



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE D
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

DIOGO PAULO ANDRADE MEDEIROS

Pequena Cirurgia de Urgência em Cuidados de Saúde Primários

ARTIGO DE REVISÃO NARRATIVA

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

DR^a. PAULA RITA RICARDO DE MIRANDA

PROFESSOR DOUTOR LUIZ MIGUEL DE MENDONÇA SOARES SANTIAGO

MARÇO 2023

TRABALHO FINAL COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO
DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Pequena Cirurgia de Urgência em Cuidados de Saúde Primários

Diogo Paulo Andrade Medeiros¹, Paula Rita Ricardo Miranda², Luiz Miguel de
Mendonça Soares Santiago¹

¹Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

²USF VitaSaurium, ACeS Baixo Mondego, ARS Centro

Polo III – Polo das Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

Morada Institucional: Azinhaga de Santa Comba, Celas, 3000-548 Coimbra

Email: di.andrademedeiros@gmail.com

ÍNDICE

SIGLAS.....	5
RESUMO	6
ABSTRACT	7
INTRODUÇÃO	8
MÉTODOS.....	10
RESULTADOS.....	11
Formação e aprendizagem do Médico de Família	11
Recursos materiais necessários.....	12
A sala.....	12
Idumentária do médico	12
Kit	13
Recursos humanos necessários.....	14
Lesões para pequena cirurgia de urgência mais comuns e respetivos critérios de referenciação aos Cuidados de Saúde Secundários	14
1. Feridas	14
2. Queimaduras.....	16
3. Abcessos	18
DISCUSSÃO	20
CONCLUSÃO.....	23
AGRADECIMENTOS.....	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25

SIGLAS

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CSS – Cuidados de Saúde Secundários

IFE – Internato Formação Específica

IFG – Internato Formação Geral

MF – Médico de Família

MGF – Medicina Geral e Familiar

PCU – Pequena Cirurgia de Urgência

SCT – Superfície Corporal Total

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

US – Unidade de Saúde

RESUMO

Introdução: A pequena cirurgia é um procedimento minimamente invasivo e de baixo risco. Pode ser de urgência ou eletiva. A prática da pequena cirurgia de urgência nos Cuidados de Saúde Primários é benéfica num Serviço de Saúde. A sensibilização e formação dos médicos de família para esta prática constituem um pilar fundamental, que juntamente com os recursos necessários assegurados, permitem a sua prática nos Cuidados de Saúde Primários.

Métodos: Revisão da literatura através das bases PubMed®, Cochrane® e Medline®, com os termos MeSH “pequena cirurgia de urgência”, “urgent minor surgery”, “cuidados de saúde primários”, “primary care”.

Resultados: Foram analisados seis artigos e dois livros práticos e os dados foram organizados em quatro categorias: “Formação e aprendizagem do Médico de Família”; “Recursos materiais necessários”; “Recursos humanos necessários”; “Lesões para pequena cirurgia de urgência mais comuns e respetivos critérios de referenciação aos Cuidados de Saúde Secundários”.

Discussão: Agora que se estabeleceu as condições mínimas para a prática de pequena cirurgia de urgência nos Cuidados de Saúde Primários, seria útil conhecer os constrangimentos existentes no “terreno”. Espelho da fase difícil que o Serviço Nacional de Saúde atravessa, haverá falta de recursos materiais e/ou humanos? É difícil realizar a formação e/ou recertificação pretendidas? Os médicos de família sentem-se seguros nesta prática?

Conclusão: Este artigo aborda as condições necessárias para a prática de Pequena Cirurgia de Urgência nos Cuidados de Saúde Primários e a sua aplicabilidade nas lesões mais comuns. Era interessante conhecer os constrangimentos sentidos no dia-a-dia.

Palavras-Chave: Pequena Cirurgia de Urgência; Cuidados de Saúde Primários; Referenciação; Recursos.

ABSTRACT

Introduction: Minor surgery is a procedure with minimum invasion and of low risk. It can be either urgent or elective. The practice of urgent minor surgery in Primary Health Care can benefit the Health Service. The awareness and training of general practitioners in this practical skill constitute a fundamental cornerstone, which together with the necessary resources ensured, enables its practice in Primary Health Care.

Methods: Literature review through the PubMed[®], Cochrane[®] and Medline[®] resources, using the MeSH terms “pequena cirurgia de urgência”, “urgent minor surgery”, “cuidados de saúde primários”, “primary care”

Results: Six articles and two practical manuals were analysed, and the data were organised in four categories: “General Practitioners training and learning”; “Material Resources Requirements”; “Human Resources Requirements”; “Most common injuries for urgent minor surgery and respective referral criteria to Secondary Health Care”.

Discussion: Now that we have established the minimum conditions for the practice of urgent minor surgery in Primary Health Care, it would be useful to know the constraints that exist in the field. Mirroring the difficult phase that the National Health Service is going through, will there be a lack of material and/or human resources? Is it difficult to carry out the intended training and/or revalidation? Do the general practitioners feel safe in this practice?

Conclusion: This article addresses the necessary conditions about the practice of Urgent Minor Surgery in Primary Health Care and its applicability in the most common lesions. It would be interesting to know the constraints felt on a daily basis.

Keywords: Urgent Minor Surgery; Primary Health Care; Referral; Resources

INTRODUÇÃO

A pequena cirurgia consiste numa intervenção técnica, minimamente invasiva, de curta duração, sobre o tecido superficial ou estruturas de acesso fácil, com condições de assepsia e recurso a anestesia local com dispensa da utilização de bloco operatório, sem necessidade de internamento e com baixo risco ou complicações pós-operatórias.^[1,2]

Quando se fala em procedimentos cirúrgicos, estes podem ser urgentes ou eletivos. Segundo a *European Union of Medical Specialists*, a cirurgia de urgência pode ser definida como aquela que é necessária perante uma ameaça aguda da vida, de um órgão, membro ou tecido causada por trauma externo ou processo de doença. Devido ao seu carácter urgente, o procedimento deve ser realizado logo que possível, num tempo máximo de 24 horas.^[3]

Milhares de utentes são atendidos anualmente nos serviços de urgência (SU) com necessidade de pequena cirurgia. A existência de um serviço capaz de atender os utentes que dela necessitam, nos cuidados de saúde primário (CSP), poderá trazer, a longo prazo alguns benefícios tais como uma redução dos custos, uma maior acessibilidade para o utente e uma redução das listas de espera e/ou a necessidade de recorrer aos cuidados de saúde secundários (CSS).^[1]

Para além disto, os utentes já se encontram familiarizados com a sua Unidade de Saúde (US) e, conseqüentemente, com os profissionais da mesma. Assim, acaba-se por oferecer ao utente uma maior comodidade, diminuindo a ansiedade que poderá existir envolta do ato cirúrgico.

É importante relembrar que, segundo a *European Academy of Teachers in General Practice (Network with WONKA Europe)*, a Medicina Geral e Familiar (MGF) é definida como o primeiro ponto de contacto médico dentro do sistema de saúde, que assegura o seguimento dos pacientes toda a vida, é capaz de cobrir o espectro completo de situações de saúde e que consegue intervir com urgência sempre que necessário.^[4]

De facto, nem sempre se verifica a existência de competências em técnicas cirúrgicas no médico de família (MF), apesar de patologias que necessitam dessa

intervenção fazerem parte da sua rotina diária. Deste modo, é necessária uma aprendizagem desde o internato de MGF nestas mesmas competências.

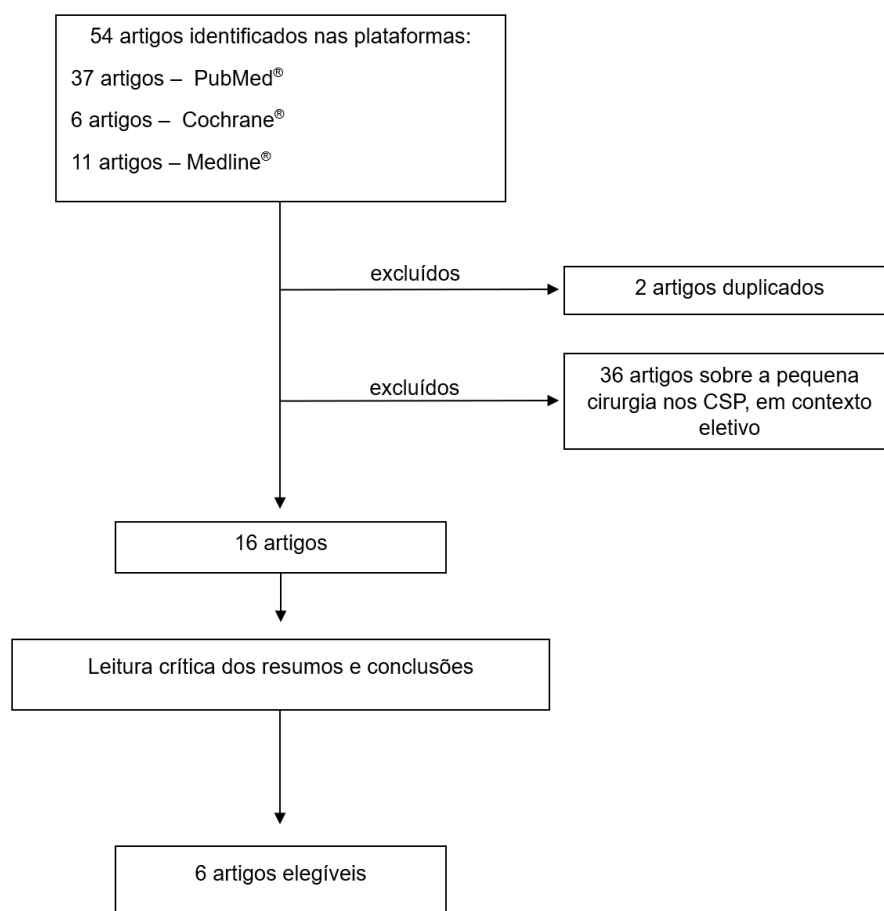
Para além disso, em Portugal existe pouca informação publicada sobre a pequena cirurgia de urgência (PCU) em CSP e, desta forma, este artigo tem como objetivo elucidar e incentivar os MF para a prática da mesma. Desta forma, alguns MF poderão sentir-se mais realizados profissionalmente e, certamente, poderão expandir os seus conhecimentos e competências, tanto para benefício do próprio como na possibilidade de os transmitir aos novos médicos que se estão a formar.

Por tudo isto, este artigo de revisão tem como objetivo fundamental descrever as condições mínimas necessárias, dentro dos CSP, para o desempenho de PCU, nomeadamente a formação dos MF, recursos humanos e materiais. Para além disso, serão abordadas as três causas mais comuns para resolução pela PCU e os seus respetivos critérios de referenciação para os CSS.

MÉTODOS

Neste projeto os autores elencaram como questão principal “A Pequena Cirurgia de Urgência em Cuidados de Saúde Primários”. Para o efeito, no motor de busca, foram pesquisadas os termos MeSH “pequena cirurgia de urgência”, “urgent minor surgery”, “cuidados de saúde primários”, “primary care”. A colheita de dados foi obtida através das plataformas PubMed®, Cochrane® e Medline®.

Os critérios de inclusão definidos na pesquisa tiveram por base os artigos de revisão, nos idiomas português, inglês e espanhol, publicadas desde 2010 até à atualidade, disponíveis em texto integral.



Esquema 1. Ilustração do método de pesquisa e seleção de artigos utilizado

Devido à pouca informação disponível acerca do tema, os autores recorreram ainda aos livros práticos, intitulados por “A Pequena Cirurgia nas Urgências dos Cuidados Primários”^[5] e “Cirugía Menor Urgente”^[6].

RESULTADOS

Formação e aprendizagem do Médico de Família

Em primeiro lugar, é necessário entender se há, de facto, algum interesse pessoal e profissional do MF pela área cirúrgica.

É imperativo que os MF tenham formação em PCU. Desta forma, é possível garantir a confiança e a capacidade do MF para um correto diagnóstico e implementação de tratamentos adequados, perante situações que requerem a intervenção da PCU.^[1,7]

Segundo alguns estudos, a qualidade da pequena cirurgia de um MF assemelha-se à de um cirurgião geral, desde que haja investimento na prática e no treino do profissional, assegurados não só pela frequência com que pratica, mas também por uma boa formação.^[8,9]

O treino e formação são de tal ordem importantes que “não é seguro permitir a pequena cirurgia nas mãos de um médico que nunca tenha treinado para tal”.^[9]

Para garantir a segurança dos utentes, é primordial que se encare a responsabilidade de aprendizagem das técnicas de pequena cirurgia, para as colocar em prática quando necessário.

Em Portugal, a formação médica está organizada e descrita pelas *Portaria n.º 268/2018 de 21 de setembro*^[10] para o Internato de Formação Geral (IFG) e *Portaria n.º 125/2019 de 30 de abril*^[11] para o Internato de Formação Específica (IFE). Deste modo, percebe-se que o MF, ao longo da sua formação, contacta e familiariza-se com noções básicas de cirurgia.

Numa fase posterior, o MF deverá ter acesso a uma formação periódica, que permita uma recertificação destas competências. Desta forma, poderá ter acesso, ao longo do tempo, a informação mais atualizada com o intuito de diminuir a discrepância entre a evidência e a prática, que por vezes se vivencia.^[12]

Recursos materiais necessários

De seguida, será descrito um “cenário perfeito”, sendo possível adaptar-se algumas medidas, mediante as características de cada US.

A sala

Num contexto ideal haverá uma sala exclusiva para esta prática. Contudo, na realidade, raramente isso acontece.

As condições da sala devem respeitar as seguintes características^[7]:

- Temperatura adequada – 18 a 22°C^[13];
- Boa ventilação;
- Boa fonte de luz artificial;
- Lavatório próprio para desinfeção;
- Uma maca, com acesso livre em qualquer dos lados (com capacidade de sustentar um intervalo largo de peso e altura, e que esteja a um nível do chão confortável para o médico);
- Uma mesa auxiliar para a disposição dos materiais;
- Uma lâmpada com luz direcionada manualmente.

Para além disso, apesar de risco mínimo, é necessário a existência de material para ressuscitação, que só por ser um estabelecimento de saúde, a sua existência deve estar garantida.^[7]

Idumentária do médico

Em relação ao vestuário indicado, uma vez que a pequena cirurgia é um procedimento minimamente invasivo, não é obrigatório o médico se equipe com as batas esterilizadas como se vê numa cirurgia major. Ainda assim, há um conjunto de material/vestuário essencial que os médicos devem utilizar, nomeadamente^[7]:

- Máscara cirúrgica;
- Óculos de proteção (quando há risco de contacto com potencial de infeção);
- Luvas esterilizadas/não esterilizadas (conforme o procedimento).^[14]

As luvas esterilizadas diminuem o risco de infeção. Contudo, em determinados procedimentos, como o tratamento de feridas, está descrito que as luvas podem ser não esterilizadas, sem conseqüente aumento de risco de infeção. No que concerne ao tratamento de abcessos, a dispensa de luvas esterilizadas não está confirmada pelos estudos, pelo que se recomenda a sua utilização.^[14]

Kit

Podemos chamar ao conjunto de materiais necessário de kit de pequena cirurgia, no qual devem fazer parte^[7,15]:

- Bisturi;
- Cabo de bisturi;
- Tesouras;
- Porta-agulhas;
- Pinças de disseção e de hemostase;
- Fios de sutura;
- Outros eventualmente necessários (agrafes, adesivos ou colas tissulares).

Para além disso, na maioria dos casos ou em quase todos, é necessário a utilização de anestesia local, pelo que é, também, necessário o material a ela associado.^[7,15]

Recursos humanos necessários

É preciso ter-se em conta que mesmo com todos os materiais e espaço necessários disponíveis, um médico não consegue trabalhar sozinho.

A noção de trabalho em equipa é também um requisito para a pequena cirurgia e é uma das chaves essenciais para o sucesso desta prática. O enfermeiro que auxilia o médico tem um papel fundamental em todo o procedimento, desde a preparação do doente antes, durante e auxílio no “pós-operatório”.^[7]

Não menos importante, o papel do auxiliar de limpeza que será o responsável pela desinfeção da sala. Este é também crucial na prevenção de complicações associadas ao procedimento.

Ao contrário da pequena cirurgia eletiva, na de urgência dispensa-se a contribuição da especialidade de Anatomia Patológica.

Lesões para pequena cirurgia de urgência mais comuns e respetivos critérios de referenciação aos Cuidados de Saúde Secundários

Dos vários motivos de urgência, as feridas, queimaduras e abcessos destacam-se como os mais comuns, com necessidade da intervenção da pequena cirurgia.^[5]

1. Feridas

Uma ferida é definida como uma solução de continuidade de um tecido resultante de um agente traumático. A observação e caracterização de uma ferida são dois passos importantes na abordagem dessa situação de urgência, uma vez que, de acordo com esta definição, pode-se tratar desde uma pequena ferida sem necessidade de tratamento a uma ferida ameaçadora da vida. Os aspetos importantes a ter em conta na caracterização de uma ferida são a causa, a profundidade e localização.^[5]

Uma das localizações mais comuns de feridas com necessidade de PCU é a mão. Na maioria dos casos, por se tratarem de situações ligeiras, não há a necessidade da intervenção dos CSS.^[15]

Numa primeira abordagem, em caso de hemorragia ativa há que tentar pará-la e só depois proceder a uma avaliação inicial da função. Para isso, deve-se avaliar a presença ou ausência de comprometimento de vasos ou tendões. De seguida, deve-se registar as características da ferida, tais como a localização, aspeto macroscópico e profundidade e questionar o utente em relação ao tempo de evolução.^[15]

Devem-se remover tecido necrótico e/ou corpos estranhos^[14] e recomenda-se a irrigação para lavagem da ferida com soro salino com cerca de 100ml por cada centímetro da mesma.^[14,15]

Algumas áreas do corpo são consideradas de maior risco para abordagem nos CSP, por maior comprometimento estético ou envolvimento de outras estruturas anatómicas, como vasos, nervos, tendões ou inserções musculares. Nestes casos, quando não se trata de uma ferida ligeira, é prudente a referência aos CSS quando a ferida afeta^[7]:

- a face;
- a região cervical;
- as regiões axilar e supraclavicular;
- os mamilos;
- as mãos e dedos das mesmas;
- região genital;
- fossa poplítea;
- pés.

Para além disso, outras situações para referência aos CSS são^[5,15]:

- Lacerações que comprometam artérias, nervos, músculos, tendões ou ossos (com eventual necessidade de amputação, avaliado por um exame neurológico e sinais de má perfusão);
- Feridas extensas;

- Suspeitas de corpos estranhos numa localização mais profunda;
- Feridas com perda de substância franca ou com muito tecido necrótico com necessidade de desvitalização;
- Doentes não colaborantes;
- Feridas contaminadas e/ou infetadas;
- Feridas cujo o MF não se sente confiante na abordagem e/ou no seu tratamento;
- Impossibilidade de proceder ao seu encerramento.

2. Queimaduras

As queimaduras podem ser definidas como a perda de substância da superfície corporal resultante do contacto com uma fonte de calor (mais frequentes), eléctrica ou química. Na maioria dos casos é de preocupação mínima. Contudo, em certas situações, o prognóstico pode não ser favorável sem intervenção médica.^[5]

Primeiramente, o doente deve ser avaliado sem roupa. Desta forma, consegue-se uma melhor observação da superfície corporal. Deve proceder-se à limpeza das lesões com soro ou água da torneira de forma suave, evitando que estas fiquem secas.^[5] Cobrir as lesões com pensos húmidos, ajuda na cicatrização das mesmas.^[15] Para além disso, a utilização de analgésicos é uma boa prática médica.^[5]

As queimaduras podem ser classificadas quanto à sua profundidade em:

- Epidérmicas (1º grau);
- Dérmicas (2º grau);
- Subdérmicas (3º grau).

O diagnóstico é clínico e é realizado pela inspeção e palpação.^[5,16]

Para além da classificação, é importante realizar uma avaliação funcional do doente, com base em outros aspetos, nomeadamente:

- Idade (crianças e idosos com pior prognóstico);

- Patologias associadas;
- Etiologia da queimadura (queimaduras químicas e elétricas têm pior prognóstico);
- Área afetada.

Desta forma, é possível a determinação da gravidade da situação e, com base nisso, decidir o tratamento em CSP ou referência para os CSS.^[5]

Em relação à área afetada pela queimadura, esta pode ser expressa em percentagem de superfície corporal total (SCT). Pode ser avaliada por diferentes métodos:

- Lund e Bowder;^[18]
- A regra dos 9;^[19]
- A regra da palma da mão.^[20]

Ao aplicarmos esta ferramenta e tendo em conta a distribuição da queimadura, podem ser tratadas em CSP^[5,15]:

- As de primeiro grau;
- As de segundo grau com SCT < 15% nos adultos e < 10% nas crianças.

Devem ser referenciadas aos CSS as seguintes situações^[5,15]:

- Não cumprem os critérios anteriores;
- Queimaduras que envolvam a face, mãos, articulações, pés e genitais;
- Queimaduras químicas ou elétricas;
- Queimaduras associadas a complicações (dificuldade respiratória por inalação de fumo, perda de líquidos, necrose do músculo ou trauma associado);
- Doentes com necessidades de apoio social e emocional conforme o evento causador das lesões.

Assim, tendo em conta as complicações descritas anteriormente, numa fase inicial de abordagem, o MF deve avaliar no queimado:

- Os sinais vitais;
- A ventilação;
- Perfusão.

Com esta abordagem inicial, situações com necessidade serem enviadas aos CSS, já se encontram estabilizadas, para que seja garantida uma assistência adequada durante a viagem.^[5]

3. Abcessos

Os abcessos correspondem a uma coleção de material purulento dentro de uma cavidade fechada e, geralmente, bem circunscrita.^[6] Corresponde a um processo infeccioso da pele, resultante geralmente de uma ferida, de uma complicação de uma foliculite ou ainda de uma complicação de um quisto epidermóide.^[5]

Regra geral, os abcessos cutâneos devem ser drenados. Contudo, em determinadas situações, este procedimento não deve ser realizado num ambiente de CSP.^[5]

São indicações para drenagem de abcesso nos CSP os^[6]:

- Superficiais;
- Consequentes de quistos epidermóides que infetaram;
- Localizados,
- Flutuantes;
- Tratamento conservador (antibiótico, calor local) não foi eficaz.

Nos CSP, está contraindicada a drenagem de abcessos anatomicamente mais profundos ou complicados, tais como os da mão, da região perianal e os da região facial entre a raiz do nariz e os lábios.^[5,6] Nestes casos, a referenciação para os CSS é a atitude mais prudente.

Doentes imunodeprimidos, com coagulopatia ou outras condições médicas patológicas que requerem um cuidado acrescido, devem ser abordados de uma forma especial. Contudo, estudos afirmam que estes antecedentes não são contra-indicação absoluta para se proceder à drenagem do abscesso em CSP.^[6]

Em algumas situações o diagnóstico de abscesso não é fácil. Geralmente, a apresentação clínica é semelhante a outras infeções da pele, como a celulite. Desta forma, torna-se importante a identificação e distinção dos dois diagnósticos diferenciais. Nem sempre um abscesso se apresenta na sua forma típica, numa coleção purulenta com uma localização definida, flutuante e com aspeto endurecido. Em algumas situações, na celulite estão presentes características encontradas nos abscessos. Esta distinção é importante, na medida em que a atuação terapêutica varia consoante o diagnóstico final. Entende-se que num quadro de celulite não há a necessidade de recorrer a algum tipo de drenagem, sendo a terapêutica antibiótica a medida correta.^[20]

Após a drenagem do abscesso, deve-se manter seguimento e controlo do mesmo. A primeira avaliação deve ser feita após 24 horas, para retirar, lavar e colocar um novo dreno. Nas 48 horas seguintes, em caso de não se objetivar saída de material purulento, pode-se remover o dreno definitivamente.

Deve referenciar-se aos CSS^[6]:

- Saída de pús que não cessa (indicativo de má drenagem ou da existência de fístula);
- Disseminação da infeção para os tecidos em volta do abscesso;
- Sinais de infeção sistémica.

DISCUSSÃO

A falta de literatura acerca desta prática foi uma das dificuldades que os autores sentiram na realização deste artigo, e que certamente, em Portugal, pode constituir um impedimento de acesso à informação que, conseqüentemente, influencia o interesse dos MF para esta prática.

No que concerne à preparação do MF em pequena cirurgia, esta deve acontecer desde cedo.

Em Portugal estão contemplados, ao longo do internato médico, vários momentos, nos quais a formação cirúrgica está presente. No Internato de Formação Geral (*Portaria n.º 268/2018 de 21 de setembro*^[10]), está definido que o médico deve realizar três meses de estágio na valência de Cirurgia Geral, onde será possível adquirir competências básicas associadas a esta especialidade, através da sua atividade no SU ou na *participação na execução de técnicas de cirurgia geral* (Artigo 5º, alínea a), ponto iii)).

Para além disso, e já no Internato de Formação Específica (*Portaria nº 125/2019 de 30 de abril*^[11]) em *Perfil de competências do especialista em Medicina Geral e Familiar* está descrito que o médico interno de MGF deve desenvolver a aptidão de "Executar procedimentos simples de pequena cirurgia (suturas, drenagens, limpeza de feridas)".

Estas são as oportunidades "obrigatórias" em que um interno de MGF se depara com técnicas cirúrgicas. Por outro lado, se este tiver um especial interesse na área, pode ainda realizar, por exemplo, formações de curta duração numa US que disponha de carteira adicional de serviços em pequena cirurgia ou fazer esse estágio em Cirurgia Ambulatória.

Após esse período, quando já são MF, este contacto pode sucumbir-se. Assim, para uma melhor perceção da opinião dos profissionais de saúde, acerca da prática de PCU nos CSP, seria vantajoso avaliar e, de certa forma, quantificar, através da circulação de inquéritos pelas US do país, a percentagem de MF com o interesse nesta área.

Outro aspeto, igualmente importante, prende-se com a formação contínua do médico. De facto, esta noção é pertinente, na medida em que é eficaz na aquisição e solidificação de conhecimentos e competências, essenciais ao longo da carreira^[12].

A verdadeira questão aqui colocada assenta na necessidade de uma recertificação periódica da prática de PCU. É certo que cada médico tem o dever ético e moral de investir na sua formação, de forma a assegurar o melhor desempenho perante o utente.

A MGF é uma especialidade generalista e, como tal, o leque de assuntos para atualizar é enorme. Consequentemente, o tempo necessário a dispender será, também ele, superior, o que colide com a sobrecarga laboral de alguns MF, dificultando, deste modo, a sua disponibilidade para frequentar as formações.

A presença em cursos ou congressos implica, na maioria dos casos, a deslocação do MF e/ou a ausência da respetiva US. Contudo, os dias disponíveis para estes eventos estão limitados. Para além disso, a generalidade dessas formações são ainda autofinanciadas.

De facto, para uma boa prática de PCU, são vários os aspetos a ter em conta. Estarão os MF com dificuldades em investir, temporal e financeiramente, na formação e/ou recertificação em PCU?

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Portugal apresenta alguma carência nos recursos financeiros, humanos, materiais e de infraestruturas disponíveis para os CSP, que afetam a capacidade de resposta dos mesmos.^[22] Deste modo, seria proficiente analisar estas mesmas dificuldades e avaliar o modo como elas influenciam a prática de PCU nos CSP.

Adicionalmente, esta avaliação seria útil para recolher e entender os constrangimentos que se fazem sentir e perceber as condições existentes nas US para a prática de PCU. Várias são as questões que se levantam a esse respeito: Quererá o MF praticar PCU na sua US, porém esta não apresenta os recursos necessários? Estarão estes recursos assegurados, porém o MF não se encontra capaz? A prática de PCU poderia trazer uma maior felicidade e realização do MF interessado? Estarão os

MF em sobrecarga de trabalho, associado a equipas com número insuficiente de profissionais, que seja uma fonte de *stress* laboral e que afeta motivação dos MF para a realização de novos projetos? Haverá outra razão que impeça a prática de PCU em mais unidades funcionais dos CSP?

CONCLUSÃO

A existência de um documento com linhas orientadoras, que visa elucidar os MF para a prática de PCU, pode quebrar alguns constrangimentos que se fazem sentir. De forma a contrariar isso, este artigo visa mostrar, de um modo geral, as condições necessárias para a prática de PCU nos CSP e a sua aplicabilidade nas lesões mais comuns.

A partir daqui, os autores sugerem que sejam realizadas mais investigações que permitam a exploração dos constrangimentos existentes na US. Aprofundar as questões de carência do SNS, perceber as condições existentes nas US de Portugal e avaliar as dificuldades sentidas pelos médicos no que concerne à formação médica contínua, permitir-nos-ão averiguar estratégias para colmatar os obstáculos encontrados.

A oferta de PCU é tão vantajosa para o SNS que seria relevante implementar uma recertificação periódica dos MF nesta área, para assegurar a qualidade da sua prática.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar meus sinceros agradecimentos à Dr^a. Paula Miranda, a minha orientadora da tese. O seu apoio constante, a sua habilidade em guiar-me na direção certa e o seu comprometimento inabalável foram fundamentais para ajudar-me a alcançar os meus objetivos. Sou profundamente grato pelos seus conselhos, pelo incentivo e por acreditar em mim.

Também gostaria de agradecer ao meu coorientador, o Professor Doutor Luiz Santiago. A sua contribuição crucial e a sua abordagem atenciosa permitiram-me desenvolver uma melhor compreensão do meu projeto.

Gostaria ainda de agradecer a todos os amigos que me acompanharam neste percurso académico com especial destaque para Fábio Mourão, que me apoiou em todos os momentos da preparação da tese.

E por último, mas não menos importante, gostaria de agradecer à minha adorável família, que sempre esteve do meu lado, encorajando-me e apoiando-me em todas as decisões que tomei. O amor, a confiança e o incentivo que me deram foram fundamentais para conseguir chegar onde estou hoje.

Muito obrigado a todos vós. O vosso apoio e orientação favoreceram a realização dos meus objetivos académicos e pessoais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Serra M, Arévalo A, Ortega C, Ripoll A, Giménez N. (2010). Minor surgery activity in primary care. *J R Soc Med Sh Rep*. 1:36.
2. Pereze-Milena A, Simão-Aiex L, Ramirez-Picó MA, Juárez-Jimenez MV. (2012). Avaliação de um programa de formação baseado no Mentoring para aquisição de habilidades em pequena cirurgia num centro de saúde urbano em Jaén, Andaluzia, Espanha. Florianópolis. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 7(25).
3. European Union of Medical Specialists. Emergency Surgery. UEMS Section of Surgery. [Disponível em: <https://uemssurg.org/surgicalspecialties/emergency-surgery/>]
4. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P et al. (2005) A definição Europeia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral/Medicina Familiar), *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 21(5), pp. 511–6.
5. Blanco JMA, Fortet JRC. (2007) A Pequena Cirurgia nas Urgências dos Cuidados Primários. *Miraflores*, pp.7-36.
6. Sales MB, Beneyto F, Diaz FO. (2012). *Cirurgía Menor Urgente. Manual Prático de Cirugía Menor*. Valencia. Cap.16. pp. 223-241
7. Blanco JMA, Habibi S, Pata NR, Fortet JRC. (2016). Integrated Activities in Primary Care – Minor Surgery in Family Medicine. *Primary Care in Practice – Integration is Needed*. Cap. 6.
8. Botting J, Correa A, Duffy J, Jones S, Lusignan S. (2016). Safety of community-based minor surgery performed by GPs: an audit in different settings. *British Journal of General Practice*.
9. George S, Pockney P, Primrose J, Smith H, Little P, Kinley H, et al. (2008). A prospective randomised comparison of minor surgery in primary and secondary care. *The MiSTIC trial. Health Technology Assessment*. 12(23).
10. Diário da República, 1.ª série — N.º 183 — 21 de setembro de 2018 - Portaria n.º 268/2018
11. Perfil de competências do especialista em Medicina Geral e Familiar. Colégio de Medicina Geral e Familiar - Documento elaborado de acordo com Portaria n.º 79/2018 – Regulamento do Internato Médico e Portaria n.º 125/2019 de 30 de abril - Atualização do programa de formação da área de especialização de Medicina Geral e Familiar

12. Marinopoulos SS, Dorman T, Ratanawongsa N, Wilson LM, Ashar BH, Magaziner JL, et al. (2007). Effectiveness of continuing medical education. Evidence Report/technology Assessment. (149), pp. 1-69
13. Humphreys H, Coia JE, Stacey A, Thomas M, Belli AM, Hoffman P *et al.* (2012). Guidelines on the facilities required for minor surgical procedures and minimal access interventions. Journal of Hospital Infection. (80) pp. 103-109.
14. Steve E, MD, Lindblad AJ, PhD, Allan GM, MD. (2017). Non-sterile gloves in minor lacerations and excisions?. Canadian Family Physician. Vol. 63
15. Akiki RK, BA, Mehrzad R, MD. (2020). Practical Management of Common Skin Injuries, Lacerations, Wounds, Trigger Fingers, and Burns. The Journal of the American Board of Family Medicine. 33(5)
16. Gannon R. (2007). Wound cleansing: sterile water or saline? Nurs Times; 103:44–6.
17. Wheeler CB, Rodeheaver GT, Thacker JG, Edgerton MT, Edlich RF. (1976) Side-effects of high pressure irrigation. Surg Gynecol Obstet;143:775–8
18. Lund CC, Browder NC. (1944). The estimation of areas of burns. Surg Gynecol Obstet; 79:352–8.
19. Sabiston DC Jr. (1986). Textbook of Surgery. 13th ed. W B Saunders Company; p. 215.
20. Amirshaybani HR, Crecelius GM, Timothy NH, Pfeiffer M, Siggers GC, Manders EK. (2001). The natural history of the growth of the hand: I. Hand area as a percentage of body surface area. Plast Reconstr Surg;107:726–33.
21. Etcheverria E, MPAS, PA-C. (2020). Recognizing and treating five common dermatologic conditions seen in primary care. Journal of the American Academy of Pas. Vol. 33, no. 11.
22. Ramalho L, Crespo N. (2021). Acesso aos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: Condicionantes e Estratégias. Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde. ISCTE-IUL