

CAPÍTULO 5

PEQUENAS CIRURGIAS E MANEJO DE FERIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

JOÃO PEDRO RODRIGUES PEREIRA¹
CAROLINIE RIBEIRO ANDRADE²
PEDRO ARAÚJO LUCAS³
LUIZA ROCHA PINTO COELHO⁴

¹Discente - Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil.

²Discente - Unicesumar, Maringá, Paraná, Brasil.

³Discente - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

⁴Orientadora - Médica pela Faculdade de Minas (FAMINAS) - Minas Gerais, Brasil.

Palavras-Chave: Pequenas Cirurgias; Manejo de Feridas; Curativos.

INTRODUÇÃO

A realização de pequenas cirurgias e o manejo de feridas na atenção primária à saúde (APS) são componentes estratégicos para ampliar a resolatividade clínica, reduzir encaminhamentos evitáveis e qualificar o cuidado longitudinal no território. Na prática cotidiana, a APS é frequentemente a porta de entrada para agravos agudos (lacerações, abscessos cutâneos, feridas traumáticas) e para condições crônicas (úlceras venosas, lesões neuropáticas, feridas complexas associadas a diabetes e imobilidade), exigindo competência técnica, capacidade de estratificar gravidade, domínio de princípios de assepsia, analgesia e hemostasia e organização de fluxos para acompanhamento e contrarreferência (BRASIL, 2002; BRASIL, 2010).

A execução segura desses procedimentos depende menos de “habilidade manual isolada” e mais de um método reprodutível: seleção adequada do caso, consentimento informado, preparo do campo, técnica correta, prevenção de complicações e seguimento. O Caderno de Atenção Primária nº 30 – Procedimentos, reforça que diversos procedimentos clínicos e cirúrgicos de menor complexidade podem e devem ser realizados pelas equipes de APS, desde que garantidas condições estruturais, insumos, organização do trabalho e avaliação sistemática do risco e da necessidade de encaminhamento (BRASIL, 2010). Complementarmente, materiais educacionais para realização de procedimentos na APS detalham técnicas de sutura, incisão e drenagem, remoção de corpo estranho e condutas fundamentais para reduzir falhas e padronizar a prática (UNASUS, 2022).

No manejo de feridas, o avanço técnico dos últimos anos consolidou princípios que permanecem centrais para a APS: limpeza adequada,

desbridamento quando indicado, escolha racional de coberturas conforme fase da cicatrização e carga de exsudato, controle de dor, prevenção/diagnóstico precoce de infecção, otimização do meio sistêmico (controle glicêmico, nutrição, perfusão) e medidas de compressão/descarregamento quando apropriado. Guias recentes para organização de sala de curativos e boas práticas em serviços públicos reforçam critérios operacionais e segurança do paciente, com foco em padronização, prevenção de infecção cruzada e continuidade terapêutica (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2025).

Diante disso, o objetivo deste capítulo é apresentar uma abordagem avançada e operacional para pequenas cirurgias e manejo de feridas na APS, detalhando critérios de indicação e contraindicação, preparo do ambiente e do paciente, técnica de procedimentos frequentes, prevenção e manejo de complicações, princípios atuais de cuidado de feridas agudas e crônicas, e fluxos reprodutíveis de acompanhamento e encaminhamento, visando segurança, eficiência e qualidade assistencial.

Estrutura, segurança e preparo para procedimentos na APS

A segurança do procedimento começa antes da pinça e do fio. A APS deve garantir sala/área de procedimentos com condições mínimas: bancada higienizável, boa iluminação, pia ou preparo para higiene das mãos, materiais estéreis e não estéreis, descarte de perfurocortantes, insumos para antissepsia e hemostasia, materiais para anestesia local e suporte básico para reações adversas. O Caderno de Procedimentos enfatiza a necessidade de responsabilidade do serviço pela execução de pequenos procedimentos e por acolher situações agudas, com avaliação do risco e do encaminhamento quando indicado (BRASIL, 2010). Em termos de

prevenção de infecção e segurança, rotinas de limpeza, processamento de materiais e técnica asséptica devem estar padronizadas (**Quadro 5.1**) (ANVISA, 2017).

Quadro 5.1 Checklist pré-procedimento reprodutível (APS)

• Identificação do paciente e confirmação do procedimento/local.
• Anamnese dirigida: comorbidades, alergias, uso de anticoagulantes/antiagregantes, imunossupressão, histórico de queloide, vacina antitetânica.
• Avaliação de gravidade: sangramento ativo, sinais sistêmicos, comprometimento neurovascular, ferida complexa, suspeita de fratura/lesão profunda.
• Consentimento informado e explicação de riscos/benefícios.
• Preparação do campo: higiene de mãos, EPIs, antisepsia, materiais estéreis.
• Plano de analgesia/anestesia e estratégia de hemostasia.
• Plano de seguimento: retorno, sinais de alarme, troca de curativo, retirada de pontos.

Fonte: BRASIL, 2010; ANVISA, 2017.

Tabela 5.1 Critérios operacionais para manejar na APS vs encaminhar

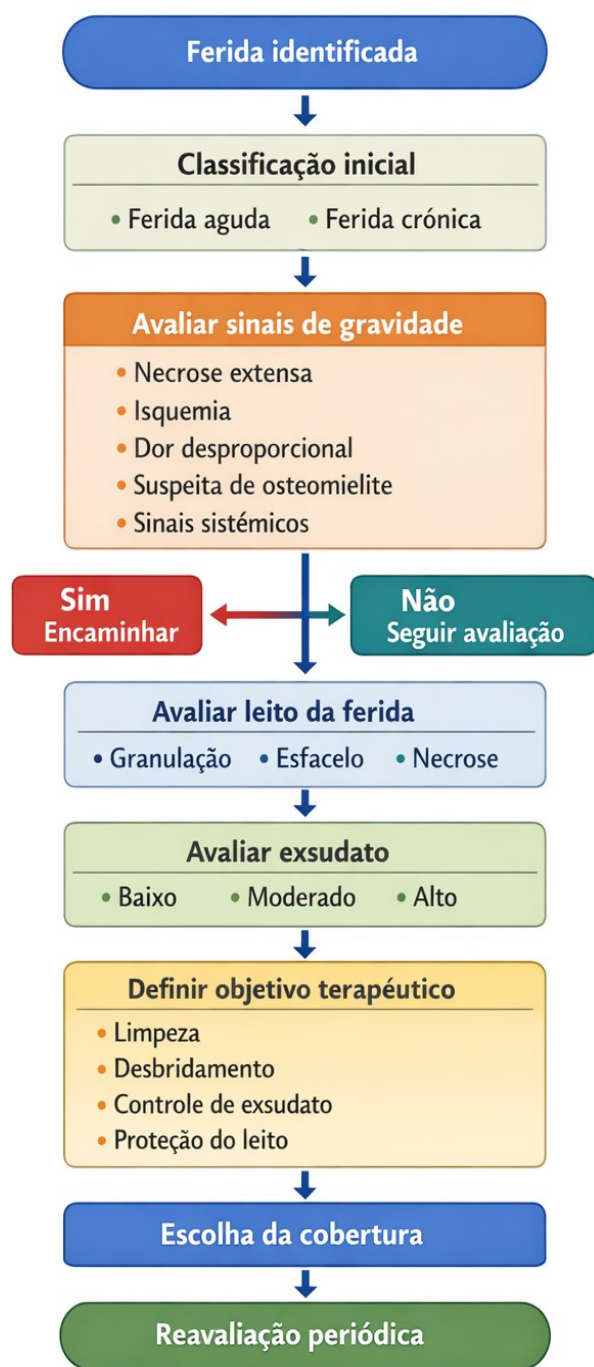
Situação	APS (proceder)	Encaminhar/urgência
Laceração superficial, bordas viáveis, sem déficit	sim	não
Hemorragia não controlável com compressão	não	sim
Déficit motor/sensitivo distal	não	sim
Ferida em face com suspeita de lesão profunda	não	sim
Ferida contaminada extensa ou com perda de tecido importante	preferir avaliação	sim (frequente)
Abscesso cutâneo pequeno e superficial, flutuante	sim	não
Abscesso com sinais sistêmicos, imunossupressão ou localização complexa	não/avaliar	sim
Corpo estranho superficial visível	sim	não
Corpo estranho profundo/sem localização clara	não	sim

Fonte: BRASIL, 2010; UNASUS, 2022.

Triagem e critérios de encaminhamento

A resolutividade avançada exige saber o que não deve ser feito na APS. Procedimentos podem ser realizados com segurança quando a lesão é superficial, controlável e sem suspeita de acometimento profundo; quando há condições de assepsia e material adequado; e quando o profissional domina a técnica. Devem ser encaminhados (urgência/serviço de referência) casos com instabilidade clínica, comprometimento neurovascular, feridas extensas ou complexas (face com lesão de ductos/lábios/pálpebras, mãos com tendão/nervo, feridas penetrantes profundas, lacerações com grande perda de tecido), mordeduras complexas, suspeita de fratura exposta, sinais sistêmicos de infecção e abscessos extensos/perianais profundos ou em regiões de maior risco anatômico (**Tabela 5.1 e Figura 5.1**) (BRASIL, 2010; UNASUS, 2022).

Figura 5.1 Fluxograma de avaliação clínica e tomada de decisão no manejo de feridas na atenção primária à saúde (APS)



Anestesia local, analgesia e hemostasia

A anestesia local é pilar das pequenas cirurgias na APS. O método reprodutível inclui: escolha do anestésico e técnica de infiltração adequada, minimizando dor, respeitando doses seguras e evitando infiltração intravascular. A

analgesia pós-procedimento deve ser planejada, assim como estratégias simples de hemostasia (compressão, elevação, curativo compressivo e, quando indicado, hemostáticos locais e pontos de hemostasia) (BRASIL, 2010; UNASUS, 2022).

Em uso de anticoagulantes/antiagregantes, a conduta deve ser individualizada conforme risco trombótico e risco hemorrágico do procedimento. Na APS, em geral, prioriza-se **não suspender** medicações sem avaliação do risco trombótico e sem plano; em procedimentos dermatológicos superficiais, costuma ser possível realizar com hemostasia local adequada e seguimento, mas o serviço deve ter protocolo local e critério de encaminhamento quando risco elevado.

Suturas de feridas: técnica, escolha do fio e seguimento

O manejo avançado de lacerações inclui: irrigação/limpeza adequada, avaliação de viabilidade de bordas, decisão entre fechamento primário vs tardio/segunda intenção, escolha de fio e técnica conforme local e tensão, e seguimento planejado para troca de curativo e retirada de pontos. A limpeza vigorosa e irrigação são decisivas para reduzir infecção e falha de fechamento, especialmente em feridas contaminadas (**Quadro 5.2 e Tabela 5.2**) (BRASIL, 2010; UNASUS, 2022).

Quadro 5.2 Passo a passo reprodutível para sutura simples

1. Avaliar profundidade, comprometimento neurovascular e necessidade de encaminhamento.
2. Hemostasia inicial por compressão.
3. Irrigar e limpar (remoção de detritos).
4. Antissepsia e campo estéril.
5. Anestesia local e teste de sensibilidade.
6. Aproximação por planos quando necessário (subcutâneo) e fechamento cutâneo com pontos simples/interrompidos, evitando tensão excessiva.
7. Curativo adequado e orientação domiciliar.
8. Agendar retorno: avaliação do curativo, sinais de infecção e retirada de pontos.

Fonte: BRASIL, 2010; UNASUS, 2022.

Tabela 5.2 Tempo sugerido para retirada de pontos (por região) orientação prática

Região	Tempo aproximado
Face	3–5 dias
Couro cabeludo	7–10 dias
Tronco	10–14 dias
Membros superiores	7–10 dias
Membros inferiores	10–14 dias
Áreas de tensão/articulações	14 dias ou mais (avaliar caso)

Ajustar conforme tensão, vascularização local, comorbidades e evolução.

Fonte: BRASIL, 2010; UNASUS, 2022.

Incisão e drenagem de abscesso cutâneo

O tratamento primário do abscesso cutâneo é a incisão e drenagem quando há flutuação e coleção, associada à limpeza e medidas locais. Material educacional para APS descreve técnica asséptica, anestesia local, incisão adequada no ponto de maior flutuação, ruptura de loculações quando necessário, irrigação e curativo

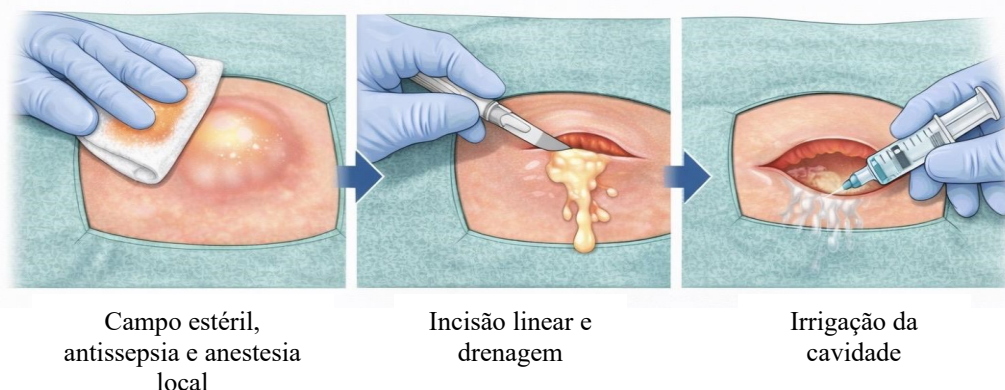
com plano de retorno para reavaliação (UNASUS, 2022). O antibiótico sistêmico **não é rotina** para todo abscesso: é reservado a situações com celulite extensa, sinais sistêmicos, imunossupressão, falha terapêutica, abscessos múltiplos, localizações complexas ou alto risco (Quadro 5.3 e Figura 5.2)) (UNASUS, 2022).

Quadro 5.3 Técnica reprodutível de incisão e drenagem

• Confirmar abscesso (flutuação) e excluir necessidade de encaminhamento.
• Campo estéril, antissepsia e anestesia local.
• Incisão linear no ponto de maior flutuação, drenagem completa.
• Explorar delicadamente para romper loculações quando necessário.
• Irrigar, coletar material para cultura quando indicado (recidiva, imunossupressão, falha, surtos).
• Curativo e orientação de retorno em 24–48h quando risco/gravidade maior.

Fonte: UNASUS, 2022.

Figura 5.2 Etapas da incisão e drenagem de abscesso cutâneo superficial na Atenção Primária à Saúde. (Imagem gerada por inteligência artificial).



Remoção de corpo estranho superficial e cuidados com feridas contaminadas

A APS pode remover corpo estranho superficial quando visível e acessível, com boa ilu-

minação, material adequado, antissepsia, anestesia local e técnica cuidadosa para não aprofundar lesão. Em feridas contaminadas, o ponto decisivo é a limpeza/irrigação e avaliação do risco de fechamento primário. Feridas muito contaminadas, antigas, com bordas desvitaliza-

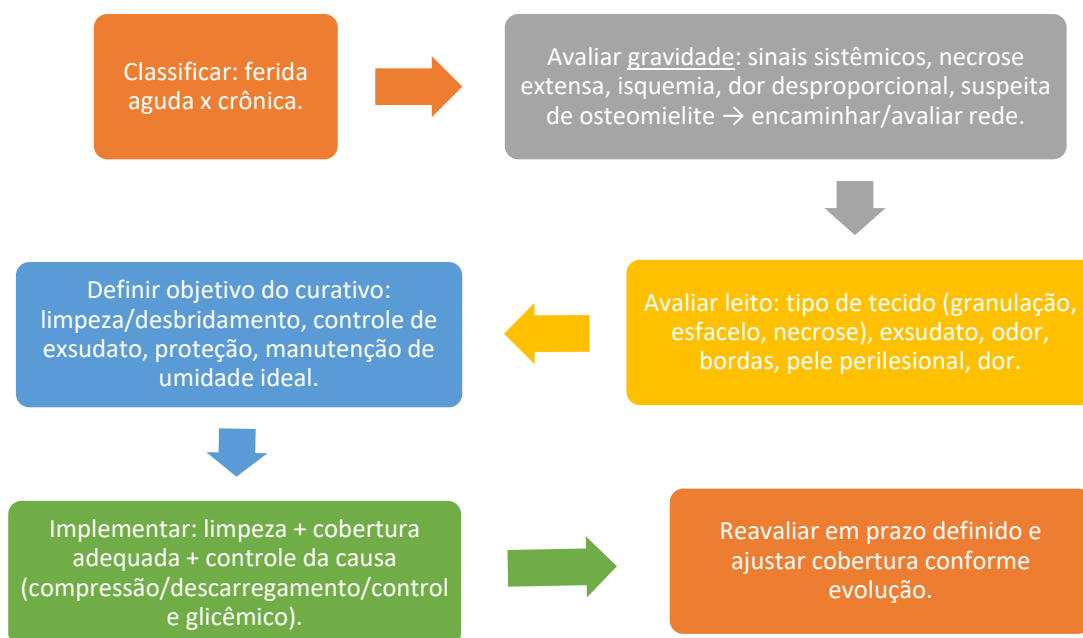
das ou com alta carga bacteriana podem se beneficiar de fechamento tardio ou cicatrização por segunda intenção, com curativos e reavaliações programadas (BRASIL, 2010; UNASUS, 2022). A atualização da profilaxia antitetânica deve ser checada e registrada.

Princípios avançados do manejo de feridas na APS

O manejo contemporâneo de feridas baseia-se em avaliação sistemática da lesão e do paciente. Além de dimensões locais (tamanho, pro-

fundidade, tecido do leito, exsudato, odor, bordas, pele perilesional, dor), é indispensável avaliar condições sistêmicas que impedem cicatrização: hiperglicemia, anemia, desnutrição, tabagismo, perfusão inadequada, neuropatia, insuficiência venosa, uso de corticoide/imunossupressores e infecção persistente. Boas práticas em sala de curativos reforçam padronização de limpeza, seleção racional de coberturas e seguimento, evitando trocas desnecessárias e iatrogenia (**Fluxograma 5.1**) (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2025).

Figura 5.1 Fluxo de avaliação de feridas na APS



Fonte: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2025.

Limpeza, desbridamento e controle de biocarga

A limpeza deve remover detritos e reduzir carga microbiana sem dano adicional ao tecido. O desbridamento (quando indicado) acelera cicatrização ao remover tecido desvitalizado (esfacelo/necrose), mas requer avaliação de perfusão e segurança: em suspeita de isquemia grave, necrose seca extensa ou dor intensa despropor-

cional, a APS deve priorizar avaliação especializada e não realizar desbridamento agressivo sem suporte. Em feridas com biofilme e exsudato persistente, a revisão frequente do plano de limpeza e cobertura, com técnica adequada e prevenção de contaminação cruzada, é essencial (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2025; ANVISA, 2017).

Escolha de coberturas: racionalidade e padronização

Um erro comum é trocar coberturas “por tentativa” sem critério. A seleção deve ser baseada em objetivo, exsudato e tecido do leito, conside-

rando disponibilidade local e custo-efetividade. Guias de sala de curativos orientam que não existe “curativo mágico”, e que o sucesso depende de avaliação sistemática e continuidade (Tabela 5.3) (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2025).

Tabela 5.4 Matriz prática para escolha de coberturas conforme ferida (síntese operacional)

Achado predominante	Objetivo	Estratégia de cobertura (princípio)
Leito limpo, granulação, pouco exsudato	proteger e manter umidade	cobertura não aderente + proteção
Exsudato moderado/alto	controlar exsudato, proteger pele perilesional	cobertura absorvente + barreira na pele
Esfacelo/necrose (sem isquemia grave)	promover desbridamento	estratégia de desbridamento conforme protocolo
Suspeita de infecção local	reduzir biocarga e reavaliar	curativo com ação antimicrobiana conforme disponibilidade + reavaliação
Pele perilesional macerada	proteger pele	barreiras e troca racional da cobertura

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2025.

Feridas crônicas específicas: venosas, neuropáticas e por pressão

Ferida venosa

A base do cuidado é compressão (quando não houver contraindicação), manejo do exsudato, proteção da pele, mobilidade e controle de edema. A APS deve reconhecer sinais de insuficiência arterial significativa e encaminhar quando houver suspeita de isquemia relevante antes de compressão intensa.

Ferida neuropática (pé diabético)

O pilar é descarregamento (*offloading*), controle glicêmico e inspeção regular. A APS deve ser capaz de identificar sinais de infecção profunda, osteomielite e isquemia, e encaminhar oportunamente. A periodicidade de reavaliação tende a ser mais curta, e a educação do paciente é componente essencial do tratamento.

Lesão por pressão

Demanda prevenção (mudança de decúbito, superfície de suporte), cuidado local e otimização sistêmica (nutrição, hidratação, controle de

comorbidades). A APS deve monitorar sinais de infecção e necessidade de avaliação especializada em lesões profundas, extensas ou com necrose importante.

Infecção, antibioticoterapia e quando coletar cultura

A APS deve diferenciar colonização de infecção. Dor progressiva, rubor, calor, edema, exsudato purulento, mau odor persistente, piora do leito e sinais sistêmicos sugerem infecção. Cultura não é obrigatória em todas as feridas, mas é útil em casos com falha terapêutica, imunossupressão, recidiva e suspeita de microrganismos resistentes. Em abscessos, a indicação de antibiótico deve ser criteriosa e baseada na gravidade e contexto clínico, mantendo o foco na drenagem como tratamento primário (UNASUS, 2022). Boas práticas de prevenção de infecção associada à assistência, incluindo higiene de mãos e técnica asséptica, são essenciais para reduzir iatrogenia e contaminação cruzada (ANVISA, 2017).

Acompanhamento, orientação ao paciente e sinais de alarme

O sucesso do procedimento e do manejo de feridas depende de seguimento. Todo paciente deve receber orientação clara: cuidado com curativo, higiene, sinais de infecção, quando retornar e como buscar atendimento se houver piora. Na APS, retornos programados (24–48h em abscessos/feridas de maior risco; 7–14 dias para retirada de pontos conforme região; reavaliações seriadas em feridas crônicas) são parte do tratamento (**Quadro 5.4**) (BRASIL, 2010;

UNASUS, 2022; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2025).

Quadro 5.4 Sinais de alarme pós-procedimento/feridas

● Febre, calafrios, mal-estar importante.
● Dor progressiva desproporcional.
● Aumento rápido de rubor/edema, secreção purulenta abundante.
● Sangramento persistente apesar de compressão.
● Alteração de perfusão distal, déficit sensitivo/motor.
● Ferida com necrose extensa ou escurecimento progressivo.

Fonte: BRASIL, 2010; UNASUS, 2022.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde (Caderno 4). Brasília, DF: ANVISA, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/caderno-4-medidas-de-prevencao-de-infeccao-relacionada-a-assistencia-a-saude.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Primária nº 30: Procedimentos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_30_procedimentos.pdf. Acesso em: 23 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de cirurgias. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_cirurgia_final.pdf. Acesso em: 23 fev. 2026.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Guia de boas práticas: sala de curativos. 2. ed. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2025. Disponível em: https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/Livro_SalaDeCurativos_PDFDigital_20250818.pdf. Acesso em: 23 fev. 2026.

UNASUS. Universidade Aberta do SUS. Realização de procedimentos na Atenção Primária à Saúde. 2022. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/ARES/30006/1/Eixo%2006%20-%20M%C3%B3dulo%2029%20-%20Realiza%C3%A7%C3%A3o%20de%20Procedimentos%20na%20APS.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2026.