

# Protocolo Clínico e de Regulação para Ferimentos Traumáticos de Pele e Subcutâneo **36**

*Maria de Fátima Galli Sorita Tazima  
Luiz Garcia Mandarano Filho  
Yvone Avalloni de Moraes Villela de Andrade Vicente  
Flávio de Oliveira Pillegi*

## INTRODUÇÃO

Os ferimentos traumáticos de pele e subcutâneo são habitualmente tratados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de Pronto Atendimento (UPA). O médico, independente de sua especialidade, deverá avaliar a gravidade da lesão e tratá-la nessas unidades de saúde. Eventualmente, os ferimentos mais complexos precisam ser encaminhados para centros de atenção secundária ou terciária, de forma eletiva ou em caráter de urgência.

Os pacientes que procuram as UBS e UPAs, adultos e crianças, apresentam diferentes tipos de ferimentos, causados frequentemente no domicílio, na escola, no local de trabalho ou no trânsito. Os ferimentos podem ser simples, envolvendo apenas estruturas de superfície, ou graves e complexos, envolvendo estruturas anatômicas importantes, como cartilagens, tendões, nervos, vasos sanguíneos e ossos.

Ao receber um paciente com ferimento de superfície, o médico da UBS/UPA deverá estar capacitado a:

- a. controlar a hemorragia e estabilizar o paciente caso haja sinais de choque hipovolêmico;
- b. avaliar a extensão e a gravidade da lesão;
- c. realizar o tratamento definitivo dos ferimentos superficiais;
- d. em casos graves e complexos, envolvendo cartilagens, tendões, nervos, vasos sanguíneos de grande calibre e ossos, realizar o tratamento inicial na unidade e encaminhar o paciente a um centro de referência secundária ou terciária, de urgência ou eletivamente.

## CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

Ferida é uma solução de continuidade dos tecidos em alguma parte do corpo provocada por agentes mecânicos, térmicos, químicos e bacterianos. A restauração da continuidade dos tecidos é a resultante de um conjunto de fenômenos, denominado *cicatrização*. Independente da causa da ferida, o processo de cicatrização se desenvolve de forma previsível e contínua, que, para fins didáticos, é dividido em três fases: inflamatória, proliferativa e maturação. O conhecimento desse processo permite instituir o tratamento adequado da ferida, a programação da retirada dos pontos e do retorno às atividades de trabalho.

Todas as feridas se fecham naturalmente, mas a cura pode ser otimizada por meio de abordagem cirúrgica, que inclui: sutura, desbridamento cirúrgico e curativo. O sucesso do fechamento cirúrgico da ferida envolve conhecimentos sobre a etiologia do trauma, a localização anatômica, o tempo do trauma, as comorbidades do paciente e a técnica cirúrgica.

As feridas podem ser tratadas por diferentes tipos de fechamento e cada um tem um efeito sobre a cicatrização. A cicatrização pode ocorrer por primeira, segunda ou terceira intenção (fechamento primário retardado).

**Cicatrização por primeira intenção:** é a forma mais desejável. Caracteriza-se por mínima perda tecidual, resposta inflamatória rápida, menor incidência de complicações, os bordos são aproximados por suturas e a cicatriz apresenta menor índice de defeitos.

**Cicatrização por segunda intenção:** é a forma de tratamento para ferimentos com grande perda tecidual ou com presença de infecções. O período cicatricial é mais prolongado devido a resposta inflamatória intensa, há maior incidência de defeitos cicatriciais (cicatriz hipertrófica e quelóide) e não há possibilidade de aproximação das bordas por suturas.

**Cicatrização por terceira intenção:** essa modalidade de tratamento de feridas se destina àquelas em que o fechamento primário imediato não é possível. A ferida pode ser tratada, inicialmente, com desbridamento cirúrgico, curativos, antibioticoterapia e, após o controle da infecção, ser fechada com sutura.

## Classificação das Feridas

### MECANISMO DO TRAUMA

- **Ferimentos incisos ou cirúrgicos:** produzidos por um instrumento cortante. Geralmente são feridas limpas e fechadas por suturas.  
Agentes: faca, bisturi, lâmina.
- **Ferimentos contusos:** produzidos por objeto rombo e caracterizados por traumatismo de partes moles, hemorragia e edema, sem ruptura da pele.  
Agentes: pau, pedra, soco.

- **Ferimentos lacerantes:** apresentam margens irregulares com mais de um ângulo. O mecanismo da lesão é por tração, rasgo ou arrancamento tecidual. A mordedura de cão é o exemplo clássico.
- **Ferimentos perfurantes:** são caracterizados por pequenas aberturas na pele. Há predomínio da profundidade sobre a extensão na superfície. Agentes: bala, ponta de faca, estilete.
- **Ferimentos por avulsão:** ocorrem por forças de cisalhamento e fricção, resultando em destruição e perda tecidual e a amputação é a situação mais frequente.
- **Queimaduras.**

### GRAU DE CONTAMINAÇÃO

- **Feridas limpas:** sem sinais de contaminação e menos de 6 horas até o atendimento. Fechamento por suturas.
- **Feridas contaminadas:** sem indícios de infecção local e com mais de 6 horas até o atendimento. Poderão ser fechadas por suturas após criterioso preparo do leito da ferida. A prescrição de antibióticos está indicada em casos selecionados.
- **Feridas infectadas:** intenso processo inflamatório e infeccioso. A sutura não está indicada neste momento. A infecção deverá ser tratada por meio de antibióticos tópicos e/ou sistêmicos. Após a infecção ser controlada, pode-se proceder ao fechamento da ferida por sutura (fechamento primário retardado).

## ETAPAS DA AVALIAÇÃO DO PACIENTE

### Condições Gerais

As condições hemodinâmicas podem estar afetadas por ferimento hemorrágico. Medidas de contenção do sangramento e de restauração da volemia devem ser tomadas prioritariamente.

### Anamnese

- Determinar o tempo do trauma: toda ferida é considerada contaminada após 6 horas do trauma.
- Determinar o mecanismo do trauma.
- Verificar a presença de comorbidades que podem afetar a cicatrização: hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, uso de corticoide e imunossuppressores e uso de ácido acetilsalicílico (AAS) e anticoagulantes.
- Pesquisar a situação vacinal.
- Menores de idade devem estar acompanhados pelos pais ou um responsável maior de idade durante todas as etapas do atendimento na unidade de saúde.

### Exame Físico

- Avaliar a presença de dor, parestesia e perda de função.
- Avaliar a extensão e a profundidade da lesão.
- Avaliar o grau de contaminação, examinando minuciosamente o leito da ferida à procura de corpos estranhos.
- Avaliar a presença de lesão nervosa, vascular, de tendões, ósseas (com fratura exposta ou não) e de cartilagens.

### Exame de Imagem

Na suspeita de fratura associada ao ferimento, solicitar raios X (RX) da área acometida. A presença de fratura óssea modifica a conduta e, dependendo da gravidade do caso, o paciente deve ser encaminhado para centros de atenção secundária ou terciária.

## CUIDADOS COM OS FERIMENTOS

### Ferimentos Superficiais

São aqueles que envolvem pele, subcutâneo, fáscia muscular e, parcialmente, a musculatura. Geralmente estes ferimentos, limpos ou contaminados, podem ser tratados nas UBSs e UPAs. Os ferimentos são considerados contaminados quando o tempo de trauma ultrapassa 6 horas (*golden period*) até a abordagem cirúrgica e/ou apresente sujidade no leito da lesão. Os ferimentos contaminados, incluindo os causados por mordedura de cães e gatos, podem ser suturados após receber cuidados especiais de limpeza do leito da ferida. Exceção reservada aos ferimentos perfurantes (projétil de arma de fogo e prego), que mesmo nas situações em que não apresentem sinais de contaminação, não devem ser suturados, porque estes instrumentos levam partículas potencialmente contaminadas para a profundidade da lesão.

A abordagem da ferida deve ser realizada sob técnica asséptica. O médico deve se paramentar com gorro e máscara, lavar as mãos e calçar luvas estéreis.

### Etapas do tratamento da ferida limpa e contaminada

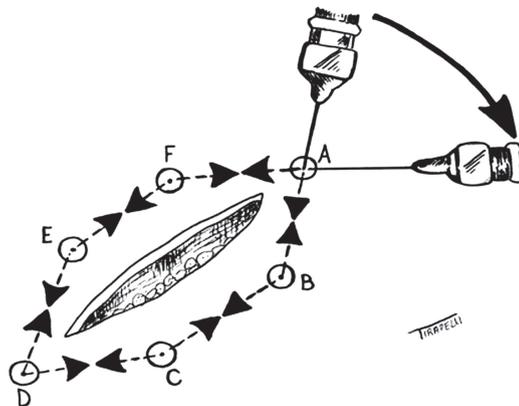
- Analgesia: é medida fundamental para garantir o conforto do paciente durante as etapas do atendimento. As drogas mais frequentemente disponíveis nas unidades de saúde, para o controle da dor, são dipirona, cetoprofeno, tramadol e dolantina.

- Lavar o ferimento e as áreas subjacentes à lesão com água corrente e solução degermante com auxílio de gaze estéril, sem esfregar. A seguir, a solução degermante deve ser removida do leito da ferida.
- É aconselhável imobilizar, embrulhando-as em lençol, crianças que não colaboram. Manter o responsável pela criança na sala de procedimentos para reduzir o estresse.
- Antissepsia ampla da pele ao redor da lesão com clorexidina ou polivinilpirrolidona (PVPI) tópicos sem penetrar no leito da lesão.
- Anestesia: o anestésico mais frequentemente usado nos procedimentos ambulatoriais é a lidocaína, com ou sem epinefrina. As vantagens do uso da epinefrina incluem: início mais rápido de analgesia, longa duração, maior controle da dor pós-operatória, redução do uso de torniquetes ou de outras manobras para controle de sangramento, menor absorção sistêmica e menor quantidade de anestésico necessário.

Há ainda, em nosso meio, o mito quanto ao uso de lidocaína com epinefrina em extremidades (dedos, pavilhão auricular, nariz e pênis), mas há experiências publicadas na literatura que desmistificam este conceito. Recomenda-se evitar o seu uso em pacientes portadores de doenças vasculares periféricas primárias ou secundárias (diabéticos e tabagistas).

A *dose máxima* de lidocaína sem vasoconstritor é de 7 mg/kg/dose, e com vasoconstritor, de 10 mg/kg/dose. Recomenda-se empregar a dose segura de 5 mg/kg/dose para lidocaína sem vasoconstritor e 7 mg/kg/dose com vasoconstritor. A técnica correta de infiltração anestésica em ferimentos abertos está exemplificada na Figura 36-1.

- Irrigação do leito da ferida com SF a 0,9% em jatos, com uma seringa firmemente fixada a uma agulha, ou pode-se quebrar a agulha em sua base, usando um volume de 200 a 250 ml, dependendo do tamanho da ferida e



**Figura 36-1** Técnica de infiltração anestésica.

do grau de contaminação. A irrigação em jatos permite a redução da contagem bacteriana e a remoção de corpos estranhos. Em ferimentos muito contaminados pode-se usar o PVPI tópico no leito da ferida, mas a seguir removê-lo com jatos de SF a 0,9%.

- Hemostasia: os sangramentos pequenos podem ser resolvidos por compressão. Já os sangramentos maiores podem ser estancados por ligaduras ou por eletrocauterização (se houver bisturi elétrico disponível na unidade). Não suturar um ferimento sem controle do sangramento, evitando-se a formação de hematomas e, conseqüentemente, infecção e deiscência.
- O desbridamento de tecidos desvitalizados e a remoção de corpos estranhos (pelos, vidro, fragmentos de madeira, espinhos, fragmentos de asfalto, terra, entre outros) são fundamentais para se evitar infecção e deiscência.
- Escolha do fio de sutura: os fios monofilamentares não absorvíveis como o náilon têm os menores índices de infecção e são os mais utilizados. Fios sintéticos absorvíveis monofilamentares, como o vicryl, são os mais indicados para suturas de subcutâneo, fâscias e músculos. Geralmente não há fio vicryl na maioria das UBSs e UPAs, então pode ser usado fio catgut cromado em suturas que envolvam o plano subcutâneo e náilon nas suturas de fâscias, que demandam maior resistência.

Os fios são numerados conforme seu diâmetro: quanto maior a numeração, mais fino é o fio. De modo geral, o fio 6.0 é empregado nas suturas da face e áreas estéticas importantes, os fios 5.0 e 4.0, em tronco, membros e dedos, e o fio 3.0, em couro cabeludo e região plantar.

- Sutura: é a melhor forma de tratar uma ferida aberta ao promover seu fechamento aproximando-se suas bordas. As bordas da pele devem ser suturadas com pontos simples, evitando-se suturas contínuas e intradérmicas (Figura 36-2). Em suturas em que as bordas se aproximam sob tensão ou em áreas

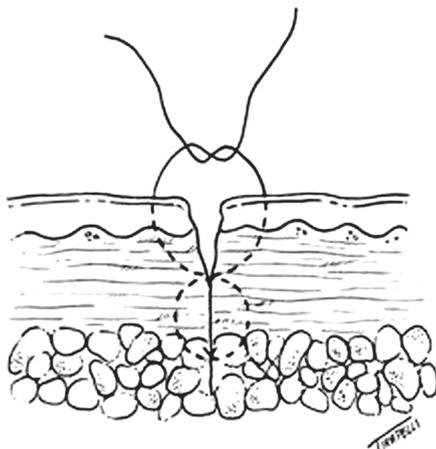


de grande mobilidade (articulações) recomenda-se o ponto de Donati (Figura 36-3). As suturas podem ser feitas em um ou mais planos, dependendo da profundidade e das estruturas acometidas. É importante o fechamento de planos profundos para se evitar a formação de espaço morto, coleções líquidas (seroma e hematoma) e consequente infecção (Figura 36-4). Nas ilustrações a seguir estão os principais pontos empregados em suturas de feridas traumáticas.

- Os ferimentos com sinais de infecção devem ser tratados com limpeza rigorosa. O leito da ferida deve ser mantido úmido e recoberto com vaselina,



**Figura 36-3** Pontos Donati.



**Figura 36-4** Fechamento em dois planos.

pomada ou Nebacetin (neomicina + bacitracina) ou com sulfadiazina de prata nos casos que necessitem de desbridamento. O leito da ferida deve ser mantido umedecido e com curativo oclusivo. Ao término do procedimento, o paciente deve ser encaminhado para a unidade de saúde mais próxima de sua residência com orientações sobre o curativo e a sua periodicidade.

- Curativo: após a sutura, cobri-la com ataduras de gaze fixadas por adesivos (esparadrapo ou micropore) ou enfaixamento. O curativo deve ser mantido fechado por 24 horas.
- Orientações para o paciente quanto aos cuidados com as feridas: recomenda-se remover o curativo em seu próprio domicílio, lavar o local da ferida durante o banho e enxugá-lo com uma toalha macia sem esfregar. As feridas suturadas podem ser mantidas abertas após 24 horas do procedimento.
- Prescrição de analgésicos para controle de dor pós-operatória. A dipirona ou o paracetamol via oral controlam bem a dor na maioria dos casos. Evita-se o uso de anti-inflamatórios, pois estas drogas podem afetar o processo de cicatrização.
- Antibióticos: de modo geral não se recomenda o emprego de antibióticos profiláticos em feridas traumáticas limpas ou mesmo contaminadas. A antibioticoprofilaxia depende dos fatores de risco para infecção (natureza do hospedeiro, características da ferida) e está recomendada nas seguintes situações:
  - extremos de idade;
  - presença de comorbidades: diabetes, doença vascular periférica, uso de esteroides e quimioterápicos, linfedema, síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), insuficiência renal crônica, obesidade, desnutrição e doenças imunossupressoras;
  - características da ferida: profundidade, configuração e tamanho;
  - fraturas ou lesões nas articulações;
  - ferimentos envolvendo tendões ou cartilagens;
  - feridas que são grosseiramente contaminadas e não podem ser adequadamente limpas, especialmente se houver corpo estranho retido;
  - feridas e lesões por esmagamento;
  - mordeduras por animais;
  - ferimentos em cavidade oral;
  - tempo de trauma muito alongado (> 18 horas);
  - pacientes com prótese valvar ou ortopédica.

Quando há indicação de antibioticoprofilaxia, podem ser usados os mesmos antibióticos indicados para o tratamento dos ferimentos infectados. As bactérias predominantes na pele são o *Staphylococcus epidermidis* e o *Staphylococcus aureus*, que respondem bem ao uso de cefalexina, doxiciclina, clindamicina ou sulfametoxazol com trimetoprima. Na mordedura por cães e gatos, em que a bactéria predominante na saliva é a *Pasteurella multocida*, indica-se a associação de amoxicilina e clavulanato (Clavulin).

As penicilinas benzatina e procaína não estão indicadas como profilaxia nem como terapia em ferimentos traumáticos, porque a sua ação sobre *Staphylococcus aureus* e *epidermidis* é praticamente nula. Sua indicação está restrita a casos de erisipela, amigdalite bacteriana e, também, como profilaxia do tétano caso não haja disponibilidade de vacina e imunoglobulina específica.

- Vacinação antitetânica: a imunização básica com toxoide tetânico exige três doses. Se o paciente tomou três doses ou mais, sendo a última dentro de um período de 10 anos, não é necessário se fazer reforço. Se o paciente estiver com sua situação vacinal desatualizada, encaminhá-lo para a sala de vacina após o procedimento. Deve-se considerar a necessidade de imunização passiva com imunoglobulina humana (homóloga), levando-se em consideração as características da ferida, as condições sob as quais ela ocorreu e o estado prévio de imunização ativa do paciente.
- Em casos de mordedura por cães e gatos o paciente deverá ser encaminhado à sala de vacina após o procedimento. A conduta quanto à administração de soro e vacina segue o protocolo do Ministério da Saúde.
- Atestado médico: dependendo do local da sutura e da atividade de trabalho do paciente, há necessidade de afastamento do trabalho para que o ferimento possa cicatrizar sem complicações.
- Em acidentes de trabalho, preencher a Notificação de Acidente de Trabalho e encaminhar o paciente ao médico do trabalho.
- Retirada dos pontos: é recomendada a retirada de pontos quando a cicatriz estiver na fase de remodelamento, que normalmente ocorre em torno do quinto ao sétimo dia da realização da sutura. Este período pode variar dependendo do tipo e do tamanho do ferimento suturado, do efeito estético desejado, das condições gerais do paciente, incluindo comorbidades associadas e complicações da ferida (infecção). Dessa forma, recomenda-se a retirada dos pontos em quatro a cinco dias na face e sete dias para os outros locais. Em articulações, suturas fechadas sob tensão e em pacientes portadores de comorbidades este período pode ser prorrogado para até 10 a 15 dias, desde que não haja sinais de infecção local. Na presença de infecção local, os pontos devem ser removidos total ou parcialmente para melhor tratamento da ferida.

### Ferimentos Complexos

Os pacientes com ferimentos graves e complexos admitidos nas UBS e UPA devem receber o primeiro atendimento (analgesia, verificação da situação vacinal, limpeza e curativo oclusivo da ferida) e ser encaminhados por meio da regulação de urgência para hospitais de complexidade secundária ou terciária para tratamento definitivo.

## SITUAÇÕES QUE PODEM SER OBSERVADAS NAS UNIDADES DE SAÚDE:

- múltiplos ferimentos, extensos e profundos, muitas vezes com alto grau de contaminação. O tratamento desses ferimentos (limpeza, suturas e curativos) demanda manipulações demoradas e grandes doses de anestésicos locais. Estes ferimentos são mais adequadamente tratados em ambiente hospitalar sob anestesia local/regional/geral associada à sedação;
- lesões de tendões, nervos, vasos calibrosos, fraturas ósseas expostas (ver capítulo sobre traumatismos de extremidades);
- lesões de cartilagens: nariz e pavilhão auricular;
- lesões extensas de face com comprometimento de estruturas anatômicas funcionais;
- amputações de extremidades de dedos com exposição óssea, sem possibilidade de fechamento primário (necessidade de rotação de retalho);
- crianças com lesões cuja manipulação pode ser demorada e acarretar sofrimento. O tratamento da ferida em ambiente hospitalar sob sedação assistida por um anestesista é a forma mais adequada;
- lesões de genitais e perianais com comprometimento de estruturas anatômicas.

## ABORDAGEM DO PACIENTE PORTADOR DE FERIMENTOS DE PELE E SUBCUTÂNEO NA ATENÇÃO BÁSICA

Os pacientes, adultos e crianças, portadores de ferimentos traumáticos podem ser caracterizados em três cenários distintos, com base na gravidade e no grau de contaminação.

### Cenário I

Mulher adulta portadora de ferimento cortante no dorso da mão esquerda com faca de cozinha há 2 horas. A paciente lavou o ferimento em água corrente em seu domicílio e o cobriu com uma toalha limpa.

A lesão se caracterizava por um ferimento cortante com cerca de 3 cm de extensão, acometendo pele e subcutâneo, com bordos regulares. A lesão se apresentava limpa e sem sangramento. A paciente não apresentava comorbidades e possuía carteira de vacinação atualizada.

### DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO E/OU SINDRÔMICO

- Ferimento cortante superficial de mão esquerda, limpo.
- Acidente doméstico.

## CONDUTAS CLÍNICAS E DE REGULAÇÃO

- Avaliar as condições gerais do paciente que podem estar alteradas devido a quadro hemorrágico secundário ao ferimento. Se o paciente apresentar sinais de choque hipovolêmico, a recuperação da normalidade hemodinâmica é a primeira conduta a ser tomada
- Anamnese: questionar o tempo do trauma, a causa do ferimento, possíveis comorbidades e situação vacinal.
- Analgesia para controle da dor.
- Exame detalhado da lesão focando nos seguintes aspectos: dor, perda de função, parestesia, extensão e profundidade da lesão, grau de contaminação, presença de corpos estranhos e lesões de estruturas anatômicas (vasos calibrosos, nervos, ossos, tendões).
- Sutura e curativo.
- Orientar quanto aos cuidados a serem tomados com a ferida suturada no domicílio.
- Prescrever analgésicos disponíveis na unidade.
- Emitir atestado médico e encaminhar ao médico do trabalho em casos de acidente de trabalho (emitir Comunicado de Acidente de Trabalho).
- Prescrever, em um receituário, a solicitação da retirada dos pontos em sete dias após a sutura, na unidade de saúde mais próxima de sua casa.
- Encaminhar o paciente para a sala de vacina se o esquema estiver desatualizado.

### Cenário II

Homem de meia idade portador de ferimento cortocontuso em couro cabeludo ao cair de uma escada onde trabalha como pedreiro. O paciente precisou terminar o trabalho e só chegou à unidade com 8 horas do trauma. No local do trabalho colocou uma bandagem protegendo o ferimento até que pudesse procurar uma unidade de saúde. Após a queda relatou ter tido tonturas, mas não perdeu a consciência. No momento do atendimento queixava-se apenas de cefaleia e dor no local do trauma. Revelou, ainda, ser diabético sem controle clínico adequado.

A lesão se caracterizava por um ferimento cortocontuso com cerca de 5 cm de extensão comprometendo pele, subcutâneo, musculatura e periósteo. A lesão se apresentava com um grande coágulo no leito da ferida e com a presença de corpos estranhos. Paciente negava comorbidades e referia não se lembrar de quando tomou a última dose de vacina antitetânica.

### DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO E/OU SINDRÔMICO

- Ferimento cortocontuso em couro cabeludo, contaminado.
- Acidente de trabalho.

## CONDUTAS CLÍNICAS E DE REGULAÇÃO

- Avaliar as condições gerais do paciente que podem estar alteradas devido a quadro hemorrágico secundário ao ferimento. Se o paciente apresentar sinais de choque hipovolêmico, a recuperação da normalidade hemodinâmica é a primeira conduta a ser tomada.
- Anamnese: questionar o tempo do trauma, a causa do ferimento, possíveis comorbidades e situação vacinal.
- Analgesia para controle da dor.
- Exame detalhado da lesão focando nos seguintes aspectos: dor, perda de função, parestesia, extensão e profundidade da lesão, grau de contaminação, presença de corpos estranhos e lesões de estruturas anatômicas (vasos calibrosos, nervos, ossos, tendões).
- Solicitar raios X (RX) de crânio.
- Explicar ao paciente quanto aos riscos de infecção da ferida, que podem ocorrer independente de se suturar ou não o ferimento. Ressaltar a vantagem de se fazer a sutura do ferimento, pois esta garante um processo de cicatrização mais rápido e um resultado estético melhor.
- Sutura e curativo.
- Orientar quanto aos cuidados a serem tomados com a ferida suturada no domicílio.
- Prescrever analgésicos e antibióticos disponíveis na unidade.
- Emitir atestado médico e encaminhar ao médico do trabalho em casos de acidente de trabalho (emitir Comunicado de Acidente de Trabalho).
- Prescrever, em um receituário, a solicitação da retirada dos pontos em sete dias após a sutura na unidade de saúde mais próxima de sua casa.
- Orientar o paciente para, ao menor sinal de infecção no local (hiperemia, dor, edema, adenomegalia), procurar a unidade de saúde mais próxima de sua casa.
- Encaminhar o paciente para sala de vacina se o esquema estiver desatualizado.

### Cenário III

Jovem *motoboy* sofreu ferimento com linha com cerol em face, no trânsito, há cerca de 30 minutos. O paciente foi socorrido por transeuntes e levado à unidade de saúde.

O paciente deu entrada na unidade com sangramento importante na face que impedia de se avaliar a extensão da lesão. Após estabilização hemodinâmica e controle do sangramento pode-se avaliar a gravidade da lesão, que se caracterizava por extenso ferimento cortante e profundo ao longo de toda a face direita, atravessando sobre o nariz em direção à face esquerda e seccionando a borda ciliar inferior esquerda. Na face o ferimento atingia pele,

subcutâneo e musculatura. No nariz observava-se secção da cartilagem e na pálpebra inferior, secção da borda ciliar tanto da pele como da face mucosa. Aparentemente o olho esquerdo estava preservado.

### DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO E/OU SINDRÔMICO

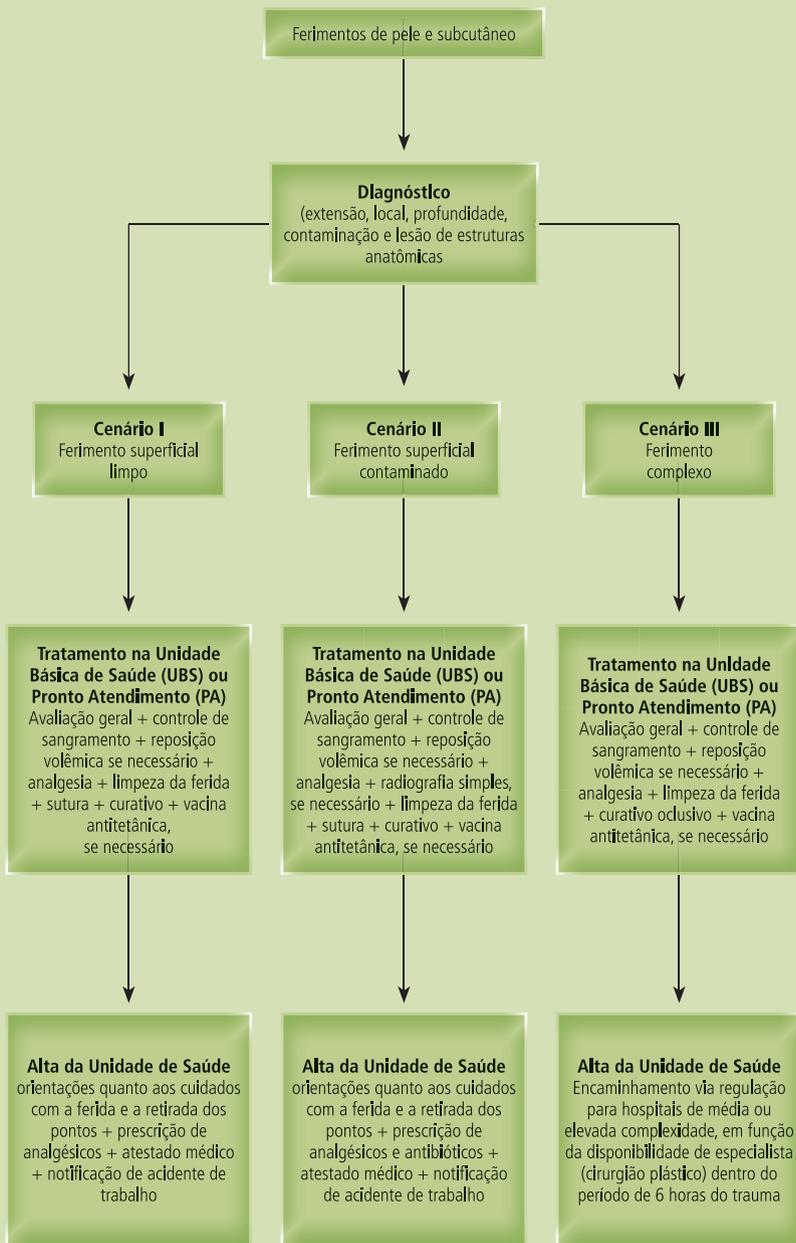
- Ferimento cortante complexo de face contaminado (fragmentos de cerol).
- Acidente de trabalho.

### CONDUTAS CLÍNICAS E DE REGULAÇÃO

- Garantir a normalidade hemodinâmica.
- Anamnese: questionar o tempo do trauma, a causa do ferimento, possíveis comorbidades e situação vacinal.
- Analgesia para controle da dor.
- Exame detalhado da lesão focando nos seguintes aspectos: dor, perda de função, parestesia, extensão e profundidade da lesão, grau de contaminação, presença de corpos estranhos e lesões de estruturas anatômicas.
- Orientar o paciente e seus familiares quanto à gravidade do ferimento e à necessidade de tratamento em ambiente hospitalar, sob supervisão de especialistas (cirurgia plástica ou de cabeça e pescoço).
- Fazer a limpeza da ferida com irrigação de SF a 0,9% e ocluir a ferida com atadura de gaze estéril.
- Atualizar a vacinação antitetânica, se necessário.
- Contatar o Complexo Regulador e solicitar avaliação em serviço especializado em nível secundário ou terciário.
- Solicitar remoção pelo Serviço de Assistência Móvel de Urgência (SAMU) se o paciente necessitar de suporte médico e/ou de enfermagem durante o transporte.
- Encaminhar o paciente dentro do período de 6 horas após o trauma.

**BIBLIOGRAFIA**

- Aguiar ASW, Pereira APPV, Mendes DF, Gomes FIL, Castelo Branco YN. Atendimento emergencial do paciente portador de traumatismos de face. *RBPS*. 2004;17(1):37-43.
- Barbul A. Wound healing. In: Brunicaud F, Andersen D, Billiar T, Dunn D, Hunter J, Matthews J et al. *Schwartz's principle of surgery*. 8th ed. Cidade: MacGraw-Hill; 2005. p. 223-48.
- Brasil. Fundação Nacional de Saúde (Funasa). Vacina contra o tétano. In: Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Normas de Vacinação. 3a ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2001. p. 33-5.
- Brasil. Fundação Nacional de Saúde (Funasa). Vacina e soro contra a raiva. In: Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Normas de Vacinação. 3a ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2001. p. 53-8.
- Dulecki M, Pieper B. Irrigating simple acute traumatic wounds: a review of the current literature. *J Emerg Nurs*. 2005;31:156-60.
- KronicA L, Wang LC, Soltani K, Weitzul S, Taylor RS. Digital anesthesia with epinephrine: an old myth revisited. *J Am Acad Dermatol*. 2004;51:755-9.
- Lalonde DH, Lalonde JF. Discussion: do not use epinephrine in digital blocks: myth or truth? Part II. A retrospective review of 1111 cases. *PRS Journal* 2010. December, p. 2035-6.
- Laurence WT, Bevin AG, Sheldon GF. Acute wound care. In: Souba W, Fink MP, Jurkovich GJ, Kaiser LP, Pearce WH, Pemberton JH et al. *ACS surgery: principles & practice*. Cidade: WebMD; 2003. p. 119-40.
- Lee CK, Hansen SL. Management of acute wounds. *Surg Clin N Am*. 2009;89:659-76.
- Leong M, Phillips LG. Wound healing. In: AUTOR. *Sabiston textbook of surgery*. 17th ed. Cidade: Elsevier Saunders; 2004. p. 183-205.
- Moran GJ, Talan DA, Abrahamian FM. Antimicrobial prophylaxis for wounds and procedures in the emergency department. *Infect Dis Clin N Am*. 2008;22:117-43.
- Abubaker AO. Use of prophylactic antibiotics in preventing infection of traumatic injuries. *Dent Clin N Am*. 2009;53:707-15.
- Pedro RJ, Branchini MLM. Estafilococcias. In: AUTOR. *Tratado de infectologia*. 2a ed. Sao Paulo: Atheneu; 2002. p. 676-89.
- Sherwood E, Williams CG, Prough DS. Anesthesiology principles, pain management and conscious sedation. In: AUTOR. *Sabiston textbook of surgery*. 17a ed. Cidade: Elsevier Saunders, 2004. p. 401-43.
- Singer AJ, Hollander JE, Quinn JV. Evaluation and management of traumatic lacerations. *N Engl J Med*. 1997;16:1142-8.
- Teller P, White TK. The physiology of wound healing: injury through maturation. *Surg Clin N Am*. 2009;89:599-610.



**Fluxograma 36-1** Abordagem dos ferimentos traumáticos superficiais na atenção básica.

