

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

SAMUEL MESQUITA DE OLIVEIRA

Manejo de feridas corto-contusas e perfurantes.
Cuidado com feridas de origens prevalentes.

Fortaleza
2017

SAMUEL MESQUITA DE OLIVEIRA

**Manejo de feridas corto-contusas e perfurantes.
Cuidado com feridas de origens prevalentes.**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientadora: Professora Dra. Zenilda Vieira Bruno

FORTALEZA

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

O51m Oliveira, Samuel Mesquita de.
Manejo de feridas corto-contusas e perfurantes. : Cuidado com feridas de origens prevalentes. / Samuel Mesquita de Oliveira. – 2017.
25 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Especialização em Medicina de Família e Comunidade, Fortaleza, 2017.
Orientação: Profa. Dra. Zenilda Vieira Bruno.
Coorientação: Prof. Dr. Izaildo Tavares.

1. Piodermites. 2. Feridas operatórias. 3. Diabetes Mellitus. 4. Promoção de saúde. 5. Saúde da família. I. Título.

CDD 362.1

SAMUEL MESQUITA DE OLIVEIRA

**Manejo de feridas corto-contusas e perfurantes.
Cuidado com feridas de origens prevalentes.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em: 27/01/2017

BANCA EXAMINADORA

Prof^o, Dra Raquel Autran Coelho
MEAC-UFC

Prof^o., Francisco Herlânio Costa Carvalho
MEAC-UFC

Prof^o., Dra Thabyta Silva de Araújo
NUTEDS-UFC

RESUMO

O projeto de intervenção baseia-se em uma abordagem em forma de capacitação aos Agentes Comunitários da UBS sobre a necessidade de bons cuidados as feridas perfuro-cortantes e corto-contusas, sejam de origem acidental ou incisional cirúrgicas, visando haver menor índice de infecções extensas por medidas simples. Diminuindo a utilização de antibióticos sistêmicos e de custos com internações hospitalares. Sendo apresentados nesse projeto, as noções de diagnóstico de feridas possivelmente infectadas, de deiscências de feridas operatórias e de cuidados com doenças prevalentes que levam a distúrbios de cicatrização, com enfoque maior em relação a Diabetes Mellitus, grande causadora de infecções de pele graves em nosso meio e grande impulsionadora de custos ao nosso sistema de saúde.

Sendo ministrado em forma de reuniões com ACS e com o restante da equipe da UBS, ministradas em três aulas.

Cuidados com a higiene de feridas, com a disposição e necessidade de antibióticos tópicos e sistêmicos, cuidados em relação ao uso de corticoides tópicos e controle glicêmico.

Palavras chave: Feridas, infecção de pele, diabetes mellitus, promoção de saúde.

RESUMEN/ABSTRACT

This project has, as main objective, an aboard of the need of good care with wounds. With the objective of using less sistemic antibiotics and less cost with medical care.

Teaching about the care with the wounds made by surgery procedures or by accidentally ways, and the chronical diseases that lead to cicatrization disturbs, specially the diabetes.

This project will be made with meetings comunitary agentes and other professionals of the our Basic Unity.

Keywords: Skin wounds, skin infections, diabetes mellitus, health education.

SUMÁRIO

| | | |
|------------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 5 |
| 2 | PROBLEMA..... | 6 |
| 3 | JUSTIFICATIVA..... | 7 |
| 4 | OBJETIVOS..... | 8 |
| 4.1 | OBJETIVO GERAL..... | 8 |
| 4.2 | OBJETIVOS ESPECIFICOS..... | 8 |
| 5 | REVISÃO DE LITERATURA..... | 9 |
| 6 | METODOLOGIA..... | 17 |
| 7 | CRONOGRAMA..... | 18 |
| 8 | RECURSOS NECESSÁRIOS..... | 19 |
| 9 | RESULTADOS ESPERADOS..... | 20 |
| 10 | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 21 |
| 11 | APÊNDICE..... | 22 |

1.INTRODUÇÃO

Em nosso município de ação, as grandes indústrias e empresas da região utilizam enorme quantidade de mão-de-obra braçal, além disso, existe uma grande rede de distribuição de alimentos de origem animal e vegetal, a CEASA. Por causa disso, há uma congruência entre trabalho de zona rural e urbana, além disso, também há uma grande prevalência de acidentes motociclísticos, levando a muitas situações com feridas potencialmente contaminadas que nem sempre recebem a atenção devida.

Em uma menor quantidade também ocorre os acidentes com animais domésticos e silvestres. Ocorrem então, talvez por despreparo da população, muitas feridas que infeccionam e levam até a internações hospitalares prolongadas, causando sofrimento aos pacientes e oneração dos custos do Sistema de Saúde.

O projeto de intervenção consiste em proporcionar conhecimento sobre maneiras mais adequadas de cuidar de feridas operatórias ou acidentais, mostrar imagens sobre complicações infecciosas de feridas, como a tunelização, formação de focos necróticos secos ou úmidos, gangrenas, deiscências de feridas operatórias e lesões como o pé-diabético.

2.PROBLEMA

Em minha atividade clínica, tenho visto que a população geralmente não tem apresentado boas atitudes em antissepsia de feridas.

Alguns costumes chegam a piorar o quadro das lesões cutâneas como o de colocar medicações sem propriedade antibiótica ou antisséptica no local da ferida. A limpeza inadequada do local da ferida e a demora a buscar atendimento médico no caso de necessidade de suturas hemostáticas podem levar a piora clínica das lesões.

Quadros como o de pacientes que possuem feridas em pés, mas não utilizam curativos, mesmo usando calçados abertos, principalmente chinelos de dedo, são muito comuns em minha UBS, indicando desconhecimento profundo de como manter suas feridas.

Feridas agravadas por despreparo da população são bastante comuns.

Pacientes também possuem quadros de diabetes mellitus mal-controladas, com quadros de artropatia de Charcot e pés-diabéticos, além de outras lesões cutâneas que, devido a deficiência na cicatrização e à imunodeficiência do diabetes, podem se converter em grandes distúrbios, levando a necessidade de desbridamento cirúrgico e até de amputações de membros, parciais ou totais.

E este é o problema-central, a péssima condição em que os ferimentos são acondicionados, problema que é causado por desconhecimento severo da população em relação ao acondicionamento de feridas.

3.JUSTIFICATIVA

Por quê intervir?

Sabemos que é utópico pensar que esses problemas seriam resolvidos em pouco tempo. Ocorre uma verdadeira tradição que deve ser quebrada, por exemplo, a população tem o conceito de que toda ferida deve ser mantida sem curativo para não 'abafar', entre outras concepções estranhas a prática médica, mas que são bastante difundidas em meio popular há muito tempo.

Como intervir?

Na proposta desse TCC, com a educação, mostrando complicações causadas iatrogenicamente por essas medidas populares e por desconhecimento dos princípios básicos de acondicionamento de feridas.

Também devemos alertar sobre possíveis problemas em pós-operatório e a possibilidade de deiscência em pontos e cicatrização em segunda tentativa.

Com certeza, não é uma missão imediata, mas despertar o interesse em relação a esse cuidado já é um bom começo.

4.OBJETIVOS

4.1GERAL

O grande objetivo é evitar as verdadeiras catástrofes que observamos na prática clínica, as feridas que iniciaram pequenas e que com descuido se transformam em celulites, erisipelas, em abscessos extensos.

Não poderemos evitar todos esses quadros, mas diminuir a intensidade dessas infecções, devido à grande parte desses pacientes serem homens jovens sem nenhuma comorbidade.

A maioria desses quadros são preveníveis.

4.2ESPECÍFICOS

1. Aumentar os conhecimentos da população sobre lesões de pele
2. Orientar para a busca de serviço médico em tempo oportuno
3. Tornar mais práticas as medidas de higiene e acondicionamento das feridas
4. Orientar sobre a formação de escaras
5. Orientar sobre a utilização de antissépticos e antibióticos
6. Orientar sobre o perigo relacionado à diabetes

5. REVISÃO DE LITERATURA

A pele normal é profusamente colonizada pela flora bacteriana (comensais inofensivos), tal como estafilococos coagulase-negativos, sendo mais densamente colonizadas em áreas intertriginosas e na pele ocluída.

Patógenos como *Staphylococcus aureus* e, menos comumente, estreptococos beta-hemolíticos do grupo A colonizam e infectam a pele. Esses microrganismos causam várias síndromes, inclusive infecções de pele e tecidos moles, bacteremia e intoxicações sistêmicas. Um estrato córneo intacto é a defesa mais importante contra a invasão das bactérias patogênicas.

Infelizmente, dispomos de fatores predisponentes em nossa população em larga escala para piodermites:

- Estado de portador crônico de *S. aureus* (narina, axilas, períneo, vagina)
- Clima quente, umidade elevada.
- Doenças como dermatite atópica e pêfigo familiar.
- Condições socioeconômicas: falta de higiene, condições de vida em aglomerações humanas, pequenos traumatismos descuidados.
- Doenças crônicas: obesidade, diabetes mellitus, HIV (principalmente por *S. aureus* resistentes a meticilina), imunossuprimidos.
- Quimioterapia
- Desnutrição, extremos de idade (idosos e crianças)

Em relação a necessidade de prevenção das infecções cutâneas, diria que o maior problema está relacionado à resistência ampliada das bactérias, devido principalmente a utilização de antibióticos sistêmicos de espectro alargado, em relação ao público na atenção primária seria mais comum a iniciação de resistência a quinolonas, principalmente a ciprofloxacina.

Principais grupos bacterianos relacionados às infecções de feridas e suas manifestações possíveis:

1. *Staphylococcus aureus*

- Infecções de pele e tecidos moles: impetigo/ectima
- Folliculite
- Celulite
- Mastite
- Infecção de feridas
- Bacteremia
- Infecções associadas a dispositivos como cateteres IV, próteses articulares
- Doenças mediadas por toxinas: Síndrome da pele escaldada estafilocócica, intoxicações alimentares.

2. *Streptococcus pyogenes* (estreptococos do grupo A)

- Infecções de pele e tecidos moles: impetigo/ectima, erisipela, celulite, fasciite necrosante (gangrena estreptocócica) em infecções de feridas.
- Bacteremia e suas complicações. Endocardite infecciosa.
- Sepsis/choque séptico
- Doenças mediadas por toxinas: escarlatina, síndrome do choque séptico estreptocócico
- Doenças pós-estreptocócicas: febre reumática, glomerulonefrite.

Portas de entrada para a infecção bacteriana

- Dermatoses inflamatórias: dermatite atópica, dermatite de estase, psoríase vulgar, lúpus crônico, pioderma gangrenoso (lesões prévias)
- Doenças bolhosas: penfigoide bolhoso, queimadura solar, porfiria cutânea tardia.
- Picada de insetos (muito comum em nosso meio)
- Úlceras de pressão, insuficiência venosa.
- Linfedema crônico
- Infecções cutâneas (o impetigo constitui uma superinfecção): herpes simples, varicela, herpes zoster, dermatofitoses (tínea pedis, tínea captis e tínea cruris. Também muito comuns em nosso meio).
- Traumatismo/feridas: feridas cirúrgicas, abrasões, lacerações, perfurações, mordidas (humanas e de animais, picadas de insetos), queimaduras, úlceras, coto umbilical (trabalho de profilaxia para esse tipo de lesão é periodicamente orientado pela pediatria com uso de álcool 70%, o que reduz em muito a taxa de infecção).

PIODERMITES

O termo “pyoderma” é derivado do grego pyon (pus) e derma (pele). Portanto, piodermite são infecções purulentas da pele e dos seus anexos causadas, na maioria das vezes, por cocos Gram-positivos (estafilococos ou estreptococos), isolados ou em associação. Piodermite primárias são aquelas nas quais a infecção ocorre na pele previamente saudável e o tratamento eficaz faz com que esta retorne às suas condições normais. As infecções secundárias podem ocorrer em lesões preexistentes na pele, as quais são colonizadas por bactérias componentes da flora residente, transitória ou mesmo por germes oportunistas. Como exemplo podemos citar as infecções secundárias que ocorrem nos pacientes com dermatite atópica ou prurigo agudo infantil. Algumas vezes, as afecções são resultantes da ação das toxinas produzidas por certos tipos de estafilococos ou estreptococos, como ocorre nas síndromes da pele escaldada e do choque tóxico e na escarlatina. Neste fascículo, apenas as piodermite primárias serão enfocadas. Nas infecções primárias da pele, os agentes mais frequentemente envolvidos são *Streptococcus pyogenes* (estreptococos beta-hemolíticos do grupo A de Lancefield) e *Staphylococcus aureus*, que também são os responsáveis pela maioria das infecções secundárias em lesões preexistentes.

1. Características dos estreptococos

A classificação de Lancefield dos estreptococos é baseada nos antígenos do carboidrato C da parede celular e vai de A até T. Vários estreptococos podem ser comensais na pele, nas membranas mucosas e no trato gastrointestinal. O isolamento de estreptococos de outros

grupos além do A pode significar infecção secundária de lesões preexistentes ou uma colonização na superfície cutânea. Os estreptococos do grupo A podem ser subdivididos em vários sorotipos de acordo com a antigenicidade de sua proteína M. A patogenicidade dos estreptococos do grupo A é consideravelmente maior do que a de outros grupos. São germes com potencial invasivo, podendo atingir vários planos tissulares, provocando edema local, linfadenopatia loco-regional e febre. O seu encontro na pele de crianças saudáveis precede o aparecimento de lesões por cerca de 10 dias e são isolados na orofaringe entre 14 e 20 dias depois de surgirem na pele. Assim, o seu trajeto faz-se da pele normal para a pele lesada, podendo, posteriormente, atingir a orofaringe.

Uma variedade de complicações pode acompanhar as infecções causadas por estreptococos do grupo A, como a febre reumática, a glomerulonefrite difusa aguda e o eritema nodoso. A febre reumática pode ser uma complicação da faringite ou tonsilite estreptocócica, mas não ocorre após infecções cutâneas. Ao contrário, a glomerulonefrite pode ser consequência de infecções estreptocócicas cutâneas ou do trato respiratório superior, mas a pele é o principal local antecedente. Os sorotipos mais envolvidos na relação piodermite e glomerulonefrite são os 2, 49, 55, 57 e 60. O tratamento do impetigo não reduz o risco de glomerulonefrite, mas diminui a disseminação da cepa nefritogênica para a população. O período de latência para a glomerulonefrite é de 18 a 21 dias. O estreptococo beta-hemolítico do grupo A não é comumente observado antes dos 2 anos de idade, havendo um aumento progressivo entre crianças mais velhas. Através da cultura, o estreptococo pode ser recuperado da orofaringe ou da lesão de pele. O teste antiestreptolisina O pode não ser útil para infecções cutâneas, pois os títulos não aumentam de forma satisfatória. O teste de detecção rápida do estreptococo pelo látex só é utilizado para detecção desta bactéria na orofaringe. Para dermatoses, pode ser realizado o teste sorológico anti-DNA-ase B, útil para evidenciar uma infecção estreptocócica prévia da pele (estreptococos do grupo A). Entretanto, além de ser um teste com sensibilidade alta e especificidade baixa, poucos são os laboratórios que o apresentam padronizado em sua rotina.

Características dos estafilococos Um fator crucial para a virulência da infecção está na capacidade dessa bactéria em produzir toxinas circulantes que agem como superantígenos. Os superantígenos são capazes de pular certos passos da resposta imunológica e promover uma ativação maciça dos linfócitos T e produção de várias linfocinas como a interleucina 1 e 6 e o fator de necrose tumoral alfa. Essa resposta pode levar à formação de uma erupção cutânea esfoliativa, vômitos, hipotensão e choque. A síndrome da pele escaldada, a síndrome do choque tóxico e a escarlatina são exemplos de doenças mediadas por toxinas, que podem ser estafilocócicas ou estreptocócicas. *S.aureus* é encontrado frequentemente na pele de crianças saudáveis, de forma transitória. O estado de portador pode ocorrer nas narinas em 35% da população, no períneo em 20%, nas axilas e regiões interdigitais em 5% a 10%. Nos pacientes com dermatite atópica, pode ser encontrado em até 90% dos casos (a pele seca e a hiperqueratinização seriam fatores facilitadores da aderência dos estafilococos). Principalmente naqueles que são portadores dessa bactéria, as lesões cutâneas podem ser explicadas pela auto-inoculação decorrente da escoriação da pele pelo paciente. O caminho seria das narinas ou do períneo para a pele normal e, posteriormente, para a lesão cutânea. Os fatores do hospedeiro é que parecem determinar o aparecimento da doença. A imunossupressão e os danos tissulares são considerados importantes na gênese do processo patológico, já que a capacidade de produzir coagulase, leucocidina, toxina alfa parece ser a mesma na flora normal do portador e nas bactérias isoladas de lesões cutâneas. Os estafilococos são transferidos de uma pessoa para outra mais pelas mãos do que pelo ar, fato este particularmente verdadeiro nos berçários. As infecções estafilocócicas estão presentes em todas as idades.

2. Impetigos

O impetigo é dividido em dois tipos clínicos: o bolhoso e o não-bolhoso ou crostoso.

O impetigo bolhoso é quase universalmente causado por um único organismo, *S.aureus*, que é produtor de uma toxina epidermolítica, e pertencente principalmente ao grupo II (80%). O fagotipo 71 é responsável por 60% dos casos. Outros fagotipos envolvidos são o 3A, 3B, 3C e 55. Há descrição na literatura de impetigo bolhoso causado por estreptococo do grupo A. O impetigo bolhoso inicia-se com pequenas vesículas que se transformam em bolhas flácidas de até 2 cm de diâmetro, com o conteúdo inicialmente límpido, passando a turvo posteriormente. O teto da bolha rompe-se facilmente, revelando uma base eritematosa, brilhante e úmida. O remanescente do teto da bolha pode ser visto na periferia como um colarete e a confluência de lesões leva ao aparecimento de figuras policíclicas. A face é o local mais afetado, embora qualquer região da pele possa ser atingida, inclusive palmas e plantas. Linfadenomegalia regional está habitualmente ausente. Apresenta uma importância especial no período neonatal, ocorrendo comumente após a segunda semana de vida, podendo estar presente ao nascimento no caso de ruptura prematura de membranas. O impetigo bolhoso é o mais comum entre crianças de 2 a 5 anos.

O impetigo não-bolhoso (crostoso) representa mais de 70% dos casos de impetigo e ocorre em crianças e em adultos, mas raramente ocorre em menores de 2 anos de idade. O agente etiológico principal tem variado com o tempo. *S.aureus* foi o organismo predominante nas décadas de 40 e 50, havendo um aumento posterior da prevalência do estreptococo. Nos estudos realizados na última década houve um ressurgimento de *S.aureus* como o principal agente do impetigo crostoso. *S.aureus*, sozinho ou em combinação com o estreptococo beta-hemolítico do grupo A, é o responsável por 80% dos casos, sendo *S.aureus* o agente mais recuperado de forma isolada. Alguns pesquisadores acreditam na possibilidade de *S.aureus* ser um invasor secundário e não um agente causador primário. O impetigo crostoso pode ocorrer em pele normal ou a impetiginização pode surgir sobre dermatose prévia como dermatite atópica, dermatite de contato, picadas de inseto, pediculose e escabiose. A desnutrição e higiene precária são fatores predisponentes. A lesão inicial é uma vesícula, sobre uma base eritematosa, que se rompe com facilidade. A ulceração superficial resultante logo é recoberta por secreção purulenta cujo ressecamento dá origem a uma crosta aderente e amarelada (melicérica). Cada lesão mede de 1 a 2 cm de diâmetro, cresce centrifugamente, nem sempre com cicatrização central. É freqüente o achado de lesões satélites por autoinoculação. Há um predomínio de lesões nas áreas expostas, especialmente na face, ao redor do nariz e da boca. A linfadenopatia regional é comum e pode surgir febre nos casos mais graves.

Tratamento:

- a) cuidados gerais • manter o local afetado limpo, lavando-o com água e um sabão antisséptico (triclosan, irgarsan, clorexidina ou iodo povidina); • remover crostas e secreções, usando compressas de água morna e sabão ou soluções antissépticas como o permanganato de potássio;
- b) indicações para tratamento com antibiótico sistêmico
 - acometimento de estruturas mais profundas (tecido subcutâneo, fáscia muscular);
 - febre; • linfadenomegalia;
 - faringite associada; • infecções próximas à cavidade oral uma vez que a criança pode retirar a medicação tópica com a boca;
 - infecções no couro cabeludo, pela dificuldade do uso de cremes ou pomadas no local;
 - lesões numerosas (mais de 5 lesões);
- c) tratamento tópico

- a mupirocina, aplicada 3 vezes por dia, é o antibiótico tópico de escolha por ser capaz de promover a erradicação bacteriana, apresentar eficácia semelhante à de um antibiótico VO, como a eritromicina, e por sua ação contra estafilococos e estreptococos. O custo elevado, algumas vezes superior ao da eritromicina sistêmica, é uma desvantagem;
 - a segunda escolha fica para o ácido fusídico e a terceira para a associação de neomicina e bacitracina;
 - aplicações 2-3 vezes/dia, durante 5-14 dias;
- d) antibioticoterapia sistêmica
- como relatado anteriormente, o espectro do antibiótico a ser escolhido deve cobrir estafilococos e estreptococos, tanto para o impetigo bolhoso quanto para o impetigo crostoso. Assim, a penicilina benzatina ou outras sensíveis às penicilinases não estão indicadas no tratamento do impetigo;
 - penicilinas resistentes à penicilinase (oxacilina, cloxacilina, dicloxacilina, etc.) – a dificuldade está na inexistência da formulação para uso oral no Brasil;
 - cefalosporinas de primeira geração, como a cefalexina e o cefadroxil, são os antibióticos de primeira escolha: - cefalexina: 25-50 mg/kg/dia; 6/6 horas, VO, 7-10 dias - cefadroxil: 30 mg/kg/dia; 12/12 horas, VO, 7-10 dias;
- eritromicina – por ser mais barata, torna-se o antibiótico de primeira escolha para as populações mais carentes. Deve-se levar em consideração a possibilidade de resistência de *S.aureus*, que ocorre em uma taxa de 10% a 52%, dependendo da população estudada; - 30 - 50 mg/kg/dia; 6/6 horas, VO, 7-10 dias;
- outros macrolídeos como a claritromicina, roxitromicina, azitromicina apresentam como vantagem menor número de efeitos colaterais no trato gastrointestinal e posologia mais cômoda, mas como desvantagem custo maior que a eritromicina. Cepas de estafilococos resistentes à eritromicina também o são à claritromicina, roxitromicina e azitromicina; - claritromicina: 15 mg/kg/dia; 12/12 horas, VO, 7-10 dias - roxitromicina: 5 a 10 mg/kg/dia; 12/12 horas ou 24/24 horas, VO, 5-7 dias - azitromicina: 10 mg/kg/dia; 24/24 horas, VO, 3-5 dias;
 - amoxicilina + ácido clavulânico – a associação de uma penicilina com um agente inibidor da betalactamase (ácido clavulânico) permite uma cobertura adequada aos estreptococos e aos estafilococos; - para a formulação 7:1(amoxicilina-clavulanato) – 45 mg/kg/dia, 12/12 horas, VO, 7-10 dias.

3. Ectima

O ectima inicia-se como o impetigo, ou seja, uma vesícula com base eritematosa, que logo evolui para uma ulceração, recoberta por crosta aderente e circundada por halo eritematoso. Ao contrário do impetigo, a bactéria não infecta apenas a epiderme mas invade também a derme produzindo lesão mais profunda. O processo é iniciado por estreptococos hemolíticos, mas os estafilococos também podem ser isolados na cultura. Frequentemente se localiza nas pernas e pode ser desencadeado por pequenos traumas, picadas de insetos, especialmente em pessoas com condição higiênica precária. De modo diverso do impetigo, evolui para a cura deixando cicatriz. As complicações possíveis e o tratamento são os mesmos descritos para o impetigo.

4. Furunculose

Trata-se de uma infecção do aparelho pilossebáceo (unidade constituída pelo folículo piloso e pela glândula sebácea anexa) que evolui com reação inflamatória intensa e necrose. Inicialmente, observasse um nódulo eritematoso, doloroso e quente. Posteriormente este nódulo torna-se flutuante com um ponto purulento junto do pelo, por onde serão eliminados o pus e o material necrótico (carnegão). Acomete as áreas pilosas, principalmente as que são submetidas ao atrito ou com sudorese abundante como face, pescoço, axilas, nádegas e parte inferior do abdome. É raro em crianças muito novas e tende a aumentar de frequência na puberdade. *S.aureus* é quase sempre a bactéria envolvida. Ocasionalmente, o processo inflamatório pode ser mais profundo e acometer várias unidades pilossebáceas adjacentes. A drenagem faz-se por múltiplos pontos e os locais mais acometidos são nuca coxa e dorso. A esta apresentação dá-se o nome de antraz.* Tratamento:

- calor local úmido, para alívio do desconforto e para apressar a liquefação do material necrótico e facilitar a drenagem espontânea;
- uso de antibiótico tópico, de preferência mupirocina, na pele em volta da lesão, para evitar a disseminação;
- lavar bem as mãos após o contato com a lesão; pode-se também utilizar mupirocina embaixo das unhas para evitar o aparecimento de novas lesões à distância;
- nas lesões múltiplas, quando houver celulite na pele circunjacente ou febre, a antibioticoterapia sistêmica está indicada, utilizando-se um agente com boa cobertura contra estafilococos (ver tratamento do impetigo);
- a drenagem cirúrgica está indicada apenas nas lesões extensas, flutuantes, com grandes áreas de necrose.

Furunculose de repetição: Define-se como furunculose de repetição a ocorrência de seis a 24 episódios de furúnculo por ano ou, segundo outros autores, três ou mais episódios a cada 3 meses. São fatores predisponentes para a furunculose de repetição:

- uso de imunossupressores (corticóides, agentes citotóxicos)
- diabetes melito
- uso de drogas ilícitas
- AIDS, neoplasias, outras doenças que levam à imunodepressão
- insuficiência renal crônica, hemodiálise
- portadores de deficiências na função dos neutrófilos, neutropenia cíclica
- discrasias sangüíneas, deficiências de imunoglobulinas
- deficiência de ferro
- higiene precária, hiper-hidrose, obesidade Entretanto, deve-se considerar que a maioria dos pacientes com furunculose de repetição são saudáveis e nenhum fator predisponente é encontrado. Conduta na furunculose de repetição:
 - realizar cultura com antibiograma para orientação terapêutica no caso de insucesso com o antibiótico inicialmente escolhido;
 - uso de sabonetes anti-sépticos durante o banho;
 - iniciar com um antibiótico que faça cobertura a *S. aureus* (ver tratamento para o impetigo)
 - prevenção da colonização por *S.aureus*, tanto no paciente como nos familiares: aplicar mupirocina tópica em narinas, unhas e região perineal, duas vezes por dia, durante cinco dias consecutivos. Nos casos mais resistentes, manter a medicação duas vezes por dia, cinco dias a cada mês, durante um ano. Como opção terapêutica, nos casos de resistência aos antibióticos mais comumente empregados contra infecções estafilocócicas, podemos utilizar a rifampicina: • 10-15 mg/kg a cada 12 horas (máximo 300 mg 12/12 horas, durante 14 dias);

- nunca utilizar a rifampicina de forma isolada (aumenta a chance de resistência bacteriana). Associar, de preferência, a uma cefalosporina de primeira geração;
- a realização prévia de provas de função hepática é geralmente desnecessária uma vez que, no tratamento da furunculose, a rifampicina é utilizada por um período curto;
- outra opção terapêutica nos casos recalcitrantes seria associar uma cefalosporina de primeira geração à rifampicina durante uma semana/mês, por 6 meses. Há relatos na literatura do uso de vitamina C (1grama/dia durante 4-6 semanas) ou pentoxifilina (400 mg a cada 8 horas, durante dois a seis meses) com o objetivo de melhorar a resposta imunológica e diminuir as recorrências.

5. Erisipela

A erisipela é uma infecção que envolve as camadas mais superficiais da pele e linfáticos cutâneos, enquanto a celulite se estende mais profundamente em direção ao tecido subcutâneo. Na grande maioria dos casos, a erisipela é resultante da infecção por estreptococos do grupo A, mas pode também ser causada por estreptococos dos grupos G, C e B e, raramente, por estafilococos. A erisipela surge de maneira súbita, acompanhada por sinais e sintomas sistêmicos importantes, sendo considerada uma urgência em dermatologia. A febre alta com indisposição pode preceder o quadro dermatológico. Este se caracteriza por lesão em placa, eritematosa, com bordas bem definidas e que frequentemente evolui com vesículas e/ou bolhas de conteúdo seroso ou hemorrágico nos casos mais graves. Há dor e edema na área afetada e a linfadenomegalia regional é comum. Os locais mais frequentemente acometidos são as pernas e a face, embora possa surgir no couro cabeludo, mãos e parede abdominal de recém-nascidos. Uma solução de continuidade geralmente se encontra na pele próxima à lesão e funciona como porta de entrada - traumas, tina do pé, incisão cirúrgica, úlceras crônicas de membros inferiores. O edema renal e linfático, as disgamaglobulinemias e as infecções recentes, principalmente das vias aéreas superiores, são considerados fatores predisponentes. As complicações ocorrem principalmente em pacientes já debilitados e podem ser localizadas, como abscessos e necrose, ou sistêmicas, pela disseminação da infecção, que pode acontecer de maneira fulminante. Nos casos de erisipelas de repetição, pode surgir um linfedema da área afetada (face ou membros) que vai se tornando persistente após cada surto. Nestes casos, a elefantíase nosa, que além do linfedema apresenta verrucosidades sobre a pele afetada, pode ocorrer.

Tratamento: Como cuidados gerais, deve-se salientar a importância do repouso e elevação dos membros inferiores quando a erisipela ocorre neste local. O tratamento imediato com antibioticoterapia sistêmica impõe-se e, nos casos mais graves, inicia-se a terapêutica com drogas parenterais. Uma vez estabilizados, os pacientes podem ser mantidos com medicação por via oral. Nos casos iniciais e com poucas manifestações sistêmicas, pode-se iniciar a medicação por via oral. A penicilina G cristalina (por via venosa) ou G procaína (via intramuscular) permanece o tratamento de escolha para a erisipela. Nos quadros mais leves, a penicilina V pode ser utilizada por via oral ou, alternativamente, as cefalosporinas de primeira geração e os macrolídeos. Nos casos mais graves e em pacientes com hipersensibilidade à penicilina, pode-se utilizar a associação da vancomicina com um aminoglicosídeo. Doses recomendadas: • penicilina G cristalina para RN até 7 dias: 50.000 UI/kg/dia, IV de 12 em 12 horas; • penicilina G cristalina para RN com mais de 7 dias: 75.000 UI/kg/dia, IV de 8 em 8 horas; • penicilina G cristalina para crianças acima de 4 semanas: 50.000 a 250.000 UI/kg/dia, IV de 4 em 4 horas; • penicilina G procaína para crianças: 25.000 a 50.000 UI/kg/dia, IM em uma ou duas aplicações; • penicilina V para crianças: 25.000 a 50.000 UI/kg/dia, VO de 6 em 6 ou 8 em 8 horas; • cefalosporinas de primeira geração ou macrolídeos: ver tratamento do

impetigo; • vancomicina para RN até 7 dias: 30 mg/kg/dia, IV de 12 em 12 horas; • vancomicina para RN de 1 a 4 semanas: 30 a 45 mg/kg/dia, IV de 8 em 8 horas; • vancomicina para crianças acima de 4 semanas: 40 mg/kg/dia, IV de 6 em 6 ou 12 em 12 horas; • amicacina: 15 mg/kg/dia, IV de 8 em 8 ou 12 em 12 horas; • gentamicina para prematuros e RN até 7 dias: 5 a 6 mg/kg/dia, IV de 12 em 12 horas; • gentamicina para RN com mais de 7 dias e crianças até 12 anos: 7,5 mg/kg/dia, IV de 8 em 8 horas.

7. Celulite

São infecções de caráter agudo que atingem os tecidos mais profundos da pele, especialmente o subcutâneo. Embora o estreptococo beta-hemolítico do grupo A e *S.aureus* sejam os agentes etiológicos mais comuns, ocasionalmente outras bactérias podem estar envolvidas. Em crianças mais novas, principalmente abaixo de 2 anos de idade, *Haemophilus influenzae* deve ser considerado entre os agentes etiológicos. Com a imunização contra *H. influenzae* do tipo B está havendo diminuição da celulite provocada por este microorganismo. *Streptococcus pneumoniae* também pode causar celulite em crianças mais novas, mais comumente na face, e com lesões eritematopurpúricas. Bactérias entéricas, *Pasteurella multocida*, *Erysipelothrix* sp, *Cryptococcus neoformans* e micobactérias atípicas podem produzir o quadro em crianças imunossuprimidas, inclusive as portadoras de AIDS.

As celulites são acompanhadas por febre, linfadenopatia regional e dor e representam uma complicação comum de ferimentos e úlceras. Na pele manifestam-se com edema e eritema difusos e dor à palpação. O limite nítido entre a pele lesada e a pele sã é impreciso. Se não tratadas a tempo, tendem à disseminação rápida. Tratamento: O tratamento da celulite requer antibioticoterapia sistêmica. Em pacientes saudáveis, ambulatoriais, a terapia de primeira escolha tem como objetivo fazer a cobertura contra estafilococos e estreptococos beta-hemolíticos do grupo A. Assim, pode-se iniciar com uma penicilina semi-sintética penicilinase resistente ou uma cefalosporina de primeira geração. Nos pacientes imunossuprimidos, seriam prudentes a hospitalização, o uso de antibióticos intravenosos e de largo espectro, com cobertura também para germes Gram-negativos. Hemoculturas e culturas do tecido infectado devem ser realizadas na tentativa da identificação do agente.

8. Dactilite distal bolhosa

A dactilite distal bolhosa é uma infecção superficial da pele habitualmente causada por estreptococos do grupo A e ocasionalmente por estreptococos do grupo B e estafilococos. Acomete mais freqüentemente crianças em idade escolar. Caracteriza-se pela presença de bolhas em base eritematosa que atingem as falanges distais, principalmente dos dedos das mãos, podendo estender-se às dobras ungueais, falanges proximais e regiões palmares. O tratamento deve ser com antibioticoterapia sistêmica com cobertura contra estreptococos e estafilococos, de forma semelhante ao tratamento do impetigo, durante 10 dias consecutivos.

6.METODOLOGIA

Respondendo a outra pergunta: Como intervir?

Como conscientizar e quebrar tradições?

Digo que, dentre os vários costumes populares, o costume de acondicionar erroneamente as feridas está abaixo a outros como evitar consumir alimentos ‘reimosos’.

Obviamente que existem alimentos que desencadeiam processos atópicos, mas, com certeza, podemos dizer que bebidas alcoólicas são muito mais prejudiciais em pessoas doentes do que carne suína. Podemos então utilizar essa abordagem de quebrar alguns preconceitos e de ensinar esse tipo de conhecimento que, devido à enorme importância, gera curiosidade. O que é maravilhoso para o desenvolvimento desse projeto de intervenção.

- Primeiramente: Aula expositiva de processos infecciosos. Com enfoque em imagens do que pode acontecer em feridas malcuidadas e as diferenças visuais entre uma ferida bem e malcuidada. Necessidade ou não de suturas hemostáticas, até quando pode ser ou não suturado. O que é cicatrização por segunda tentativa e como evolui uma ferida operatória.
- Em um segundo tempo: Mostrar como cuidaremos de cada ferida. Noções básicas de curativo e antissepsia de feridas. E mostrar sinais clínicos como necrose úmida e seca (que indicariam a gravidade de infecção de feridas como as de pé-diabético por exemplo).
- Por último: Como usar antibióticos tópicos e antissépticos tópicos em feridas diversas. Como acondicionar as feridas. Uso de queratolíticos como a papaína, uso de hidratantes.
- As aulas foram ministradas a ACS e ao restante dos funcionários da UBS.
- A divulgação foi feita na própria UBS, com divulgação prévia das aulas pelos próprios ACS.

Os ACS possuem maior contato com a população assistida, sendo canais de difusão das ideias, obviamente não espero que as aulas sejam ministradas com perfeição, mas que os ACS possam observar com melhor eficácia os sinais de alerta relacionados aos tipos de ferida citados anteriormente.

Com essa ação, tenho certeza que os pacientes serão acionados com mais velocidade, buscando a UBS em melhor tempo hábil.

E que o que foi apreendido pelos pacientes que passaram por essa medida educativa e essas informações podem ser passadas com maior facilidade do que apenas com o médico como canal de difusão dessas ideias preciosas.

Em resumo, este projeto de intervenção é puramente educativo, mas com pretensões altas, visto que esses conhecimentos são fáceis de difundir em sua maioria.

7.CRONOGRAMA

Três aulas ministradas em duas manhãs de sexta-feira.

Ministradas em 25/11/2016 e 02/12/2016 no auditório da UBS.

8.RECURSOS NECESSÁRIOS

Apenas a ministração das aulas, material para curativos já está disponível na UBS.
Recursos para a produção de cartazes, banners ou aulas em retroprojeção já disponíveis em UBS.

9.RESULTADOS ESPERADOS

Diminuição importante dos agravos de piodermites.

Diminuição de amputação de membros em pacientes diabéticos.

Diminuição de gastos com internação hospitalar por piodermites e infecções de pele e tecidos moles.

10.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araújo MG, Costa PU, Pereira LB. Piodermites.

Bisno AL, Stevens DL. Streptococcal infections of skin and soft tissues. N Engl J Med 1996; 334(4):240-5.

Bonner MW, Benson PM, James WD. Topical antibiotics in dermatology.

Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K et al, editors. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 5 th ed. New York:McGrawHill; 1999. Cap.246, p.2733-6. Booth JH, Benrimoj SI. Mupirocin in the treatment of impetigo.

K.Wolff, Allen Johnson R. Dermatologia de Fitzpatrick, atlas e texto 6º edição

Int J Dermatol 1992;31:1-9. Carrol JA. Common bacterial pyodermas. Postgrad Med 1996;100(3):311-22. Dagan R. Impetigo in childhood:

Sociedade Brasileira de Pediatria, Antimicrobianos na Prática Clínica Pediátrica Guia Prático para Manejo no Ambulatório, na Emergência e na Enfermaria.

Tonelli E, Freire LMS. Doenças infecciosas na infância e adolescência. Rio de Janeiro: Medsi; 2000. Cap.108, p.1679-89.

11.APÊNDICE

O tema deste projeto de intervenção fora escolhido devido a sua enorme importância na região e à insatisfação do redator deste projeto em vários casos que o cercam desde o início de sua prática médica.

Claro que este não é o principal problema que sofre a população atendida, mas nosso anseio é por auxílio da população pelo conhecimento de causa em pelo menos nesse pequeno âmbito da atenção básica que é um verdadeiro mundo de possibilidades.

Agradeço enormemente pela leitura desse trabalho.