

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CADERNO de ATENÇÃO PRIMÁRIA

Procedimentos



30

Brasília – DF
2011



Procedimentos

CADERNO de ATENÇÃO PRIMÁRIA



30

Disque Saúde
0800 61 1997

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério
da Saúde



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica

PROCEDIMENTOS

Série A. Normas e Manuais Técnicos
Cadernos de Atenção Primária, n. 30

Brasília – DF
2011

© 2011 Ministério da Saúde

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde:
<http://www.saude.gov.br>

Série A. Normas e Manuais Técnicos
Cadernos de Atenção Primária, n. 30

Tiragem: 1ª edição – 2011 – 35.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Básica

Edifício Premium, SAF Sul, Quadra 2, Lote 5/6, Bloco II, Subsolo

CEP: 70.070-600, Brasília - DF

Fone: (61) 3306.8090 / 3306.8044

E-mail: dab@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br/dab

Supervisão Geral:

Claunara Schilling Mendonça

Coordenação Técnica Geral:

Nulvio Lermen Junior

Juliana Oliveira Soares

Revisão Técnica:

Daniel Knupp

Guilherme Nabuco Machado

Juliana Oliveira Soares

Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro

Patricia Sampaio Chueiri

Ricardo César Garcia Amaral Filho

Elaboração Técnica:

Anaeli Brandelli Peruzzo

Eliete Magda Colombeli

José Carlos Prado Junior

Juliana Oliveira Soares

Juliana Stradiotto Steckert

Guilherme Nabuco Machado

Patricia Sampaio Chueiri

Silvia Justo Tramontini

Coordenação Editorial:

Antônio Sergio de Freitas Ferreira

Renata Ribeiro Sampaio

Colaboração:

Adriana Mafra

Reinaldo da Silva Cavalcanti

Antônio Garcia Reis Junior

Normalização:

Aline Santos Jacob

Revisão:

Ana Paula Reis

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Procedimentos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

64 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 30)

Nota: O título da série desta publicação passou a ser chamado de Cadernos de Atenção Primária, a partir do número 28.

ISBN 978-85-334-1772-4

1. Atenção primária à saúde. 2. Educação em saúde. 3. Atenção primária. I. Título. II. Série.

CDU 616-083.98

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2011/0058.

Títulos para indexação:

Em inglês: Procedures

Em espanhol: Procedimientos

Sumário

Apresentação	7
1 __ Introdução	11
2 __ Procedimentos	13
2.1 Drenagem de abscesso	15
2.2 Exérese de cistos, lipomas e nevos	18
2.2.1 Cisto sebáceo	18
2.2.2 Lipoma	20
2.2.3 Nevos	21
2.3 Lavagem auricular – retirada de cerume	23
2.4 Lavagem gástrica	30
2.5 Remoção de corpos estranhos	32
2.5.1 Tipos de corpos estranhos	32
2.5.1.1 Farpas de madeira e metálicas	32
2.5.1.2 Pedras, roupas	32
2.5.1.3 Vidro	33
2.5.1.4 Projéteis de arma de fogo	33
2.5.1.5 Corpo estranho subungueal	34
2.5.1.6 Ferimento por prego	34
2.5.1.7 Remoção de anzol	35
2.5.1.8 Remoção de anel	36
2.5.1.9 Corpo estranho ocular	38
2.5.1.10 Corpo estranho nasal	38
2.5.1.11 Corpo estranho no conduto auditivo	38
2.5.1.12 Corpo estranho retal	38
2.6 Remoção de molusco contagioso	38
2.7 Tratamento de feridas superficiais	40
2.8 Tratamento de unha encravada	49

3	__ Estrutura física , materiais, insumos e medicamentos	54
	3.1 Medicamentos e materiais utilizados para realização de procedimentos na APS.....	54
	3.2 Equipamento de proteção individual.....	55
	3.3 Materiais necessários para os procedimentos de sutura, drenagem, desbridamento e exérese e tratamento de feridas.....	55
	3.4 Coberturas para tratamento de feridas	55
4	__ Referências	60

Apresentação

O Caderno de Atenção Primária “Procedimentos” aborda alguns procedimentos clínicos e cirúrgicos que podem ser realizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), de forma eletiva ou durante o atendimento à demanda espontânea, além de elencar, de forma objetiva, equipamentos, materiais, medicamentos e insumos que devem estar presentes em todas as UBS, com o intuito de conferir as melhores condições para a realização de procedimentos em questão.

Alguns procedimentos clínicos e cirúrgicos, tais como retirada de nevos, corpos estranhos, cistos e lipomas, e o tratamento de feridas, pela menor complexidade de técnica, materiais, insumos e medicamentos, também podem e devem ser realizados pelas equipes que trabalham nas UBS, a fim de evitar estrangulamento dos serviços dos outros níveis de atenção e, com isso, contribuir para o aumento da resolutividade da Atenção Primária à Saúde (APS).

Este material representa um importante instrumento de caráter indutivo e transformador de práticas, pois auxilia as equipes de saúde da atenção primária a entenderem-se no contexto da rede de atenção à saúde, a instrumentalizá-las para o melhor atendimento da população e realização de procedimentos. Recomendamos, portanto, que este Caderno seja incorporado como ferramenta para a melhoria dos serviços oferecidos pela APS.

Ministério da Saúde

Introdução

Parte

I

É fundamental que os serviços de atenção primária no SUS se responsabilizem pela realização de pequenos procedimentos clínicos e cirúrgicos, acolhendo usuários em situações agudas (tais como ferimentos) ou crônicas (unhas encravadas, por exemplo), avaliando sempre o risco de agravamento e a necessidade de atendimento imediato ou encaminhamento a outro serviço de saúde. Não se pode admitir que um usuário que procure um serviço de atenção primária, sobretudo os casos de urgência e emergência, independentemente se este faz parte ou não da sua área adstrita, deixe de ser acolhido na unidade e tenha que recorrer a outro serviço sem ser referenciado pela equipe de atenção primária/Saúde da Família.

É necessário que os procedimentos realizados em unidades básicas/Saúde da Família sejam feitos com base em protocolos, considerando sempre a capacidade técnica dos profissionais e a disponibilidade de materiais, insumos e medicamentos para o mais adequado atendimento. Os protocolos podem contribuir para a definição de prioridades e execução ou não desses procedimentos. Deverão ser elaborados sob a ótica da intervenção multiprofissional, legitimando a inserção de todos os profissionais.

Neste Caderno de Atenção Primária estão descritos alguns procedimentos relacionados a agravos comumente atendidos nos serviços de atenção primária, com base em protocolos já existentes e evidência científica encontrada na literatura.

Procedimientos

Parte

II

2.1 Drenagem de abscesso

Abscesso, por definição, constitui-se de coleção de pus na derme e tecidos profundos adjacentes. O furúnculo consiste na infecção de um folículo piloso, com material purulento se estendendo até as camadas mais profundas de derme e do tecido subcutâneo. O carbúnculo nada mais é do que a coalescência dos folículos severamente inflamados, resultando numa massa inflamatória com drenagem de secreção purulenta pelos vários orifícios.

Abscessos de pele, furúnculos e carbúnculos podem se desenvolver em pessoas híginas, sem outras condições predisponentes, a não ser portar na pele ou na cavidade nasal o *Staphylococcus aureus*. Fatores de riscos incluem a presença de *Diabetes mellitus* e alterações imunológicas. Qualquer processo que resulta na quebra de solução de continuidade da pele ou alterações dermatológicas como traumas abrasivos, escarificações ou picaduras de insetos pode resultar na formação de um abscesso.

Manifestações clínicas

Geralmente há sinais flogísticos locais como calor, rubor, edema e dor, além de nódulos eritematosos com sinais de flutuação. Pode ocorrer drenagem espontânea de secreção purulenta e adenopatia regional. Febre, calafrios, sinais de toxicidade sistêmica são incomuns.

Furúnculos e carbúnculos se apresentam em áreas que contêm folículos pilosos que são expostos à fricção e perspiração, destacando-se a porção posterior do pescoço, face, axila e região da barba, nos homens (Figuras 1)



Figura 1 – Abscesso em membro inferior.

Fonte: (GOOGLE, 2010).

Diagnósticos diferenciais

Foliculite, hidradenite supurativa, miíase, leishmaniose, blastomicose.

Indicações

O tratamento de escolha para o abscesso, independentemente da localização, consiste na drenagem cirúrgica, para eliminar a dor e resolver o processo infeccioso. Atentar para locais especiais como face, principalmente para o triângulo formado pelo nariz e pela extremidade do lábio, pela facilidade de desenvolver flebite séptica e promover extensão para a região intracraniana, por meio do seio cavernoso. Faz-se necessário o uso de antibiótico associado e, às vezes, de avaliação de um cirurgião.

Outro local que merece atenção especial é a região perianal. A drenagem nesse local se faz com urgência, não se espera apresentar sinal de flutuação, pois o risco de promover fascíte necrotizante (síndrome de Fournier) é elevado. Na dúvida quanto ao diagnóstico, encaminhe com urgência para a avaliação de um cirurgião.

Contra-indicações

Nenhuma.

Materiais necessários para a realização do procedimento

- Solução de iodopovidina tópico ou clorexidina.
- Lidocaína 1% sem vasoconstrictor para anestesia local.
- Campos estéreis.
- Material para o procedimento: pinça hemostática curva.
- Lâmina de bisturi nº 11.
- Soro fisiológico para irrigação.
- Gaze.
- Dreno de Penrose.
- Fio de sutura nylon 3.0.
- Luva esterilizada.
- Seringa de 5 ml.
- Agulha 40 x 12 (rosa).
- Agulha hipodérmica (de insulina).
- Swab de cultura, se necessário.
- Máscara e óculos para proteção.

Técnica

1. Explique o procedimento ao paciente e obtenha autorização.
2. Verifique se o abscesso possui flutuação.
3. O procedimento deve ser realizado de maneira asséptica. Com as luvas estéreis, máscara e óculos de proteção, prepare a área afetada com um agente tópico disponível e cubra-a com o campo estéril.

4. Usando a agulha 40 x 12, aspira-se o anestésico do frasco (dose de 7-10 mg/kg). Troca-se a agulha pela hipodérmica.
5. Introduza o anestésico numa técnica de bloqueio de campo regional. A anestesia deve realizar-se aproximadamente a 1 cm do perímetro de maior sinal de flutuação, com o cuidado de injetar no subcutâneo. Afinal, a anestesia é para a pele, para a confecção da abertura, nada a mais.
6. Depois, continue a fazer o bloqueio de maneira linear, ao longo da linha de incisão projetada, que deve ser longa.
7. Uma vez realizada a anestesia, faz-se uma incisão longa e profunda o suficiente ao longo da linha da pele para promover a drenagem espontânea da secreção purulenta. Não adianta fazer pequenas incisões, pois isso pode levar à recidiva dos abscessos (Figura 2).



Figura 2 – Drenagem de grande quantidade de conteúdo purulento de um abscesso..
Fonte: (PATOARTEGERAL, 2010).

8. **Depois da drenagem espontânea, evite espremer a pele circunjacente, pois pode promover a proliferação da infecção para o tecido subcutâneo adjacente.** Coloca-se a pinça hemostática na cavidade, a fim de quebrar as loculações e liberar quaisquer bolsas de material purulento residuais.
9. Irrigue a cavidade com soro fisiológico para limpeza do local.
10. Introduza uma gaze ou um dreno de Penrose no local, com 1 a 2 cm para fora da incisão, para permitir drenagem adequada e impedir que a incisão fique selada. Se necessário, pode ser fixado com um ponto simples frouxo de nylon 3.0.
11. Curativo com gaze.

Complicações

- Recidiva do abscesso: se o tamanho da incisão não for grande o suficiente para drenagem adequada; local não explorado completamente, deixadas áreas loculadas;
- Sangramento;

- Disseminação sistêmica da infecção: endocardites, osteomielites, formação de abscessos pleurais, articulações etc.

Seguimento

- Pedir para o paciente retornar em um ou dois dias para remoção das gazes e do dreno, e para verificação da ferida.
- Orientar para o paciente:
 - › Associar compressas mornas no local, durante 15 minutos, 4x ao dia, até melhora.
 - › Trocar os curativos diariamente.
 - › Ficar alerta para sinais de infecção sistêmica.
- A antibioticoterapia está indicada se houver celulite coexistente, se o paciente for imunocomprometido ou tiver um corpo estranho (enxerto vascular, telas, cateteres e válvulas).
- Se necessário, os antibióticos utilizados são: penicilinas, cefalosporinas de 1ª geração e quinolonas (nível ambulatorial).
- Podem-se associar analgésicos e anti-inflamatórios para a dor pós-drenagem.

Observações importantes

- A incisão deve cicatrizar entre 7 e 10 dias.
- Incisão com drenagem apenas é a terapia adequada para um abscesso subcutâneo simples.

2.2 Exérese de cistos, lipomas e nevos

2.2.1 Cisto sebáceo

Decorre da oclusão do conduto de uma glândula sebácea, resultando em acúmulo de secreção (sebo). As áreas mais afetadas são: couro cabeludo, pescoço e face (Figura 3).

Geralmente é assintomático, tem crescimento lento e atinge tamanhos variados. Apresenta-se como uma elevação local, pouco consistente, arredondada, ligada à pele por ducto excretor que se abre num orifício por onde se extrai, por meio de pressão, material amorfo, caseoso e fétido. Pode infectar, apresentando sinais flogísticos.

Figura 3 – Cisto sebáceo em região frontal, próximo ao couro cabeludo. Fonte: (DERMIS, 2010).



Tratamento

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 propiciar propagação de infecção.

Materiais necessários para a realização do procedimento

- Solução de iodopovidina tópico ou clorexidina.
- Lidocaína 1% sem vasoconstrictor para anestesia local.
- Campos estéreis.
- Material para o procedimento: pinça hemostática curva, pinça dente de rato, pinça anatômica, tesoura reta, tesoura curva, porta-agulha.
- Lâmina de bisturi nº 11.
- Soro fisiológico para irrigação.
- Gaze.
- Luva esterilizada.
- Seringa de 5 ml.
- Agulha 40 x 12 (rosa).
- Agulha hipodérmica (de insulina).
- Fio de sutura nylon 2.0, 3.0, 4.0.
- Máscara e óculos para proteção.

Técnica

1. Explique o procedimento ao paciente e obtenha autorização
2. O procedimento deve ser realizado de maneira asséptica. Com as luvas estéreis, máscara e óculos de proteção, prepare a área afetada com um agente tópico disponível e cubra-a com o campo estéril.
3. Usando a agulha 40 x 12, aspira-se o anestésico do frasco (dose de 7-10 mg/kg). Troca-se a agulha pela hipodérmica. Introduza o anestésico numa técnica de bloqueio de campo regional. A anestesia deve realizar-se aproximadamente sobre o meio da lesão, com o cuidado de injetar no subcutâneo.
4. Depois, continue a fazer o bloqueio de maneira linear, ao longo da linha de incisão projetada, de acordo com as linhas de força da pele.
5. Uma vez realizada a anestesia, faz-se uma incisão longa e profunda o suficiente até identificar a cápsula do cisto.
6. 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.
7. Irrigar a cavidade com soro fisiológico para limpeza do local.

8. Hemostasia.
9. Sutura da pele com pontos simples ou intradérmicos. O fio a ser utilizado depende do local do corpo que foi realizado o procedimento (ver capítulo de sutura). Se o espaço morto residual for importante, considerar o uso de um dreno de Penrose.
10. Curativo com gaze.

2.2.2 Lipoma

Tumor benigno de células adiposas, podendo estar presente em qualquer área do corpo em que há tecido adiposo: nas regiões do pescoço, dorso, nádegas e região proximal de extremidades. É o mais frequente dos tumores benignos tecidos moles (Figura 4).

Geralmente é assintomático, mas pode apresentar dor discreta local e, devido a seu tamanho, pode apresentar compressão de estruturas adjacentes. De acordo com o tamanho, a pele que recobre essa tumoração pode ter aspecto de “casca de laranja”.



Figura 4 – Lipoma em região dorsal.

Fonte: (GOODTOKNOW, 2010).

Materiais necessários para a realização do procedimento

- Solução de iodopovidina tópico ou clorexidina.
- Lidocaína 1% sem vasoconstrictor para anestesia local.
- Campos estéreis.
- Material para o procedimento: pinça hemostática curva, pinça dente de rato, pinça anatômica, tesoura reta, tesoura curva, porta-agulha.
- Lâmina de bisturi nº 11.
- Soro fisiológico para irrigação.
- Gaze.
- Luva esterilizada.
- Seringa de 5 ml.
- Agulha 40 x 12 (rosa).

- Agulha hipodérmica (de insulina).
- Fio de sutura nylon 2.0, 3.0, 4.0.
- Máscara e óculos para proteção.

Técnica

1. Explique o procedimento ao paciente e obtenha autorização.
2. O procedimento deve ser realizado de maneira asséptica. Com as luvas estéreis, máscara e óculos de proteção, prepare a área afetada com um agente tópico disponível e cubra-a com o campo estéril.
3. Usando a agulha 40 x 12, aspira-se o anestésico do frasco (dose de 7-10 mg/kg). Troca-se a agulha pela hipodérmica. Introduza o anestésico numa técnica de bloqueio de campo regional. A anestesia deve realizar-se aproximadamente sobre o centro da lesão, com o cuidado de injetar no subcutâneo.
4. Depois, continue a fazer o bloqueio de maneira linear, ao longo da linha de incisão projetada, de acordo com as linhas de força da pele.
5. Uma vez realizada a anestesia, de acordo com as linhas de força da pele, faz-se uma incisão longa e profunda o suficiente até identificar o lipoma.
6. Ressecção do lipoma.
7. Irrigue a cavidade com soro fisiológico para limpeza do local.
8. Hemostasia.
9. Sutura da pele com pontos simples ou intradérmicos. O fio a ser utilizado depende do local do corpo que foi realizado o procedimento (ver capítulo de sutura). Se o espaço morto residual for importante, considerar o uso de um dreno de Penrose.
10. Curativo com gaze.
11. Enviar o material retirado para análise anatomopatológica

2.2.3 Nevos

São manchas cutâneas compostas por depósitos de pigmento melânico. São vários os subtipos: pigmentados; epidérmicos; dérmicos; hipodérmicos; hipocrômicos. Encontram-se espalhados por todo o corpo. São lesões pré-cancerígenas em alguns casos e, por isso, a importância de sempre enviar o material para análise anatomopatológica (Figura 5).



Figura 5 – Nevos.
Fonte: (DERMIS, 2010).

Materiais necessários para a realização do procedimento

- Solução de iodopovidina tópico ou clorexidina.
- Lidocaína 1% sem vasoconstrictor para anestesia local.
- Campos estéreis.
- Material para o procedimento: pinça hemostática curva, pinça dente de rato, pinça anatômica, tesoura reta, tesoura curva, porta-agulha.
- Lâmina de bisturi nº 11.
- Soro fisiológico para irrigação.
- Gaze.
- Luva esterilizada.
- Seringa de 5 ml.
- Agulha 40 x 12 (rosa).
- Agulha hipodérmica (de insulina).
- Fio de sutura nylon 2.0, 3.0, 4.0.
- Máscara e óculos para proteção.

Técnica

1. Explique o procedimento ao paciente e obtenha autorização.
2. O procedimento deve ser realizado de maneira asséptica. Com as luvas estéreis, máscara e óculos de proteção, prepare a área afetada com um agente tópico disponível e cubra-a com o campo estéril.
3. Usando a agulha 40 x 12, aspira-se o anestésico do frasco (dose de 7-10 mg/kg). Troca-se a agulha pela hipodérmica. Introduza o anestésico numa técnica de bloqueio de campo regional. A anestesia deve realizar-se aproximadamente a 1 cm do perímetro da lesão, na sua circunferência, com o cuidado de injetar no subcutâneo.
4. Faz-se incisão elíptica simples, sem margens ao redor da lesão.
5. Hemostasia.

6. Sutura da pele com pontos simples ou intradérmicos. O fio a ser utilizado depende do local do corpo que foi realizado o procedimento (ver capítulo de sutura).
7. Curativo.
8. Colocar a peça cirúrgica num frasco com formol. Identificá-la e encaminhá-la para análise anatomopatológica. Sempre descrever a lesão e os sintomas para auxiliar o patologista.

2.3 Lavagem auricular - retirada de cerume

Cerume é uma condição normal no canal auditivo externo e geralmente confere proteção contra otites agudas. O cerume impactado está presente em aproximadamente 10% das crianças, 5% dos adultos hígidos, 57% dos pacientes idosos e 37% das pessoas com retardo cognitivo. A presença dele é geralmente assintomática, mas, às vezes, pode causar complicações, como perda auditiva, dor ou tonturas. Também pode interferir no exame da membrana timpânica.

A remoção de cerume é o procedimento mais comum de otorrinolaringologia realizado na Atenção Primária à Saúde (APS) nos EUA e na Inglaterra. Estima-se que 4% dos pacientes da APS consultarão devido a essa condição naquele país.

Há algumas técnicas que podem ser utilizadas para a remoção, dependendo da habilidade do profissional, da disponibilidade de instrumentos e da aceitabilidade do paciente.

Diagnóstico

O paciente geralmente procura atendimento queixando-se de sensação de tamponamento auditivo, estalidos e diminuição da acuidade auditiva, mas o diagnóstico de cerume impactado é realizado por meio da otoscopia cuidadosa.

A anamnese e o exame físico devem estar direcionados para os fatores que influenciarão na conduta clínica, tais como ruptura de membrana timpânica, estenose de canal auditivo, exostose, tratamento anticoagulante ou outras condições clínicas.

O exame físico consiste na **inspeção**, **palpação** e a **otoscopia**. A inspeção externa permite identificar processos inflamatórios externos, tumorações, deformidades anatômicas. Especial atenção deve ser dada a processos inflamatórios da região mastoidea (ver Figura 6 – orelha externa).

Figura 6 – Orelha direita. Fonte: (SAGAZ, 2010).



A palpação deve ser realizada em todo o lobo auricular, na região mastoidea e pré-trago (pré-auricular). Para realizar a otoscopia, as seguintes orientações devem ser seguidas:

Técnica de realização de otoscopia recomendada

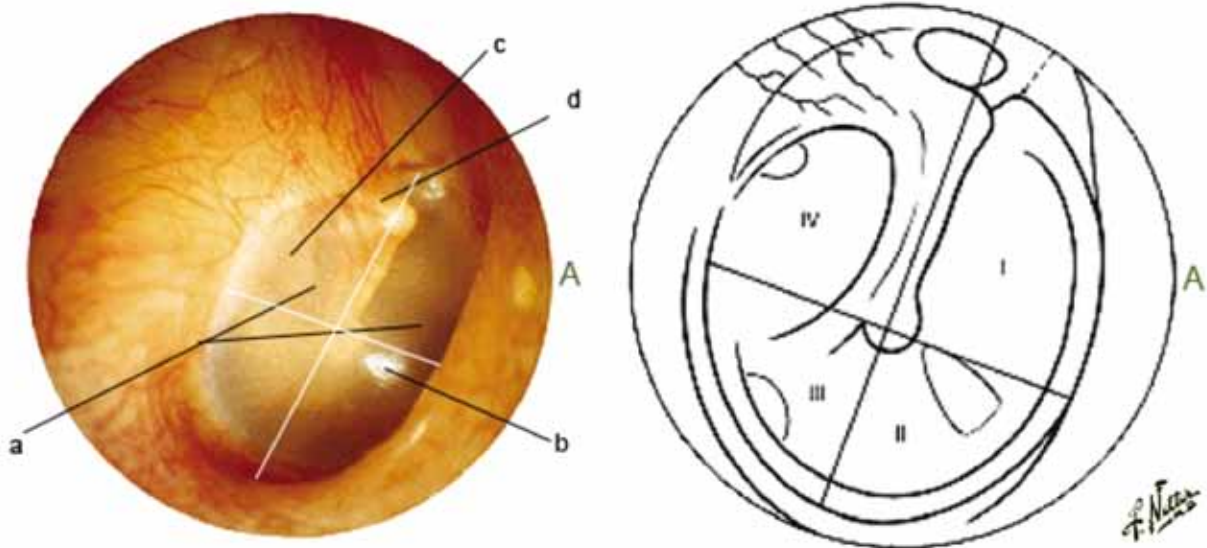
24

1. O otoscópio deve ser testado e o otocone, devidamente limpo, deve ser acoplado a ele. Prioriza-se um otocone com calibre intermediário.
2. O paciente deve estar preferencialmente sentado, em posição confortável.
3. Recomenda-se iniciar o exame no ouvido contralateral àquele afetado.
4. Realiza-se a inspeção e palpação cuidadosas do ouvido externo.
5. Com a mão não dominante do examinador, traciona-se a orelha pela hélice, no sentido posterior e superior, e a orelha deve ser mantida nessa posição até o final do exame. O objetivo da tração é a retificação do conduto auditivo externo (Figura 7).
6. Segura-se o otoscópio pelo cabo, com a cabeça voltada para baixo. Sempre se deve apoiar levemente a região hipotenar da mão que segura o cabo do otoscópio na cabeça do paciente, para evitar trauma se houver movimentação brusca da cabeça.
7. Deve-se procurar visualizar a membrana timpânica integralmente, identificando alguns pontos anatômicos de acordo com a Figura 3. Recomenda-se identificar o cone de luz como referencial que sempre estará disposto na região anteroinferior da membrana timpânica.



Figura 7 – Técnica para realização de otoscopia.
Fonte: (SAGAZ, 2010).

Membrana Timpânica Direita



- I - Anterossuperior: parte tensa (a)
 II - Anteroinferior: cone de luz (b)
 III - Posteroinferior
 IV - Posterossuperior: ramo longo da bigoma (c); prega malear posterior (d)

Figura 8 – Visualização direta de membrana timpânica direita visualizada à otoscopia.

Fonte: (NETTER, 1999).

Tratamento

O tratamento é realizado, sobretudo, por meio da remoção mecânica do cerume impactado, principalmente pelas técnicas de **irrigação com solução salina** ou **remoção manual**.

Abordaremos a técnica de irrigação com solução salina pela disponibilidade, boa segurança e aceitabilidade, sendo possível de ser realizada na maioria dos centros de saúde do País. Para a remoção de cerume, são consideradas as seguintes indicações:

1. Otalgia.
2. Diminuição importante da audição.
3. Dificuldade de realizar otoscopia.
4. Desconforto auditivo.
5. Tinnitus (zumbido).
6. Tontura ou vertigem.
7. Tosse crônica.

Irrigação com solução salina

Materiais e equipamentos necessários para a remoção de cerume por meio de irrigação (Figura 9)

26

1. Campo, toalha limpa ou compressa.
2. 1 otoscópio com otocone (calibre médio).
3. 1 seringa de 20 ml ou maior (pode-se usar seringa comum de plástico).
4. 1 cuba redonda.
5. 1 cuba rim.
6. 1 par de luvas de procedimento.
7. 1 tesoura.
8. 1 scalp (butterfly) calibroso (pelo menos calibre 19).
9. 1 frasco estéril de solução salina isotônica a 0,9% (soro fisiológico) – sugere-se usar frascos de 100 ml. É possível a necessidade de uso de mais de um frasco.



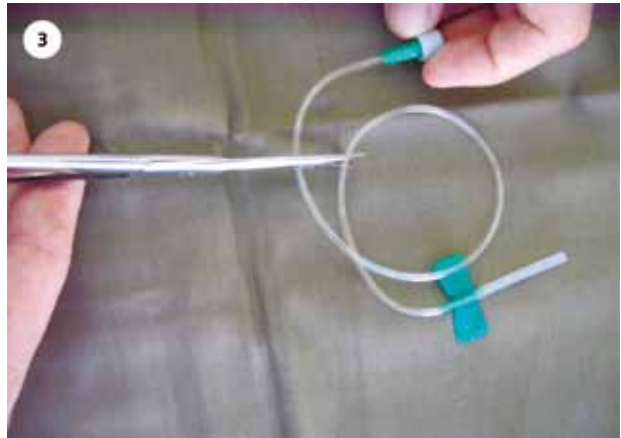
Figura 9 – Materiais e equipamentos necessários para a remoção de cerume por meio de irrigação.
Fonte: (SAGAZ, 2010).

Técnica do procedimento (acompanhar as fotos correspondentes ao texto abaixo)

Técnica de realização de remoção de cerume por irrigação

1. Indicar emolientes ou solução salina, sempre que possível, previamente ao procedimento.
2. Preparar o material seguindo a lista de equipamentos recomendados para o procedimento.
3. Cortar o scalp (butterfly) com aproximadamente 4 cm a partir da extremidade de acoplamento da seringa. Descartar a extremidade da agulha em local apropriado.
4. Aquecer 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.
5. Examinar cuidadosamente o canal do ouvido externo por meio da inspeção e palpação.
6. Realizar sempre a otoscopia antes do procedimento.
7. Despejar o soro aquecido na cuba redonda. Sempre assegurar que a temperatura do soro não está excessivamente alta, podendo pedir também ao paciente para verificá-la.
8. Aspirar com a seringa diretamente na cuba com o soro aquecido até completar a seringa.

9. Acoplar a seringa na extremidade não cortada do scalp.
10. Posicionar a toalha, campo cirúrgico ou compressa no ombro do paciente.
11. Sob leve pressão, posicionar a cuba rim, bem justaposta, à cabeça/pescoço do paciente na altura logo abaixo da orelha. Verificar se está bem justaposta para não molhar o paciente durante o procedimento.
12. Usar luva de procedimentos.
13. Introduzir a extremidade cortada do scalp com a concavidade voltada para frente e levemente para cima. Monitorar sempre sintoma de dor durante o procedimento.
14. Sob leve pressão, instilar o soro fisiológico, deixando escoá-lo na cuba rim.
15. Uma vez esvaziada a seringa, removê-la com o cateter (scalp), desacoplá-la e repetir as seis etapas anteriores quantas vezes forem necessárias.
16. Uma vez que esvazie a cuba redonda com o soro, deve-se completar novamente com o soro aquecido. Depois de completa de soro com cerume, esvaziá-la.
17. Verificar esporadicamente por meio da otoscopia se há mais cerume a ser removido.
18. O procedimento deve ser suspenso diante das seguintes situações:
 - Se não houver mais cerume a ser removido;
 - Insucesso após várias tentativas de remoção do cerume;
 - Desistência do paciente;
 - Dor ou outra intercorrência.



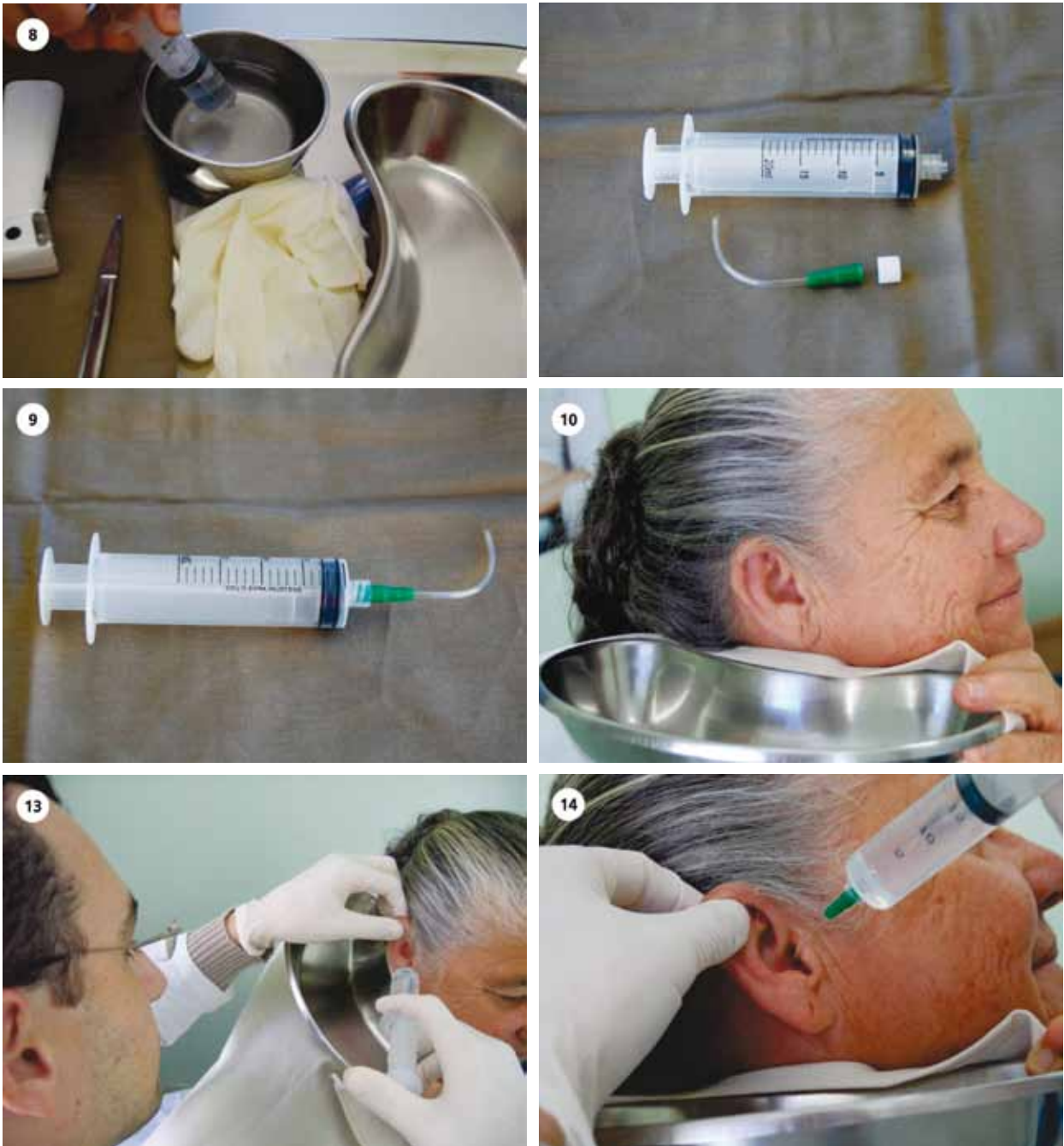


Figura 10 – Técnicas de realização de remoção de cerume por irrigação.

Fonte: (SAGAZ, 2010).

Os emolientes para remoção de cerume (solução otológica) disponíveis no mercado são: **a)** À base de água (trietanolamina – o mais comumente encontrado; bicarbonato de sódio, solução salina estéril; ácido acético); ou **b)** À base de óleo. As evidências apontam que não há diferença significativa na eficácia para o procedimento de remoção de cerume com instilação de solução salina entre a aplicação do ceratolítico e solução salina previamente ao procedimento para o amolecimento do cerume. Entre os emolientes,

aqueles à base de água parecem ser mais efetivos. Não há diferença ainda na aplicação por vários dias ou por pelo menos 15 minutos previamente ao procedimento.

Cuidados com o procedimento

- É fundamental realizar a otoscopia previamente e ao término do procedimento. Sempre realizar exame prévio cuidadoso, observando as contraindicações do procedimento.
- Nunca insistir no procedimento na vigência e persistência de dor.
- Não utilizar muita pressão durante a instilação do soro aquecido no ouvido do paciente.
- Cuidado para não superaquecer o soro, nem tampouco utilizá-lo gelado. Verificar sempre a temperatura antes de instilar no ouvido.

Contraindicações à realização do método de irrigação com solução salina

São consideradas **contraindicações** para a remoção do cerume por meio do método de irrigação com solução salina:

1. Otite aguda.
2. História pregressa ou atual de perfuração timpânica.
3. História de cirurgia otológica.
4. Paciente não cooperativo.

As possíveis complicações do procedimento são a perfuração timpânica, início súbito de tontura, otalgia e otite externa. Essas complicações mais graves não são frequentes desde que utilizada técnica correta de procedimento e se o profissional seguir a avaliação inicial cuidadosa.

Quando encaminhar

O paciente deverá ser encaminhado ao especialista se detectada patologia auricular de difícil resolução na Atenção Primária à Saúde, como perfuração de tímpano, tumoração ou infecção sem sucesso no tratamento clínico, ou diante de história clínica que indique contraindicação à remoção mecânica do cerume.

Para o paciente em que o procedimento de remoção do cerume não foi satisfatório, podem-se utilizar emolientes por alguns dias e tentar novamente a remoção. Caso seja ineficaz, sugere-se o encaminhamento ao especialista.

2.4 Lavagem gástrica

É um procedimento de urgência que deve ser realizado pelas equipes de APS o mais precoce possível, quando indicado, nos casos de ingestão acidental ou intencional de substâncias tóxicas (medicamentos, plantas etc.), a fim de diminuir a exposição e absorção da substância em questão. Quanto mais rápida for a decisão e início do procedimento, maiores são as possibilidades de retirada do agente tóxico. Se o paciente tiver que aguardar o serviço de remoção, perde-se a oportunidade da descontaminação efetiva na maioria dos casos. Logo, torna-se importante que as equipes de saúde da APS estejam treinadas/capacitadas para realizar esse procedimento.

Materiais necessários para o procedimento

- Sonda oro ou nasogástrica.
- Lidocaína gel.
- Soro fisiológico para irrigação ou água.
- Gaze.
- Luva esterilizada.
- Seringa de 20 ml.
- Máscara e óculos para proteção.

Procedimento

A lavagem pode ser feita com sonda oro ou nasogástrica. A vantagem da sonda orogástrica é o fato de ser mais calibrosa, facilitando a retirada das substâncias tóxicas. No entanto, é um procedimento menos tolerado pelos pacientes. Na maioria das situações, passa-se uma sonda nasogástrica. Esta deve ser o **mais calibrosa** possível para facilitar a recuperação do toxicante. A posição ideal é o decúbito lateral esquerdo com a cabeça em nível inferior ao corpo.

Deve-se explicar ao paciente como será o processo, assim, possivelmente, ele colaborará para a passagem da sonda, além de não se sentir agredido. Se estiver comatoso, deverá ser intubado antes da lavagem. Faz-se uma estimativa do comprimento (lóbulo da orelha, ponta do nariz, apêndice xifoide), coloca-se lidocaína gel na extremidade distal e na narina escolhida. Durante a colocação, flexiona-se o pescoço do paciente e pede-se para engolir.

Deve-se confirmar a presença da sonda para assegurar o posicionamento. Habitualmente, insufla-se ar por meio de uma seringa ao mesmo tempo em que se ausculta a região epigástrica. Em adultos, uma lavagem gástrica bem sucedida necessita de uma média de 6 a 8 litros de líquido (soro fisiológico ou água). Em crianças, utilizam-se 5-10 ml/kg até o máximo de 250 ml/vez. Volume total usado em média para RN 500 ml; lactentes 2-3 l; escolares 4-5 l. Administram-se pequenas quantidades (máximo 250 ml/vez), visto que volumes maiores podem “empurrar” o toxicante para o duodeno. Repete-se esse procedimento várias vezes (mínimo oito).

O volume retornado sempre deve ser próximo ao volume ofertado e observar atentamente o conteúdo que retorna, na procura de restos do agente tóxico. Podem ser guardadas as amostras

que aparentam ter mais resíduos, para análise toxicológica. Essa análise pode ser muito útil, principalmente quando o produto ingerido é desconhecido, visto que é possível detectar precocemente qual(is) a(s) substância(s) ingerida(s). Numa fase inicial da intoxicação, o produto ainda não foi eliminado na urina, impedindo a detecção nesse tipo de amostra biológica. Após cerca de 2.000 ml de líquido e esse retornando límpido, pode-se parar o procedimento e decidir ou não pelo uso do carvão ativado.

Contraindicações

- Pacientes com *Glasgow* ≤ 8 , exceto se forem intubados.
- Ingestão de cáusticos ou corrosivos, com exceção do Paraquate, que, por ter efeito sistêmico muito importante, mesmo sendo cáustico, a lavagem gástrica é indicada.
- Ingestão de hidrocarbonetos com alta volatilidade (solventes em geral).
- Varizes de esôfago de grosso calibre.
- Hematêmese volumosa.
- Cirurgia recente do trato gastrointestinal (ex.: gastroplastia).
- Ingestão de materiais sólidos com pontas.
- Ingestão de pacotes contendo drogas.

Complicações

- Intubação traqueal inadvertida.
- Traumatismo de vias aéreas.
- Laringoespasma.
- Pneumonia aspirativa.
- Perfuração de esôfago ou estômago.
- Hiperêmese.
- Hemorragia gastrointestinal.

É importante ressaltar que as reavaliações do paciente devem ser frequentes, a cada 30 minutos ou menos, visto que ele inicialmente pode chegar acordado e evoluir para o coma, justificando a intubação para proteção de vias aéreas. Por isso, antes de iniciar o procedimento de lavagem gástrica, deve-se providenciar serviço de remoção para o encaminhamento dele para o pronto-socorro da região, o mais rápido possível.

2.5 Remoção de corpos estranhos

Quase todos os ferimentos causados por corpos estranhos têm o potencial de infecção e, devido ao pequeno orifício de entrada, devem-se considerar o bacilo do tétano e os organismos piogênicos comuns como os possíveis invasores. Assim, a profilaxia do tétano deve ser rotina no tratamento primário dos corpos estranhos nos tecidos moles.

O segundo problema diz respeito à questão sobre remover ou não o corpo estranho. Quando penetrado nos tecidos recentemente, ele é facilmente localizado e acessível. Nesses casos, no geral, tenta-se a remoção. Se, contudo, ele não determina quaisquer sintomas, é melhor deixá-lo permanecer. Esse julgamento é criterioso, e o paciente deve ser informado.

Quando se decide remover o corpo estranho, deve-se localizá-lo no tecido. Isso pode não ser difícil se o objeto é palpável, ou se é relativamente grande e o orifício de entrada estiver nitidamente visível. Se for pequeno e se localizar profundamente na gordura ou no músculo, a retirada é difícil. Particularmente quando não se pode localizá-lo com precisão nos tecidos, com ausência de referência a algum ponto na superfície da pele, que é válido para pequenos objetos pontiagudos, tais como agulhas, que podem migrar pelo tecido, como resultado da pressão local ou dos próprios movimentos. Às vezes é necessário o uso de radiografias para determinar o local exato dos objetos.

Para retirada do corpo estranho, na maioria das vezes faz-se bloqueio anestésico local, tomando o cuidado com o edema formado, para não haver distorções anatômicas. Geralmente amplia-se o orifício de entrada, se for visível. Caso já esteja cicatrizado, faz-se nova incisão no local.

Abaixo serão listados alguns procedimentos para retirada de alguns dos mais comuns corpos estranhos encontrados no dia a dia das Unidades Básicas de Saúde.

2.5.1 Tipos de corpos estranhos

2.5.1.1 Farpas de madeira e metálicas

As farpas de madeira são muito comuns nos tecidos moles. Podem ser encontradas em qualquer parte do corpo, mas se apresentam mais frequentemente nas mãos, pés e nádegas. Geralmente trata-se de um pedaço de árvore, parte de assoalho, palito de dente. Portanto, o potencial de tais feridas tornarem-se infectadas é alto, e o perigo para o tétano é real. Se a ferida estiver em bom aspecto, sem sinais flogísticos, não necessita uso de antibióticos. Como, na maioria das vezes, o objeto é pequeno, não há necessidade de suturar o ferimento, deixando a cicatrização ocorrer por segunda intenção.

2.5.1.2 Pedras, roupas

São comumente encontradas nos tecidos de ferimentos acidentais, especialmente em crianças. Com frequência sua presença não é reconhecida no momento que a ferida primária é tratada. Como resultado disso, permanece encravada no tecido por tempo considerável. Por fim, determina uma fístula de secreção crônica, purulenta. O tratamento consiste na incisão e retirada dela.

2.5.1.3 Vidro

É visto mais frequentemente nas mãos e nos pés, resultado de acidentes com quebra de objetos de vidro. Nos acidentes automobilísticos, pode-se encontrá-lo estilhaçado em qualquer parte do corpo, geralmente na frente e na face. A menos que se possa vê-lo, palpá-lo ou demonstrá-lo na radiografia, em geral é prudente tratar a ferida primariamente como uma laceração. Depois da cicatrização, o vidro torna-se evidente pela dor causada quando é comprimido. Nesse caso, pode-se fazer uma incisão sobre o ponto doloroso e removê-lo.

2.5.1.4 Projéteis de arma de fogo

Esses corpos estranhos são radiopacos, portanto, facilmente visualizados por raio X. Só se deve retirar na UBS se houver possibilidade de fazer radiografia para precisar a localização dos projéteis, estiverem superficiais e provocando sintomas. Quando retirá-los, não suturar o ferimento; deixar a cicatrização ocorrer por segunda intenção.

Materiais necessários para o procedimento

- Solução de iodopovidina tópico ou clorexidina.
- Lidocaína 1% sem vasoconstrictor para anestesia local.
- Campos estéreis.
- Material para o procedimento: pinça hemostática curva, pinça anatômica, pinça dente de rato, porta-agulha, tesoura reta e tesoura curva.
- Lâmina de bisturi nº 11.
- Fio de sutura nylon 3.0.
- Soro fisiológico para irrigação.
- Gaze.
- Dreno de Penrose.
- Luva esterilizada.
- Seringa de 5 ml.
- Agulha 40 x 12 (rosa).
- Agulha hipodérmica (de insulina).
- Máscara e óculos para proteção.

Técnica

1. Explique o procedimento ao paciente e obtenha autorização.
 2. **Determine o local do corpo estranho.**
 3. **O procedimento deve ser realizado de maneira asséptica. Com as luvas estéreis, máscara e óculos de proteção, prepare a área afetada com um agente tópico disponível e cubra-a com o campo estéril.**
 4. **Usando a agulha 40 x 12, aspira-se o anestésico do frasco (dose de 7-10 mg/kg). Troca-se a agulha pela hipodérmica. Introduzir o anestésico numa técnica de bloqueio de campo regional. A anestesia deve realizar-se aproximadamente a 1 cm do perímetro do local do objeto. Cuidar com o edema que resulta, pois se podem perder os parâmetros da localização. Utiliza-se o orifício de entrada quando existente ou utiliza-se a cicatriz prévia como referência.**
 5. Depois, continue a fazer o bloqueio de maneira linear, ao longo da linha de incisão projetada, que deve ser longa.
 6. Uma vez realizada a anestesia, faz-se incisão longa e profunda o suficiente ao longo da linha da pele para promover a retirada do objeto, com auxílio das pinças.
 7. Irrigar a cavidade com soro fisiológico para limpeza do local.
-
8. Se o ferimento permitir, e for necessário, pode-se confeccionar uma sutura com pontos simples como *nylon* 3.0.
 9. 10. Curativo com gaze.

2.5.1.5 Corpo estranho subungueal

As farpas que ficam sob as unhas podem ser retiradas com o auxílio de uma agulha rosa, sem anestesia local. Se houver insucesso ou for um objeto mais profundo, orienta-se fazer um bloqueio do dedo para promover ressecção segmentar da unha acima da farpa com um bisturi. Após a retirada, basta um curativo digital até que a ferida cicatrize.

2.5.1.6 Ferimento por prego

Necessita-se da certeza de que não restou nenhum corpo estranho no ferimento, nem mesmo um pedaço do calçado que o paciente utilizava, nos casos em que o ferimento por prego no pé.

Técnica

1. Explique o procedimento ao paciente e obtenha autorização.
2. Determine o local da perfuração do prego.
3. O procedimento deve ser realizado de maneira asséptica. Com as luvas estéreis, máscara e óculos de proteção, prepare a área afetada com um agente tópico disponível e cubra-a com o campo estéril.
4. Usando a agulha 40 x 12, aspira-se o anestésico do frasco (dose de 7-10 mg/kg). Troca-se a agulha pela hipodérmica. Introduzir o anestésico numa técnica de bloqueio de campo regional. A anestesia deve realizar-se aproximadamente a 0,5 cm do perímetro do local do objeto, nos quatro quadrantes (anestesia em cruz).
5. Com uma lâmina nº 11, realiza-se incisão em cruz, com o orifício como centro do corte.
6. Com o auxílio de uma pinça hemostática curva, introduzir uma gaze com soro fisiológico na incisão para limpeza.
7. Irrigação com soro fisiológico
8. Curativo com gaze.

2.5.1.7 Remoção de anzol

Os acidentes com os anzóis são mais comuns do que se pode imaginar. Inúmeras iscas artificiais de pesca têm múltiplos anzóis. Quando houver vários, é uma boa ideia cortar a farpa do anzol perfurador com um alicate, assim os outros podem ser removidos da área de trabalho. É muito embaraçoso fisgar novamente o paciente, ou você mesmo, com um segundo anzol, enquanto está removendo o primeiro (Figuras 11 e 12).



Figura 11 – Isca de duas pontas.

Fonte: (GOOGLE, [2010]).



Figura 12 – Isca de três pontas.

Fonte: (GOOGLE, 2010)).

Técnica

1. Explique o procedimento ao paciente e obtenha autorização.
2. Determine o local da perfuração do anzol.
3. O procedimento deve ser realizado de maneira asséptica. Com as luvas estéreis, máscara e óculos de proteção, prepare a área afetada com um agente tópico disponível e cubra-a com o campo estéril.
4. Visualiza-se o orifício por onde o anzol entrou e projeta-se a altura da saída dele, pressionando o corpo do objeto na tentativa de fazer a própria curvatura.
5. Usando a agulha 40 x 12, aspira-se o anestésico do frasco (dose de 7-10 mg/kg). Troca-se a agulha pela hipodérmica. Introduzir o anestésico numa técnica de bloqueio de campo regional. A anestesia deve realizar-se sobre a área na qual a projeção da saída do anzol foi determinada.
6. Com uma lâmina nº 11, realiza-se incisão pequena no local.
7. Com o auxílio de uma pinça hemostática curva, introduzir o anzol no sentido de sua curvatura, até a exposição da extremidade e da farpa aconteçam.
8. Com o auxílio de um alicate, corta-se a extremidade e a farpa.
9. Segurar a extremidade distal do anzol com uma pinça hemostática e retirá-lo pelo orifício de entrada.
10. Lavar o ferimento com soro fisiológico.
11. Curativo com gaze.

2.1.5.8 Remoção de anel

Objetivo: Remover e preservar o anel (se possível) que pode causar comprometimento vascular do dedo.

Técnica

1. Explique o procedimento ao paciente e obtenha autorização.
2. Elevar a mão e envolver o dedo no gelo por alguns minutos.
3. Enquanto mantiver a mão elevada, aplicar no dedo um lubrificante (vaselina, sabão, sabonete etc.) e tentar retirar o anel.
4. Caso o procedimento falhe, realizar a técnica do envoltório (Figura 13):
 - a. Usar uma pinça hemostática curva pequena para introduzir uma extremidade de um cordão ou fio seda 2.0 sob o anel;
 - b. Pegar a extremidade longa do fio ou cordão distal ao anel, lubrificá-lo e então usá-lo para envolver firmemente o dedo começando do anel. Certificar que cada volta sucessiva encoste-se à anterior para que nenhuma porção da pele se saliente entre as voltas. A articulação interfalangeana proximal é geralmente a área mais problemática, por isso deve ser envolvida cuidadosamente;
 - c. Segurar a ponta curta do fio que está do lado proximal do anel com uma pinça hemostática. Puxá-la em direção à ponta do dedo e então desenrolar a fita. Esse movimento deverá liberar progressivamente o anel do dedo;
 - d. Pode existir a necessidade de repetir o procedimento por mais de uma vez.

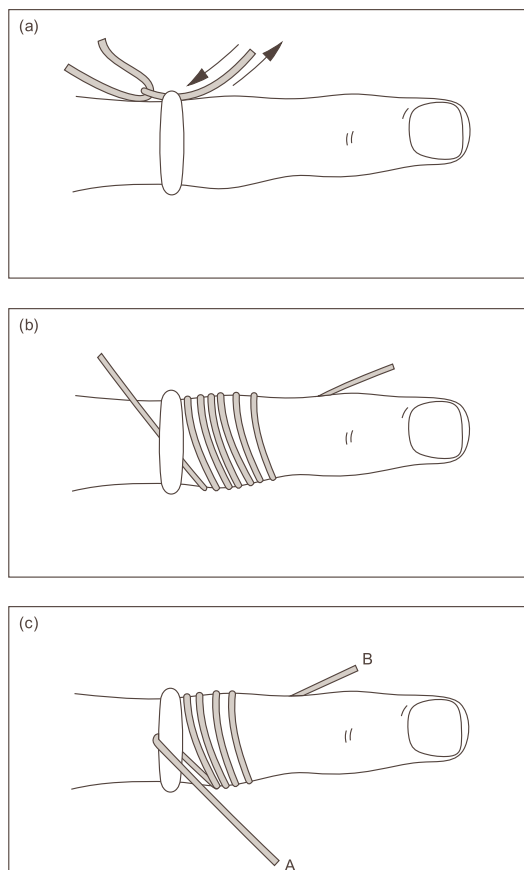


Figura 13 – Técnica do envoltório.

Fonte: (GOOGLE, 2010).

5. Se a técnica falhar, usar um cortador para remover o anel.

2.1.5.9 Corpo estranho ocular

Sempre associar com a história contada pelo paciente. Ao exame, pode-se observar o objeto no globo ocular ou na pálpebra, mas, às vezes, é microscópico. Na presença de um corpo estranho visivelmente fixado no globo ocular, não tente retirá-lo. Oclua o olho acometido e encaminhe ao especialista imediatamente. Não usar colírios anestésicos.

Na dúvida de uma lesão por abrasão da córnea, presença de hifema (sangue) ou hipópio (pus) na câmara anterior, encaminhar ao oftalmologista com urgência.

2.1.5.10 Corpo estranho nasal

Geralmente requerem instrumental específico para a retirada. Além do que, frequentemente, acontece com crianças e se torna difícil mantê-las imobilizadas para realizar o procedimento.

Ao exame, com o auxílio de um espéculo nasal, identifica-se o corpo estranho. Se for pequeno e estiver mais na porção externa, pode-se tentar retirá-lo com o auxílio de uma pinça anatômica ou hemostática.

Caso haja insucesso, encaminhar para o otorrinolaringologista.

2.1.5.11 Corpo estranho no conduto auditivo

A técnica utilizada para retirar depende da característica do material. Pequenos objetos inorgânicos podem ser retirados do conduto com irrigação de soro fisiológico morno, utilizando seringa ou sonda de aspiração, com um volume entre 20-50 ml a cada aplicação.

Insetos vivos devem ser exterminados antes de retirados, para alívio imediato dos sintomas. Utiliza-se, para tal, a colocação de soro fisiológico, óleo mineral ou vaselina no conduto auditivo.

Se não possuir um otoscópio e pinças finas para retirada do corpo estranho, encaminhar para um especialista. No caso, não se trata de uma emergência.

2.1.5.12 Corpo estranho retal

Ao examinar, se o objeto estiver frouxo, é só retirá-lo com o auxílio de pinças. Se perceber qualquer sinal de resistência, não retirar e encaminhar sempre para um serviço de urgência hospitalar.

2.6 Remoção de molusco contagioso

O molusco contagioso é uma doença dermatológica causada pelo vírus do gênero *Molluscipoxvirus*, da família *Poxviridae*. Afeta crianças, principalmente as atópicas, pacientes imunossuprimidos e adultos sexualmente ativos. A transmissão ocorre por contato direto com pessoas infectadas, por meio de fômites ou autoinoculação. O período de incubação é variável, geralmente de três semanas a três meses.

Na infância, o pico de incidência situa-se entre 3 e 10 anos e as pápulas localizam-se na face, tronco ou extremidades. Em adultos, a transmissão costuma ser sexual e as lesões, portanto, geralmente limitadas à região anogenital. A presença de lesões múltiplas na face, pescoço ou disseminadas em adultos sugere imunossupressão, devendo se atentar para infecção pelo HIV.



Figura 14 – Molusco contagioso.
Fonte: (INFANCIAHOY, 2010).

O diagnóstico é clínico com base no aspecto da lesão e do material obtido à expressão das pápulas. As lesões características do molusco contagioso são pápulas semiesféricas com centro umbilicado, peroladas, róseas ou da cor da própria pele, medindo de 3 a 6 mm, isoladas e bem delimitadas. São facilmente removíveis, eliminando material esbranquiçado com partículas virais.



Figura 15 – Molusco contagioso (close).
Fonte: (WIKIPÉDIA, [2010]).

Usualmente as lesões são assintomáticas, mas podem apresentar eczema e prurido ao redor delas. A procura à Unidade Básica de Saúde costuma ser em função do incômodo estético.

Tratamento

Em geral, nos indivíduos imunocompetentes, as lesões involuem espontaneamente em um a dois anos, não se justificando tratamentos mais agressivos que possam deixar cicatrizes.

Quando se opta pelo tratamento, pode ser realizada a remoção mecânica por meio da curetagem com posterior aplicação de tintura de iodo em cada lesão. Alternativas eficazes,

porém não disponíveis na Unidade Básica de Saúde, é a realização de crioterapia e o uso tópico da cantaridina.

Deve-se alertar o paciente quanto à possibilidade do aparecimento de novas lesões, dado o curso natural da infecção, que pode durar vários meses e não desenvolver imunidade definitiva.

Técnica

5. Explique o procedimento ao paciente e obtenha autorização.
6. O procedimento deve ser realizado de maneira asséptica. Com as luvas estéreis, máscara e óculos de proteção.
7. Aplica-se espessa camada do creme anestésico* com aproximadamente 2,5 g por 10 cm². A aplicação deve ser feita sob bandagem oclusiva, com tempo de contato mínimo de 60 minutos.
8. Retira-se a bandagem e o creme anestésico e prepara-se a área afetada com um agente tópico disponível.
9. Procede-se à curetagem das lesões com uma agulha de calibre compatível com a lesão (geralmente usa-se a agulha 40 x 12). O médico deve observar se as lesões são muito grandes ou estão inflamadas, o que pode impedir o procedimento devido ao risco de infecção ou dor.
10. Após a curetagem, aplica-se álcool iodado em cada lesão.

* Geralmente são utilizados cremes à base de lidocaína 25 mg isolada ou associada à prilocaína (25/25 mg/g). A mistura eutética de anestésicos locais parece ser especialmente útil em crianças e para procedimentos cirúrgicos superficiais. Em crianças entre 3 e 12 meses de idade, a dose total não deverá exceder a 2 g, nem a área total de aplicação na pele deverá exceder a 16 centímetros quadrados, por um tempo máximo de quatro horas. Não está recomendado para crianças menores de três meses de idade.

2.7 Tratamento de feridas superficiais

Este capítulo tem como abordagem principal a assistência aos casos de traumatismos superficiais nas Unidades Básicas de Saúde, orientando as equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) para limpeza da ferida, síntese, curativo e profilaxia do tétano das feridas consequentes de traumatismos.

Entende-se por traumatismo as lesões sofridas por qualquer tecido dentro de sua integridade anatômica e vivência celular. A maioria dos traumatismos é de origem extrínseca, violenta e de natureza acidental ou intencional. Quando o agente vulnerante atinge a pele, o tecido celular subcutâneo ou mesmo as aponeuroses e os músculos, o traumatismo é chamado superficial.

O atendimento a pacientes portadores de traumatismos superficiais constitui a maior parte do movimento de cirurgia ambulatorial dos hospitais que dispõem de serviço de emergência e, destes, grande parte poderia ser resolvida nos serviços de APS.

Diagnóstico

Em todo paciente com história de trauma, é indispensável verificar a permeabilidade das vias respiratórias, a respiração, a estabilidade do sistema cardiovascular e as lesões associadas. Diante de lesões traumáticas superficiais, é imprescindível excluir a presença de lesões profundas, não raro inaparentes, porém usualmente de maior gravidade.

Simultaneamente ao exame físico, é importante perguntar ao paciente ou seu acompanhante a respeito de:

- Eventos que antecederam e se seguiram ao trauma;
- História de enfermidades e traumas prévios;
- Presença de alergias em geral;
- Uso de medicamentos, drogas e álcool;
- Última refeição.

Os traumatismos superficiais podem ser abertos ou fechados, conforme haja, ou não, solução de continuidade do tegumento cutaneomucoso. Os traumatismos superficiais fechados constituem as contusões leves, causando os edemas traumáticos, as equimoses, os hematomas e os seromas. Os traumatismos superficiais abertos constituem as feridas, que podem ser classificadas de diversas formas, como se segue:

1. Quanto à natureza do agente vulnerante

- a. Feridas incisivas: são aquelas produzidas por agentes cortantes, afiados, capazes de cortar a pele produzindo ferida linear, com bordas regulares e pouco traumatizadas. O exemplo clássico é a ferida cirúrgica.
- b. Feridas contusas: são aquelas produzidas por objeto de natureza geralmente romba, capaz de romper a integridade da pele, produzindo feridas irregulares, retraídas e com bordas muito traumatizadas. Essas feridas vão desde as simples lacerações até as complexas com sangramento, contaminação e perda de substância.
- c. Feridas perfurantes: são aquelas cujo objeto é geralmente fino e pontiagudo, capaz de perfurar a pele e tecidos subjacentes, produzindo lesão cutânea puntiforme ou linear, de bordas regulares ou não. A profundidade atingida não pode ser estabelecida à simples inspeção.
- d. Feridas penetrantes: são as de mesmas características anteriores, cujo objeto é capaz de perfurar os tecidos e penetrar numa cavidade natural do organismo. Apresentam formato externo variável, geralmente linear ou puntiforme.
- e. Feridas transfixantes: constituem uma variedade de ferida perfurante ou penetrante, na qual o objeto vulnerante é capaz de penetrar e atravessar os tecidos de determinado órgão em toda a sua espessura.



Figura 16 – Ferida incisa.
Fonte: (MALTHUS, 2010).



Figura 17 – Feridas contusas.
Fonte: (MALTHUS, 2010.)

2. Quanto à profundidade

- a. Feridas superficiais: são aquelas que atingem a pele, o tecido celular subcutâneo, as aponeuroses e os músculos, sem lesar estruturas profundas ou nobres como nervos, tendões, vasos de maior calibre, vísceras e ossos.

As escoriações são um tipo de ferida superficial que atinge somente a pele e são produzidas pelo atrito de uma superfície áspera ou pontiaguda sobre ela.

- b. Feridas profundas: são aquelas em que são atingidas estruturas profundas, às vezes, de importância vital. Seu estudo foge aos objetivos deste capítulo.

3. Quanto ao grau de contaminação

- a. Feridas limpas: são aquelas em que a contaminação bacteriana ocorre em grau mínimo. As defesas do organismo são normalmente efetivas quando o número de bactérias não excede 103 por centímetro cúbico ou 105 por grama de tecido.

Para ser classificada como limpa, a ferida deve ser rigorosamente examinada, atentando-se para suas características, tempo de evolução, localização e natureza do agente vulnerante que a provocou. Alguns acidentes domésticos, como pequenos cortes com facas ou outros instrumentos limpos, podem ocasionar esse tipo de ferida.

- b. Feridas sujas ou poluídas: são aquelas muito contaminadas, com grande possibilidade de se infectarem. Muitas vezes a contaminação é evidente ou de fácil dedução. É desse tipo a maioria das feridas produzidas por acidentes de trabalho e de trânsito.
- c. Feridas infectadas: são aquelas em que houve a proliferação de microrganismos, levando a um processo infeccioso, de início localizado, mas que pode, sob determinadas condições, estender-se aos tecidos vizinhos, formar novos focos a distância ou generalizar-se por todo o organismo.

As feridas infectadas devem conter bactérias em concentrações que variam de 107 a 109 por cm³.

4. Quanto à complexidade

- d. Feridas simples: são pequenos ferimentos nos quais não ocorre perda de tecidos nem contaminação grosseira. Aqui está incluída a maioria das feridas produzidas por acidentes domésticos.
- e. Feridas complexas: são graves, irregulares, nas quais geralmente ocorre perda de substância, esmagamento, queimadura, avulsão, dissecação e deslocamento de tecidos. Não raro albergam em seu interior corpos estranhos.

43

Tratamento

O objetivo principal do tratamento nos traumatismos superficiais é restabelecer a integridade anatômica e funcional dos tecidos, sem se esquecer do aspecto estético, às vezes, de grande importância.

Nas feridas, o objetivo principal é o seu fechamento o mais breve possível. No entanto, antes de iniciar o tratamento, ela deve ser inspecionada com os cuidados de assepsia para evitar o aumento da contaminação. Simultaneamente, deve-se colher dados sobre as circunstâncias em que ocorreu o traumatismo, o tipo de agente vulnerante, o tempo decorrido até a procura do tratamento, o estado de imunidade, a presença de moléstia crônica debilitante e de alergias em geral.

a. Fechamento primário:

É reservado para as feridas limpas, com pequeno risco de infecção. Nas feridas traumáticas, seu sucesso depende de limpeza rigorosa, desbridamento e hemostasia. O fechamento primário é contraindicado nas seguintes situações:

- Intervalo maior que 6-8 horas entre o traumatismo e o início do tratamento: esse critério, apesar de servir como orientação geral, é relativo. Assim, uma ferida limpa em jovem sadio pode ser fechada mesmo que tenha uma evolução mais longa. Ao contrário, uma ferida perfurante, suja, num indivíduo idoso, debilitado, não deve ser fechada, mesmo que abordada precocemente.
- Tecidos com suprimento sanguíneo inadequado.
- Impossibilidade técnica de aproximação das bordas da ferida em consequência de perda de pele e tecido celular subcutâneo.
- Ferida por mordedura.

Em que pese o grande risco de infecções, deve-se fazer exceção nos casos de feridas extensas com necessidade de recomposição estética ou funcional.

b. Fechamento primário retardado:

É reservado para feridas com maior risco de infecção, seja pelo alto grau de contaminação,

seja pelo longo tempo decorrido entre a lesão e a procura de tratamento. Nesses casos, após limpeza, desbridamento e hemostasia rigorosos, cobre-se a ferida com gaze esterilizada e faz-se inspeção diária em condições assépticas: se a ferida evoluir sem sinais de infecção até o terceiro ou quarto dia, procede-se ao fechamento normal. Caso contrário, faz-se a opção pelo tratamento aberto.

c. Tratamento aberto:

É utilizado quando há contra-indicação para o fechamento primário ou primário retardado, ou quando esses dois falham. Sua maior indicação é nas feridas infectadas. Após colher material para bacterioscopia direta e cultura, a ferida é mantida aberta de modo a drenar espontaneamente, sendo apenas recoberta com gaze esterilizada umedecida em solução salina. Se a infecção apresentar sinais de disseminação (linfangite, linfadenite, celulite), com ou sem sinais de toxemia, deve-se administrar antibióticos de largo espectro até que se obtenham maiores indícios quanto ao agente bacteriano responsável, por meio do exame direto, cultura antibiograma da secreção. E, nesses casos, o paciente deve ser encaminhado para um pronto-socorro mais próximo, para a coleta de amostras e antibioticoterapia.

O fechamento desse tipo de ferida processa-se pela formação de tecido de granulação e o posterior epitelização. O resultado estético em geral não é bom.

d. Fechamento secundário:

É reservado para feridas cujo tratamento aberto evolui bem. Na tentativa de abreviar a cura, faz-se a excisão de suas bordas e procede-se à sutura ou, quando esta não é possível, aplica-se sobre a ferida um enxerto cutâneo.

Preparo da área traumatizada

A área ao redor da ferida deve ser limpa com água e sabão ou soluções antissépticas não irritativas. O uso de antissépticos no leito das feridas não deve ser feito, não só pela citotoxicidade, contribuindo para o retardo na cicatrização, mas também por não consistir no mecanismo mais eficiente de reduzir a contagem bacteriana nas lesões. Os antissépticos devem ser utilizados somente para a limpeza da pele íntegra adjacente à ferida.

A tricotomia somente é feita em áreas pilosas quando os pelos dificultam o tratamento adequado da ferida. Algumas regiões como supercílios e cílios não devem ser raspadas porque o crescimento dos pelos pode ser irregular, retardado ou ausente.

Anestesia

Nas lesões traumáticas superficiais, é utilizada a anestesia local, em suas várias modalidades (tópica, infiltração local, bloqueio de campo e bloqueio regional). Ela é aplicada após a limpeza da área traumatizada. Caso contrário, pode aumentar a contaminação dos tecidos, levando à infecção. Deve-se evitar também o uso de anestésicos associados a vasoconstritores, pois a isquemia local favorece o aparecimento de infecções.

Os nervos digitais podem ser bloqueados com a introdução da agulha à altura da base dos

dedos, por meio de duas punções, dos dois lados do tendão extensor, entrando pela face posterior do dedo e dirigindo-se a agulha até o plano subcutâneo da face palmar. A seguir, a agulha é direcionada mais profundamente até sentir a resistência óssea, para infiltração do periósteo. Não se deve utilizar anestésico com vasoconstritor pelo risco de isquemia do dedo. Esse tipo de bloqueio serve para anestesia do dedo e da unha.

Limpeza da ferida

Uma vez anestesiada, a ferida deve receber limpeza rigorosa de seu leito, cujo objetivo é remover as fontes de contaminação como corpos estranhos, coágulos e bactérias. A irrigação da ferida pode ser feita com soro fisiológico em leve pressão (seringa de plástico) para promover o desprendimento de bactérias e corpos estranhos aderidos aos tecidos. Para essa irrigação, é utilizada agulha de calibre 12 e seringa de 20 ml. Estudos recentes têm mostrado que esses cuidados são mais eficientes na profilaxia de infecções que o uso de antibióticos.

Hemostasia

A hemostasia é feita rotineiramente após a limpeza da ferida, exceto naqueles casos de sangramento intenso em que será feita de imediato. Deve-se ter o cuidado de pinçar somente o vaso que sangra, evitando ligaduras em massa que só servem para aumentar a área de necrose e contribuir no aparecimento de infecções. Para a ligadura de pequenos vasos, utiliza-se fio absorvível 4-0 ou 5-0. É desaconselhável o uso de cautério em feridas traumáticas devido ao aumento da área de necrose.

Desbridamento

É muito importante que seja realizado o desbridamento nas feridas traumáticas, com o objetivo remover tecidos desvitalizados ou impregnados com substâncias estranhas cuja remoção é impossível com a limpeza da ferida. Além disso, diminui a carga bacteriana e facilita os mecanismos de defesa local do hospedeiro. Com o desbridamento, também se acertam as bordas da ferida, preparando-a para a síntese.

Síntese

Consiste na aproximação dos tecidos separados por traumatismo acidental ou cirúrgico. O objetivo é restabelecer a anatomia e a função alteradas pelo traumatismo. A síntese pode ser feita com sutura, fitas adesivas, adesivos sintéticos ou biológicos, imobilização, ou qualquer outro método que produza bom afrontamento das bordas da ferida.

A síntese da pele é feita preferencialmente por pontos separados, por serem seguros e permeáveis, o que constitui vantagem diante da maior possibilidade de infecção, e pode ser feita de diversas maneiras, cada uma com vantagens e desvantagens. O ponto simples é o tipo mais usado e permite adequada aproximação das bordas de uma ferida.

Detalhes importantes: a tensão para amarrar o ponto deverá ser o suficiente para aproximar

borda com borda, suavemente, sem esmagar, pois pontos muito apertados impedem a boa circulação local e, conseqüentemente, a boa cicatrização, além de deixar marcas evidentes e definitivas dos fios; e a distância entre os pontos também deve ser observada, para que fique o mais distante um do outro para facilitar a circulação local, porém de tal maneira que não permaneçam áreas de bordas afastadas, sem contato íntimo.

46

Também é importante destacar que, para um resultado ainda mais estético, o médico assistente deve considerar as linhas de força da pele, que consistem na orientação da menor tensão da superfície corporal. A Figura 18 abaixo corresponde às linhas de Kraissl nas faces anterior e posterior da pele humana.

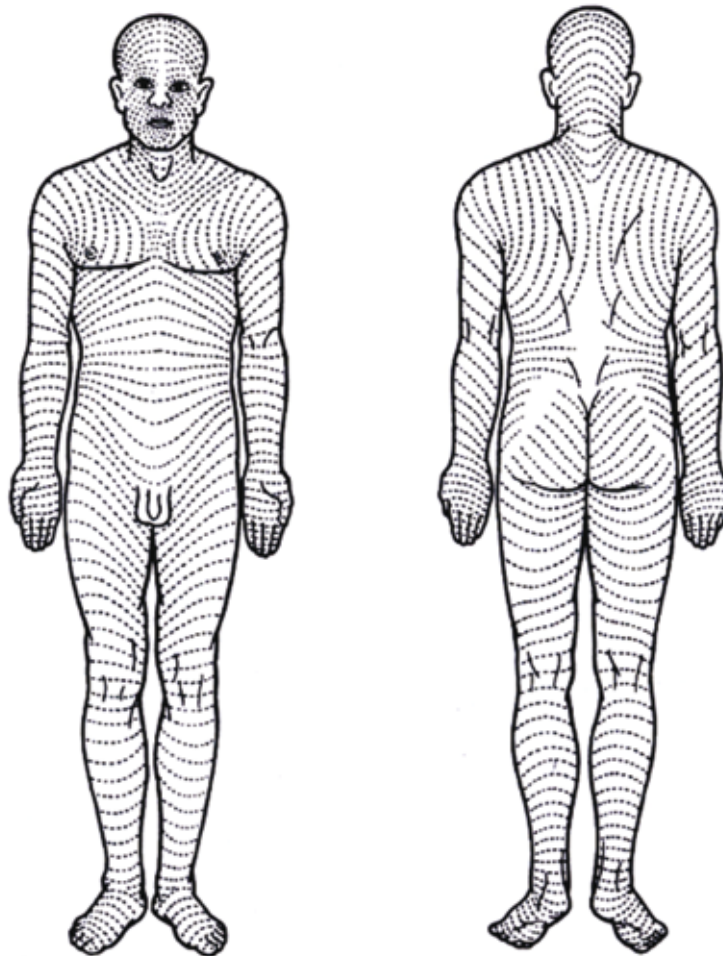


Figura 18 – Linhas de Kraissl nas faces anterior e posterior humana.

O tecido celular subcutâneo, quando pouco espesso, é aproximado juntamente com a pele, caso contrário, deve ser suturado separadamente. Com isso, evita-se a formação de espaço morto e consegue-se melhor afrontamento da pele. Utilizam-se fios absorvíveis em pontos separados.

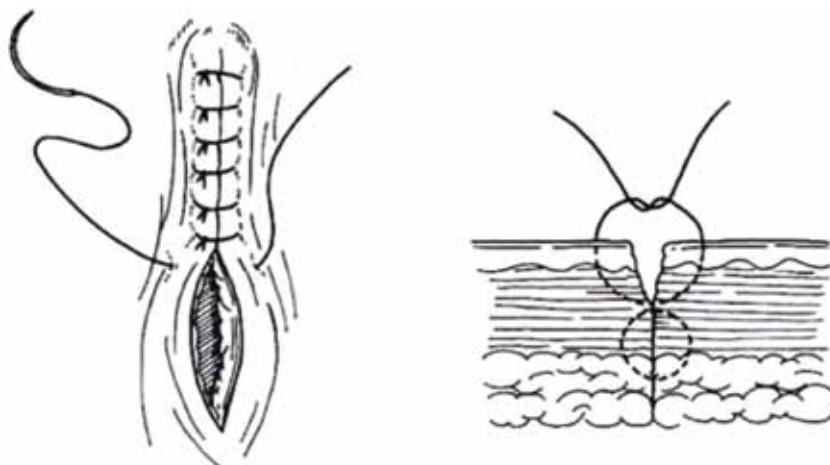


Figura 19 (a) Sutura com pontos simples separados, justamente amarrados, mas não apertados; (b) Visão esquemática de corte transversal da sutura com fechamento profundo e superficial com o objetivo de eliminar espaço morto.

Fonte: (LIVRODEGRAÇA.COM, [2010]).

A síntese das aponeuroses e dos músculos visa, sobretudo, a reconstituição funcional. Os fios utilizados são preferencialmente os sintéticos absorvíveis, em pontos separados, simples, em “X” ou em “U” horizontal (modalidades de pontos).

Os fios utilizados em sutura dividem-se em absorvíveis (após um tempo se desintegram, não deixando resquícios) e inabsorvíveis (permanecem por tempo indefinido em contato com os tecidos, possuindo, em geral, maior força tênsil residual); biológicos (origem animal) e sintéticos; mono e multifilamentares, entre outras características. Os fios mais utilizados em traumatismos superficiais são o *nylon* (inabsorvível) e o *catégute* (absorvível biológico).

Algumas áreas anatômicas merecem considerações especiais

- **Lábios:** o principal cuidado deve ser a manutenção da continuidade e integridade anatômica da “linha vermelha”, sendo que o primeiro ponto é o que vai realinhá-la, pois uma diferença de 1 mm já pode ser percebida. Utiliza-se fio absorvível.

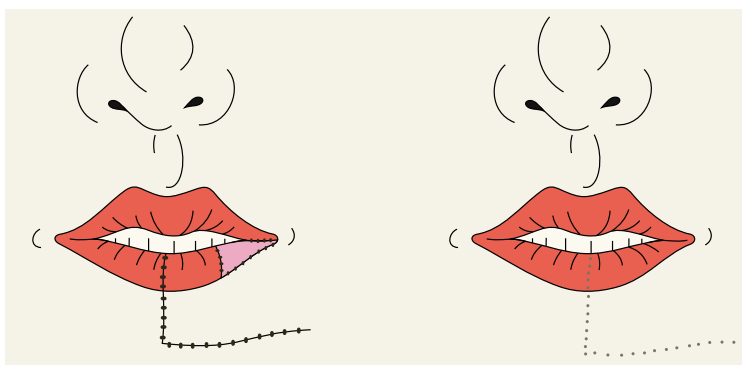


Figura 20 – Sutura de lábio.

Fonte: (SCIELO, [2010]).

- Língua: a decisão sobre a necessidade ou não de realizar sutura em língua depende principalmente do sangramento no momento do atendimento e do risco de comprometimento de função da língua (lacerações grandes ou profundas, na borda ou com perda de substância). O mesmo pode-se dizer sobre as lesões em palato. Utiliza-se fio absorvível.
- Couro cabeludo: atenção para possibilidade de fratura de crânio ou corpo estranho retido. O sangramento habitualmente é intenso, porém pode ser adequadamente controlado com a sutura. O cabelo deve ser cortado, não necessariamente precisa ser raspado, para facilitar o procedimento. Sempre que possível, realizar a sutura da gálea (que recobre o crânio) com fio absorvível.
- Pálpebras: atenção na região medial para verificação de possível lesão do ducto nasolacrimal e do canalículo lacrimal. Se houver lesão da margem da pálpebra, é recomendável o encaminhamento imediato a um cirurgião ou oftalmologista.

Profilaxia do tétano

A profilaxia do tétano deve constituir medida de rotina no tratamento das feridas. Sabe-se que qualquer ferimento é potencialmente perigoso desde que entre em contato com o *Clostridium tetani*. No entanto, algumas feridas representam terreno mais propício à germinação dos esporos do tétano. Estes, em condições favoráveis (anaerobiose), transformam-se na forma vegetativa e iniciam a produção de sua potente exotoxina.

Atenção especial deve ser dada a indivíduos portadores de feridas profundas, sede de corpos estranhos, com grande quantidade de tecido desvitalizado e que vieram tardiamente à procura de cuidados.

Medidas gerais

- Instituir o tratamento cirúrgico correto das feridas;
- Determinar para cada paciente a profilaxia adequada contra o tétano;
- Todo paciente deve receber imunização ativa com o toxoide tetânico, aplicado intramuscularmente no momento da lesão, exceto os que completaram a imunização nos últimos 12 meses e os que receberam dose de reforço nos últimos 12 meses;
- Considerar a necessidade de imunoglobulina tetânica homóloga, analisando as características da ferida e o estado prévio de imunização ativa e fornecer ao paciente cartão de registro das imunizações recebidas.

Riscos de resultado insatisfatório

As seguintes condições podem aumentar o risco de resultado insatisfatório: infecções, cicatrização retardada, resultado estético ruim:

- *Diabetes mellitus*;
- Obesidade;
- Má nutrição;
- Insuficiência renal crônica;
- Uso de esteroides ou outras drogas imunossupressoras;
- Corpo estranho retido;
- Procura tardia por tratamento (mais de 18 horas);
- Vidro ou gelo com fator causal;
- Predisposição a formar quelóide;
- Doenças do tecido conjuntivo;
- Presença ou associação de trauma tecidual;
- Extensão da lesão.

Retirada de pontos

Deve-se evitar a permanência exagerada dos pontos na pele. Sugestão:

- 5 dias na face, pela facilidade de cicatrização.
- 10-12 dias em membros inferiores e regiões de articulações.
- 7 dias em outras regiões do corpo.

Para se retirar os pontos, deve-se utilizar uma pinça, tipo dente de rato, ou outra que pegue realmente os fios, e uma tesoura de ponta fina e bem afiada. Com a pinça, pega-se a extremidade do fio que é levantado ligeiramente, expondo o ponto de penetração na pele que será cortado exatamente nessa região com a tesoura de ponta fina. Se, durante a retirada deles, for notado algum sinal de deiscência, alguns pontos de ancoragem podem ser deixados, além de reforço de adesivo, e reavaliar em 2-3 dias para completar a retirada dos outros pontos.

2.8 Tratamento de unha encravada

Um conhecimento básico sobre a anatomia da unha é útil no entendimento das doenças ungueais e seu tratamento cirúrgico. A unha é uma unidade anatômica composta por corpo, leito e matriz. O corpo é a parte dura, queratinizada, que é habitualmente convexa e situa-se na parte distal da falange. É a parte que "cresce" da unha e que causa a maior parte dos problemas sintomáticos. O corpo é firmemente aderido ao leito ungueal e, proximalmente, existe a matriz

que é responsável pela produção de queratina dura. Ocultando a raiz, há uma prega cutânea de queratina mole denominada eponíqueo (popularmente chamada de cutícula). Seguindo entre o eponíqueo e o corpo, há uma zona esbranquiçada em forma de meia lua chamada lúnula.

Denomina-se unha encravada a situação em que a margem ungueal penetra a camada córnea vizinha com lesões das bordas laterais, podendo haver tecido de granulação ou infecção associado. O quadro é geralmente acompanhado de dor intensa, inflamação e, às vezes, infecção com secreção purulenta. O dedo mais frequentemente afetado é o hálux (Figura 21). Não se deve esquecer que, apesar de rara, pode haver lesão maligna subungueal nos casos crônicos que não respondem ao tratamento.

50



Figura 21 – Hálux com a unha encravada.
Fonte: (JESTÉTICA, 2010).

Para os casos agudos ou decorrentes de trauma, o tratamento de primeira escolha é a simples remoção de um segmento de unha, que, certamente, aliviará a inflamação, mas o paciente deve estar ciente de que o processo pode retornar e deve aprender a mantê-la limpa, adequadamente aparada (corte reto) e hidratada, além do uso de sapatos confortáveis.

Materiais necessários para o procedimento

- Solução de iodopovidina tópico ou clorexidina.
- Lidocaína 1% sem vasoconstrictor para anestesia local.
- Campos estéreis.
- Material para o procedimento: tentacânula, pinça anatômica, pinça dente de rato, porta-agulha, tesoura reta.
- Lâmina de bisturi nº 11.
- Fio de sutura mononylon 3.0.
- Soro fisiológico para irrigação.
- Gaze.

- Luva esterilizada.
- Seringa de 5 ml.
- Agulha 40 x 12 (rosa).
- Agulha hipodérmica (de insulina).
- Máscara e óculos para proteção.

Técnica

5. Explique o procedimento ao paciente e obtenha autorização.
6. Examine a unha que será tratada e o tecido de granulação circunscrito.
7. Realiza-se o bloqueio digital com lidocaína sem vasoconstritor, pois o procedimento é extremamente doloroso.
8. Procede-se à limpeza do dedo com sabão e água, degermação com povidine ou clorexidine.
9. Inicia-se o procedimento propriamente dito com a introdução de uma tentacânula, ou instrumental semelhante, a mais ou menos 3 mm da margem lateral, longitudinalmente até a matriz. Descola-se o leito ungueal, provocando avulsão parcial do segmento que está encravado.
10. Resseca-se esse segmento da unha com uma tesoura reta, ou lâmina de bisturi, até a base da unha, juntamente com a matriz.
11. Em seguida, corta-se em elipse o tecido de granulação e pode-se realizar a curetagem do leito. 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.
12. Lavar o ferimento com soro fisiológico
13. Curativo com gaze

Existem outras técnicas cirúrgicas para tratamento de unha encravada, porém tão importantes quanto o procedimento são os cuidados pré e pós-operatórios com adequada orientação de higiene dos pés, corte e manutenção diária das unhas, principalmente dos pacientes idosos e diabéticos.

Estrutura física, materiais, insumos e medicamentos

Parte



3 Estruturação física, materiais, insumos e medicamentos

54

Para que as Unidades Básicas de Saúde possam realizar de forma adequada os procedimentos descritos e garantir a resolubilidade dos serviços, é imprescindível que esses tenham estrutura física adequada e sejam equipados com materiais e insumos que estejam disponíveis durante o atendimento.

Para tanto, o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde recomenda aos profissionais e gestores municipais que haja planejamento, programação e elaboração do ambiente físico das unidades de saúde. No projeto de estruturação das UBS, recomenda-se que haja ambientes para o atendimento médico, de enfermagem e de dentistas, inclusive para a realização de curativos e pequenos procedimentos, além de prever mobiliários, equipamentos e instrumentos imprescindíveis para quaisquer outros atendimentos.

A área física da UBS deve prever uma sala de consulta que ofereça privacidade para entrevista e exame físico, além de ter disponibilidade de macas, caso seja necessário manter o paciente em repouso, e cadeiras de rodas, para pacientes que não possam se locomover.

As UBS deverão contar com profissionais da equipe de saúde presentes durante todo o período de funcionamento da unidade. Dessa maneira, é preciso garantir o cumprimento da carga horária estabelecida tanto para os profissionais, como para a abertura e fechamento da UBS, de forma que os usuários não deixem de ser acolhidos ou ter acesso aos serviços por esse motivo.

É importante ressaltar que o atendimento à demanda espontânea deve ser organizado e realizado por toda a equipe de Saúde da Família, de acordo com cada especificidade de ação e competência profissional, para que assim não se torne sobrecarregada a função de nenhum dos membros da equipe.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, a educação permanente dos profissionais da APS é de responsabilidade conjunta das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (SES/SMS) e cabe ao Ministério da Saúde apoiar a articulação de instituições, em parceria com as SES e SMS, para capacitação de educação permanente desses profissionais.

Desse modo, este Caderno pode servir tanto como consulta individual, como material de apoio para cursos e capacitações para as equipes de Saúde da Família promovidos pelas gestões do Estado e município.

3.1 Medicamentos e materiais utilizados para realização de procedimentos na APS

A seguir, apresentamos uma lista de materiais, equipamentos, insumos e medicamentos que devem estar disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família para que seja possível realizar adequadamente os procedimentos descritos acima pelas equipes da APS.

3.2 Equipamento de proteção individual

- Máscaras descartáveis.
- Luvas de procedimentos e estéreis descartáveis.
- Óculos.
- Avental.

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

- Lidocaína 1% sem vasoconstrictor para anestesia local.
- Campos estéreis.
- 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.
- Swabe 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.

3.4 Coberturas para tratamento de feridas

A seguir, abordaremos, de forma esquemática, as principais coberturas primárias utilizadas para o tratamento de feridas agudas e crônicas que devem estar disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde do País.

1. Hidrocoloide

56

Composição	Camada externa: - Espuma de poliuretano Camada interna: - Gelatina - Pectina - Carboximetilcelulose sódica
Apresentação	Placa e pasta
Benefícios	<ul style="list-style-type: none"> - Estimula a angiogênese e o desbridamento autolítico - Acelera o processo de granulação tecidual - Não requer troca diária - Pode ser usado em associação de AGE - Protege terminações nervosas, reduzindo a dor - Não requer curativo secundário - Reduz o risco de infecção, pois a camada externa atua como barreira térmica, microbiana e mecânica - Promove isolamento térmico
Mecanismo de ação	Em contato com exsudato, forma um gel hidrofílico que mantém um meio úmido
Indicação	Prevenção e tratamento de feridas abertas não infectadas
Tipo de feridas	<ul style="list-style-type: none"> - Feridas abertas não infectadas, com leve à moderada exsudação - Prevenção ou tratamento de úlceras de pressão não infectadas
Contraindicação	Feridas colonizadas ou infectadas e hipergranuladas. Feridas com tecido desvitalizado ou necrose e queimaduras de 3º grau
Modo de usar	<ul style="list-style-type: none"> - Lavar o leito da ferida com jato de SF 0,9% morno - Secar a pele ao redor da ferida - Escolher o hidrocoloide (com diâmetro que ultrapasse a borda da ferida aproximadamente 3 cm) - Aplicar o hidrocoloide, segurando-o pelas bordas - Pressionar firmemente as bordas do hidrocoloide e massagear a placa para perfeita aderência. Se necessário, reforçar as bordas com micropore - Datar o hidrocoloide <p>Nota: para lesão cavitária, preenchê-la até a metade com pasta</p>
Periodicidade da troca	Trocar o hidrocoloide sempre que o gel extravasar ou o curativo deslocar ou, no máximo, a cada sete dias
Observações	A interação do exsudato com o hidrocoloide produz um gel amarelo (semelhante a uma secreção purulenta) e, nas primeiras trocas, poderá ocorrer odor desagradável devido à remoção de tecidos desvitalizados

2. Ácidos graxos essenciais (AGE)

Composição	Óleo vegetal composto por ácido linolêico, ácido caprílico, ácido cáprico, vitamina A, E e lecitina de soja
Mecanismo de ação	Promove quimiotaxia (atração de leucócitos) e angiogênese (formação de novos vasos sanguíneos), mantém o meio úmido e acelera o processo de granulação tecidual
Benefícios	<ul style="list-style-type: none"> - A aplicação tópica em pele íntegra tem grande absorção, forma uma película protetora na pele, previne escoriações devido à alta capacidade de hidratação e proporciona nutrição celular local - Pode ser usado em qualquer fase de cicatrização - Auxilia o desbridamento autolítico - Bactericida <i>Staphylococcus aureus</i> - Pode-se fazer o desbridamento para agilizar o processo de cicatrização
Indicação	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenção de úlceras de pressão - Tratamento de feridas abertas
Tipo de feridas	Lesões abertas, com ou sem infecção
Contraindicação	Não encontrada. Pode ocorrer em caso de hipersensibilidade
Modo de usar	<ul style="list-style-type: none"> - Lavar o leito da ferida com jato de SF 0,9% morno - Remover exsudato e tecido desvitalizado se necessário - Espalhar AGE no leito da ferida ou embeber gazes estéreis de contato o suficiente para manter o leito da ferida úmido até a próxima troca - Espalhar o AGE sobre o leito da ferida e utilizar como cobertura secundária gazes embebidas em solução fisiológica 0,9% - Ocluir com cobertura secundária estéril de gaze, chumaço, compressa seca ou qualquer outro tipo de cobertura adequada - Fixar
Periodicidade da troca	- Trocar o curativo secundário sempre que estiver saturado ou, no máximo, a cada 24 horas
Observações	- O AGE pode ser associado ao alginato de cálcio ou carvão ativado e diversos tipos de coberturas

3. Alginato de cálcio

58

Composição	São sais de um polímero natural, o ácido algínico, derivado da alga marrom de espécie <i>Laminaria hyperbore</i> Apresentação em placa ou fita
Mecanismo de ação	As fibras de alginato conseguem absorver até 20 vezes o seu peso em fluídos, ao passo que uma folha de gaze comum tem capacidade de absorver apenas de três a quatro vezes o seu peso em fluídos
Indicação	Feridas exsudativas, com ou sem sangramento, cavitárias, tunelizadas, com ou sem infecção
Benefícios	<ul style="list-style-type: none"> - Pode ser associado com outros produtos, como alginato de cálcio mais prata, hidrocoloide e carvão ativado - Quimiotáxico para macrófagos e fibroblastos - Auxílio no desbridamento autolítico - Hemostático (promove agregação plaquetária) - Diminuição do exsudato e o odor da ferida com ação bacteriostática
Conduta	<ul style="list-style-type: none"> - Irrigar o local da lesão com SF 0,9% morno em jato - Remover o exsudato e realizar o desbridamento, SN - Escolher o tamanho da fibra de alginato que melhor se adapte ao leito da ferida - Modelar o produto no interior da lesão umedecendo a fibra com SF 0,9% morno - Não deixar que a fibra de alginato ultrapasse as bordas da lesão, com o risco de prejudicar a epitelização - Cobrir com cobertura secundária estéril de hidrocoloide ou tela de silicone
Periodicidade da troca	<ul style="list-style-type: none"> - Trocar a cobertura secundária sempre que estiver saturada - Trocar o curativo de alginato: <ul style="list-style-type: none"> - Feridas infectadas: no máximo a cada 24h - Feridas limpas com sangramento: a cada 48h ou quando saturado
Limitações	Quando o exsudato diminuir e a frequência das trocas estiverem sendo feitas a cada três a quatro dias, significa que é hora de utilizar outro tipo de curativo. Não deve ser utilizado em feridas secas ou com pouco exsudato, pois pode haver aderência e maceração da pele adjacente. Não pode ser associado a agentes alcalinos
Observações	O alginato nunca pode secar ao leito da ferida

4. Sulfadiazina de prata

Composição	Sulfadiazina de prata a 1%, hidrofílico
Mecanismo de ação	O íon prata causa precipitação de proteínas e age diretamente na membrana citoplasmática da célula bacteriana, exercendo ação bactericida imediata e ação bacteriostática residual pela liberação de pequenas quantidades de prata iônica
Indicação	Queimaduras Lesões infectadas ou com tecido necrótico
Tipo de ferida	Queimaduras
Contraindicação	Hipersensibilidade ao produto
Modo de usar	<ul style="list-style-type: none"> - Lavar a ferida com H₂O clorada morna em jato de água corrente - Remover todo o excesso de pomada e tecido desvitalizado - Aplicar o creme por toda a extensão da lesão (5 mm de espessura) - Colocar gaze de contato úmida - Cobrir com cobertura secundária estéril
Benefícios	Fácil uso e baixo custo
Limitações	Dificulta a visibilidade (creme opaco)
Periodicidade da troca	No máximo a cada 12 horas ou quando a cobertura secundária estiver saturada
Observações	O excesso de pomada remanescente deve ser retirado a cada troca de curativo

Referências

ALMEIDA, Hilberto Correa. **Manual de cirurgia ambulatorial**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 1997.

ANDRADE FILHO, A.; CAMPOLINA, D.; DIAS, M.B. **Toxicologia na prática clínica**. Belo Horizonte: Folium, 2001.

AUNG, T.; MULLEY, G. P. Removal of ear wax. **BMJ**, United States, v. 325 n. 7.354, p. 27, jul. 2002.

BLANES, L. Tratamento de feridas. In: BAPTISTA, J. C. C. (Ed). **Cirurgia vascular: guia ilustrado**. São Paulo: 2004. Disponível em: <<http://www.bapbaptista.com>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: política nacional de humanização- documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 2. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Tratamento de DST**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS59C67B00PTBRIE.htm>>.

BURTON, Martin J.; DOREE, Carolyn. Ear drops for the removal of ear wax. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. Issue 3.

CAINZOS, Miguel. Review of the guidelines for complicated skin and soft tissue infections and intra-abdominal infections- are they applicable today? **Clinical Microbiology and Infection**. v. 14, n. 6, p. 9-18, dez. 2008.

CHAPESKIE, Henry. Ingrown toenail or overgrown toe skin? **Canadian Family Physician**. v. 54, n. 11, p. 1561-1562, Nov. 2008. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=19005128>>. Acesso em: 20 mar. 2009.

DEALEY, C. **Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 1996.

DECLAIR, V. Ácidos Graxos Essenciais (AGEs) protetores celulares dos mecanismos agressivos da lesão hipóxica. **Dermatologia Atual**, v. 4, n. 1, jan-mar. 1998.

DECLAIR, V. Curso de Feridas. Área de abrangência: atualização de enfermagem em dermatologia. **Enfermagem Atual**, n. 13-18, jan-dez. 2003.

DELEMOS, David. **Closure of skin wounds with sutures**. Disponível em: <www.uptodate.com>. Acesso em: 20 mar. 2009.

DERMIS. **Site**. Disponível em: <<http://www.dermis.net/bilder/CD014/100px/img0077.jpg>>.

DUNCAN, Bruce. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3. ed. São Paulo: Artmed, 2004.

ELLENHORN, M. J.; BARCELOUX, D. G. **Medical toxicology: diagnosis and treatment of human poisoning**. 2. ed. New York: Elsevier, 1997.

FERREIRA, R. S.; PÉRICO, L. A. D. Assistência de enfermagem a pacientes com feridas em serviços de atenção primária à saúde. **Momentos & Perspectivas em Saúde**, v. 15, n. 1, p. 39-52, jan./jun. 2002.

FONSECA, Franklin Pinto. **Cirurgia ambulatorial**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1999.

FONSECA, Franklin Pinto; ROCHA, Paulo Roberto Savassi. **Cirurgia ambulatorial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

GOLDFRANK, L. R. et al. **Goldfrank's toxicology emergencies**. 8. ed. New York: McGraw-Hill, 2006. 2.170 p.

GOODTOKNOW. **Site**. Disponível em: <http://www.goodtoknow.co.uk/imageBank/cache//Lipoma_M2000182-SPL.h.jpg_e_80e120e8d9501686f40a51477471da69.jpg>.

GOOGLE. **Site**. Disponível em: <<http://www.google.com.br/imghp>>.

GURPREET, Singh. et al. Bacteriology of necrotizing infections of softs tissues. **Australian and New Zealand Journal of Surgery**. v. 66, n. 11, p. 747-750, nov. 1996.

INFANCIAHOY. **Site**. Disponível em: <http://www.infanciahoj.com/imgnoticias/infanciahoj.com_3512_tapa_24102009_121516.JPG>.

ITHO, S. F. **Rotina no atendimento do intoxicado**. 3. ed. Vitória: [s.n.], 2007.

JASTREMSKI, Michael; DUMAS, Marc; PEÑALVER, Lisa. **Procedimentos emergenciais**. Rio de Janeiro: Revinter, 1997. p. 113-147.

JSESTÉTICA. **Site**. Disponível em: <<http://www.js-estetica.com/img/halux6.jpg>>.

LEE, Michael. et al. Management and outcome of children with skin and soft tissue abscesses caused by community-acquired methicilin-resistant Staphylococcus aureus. **The Pediatric Infectious Disease Journal**. v. 23, n. 2, p. 123-127, fev. 2004.

LIVRODEGRAÇA.COM. **Site**. Disponível em: <<http://livrodegraca.blogspot.com/2009/04/manual-de-tecnica-cirurgica-para.html>>.

LOUZEIRO, Tiago Romualdo Suzano. et al. Corpo estranho de orelha, nariz e orofaringe: experiência de um hospital terciário. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**. v. 72, n. 2, p. 177-181, mar./abr. 2006.

MAIA, Marcus. Anestesia tópica cutânea com mistura eutética de anestésicos locais. Estudo em procedimentos cirúrgicos superficiais. **Rev. Bras. Anest.**, v. 42, n. 2, p. 161-164, 1992. Disponível em: <<http://www.rbaonline.com.br/files/rba/mar92161.pdf>>.

MALTHUS. **Site**. Disponível em: <www.malthus.com.br>.

MANDELBAUM, S. H. et al. Cicatrização: conceitos atuais e recursos auxiliares – Parte I e II. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 78, n. 4/5, jul-out, 2003.

MARTINS, Christine Baccaratde Godoy; ANDRADE, Selma Maffei. Acidentes com corpo estranho em menores de 15 anos: análise epidemiológica dos atendimentos em pronto-socorro, internações e óbitos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 354-369, dez. 2006.

MARTINS, T. Tratamento de feridas. **Rev. Nursing**, v. 100, n. 9, p. 30-38, mai. 1996.

MATHES, Barbara M. **Nail Surgery**. UptoDate. Mai, 2008. Disponível em: <www.uptodate.com>. Acesso em: 20 mar. 2009.

MCCARTER, D. F.; COURTNEY, A. U.; POLLART, S. M. Cerumen impaction. **Am Fam Physician**, United States, v. 75, n. 10, p. 1.523-1.528, May 2007.

MICROMEDEX. In: **Portal da CAPES – Periódicos – Bases de dados textos completos**. Disponível em: <<http://www.bu.ufsc.br>>.

MIDIO, A. F.; MARTINS, D. I. **Toxicologia de alimentos**. São Paulo: Livraria Varela, 2000.

NETTER, F. H. **Anatomy of the Ear Chart**. 4. ed. São Paulo: Elsevier, 1999.

O’SULLIVAN, Ronan, OAKLEY, E. STARR, Mike. Wound repair in children. **Australian Family Physician**, v. 35, n. 7, p. 476-479, jul. 2006. Disponível em: <<http://www.racgp.org.au/afp/200607/8265>>. Acesso em: 20 mar. 2009.

OGA, S. **Fundamentos de toxicologia**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

OLSON, K. R. (ed.). **Poisoning e drug overdose: by the faculty, staff and associates of the California Poison Control System**. 4. ed. Ney York: Lange Medical Books/McGraw-Hill, 2004.

PATOARTEGERAL. **Site**. Disponível em: <http://www.fo.usp.br/lido/patoartegeral/Banco_de_imagens/abscesso3_small.jpg>.

PETROIANU, Andy. **Lições de Cirurgia**. Rio de Janeiro: Interlivros, 1997.

QUEIROZ, Valdeir Fagundes. et al. Corpo estranho no esôfago. **Gastroenterologia Endoscopia Digestiva**. v. 21, n. 2, p. 49-54, mar./abr 2002.

ROUNDING, Catherine; BLOOMFIELD, Sally. Surgical treatments for ingrowing toenails. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. v. 18, n. 2, Abr. 2005. Disponível em: <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001541/pdf_fs.htm>.

SAMPAIO, Sebastião de Almeida Prado. **Dermatologia**. São Paulo: Artes Médicas, 2001.

SCIELO. **Site**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/img/fbpe/ramb/v44n3/1921f3.jpg>>.

SURIANI, Sammy. Incisão e drenagem de um abscesso subcutâneo. In: JASTREMSKI, Michael; DUMAS, Marc; PEÑALVER, Lisa. (Org.). **Procedimentos emergenciais**. Rio de Janeiro: Revinter, 1997. p. 182-185.

TENÓRIO, E. A. Intervenção do enfermeiro como diferencial de qualidade no tratamento de feridas. **Revista Brasileira de Home Care**, 2002.

UNICAMP. **Manual de tratamento de feridas**. Hospital das Clínicas 2. ed. Campinas: Unicamp, 2002.

WIKIPÉDIA. **Site**. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Molusco_contagioso#V.C3.ADrus_do_Molusco>.

ZAMPESE, M. S.; MANZONI, A. P. D. S. Lesões papulosas e nodulares. In: DUNCAN, B. B. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

Informações da gráfica
(colofão)