para classificar a ferida como limpa, realize inspeção rigorosa da lesão e busque informações sobre:

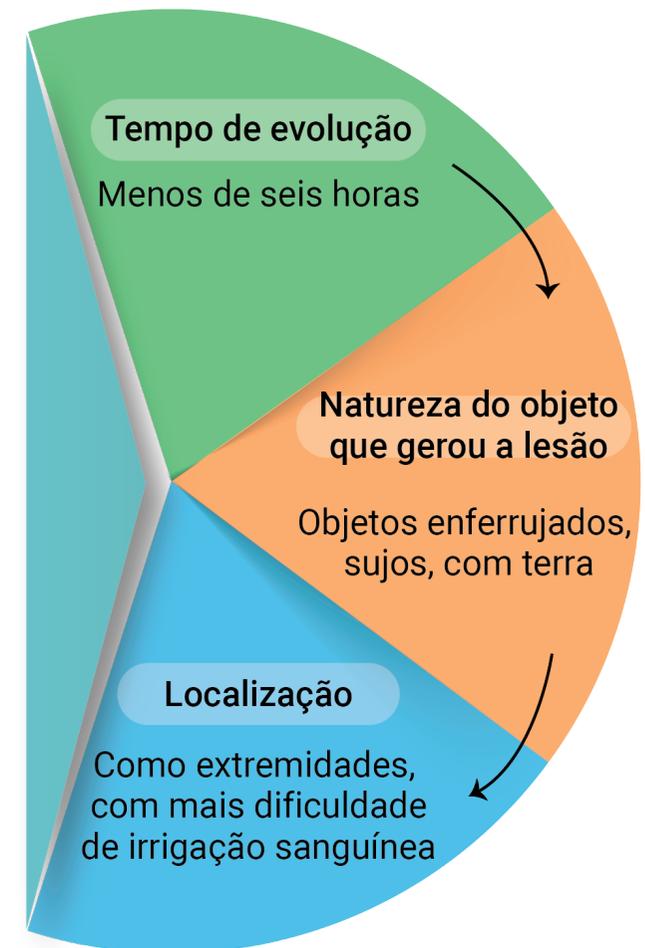
### Sujas ou contaminadas

Ferida com grande contaminação, mais de 103 bactérias por cm<sup>3</sup> de pele e com grande possibilidade de infecção. Essas lesões geralmente são evidentes ou de fá-

## Unidade 2

### Procedimentos em eventos agudos

cil dedução. Geralmente, são ferimentos com alta inoculação de bactérias, como



## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

mordeduras, com evolução de mais de seis horas, com alteração do suprimento sanguíneo e em pacientes imunocomprometidos.

### **Infectadas**

Ferimento com proliferação de bactérias caracterizando um

**Figura 18 – Lesão por pressão sacrococcígea**



## Unidade 2

### Procedimentos em eventos agudos

processo infeccioso, inicialmente localizado, mas que pode se estender para os tecidos adjacentes.

Feridas infectadas geralmente apresentam alteração na cor e temperatura da pele, ficando quentes e eritematosas, são dolorosas e com secreção de aspecto purulento.

#### **2.2.4. Quanto à complexidade**

##### **Simples**

Caracterizadas por lesões de pequeno tamanho, sem perda de tecidos e sem contaminação.

##### **Complexas**

Lesões grandes, com perda de substância e contaminadas. Exemplo desses ferimentos são: queimadura e esmagamento.

#### **2.2.5. Tratamento**

Tratar a ferida se faz necessário para reestabeler os tecidos e suas funções anatômicas.

## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA



**IMPORTANTE** Cuidados gerais devem ser fornecidos: higiene com água e sabão ou com solução antisséptica, tricotomia, somente se os pelos atrapalharem o tratamento, anestesia local em suas diversas modalidades, irrigação da ferida com solução salina, hemostasia e desbridamento, se necessário, e síntese quando indicada.

Síntese se dá com sutura, com pontos simples separados, pontos contínuos ou intradérmicos contínuos.

Você também pode optar por adesivos teciduais em feridas limpas, com baixa tensão e com tamanho menor do que 5 cm.

### **Fechamento primário**

Consiste em síntese da pele, com aproximação dos tecidos, no menor tempo possível após a lesão. Indicado em feridas limpas e com pequeno risco de infecção.

Você não deve realizar esse procedimento em casos de lesões com mais de seis horas de evolução, com suprimento sanguíneo prejudicado, dificuldade de aproximação das bordas e na maioria das feridas por mordedura, seja humana ou de outro animal, exceto em situações que serão mencionadas mais à frente.

## Unidade 2

### Procedimentos em eventos agudos

### **Fechamento primário retardado**

Opte por realizar esse tratamento em lesões com mais de seis horas de evolução, dado o alto risco de infecção.

Você deve proceder com inspeção adequada da lesão, limpeza, desbridamento e hemostasia, quando necessária, e cobrir a ferida com gaze estéril, trocando diariamente. Se entre três e cinco dias a lesão não evoluir com infecção, feche como na situação anterior.

### **Fechamento aberto**

Realize esse tratamento nas feridas em que o fechamento primário ou primário tardio forem contraindicados ou se houver falha de um dos dois.

Consiste em cobrir a lesão com gaze estéril e umidificar com solução salina. Esse processo deve ser realizado até a formação de tecido de granulação.

### **Fechamento secundário**

Reservado para as feridas com bordas que não se encostam devido perda tecidual mais extensa como biópsias de pele tipo

## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

punch, queimaduras profundas e ferimentos infectados. Ocasionalmente são necessários enxertos cutâneos.

Boa prática: fechamento secundário em corte que não respeitou as linhas de força da pele. Mesmo sendo corte limpo, era extenso, em região pré-esternal (grande tensão da pele) e não havia possibilidade de sucesso na sutura.

### 2.3 Mordeduras

Animais e seres humanos são capazes de causar ferimentos por mordeduras, sendo necessário saber conduzir cada caso adequadamente. As mais comuns, abrangendo 80-90% dos casos, são as mordeduras por cães, seguidas pelas causadas por gatos, com 5 a 15% dos casos. Os gatos podem ainda provocar a “doença de arranhadura de gato”, uma vez que juntamente com mordedura, é comum haver arranhaduras. Entre as mordeduras menos comuns estão as mordidas humanas, abrangendo 4 a 23% dos casos. No entanto, estas podem ocasionar quadros infecciosos graves.

## Unidade 2

### Procedimentos em eventos agudos

Figura 19 – Animais são capazes de causar ferimentos consideráveis em humanos



**IMPORTANTE** A doença da arranhadura do gato (DAG), ou bartonelose, tem como agente etiológico principal a bactéria *Bartonella henselae*. Os felinos são portadores assintomáticos da bactéria, sendo gatos jovens (menores de um ano) os maiores contaminantes. A DAG manifesta-se como linfonodomegalia regional e dolorosa, de evolução

## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

subaguda após arranhadura ou mordida de gato. Em alguns casos, ocorre adenopatia generalizada. Cerca de três a cinco dias após a arranhadura surge uma pápula, que evolui para pústula e crosta, associada à adenopatia localizada, dolorosa, que eventualmente supura nos linfonodos responsáveis pela drenagem da região arranhada. Sintomas gerais (febre baixa, anorexia) são frequentes.

### 2.3.1 Manejo segundo tipo de mordedura

As feridas causadas por mordedura em geral devem ser irrigadas de maneira abundante. Dependendo de sua extensão e gravidade, devem ser desbridadas, em seguida avaliar possibilidade e necessidade de sutura.

As mordidas por humanos sempre devem ser consideradas como infectadas. Nestes casos, evita-se suturas. No entanto, lesões

extensas em locais como mãos, pescoço, face e orelha podem ser suturadas devido ao grande risco de resultado inestético, que compensa o risco infeccioso.

Os casos de mordeduras por humanos comumente demoram para ser levadas para atendimento de saúde, devido principalmente pela maneira com que foram adquiridas, pois pode levar a constrangimentos. Locais comuns dessas mordidas são dorso de mão, couro cabeludo e genitálias, sendo importante considerar a possibilidade de mordida humana em lesões acometendo estas regiões.

Se houver lesões em punhos e mãos causados por mordida humana, é recomendável solicitar RX, verificando-se possibilidades de corpos estranhos e osteomielite.

## Unidade 2

### Procedimentos em eventos agudos

Figura 20 – Recomenda-se RX no caso de mordeduras nas mãos e punhos



## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

No manejo de casos de mordedura, sempre aproveitar a oportunidade e revisar o esquema vacinal de tétano. Em mordeduras de cães e gatos, é necessário realizar abordagem para possibilidade de exposição ao vírus da raiva, o que não será o caso de lesões realizadas por roedores ou lagomorfos. Importante realizar limpeza da lesão com água corrente e sabão. Durante o atendimento em saúde, realizar limpeza com antissépticos como solução de iodopovidina ou clorexidina.



**NOTA LATERAL** Lagomorfos são pequenos mamíferos herbívoros, como coelhos, lebres, e ocotonídeos. Diferenciam-se de roedores por terem quatro incisivos em mandíbula superior, enquanto os roedores têm dois. O tamanho das patas e formato das orelhas também são outro diferencial entre lagomorfos e roedores.

## Unidade 2

### Procedimentos em eventos agudos

Em caso de suspeita do animal estar contaminado pelo vírus da raiva, não se sutura o ferimento, devido à possibilidade de instalação mais rápida do vírus. No entanto, se a sutura for muito necessária, pode-se aproximar as bordas e infiltrar a lesão com soro antirrábico uma hora antes da sutura. Importante ressaltar que a história vacinal do animal ou o tempo decorrido do acontecimento da mordedura até o atendimento em unidade de saúde não influenciam na decisão de se realizar a profilaxia antirrábica. Além disso, em pessoas com imunodepressão deve-se realizar o esquema de sorovacinação, independentemente do tipo de acidente ou esquema de profilaxia realizado até o momento. No caso de dúvidas, não hesite em contatar o serviço de referência do município.

**Figura 21 – Medicamento, soro, vacinas, não hesite em contatar a referência do município em caso de dúvida**



## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA



**IMPORTANTE** Todo caso de mordedura e arranhadura por cães, gatos ou animais silvestres é considerado atendimento antirrábico, com notificação compulsória, investigação e acompanhamento. Normalmente, o enfermeiro da equipe faz a vigilância dos casos, desde sua notificação até seu encerramento.

### 2.3.2 Antibioticoterapia segundo tipo de mordedura

Em casos de mordeduras de animais, o risco/benefício do uso de antibióticos profiláticos não está claro, o que não acontece em mordeduras humanas, em que seu uso está sempre indicado. Quando escolhido, realizar uso de antibiótico profilático. Este deve ser sistêmico, com duração mínima de sete dias. A medicação de escolha é amoxicilina com clavulanato. Como alternativas, tem-se a ceftriaxone ou tetraciclina em mordeduras de cães e gatos, e cefoxitina para mordedura humana. No caso de morcego, rato ou gambá, utilizamos como primeira escolha a ampicilina, e como segunda a tetraciclina. Geralmente, o uso de antibióticos é por via oral, mas em casos graves pode ser necessário internação com medicação endovenosa.

## Unidade 2

### Procedimentos em eventos agudos



**IMPORTANTE** Não esquecer que os ferimentos causados por mordedura humana necessitam especial atenção. São sempre considerados infectados, sendo indicado uso de antibiótico profilático e acompanhamento de sua evolução.

Figura 22 – Uso de antibióticos, geralmente, por via oral



**Quadro 3 – Esquema para profilaxia antirrábica humana pós-exposição.\***

Tipo de exposição	Condições do animal agressor		
	Cão ou gato sem suspeita de raiva no momento da agressão	Cão ou gato clinicamente suspeito de raiva no momento da agressão	Cão ou gato raivoso, desaparecido ou morto, animais silvestres <sup>5</sup> (inclusive os domiciliados), animais domésticos de interesse econômico ou de produção.
<b>Contato indireto</b>	Lave com água e sabão. Não trate.	Lave com água e sabão. Não trate.	Lave com água e sabão. Não trate.
<p><b>Acidentes leves:</b>  <b>Ferimentos superficiais, pouco extensos, geralmente únicos, em tronco e membros (exceto nas mãos, nas polpas digitais e na planta dos pés), podem acontecer em decorrência de mordeduras ou arranhaduras causadas por unha ou dente. Lamedura de pele com lesões superficiais.</b></p>	<p>Lave com água e sabão. Observe o animal durante 10 dias após a exposição.<sup>1</sup> Se o animal permanecer sadio no período de observação, encerre o caso. Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, administre 4 doses de vacina (dias zero, 3, 7 e 14).</p>	<p>Lave com água e sabão. Inicie esquema profilático com duas doses, uma no dia zero e outra no dia 3. Observe o animal durante 10 dias após a exposição.<sup>1</sup> Se a suspeita de raiva for descartada após o 10º dia de observação, suspenda o esquema profilático e encerre o caso. Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, complete o esquema até quatro doses. Aplique uma dose entre o 7º e o 10º dia e uma dose no dia 14.</p>	<p>Lave com água e sabão. Inicie imediatamente o esquema profilático com quatro doses de vacina administradas nos dias zero, 3, 7 e 14.</p>
<p><b>Acidentes graves: ferimentos na cabeça, na face, no pescoço, nas mãos, na polpa digital e/ou nas plantas dos pés. Ferimentos profundos, múltiplos ou extensos em qualquer região do corpo. Lamedura de mucosas. Lamedura de pele onde já existe lesão grave. Ferimento profundo causado por unha de animal.</b></p>	<p>Lave com água e sabão. Observe o animal durante 10 dias após a exposição.<sup>1,2</sup> Inicie esquema profilático com duas doses, uma no dia zero e outra no dia 3. Se o animal permanecer sadio no período de observação, encerre o caso. Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, dê continuidade ao esquema profilático, administrando o soro<sup>3,4</sup> e completando o esquema até quatro doses. Aplique uma dose entre o 7º e o 10º dia e uma dose no dia 14.</p>	<p>Lave com água e sabão. Inicie o esquema profilático com soro<sup>3</sup> e quatro doses de vacina nos dias zero, 3, 7 e 14. Observe o animal durante 10 dias após a exposição. Se a suspeita de raiva for descartada após o 10º dia de observação, suspenda o esquema profilático e encerre o caso.</p>	<p>Lave com água e sabão. Inicie imediatamente o esquema profilático com soro<sup>3</sup> e quatro doses de vacina administradas nos dias zero, 3, 7 e 14.</p>

Fonte: BRASIL, 2018.

## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

- (1) Oriente o paciente para que ele notifique imediatamente a unidade de saúde se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, uma vez que podem ser necessárias novas intervenções de forma rápida, como a aplicação do soro ou o prosseguimento do esquema de vacinação.
- (2) Avalie, sempre, os hábitos do cão e do gato e os cuidados recebidos. Podem ser dispensadas do esquema profilático as pessoas agredidas pelo cão ou pelo gato, que, com certeza, não têm risco de contrair a infecção rábica. Por exemplo: animais que vivem dentro do domicílio (exclusivamente), que não tenham contato com outros animais desconhecidos, que somente saem à rua acompanhados dos seus donos e que não circulem em área com a presença de morcegos. Em caso de dúvida, inicie o esquema de profilaxia indicado. Se o animal for procedente de área de raiva controlada, não é necessário iniciar o esquema. Mantenha o animal sob observação durante 10 dias e somente inicie o esquema indicado (soro + vacina) se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso nesse período.
- (3) O soro deve ser infiltrado dentro e ao redor da(s) lesão(ões). Quando não for possível infiltrar toda a dose, aplique o máximo possível. A quantidade restante, a menor possível, aplique pela via intramuscular, podendo ser utilizada a região glútea. Sempre aplique em local anatômico diferente daquele em que foi aplicada a vacina. Quando as lesões forem muito extensas ou múltiplas, a dose pode ser diluída em soro fisiológico em quantidade suficiente para que todas as lesões sejam infiltradas.
- (4) Nos casos em que se conhece tardiamente a necessidade do uso do soro antirrábico ou quando não há soro disponível no momento, aplique a dose recomendada de soro no máximo em até sete dias após a aplicação da 1ª dose de vacina de cultivo celular, ou seja, antes da aplicação da 3ª dose da vacina. Após esse prazo, o soro não é mais necessário.
- (5) Nas agressões por morcegos ou qualquer espécie de animal silvestre, deve-se indicar soro vacinação independentemente da gravidade da lesão ou indicar conduta de reexposição.

Fonte: SVS/MS.

### 2.4 Intoxicações

Você deve sempre tentar identificar o agente causador da intoxicação, mas não pode retardar o início do manejo.

## Unidade 2

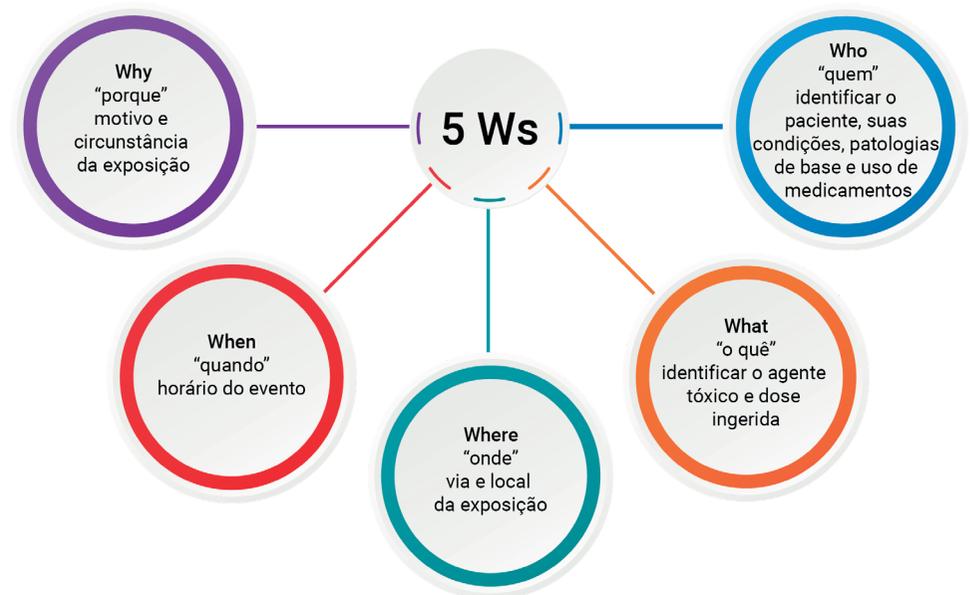
### Procedimentos em eventos agudos



**IMPORTANTE** O primeiro atendimento é primordial na sobrevivência do paciente intoxicado.

Lembre-se de abordá-lo como um paciente grave e avaliar nível de consciência, assegurar vias aéreas pérvias, canular veia periférica com cateter calibroso, monitorar ecg, saturação de O<sub>2</sub>, pressão arterial média, e, quando possível, aferir a glicemia capilar.

A anamnese deve ser norteada por 5 Ws, conforme o esquema a seguir:



Quadro 4 – Descrição das síndromes toxicológicas

Toxíndromes	Quadro clínico	Causas
Anticolinérgica	Boca seca, pele seca, rubor facial, midríase, íleo paralítico, desorientação, hipertermia, retenção urinária	Anti-histamínico, atropina, escopolamina, antidepressivos tricíclicos, vegetais beladonadas e outros
Colinérgica	Lacrimejamento, sialorréia, miose, sudorese, broncorréia, incontinências, vômitos, bradicardia, tremores	Carbonatos, fosforados, fisostigmina e alguns cogumelos
Simpatico-mimética	Ansiedade, vômitos, taquicardia, tremores, convulsão, midríase, sudorese	Cocaína, teofilina, anfetamina, pseudo-efedrina
Extra-piramidal	Coréia, atetose, hiper-reflexia, hipertonia, trismo, opistótono, rigidez, tremores	Haloperidol, fenotiazínicos
Narcótica	Depressão respiratória, coma, miose, bradicardia, hipotermia	Heroína, codeína, propoxifeno
Hipnótico-sedativa	Confusão, estupor, depressão, respiratória, delirium, letargia, disartria, hipotermia	Benzodiazepínicos, anticonvulsivantes, antipsicóticos, basbitúricos, etanol, fentanil

O exame físico deve ser detalhado e orientado, facilitando assim o reconhecimento de uma síndrome toxicológica.

Feito esse primeiro atendimento, você deve:

- entrar em contato com o serviço de referência em intoxicações do seu município;
- orientar a notificação de intoxicação exógena. Verificar a ocorrência de outros casos (intoxicação acidental? Mais de uma pessoa envolvida? Exposição ocupacional? Auto-agressão?);
- notificar adequadamente as situações encontradas e avaliar a necessidade de acompanhamento posterior.

## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

Contatos de centros de referência no Brasil:

### **Aracaju**

Centro de Informação Toxicológica  
Fones:(79) 3259-3645, (79) 3216-2600  
Ramal:2677 Fax: (79) 3216-2826  
E-mail: sescit@saude.se.gov.br ou amv@oi.com.br

### **Belém**

Centro de Informações Toxicológicas de Belém  
Telefone:0800-722601/ (91) 3249.6370 e 3259-3748/ 3201 6749 Fax:  
(91) 3249.5365  
E-mail: cithujbb@ufpa.br

### **Belo Horizonte**

Serviço de Toxicologia de Minas Gerais  
Telefone: (31) 3224-4000/3239-9308 e 3239-9224  
Fax: (31) 3239.9260(CIAT)/0800-7226001  
E-mail: servitoxmg@hotmail.com ou dcampolina@uol.com.br

### **Botucatu**

Centro de Assistência Toxicológica de Botucatu  
Telefones/fax: (14) 3815-3048 / 3811-6017 / 3811-6034  
Site: [www.ibb.unesp.br/ceatox](http://www.ibb.unesp.br/ceatox)  
E-mail: ceatox@ibb.unesp.br ou cordelli@ibb.unesp.br

## Unidade 2

Procedimentos em eventos agudos

### **Brasília**

Centro de Informação e Assistência Toxicológica  
Telefone: (61) 3325-6773/ 3225-6512/ 0800.6446774  
e-mail: [ciatdf@saude.df.gov.br](mailto:ciatdf@saude.df.gov.br)

### **Campina Grande**

Centro de Assistência Toxicológica de Campina Grande  
Fone (83) 3310-5853  
E-mail: [sayonarafook@hotmail.com](mailto:sayonarafook@hotmail.com)

### **Campinas**

Centro de Controle de Intoxicações de Campinas  
Telefones: (19) 3521-6700 / 3521-7555  
E-mail: [cci@fcm.unicamp.br](mailto:cci@fcm.unicamp.br)

### **Campo Grande**

Centro Integrado de Vigilância Toxicológica  
Telefone: (67) 3386-8655/3312-1174  
E-mail: [civitox@saude.ms.gov.br](mailto:civitox@saude.ms.gov.br)

### **Cascavel**

Centro de Assistência Toxicológica de Cascavel  
Fone: (45) 3226.0808/3226.6138 Ramal 2261 Fax: (45) 3220.3213  
Atendimento: 0800.6451148  
E-mail: [itinoSeanamaria@uol.com.br](mailto:itinoSeanamaria@uol.com.br) ou [hu-ceatox@unioeste.br](mailto:hu-ceatox@unioeste.br)

## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

### **Cuiabá**

Centro de Informação Anti-Veneno de Mato Grosso  
Telefones (65) 3617.7850 ou 3617.7800 Celular: (65) 8407.9763  
E-mail: dr.josefigueiredo@hotmail.com ou chave\_mt@hotmail.com

### **Curitiba**

Centro de Controle de Envenenamento de Curitiba  
Telefone: (41) 3264-8290 / 3363-7820 Fax: (41) 3360-1800 – R. 6668  
Atendimento: 0800 41 01 48  
E-mail: cce@sesa.pr.gov.br , giselia@pr.gov.br ou marlene.entres@hotmail.com

### **Florianópolis**

Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina  
Telefone: (48) 3721-9535/ 3721-9173 (Tel. CIT)  
Atendimento: 0800 643 52 52 Fax: (48) 3721-9083 (CIT)  
Site: www.cit.sc.gov.br E-mail: cit@reitoria.ufsc.br

### **Fortaleza**

Centro de Assistência Toxicológica de Fortaleza  
Telefone: (85) 3255-5050 / 3255-5012 Fax: (85) 3255-5048 (CIT)  
E-mail: ceatox@ijf.ce.gov.br ou sandrafranco@terra.com.br

## Unidade 2

### Procedimentos em eventos agudos

### **Goiânia**

Centro de Informações Tóxico-Farmacológicas de Goiás  
Telefone/Fax: (62) 3291-4350 / 3201-4110 / 3201-4111 / 3201-4149  
Atendimento: 0800 646 43 50  
E-mail: cit@visa.goias.gov.br

### **João Pessoa**

Centro de Assistência Toxicológica da Paraíba  
Telefone: (83) 3216-7007/ 0800-7226001 Fax: (83) 3216-6688  
Site: www.ufpb.br/ceatox E-mail: ceatoxpb@yahoo.com.br

### **Londrina**

Centro de Controle de Intoxicações de Londrina  
Fone: (43) 3371-2244/3371-2668/3371-2669/3325-7409  
Fax: (43) 3371-2422  
E-mail : cci@uel.br

### **Manaus**

Centro de Informações Toxicológicas do Amazonas  
Fone: (92) 3622-1972 / 3621-6502/ 3621-6500/ 0800-7226001  
Fax: (92) 3621-6532  
Site: www.cit.ufam.edu.br  
E-mail: cit@ufam.edu.br outais@ufam.edu.br

## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

### **Marília**

Centro de Atendimento Toxicológico de Marília  
Telefone: (14) 3433-8795 ou (14) 3402-1744 R. 1008 Fax: (14) 3433-1888 e 3422-5457  
E-mail: mcshadow@terra.com.br

### **Maringá**

Centro de Controle de Intoxicações de Maringá  
Telefone: (44) 2101-9100 ou 2101-9127  
Fone/Fax: (44) 3262-1131 (Tel. CIT)  
E-mail: sec-cci@uem.br

### **Natal**

Centro de Informação Toxicológica de Natal  
Telefone: (84) 3232-9284 Fax: (84) 3232-7909  
E-mail: cithgt@rn.gov.br

### **Niterói**

Centro de Controle de Intoxicações de Niterói  
Telefone: (21) 2717-0521 / 2717-0148 – R. 4 /  
(21) 2717-9783 / 2629-9255 Fax: (21) 2717-0521 Ramal 5  
E-mail: ccin@huap.uff.br ou ccilgac@vm.uff.br

### **Porto Alegre**

Centro de Informações Toxicológicas do Rio Grande do Sul  
Telefone: (51) 2139-9200 Fax: (51) 2139-9201  
Atendimento: 0800 721 3000  
Site: www.cit.rs.gov.br E-mail: cit@fepps.rs.gov.br

## Unidade 2

### Procedimentos em eventos agudos

### **Presidente Prudente**

Centro de Atendimento Toxicológico de Presidente Prudente  
Fone/Fax: (18) 3231.4422 Telefone: (18) 3229-1500/ 3908 3379 (Plan-  
tão) Telefone: (18) 9771-2286/ 3908-4422 (Hospital)  
Site: www.unoeste.br/ceatox  
E-mail : ceatox@terra.com.br ou higa\_r@terra.com.br

### **Recife**

Centro de Assistência Toxicológica de Pernambuco  
Telefone: (81) 3181-5595 Fax: (81) 3421-5927 / 3423-8263  
E-mail: lucineideporto@uol.com.br

### **Ribeirão Preto**

Centro de Controle de Intoxicações de Ribeirão Preto  
Telefone: (16) 3602-1190 (CIT)/(016)3602-1154 (Laboratório) /  
(16) 3610-1375 (Expediente) Fax: (16)3610-2299  
E-mail: citrp@hcrp.fmrp.usp.br ou pcupo@fmrp.usp.br

### **Rio de Janeiro**

Centro de Controle de Intoxicações do Rio de Janeiro  
Fone: (21) 2573-3244/ 0800-7226001 Fax: (21) 2573-7079  
E-mail: intox\_rj@hucff.ufrj.br

### **São José do Rio Preto**

Centro de Assistência Toxicológica de São José do Rio Preto  
Telefone:(17) 3201-5000 Ramal 1380 ou 1560  
Fax: (17) 3201-5000 R. 1560/ 3201-5175 (direto no Centro)  
E-mail: ceatox.hbase@famerp.br

## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

### São José dos Campos

Centro de Controle de Intoxicações de São Jose dos Campos  
Telefone:(12) 3901-3400 R. 3512 (Tel. Hospital)/ 3901-3509 (Centro)  
Fax: (12) 3912-1232  
E-mail: nhehm@sjc.sp.gov.br

### Salvador

Centro de Informações Anti-Veneno da Bahia – CIAVE  
Telefone: (71) 3387-3414/387-4343 e 0800 284 43 43 Fax: (71)  
3387.3414  
Site: <http://www.saude.ba.gov.br/ciave/>  
E-mail: [ciave.diretoria@saude.ba.gov.br](mailto:ciave.diretoria@saude.ba.gov.br) e [ciave.diret@yahoo.com.br](mailto:ciave.diret@yahoo.com.br)

### Santos

Centro de Controle de Intoxicações de Santos  
Telefone: (13) 3222-2878 Fax: (13) 3222-2654  
E-mail: [cci.santos@gmail.com](mailto:cci.santos@gmail.com)

### São Paulo

Centro de Controle de Intoxicações de São Paulo  
Fone/Fax: (11) 5012-2399 CIT Fone: (11) 5012-5311 / 5012-5799 /  
5013-54581 Atendimento médico Fone: (11) 5011-5111 Ramais: 250 –  
Laboratório 251 – Atendimento Médico 252 – Administração 253 e 254  
Atendimento: 0800 771 37 33  
E-mail: [smscci@prefeitura.sp.gov.br](mailto:smscci@prefeitura.sp.gov.br)  
  
Instituto Butantan  
Fone (11) 3726-7222 / 3726-79626 Fax: (11) 3726-1505  
E-mail: [hospital@butantan.gov.br](mailto:hospital@butantan.gov.br) ou [fosfranca@butantan.gov.br](mailto:fosfranca@butantan.gov.br)

## Unidade 2

### Procedimentos em eventos agudos

### Taubaté

Centro de Controle de Intoxicações de Taubaté  
Telefone: (12) 3632-6565 (CCI)/ 3621-3800 (PS Municipal) Fax: (12)  
3632-6565  
E-mail: [crisfoglieni@ig.com.br](mailto:crisfoglieni@ig.com.br)

### Teresina

Centro de Informações Toxicológicas – CITOX  
Telefone: (86) 3221-9608 (CITOX) / 0800 280 3661 / 3216-3660 (Vig.  
Sanitária) Fax: (86) 3216-3612  
E-mail: [visapiaui@yahoo.com.br](mailto:visapiaui@yahoo.com.br) ou [visa@saude.pi.gov.br](mailto:visa@saude.pi.gov.br)

### Vitória

Centro de Atendimento Toxicológico do Espírito Santo (Toxcen-ES)  
Fone/Fax: (27) 3137-2400 / 3137-2406 Atendimento: 0800 283 99 04  
E-mail: [sonytho@terra.com.br](mailto:sonytho@terra.com.br) ou [toxcen@saude.es.gov.br](mailto:toxcen@saude.es.gov.br)

#### 2.4.1. Lavagem gástrica

A lavagem gástrica é dificilmente indicada. Sua indicação se restringe às intoxicações quando a absorção ocorre por ingestão recente, ou seja, há menos de uma hora. Exceção a esse intervalo de tempo se faz ao paciente que tenha ingerido substâncias que retardam o esvaziamento gástrico, como: salicílicos, antide-

## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

pressivos tricíclicos, fenotiazinas, opiáceos ou anticolinérgicos, e a ingestão de agrotóxicos de alta toxicidade, que têm indicação de lavagem gástrica mesmo após uma hora de sua ingestão.

A administração de carvão ativado, caso tenha disponível, pode ser feita antes ou depois do procedimento da lavagem gástrica. Em adultos a dose é de 50-100 gramas, diluídos em líquidos palatáveis, geralmente na proporção de 1:4. Na criança a dose é de 1g para cada 1 kg de peso.

Deve-se ter sempre preparado um sistema de aspiração, como sonda conectada a um sistema de vácuo.

O procedimento deve ser realizado com o paciente em decúbito lateral esquerdo, em leve Trendelenburgo e com as pernas semiflexionadas. Pacientes comatosos ou com distúrbios de deglutição devem ser entubados antes, e, nesse caso, devem ser encaminhados.

Utilize sonda gástrica de grosso calibre, usando como medida de comprimento a distância entre lóbulo da orelha, ponta do nariz e apêndice xifoide. Lubrifique a ponta da sonda com

## Unidade 2

### Procedimentos em eventos agudos

lidocaína gel. Certifique-se de que a sonda está no local certo injetando ar e fazendo a ausculta do som da passagem do ar na região epigástrica.

Antes de iniciar a lavagem, aspire todo o conteúdo gástrico. Utilize água ou soro fisiológico na quantidade indicada, conforme esquema a seguir.

#### Quantidade de água ou soro fisiológico



##### **RECÉM-NASCIDOS:**

500 ml fracionados em doses de 50 ml



##### **LACTENTES:**

2 litros fracionados em doses de 50 ml ou 5 ml/kg



##### **PRÉ-ESCOLARES:**

2-4 litros fracionados em doses de 100 ml



##### **ESCOLARES:**

2-5 litros fracionados em doses de 150 ml



##### **ADULTOS:**

3-6 litros fracionados em doses de 250 ml

## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

A quantidade de líquido que retorna tem de ser a mesma quantidade que foi injetada. Mobilize a sonda caso haja retorno menor do que o esperado.

### **Contraindicações**

O procedimento não deve ser realizado em caso de via aérea não protegida, cirurgia gastrointestinal recente, instabilidade hemodinâmica, hematêmese volumosa, varizes de esôfago calibrosas, soluções cáusticas ou corrosivas e objetos com ponta.

### **Complicações**

Durante o procedimento ou em decorrência dele podem ocorrer espasmos laríngeos, regurgitação gástrica, lesões esofágicas e gástricas, distúrbios cardiovasculares, hiponatremia e pneumonia aspirativa.

### **Encaminhamento**

Opte por encaminhar o paciente sempre que:

- houver alteração do nível de consciência, caso;
- surja alguma das complicações mencionadas;

## Unidade 2

### Procedimentos em eventos agudos

- haja necessidade de desintoxicação por outra via, como, por exemplo, descontaminação cutânea, ocular e necessidade de hemodiálise.

Também encaminhe o paciente se necessitar de exames complementares ou de observação por tempo superior ao tempo de funcionamento do centro de saúde.

### **2.5 Abscesso**

Coleção de pus na derme e no tecido subcutâneo, formando uma neocavidade.

Está geralmente associado ao *Staphylococcus aureus*, seguido do *Streptococcus*  $\beta$  hemolítico do grupo A.

Qualquer lesão que resulte em perda de continuidade da pele, como traumas, escoriações, abrasões e picadas de insetos podem levar à formação de abscesso. Pessoas com diabetes mellitus ou com imunossupressões são mais susceptíveis.

## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

A lesão se caracteriza por uma área endurecida e eritematosa, com dor e calor, que evolui com aumento de tamanho e tumoração, com áreas de flutuação. Pode estar associada a febre, mal-estar e linfonodomegalia e drenagem espontânea de secreção purulenta.

### 2.5.1. Tratamento

Quando não há área de flutuação, você deve abordar os fatores predisponentes como trauma, ferimento cortocotuso, indicar compressa quente e medicações sintomáticas, como analgésicos.

Existindo local de flutuação, o tratamento indicado é incisão e drenagem.

#### Técnica

O procedimento deve ser realizado de maneira estéril. Proceda com antissepsia da pele e colocação de campos esterilizados. Realize anestesia local, geralmente com infiltração intradérmica com lidocaína, restrita ao local da incisão.

Faça uma incisão longa e profunda na área de maior flutuação

## Unidade 2

### Procedimentos em eventos agudos

para drenagem do conteúdo purulento. Explore a cavidade com uma pinça hemostática para quebrar possíveis traves de fibrose dentro da lesão.

Figura 23 – O curativo deve ser trocado diariamente



## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA



**IMPORTANTE** Nunca esprema o abscesso.

Ao final, irrigue a cavidade com soro fisiológico com o auxílio de uma seringa. Coloque um dreno de Penrose dentro do abscesso e tracione diariamente, mantendo até que cesse a drenagem de secreção.

Termine com um curativo, que deve ser trocado diariamente.

A drenagem cirúrgica é considerada o tratamento definitivo em pacientes imunocompetentes e com abscessos não complicados.

### **Uso empírico de antibiótico**

Indicações: febre, área de celulite ou infiltração local profunda, localização em face e abscessos múltiplos em pacientes com comorbidades que aumentem o risco de infecções disseminadas.

Os antibióticos devem ser escolhidos levando-se em consideração os micro-organismos mais comuns da pele. Geralmente, penicilina, cefalosporina de primeira geração e quinolonas.

## Unidade 2

### Procedimentos em eventos agudos

A duração dependerá da evolução clínica. Reavalie em 72 horas.

### **Profilaxia**

Está indicada para evitar endocardite bacteriana em pacientes de alto risco como, portadores de cardiopatias congênitas cianóticas complexas, próteses valvares cardíacas e endocardite prévia. Indica-se o uso de penicilina.

### **Encaminhamento**

Você deve encaminhar ao cirurgião geral nas seguintes situações: abscessos profundos, localizados em mãos, em região cervical lateral e anterior, em região central de face (risco de disseminação intracraniana), junto a grandes vasos e nervos, em região areolar e mamilo e em região periretal.

### **Complicações**

Caracterizam complicações:

- recidiva;
- sangramento;
- disseminação: endocardite, osteomielite, abscesso pleural e abscesso articular.

## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

### 2.6 Resumo da unidade

Nas páginas anteriores estudamos sobre procedimentos em eventos agudos na atenção primária à saúde.

Com relação a corpos estranhos, lembre-se sempre de avaliar a potencialidade de infecção, a indicação correta de profilaxia contra o tétano, a possibilidade de remoção e de utilizar a técnica correta para cada situação.

Sobre as feridas, não se esqueça de identificar o objeto causador da lesão, a extensão do movimento e a possibilidade de infecção e indicação de profilaxia com antibióticos. No caso das mordeduras, lembre-se da indicação de profilaxia contra o tétano e raiva, bem como o cuidado correto no tratamento da lesão. O paciente intoxicado também foi objeto do nosso estudo. O primordial nesse tema é lembrar que se trata de um paciente grave, daí a importância em realizar a anamnese dirigida pelos 5Ws, fornecer o primeiro atendimento e entrar em contato com o centro de referência.

## Unidade 2

### Procedimentos em eventos agudos

Finalizando, não esqueça de como reconhecer um abscesso, de indicar o tratamento adequado, de avaliar a necessidade de profilaxia e de estar atento para as complicações.



#### LEITURA COMPLEMENTAR

OGA, S. Fundamentos de toxicologia. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2014.

SANTOS, J. B. et al. Avaliação e tratamento de feridas: orientações aos profissionais de saúde. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/34755/000790228.pdf>. Acesso em 10 ago. 2017.

Procedimentos em  
ATENÇÃO PRIMÁRIA



Unidade 3

Procedimentos eletivos



## Unidade 3

### Procedimentos eletivos

#### 3.1 Exérese de cistos, lipomas, verrugas e nevos

Vamos iniciar esta unidade estudando queixas muito comuns na Atenção Básica, que através de procedimentos simples podem ser resolvidas na própria unidade, aumentando a resolutivez e diminuindo o número de encaminhamentos. Preparado para aprender mais sobre cistos, lipomas, verrugas e nevos, e revisar as técnicas de exérese dessas lesões? Vamos lá.

##### 3.1.1 Cistos

O cisto sebáceo, também conhecido como epidérmico, é o cisto cutâneo mais comum. Acontece devido à oclusão de uma glândula sebácea que resulta em acúmulo de secreção (sebo), originando um nódulo subcutâneo apresentando tamanho variado.

Ao exame, palpamos a lesão única ou múltipla, normalmente com orifício com poro de drenagem e não aderida a planos profundos. Podem ter localização variada predominando na face, pescoço e a parte superior do tronco. Geralmente assintomático, tem cresci-

mento lento, é comum a ruptura espontânea resultando em saída de secreção fétida do local. Algumas vezes apresenta infecção secundária. É preferível que você tente a retirada do cisto antes que ele vaze ou inflame, pois o procedimento se torna mais simples e com maiores chances de sucesso.

O tratamento do cisto não infectado é a exérese cirúrgica com retirada da cápsula. Já o cisto infectado tem indicação de drenagem de abscesso simples, uma vez que a tentativa de retirar a cápsula pode piorar o quadro de infecção.

#### Técnica

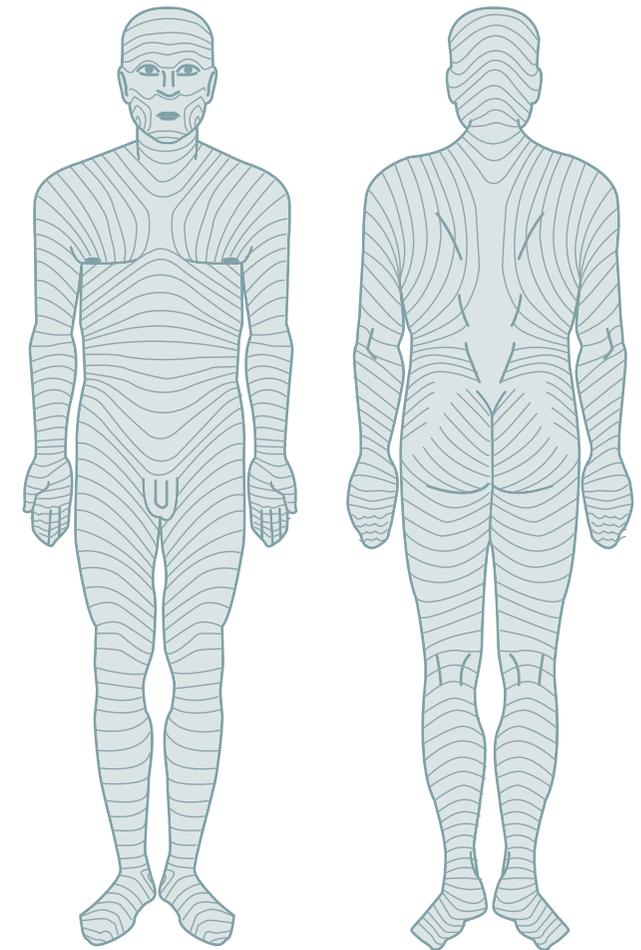
É importante que você explique o procedimento ao paciente e obtenha sua autorização. O procedimento deve ser realizado de maneira asséptica. Com as luvas

Figura 24 – Cisto sebáceo



estéreis, máscara e óculos de proteção, limpe a área afetada com um agente tópico disponível e cubra-a com o campo estéril fenestrado. Realize a anestesia local. Após checar a sensibilidade, faça uma incisão longa e profunda o suficiente para identificar a cápsula do cisto. É importante respeitar as linhas de força da pele. Observe no esquema a seguir.

Figura 25 – Linhas de força da pele



Inicie a ressecção do cisto, sem romper a cápsula. Se a cápsula for rompida durante o procedimento, retira-se todo o material interno e segue-se a sua total remoção. A retirada total da cápsula é primordial para diminuir as chances de recidiva no local. Seja cuidadoso e observe bem se toda a cápsula foi removida.

Irrigue a cavidade com soro fisiológico, verifique a hemostasia e proceda com a sutura da pele. Termine com um curativo oclusivo. Oriente o paciente sobre cuidados com higiene e oriente que ele fique atento a sinais de alarme, como dor importante, aumento do calor no local ou saída de secreção purulenta. Essas alterações podem significar infecção pós-operatória e exigem avaliação médica imediata.

### 3.1.2 Lipomas

Lipoma é um tumor benigno originado de células gordurosas, sendo o tecido adiposo da hipoderme o mais acometido. São mais comuns no pescoço, tronco e membros, normalmente apresentando tamanho variável.

Ao exame, encontramos nódulos isolados ou múltiplos de consistência amolecida à palpação, arredondados ou lobulados e móveis. Habitualmente são assintomáticos, mas podem comprimir estruturas adjacentes, levando a dor. A exérese está indicada nesses casos e também quando há desconforto estético.

Sempre lembre de algumas condições que podem contraindicar a exérese na unidade básica, entre elas:

- paciente não cooperativo;
- estruturas maiores que cinco centímetros, invadindo estruturas próximas, crescendo rapidamente e invadindo estruturas profundas.

Figura 26 – Lipoma em dorso



#### **Técnica**

É importante que você explique o procedimento ao paciente e obtenha sua autorização. O procedimento deve ser realizado de maneira asséptica. Com as luvas estéreis, máscara e óculos de proteção, limpe a área afetada com um agente tóxico disponível e cubra-a com o campo estéril fenestrado. Realize a anestesia local. Após checar a sensibilidade, faça uma incisão longa e profunda o suficiente para identificar o lipoma. É importante respeitar as linhas de força da pele.

Inicie a ressecção do lipoma com auxílio da pinça com dente e de uma tesoura curva ou pinça curva. Tente alcançar todas as faces do lipoma até checar em sua base. É comum que lipomas peque-

nos sejam enucleados, aplicando-se uma pressão em torno da lesão e para cima (“como uma ordenha”).

Após retirada do lipoma, faça uma irrigação da cavidade com soro fisiológico. Observe a hemostasia e, por fim, realize sutura com pontos simples ou intradérmicos. O fio a ser utilizado depende do local do corpo que foi realizado o procedimento.

Para realização de suturas é importante atentar às características dos fios. A classificação da resistência do fio se dá pelo número de zeros, quanto maior o número de zeros (1.0 – 10.0), menor o diâmetro e a resistência do fio. Ou seja, para localizações delicadas deve-se optar por fios mais finos – por exemplo, 5.0 para lesões em face. Já em áreas nas quais

a pele é mais grossa, ou em regiões de dobras, deve-se escolher fios mais resistentes, com menos zeros – por exemplo, 3.0 para lesões em couro cabeludo.

Se o espaço morto residual for importante, considerar o uso de um dreno de Penrose. Termine com um curativo oclusivo e não esqueça de enviar o material para a análise anatomopatológica, devidamente identificado em pote com formol. Assim como na exérese de cisto, oriente o paciente sobre cuidados, sinais de alarme e retorno.

#### **3.1.3. Verrugas**

Verrugas são proliferações benignas da pele causadas pelo papilomavírus humano (HPV). A infecção leva ao crescimento anormal das células da epiderme que

## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

cl clinicamente é percebida por uma lesão com superfície irregular, verrucosa. A transmissão do HPV ocorre por contato direto com pessoas e/ou objetos infectados. Pode ocorrer autoinoculação através de pequenos ferimentos que servem de porta de entrada para o vírus. Também há transmissão pelo contato sexual e pela via materno-fetal no momento do parto. O pico de incidência ocorre entre 12 e 16 anos. Após o contato, pode demorar de semanas a meses para as lesões aparecerem.

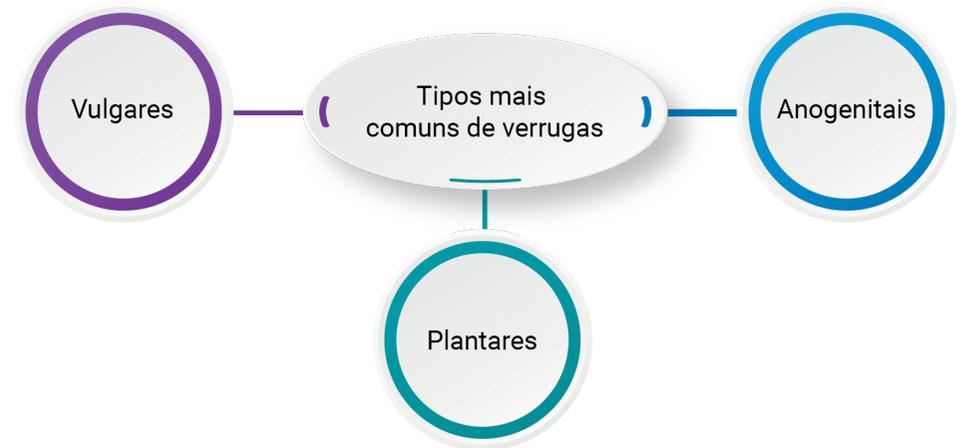


**IMPORTANTE** Essas lesões são mais comuns em pessoas imunocomprometidas. Fique atento e solicite teste de HIV para adultos com lesões extensas ou apresentando recidivas.

Os tipos mais comuns de verrugas que podemos encontrar na atenção básica são:

## Unidade 3

### Procedimentos eletivos



Vejamos em detalhe:

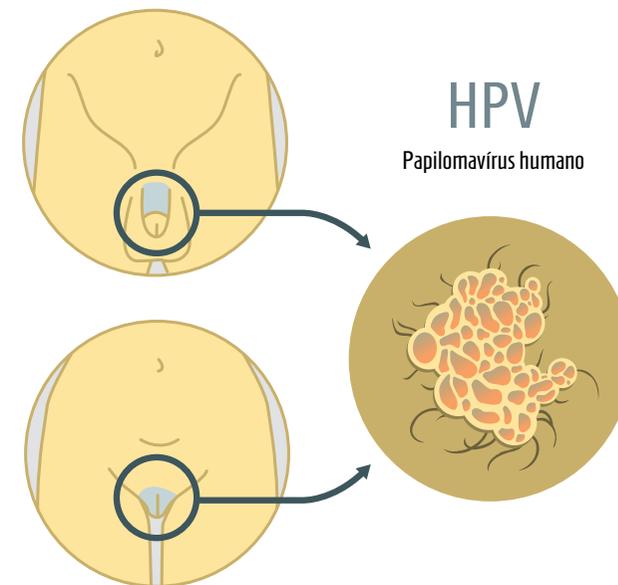
- **Verrugas vulgares:** são as mais comuns. Lesões papulosas ou nodulares, ceratóticas, que apresentam pontos enegrecidos em sua superfície. Costumam se localizar no dorso das mãos, regiões plantares e cotovelos e joelhos (áreas de traumas).

- **Verrugas plantares:** são aquelas localizadas nas plantas dos pés, muitas vezes confundidas com calos. A presença de um anel periférico espessado com pequenos pontos escuros no centro da lesão lembra a imagem de um “olho de peixe”, nome popular desta lesão. Normalmente muito dolorosas.
- **Verrugas anogenitais:** ocorrem em região de mucosa genital de ambos os sexos; apresentam-se como lesões vegetantes, úmidas, isoladas ou agrupadas, que lembram o aspecto de couve-flor (condiloma acuminado). Também podem acometer a uretra, vagina, colo do útero, região perianal ou mucosa oral. Alguns subtipos virais já foram identificados como de alto potencial

Figura 27 – Verruga vulgar, plantar e anogenital, respectivamente



Figura 28 – HPV



para desenvolvimento de câncer, principalmente o de colo de útero.

#### Tratamento

As verrugas podem envolver espontaneamente, dentro de meses, ou persistir por anos. Crianças geralmente se curam sem necessidade de medicação. Entretanto,

em função do risco de disseminação do vírus para outras pessoas e o surgimento de novas lesões no próprio indivíduo pela autocontaminação, seu tratamento é recomendado. Já nos adultos as verrugas não costumam desaparecer sem tratamento. Existem diferentes modalidades terapêuticas que levam à destruição ou à remoção das lesões. São usados desde medicamentos tópicos até procedimentos cirúrgicos. Verrugas vulgares e plantares podem ser tratadas da mesma maneira, porém as plantares normalmente são mais resistentes, necessitando de um tempo maior de tratamento. Vejamos as opções:

- **Ácido salicílico tópico:** são usadas concentrações entre 17 e 50%. Concentração acima de 50% é usada para aplicações em

locais com uma camada córnea maior, como palma das mãos e plantas dos pés. Primeiramente deve-se embeber a verruga em água morna por pelo menos cinco minutos; após, lixá-las e aplicar o produto diretamente na verruga. É importante proteger a pele sadia com uma fita tipo esparadrapo poupando a área da verruga. Um curativo oclusivo pode ser feito, e nesse caso deve ser trocado a cada 48 horas. O tratamento com ácido salicílico não deve estender 12 semanas sem reavaliação médica.

- **ATA (ácido tricloroacético):** concentrações de 50 a 80% podem ser aplicadas nas verrugas após lixa-las com auxílio de cotonete a cada sete ou 10 dias, por até oito semanas.

Na atenção básica, o tratamento com o ácido tricloroacético (ATA) com concentrações de 80 a 90% pode ser aplicado semanalmente por quatro a seis semanas. É necessário proteger a área de pele sadia com vaselina ou gel de ultrassom, e então aplicar o produto com auxílio de cotonete. Se houver contato com a pele sadia, basta lavar com água e sabão. Deve-se pensar em encaminhamentos caso não haja resposta completa em 12 semanas de tratamento.



**IMPORTANTE** A cauterização química de lesões é um procedimento que enfermeiros capacitados podem realizar.

No caso de gestantes, encaminhar ao gineco-obstetra aquelas com lesões ex-

tensas, que podem obstruir o canal de parto ou não responsivas à cauterização.

- **Cirurgia:** a excisão cirúrgica é uma opção para verrugas vulgares, porém seu uso deve ser bem pensado em função do risco de dor e cicatrizes nas áreas afetadas. A incisão deve ser profunda, em cunha, com cicatrizações normalmente por segunda intenção. Se disponível, deve-se usar o eletrocautério. Não é indicado cirurgia nas lesões plantares devido ao risco de cicatrizes dolorosas permanentes. O tratamento das verrugas anogenitais pode ser feito também com aplicação de substâncias que destroem a verruga, substâncias imunomoduladoras, e, em alguns casos, com cirurgia.



**LINK** Atualmente o calendário nacional de vacinação inclui a vacina contra o HPV para meninos e meninas. Saiba mais em <<http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/marco/03/Novo-calendario-vacinal-de-2017.pdf>>.

#### 3.1.4. Nevos

Nevos são lesões que podem ocorrer em todo o corpo e se caracterizam por apresentar, na sua grande maioria, alterações melanocíticas. Podem ser categorizadas em vários subtipos: melanocíticos congênitos e adquiridos, displásicos etc. É fundamental ao médico da atenção básica saber reconhecer essas lesões e principalmente observar os sinais que podem indicar diagnóstico diferencial com o melanoma. Neste curso elencamos alguns tipos mais prevalentes e de maior importância

clínica para aprofundamento. Entre os tipos de nevos melanocíticos, tem-se:



Vejamos em detalhe:

- **Nevos melanocíticos congênitos:** presentes desde o nascimento ou com desenvolvimento nas duas pri-

## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

meiras semanas de vida. Podem ser divididos pelo tamanho da lesão, sendo que quanto maior ela for, maior o risco de malignização.

- **Nevos melanocíticos adquiridos:** são os mais comuns. Surgem geralmente ao longo da primeira infância ou logo depois, aumentam ligeiramente de número e tamanho ao longo da segunda e terceira décadas de vida. Podem ainda ser divididos em: juncionais, compostos e intradérmicos.
- Os **juncionais** se caracterizam por máculas (manchas) em tons de marrom a negro. Não excedem seis milímetros diâmetro, com bordas bem definidas e geralmente simétricos. Comum nos ombros, dorso e membros superiores.
- Os **nevos compostos** são ligeiramente elevados (formando pápulas) em tons de marrom, raramente ultrapassam seis milímetros de diâmetro, com bordas bem definidas e geralmente simétricos. Comum na face, metade superior do tronco e membros superiores. Tendem a ser mais elevados e pigmentados na juventude, e com o tempo ficam mais planos e claros.

## Unidade 3

### Procedimentos eletivos

- Os **nevos intradérmicos** geralmente são pouco elevados, pouco pigmentados ou até da cor da pele, medem de dois a sete milímetros, são bem delimitados e simétricos.



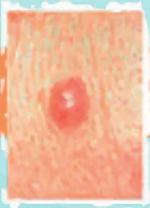
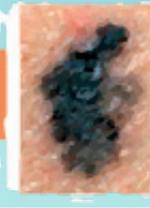
**IMPORTANTE** Apesar do fato bem estabelecido de que um melanoma pode se originar de um nevo, na grande maioria das vezes isso não ocorre. Mais de 90% dos melanomas não estão associados aos nevos. Entretanto, um número muito grande de nevos pode se associar ao risco maior de aparecimento de melanoma, fato que acontece com mais frequência em pessoas de pele clara que se expõem muito ao sol.

A indicação de exérese de lesões é controversa. Normalmente identificamos lesões que causam incômodo estético no paciente, com potencial de malignização. O exame de dermatoscopia pode auxiliar no diagnóstico diferencial.

É fundamental que após realizada a exérese, todo o material seja devidamente identificado em pote com formol e enviado para exame anatomopatológico.

Vale lembrar as principais características que fazem uma lesão ser suspeita para melanoma para identificação precoce e encaminhamento. Observe o quadro a seguir:

Quadro 5 – Características para lesões benignas e malignas

	Assimetria	Borda	Cor	Dimensão	Evolução
<b>BENIGNO</b>	Simétrico 	Regular 	Tom único 	Inferior à 6mm 	Não cresce nem muda de cor 
<b>MALIGNO</b>	Assimétrico 	Irregular 	Dois ou mais tons 	Superior à 6mm 	Cresce e muda de cor 

#### Técnica

Para realizar a exérese de nevos é necessário explicar o procedimento ao paciente e obter autorização. O procedimento deve ser realizado de maneira

asséptica. Após assepsia, cubra a área com um campo fenestrado e prossiga com a anestesia, realizando um bloqueio de campo regional.

Você deve fazer uma incisão elíptica sim-

ples, com margem de dois milímetros ao redor da lesão. Verifique a hemostasia e realize a sutura.

Coloque a peça cirúrgica num frasco com formol. Não se esqueça de identificar a peça e encaminhar para a análise anatomopatológica. Sempre descreva a lesão com características, localização e os sintomas, a fim de auxiliar o médico patologista.

#### 3.2 Lavagem auricular

A lavagem auricular é um procedimento simples e bastante realizado na atenção primária. Seu objetivo é a remoção da rolha de cerume. É importante lembrar que o cerume é uma condição fisiológica importante para a proteção. Porém,

## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

o acúmulo, que leva à formação de rolha, gera impactação no conduto e é causa frequente de hipoacusia (surdez), ou seja, sensação de ouvido tapado e zumbido.

A visualização do canal auditivo é fundamental antes da realização do procedimento. A otoscopia deve ser feita com aparelho

**Figura 29 – Visualização do canal auditivo antes da realização do procedimento**



## Unidade 3

### Procedimentos eletivos

apropriado, através dela o examinador consegue observar a rolha de cerume impactada e indicar o procedimento adequadamente. A lavagem não deve ser feita em casos de tímpano perfurado, presença de tubos de ventilação ou quadro de otite média aguda. É importante lembrar que em alguns casos de otite externa a limpeza do canal auricular é parte do tratamento, pois facilita a penetração dos medicamentos, reduzindo a inflamação local. Para isso deve-se realizar a otoscopia e visualizar a rolha de cerume, prosseguir com a limpeza através de cureta, retirando-se a cera e o material proveniente de descamação. Se a membrana timpânica estiver intacta, o canal pode ser irrigado com uma diluição de 1:1 de água oxigenada 10 volumes com água em temperatura ambiente.

Também é importante avaliar o grau de cooperação do paciente antes de realizar cada procedimento.

#### **Técnica**

A técnica de realização de remoção de cerume por irrigação é um procedimento rápido e de fácil execução. Se possível, você

deve indicar emolientes previamente ao procedimento. Segundo alguns estudos, estes podem facilitar o procedimento, diminuindo o número de tentativas necessárias. Pode-se optar pelo uso entre 15 a 30 minutos antes do procedimento ou prescrever para aplicação por três a cinco dias antes deste. Não há evidência de melhor taxa de sucesso no procedimento relacionado à quantidade de dias de uso do emoliente antes da lavagem.

Prepare todo o material seguindo a lista de equipamentos recomendados para o procedimento. Corte o scalp (butterfly) com aproximadamente quatro centímetros a partir da extremidade de acoplamento da seringa. Descarte a extremidade da agulha em local apropriado.

Aqueça a solução fisiológica isotônica a 0,9% (soro fisiológico), ainda com o frasco fechado, até a temperatura corporal (37°C) para evitar nistagmos e desconforto. Pode-se utilizar “banho-maria” ou aquecimento em micro-ondas.

Examine cuidadosamente o canal do ouvido externo por meio da inspeção e palpação e realize sempre a otoscopia antes do procedimento.

Despeje o soro aquecido na cuba redonda e aspire com a seringa diretamente na cuba até encher a seringa. Acople a seringa na extremidade não cortada do scalp.

Posicione a toalha, campo cirúrgico ou compressa no ombro do paciente. Após todos esses passos você deve posicio-

nar a cuba rim, bem justaposta, à cabeça/pescoço do paciente na altura logo abaixo da orelha. Verifique se está bem justaposta para não molhar o paciente durante o procedimento. Você pode pedir que o próprio paciente segure a cuba para auxiliá-lo.

Introduza a extremidade cortada do scalp com a concavidade voltada para frente e levemente para cima. Monitore sintomas de dor durante o procedimento. Sob leve pressão e contínua, introduza o soro fisiológico, deixando escoá-lo na cuba rim. Uma vez esvaziada a seringa, remova com o cateter (scalp), desacoplando e repetindo as etapas anteriores quantas vezes forem necessárias. Observe se na cuba rim há presença de rolha e realize a

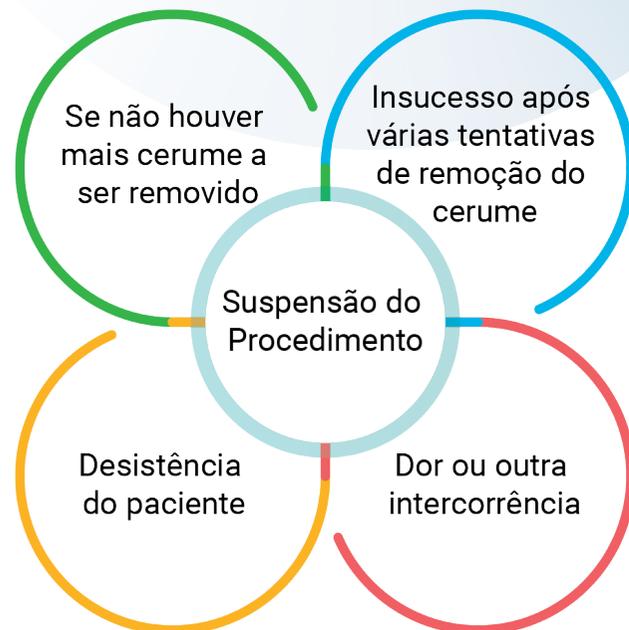
## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

otoscopia antes de repetir as irrigações.



**LINK** Assista ao vídeo a seguir, que demonstra o procedimento. Acesse: <https://www.youtube.com/watch?v=Jc8YRPOVHTQ>.

O procedimento deve ser suspenso diante das seguintes situações:



## Unidade 3

### Procedimentos eletivos

#### 3.3 Cuidados com sondas nasogástricas (SNG) e ostomias

O cuidado prestado a sondas e ostomias caracteriza-se dentro de um conjunto de cuidados a pacientes normalmente acamados ou restritos a domicílio, seja por um período limitado ou de forma contínua. Assim, é importante saber sobre o tema de atenção de saúde em domicílio. Além das visitas domiciliares prestadas pelas equipes de saúde da família, a Portaria n. 2.527 instituiu em 2011 a Atenção Domiciliar (AD), conceituada como uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar, caracterizada por um conjunto de ações de saúde prestadas em domicílio. A Atenção Básica dentro da AD se constitui como moda-

lidade AD1, em que estão incluídos usuários que possuem problemas de saúde controlados e compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária, tendo muita dificuldade de se deslocar até a unidade de saúde. Essa

Figura 30 – Atenção Domiciliar



**Melhor em Casa**  
A SEGURANÇA DO HOSPITAL NO  
CONFORTO DO SEU LAR

modalidade tem como características: maior espaçamento entre as visitas, não necessita procedimentos ou técnicas de maior complexidade, não necessita atendimento médico frequente e possui condições de saúde compensadas.

Por isso, casos mais complexos, que normalmente incluem estomas e sondagens, dependendo da compensação clínica, podem ser casos a serem acompanhados pelos Serviços de Atendimento Domiciliar (SAD), pelas modalidades AD2 e AD3. No entanto, este serviço não está presente em alguns municípios, sendo importante que a equipe da família saiba manejar minimamente as condições de sondas e ostomias, mas também articular junto à gestão a necessidade e implantação de

um SAD. Neste módulo vamos nos atentar às indicações de troca de sondas e cuidado de ostomias, que devem estar dentro do escopo de cuidados das equipes de saúde da família. A troca de sondas das ostomias necessita de profissional treinado, normalmente realizado em ambiente hospitalar; já a sondagem para dieta enteral requer técnica mais simples, como exposto a seguir.

#### **3.3.1. Sondagem para dieta enteral**

A Terapia Nutricional (TN) está indicada quando as necessidades nutricionais não conseguem ser alcançadas por via oral, seja por comprometimento da via de ingestão, comprometimento da absorção ou pelo estado nutricional do paciente. A

dieta pode ser então administrada por via enteral ou parenteral. Dentre as possibilidades de via enteral tem-se a via oral e o acesso alternativo ao sistema digestório via sondas e ostomias. Para acompanhamento de pacientes em uso TN, é muito importante o suporte de equipe NASF, especialmente nutricionista, se não houver apoio de SAD.

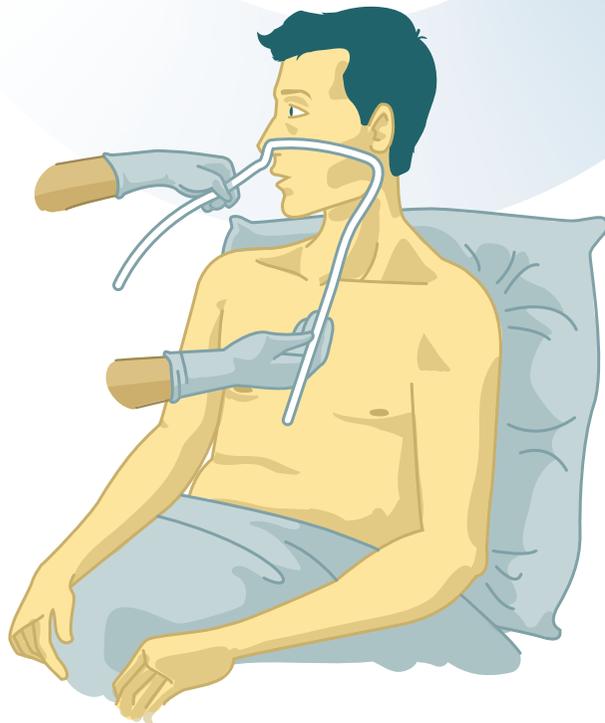
Aqui estamos nos remetendo à terapia nutricional por via de sondagem – sonda nasogástrica ou nasoentérica – e em seguida por ostomia – gastrostomia.

#### **Técnica de inserção de sonda nasogástrica**

Existem sondas nasogástricas e nasoentéricas que utilizam cateter com fio guia introdutor, nesses casos é necessário que sua introdução seja feita por enfermeiro

ou médico treinado. No caso de sondas nasogástricas sem introdutor, podem ser realizadas por técnico ou auxiliar de enfermagem, sob supervisão de enfermeiro.

**Figura 31 – Sonda Nasogástrica**



Para a inserção de sonda nasogástrica sem guia, inicialmente deve-se explicar o procedimento ao usuário e ao familiar. Depois, coloca-se o usuário em posição semi-sentada, em aproximadamente 45°. Caso o usuário não possa ter a cabeceira elevada, deve-se mantê-lo em decúbito lateral esquerdo (DLE) ou decúbito dorsal horizontal, lateralizando a cabeça e inclinando-a para frente. Antes de inserir, deve-se mensurar a sonda do ápice do nariz ao lóbulo da orelha, depois descer até o apêndice xifoide e marcar com fita microporosa. Lubrificar a extremidade distal da sonda com a geleia lubrificante e com o pescoço em posição neutra, iniciar a introdução da sonda na narina do usuário. Após a introdução de aproximadamente

10 cm, fletir pescoço do usuário e quando possível solicitar a colaboração deste, pedindo para que o mesmo faça movimentos de deglutição. Continuar introduzindo a sonda, acompanhando os movimentos de deglutição até o ponto pré-marcado no apêndice xifoide. Deve-se interromper e retirar a sonda caso o mesmo apresente tosse; dificuldade respiratória; cianose ou agitação. Testar o posicionamento injetando 20 ml de ar com seringa de bico e auscultar com estetoscópio simultaneamente a região epigástrica, e/ou aspirar o conteúdo gástrico. Realizar sempre dupla checagem com dois profissionais. A sonda deverá ser fixada na face, do mesmo lado da narina utilizada. Com isso a inserção é finalizada, podendo iniciar a nutrição/medicação.

#### 3.3.2. Gastrostomia

A gastrostomia pode ser conceituada como uma abertura artificial anterior do estômago, geralmente utilizada quando há necessidade de tubo nasoenteral por mais de quatro a seis semanas, associado à incapacidade do paciente em manter ingestão oral de maneira suficiente.

Dentre procedimentos e cuidados em atenção domiciliar, em todas as ostomias, ao serem avaliadas pela equipe de saúde, deve-se observar as características de normalidade do estoma, o efluente e a pele, além de trabalhar com o cuidador na orientação a prevenção de dermatite periestoma, ou ainda tratar as afecções cutâneas instaladas.

#### Indicações para troca de ostomias

A sonda não é trocada de rotina, não há intervalo de tempo definido na literatura. Sua troca é necessária em situações de complicação, como ruptura, deterioração e oclusão da sonda. Assim, a decisão de troca de sondas de gastrostomia é definida dentro da equipe, entre médicos, enfermeiros e nutricionistas.



**IMPORTANTE** O procedimento deve ser executado por médico e/ou enfermeiro capacitado para tal. É muito importante que a equipe de saúde preste os cuidados aos usuários com o estoma, que envolvem a manutenção da permeabilidade da sonda, cuidado de pele periestoma e observações de complicações. Os pacientes e cuidadores são orientados e supervisionados pelo enfermeiro na realização destes cuidados no domicílio.

#### 3.3.3. Cistostomia

Uma cistostomia é uma abertura cirúrgica feita acima do osso púbico até a bexiga. Existem as cistostomias definitivas e provisórias.

Os procedimentos principais nas cistostomias definitivas são as trocas de bolsa e higienização; nas cistostomias provisórias são as trocas de sonda e curativos. Assim como outros estomas, são necessárias orientações aos cuidadores e usuários de como manejar as bolsas coletoras, aprender a observar o aspecto de região periestomal e realizar a troca de bolsa de forma adequada e higiênica. A troca da sonda de cistostomia normalmente é realizada em serviço hospitalar;

porém, havendo disponibilidade de insu-  
mos e o enfermeiro da ESF se sentir tec-  
nicamente seguro para realizar o proce-  
dimento, este poderá realizar a troca. O  
tempo de troca é estabelecido de acordo  
com a característica do sistema e da urina,  
sendo que em caso de perfuração da bolsa  
coletora troca-se todo o sistema coletor.

#### 3.3.4. Cânula de traqueostomia

A traqueostomia se refere a uma abertura  
e exteriorização da luz traqueal. O paciente  
traqueostomizado necessita de cuidados  
para evitar complicações, como lesões e  
infecção local, ressecamento das secre-  
ções pulmonares, obstrução da cânula,  
risco de broncoaspiração, entre outros.

De acordo com o **Manual Melhor em**

**Casa**, a recomendação é de os proce-  
dimentos envolvendo traqueostomia fi-  
quem sob responsabilidade de equipes  
de saúde com modalidade AD2 ou AD3,  
ou seja, por SADs, e não equipes ESF da  
AB. Tais procedimentos incluem a troca  
de cânula (com cilindro de oxigênio), hi-  
gienização, aspiração e descanulação.

#### Indicações para troca de cânula de tra- queostomia

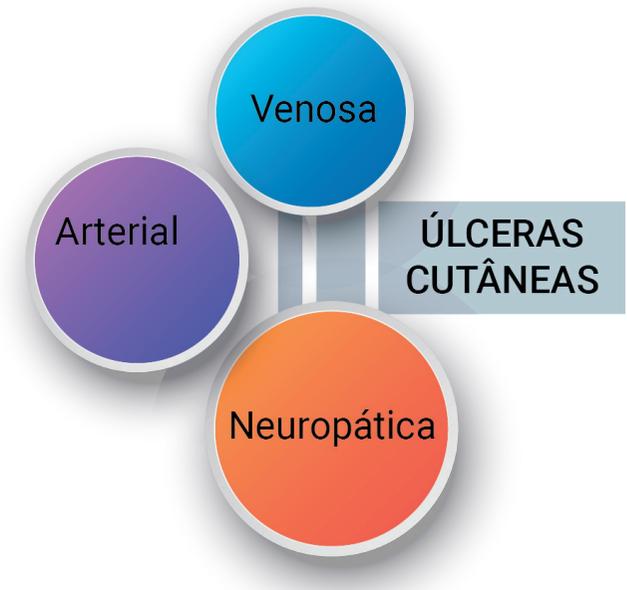
O profissional enfermeiro deve ter a com-  
petência técnico-científica para a execu-  
ção da troca da cânula de traqueostomia  
(externa e interna). No entanto, não se  
trata de procedimentos muito comuns na  
prática diária da APS.

O tempo de troca de uma traqueostomia  
metálica é a cada quatro meses ou an-

tes, se necessário. Outros cuidados en-  
volvem manter subcânula limpa, precau-  
ções com a pele e o tubo traqueal.

#### 3.4 Úlceras cutâneas

As úlceras de particular interesse na APS  
são as úlceras crônicas, conceituadas  
pela não cicatrização após um período



de seis semanas. As úlceras crônicas atingem principalmente os membros inferiores e têm três principais etiologias: venosa, arterial e neuropática.



**IMPORTANTE** As mais comuns são as de origem venosa, abrangendo aproximadamente 75% dos casos. Importante ressaltar que as úlceras podem ter mais de uma etiologia.

### 3.4.1. Úlcera arterial

A úlcera arterial se origina do processo de oclusão arterial crônica, dentro da patologia de doença arterial periférica. A úlcera é uma manifestação de um quadro mais avançado da doença. A fisiopatologia está na aterosclerose das artérias dos membros inferiores.

As manifestações clínicas incluem os

sintomas da própria doença arterial periférica, sendo seu sintoma clássico a claudicação intermitente. Com o avançar da doença surge dor no membro afetado durante o repouso e dor com a elevação do membro. Ao exame físico, o membro afetado é mais frio, tendo palidez durante a elevação e rubor quando pendente. É possível utilizar isso como técnica propedêutica, em que o paciente fica em decúbito dorsal; o profissional eleva os membros inferiores deste a 45 graus por 30 segundos para avaliar palidez, depois deixa-se as pernas pendentes, quando se observa a hiperemia reativa.

É essencial a avaliação dos pulsos distais, que geralmente são diminuídos ou ausentes, com tempo de enchimento ca-

pilar lento, acima de 20 segundos. Um recurso propedêutico que pode ser utilizado em APS é o Índice Tornozelo Braço (ITB), que necessita aparelho de USG doppler e treinamento profissional básico.

Dentre as úlceras crônicas em membros inferiores, as arteriais abrangem por volta de 10 a 25% dos casos. As localizações mais comuns são os artelhos, calcâneos, proeminências ósseas nos pés e em lugares que houve algum trauma ou áreas de pressão. A úlcera arterial caracteriza-se por ser profunda, com borda bem demarcada, fundo pálido sem tecido de granulação viável, presença de necrose frequente. Essas úlceras tendem a expor tendões e são muito dolorosas.

O exame complementar mais utilizado

## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

no aparecimento de úlceras arteriais é o ecodoppler arterial dos membros inferiores, comumente necessário em situações mais graves de oclusão arterial para avaliação pré-operatória.

### 3.4.2. Úlcera neuropática

A úlcera neuropática advém da perda sensorial e alteração trófica devido à destruição de nervos periféricos. A causa mais comum encontrada na APS é o diabetes mellitus. A segunda causa é a hanseníase, que apresenta a maior quantidade de casos concentrados nos estados da região da Amazônia Legal (BRASIL, 2008).

A úlcera neuropática crônica tem como tipo mais frequente o chamado mal perfurante plantar. Tem como característica adquirir profundidade, apresentando com frequência osteomielites e infecções bacterianas de partes moles. Na sua avaliação está recomendado realizar radiografias seriadas para avaliar parte óssea.

## Unidade 3

### Procedimentos eletivos



**IMPORTANTE** Em acompanhamento de pacientes com diabetes e hanseníase, é importante fazer prevenção com avaliação de sensibilidade de percepção de pressão dos pés, através do teste do monofilamento.

### 3.4.3. Úlcera venosa

A úlcera venosa está dentro da evolução da doença venosa periférica crônica, em estágio avançado. Doença venosa periférica crônica é associada à disfunção da bomba muscular da panturrilha, com consequente hipertensão venosa, levando à estase venosa em membros inferiores, varizes, edema e, por fim, ao aparecimento de úlceras.

A disfunção da bomba muscular tem duas causas principais, a mais frequente é a doença varicosa primária e a segunda é como efeito tardio de trombose venosa crônica. A doença venosa crônica, também chamada insuficiência venosa crônica, tem diversas alterações físicas em membros inferiores, dentre elas:

## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA



A úlcera venosa desenvolve-se lentamente, podendo haver lesão única ou múltipla; tem localização frequente em torno do maléolo medial, é pouco dolorosa, bordas difusas, planas e com inclinações. A úlcera geralmente tem formato irregular e raso, mas pode se tornar profunda, com leito composto por tecido de granulação, podendo conter tecidos desvitalizados; é comum

## Unidade 3

### Procedimentos eletivos

ter exsudato amarelado. Os traumas são desencadeadores frequentes das úlceras.

Ao exame físico, atentar-se a sinais de insuficiência venosa. A presença de varizes é predominante, assim como edema em tornozelo, principalmente ao final do dia. Ao redor da úlcera a pele pode ser purpúrica ou hiperpigmentada, conhecida como dermatite ocre; também pode apresentar ressecamento crônico e eczema, que causam prurido. Casos avançados podem ter lipodermatoesclerose. A palpação dos pulsos periféricos é importante para se identificar uma possível lesão arterial associada, que também pode ser avaliada pela mensuração do Índice Tornozelo Braço (ITB).

O paciente pode apresentar dor em membros inferiores, mas normalmente não interfere nos afazeres diários. Essa dor costuma ter sensação de peso e piorar no final do dia com a posição ortostática, melhorando com a elevação das pernas.

**Diagnóstico diferencial entre úlceras artérias e úlceras venosas**  
Acompanhe o quadro a seguir.

Quadro 6 – Como diferenciar a úlcera venosa da úlcera arterial

Características	Úlcera venosa	Úlcera arterial
Local	Tornozelos, parte inferior da perna	Pés, músculos das pernas, dedos dos pés
Evolução	Lenta	Rápida
Aparência da úlcera	Margem superficial, borda irregular, não afeta tecidos profundos	Geralmente profunda, margens bem definidas, envolve tecidos e músculos
Aparência da perna	Marrom, manchas varicosas e eczema, quente ao toque	Pele brilhante, fria, descorada quando elevada, azulada quando abaixada
Edema	Presente, piora no fim do dia	Só está presente quando em repouso
Dor	Dor em aperto; Varia de acordo com a ingestão de líquidos, uso de meias elásticas de apoio; Diminui com a atividade muscular e com a elevação da extremidade; Mais intensa à noite.	Ardente, choque, pruriginosa, aguda, palpitante; aumenta com a elevação do membro e com a atividade muscular; diminui com a pendência da extremidade.
Pulso pedioso, tibial posterior, femoral ou políteo	Presente	Ausente ou reduzido
História	Trombose venosa periférica, flebite, varizes	Doença vascular periférica, cardiopatias, diabetes mellitus

### Manejo das úlceras arteriais



**IMPORTANTE** As úlceras arteriais necessitam de acompanhamento conjunto com cirurgião vascular, uma vez que se configura um estágio avançado da Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP), pois é crucial o restabelecimento adequado do fluxo arterial. Localmente, a APS pode manejar com manutenção de meio úmido, controle da dor e manter membro aquecido.

Pacientes estáveis têm indicação de complementação com terapia farmacológica, o cilostazol. Dentre os controles de fatores de risco destaca-se a importância da cessação de tabagismo e avaliar risco benefício de introduzir o AAS contínuo. A úlcera deve ser diariamente limpa com soro fisiológico 0,9%, e o desbridamento deve ser minuciosamente avaliado, uma

vez que trauma adicional pode aumentar a necrose local. Recomenda-se não desbridar até definição do estado de perfusão, ou seja, não desbridar se houver comprometimento arterial associado. Em caso de infecção associada, a escolha empírica de antibiótico dependerá da gravidade e evolução da infecção, solicitando sempre que possível cultura e antibiograma por swab.

#### **Manejo de úlceras neuropáticas**

Nas úlceras neuropáticas, é fundamental a orientação dos pacientes quanto aos cuidados dos pés, tanto para evitar progressão de úlcera e aparecimento de outras lesões, como para evitar o aparecimento de úlcera, principalmente em paciente diabético com alteração em sensibilidade nos membros inferiores.

Uma questão importante é a redução de pressão sobre os pés, incentivando perda de peso em caso de sobrepeso e obesidade. Dependendo da gravidade do caso, pode-se indicar calçados personalizados, aparelhos ortopédicos, muletas, andadores até privação total de contato. Além disso, é necessário fazer o tratamento da etiologia da úlcera para evitar sua progressão. No caso dos exemplos citados, o controle do diabetes mellitus e o tratamento da hanseníase.

O tratamento da úlcera em si se assemelhará muito ao tratamento das demais úlceras, que são medidas para incentivar a cicatrização da mesma, e em caso de infecção, utilizar antibióticos. No caso de presença de tecidos desvitalizados, calo-

sidades, pode ser utilizado desbridamento químico ou cirúrgico – procedimento que será detalhado mais adiante. Os curativos devem manter o tecido úmido, podendo utilizar hidrocoloide ou hidrogéis, evitando também o excesso de exsudato.

#### **Manejo de úlceras venosas**

O manejo das úlceras venosas é constituído pelo tratamento da insuficiência venosa periférica e o tratamento da úlcera em si.



**IMPORTANTE** É essencial o manejo sistêmico e local para que haja a cicatrização da ferida e evitar o aparecimento de novas lesões. A participação da pessoa é muito importante, devendo-lhe ser explicado sobre a demora do tratamento.

O tratamento da insuficiência venosa depende de algumas variáveis, como gravi-

## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

dade, tempo de evolução e etiologia. Orientações gerais para esses pacientes consistem em elevar os membros inferiores de maneira intermitente, manter peso dentro da faixa normal, cessar tabagismo e realizar exercícios aeróbicos.

A terapia compressiva está indicada para a grande maioria dos casos. Para atingir maiores resultados, o estímulo à deambulação é importante. Os métodos mais utilizados são as ataduras e as meias. As meias elásticas geralmente são usadas para evitar recorrências de úlceras já cicatrizadas, mas é possível utilizá-las na fase ativa, por cima de curativo, exceto em caso de úlcera com infecção. A contraindicação aos métodos compressivos é quando há associação importante de doença arterial.

A úlcera venosa deve ser lavada com soro fisiológico a 0,9% e secá-la. Sugere-se utilizar um frasco de solução salina perfurada com agulha 25x8 ou 30x12 para obter uma pressão adequada, tendo o cuidado de fazer a limpeza da ferida da borda para o centro devido ao risco de infecção ou colonização. A troca do curativo primário deve ser feita diariamente ou quando satura-

## Unidade 3

### Procedimentos eletivos

do pelo excesso de exsudato.

Após a limpeza e antes de colocar o curativo, deve-se realizar o reconhecimento da lesão, averiguando a viabilidade dos

**Figura 32 – Sempre oriente o paciente quanto às opções de tratamento**



tecidos. Este momento é comum a todas as úlceras cutâneas; a avaliação e acompanhamento são essenciais para decisão na realização de desbridamento e qual cobertura utilizar no curativo. No caso de úlceras venosas, curativos hidrocoloides, alginatos, hidrogeis e carvão ativado com prata podem ser associados à terapia compressiva elástica e inelástica.

O uso de meias é recomendado e, em casos de úlceras de difícil resolução, pode-se utilizar bandagem compressiva inelástica – chamada de bota de Unna, mas com o cuidado de escolher pacientes que tenham maior capacidade de comparecer às revisões ambulatoriais sistemáticas.

Nas úlceras ativas, evidência da eficácia da medicação são limitadas. Não se recomenda prática rotineira de exames bacteriológicos usando swabs, uma vez que não apresentam benefícios no diagnóstico, tratamento ou prognóstico dessas lesões. Os antibióticos sistêmicos estão indicados em casos de úlceras com erisipela ou tromboflebites. Pode-se utilizar coadjuvantes para estimular a cicatrização como a pentoxifilina, além das medicações venoativas usadas na insuficiência venosa.

Quando não há melhora com tratamento conservador, recomenda-se avaliação de cirurgia vascular para manejo cirúrgico. A cirurgia tem boa associação com cura da úlcera em alguns casos especí-

ficos, que são os que não apresentam comprometimento do sistema venoso profundo com refluxo significativo da veia safena magna – dados adquiridos por usg doppler. Outros casos podem se beneficiar ainda de enxerto local, principalmente nas úlceras extensas.

#### **Desbridamento de úlceras cutâneas**

O desbridamento pode ter indicação nas úlceras neuropáticas e nas venosas, e excepcionalmente também nas arteriais. Cabe aqui, em um tópico à parte, para detalhamento desse procedimento, que pode ser realizado por médicos ou enfermeiros com treinamento específico.

O desbridamento faz parte do preparo do leito de feridas para otimizar o processo natural de cicatrização, e significa remo-

## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

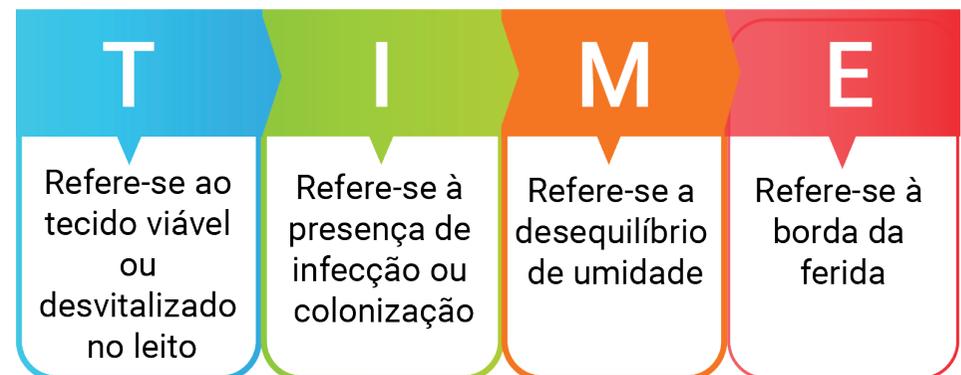


## Unidade 3

### Procedimentos eletivos

ção de tecidos desvitalizados, colonizados ou infectados. O desbridamento pode ser químico, autolítico, mecânico ou cirúrgico. Após a limpeza, deve-se realizar o reconhecimento da lesão, verificando a viabilidade dos tecidos. Para isso, pode-se utilizar alguns sistemas de classificação. Tem-se o sistema vermelho-amarelo-preto, classificando-se como vermelho os tecidos viáveis – o de granulação, e o não viável ou necrosado, como amarelo-preto.

Outra classificação é o sistema TIME, abreviação cujo significado pode ser confrontado no esquema a seguir:



## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

Vejam os em detalhe este acrônimo – TIME:

- **no momento “T”** faz-se a verificação de tecidos desvitalizados para averiguar necessidade de desbridamento;
- **no “I”**, faz-se um esforço em classificar a ferida como contaminada, colonizada, com colonização crítica e infectada, sendo que apenas as duas últimas classificações irão prejudicar de fato o processo de cicatrização. Úlceras com colonização crítica podem ter odor fétido e geralmente não possuem bom tecido de granulação; são friáveis, com fundo amarelado, esverdeado ou vinhoso. No entanto, podem ter como único sinal a falha de cicatrização. Não está indicado uso de antibióticos e a abordagem local deve ser intensificada com uso de desbridamento. Já feridas infectadas consistem na presença de erisipela, celulites e linfangites, necessitando de antibioticoterapia sistêmica;

## Unidade 3

### Procedimentos eletivos

- **o momento “M”** refere-se a “moister imbalance”, o leito de ferida não pode ser ressecado nem possuir excesso de exsudação, e os curativos devem auxiliar nesse processo;
- **no “E”**, de “edge”, faz-se a avaliação da borda, que indica boa evolução quando está colada e no mesmo nível do leito da ferida. Observar presença de bordas hiperkeratóticas, bordas maceradas e sinais de eczema de contato.

Esta avaliação minuciosa da ferida é importante para tomar a decisão por necessidade de desbridamento e qual cobertura de curativo utilizar, além de serem sistemas para acompanhamento da evolução da lesão.

Os acompanhamentos continuados com avaliações sequenciais fazem parte do manejo das úlceras cutâneas até o término da sua cicatrização. Após a cicatrização, ainda são necessárias orientações para prevenir aparecimento de novas úlceras.

**Quadro 7 – Avaliação sistemática e estruturada de leito de úlcera crônica através do acrônimo TIME**

Avaliação de leito de úlcera		Diagnóstico e terapêutica correspondente	
T (Tecido)	Presença de tecidos desvitalizados	Desbridamento químico	Aplicação de papaína, colagenase ou fibrinolisa em tecidos desvitalizados
		Desbridamento autolítico	Curativos oclusivos que promova meio úmido, ex: hidrogéis e hidrocolóides
		Desbridamento mecânico	Curativos úmidos-secos Hidroterapia e irrigação Terapia com pressão negativa
		Desbridamento cirúrgico	Remoção cirúrgica de tecidos desvitalizados, com uso de bisturi, curetas ou tesouras.
I (Infecção ou colonização)	Determinar os estados descritos ao lado, principalmente por avaliação clínica. Pode usar método laboratorial complementar.	Contaminadas ou colonizadas	Não prejudica cicatrização, podem ter efeito positivo devido ação proteolítica
		Colonização crítica	Desbridamento químico ou cirúrgico Curativo oclusivo com prata (carvão ativado ou alginato)
		Infecção	Antibiótico sistêmico Desbridamento de tecidos infectados quando possível
M ("Moister imbalance")	Avaliar condições de umidade.	Bom estado de umidade	Curativo que mantém umidade, ex: hidrocolóide e filme transparente
		Leito ressecado	Curativos que acrescentam umidade, ex: hidrogéis
		Excesso de exsudação	Curativos que absorvem umidade, ex: carvão ativado, alginato, espumas e hidrofibra
E ("Edge")	Avaliar estado de borda, verificando alterações que prejudicam cicatrização.	Bordas hiperkeratóticas	Retirada delicada de hiperkeratose Curativos que aumentem umidade
		Bordas maceradas	Curativos que absorvem umidade
		Eczema de contato	Afastar causa, como antibiótico tópico, lanolina e/ou antissépticos. Corticóide tópico ou sistêmico (caso grave) Antihistamínico oral

### 3.5 Paroníquia e unha encravada

#### 3.5.1. Paroníquia

Paroníquia significa inflamação do leito ungueal. Paroníquias agudas são infecções dos tecidos peri-ungueais, e geralmente se apresentam com uma infecção dolorosa e purulenta. As infecções por *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* ou *Pseudomonas* são as mais comuns.

A paroníquia crônica representa um dano de barreira aos tecidos protetores da unha, incluindo a cutícula e as dobras ungueais proximais e laterais; por definição, deve estar presente por, pelo menos, seis semanas. Normalmente está associada a contato frequente com água e produtos irritantes, mas pode também

ser desencadeada por medicamentos e outras doenças dermatológicas. Muitas vezes podem estar associadas a infecções por *Candida albicans*.

Ao exame observa-se a região peri ungueal irritada com separação da lâmina ungueal da sua prega ungueal adjacente, também é possível que as pregas ungueais estejam avermelhadas e edemaciadas, sem presença de cutícula.



**IMPORTANTE** O tratamento para a condição crônica é basicamente evitar agentes irritantes. O paciente deve aprender que este é um processo crônico ao qual as pessoas são predispostas pela profissão, hábito ou genética.

Você pode indicar uso de luvas de borracha, preferencialmente forradas com algodão. Não deve haver manipulação da

unha ou da cutícula, exceto o corte rotineiro da placa ungueal. As mãos devem ser bem secas após as lavagens.

O uso de corticoides tópicos por duas a três semanas é uma opção, devendo também ser tratada a infecção secundária, se existir. Podem ser associados antifúngicos tópicos por três semanas no caso de suspeita de infecção fúngica.

Não há necessidade de antibacterianos orais, a menos que exista uma exacerbação aguda no cenário da paroníquia crônica. Unhas verdes podem indicar infecção com *Pseudomonas*, podendo ser tratado com imersões em vinagre branco diluído.

**Tratamento da paroníquia aguda:** na fase inicial da paroníquia aguda pode ser orientado compressa quente, antibióti-

## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

cos e corticoides tópicos.

Quando existir abaulamento da cutícula, com coleção purulenta, pode ser feita a drenagem cirúrgica, realizando-se uma incisão puntiforme (lâmina 11 ou 15) entre o eponíquio e a raiz da unha, levando à saída de secreção e alívio da dor. O procedimento deve ser feito após antissep-

Figura 33 – Paroníquia aguda (BMJ)



## Unidade 3

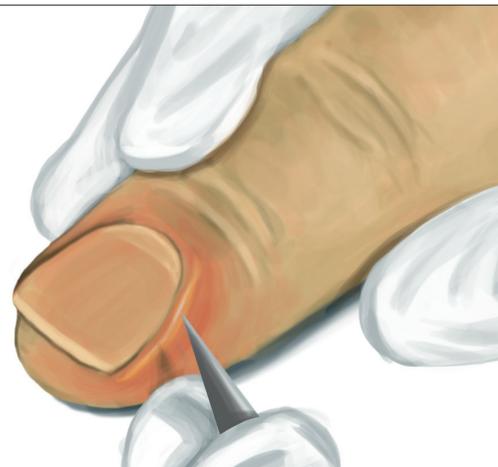
### Procedimentos eletivos

sia e bloqueio local.

Se não tratada pode evoluir para abscesso subungueal.

**Técnica abscesso subungueal:** você deve realizar o procedimento de maneira asséptica, usando os equipamentos de proteção. Realize o bloqueio troncular. Afaste o eponíquio da unha, junto ao ter-

Figura 34 – Paroníquia: incisão com lâmina 11 (BMJ)



ço proximal, seccionando dois triângulos na base lateral utilizando bisturi lâmina 11 ou 15.

Passa para o lado transversal por debaixo da unha, uma pinça halsted (mosquito), separando a unha do leito ungueal e drenando a coleção purulenta.

Você deve deixar dois pedaços pequenos

Figura 35 – Paroníquia: drenagem (BMJ)



## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

de drenos de Penrose (aproximadamente dois centímetros) transversalmente sob a unha em seu terço proximal. A retirada dos drenos deve ser feita gradual com curativos diários. Oriente o paciente a permanecer com tipoia alta em posição anatômica.

### 3.5.2. Unha encravada

A unha encravada é uma condição frequente na Atenção Básica. Acontece quando a porção lateral ou uma espícula da lâmina ungueal penetra a camada vizinha com lesão nas bordas laterais, isso causa lesão progressiva, levando à inflamação local, que ocasiona dor, vermelhidão, edema e até infecção com coleção de pus. Nos casos crônicos ocorre hipertrofia dos tecidos adjacentes com forma-

ção de tecido de granulação. O hálux é o dedo mais afetado.

Observe, a seguir, a anatomia ungueal. Tente identificar as estruturas envolvidas na unha encravada.

Alguns fatores são considerados causadores de condição: corte inadequado das unhas (corte oblíquo facilita), uso de sapatos que apertam a região anterior do

pé (bicos finos ou sapatos apertados) e traumatismos frequentes.

A unha encravada pode ser classificada em três estágios:

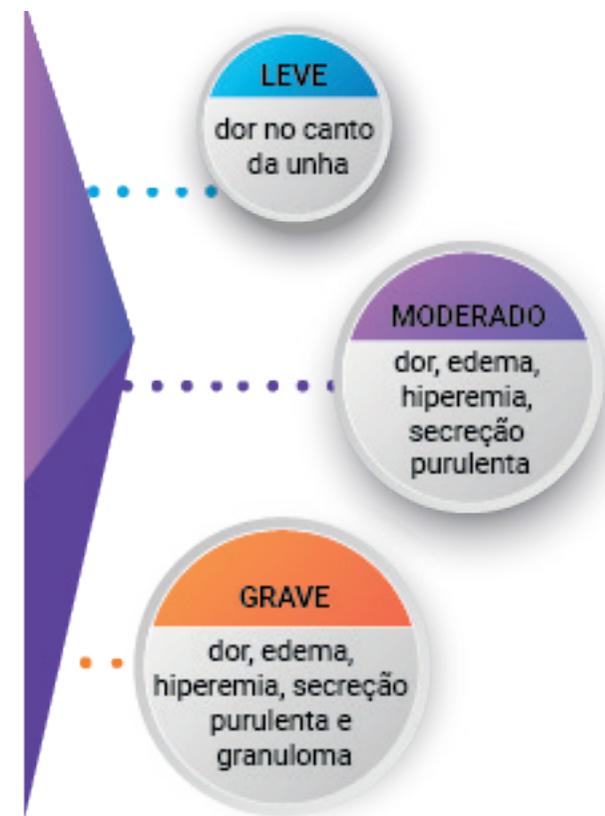
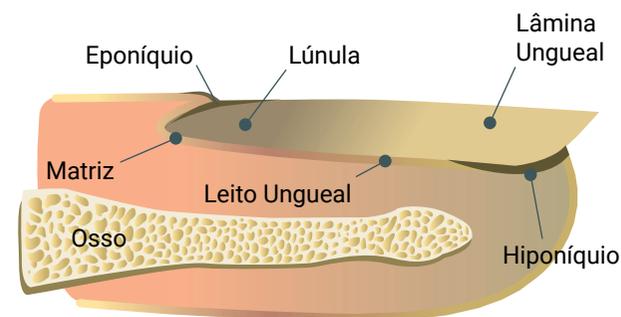


Figura 36 – Anatomia ungueal



Esquema da anatomia ungueal: corte longitudinal

Observe as imagens a seguir.

Figura 37 – Estágio 1



Figura 38 – Estágio 2



Figura 39 – Estágio 3



**Tratamento:** É necessário demonstrar o corte correto das unhas, formando ângulo de 90 graus com o eixo longitudinal e evitar sapatos apertados principalmente os de bico fino.

Nos casos leves pode-se optar pelo tratamento conservador com analgesia, corticoides e antibióticos tópicos, objetivando o crescimento da unha até que o

Figura 40 – Calçado adequado e corte de unhas



canto doente ultrapasse a pele e possa ser cortado corretamente. A imersão do pé afetado em água morna pode ajudar. Nos casos moderados a graves está in-

## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

dicada a retirada cirúrgica da borda lateral juntamente com a matriz correspondente (cantoplastia).

A cirurgia pode ser contraindicada em algumas situações:



### CONTRAINDICAÇÕES

presença de diabetes mellitus descompensado

doença vascular periférica, especialmente na presença de isquemia

coagulopatias

paciente não cooperativo

Em casos de infecção bacteriana conhecida no sítio operatório, deve-se repensar a matricectomia (retirada da matriz ungueal da área correspondente). Porém, vale lembrar que a maioria das unhas encravadas “infeccionadas” não contém bactérias, apresentando apenas uma reação inflamatória estéril ao trauma.

## Unidade 3

### Procedimentos eletivos

#### Técnica

Explique o procedimento ao paciente e obtenha autorização. Você deve examinar cuidadosamente a unha que será tratada e o tecido de granulação circunscrito. Posicione o paciente em deitado com os joelhos flexionados e a planta dos pés encostada na maca ou com as pernas estendidas e os pés pendurados na extremidade da mesa.

Todo o procedimento deve ser feito baseado na técnica de assepsia com os materiais de proteção indicados. Realize a limpeza do dedo com sabão e água, degermação com povidine ou clorexidine. Faça o bloqueio digital com lidocaína sem vasoconstritor, cheque bem a sensibilidade após alguns minutos pois o procedimento é extremamente doloroso.



**IMPORTANTE** É importante SEMPRE questionar se o paciente “está sentindo dor”, e não se ele “está sentindo algo”. O bloqueio com anestésicos locais não retira a sensibilidade tátil.

Inicie o procedimento com a introdução de uma tentacânula, ou instrumental semelhante, a mais ou menos três milímetros

da margem lateral, longitudinalmente até a matriz. Descole o leito ungueal, provocando avulsão parcial do segmento que está encravado. Faça a ressecção desse segmento da unha com uma tesoura reta, ou lâmina de bisturi, até a base da unha, juntamente com a matriz.

Alguns estudos sugerem que seja feita a cauterização química da matriz com o ácido tricloroacético a 80% para reduzir a chance de recidiva, sendo um procedimento rápido e de fácil execução. Neste caso, após retirada do segmento lateral, você deve aplicar o produto com auxílio de um clipe metálico de papel adaptado (moldado de forma linear) com uma pequena quantidade de algodão na sua extremidade. A aplicação deve ser feita junto a ma-

triz em dois ciclos de 30 segundos cada. Em seguida, corte o tecido de granulação em elipse e realize a curetagem do leito, se necessário. Se não houver infecção associada, pode-se retirar uma elipse de pele e tecido subcutâneo da borda com tecido de granulação, suturando-se após com nylon, propiciando cicatrização por primeira intenção.

Após o procedimento, lave o ferimento com soro fisiológico abundante e realize um curativo oclusivo.



**IMPORTANTE** Existem outras técnicas cirúrgicas para tratamento de unha encravada, porém tão importantes quanto o procedimento são os cuidados pré e pós-operatórios, principalmente dos pacientes idosos e diabéticos.

Alguns médicos preferem colocar um torni-

quete (uma tira de borracha, como um dedo de luva estéril ou dreno de Penrose, presos com uma pinça hemostática), de forma a limitar o sangramento durante o procedimento. Nesses casos, uma boa avaliação da circulação do paciente e o tempo limitado do torniquete (cerca de 10 a 30 minutos, no máximo) são fundamentais.

O controle da dor pode ser feito com analgésicos e/ou AINEs. É importante orientar o uso de sapatos abertos, elevação do membro no pós-operatório, bem como a realização de curativo diário.

### 3.6 Molusco contagioso

Lesão que acomete pele e mucosa causada pelo *Molluscum contagiosum*, um vírus da família Poxvirus. Afeta crianças,

preferencialmente as atópicas e adultos sexualmente ativos, além de pacientes imunossuprimidos.

As lesões surgem como pápulas lisas, umbilicadas (com depressão central) e peroladas. Pode ocorrer episódios com

Figura 41 – Molusco contagioso



eritema local, inchaço ou prurido. É contraída através do contato pele a pele ou por meio de fômites em crianças, e através de via sexual em adultos.

Mais de 99% dos casos de molusco podem ser diagnosticados clinicamente. Em alguns casos, as lesões nas áreas genitais em crianças se assemelham ao condiloma. Nesses casos é importante o diagnóstico diferencial pelo risco de abuso sexual. Doença refratária, resistente ou com lesões maiores que as habituais pode indicar sinais de imunocomprometimento. Nesses casos sempre é importante lembrar da testagem de HIV.

Não há necessidade de tratamento para molusco em pacientes imunocompetentes. O ciclo natural da infecção tem re-

solução espontânea entre 2 e 4 anos em pessoas imunocompetentes, sendo mais prolongada em pessoas imunocomprometidas. O tratamento está indicado quando há grande desconforto estético ou risco de contaminação.

#### **Terapias de primeira linha**

O tratamento pode ser feito com curetagem das lesões. Outra opção é o uso de agentes químicos como o KOH 5-10%, aplicado duas vezes ao dia nas lesões, com cotonete, até desaparecimento total da lesão. As aplicações de técnicas em domicílio necessitam de cooperação familiar e observação frequente do profissional.

Pode ser feito uso de agentes imunomodulares e crioterapia. Outra opção é a curetagem das lesões.

## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

### **Técnica**

A curetagem é uma alternativa de tratamento de fácil execução por médicos capacitados. Você deve explicar o procedimento ao paciente e obter autorização. O procedimento deve ser realizado de maneira asséptica. Aplique espessa camada do creme anestésico sobre as lesões. A aplicação deve ser feita sob curativo oclusivo, com tempo de contato mínimo de 60 minutos. Após o tempo, retire a bandagem e o creme anestésico e prepare a área afetada com assepsia.

Realize a curetagem das lesões com cureta, realizando a raspagem da lesão delicadamente com objetivo de retirada total da pápula. Uma alternativa é usar uma agulha de calibre compatível com a lesão (geralmente usa-se a agulha 40 x 12). Neste caso insere-se a agulha na base da lesão tracionando para cima e retirando a pápula. O médico deve observar se as lesões são muito grandes ou estão inflamadas, nesses casos deve ser repensado o procedimento pelo risco de dor. Após

## Unidade 3

### Procedimentos eletivos

a curetagem, aplique álcool iodado em cada lesão e faça um curativo compressivo.

### **3.7 Orientações para todos os procedimentos**

Nesta seção vamos discorrer sobre orientações necessárias e sugeridas para serem realizadas após os procedimentos. Essas orientações cabem tanto para situações agudas como para situações crônicas.

#### **3.7.1. Cuidados pós-operatórios**

##### **3.7.1.1 Medidas de prevenção para distúrbios fibroproliferativos**

Distúrbios fibroproliferativos são alterações na cicatrização da pele que podem acontecer após procedimentos cirúrgicos ou outros eventos. São constituídos pela cicatriz hipertrófica e a quelóide. Ambos acontecem devido ao depósito excessivo de matriz extracelular, sendo que a cicatriz hipertrófica respeita os limites da cicatriz e a quelóide os ultrapassa.

Figura 42 – Comparação entre cicatriz hipertrófica e queloide

#### A diferença entre cicatriz hipertrófica e Queloide



São uma grande causa de cicatriz inestética, podendo gerar grande incômodo ao paciente. Por isso, é interessante tentar

prevenir seu aparecimento, e, nos casos já instalados, realizar seu tratamento. Existem outras classificações de cicatriz

inestética, como a cicatriz atrófica e cicatrizes discrômicas.

#### Fatores de piora do aspecto da cicatriz

Pontos de sutura que permanecem por tempo maior que o necessário

Infecção

Necrose

Deiscência de sutura

Nos casos de distúrbios fibroproliferativos, deve-se perguntar sobre o histórico de cicatrização; havendo histórico positivo para cicatriz hipertrófica ou queloide, é altamente recomendável utilizar fita

adesiva e/ou gel de silicone após a retirada dos pontos, e manter assim por ao menos três meses.

Nos casos de cicatriz hipertrófica ou quelóide já instalados é possível avaliar o risco/benefício de alguns tratamentos, como a injeção intralesional de corticoide, que pode trazer resultados positivos, sendo uma técnica simples de ser realizada em nível ambulatorial. A recomendação é o uso de triancinolona 40mg/ml, com aplicação de 1mg em alguns pontos da cicatriz com 1cm de distância. Novas aplicações podem ser realizadas em 3 a 4 semanas, avaliando os possíveis riscos de discromia, atrofia tecidual ou talenectasia.

**Figura 43 – É necessário avaliar o risco e benefícios de alguns tratamentos no processo de cicatrização**



Não havendo melhora, recomenda-se avaliação conjunta de dermatologia, para verificar possibilidade de laserterapia, dermoabrasão ou correção cirúrgica.

#### **3.7.1.2. Analgesia**

A maioria dos pequenos procedimentos não necessita de abordagem analgésica

intensa. Normalmente, a prescrição de analgésicos comuns – paracetamol ou dipirona – são efetivos e de baixo custo. Além disso, recomendar o repouso da região operada, verificando a necessidade de afastamento laboral. Outra possibilidade também é o uso de compressas frias locais, com o cuidado de não molhar o curativo realizado.



**IMPORTANTE** Fique atento: a dor pode ser um sinal precoce de infecção.

Em casos de dor mais intensa pode ser adequado usar antiinflamatórios não-esteroidais (AINEs). No entanto, não utilizar com frequência devido a possíveis efeitos colaterais.

## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

### 3.7.1.3. Aconselhamentos

A realização de massagens locais com substâncias oleosas ou hidratantes podem auxiliar a boa cicatrização da pele, uma vez que melhoram o processo de maturação e diminuem a fibrose e edema locais. Recomenda-se fazer 10 minutos de massagem, duas vezes ao dia, iniciando uma semana após a retirada dos pontos e continuar por seis a 12 semanas.

Figura 44 – Cicatrização



## Unidade 3

### Procedimentos eletivos

Além disso, é sugerida a proteção solar, evitando-se exposição da cicatriz ao sol nos três primeiros meses após o seu fechamento. Utilizar também protetor solar com Fator de Proteção Solar (FPS) 30 ou mais. Com isso, haverá mais chances de uma cicatriz estética e inaparente.

### 3.7.2. Seguimento pós-procedimento

#### Curativos

Curativos são procedimentos comumente realizados por técnicos de enfermagem. No entanto, é necessário que enfermeiros e médicos também saibam realizá-los e orientar as melhores evidências de como fazer seu uso.

Nas feridas agudas, normalmente são praticados curativos oclusivos simples. Nas feridas crônicas, é importante avaliar o uso de cobertura de curativos, avaliando a necessidade de curativo oclusivo ou não.

Em ferimento pouco complexo com aproximação de bordas de ferida, geralmente com sutura, pode-se usar fita adesiva micro-

## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

Figura 45 – A troca do curativo deve ser feita a cada 48 horas, em geral



porosa de maneira perpendicular ou cruzada. Na falta de material ou alergia à fita adesiva, utilizar gaze e atadura. Se possível evitar contato de esparadrapo com a pele devido à possibili-

## Unidade 3

### Procedimentos eletivos

dade de irritação. Nas abrasões e escoriações utilizar solução oleosa, como ácidos graxos essenciais (AGE), gaze vaselinada ou base de oxido de zinco recoberta com gaze.

Após a realização de procedimento, geralmente se faz a troca de curativo em aproximadamente 48 horas, fazendo limpeza com gaze e solução salina a 0,9%. Para o bom andamento da cicatrização, repouso e elevação de membro são fatores facilitadores, sendo realizados da melhor maneira possível. Ferimentos próximos de articulação podem demandar a imobilização, desde que seja pelo menor tempo possível.

Em feridas em que a cicatrização se dará por segunda intenção, ou seja, feridas expostas, utilizar gazes umedecidas com soro fisiológico ou soluções oleosas, trocadas duas a quatro vezes ao dia.

#### **Profilaxia de tétano**

Em todos os casos de tratamento de ferimentos cutâneos, especialmente em situações agudas, deve-se revisar sempre a profilaxia de tétano. A vacina proporciona imunidade por meio de três doses, com necessidade de reforço a cada 5 ou 10 anos.

## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

### Retirada de pontos

Os dias estimados para retirada de pontos não são padrões estanques. Faz parte da clínica do profissional da ABS avaliar os fatores sistêmicos e locais que podem afetar a cicatrização da ferida em questão, bem como verificar o momento mais seguro para retirada dos pontos. Assim será possível evitar complicações pela retirada precoce ou tardia. Os principais fatores locais são o local da ferida, a obediência da sutura as linhas de força do corpo e o aspecto da cicatriz.

Quanto mais longe do centro do corpo e mais inferior o local da ferida, a tendência é ter um aporte menor de fluxo sanguíneo, com isso sendo necessário maior tempo para melhor cicatrização.

Como sugestão, observe os prazos descritos no quadro a seguir:

## Unidade 3

### Procedimentos eletivos



#### Prazo para retirada de pontos

**Pálpebras: 4 a 5 dias**

**Outras regiões da face: 5 a 7 dias**

**Região cervical: 7 a 10 dias**

**Tronco e membros superiores: 7 a 14 dias**

**Membros inferiores: 10 a 21 dias**

### 3.7.3. Complicações

As complicações são incomuns, geralmente relacionadas à técnica inadequada, medicações em uso, condição clínica e comorbidades do paciente. É importante a realização de boa anamnese para verificação de condições que influenciam a cicatrização,

como fototipo, história prévia de cicatrização, comorbidades, medicações e hábitos como etilismo e tabagismo.

Selecionamos quatro complicações mais comuns que podem ocorrer, em descrição mais detalhada. São elas: infecções incisionais, deiscência de sutura, reação de corpo estranho, hematomas e seromas.

#### **Infecções incisionais**

Algumas condições são facilitadoras para o aparecimento de infecção em ferida operatória, como a localização anatômica. É o caso das extremidades dos membros, onde o risco é bem maior, devido ao menor aporte sanguíneo. Condições preexistentes como diabetes mellitus, insuficiência venosa periférica e coagulopatias também aumentam o ris-

co desta complicação.

O tratamento das infecções em ferida operatória vai depender da gravidade na avaliação. Se apresentar flutuação local ou coleção de pus, é recomendável a remoção de alguns pontos para favorecer a sua drenagem. Após a retirada de pontos, a cicatrização será por segunda intenção. Em todos os casos é necessário limpeza vigorosa e trocas diárias de curativo. O uso de antibiótico é indicado em infecção comprovada, em dose plena por período de 7 a 10 dias.



**IMPORTANTE** O uso de antibióticos profiláticos mostrou-se desnecessário para prevenção de infecção incisional em procedimentos considerados limpos, ou seja, realizados em pele não contaminada, utilizando técnica estéril.

Porém, a prescrição de

antibioticoprofilaxia deve ser avaliada em cirurgias em regiões de cavidade oral, trato respiratório, axila ou períneo (cirurgia limpa-contaminada), ou em cirurgias consideradas contaminadas e infectadas, além de considerar o risco de infecção devido a características do paciente, como idade avançada, obesidade, tabagismo, imunossupressão, desnutrição, entre outros (GREY, 2009; BORDEAUX, 2011).

As infecções simples circunscritas podem ser tratadas de maneira conservadora, sem antibiótico, com uso de calor seco, repouso e elevação do membro afetado. Já em celulites mais extensas, impõe-se o uso de antibiótico sistêmico. Em abscessos grandes e áreas necróticas importantes, pode ser necessário uso de drenos laminares e desbridamento vigoroso.

#### **Deiscência de sutura**

Consiste no afastamento das bordas da ferida, podendo estar associado com infecção ou hematoma. O tratamento é feito por ressíntese cutânea ou cicatrização por segunda intenção, dependendo de várias condições: se a deiscência é total ou parcial, localização anatômica, presença de hematoma ou infecção, entre outros.

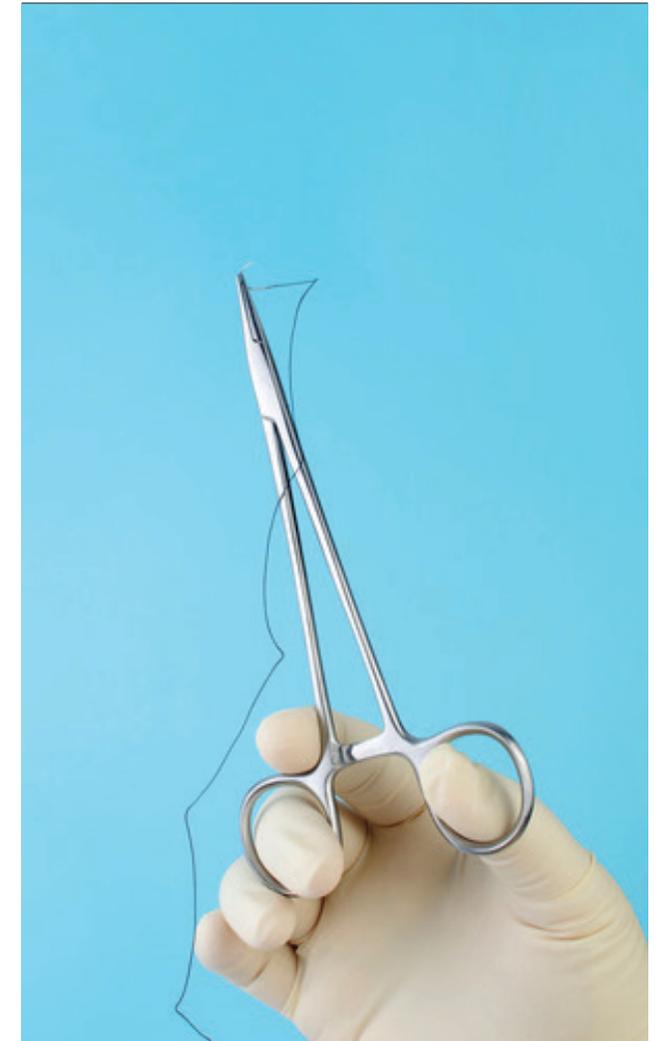
Assim, os pacientes com deiscência de sutura devem ser avaliados caso a caso, discutindo-se dentro da equipe ESF qual decisão tomar, dependendo também da segurança técnica da equipe e das possibilidades de insumos na unidade de saúde. A grande maioria dos casos será definida por cicatrização por segunda intenção, com curativos diários, até cicatri-

zação completa, uma vez que a ressíntese pode aumentar risco de infecção e nova deiscência. Assim, somente em casos bem selecionados, em cirurgias eletivas e limpas, pode-se decidir pela ressíntese.

#### **Reação a corpo estranho**

Em suturas normalmente se utiliza fios de nylon, mas também é possível utilizar fios absorvíveis em camadas internas. O paciente pode ter reação a corpo estranho em função destes fios utilizados em procedimentos realizados na AB, assim como reação a cirurgias realizadas no hospital ou, ainda, pela presença de outros corpos estranhos no subcutâneo. O tratamento consiste na eliminação do corpo estranho, seja de maneira espontânea ou cirúrgica.

**Figura 46 – O fio utilizado nas suturas pode ser considerado corpo estranho pelo organismo**



#### Hematomas e seromas

Hematomas consistem em coleções sanguíneas que podem surgir no período pós-cirúrgico, normalmente em conjunto com infecção e deiscência de ferida.



**IMPORTANTE** Em estudos de acompanhamento da evolução de pacientes submetidos a procedimentos dermatológicos, verificou-se um risco aumentado de hemorragias em usuários de warfarina e clopidogrel. No entanto, tais sangramentos foram de pequena monta e fácil manejo. Assim, devido ao risco tromboembólico da descontinuidade destas medicações, não se recomenda sua interrupção antes de pequenos procedimentos ambulatoriais, apenas maior atenção para prevenção e manejo de sangramentos.

O uso de AAS e AINEs não teve associação com aumento de complicação hemor-

rágicas, e portanto não se faz necessária a sua interrupção (BORDEAUX, 2011).

Para evitar maior quantidade de sangramento durante a cirurgia, pode-se fazer uso de vasoconstritor em anestésico, pontos hemostáticos, eletrocoagulação, se disponível, e curativos compressivos. É recomendável que a pressão arterial (PA) esteja devidamente controlada no momento do procedimento. O tratamento no pós-operatório se assemelha ao tratamento de deiscência e infecção.

Seromas consistem em acúmulo de líquido serosos em região subdérmica, geralmente ocorrendo em cirurgias de maior extensão e em pessoas obesas. Não são comuns em pequenos procedimentos na APS. Grandes seromas necessitarão de avaliação de ci-

rurgião em ambiente hospitalar para considerar necessidade de punção.

#### 3.7.4. Seguimento pós-procedimento

Complicações sem resolução em ambiente de atenção primária à saúde, ou em maior gravidade, tem-se a recomendação de encaminhar para avaliação em urgência hospitalar. Em pacientes com queloides ou cicatrizes hipertróficas sem resolução com corticoides, encaminhar para dermatologia.

#### 3.8 Resumo da unidade

Chegamos ao fim da unidade 3. Que bom que estivemos juntos até aqui, aproveitando o aprendizado integralmente. Nesta unidade conhecemos algumas situa-

ções clínicas eletivas bastante comuns no ambiente da Atenção Básica e que podem, através de pequenos procedimentos, serem resolvidas dispensando encaminhamentos desnecessários, aumentando, assim, o grau de nossa satisfação profissional, e principalmente a satisfação do paciente.

Nesta unidade vimos as diferenças clínicas e relembramos as técnicas operatórias para exérese de cistos, lipomas, nevos e verrugas. Vale lembrar dos critérios que caracterizam as lesões com suspeita de melanoma e a necessidade de encaminhar esses pacientes rapidamente. O molusco contagioso também foi abordado, e além de tratamentos tópicos você pode observar que a curetagem

é um procedimento simples e eficaz. Você também conseguiu revisar a técnica de lavagem auricular, tão comum em nossa prática, e diferenciar as lesões que acometem as unhas e suas estruturas. É muito importante diferenciar as paroníquias agudas e crônicas, e saber a técnica da cirurgia de unha encravada, sua indicação bem como fixar os cuidados de corte de unha e uso de calçados apropriados, que facilitam a recuperação e diminuem as chances de recidiva.

Fundamental para a sua prática na unidade foi o aprofundamento em procedimentos como sondagem para dieta enteral, gastrostomia e cistostomia além de revisar os procedimentos relativos à troca de traqueostomia. Por fim, conhecemos

as principais etiologias de úlceras e lesões cutâneas crônicas, identificando as principais indicações de desbridamento cirúrgico. Quanto aprendizado, hein!



#### LEITURA COMPLEMENTAR

BARREIROS H. et al. Using 80% trichloroacetic acid in the treatment of ingrown toenails. Anais Brasileiros Dermatologia, n. 88, v. 6, p. 889-93, 2013.

BLANCK, M. e GIANNI, T. Úlceras e feridas: as feridas tem alma. Di Livros Editora Ltda, 2014.



## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

## Encerramento do módulo

Chegamos ao final deste módulo! Você deve ter aprimorado seu conhecimento com relação aos procedimentos estudados e dessa maneira está apto a realizá-los na sua prática profissional.

É importante destacar que aqui não se encerra seu aprendizado. Para o aperfeiçoamento da sua prática profissional, é necessário se atualizar constantemente e se esforçar para inserir esses novos conhecimentos dentro do seu cotidiano.

E é com grande satisfação em ter acompanhado você nesta jornada estimulante através dos procedimentos cirúrgicos da atenção primária que nos despedimos e desejamos boa sorte e bons estudos.

Até breve!

## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

BMJ BEST PRACTICE. Molusco contagioso. 2015. Disponível em: <<http://brasil.bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/310.html?locale=de&>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Paroniquia. 2015 Disponível em: <<http://brasil.bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/350.html>>. Acesso em: 28 mar. 2017.

BMJ. Clinical Review. Management of cutaneous viral warts. 2014. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/348/bmj.g3339>>. Acesso em: 02 ago. 2017.

BORDEAUX, J. S. et al. Prospective evaluation of dermatologic surgery complications including patients on multiple antiplatelet and anticoagulant medications. **J. Am. Acad. Dermatol.**, n. 65, p. 576-83, 2011.

BRAS, F.; SARDINHA, R.; PACHECO, A. Therapeutic procedures in the treatment of condylomata acuminata. **Acta Obstet. Ginecol. Port.**, n. 9, v. 5, p. 383-392, 2015.

## Referências bibliográficas

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES. Abordagem inicial das intoxicações. Disponível em: <[http://www.sausedireta.com.br/docsupload/1334795987Protocolos%20DF\\_Intox.pdf](http://www.sausedireta.com.br/docsupload/1334795987Protocolos%20DF_Intox.pdf)>. Acesso em: 01 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1886 de 21 nov. 2008. Dispõe sobre as Normas Mínimas para o Funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2008/1886\\_2008.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2008/1886_2008.htm)>. Acesso em: 02 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde:** saúde da família. Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Nota Informativa Nº 26-SEI/2017-C-GPNI/DEVIT/SVS/MS. Disponível em: <[https://webmail.saude.ce.gov.br/service/home/~/?auth=co&loc=pt\\_BR&i](https://webmail.saude.ce.gov.br/service/home/~/?auth=co&loc=pt_BR&i)>

## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

[d=17378&part=2](#). Acesso em 10 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Primária**, n. 30. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Brasília, 2014.

CARUSI, D. A. Treatment of vulvar and vaginal warts. **UpToDate**, Waltham, MA: Post TW (Ed.), 2017.

## Referências bibliográficas

DUNCAN, B. B. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

DYNAMED. Cerumen impaction. Disponível em: <<http://portal-saude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/periodicos>>. Acesso em: 02 ago. 2017.

GREY, J. E. Antibiotic prophylaxis for minor dermatological surgery in primary care: Is usually unnecessary with good preoperative preparation. **BMJ**, n. 338, p. 27-49, 2009.

GOLDSTEIN, B. G.; GOLDSTEIN, A. O.; MORRIS-JONES, R. Cutaneous warts. **UpToDate**. Waltham, MA: Post TW (Ed.), 2017.

GUSSO, G; LOPES, J. M. C. **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. 2 v. Porto Alegre: Artmed, 2012.

KUDRIMOTI, A. M.; PERMAN, S. E. Hearing & Vision Impairment in the Elderly. In: SOUTH-PAUL, J. E. et al. (Eds.) *Current Diag-*

## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

nosis & Treatment: Family Medicine. Disponível em: <<http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1415&sectionid=77059868>> Acesso em: 13 abr. 2017.

MACHADO, R. B. et al. Artigo original: Molusco contagioso em crianças: tratamentos comparativos. **Surg. Cosmet. Dermatol.**, n. 2, v. 4, p. 272-275, 2010.

MALAGUTTI, W.; KAKIHARA, C. T. **Curativos, estomias e dermatologia**: uma abordagem multiprofissional. 3. ed. São Paulo: Martinari, 2014.

MAYEAUX, E.J. **Guia ilustrado de procedimentos médicos**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte: Manual de enfermagem. 2016. Disponível em: <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=diretrizes-eliminacao-hanseniase-4fev-16-web-2017.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2017.

## Referências bibliográficas

SAMPAIO, S. A. P.; RIVITTI, E. A. **Dermatologia**. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

SÃO PAULO, Conselho Regional de Medicina do Estado. **Manual de orientação ao anestesiológico**. 3ª ed. Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo. São Paulo, 2004.

SAVASSI-ROCHA, P. B.; SANCHES, S. R. A; SAVASSI-ROCHA, A. L. **Cirurgia de ambulatório**. São Paulo: MedBook, 2013.

OTICS JARDIM AMÉRICA. Série Como eu faço vol.1. Lavagem de ouvido. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=Jc8YRPOVHTQ>>. Acesso em: 02 ago. 2017.

TOWNSEND, C. D. et. al. **Sabiston**: Tratado de Cirurgia, A Base da Prática Cirúrgica Moderna. Vol I-II. 18. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

WOLFF, K; JOHNSON R. A.; SAAVEDRA, A. P. **Dermatologia de Fitzpatrick**: Atlas e texto. 7. ed. Porto Alegre, 2015.

## Procedimentos em ATENÇÃO PRIMÁRIA

### **Lívia Hinz Caliço**

Nascida em São Paulo, mas passou a maior parte da vida em Campinas. Graduada em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas em 2009. Formou-se médica de família e comunidade pela Universidade Estadual de Campinas em 2014. Atualmente atua como médica de família e comunidade da Prefeitura Municipal de Florianópolis, é preceptora do programa de residência de medicina de família e comunidade do município de Florianópolis e membro da diretoria da Associação Catarinense de Medicina de Família e Comunidade.

Endereço do currículo na plataforma lattes:

<http://lattes.cnpq.br/4524474792681137>.

### **Adriana da Paz Mendonça**

Nascida em Campinas, São Paulo. Graduada em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas em 2010. Formou-se médica de família e comunidade pela Universidade Estadual de Campinas em 2013.

Atualmente atua como médica de família e comunidade da Prefeitura Municipal de Florianópolis, é preceptora do programa de

## Minicurriculo das autoras

residência de medicina de família e comunidade do município de Florianópolis e é membro da diretoria da Associação Catarinense de Medicina de Família e Comunidade.

Endereço do currículo na plataforma lattes:

<http://lattes.cnpq.br/5562332699180030>.

### **Mayra Gonçalves Aragón**

Nascida em Belém, estado do Pará. Graduada em Medicina pela Universidade do Estado do Pará em 2009. Formou-se médica de família e comunidade pela Universidade Estadual de Campinas em 2013.

Atualmente atua como médica de família e comunidade da Prefeitura Municipal de Florianópolis, é preceptora do programa de residência de medicina de família e comunidade do município de Florianópolis e é professora substituta na disciplina de Interação Comunitária da Universidade Federal de Santa Catarina.

Endereço do currículo na plataforma lattes:

<http://lattes.cnpq.br/1352659597073989>.



MINISTÉRIO DA  
**SAÚDE**

