



Sutura cirúrgica

Luciano Zogbi*, Gabriel Rigatti^a, Daniel Fagundes Audino^a

^aFaculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil

RESUMO

Sutura cirúrgica refere-se à confecção do ponto ou conjunto de pontos, no sentido de favorecer à evolução da ferida pela aproximação dos tecidos. É a competência cirúrgica mais comum em prontos-socorros e o conhecimento de aspectos básicos é essencial para todo médico, independentemente de sua especialidade. Além disso, apesar dos recentes avanços tecnológicos e da disponibilidade de novos materiais, os fios de sutura continuam sendo os materiais mais versáteis usados na cirurgia. A escolha apropriada da sutura para um procedimento específico é de importância fundamental para o sucesso do procedimento. Assim, ressaltamos neste capítulo, os preceitos fundamentais para a realização de uma adequada sutura.

Palavras-chave:

Procedimentos Cirúrgicos
Menores; Suturas;
Competência Clínica;
Ensino; Medicina.

Keywords:

Minor Surgical Procedures;
Sutures; Clinical
Competence; Teaching;
Medicine.

Surgical suture

ABSTRACT

Surgical suturing refers to the making of a stitch or set of stitches with the goal of favoring wound healing by tissue approximation. It is the most common surgical competency in the emergency department and knowledge of its basic aspects is essential for every doctor, regardless of specialty. In addition, despite recent technological advances and the availability of new materials, sutures remain the most versatile materials used in surgery. Proper suture selection for a specific procedure has critical importance to the success of the procedure. Therefore, in this chapter, we highlight the fundamental underpinnings of surgical suturing.

1. Introdução

A medicina, tal como ocorre em outras áreas do conhecimento humano, desenvolveu, ao longo dos séculos, uma linguagem própria, por vezes complexa, até mesmo para aqueles que dela se servem constantemente. O vocabulário médico é rico em homônimos perfeitos, isto é, palavras que possuem a mesma grafia e o mesmo som, mas que apresentam significados diferentes. *Sutura* é uma dessas palavras que, dependendo do contexto onde está inserida, ainda que configurada de forma denotativa em discursos formais ou em textos científicos, apresenta-se de maneira conotativa, podendo, por exemplo, caracterizar um objeto, indicar uma técnica, dar nome a determinada estrutura anatômica ou, ainda, representar um procedimento cirúrgico. Entendemos, todavia, que a significação contextual de palavras e expressões utilizadas, bem como seu conhecimento histórico, não são essenciais na prática, mas a ciência que cada expressão carrega é gratificante, pois nos fornece subsídios para uma compreensão melhor de determinados aspectos da medicina contemporânea.

É clássica a definição de que *sutura* é todo *material* utilizado para aproximar ou laquear tecidos (1). Apesar disso, *sutura* é mais frequentemente empregada para designar o próprio ato para qual é utilizada; isto é, uma *ação* desempenhada pelo médico para unir

* Autor correspondente: zogbi@furg.br (Zogbi L.)

tecidos com solução de continuidade causadas por trauma ou pela incisão cirúrgica, auxiliando, dessa maneira, o processo de cicatrização por primeira intenção ou, tardiamente, por terceira intenção (1,2). De maneira específica, a expressão *sutura cirúrgica* refere-se à confecção do ponto ou conjunto de pontos, no sentido de favorecer a evolução da ferida por atuar nos seguintes aspectos (3-5):

- imobilização de tecidos;
- redução de espaços anatômicos;
- cria condições de estabilização do coágulo;
- impede a entrada de microrganismos nos tecidos mais profundos;
- auxilia na hemostasia;
- mantém a funcionalidade das estruturas seccionadas;
- promove bom aspecto estético à ferida.

Ao considerar os referidos aspectos, reais necessidades do ato cirúrgico, fica evidente a importância que o conhecimento sobre suturas tem para a atuação profissional, já que estamos diante da competência cirúrgica mais frequente nos prontos-socorros (PS) (6).

Diante disso, este capítulo apresenta as principais características teórico-práticas dos instrumentos que materializam a técnica da sutura simples, também denominada de sutura em pontos separados. Para tanto, pontuamos indicações e contraindicações de sutura em feridas traumáticas; apresentamos detalhes dos materiais de suturas e dos instrumentais cirúrgicos utilizados; exibimos os aspectos envolvidos em todo o procedimento com ilustração da técnica, culminando nas orientações gerais e cuidados sobre a ferida suturada até os passos técnicos da remoção dos pontos.

Em síntese, neste capítulo ilustramos preceitos básicos que permeiam as suturas cirúrgicas e que, se não respeitados no seu conjunto, acabam determinando o fracasso do procedimento e, principalmente, acarretando danos ao paciente.

2. Indicações e contraindicações

Abrasão, contusão e laceração são as injúrias traumáticas mais comuns na emergência do médico generalista (1). São lesões agudas que, frequentemente, necessitam apenas de limpeza adequada, medicações e orientações gerais ao paciente como, por exemplo, nas lesões abrasivas e nas contusas (2). Por outro lado, as lacerações vão além dessa conduta básica, necessitando na maioria dos casos, de reparo cirúrgico; tais lesões correspondem aos danos cortantes ou perfurantes da estrutura dérmica e tecidos moles, possuindo assim, grandes extensões e profundidades (2,3). Além da limpeza da região, é importante que a parte lacerada seja reposicionada novamente à sua condição de origem por meio de suturas em um número mínimo possível para o favorecimento da cicatrização. Independentemente do tipo de injúria, é fundamental avaliação médica minuciosa, devendo seguir sempre o protocolo de tratamento dos traumatismos, a fim de garantir a cura adequada (1-3).

De maneira simplificada, consideramos *indicações e contraindicações (Quadro 1)* para a realização de pontos cirúrgicos (5); não sendo as únicas, já que cada avaliação, ainda que obedeça a alguns aspectos gerais, dá-se de forma particular por parte da equipe médica envolvida no procedimento (6).

Quadro 1 – Principais indicações e contraindicações para a realização de sutura.

| SUTURA SIMPLES | |
|--|--|
| INDICAÇÕES  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> Lesão profunda com exposição do tecido subcutâneo Lesão com afastamento significativo de suas bordas Ausência de tensão para o fechamento Lesão em local de movimentação intensa Lesão com sangramento controlado (hemostasia) Feridas agudas sem contaminação grosseira ou infecção Lesão ocorrida em:<ul style="list-style-type: none"> até 6 a 8 horas (maior parte das feridas) até 12 horas em regiões de maior vascularização (p. ex., face e couro cabeludo) | |
| CONTRAINDICAÇÕES  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> Infecção instalada ou contaminação grosseira da ferida Retenção de corpo estranho Escoriação simples Mordedura por mamíferos Perda grande de tecido, havendo tensão para o fechamento Tempo prolongado entre o trauma e a avaliação:<ul style="list-style-type: none"> > 6 a 8 horas > 10 a 12 horas em regiões de maior vascularização | |

Fonte – Elaborado pelos organizadores com adaptações (5).

3. Material de suturas

3.1 Fio cirúrgico

O fio cirúrgico é o material utilizado para ligaduras, fixações e contenções de estruturas anatômicas através de nós e suturas cirúrgicas (3,4). Apresentam diversas propriedades, tais como (1,4):

- *Reação tecidual*: ocorre quando materiais estranhos são implantados no organismo. O tecido reage causando um processo inflamatório durante 2 a 7 dias, dependendo do material. O processo pode, ainda, ser complicado por infecção, alergia ou traumatismo. Os materiais orgânicos são destruídos por proteólise; os sintéticos sofrem hidrólise.
- *Configuração*: refere-se à quantidade de camadas que compõe o fio. Os fios podem ser *monofilamentares* ou *multifilamentares*. Os monofilamentares costumam ser menos maleáveis, o que gera maior dificuldade de confecção do nó; contudo, traumatizam menos os tecidos e apresentam menor risco infeccioso. Os fios multifilamentares apresentam fácil manuseio, maior flexibilidade e melhor fixação dos nós (Figura 1).

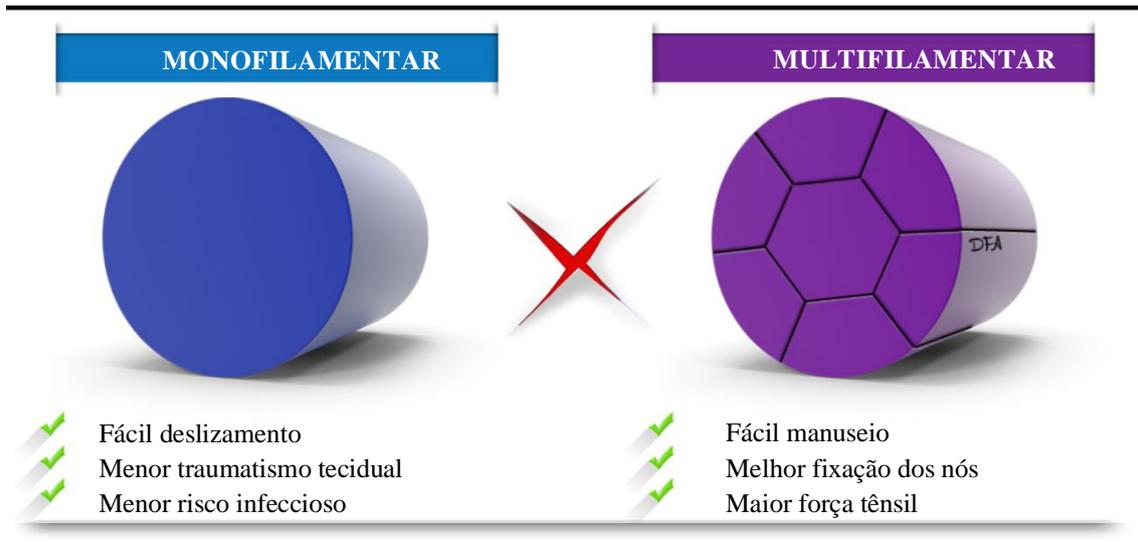


Figura 1 – Propriedade de *configuração* dos fios de sutura.

De maneira comparativa, destacam-se aspectos positivos associados aos dois tipos de fios.

- *Diâmetro*: é determinado em milímetros e expresso em *zeros*, sendo que, quanto menor o calibre do fio, maior o número de zeros (Figura 2); isto é, o fio 3-0, também representado por 000, tem menor diâmetro do que o fio 2-0 ou 00. Fios mais finos (6-0 a 4-0) são utilizados nos tecidos mais delicados e de tensão baixa (p. ex., face, orelha e lábio); fios intermediários (3-0 a 1-0) são utilizados nos locais com maior tensão (p. ex., couro cabeludo, palma da mão e planta do pé); fios grossos (1 a 3) são usados em cirurgias de grande força tênsil (p. ex., fechamento da aponeurose abdominal) (5,8).

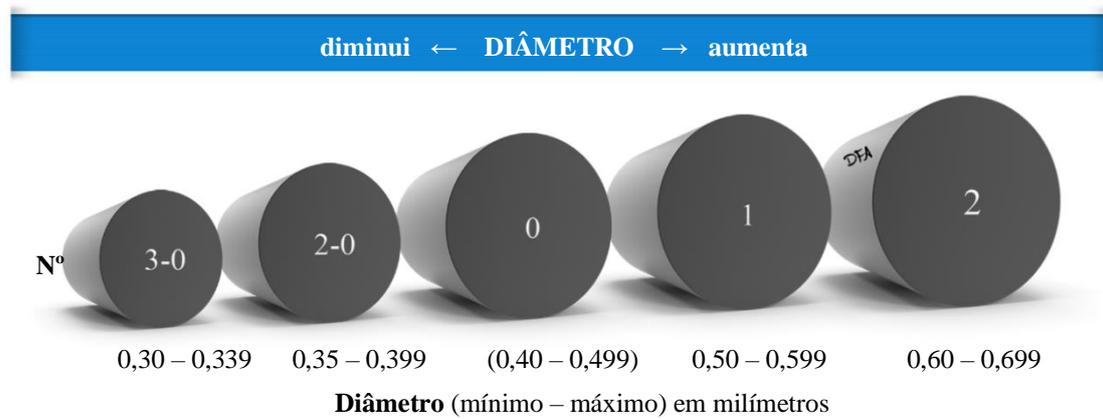


Figura 2 – Relação entre o número cirúrgico e o limite do diâmetro.

A relação estabelecida entre o número do fio (no centro de cada círculo) e o seu diâmetro (abaixo), estão de acordo com os dados do monofilamento preto náilon. O diâmetro dos fios de sutura altera entre padrões predeterminados e seguidos pela indústria, com apresentações que variam, atualmente, de 18-0 (mais fino) a 10 (mais grosso).

- *Força de tensão*: refere-se à força necessária para partir uma sutura. Depende da espessura da sutura, sendo que para o *mesmo material*, fios mais finos são mais fracos e fios mais calibrosos são mais fortes. O nó é o local de menor força de tensão.
- *Manuseabilidade*: é determinada por três propriedades:
 - 1) *Memória*: refere-se à tendência para manter a posição inicial. Quanto maior a memória do fio, maior é a dificuldade em dar os nós e em mantê-los firmes.

2) *Elasticidade*: diz respeito à possibilidade de retorno à posição inicial após a sutura ter sido estendida. Permite manter a tensão da sutura em áreas com variações de volume como, por exemplo, em regiões edemaciadas.

3) *Tensão dos nós*: é a força necessária para um nó deslizar, sendo importante na ligadura de estruturas ocas como artérias e veias.

3.2 Fio ideal

O fio de sutura, seja ele absorvível ou inabsorvível, deve: apresentar grande resistência; ser capaz de manter a força tênsil por tempo suficiente (até que a cicatriz se torne resistente); ser mole, flexível e pouco elástico; comportar-se como um material inerte, com o mínimo de reação tecidual; ter pouco risco infeccioso; ser de baixo custo (1,3). Assim, todas as propriedades inerentes devem ser avaliadas para a escolha do fio ideal.

3.3 Classificação geral dos fios de sutura

Dividem-se, primariamente, em dois grupos: fios absorvíveis e fios inabsorvíveis (Figura 3) (3,6,7).

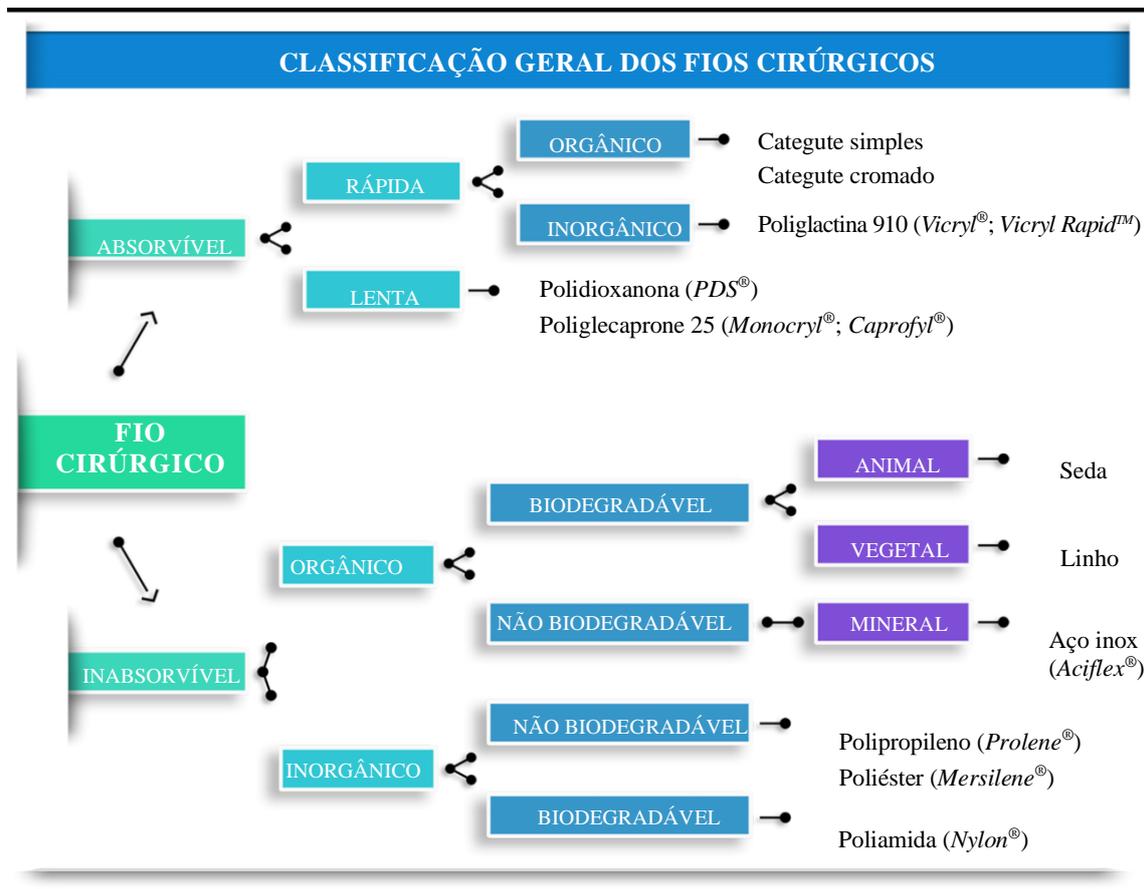


Figura 3 – Classificação e destaque para os principais exemplares.

Cada fio também pode ser classificado quanto à origem do material, cor, perfil de absorção e indicações ou utilizações (Figura 4).

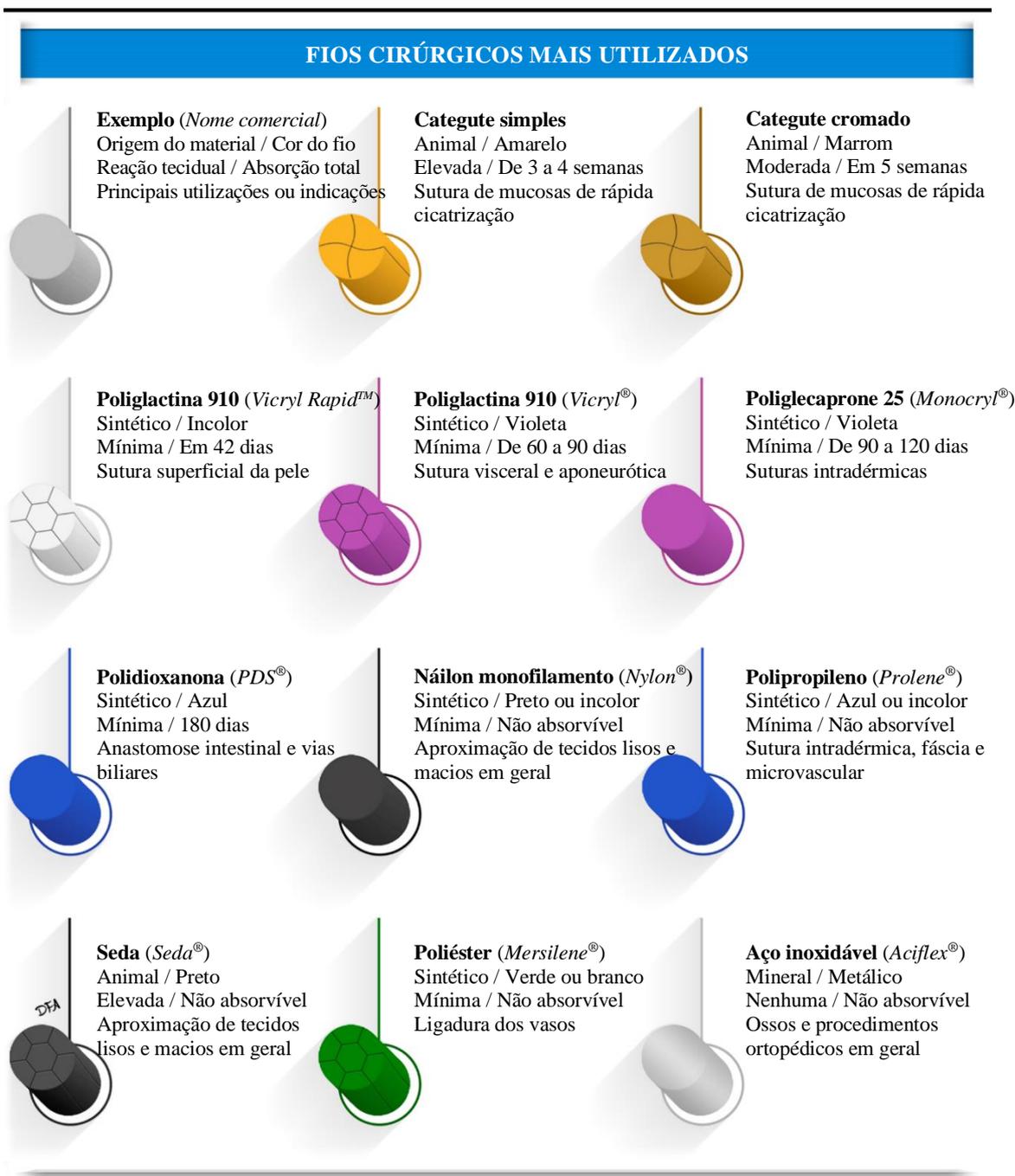


Figura 4 – Principais características dos fios cirúrgicos mais utilizados.

Importante mencionar que os principais fios utilizados nos prontos-socorros são o *náilon* ou *poliamida* (3-0) para suturas em pele e o *categute* (2-0) para sutura de mucosas.

4. Instrumental cirúrgico

Os instrumentos para a realização de suturas são aqueles empregados em qualquer ato operatório, compondo o conjunto básico para a realização das operações fundamentais: diérese, prensão e síntese (Figura 5). São instrumentos utilizados em suturas cirúrgicas (5,6):

- *Pinça anatômica*: instrumento de prensão de diferentes tamanhos utilizado para expor a borda da ferida a ser suturada, segurar a agulha e auxiliar na realização da técnica.

Apresenta ranhuras finas e transversais, possuindo uma utilização universal. A mais utilizada em procedimentos cutâneos é a pinça de *Adson*;

- *Porta agulha*: utilizado para a realização de manobras de reconstrução dos órgãos e planos anatômicos. Possui ponta desenvolvida especificamente para a prensão de agulhas de sutura e, também, dos fios na confecção dos nós;
- *Tesoura*: é um instrumento de diérese. Pode ser curva ou reta, e com dimensões variáveis. No caso de pontos cirúrgicos, seu uso é específico para cortar o fio após o término da sutura.

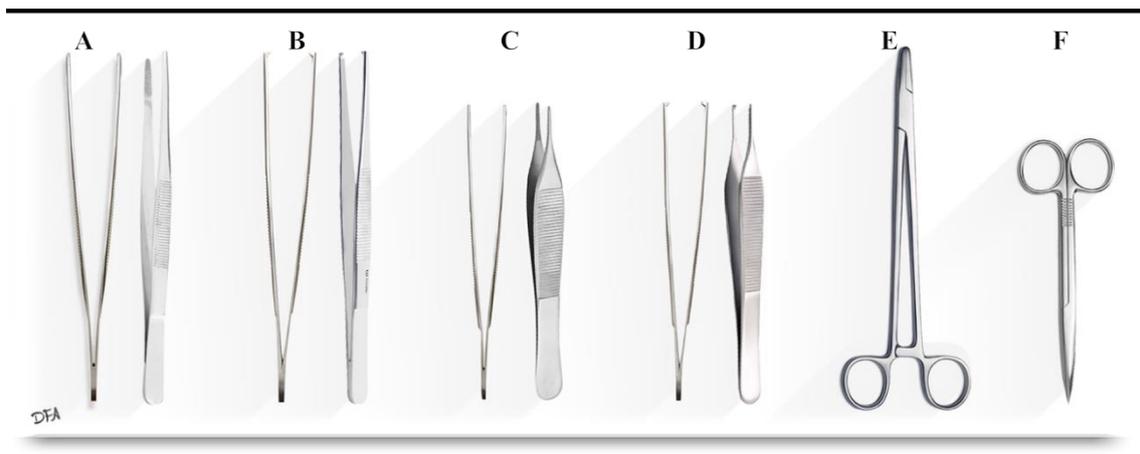


Figura 5 – Pinças em 2 ângulos, porta agulha e tesoura.

A. Pinça anatômica. B. Pinça dente de rato. C. Pinça de *Adson* sem dente. D. Pinça de *Adson* com dente. E. Porta agulha de *Hegar*. F. Tesoura de *Iris*.

Além do conhecimento dos instrumentos, é importante mencionar que cada um deles apresenta uma forma correta de empunhadura (Figura 6). Destacamos abaixo, a pinça e o porta agulha.

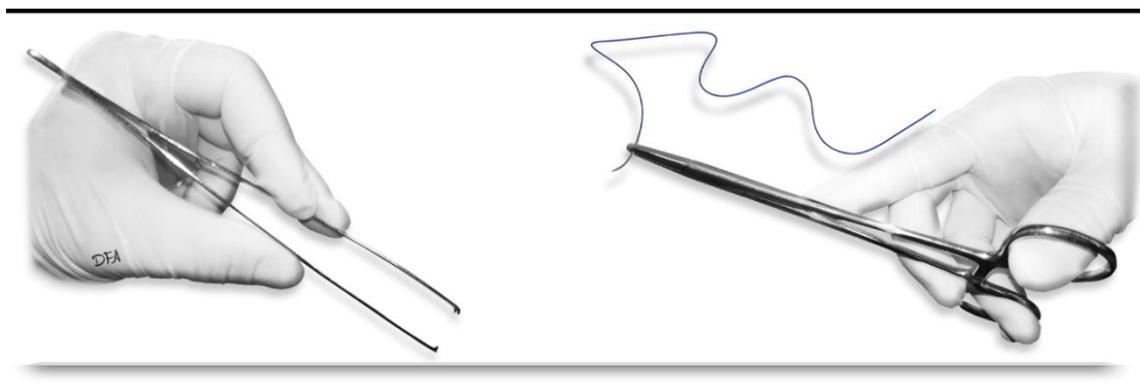


Figura 6 – Empunhadura correta dos instrumentos.

Empunhadura correta da pinça (à esquerda) e do porta agulha (à direita).

Por serem consideradas instrumentais auxiliares, as pinças de prensão são geralmente empunhadas com a mão não-dominante, sendo que o 1º e o 3º quirodáctilo são os responsáveis pelo movimento de fechamento da pinça, enquanto o 2º quirodáctilo serve de apoio. Por outro lado, deve-se segurar o porta agulha com a mão dominante; nos pedregadores, inserir o 1º e o 4º quirodáctilo, fazendo os outros de apoio.

5. Métodos básicos de sutura

As suturas se classificam quanto à sequência de pontos (*contínua* ou *interrompida*), profundidade (*superficial* ou *profunda*), espessura do tecido (*perfurante total* ou *parcial*), finalidade (*hemostática*, *aproximação*, *sustentação* ou *estética*) e posição das margens (*confrontante*, *invaginante* ou *de eversão*) cada qual com vantagens e desvantagens (7-8). Como este capítulo é destinado ao acadêmico e futuro médico generalista, focaremos os detalhes na sutura simples, mais utilizada em prontos-socorros e cirurgias ambulatoriais.

5.1 Ponto simples

É a mais usada e, também, mais versátil de todas as suturas, tanto pela praticabilidade, quanto pela segurança. Consiste, basicamente, na passagem do fio-agulha uma vez em cada borda da ferida, pegando-se porções iguais do tecido e na mesma profundidade (5-8). Por serem pontos separados, sua ação é independente das outras linhas de suturas; ou seja, se um ponto romper, os outros não ficarão comprometidos (Figura 7). Além disso, permite mobilidade tecidual entre as suturas, sendo usada tanto em suturas internas quanto externas.

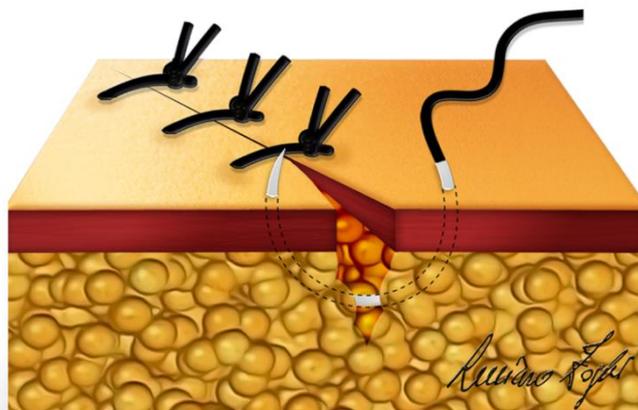


Figura 7 – Representação da confecção de suturas separadas. Observar a distância entre os pontos, a simetria e a profundidade da passagem do fio-agulha.

As ilustrações a seguir (**Figura 8**), demonstram passo a passo como confeccioná-la (5-8). Assim, para melhor compreensão da técnica, mentalize um profissional destro, utilizando o porta agulha com a mão dominante, estando posicionado de costas ao leitor.

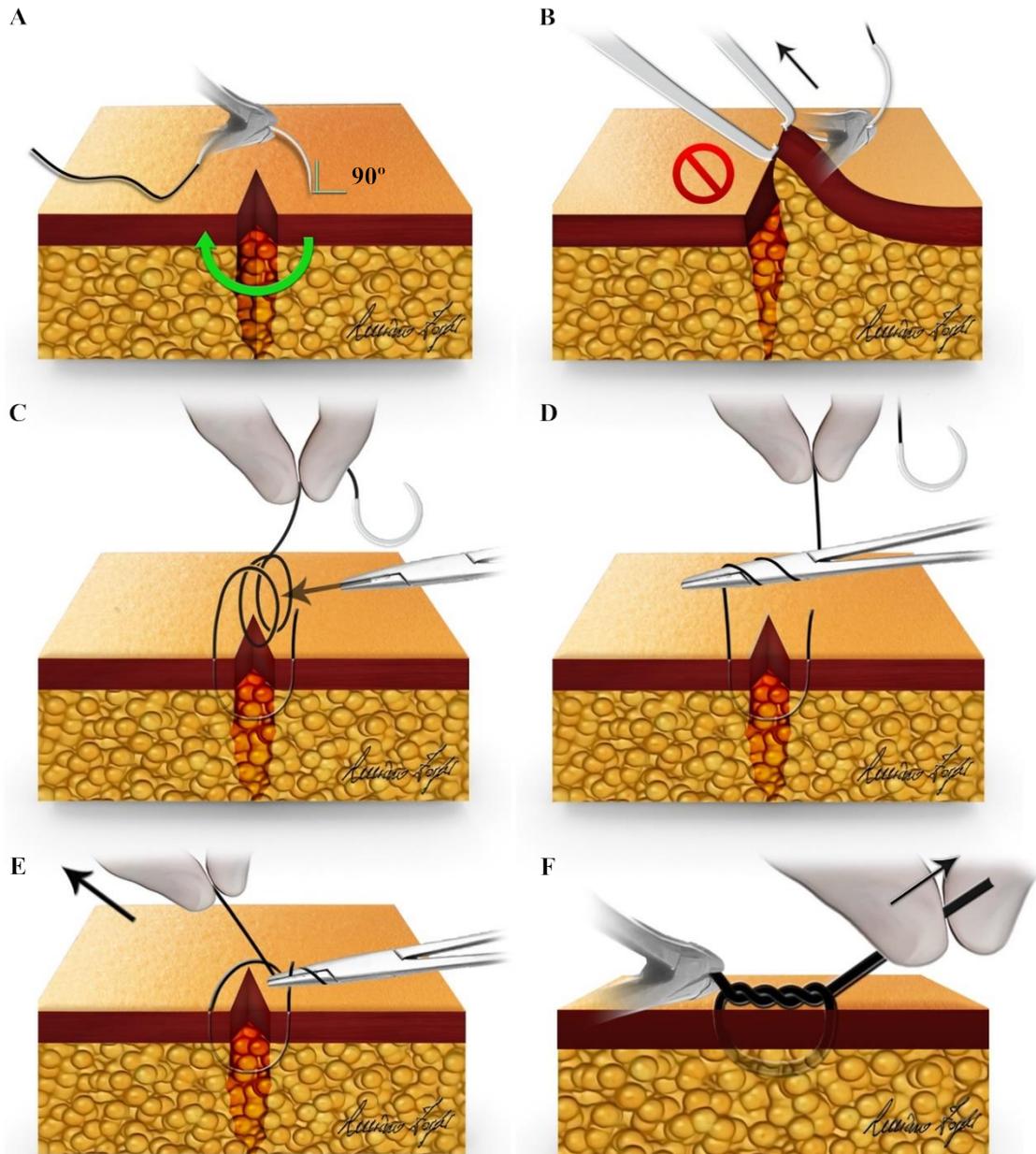


Figura 8 – Passo a passo na confecção da sutura simples.

A. Ao penetrar a pele, a ponta da agulha deve posicionar-se perpendicularmente para envolver epiderme, derme e parte do subcutâneo. A transfixação dos tecidos deve ser realizada com a ponta da agulha mantendo contato em 90° com a superfície. **B.** Erro bastante frequente realizado por iniciantes, buscando exteriorizar a agulha antes mesmo de penetrá-la na pele. **C.** Confecção do nó utilizando o porta agulha: como realizar o nó com o porta agulha, iniciando com nó duplo. **D.** Representação do fio em torno da ponta do porta agulha duas vezes. **E.** Fechamento do nó duplo antes e após aproximação das bordas da ferida. **F.** Deve-se puxar o fio mantendo o laço duplo e deixar o laço descer para o fio segurando a extremidade curta do fio. A tração deve ser aplicada no mesmo plano do nó sem tensionar demais. Após a aproximação das bordas da ferida, deve-se abrir o porta-agulha e liberar a extremidade curta do fio para, então, confeccionar os outros seminós.

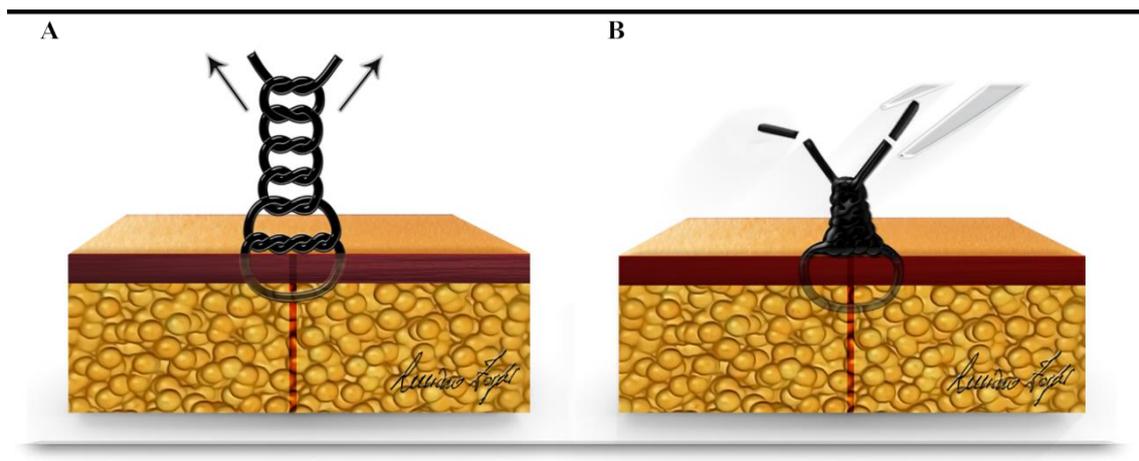


Figura 9 – Confecção dos outros seminós para a fixação da sutura.

A. Observar que cada nó é realizado no sentido inverso do nó anterior. **B.** Aspecto final do ponto: deve-se cortar as duas pontas simultaneamente a 1 cm do nó.

6. Materiais

Para a realização da sutura cirúrgica deve-se preparar os seguintes materiais (6):

- equipamento de proteção individual (EPI):
 - par de luvas estéril,
 - gorro;
 - propés;
 - avental descartável (preferencialmente estéril);
 - máscara;
 - óculos de proteção.
- pacotes de compressa estéril;
- pacotes de gaze estéril;
- campo estéril para mesa cirúrgica auxiliar ou carro de instrumentação;
- campo fenestrado estéril (p. ex., 50 x 50 cm);
- solução antisséptica (p. ex., clorexidina a 0,5% para pele);
- solução fisiológica (SF) a 0,9%;
- cuba pequena estéril;
- anestésico local (p. ex., lidocaína a 2%);
- seringa de 5 ou 10 mL;
- agulha para aspiração anestésica 40 x 1,2 mm (18G);
- agulha para infiltração anestésica 25 x 0,7 mm (22G);
- fio-agulha (p. ex., náilon 3-0 para pele e *catagute* 2-0 para mucosa);
- porta agulha (p. ex., porta agulha de *Hegar*);
- pinças anatômicas (p. ex., pinças de *Adson* com e sem dente);
- tesoura de fio (p. ex., tesoura de *Iris*);
- material para curativo.

7. Aspectos a serem lembrados na realização de suturas cutânea e mucosa

Durante a formação de graduandos em medicina e residentes em cirurgia, diversas falhas técnicas podem passar despercebidas, muitas vezes pequenas, mas que podem ser aprimoradas rumo à perfeição. Independentemente do local e do tipo de fio de sutura, enumeramos alguns aspectos que, se forem observados e executados constantemente na

prática, seja no treinamento ou em uma situação real, levarão, naturalmente, qualidade ao resultado da sutura (5,6,10).

7.1 Assepsia e antissepsia

Sutura é um procedimento cirúrgico e, por isso, o cuidado com a assepsia deve ser rigoroso e constante (1,3,9). Dessa forma, inicia-se sempre com a colocação do equipamento de proteção individual. Assim, o médico eleito para realização do procedimento deve:

- colocar máscara, gorro e óculos de proteção;
- calçar propés e vestir o avental (se este não for estéril);
- higienizar as mãos;
- secar as mãos com compressa estéril;
- calçar luvas estéreis com técnica adequada;
- realizar antissepsia do campo operatório: usar solução de clorexidina preferencialmente ou, na falta dessa, iodopovidona a 10% (PVPI). Em mucosas, utiliza-se o antisséptico aquoso, evitando antisséptico alcoólico. Durante todo o procedimento, embora o praticante esteja com o seu foco na área a ser suturada, deve-se prestar atenção para que nenhuma porção do fio de sutura ou o material em uso entre em contato com estruturas contaminadas, além da área previamente limpa e/ou coberta com o campo cirúrgico esterilizado (11).

7.2 Anestesia local

Todo o procedimento deve ser executado de forma indolor, minimizando o desconforto do paciente. Anestésicos locais do grupo amida (p. ex., lidocaína) são seguros na maioria dos casos; todavia, é recomendável perguntar ao paciente se existe a experiência prévia com anestesia local e se surgiram alergias ou reações adversas graves.

- realizar anestesia local: utiliza-se, normalmente, lidocaína a 2%;
- respeitar a dose máxima do anestésico local (p. ex., para lidocaína, a dose máxima em adultos é de 5 mg/kg sem vasoconstritor e de 7 mg/kg com vasoconstritor). (Estudar maiores detalhes no capítulo *Anestesia local*).

7.3 Técnica

Após os primeiros cuidados, deve-se prosseguir com a realização da sutura. Para tanto, é fundamental respeitar os detalhes técnicos listados a seguir:

- a transfixação dos tecidos deve ser realizada com a ponta da agulha mantendo contato em 90° com a pele a fim de abranger toda a espessura/profundidade da epiderme e da derme. A mesma regra vale para mucosas;
- utilizar a pinça anatômica para pinçar os tecidos somente se for realmente necessário para passagem da agulha; caso a agulha penetre facilmente no ponto desejado, evitar pinçar a pele, pois pinçaduras desnecessárias podem adicionar microlesões à pele;
- evitar desperdício de material, passando o fio na sua quase totalidade, deixando somente 1 a 2 cm da extremidade distal do fio exteriorizado para a confecção do nó com o porta agulha; exceto, se for necessária a realização de sutura manual, geralmente em suturas sob tensão;
- os nós devem ser fixados a fim de fechar completamente a região a ser suturada, evitando deixar porções da ferida abertas; mas também, evitando apertá-los em demasia;

suturas com pontos muito próximos ou com nós muito apertados podem causar interrupção do fluxo sanguíneo para aquela porção da pele e consequente diminuição da cicatrização local;

- a quantidade de nós depende do tipo de fio utilizado, sendo recomendado, pelo menos, cinco seminós para o náilon e três para o catagute e para fios multifilamentares. Cada nó deve ser realizado em sentido invertido em relação ao nó anterior para melhor fixação (Figura 9). A sequência correta do exemplo apresentado consiste em:

1. dê um nó simples no topo do nó anterior (duplo): coloque o porta-agulha sob o fio. Passe a extremidade longa do fio em volta do porta-agulha uma vez; abra-o e utilize o porta agulha para segurar a extremidade curta do fio; deixe o laço único descer para fora do porta agulha e tensione o fio. A tração deve ser aplicada no mesmo plano do nó, sem tensionar demais; abra o porta agulha para liberar a ponta curta do fio;

2. dê um nó simples acima do nó anterior no sentido oposto: coloque o porta agulha contra a extremidade comprida do fio. Passe a extremidade comprida do fio sobre porta agulha uma vez, posicionando o fio distalmente a você; abra o porta agulha e posicione-o para segurar a extremidade curta do fio; deixe o laço único descer para fora do porta agulha e tensione o fio. A tração deve ser aplicada no mesmo plano do nó, sem tensionar demais; abra o porta agulha para liberar a ponta curta do fio.

- dedicar atenção e capricho na sequência dos pontos, procurando manter distância semelhante entre cada um deles, de forma ritmada e simétrica, bem como cortar o fio uniformemente na mesma altura em todos os pontos. A secção do fio, após o nó, deve levar em consideração o tipo de fio utilizado e o tecido suturado. Fios monofilamentares possuem memória, exigindo secção com cotos de, pelo menos, 1 cm quando utilizados na pele;

- após finalizar a sutura, retire os campos cirúrgicos, limpe a área e seu entorno com clorexidina, certificando-se de remover todos os vestígios de sangue;

- confeccione o curativo compressivo.

8. Orientações e cuidados adicionais

Deve-se orientar o paciente e/ou seu responsável, verbalmente e por escrito, acerca dos seguintes aspectos (4,7,8,12):

- cuidados necessários acerca de analgesia, se necessário;
- curativos – se for uma incisão suturada primariamente, o curativo deve permanecer somente por 24 a 48 horas, não sendo obrigatório após esse prazo;
- limpeza da região suturada com água e sabão neutro;
- vacina antitetânica em casos de trauma, contaminação e validade vencida;
- atentar para complicações (p. ex., infecção local, seroma, deiscência da sutura, sangramento, hematoma, prejuízo funcional, dor persistente);
- orientar retorno aos serviços médicos em caso de dúvidas ou complicações;
- cuidados com a cicatrização, incluindo proteção contra a radiação solar;
- data e local para retirada dos pontos.

9. Retirada dos pontos cirúrgicos

Consiste na remoção de suturas da pele de uma ferida cicatrizada sem lesionar o tecido. É um procedimento operacional padrão da equipe de enfermagem, podendo ser realizada por médicos e, em determinados casos, pelo técnico de enfermagem devidamente

autorizado (10). Vale lembrar que as atividades e responsabilidades assumidas pelos profissionais de saúde modificam-se conforme o cenário no qual estão inseridos.

9.1 Finalidade e tempo de retirada

A remoção da sutura pode ser total ou parcial (alternadamente), cujas finalidades são:

- realizar a limpeza da ferida cirúrgica;
- favorecer a drenagem de exsudato da ferida;
- favorecer a cicatrização da ferida prevenindo a infecção do sítio cirúrgico;
- prevenir complicações como infecção e reações ao fio de sutura.

Em geral, a remoção pode ser feita após 7 a 10 dias da sutura. Em suturas de face, podem ser retirados precocemente; e em suturas de membros inferiores, especialmente na planta do pé, tardiamente (5,7,8,12).

Quadro 2 – Relação entre o tempo de retirada dos pontos cirúrgicos e a região anatômica.

| TEMPO | (em dias) | PARA RETIRADA DA SUTURA |
|--|-----------|---|
|  | 7 a 10 | ▶ Couro cabeludo |
| | 3 a 4 | ▶ Pálpebra e lábio |
| | 3 a 5 | ▶ Nariz e supercílio |
| | 10 a 14 | ▶ Orelha |
| | 8 a 10 | ▶ Tronco (face anterior) |
| | 12 a 14 | ▶ Dorso e extremidades |
| | 10 a 14 | ▶ Mão, pé e sola |
| | + 2 a 3 | ▶ Adicionar para superfícies extensoras |

Esse tempo pode modificar de acordo com a presença de certos fatores como infecções, capacidade de cicatrização, higiene realizada, entre outros (Quadro 2). Vale lembrar que o médico que realizou o procedimento é quem irá determinar com quantos dias o paciente poderá tirar os pontos cirúrgicos. Assim, antes da remoção, deve-se sempre solicitar ao paciente à prescrição médica.

9.2 Materiais necessários

Os equipamentos necessários para retirada dos pontos cirúrgicos são (11):

- EPI (com luvas de procedimento);
- bandeja não estéril;
- carro de curativos (ou mesa auxiliar/superfície fixa);
- pacote de curativo estéril ou *kit* de retirada de pontos (tesoura cirúrgica romba e curva e uma pinça anatômica); ou na ausência, utilizar luva estéril e lâmina de bisturi: nº 21, 22, 23 ou 24 – (selecionar de acordo com o tipo de fio, sutura e local);
- pacote de gaze estéril;
- SF a 0,9%;
- lixeira para resíduo infectante;
- biombo, se necessário.

9.3 Descrição técnica

A técnica é simples, mas exige cuidados. Consiste nos seguintes passos (10,11):

- realizar higienização das mãos com água e sabão (9);
- fazer desinfecção da bandeja com algodão embebido em álcool a 70%;
- selecionar o restante do material para o procedimento, colocando-o na bandeja;
- levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la no carro de curativos;
- apresentar-se ao paciente e acompanhante e checar os dados de identificação;
- orientar o paciente quanto ao procedimento, solicitando sua autorização;
- promover privacidade, utilizando biombos, se necessário;
- colocar EPI;
- posicionar o paciente adequadamente, expondo apenas a área da ferida operatória;
- abrir o material a ser utilizado no carro de curativos com técnica asséptica;
- realizar limpeza da ferida utilizando gaze estéril embebida com SF a 0,9% (repetir este procedimento quantas vezes for necessário);
 - retirar com gaze estéril seca o excesso de SF a 0,9% da ferida operatória;
 - manter uma gaze próxima a ferida para a identificação dos pontos removidos;
 - utilizando a pinça, tracionar firmemente o local de cruzamento do fio no primeiro ponto cirúrgico para inserir a ponta distal da tesoura ou da lâmina de bisturi na extensão do fio de sutura acima do nível da pele;
 - cortar o fio de sutura com o corte da lâmina voltado para cima, cortar logo abaixo do cruzamento do fio e tracioná-lo;
 - retirar o ponto cirúrgico com a pinça (Figura 10);

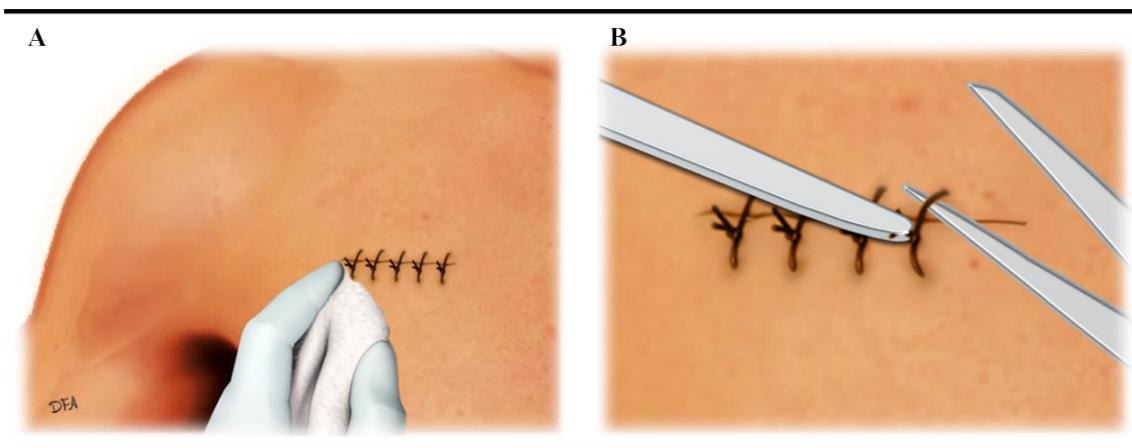


Figura 10 – Retirada correta dos pontos.

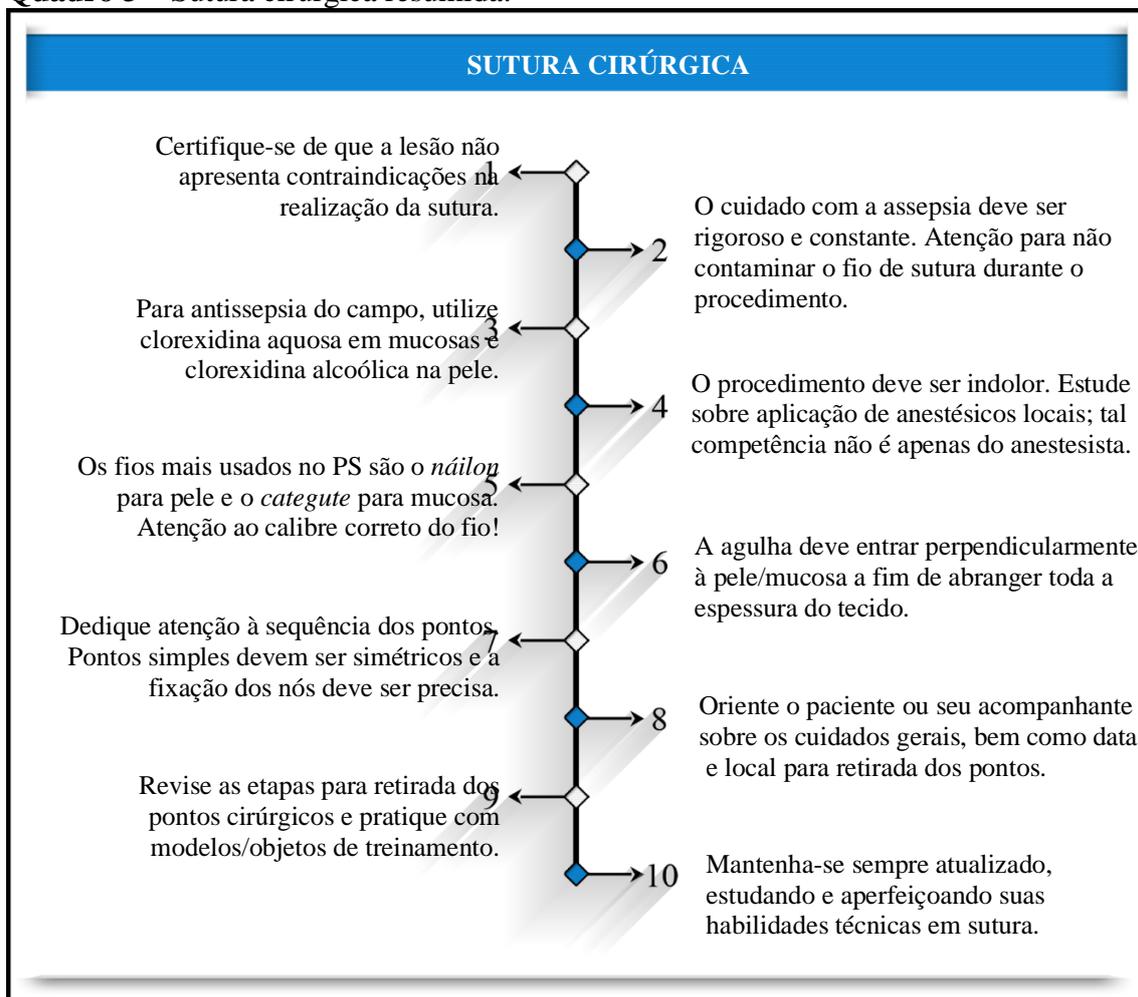
A. Limpeza prévia à remoção dos pontos. **B.** Realização do corte do fio com tesoura.

- colocar os pontos cirúrgicos retirados sobre a gaze; após a remoção dos pontos, realizar novamente limpeza local com gaze estéril embebida com SF a 0,9% (se possível, o paciente deve manter o curativo por mais 48 horas para aposição das bordas da lesão) e retirar com gaze seca o excesso de SF (5,10);
 - desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
 - retirar o EPI e realizar higienização das mãos com água e sabão;
 - realizar o registro do procedimento no prontuário do paciente.

10. Considerações finais

O avanço tecnológico tem permitido o desenvolvimento de diversos tipos de materiais de síntese, desde os inabsorvíveis até os biodegradáveis (13). Apesar disso, o fio de sutura continua sendo o mais importante, pois é o mais versátil dentre todos. A técnica de sutura simples é um procedimento comum no dia-a-dia do médico generalista. Por isso, o treinamento intenso de um método aprendido resultará em uma sutura de qualidade, sendo esse aspecto fundamental para o paciente (Quadro 3). Assim, estude o capítulo várias vezes e coloque o conhecimento adquirido em prática. Quanto mais você estudar e praticar, maior a possibilidade de fixar os conhecimentos. A repetição leva à perfeição. Por fim, destacamos itens básicos deste capítulo, mas que merecem atenção e devem ser sempre lembrados.

Quadro 3 – Sutura cirúrgica resumida.



11. Referências

1. Barros M, Gorgal R, Machado AP, Correa A, Montenegro N. Princípios básicos em cirurgia: Fios de sutura. Acta Med Port; 2011;24(4): 1051-6.
2. Tazima MFGS, Vicente YAMVA, Moriya T. Biologia da ferida e cicatrização. Medicina (Ribeirão Preto) 2008;41(3): 259-64.
3. Goffi FS. Técnica cirúrgica: bases anatômicas, fisiopatológicas e técnicas da cirurgia. Rio de Janeiro: Atheneu; 2007.
4. Margarido NF, Tolosa EMC. Técnica Cirúrgica Prática. São Paulo: Atheneu; 2005.

5. Santos CER, Barbosa CA, Rodrigues DB. Fios de sutura. In: Saad-Junior R, Tratado de cirurgia CBC. 1ª ed. São Paulo. Atheneu 2009;15: 198-213.
6. Sabiston DC, Townsend CM. Sabiston textbook of surgery: The biological basis of modern surgical practice. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2016.
7. Medeiros AC, Araújo-Filho I, Carvalho MDF. Surgical sutures. J Surg Cl Res; 2016;7(2): 74-86.
8. Saad Jr R, Salles RA, Carvalho WR, Maia AM, Castro Filho HF. Tratado de Cirurgia do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Rio de Janeiro: Atheneu; 2015.
9. Flach J, Rodrigues FO, Silva PA. Infecção hospitalar veiculada através das mãos: importância, conscientização e responsabilidade. Vittalle. Revista de Ciências da Saúde, 2018; 21(2): 25-36.
10. Lech J. Manual de Procedimentos de Enfermagem. Hospital Alemão Oswaldo Cruz: Martinari; 2006.
11. Marques, RG (org.). Técnica Operatória e Cirurgia Experimental. Ed Guanabara Koogan, 2005; 325-336.
12. Medicina, Ribeirão Preto, Simpósio: Fundamentos em Clínica Cirúrgica - 1ª Parte 2008;41(3):259-64.
13. Lauz S, Rivoire H, Almeida G, Possette P. O uso de adesivo cirúrgico na cicatrização cutânea. Vittalle. Revista de Ciências da Saúde, 2017;5(2): 23-32.