

Programa de Residência em
**ENFERMAGEM DE FAMÍLIA
E COMUNIDADE**



GUIA DE SUTURA SIMPLES PARA ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

SÉRIE QUALIFICA | HABILIDADES



SAÚDE



Programa de Residência em
**ENFERMAGEM DE FAMÍLIA
E COMUNIDADE**



GUIA DE SUTURA SIMPLES PARA ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

SÉRIE QUALIFICA | HABILIDADES



SAÚDE



Rio de Janeiro/RJ
2024



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons — Atribuição Não Comercial 4.0 Internacional. Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

© 2024 — Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (PREFC/SMS-Rio) Rua Evaristo da Veiga, n.º 16, 3.º andar, Centro — Rio de Janeiro/RJ — CEP 20031-040 — <https://sigafenf.subpav.org/>

Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro

Eduardo Paes

Secretário Municipal de Saúde

Daniel Soranz

Subsecretário Executivo

Rodrigo Prado

Subsecretário de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde

Renato Cony Seródio

Superintendente de Integração de Áreas de Planejamento

Emanuelle Pereira de Oliveira Corrêa

Superintendente de Promoção da Saúde

Denise Jardim de Almeida

Superintendente de Vigilância em Saúde

Gislani Mateus Oliveira Aguiar

Superintendente de Atenção Primária

Larissa Cristina Terrezo Machado

Coordenador de Desenvolvimento de Pessoas

Vilmar Costa

Gerente de Desenvolvimento Técnico Acadêmico

Vânia Lúcia Monteiro de Carvalho

Coordenadora do Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade

Jacqueline Oliveira de Carvalho

Gerente do Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade

Letícia Vieira Lourenço

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Guia de sutura simples para enfermeiros da atenção primária / Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. -- Rio de Janeiro : Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2024. -- (Programa de residência em enfermagem de família e comunidade. Série qualifica : habilidades)

Bibliografia
ISBN 978-65-86417-53-1

1. Atenção Primária à Saúde (APS) 2. Enfermagem
3. Procedimentos médicos 4. Saúde pública
I. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.
II. Título. III. Série.

24-235235

CDD-616.0252

Índices para catálogo sistemático:

1. Atenção Primária à Saúde : Diretrizes práticas :
Medicina 616.0252

Eliane de Freitas Leite - Bibliotecária - CRB 8/8415

Elaboração

Jacqueline Oliveira de Carvalho
Patricia Ferraccioli Siqueira Lemos

Colaboração

Alessandra Mattos
Edineia Lazzari
Gabriela Moço de Azevedo
Igor Azeredo Cruz
Karine Detes Canto
Leticia Lourenço Vieira
Marianne de Lira Maia
Michelle Adrienne da Costa de Jesus
Tatiane Ribeiro Almeida
Tulio Padilha

Revisão Técnica

Larissa Cristina Terrezo Machado

Capa, Projeto Gráfico e Diagramação

Claudio Verçosa

APRESENTAÇÃO

É com grande satisfação que apresentamos o Guia de Sutura Simples, um passo no fortalecimento da prática clínica dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro. Este guia, elaborado com base na recente nota técnica do Conselho Federal de Enfermagem, que autoriza a realização de sutura simples por enfermeiros, representa um avanço para a nossa profissão e para a qualidade do atendimento à saúde.

Este guia não é apenas um manual técnico; ele é uma estratégia da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para ampliar o escopo de atuação dos enfermeiros. O objetivo é oferecer uma ferramenta prática que instrumentalize os enfermeiros a realizar suturas simples com segurança e eficiência, seguindo as melhores evidências e práticas disponíveis. Os principais objetivos deste guia são: padronizar a técnica de sutura de lesões cutâneas superficiais, garantindo uniformidade e qualidade no atendimento; aplicar analgesia loco-regional conforme diretrizes, melhorando o conforto dos pacientes; e favorecer a cicatrização de lesões por meio da aproximação das bordas da ferida de maneira eficaz.

O guia abrange diversos aspectos essenciais para a prática da sutura simples. Inicia-se com conceitos e definições importantes, esclarecendo que a sutura simples se refere à união da pele em feridas cortocontusas superficiais, utilizando fio e agulha. A Resolução COFEN nº 731/2023, que autoriza a realização de sutura simples por enfermeiros com restrições a ferimentos profundos, é um marco regulatório fundamental mencionado no guia.

Além das definições, o guia detalha os materiais e equipamentos necessários para a realização segura e eficiente do procedimento. Inclui uma listagem de materiais permanentes e descartáveis, garantindo que todas as etapas sejam realizadas com segurança e precisão.

Ampliar o escopo de práticas dos enfermeiros é essencial para a melhoria dos serviços de saúde, especialmente na Atenção Primária à Saúde. Isso contribui diretamente para o cumprimento dos atributos da Atenção Primária à Saúde, como atenção no primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado. Enfermeiros mais capacitados e com maior autonomia podem reduzir o tempo de espera e melhorar a eficiência do atendimento, aumentar a capacidade de resposta às urgências e emergências locais e promover a continuidade do cuidado, especialmente em áreas de difícil acesso.

O Guia de Sutura Simples é uma conquista que deve ser celebrada. Esperamos que ele alcance nossas 238 unidades de saúde e fortaleça a prática da enfermagem da nossa Rede de Atenção à Saúde. Ele não só amplia a capacidade técnica dos nossos enfermeiros, mas também reafirma nosso compromisso com a saúde da comunidade, oferecendo um atendimento mais qualificado e humanizado. Este é um passo importante para a valorização e inovação na prática da enfermagem. Vamos utilizá-lo como uma ferramenta para transformar e fortalecer a nossa atuação na Atenção Primária à Saúde.

Jacqueline Carvalho

Coordenadora do PREFC

SUMÁRIO

1.CONCEITO.....	10
2.OBJETIVOS.....	10
3.CARACTERÍSTICAS.....	11
4.INDICAÇÕES PARA SUTURA SIMPLES.....	11
5.CONTRAINDIÇÕES PARA SUTURA SIMPLES.....	12
6.CONCEITOS.....	13
7.NATUREZA DO AGENTE VULNERANTE.....	19
7.1. FERIDAS INCISAS.....	19
7.2. FERIDAS CONTUSAS.....	19
7.3. FERIDAS PERFURANTES.....	20
7.4. FERIDAS PENETRANTES.....	20
7.5. FERIDAS TRANSFIXANTES.....	20
8.MATERIAIS E EQUIPAMENTOS GERAIS.....	20
8.1. MATERIAIS PERMANENTES NA SALA DE CURATIVOS.....	20
8.2. MATERIAIS PERMANENTES PARA O PROCEDIMENTO.....	21
8.3. MATERIAIS DESCARTÁVEIS.....	21
8.4. PRODUTOS E COBERTURAS.....	21
9.EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPIs) E MEDIDAS DE PREVENÇÃO.....	22
9.1 EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPIs).....	22
9.2 EPIs E DEMAIS MEDIDAS DE PROTEÇÃO.....	22
10.TÉCNICA DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS.....	23
11.TÉCNICA PARA CALÇAR E DESCALÇAR LUVAS ESTÉREIS.....	25
12.AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM E EXAME FÍSICO.....	27
13.PROFILAXIA DO TÉTANO.....	29
14.ETAPAS INICIAIS.....	29
14.1 TRATAMENTO DE LESÕES POR TRAUMA.....	29
14.1.1 FECHAMENTO PRIMÁRIO.....	29

14.1.2 FECHAMENTO PRIMÁRIO	30
14.2 ANALGESIA	30
14.3 PREPARO DO LOCAL DO TRAUMA.....	30
14.4 ANESTESIA LOCAL POR INFILTRAÇÃO PERCUTÂNEA	30
14.4.1 COMPLICAÇÕES GERAIS RELACIONADAS À ANALGESIA LOCAL	33
14.5 HEMOSTASIA	35
14.6 LIMPEZA DO LEITO DA LESÃO E DESBRIDAMENTO.....	35
15.SUTURA SIMPLES: TIPOS E ESPESSURA DE FIOS	35
16.SUTURA SIMPLES: TIPOS E TENSÕES DOS PONTOS	36
17.PONTO SIMPLES.....	37
18. ÁREAS ANATÔMICAS ESPECÍFICAS.....	42
18.1 LÁBIOS.....	42
18.2 LÍNGUA	42
18.3 COURO CABELUDO.....	43
18.4 PÁLPEBRAS	43
19. APLICAÇÃO DA TÉCNICA DE SUTURA.....	43
19.1 SEPARAR OS MATERIAIS NECESSÁRIOS AO PROCEDIMENTO	43
19.2 DESCRIÇÃO DA TÉCNICA DE SUTURA SIMPLES EM LESÕES SUPERFICIAIS .	45
20. ORIENTAÇÕES E CUIDADOS	46
21. RETIRADA DE PONTOS	47
22. COMPLICAÇÕES	48
22.1 INFECÇÕES INCISIONAIS	48
22.2 DEISCÊNCIA DE SUTURA.....	48
22.3 REAÇÃO DE CORPO ESTRANHO.....	49
22.4 HEMATOMAS E SEROMAS.....	49
23. ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS EXECUTANTES	50
23.1 ATRIBUIÇÕES DO(A) TÉCNICO(A) DE ENFERMAGEM.....	50
23.2 ATRIBUIÇÕES DO(A) ENFERMEIRO(A).....	51

23.3 ATRIBUIÇÕES DO(A) MÉDICO(A).....	52
23.4 ATRIBUIÇÕES DOS(AS) AUXILIARES DE SERVIÇOS GERAIS	52
24. FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO Á PESSOA COM FERIDA AGUDA PELO ENFERMEIRO	53
25. REFERÊNCIAS.....	54



1. CONCEITO

Entende-se por sutura simples aquelas realizadas para a união da pele em feridas corto contusas acidentais e superficiais de pele e/ou estabilização externa de dispositivos sob a pele, com utilização de fio e agulha. Os ferimentos superficiais são considerados aqueles ferimentos corto contusos abertos e limpos que atingem camadas da pele até a hipoderme (COFEN, §1º e 2º, 2023).

Legislação: A Resolução COFEN nº 731 de 13 de novembro de 2023 resolve em seu artigo nº 1 autorizar ao Enfermeiro a realização de sutura simples, em pequenas lesões em ferimentos superficiais de pele, anexos e mucosas e a aplicação de anestésico local injetável, recomendando que seja estabelecido rotina ou protocolo aprovado na instituição de saúde. É vedada a sutura de ferimentos profundos, como os que atingem músculos, nervos e tendões (COFEN, §3º, 2023).

2. OBJETIVOS

Dentre os procedimentos clínicos classificados como essenciais segundo a Carteira de Serviços da Atenção Primária (RIO DE JANEIRO, 2021), no contexto da Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro, encontra-se a realização de sutura de lesões superficiais da pele, caracterizando-se, assim, a necessidade de qualificação dos profissionais. Os objetivos deste protocolo são:

- a) Padronizar a técnica para sutura de lesões cutâneas superficiais;

- 
- b) Aplicar analgesia loco-regional conforme as diretrizes da Atenção Primária à Saúde;
 - c) Favorecer a cicatrização de lesões superficiais agudas por meio de sutura para aproximação de bordas por primeira intenção.

Este protocolo visa padronizar o procedimento de sutura simples por profissional enfermeiro habilitado e certificado, frente ao atendimento à usuários que apresentem lesões superficiais traumáticas que necessitem de sutura simples, especificando a limpeza da ferida, síntese, curativo e profilaxia do tétano.

3. CARACTERÍSTICAS

As suturas simples são realizadas para a união da pele em feridas corto-contusas acidentais e superficiais e/ou para a estabilização externa de dispositivos sob a pele, com utilização de fio e agulha. Já os ferimentos superficiais são os corto-contusos abertos e limpos que atingem camadas da pele até a hipoderme. É vedada ao enfermeiro a sutura de ferimentos profundos, como os que atingem músculos, nervos e tendões (COFEN, 2023).

4. INDICAÇÕES PARA SUTURA SIMPLES

- Lesões com afastamento significativo das bordas, atingindo a hipoderme, com ausência de tensão para o fechamento por sutura;
- Feridas agudas sem contaminação grosseira ou infecção, com sangramento controlado (hemostasia) e em local de movimentação intensa;
- Trauma ocorrido até 6 a 8 horas e até 12 horas em locais de maior vascularização, como face e couro cabeludo (ZOGBI; RIGATTI; AUDINO, 2021).



5. CONTRAINDICAÇÕES PARA SUTURA SIMPLES

Intervalos maiores de 6 a 8 horas entre o traumatismo e o início do tratamento: esse critério, apesar de servir como orientação geral, é relativo. Assim, uma ferida limpa em jovem sadio pode ser fechada mesmo que tenha uma evolução mais longa. Ao contrário, uma ferida perfurante, suja, num indivíduo idoso, debilitado, não deve ser fechada, mesmo que abordada precocemente. (BRASIL, 2011)

Tecidos com suprimento sanguíneo inadequado e impossibilidade técnica de aproximação das bordas da ferida em consequência de perda de pele e tecido celular subcutâneo. (BRASIL, 2011)

Os ferimentos por mordedura de mamíferos ou escoriações simples não deverão ser suturados (BRASIL, 2011), exceto no caso de modeduras especialmente em face, cabeça e pescço nos quais os resultados estéticos são mais importantes. Ou seja, após copiosa irrigação dos ferimentos, deverão ser realizadas suturas por planos visando a reaproximação das bordas da feridas e cicatrização por primeira intenção. Os resultados de um recente estudo comprova que a reparação por primeira intenção nessas áreas foi bem sucedido. (GRILLO, 2024)

Todo caso de mordedura e arranhadura por cães, gatos ou animais silvestres é considerado atendimento antirrábico, com notificação compulsória, investigação e acompanhamento. (BRASIL, 2011)

Todo usuário deverá receber imunização ativa com o toxoide tetânico, aplicado intramuscularmente no momento da lesão, exceto os que completaram a imunização nos últimos 12 meses e os que receberam dose de reforço nos últimos 12 meses. (BRASIL, 2011)

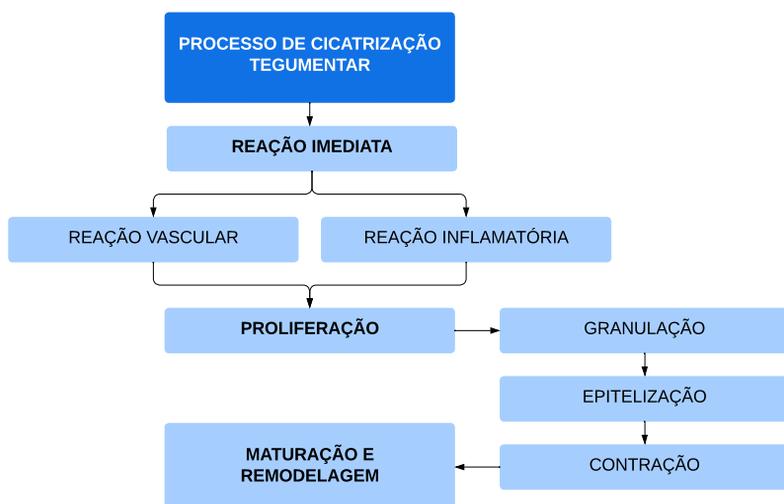
Normalmente, o enfermeiro da equipe faz a vigilância dos casos, desde sua notificação até seu encerramento (MENDONÇA, 2018, p. 38). Cabe reforçar que o tempo prolongado do trauma acima de 6 a 8 horas e acima de 12 horas em locais de maior vascularização se refere a uma contra-indicação (ZOGBI; RIGATTI; AUDINO, 2021).

6. CONCEITOS

A pele humana normal é uma estrutura altamente especializada e multifuncional apresentando características de integridade, elasticidade, sem sinais de alteração ou soluções de continuidade (GEOVANINI, 2022).

O conceito de ferida é diversificado quanto aos tipos existentes, mas de forma geral considera-se a ferida uma interrupção estrutural e fisiológica do tegumento causada por diferentes fatores, dentre eles, físicos, térmicos, químicos ou infecciosos. A reparação tecidual é conhecida como cicatrização.

Figura 1 – Fisiopatologia do processo de cicatrização.



Fonte: Adaptado de GEOVANINI, 2022.

O processo de cicatrização ocorre fisiologicamente em três fases, intituladas inflamatória, proliferativa e de maturação. (GEOVANINI, 2022).

Figura 2 – Fisiologia da cicatrização

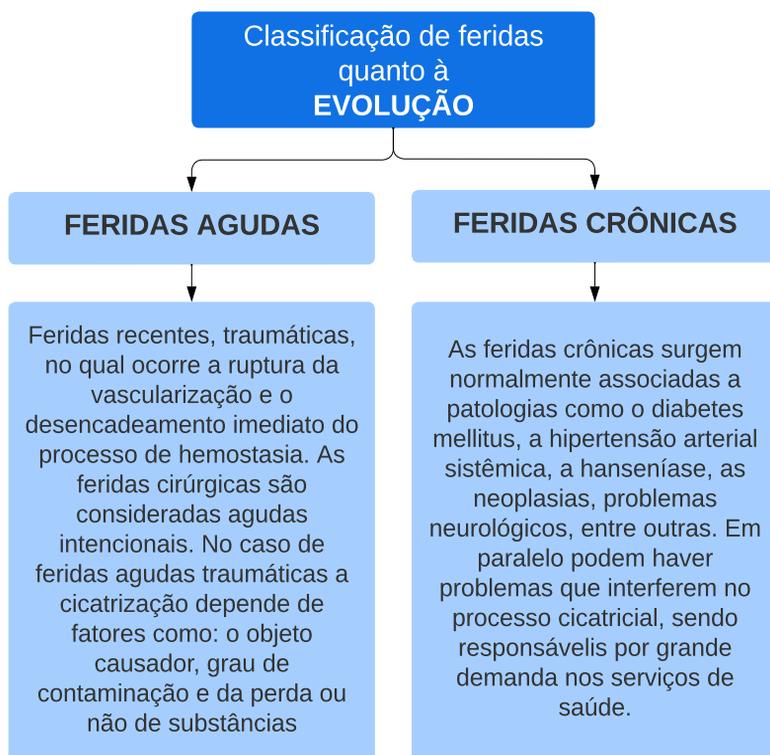


Fonte: Adaptado de GEOVANINI, 2022.

Compreender esse processo é fundamental para o raciocínio clínico profissional e a definição do tratamento adequado da lesão.

As feridas tendem a cicatrização fisiológica por meio de técnicas a serem definidas segundo a localização anatômica, a etiologia e o tempo do trauma e as comorbidades das pessoas acometidas. Quanto ao tempo de cicatrização a ferida pode ser classificada como aguda ou crônica (CAMPOS, 2022).

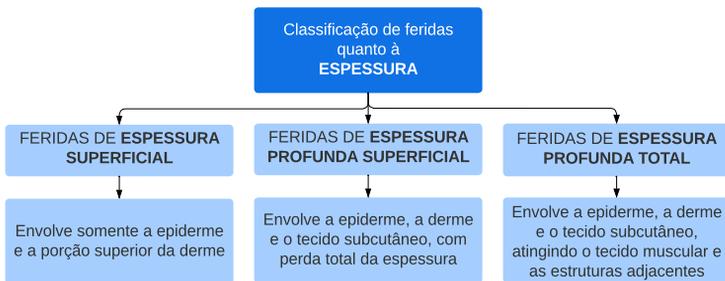
Figura 3 – Classificação da evolução de feridas: agudas ou crônicas



Fonte: Adaptado de GEOVANINI, 2022.

O sucesso do processo de cicatrização pode ser otimizado pelas técnicas de sutura, de desbridamento e pela oclusão por meio de coberturas adequadas. Em relação a perdatecidual são classificadas em feridas de espessura superficial ou profunda superficial ou profunda total (GEOVANINI, 2022).

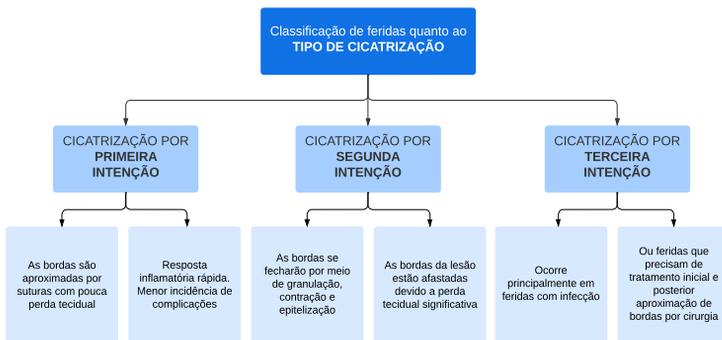
Figura 4 – Classificação quanto à perda tecidual



Fonte: Adaptado de CAMPOS, 2022.

Quanto aos tipos de cicatrização se distinguem em primeira intenção, segunda intenção e terceira intenção segundo as características das bordas da lesão (DEALEY, 2007).

Figura 5 – Classificação das feridas quanto ao tipo de cicatrização



Fonte: Adaptado de CAMPOS, 2022.

O fechamento por primeira intenção ocorre quando as bordas são aproximadas por suturas com pouca perda tecidual, resposta inflamatória rápida e menor incidência de complicações, enquanto o fechamento por segunda intenção ocorre quando as bordas da lesão estão afastadas devido a perda tecidual significativa e se fecharão por meio de granulação, contração e epitelização. O fechamento por terceira intenção ocorre principalmente em feridas com infecção ou dispositivos que precisam de tratamento inicial e posterior aproximação de bordas por cirurgia. (CAMPOS, 2022).

No que tange ao grau de contaminação, as feridas são classificadas como limpas, colonizadas, contaminadas e infectadas. (GEOVANINI, 2022).

Figura 6 – Classificação de feridas ao grau de contaminação



Fonte: Adaptado de GEOVANINI, 2022.

A etiologia se refere a gênese da lesão que pode ser de natureza traumática provocada por agentes físicos, químicos, biológicos ou por radiação. Os traumas que originam lesões podem ser classificados clinicamente como intencionais e não intencionais. Nesse sentido, se conceituam as feridas quanto ao nível de complexidade: simples e complexas.

Figura 7 – Classificação de feridas quanto ao nível de complexidade



Fonte: Adaptado de GEOVANINI, 2022.

As feridas cirúrgicas são classificadas como feridas intencionais ou ainda feridas oriundas de autoagressões. Já as feridas não intencionais podem ser provocadas por agentes perfurantes, cortantes, contundentes ou substâncias inflamáveis, entre outros.

As feridas podem ser originadas por natureza iatrogênica como resultado indesejado em decorrência de uso inadequado de medicamentos ou erros de procedimentos ou de condutas relacionadas a assistência à saúde e ainda de natureza patológica causadas por morbidades do paciente, como por exemplo as úlceras vasculogênicas (CAMPOS, 2022).



7. NATUREZA DO AGENTE VULNERANTE

Traumatismos são definidos como quaisquer lesões tegumentares sofridas, afetando sua integridade anatômica e funcionalidade celular, na maioria dos casos é de origem extrínseca, violenta, de natureza acidental ou intencional. As lesões traumáticas superficiais representam um desafio frequente nos serviços de saúde e a Atenção Primária por sua vez, possui atribuições fundamentais na avaliação, tratamento, curativos, profilaxia de tétano, acompanhamento e orientação dos usuários, contribuindo assim, para a resolutividade e qualidade do cuidado. (BRASIL, 2011) Segundo o Caderno de Atenção Primária nº 30, intitulado Procedimentos (BRASIL, 2011, p.41), quanto a natureza do agente vulnerante, compreende-se:

7.1. FERIDAS INCISAS:

São aquelas produzidas por agentes cortantes, afiados, capazes de cortar a pele produzindo ferida linear, com bordas regulares e pouco traumatizadas. O exemplo clássico é a ferida cirúrgica.

7.2. FERIDAS CONTUSAS:

São aquelas produzidas por objeto de natureza geralmente romba, capaz de romper a integridade da pele, produzindo feridas irregulares, retraídas e com bordas muito traumatizadas. Essas feridas vão desde as simples lacerações até as complexas com sangramento, contaminação e perda de substância.



7.3. FERIDAS PERFURANTES:

São aquelas cujo objeto é geralmente fino e pontiagudo, capaz de perfurar a pele e tecidos subjacentes, produzindo lesão cutânea puntiforme ou linear, de bordas regulares ou não. A profundidade atingida não pode ser estabelecida à simples inspeção.

7.4. FERIDAS PENETRANTES:

São as de mesmas características anteriores cujo objeto é capaz de perfurar os tecidos e penetrar numa cavidade natural do organismo. Apresentam formato externo variável, geralmente linear ou puntiforme.

7.5. FERIDAS TRANSFIXANTES:

Constituem uma variedade de ferida perfurante ou penetrante, na qual o objeto vulnerante é capaz de penetrar e atravessar os tecidos de determinado órgão em toda a sua espessura.

8. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS GERAIS

8.1. MATERIAIS PERMANENTES NA SALA DE CURATIVOS:

- a) Caixa coletora para material perfuro cortante;
- b) Carrinho de curativo;
- c) Escada auxiliar para maca com 2 degraus;
- d) Foco luminoso;
- e) Maca recoberta com papel ou lençol descartável;
- f) Pia com torneira alavanca;
- g) Lixeira para resíduo infectante revestida com saco coletor branco.

8.2. MATERIAIS PERMANENTES PARA O PROCEDIMENTO:

- a) Bandeja retangular;
- b) Cuba redonda pequena em aço inox;
- c) Instrumentais:
 - Pinça dente de rato;
 - Pinça anatômica;
 - Porta agulha mayo hegar;
 - Tesoura reta ou curva.

8.3. MATERIAIS DESCARTÁVEIS:

- a) Gaze estéril;
- b) Seringa 3, 5 ou 10 ml;
- c) Agulha para aspiração 40×12 mm (18G);
- d) Agulha para aplicação 13×45 mm (26G);
- e) Luva não estéril;
- f) Luva estéril;
- g) Fios de sutura nylon com agulha, 3.0 ou 4.0;
- h) Campo estéril fenestrado.

8.4. PRODUTOS E COBERTURAS:

- a) Álcool a 70%;
- b) Clorexidina alcoólica a 0,5% para pele;
- c) Clorexidina aquosa a 0,2% para mucosa;
- d) Clorexidina degermante a 2%;
- e) Lidocaína a 2% sem vasoconstrictor;
- f) Sabão líquido neutro;
- g) Soro fisiológico 0,9%.



9. EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPIs) E MEDIDAS DE PREVENÇÃO

9.1 EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPIs):

- a) Touca descartável;
- b) Máscara cirúrgica;
- c) Óculos de proteção;
- d) Avental descartável.

9.2 EPIs E DEMAIS MEDIDAS DE PROTEÇÃO:

- a) Uso de jaleco branco fechado abaixo do avental descartável;
- b) Uso de sapatos fechados, preferencialmente impermeáveis, que cubram todo o dorso do pé;
- c) Uso de calças compridas íntegras, sem rasgos ou aberturas;
- d) Uso de unhas curtas, preferencialmente sem esmaltação, se esmaltadas, íntegras;
- e) Uso de cabelos devidamente presos abaixo da touca descartável;
- f) Retirada de acessórios pessoais (pulseiras, anéis, relógio, brincos grandes ou piercings).

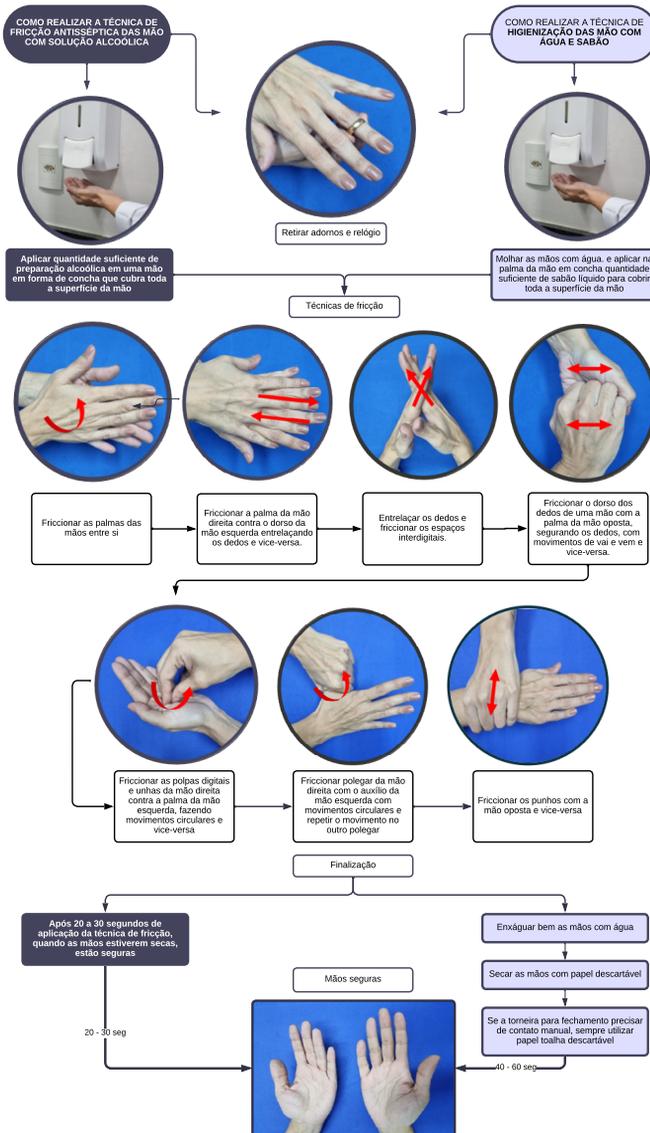
A abordagem da ferida deverá ser realizada sob técnica asséptica. O profissional de saúde deverá lavar as mãos conforme a técnica, se paramentar e calçar as luvas estéreis (TAZIMA *et al.*, 2012).



10. TÉCNICA DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Cabe destacar que a redução da carga microbiana das mãos poderá ser realizada com a utilização de gel alcoólico a 70% ou de solução alcoólica a 70% com 1-3% de glicerina e poderá substituir a higienização com água e sabão, quando as mãos não estiverem visivelmente sujas. O procedimento deverá ser realizado no período de 20 a 30 segundos. (ANVISA, 2007)

Figura 8 – Fricção anti-séptica das mãos com preparações alcoólicas.



Fonte: Adaptado de ANVISA, 2007.

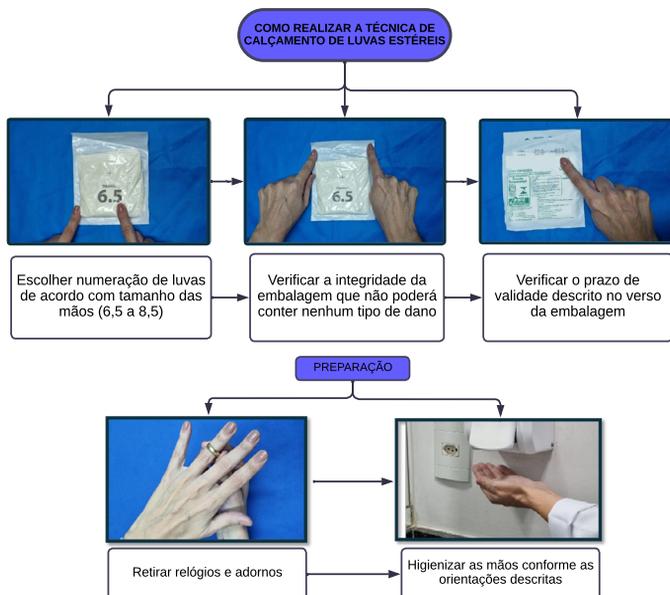
11. TÉCNICA PARA CALÇAR E DESCALÇAR LUVAS ESTÉREIS

Após o calçamento das luvas, o profissional de saúde somente poderá ter contato com materiais esterilizados ou superfície asséptica. Recomenda-se a presença de outro profissional durante o procedimento. Caso não seja possível, separar e abrir anteriormente todos os materiais necessários, antes do calçamento das luvas estéreis.

Para a retirada dos pontos e realização do curativo, considerados procedimentos não invasivos, utilizar luva de procedimento não estéril.

Para a realização da técnica de sutura simples deve-se utilizar luva estéril (MENDONÇA, 2018).

Figura 9 – Técnica para calçar luvas estéreis

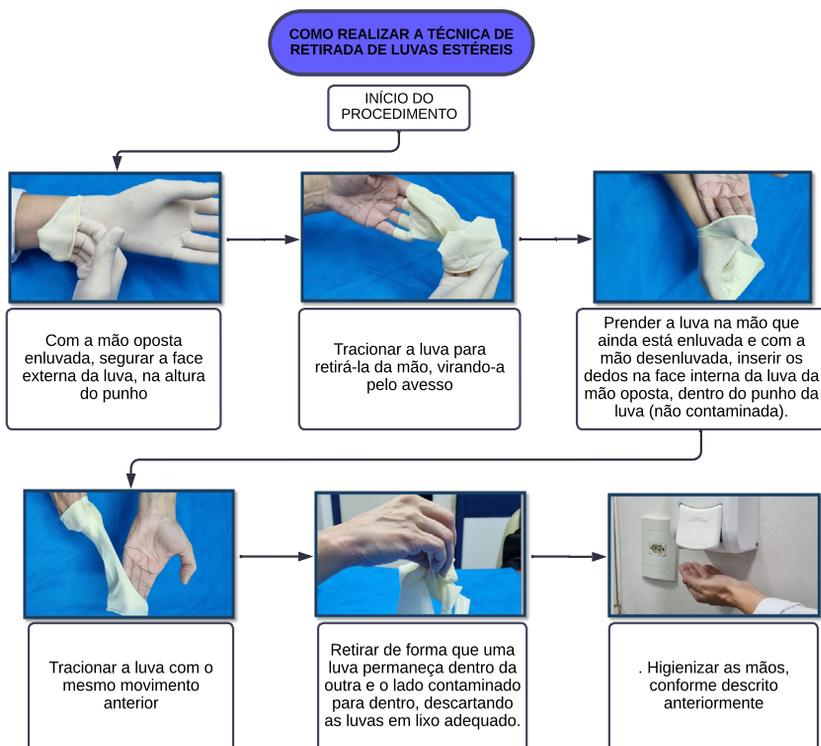


Continua na próxima página.



Fonte: Adaptado de MENDONÇA, 2018.

Figura 10 – Técnica para retirar luvas estéreis



Fonte: Adaptado de MENDONÇA, 2018.

12. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM E EXAME FÍSICO

A avaliação de enfermagem compreende a coleta de dados subjetivos por meio da entrevista e de dados objetivos por meio do exame físico de forma inicial e contínua no contexto da pessoa e sua família. (COFEN, 2024).

Para tanto, serão necessárias avaliações prioritárias, a fim de definir a condição hemodinâmica do indivíduo, que poderá ser afetada pelo ferimento hemorrágico. Assim, medidas de hemostasia e de restauração volêmica deverão ser adotadas, se necessário.

Os atendimentos à menores de idade deverão ser acompanhados por responsável maior de idade em todas as etapas do atendimento na unidade de saúde. Deverão ser avaliadas as condições gerais do usuário, principalmente quanto ao nível de consciência, sinais vitais e alergias, identificando no ferimento possíveis sinais de infecção como calor, rubor, edema e secreção purulenta. Ao final do procedimento, todos os registros dos achados e condutas deverão ser incluídos no prontuário eletrônico. A avaliação de enfermagem deverá determinar (BRASIL, 2011; TAZIMA *et al.*, 2012):

- Eventos que antecederam e se seguiram ao trauma;
- O tempo de trauma (sendo a lesão considerada contaminada após seis horas do ocorrido), avaliando o grau de contaminação da ferida com avaliação minuciosa do leito à procura de corpos estranhos;
- O mecanismo do trauma, a extensão e profundidade da lesão;
- A presença de comorbidades que poderão influenciar no processo de cicatrização; diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, uso de anticoagulantes, imunossuppressores ou corticoides, drogasse álcool;
- A presença de dor, parestesia e perda das funções do local afetado, com avaliação de lesão nervosa; vascular, de tendões, de cartilagens e/ou óssea com fratura exposta ou não;
- Última refeição.



13. PROFILAXIA DO TÉTANO

A profilaxia do tétano deve constituir medida de rotina no tratamento das feridas. Sabe-se que qualquer ferimento é potencialmente perigoso desde que entre em contato com o *Clostridium tetani*.

No entanto, algumas feridas representam terreno mais propício à germinação dos esporos do tétano. Estes, em condições favoráveis (anaerobiose), transformam-se na forma vegetativa e iniciam a produção de sua potente exotoxina (BRASIL, 2011, p. 49).

A principal forma de prevenção do tétano é vacinar a população desde a infância com a vacina antitetânica. O esquema vacinal completo recomendado pelo Ministério da Saúde é de 3 doses administradas no primeiro ano de vida com reforços aos 15 meses e 4 anos de idade. A partir dessa idade, um reforço a cada dez anos após a última dose administrada. Em caso de ferimentos graves ou gestação, deve-se antecipar a dose de reforço caso a última dose tenha sido há mais de 5 anos (BRASIL, 2016).

14. ETAPAS INICIAIS

14.1 TRATAMENTO DE LESÕES POR TRAUMA:

14.1.1 FECHAMENTO PRIMÁRIO:

Destina-se a feridas limpas, com pequeno risco de infecção. O sucesso para cicatrização de feridas traumáticas depende principalmente de hemostasia, limpeza rigorosa e desbridamento, se necessário (BRASIL, 2011). As contraindicações estão expressas no item 5.

14.1.2 FECHAMENTO SECUNDÁRIO:

Destina-se a feridas com maior risco de infecção pelo alto grau de contaminação e ao tempo decorrido entre a lesão e a procura para o tratamento. Nesses casos, após limpeza, desbridamento e hemostasia rigorosos, cobre-se a ferida com gaze esterilizada e faz-se inspeção diária em condições assépticas: se a ferida evoluir sem sinais de infecção até o terceiro ou quarto dia, procede-se ao fechamento normal. Caso contrário, faz-se a opção pelo tratamento aberto (BRASIL, 2011, p. 43-4).

14.2 ANALGESIA:

Refere-se a uma medida fundamental a fim de minimizar o desconforto durante as etapas do procedimento. Articular com profissional médico da equipe para a prescrição de medicamentos disponíveis na unidade de saúde (TAZIMA *et al.*, 2012).

14.3 PREPARO DO LOCAL DO TRAUMA:

A ferida deverá ser higienizada inicialmente com soro fisiológico a 0,9% e solução degermante, com auxílio de gaze estéril em pele íntegra adjacente à lesão, com a remoção em seguida com soro fisiológico. O corte de pelos deverá ser realizado somente quando dificultarem o procedimento, regiões como supercílio e cílios não deverão ser retirados, pois o crescimento dos pelos poderá ser irregular, retardado ou ausente (LONDRINA, 2023).

14.4 ANESTESIA LOCAL POR INFILTRAÇÃO PERCUTÂNEA:

Essa técnica consiste em depositar a solução anestésica (lidocaína a 2% sem vasoconstrictor) nas áreas adjacentes superficiais à ferida, anestesiando as pequenas terminações nervosas da área infiltrada. A dose máxima de lidocaína sem vasoconstrictor é de 7 mg/kg/dose, sendo a dose recomendada e segura de 5 mg/kg/dose (ZOGBI *et al.*, 2021).



INFILTRAÇÃO PERCUTÂNEA

- **Início de ação:** 2 a 5 minutos
- **Tempo de duração:** até 2 horas
- **Dose total máxima em adultos:**
 - Sem epinefrina: até 5 mg/kg
 - Com epinefrina: até 7 mg/kg
- **Ajuste de dose e monitoração:**
 - Doença renal grave
 - Doença hepática grave
- **Dose total máxima em crianças:**
 - Ex.: 5 anos e 25 kg= 3 a 4 mg/kg

EFEITOS ADVERSOS

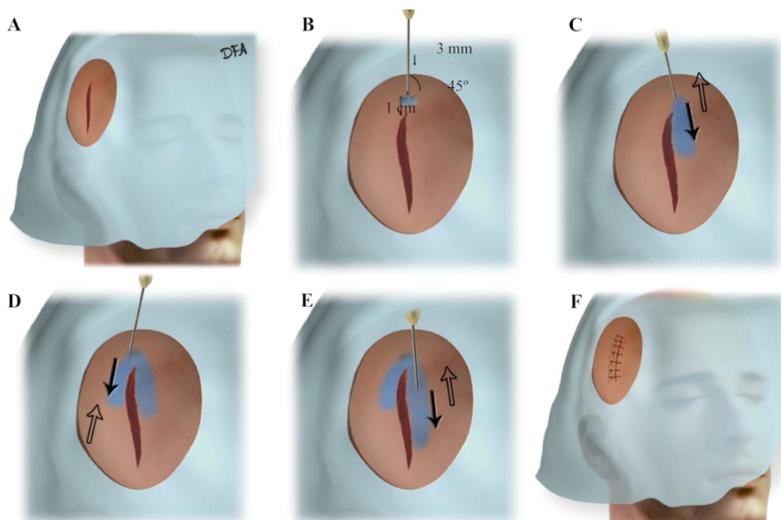
- Confusão mental
- Convulsões
- Bradicardia
- Depressão respiratória
- Hipotensão
- Aumento da frequência ventricular em pacientes com fibrilação atrial

Fonte: ZOGBI *et al.*, 2021, p. 62.

A seguir serão apresentados os passos para a infiltração percutânea com lidocaína a 2% sem vasoconstritor (ZOGBI *et al.*, 2021):

- A. Apresentação do local e dimensão da lesão;
- B. Aplicação do botão anestésico: aspirar o anestésico com volume suficiente para analgesia de toda a ferida, respeitando a dose recomendada com agulha 40X12 mm. Trocar a agulha, conforme a escolha para a dimensão da ferida. Para a infiltração, introduza a agulha à 1 cm do vértice da lesão posicionando a seringa em um ângulo de 45° da pele, aprofundando de 2 a 3 mm apenas. Em seguida puxar o êmbolo da seringa antes de injetar o anestésico, na ausência de sangue, injetar de 0,5 a 1 ml de anestésico, aguardando de 15 a 30 segundos para o próximo passo;
- C. Sem retirar a agulha, girá-la lateralmente, introduzindo a agulha tangenciando em 1 cm a borda da lesão, avançando paralelamente, puxar o êmbolo da seringa antes de injetar o anestésico, na ausência de sangue, injetar o anestésico recuando a agulha injetando o anestésico, sem retirá-la totalmente até o retorno ao botão. Na representação da figura a seta preenchida representa o avanço da agulha e a seta vazada representa o recuo da agulha injetando o anestésico;

- D. Repetir o mesmo processo do outro lado da lesão;
- E. Retirar por completo a agulha, sempre injetando o anestésico e repita os passos anteriores, alternando-os a partir de um ponto já anestesiado. Observar o tamanho da agulha e verificar até que ponto o anestésico foi introduzido. Não há necessidade da aplicação de outro botão anestésico;
- F. Resultado após a realização da sutura simples.



Fonte: ZOGBI *et al.*, 2021, p. 55.

Fica a critério do profissional de saúde a escolha do tamanho da agulha para a infiltração. Entretanto, aconselha-se nunca inserir totalmente a agulha até o conector, pois nessa área ocorre o maior risco de quebra da agulha. Após o procedimento, é fundamental que o paciente ou o responsável sejam informados sobre a recuperação completa da sensação no local anestesiado, sendo esperada em algumas horas após o procedimento.

14.4.1 COMPLICAÇÕES GERAIS RELACIONADAS À ANALGESIA LOCAL:

Após a administração do agente anestésico por infiltração percutânea, ele se difunde para as áreas de ação, assim as moléculas do anestésico são captadas pelos tecidos adjacentes e removidas do sítio de administração via circulação sistêmica. O uso do anestésico no sítio anatômico correto, a técnica adequada e em dose apropriada ao peso do paciente é seguro na maioria dos casos.

Nesse sentido, as complicações se referem a ruptura desses 3 elementos, exemplificadas pela injeção intravascular, lesão nervosa, impregnação neurológica e reações alérgicas.

Os primeiros sinais e sintomas de intoxicação manifestam-se no nível do Sistema Nervoso Central (SNC), visto que o anestésico atravessa a barreira hematoencefálica. Os sinais diretos em geral são excitatórios com alterações no paladar, referindo gosto metálico, parestesia labial, tontura, vertigem, dificuldade de concentração, zumbidos, sonolência ou agitação, desorientação, tremores, espasmos musculares, podendo evoluir para convulsão, depressão do SNC, coma e óbito (ZOGBI *et al.*, 2021).

As manifestações cardiovasculares relacionadas aos efeitos adversos do anestésico local se referem a bradicardia, taquicardia, vasodilatação, hipotensão, hipertensão, diminuição da contratilidade miocárdica, parada cardiorrespiratória, podendo evoluir para óbito. Em relação as reações alérgicas, podem-se citar dois tipos diferentes (ZOGBI *et al.*, 2021, p. 60):

- Tipo I (IgE): sinais de anafilaxia aguda (ex.: urticária, inchaço facial, sibilância e hipotensão). Se trata de uma reação rara, entretanto potencialmente fatal. Frente a esses sinto-

mas, suspender o procedimento e realizar tratamento de suporte imediato;

- Tipo IV (imunidade celular): manifesta-se por dermatite e edema tardio no local de administração dentro de 12 a 72 horas. O tratamento é o mesmo utilizado para outros tipos de dermatite de contato.

Cabe especificar que todos os profissionais de saúde envolvidos no procedimento de sutura simples deverão estar aptos ao atendimento de emergência, reconhecendo situações de alerta e gravidade por meio da classificação do risco clínico.

Os casos de emergência deverão ser prontamente atendidos pelo profissional e, havendo necessidade, deverá ser solicitada a remoção do usuário atendido à Central de Regulação do município, pela plataforma do Vaga Zero. A Central de Regulação deverá avaliar a solicitação, classificar o risco e informar a unidade a qual o usuário será deslocado, enviando de imediato a ambulância para remoção.

Os profissionais envolvidos na identificação de complicações graves relacionadas a aplicação de anestésicos deverão preencher um relato do caso em prontuário eletrônico com emissão da Guia de Referência e Contrarreferência a ser entregue ao profissional da ambulância. Até o momento da remoção, que deverá ocorrer o mais prontamente possível, todas as medidas para estabilização clínica, hemodinâmica e respiratória necessárias deverão ser assumidas e o usuário deverá permanecer em constante observação. Toda unidade de Atenção Primária deve dispor de uma maleta de emergência, com materiais e medicamentos padronizados pela Carteira de Serviços da Atenção Primária (RIO DE JANEIRO, 2021).

14.5 HEMOSTASIA:

Os sangramentos de menor intensidade podem ser resolvidos com compressão. Não suturar um ferimento sem controle de sangramento para evitar a formação de hematomas e consequentemente, infecção e deiscência (BRASIL, 2011).

14.6 LIMPEZA DO LEITO DA LESÃO E DESBRIDAMENTO:

Após a aplicação e ação do anestésico, realizar a higienização vigorosa do leito da lesão, irrigando o tecido com soro fisiológico a 0,9%, utilizando seringa de 20 ml com agulha 40X12 mm, com a finalidade de remoção de sujidades, corpos estranhos, coágulos e microrganismos. Realizar o desbridamento do leito da lesão caso haja substâncias ou tecidos desvitalizados não removidos com o procedimento de limpeza (MENDONÇA, 2018; TAZIMA, 2012).

15.SUTURA SIMPLES: TIPOS E ESPESSURA DE FIOS

A sutura simples consiste na aproximação das bordas da ferida com o objetivo de restabelecer a anatomia e a função alteradas pelo traumatismo (LONDRINA, 2023).

Após as etapas iniciais, deve-se prosseguir com a escolha do fio apropriado para a realização da sutura simples. Os fios monofilamentares não absorvíveis como o de náilon têm os menores índices de infecção e são os mais utilizados. Os fios são numerados conforme seu diâmetro, quanto maior a numeração mais fino é o fio. De forma geral, o fio 6-0 é empregado em suturas da face e áreas estéticas importantes, os fios 5-0 e 4-0 em tronco, membros e dedos e o fio 3-0 em couro cabeludo e região plantar (TAZIMA *et al.*, 2012).



16. SUTURA SIMPLES: TIPOS E TENSÕES DOS PONTOS

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 (ZOGBI; RIGATTI; AUDINO, 2021).

Entretanto, este protocolo destina-se a realização do procedimento por enfermeiros e focará na realização de sutura simples. Nesse sentido, as bordas deverão ser suturadas com pontos simples interrompidos, evitando-se pontos contínuos e intradérmicos (TAZIMA *et al.*, 2012).

Assim, a síntese tegumentar é feita preferencialmente por pontos simples separados por serem seguros e permeáveis, sendo o ponto mais usado proporcionando adequada aproximação das bordas da lesão (BRASIL, 2011; LONDRINA, 2023).

A sutura pode ser feita em um ou mais planos, dependendo da profundidade das estruturas acometidas, sendo imprescindível a observância de fechamento de planos mais profundos, a fim de se evitar espaços mortos, coleções líquidas e consequente infecção (TAZIMA *et al.*, 2012).

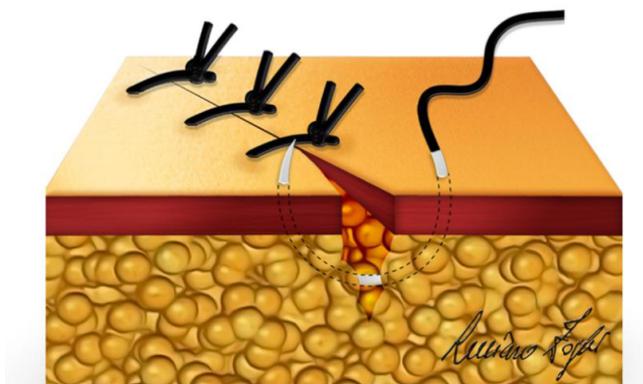
Ao aplicar os pontos, é vital atentar-se a tensão aplicada a cada ponto. É relevante enfatizar que a tensão aplicada deverá ser suficiente para a aproximação borda com borda, sem esmagamento, de forma suave. Pontos muito apertados impedem a boa circulação local, além de deixar marcas evidentes e definitivas dos fios, podendo resultar em isquemia local e necrose. Pontos com pouca tensão e muito frouxos podem comprometer a eficácia da sutura.

O equilíbrio da tensão aplicada aos pontos, com firmeza e flexibilidade, é fundamental para um processo cicatricial bem-sucedido (LONDRINA, 2023; UNIFASE, 2024).

17. PONTO SIMPLES

A utilização do ponto simples em suturas é a mais versátil e a mais usada de todas as suturas em função de sua praticidade e segurança, consistindo na passagem do fio-agulha uma vez em cada borda da ferida, pegando-se porções iguais de tecido na mesma profundidade. Transpassar a pele com a agulha em um ponto a cerca de 0,5 cm da borda da ferida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, 2018; BRASIL, 2011).

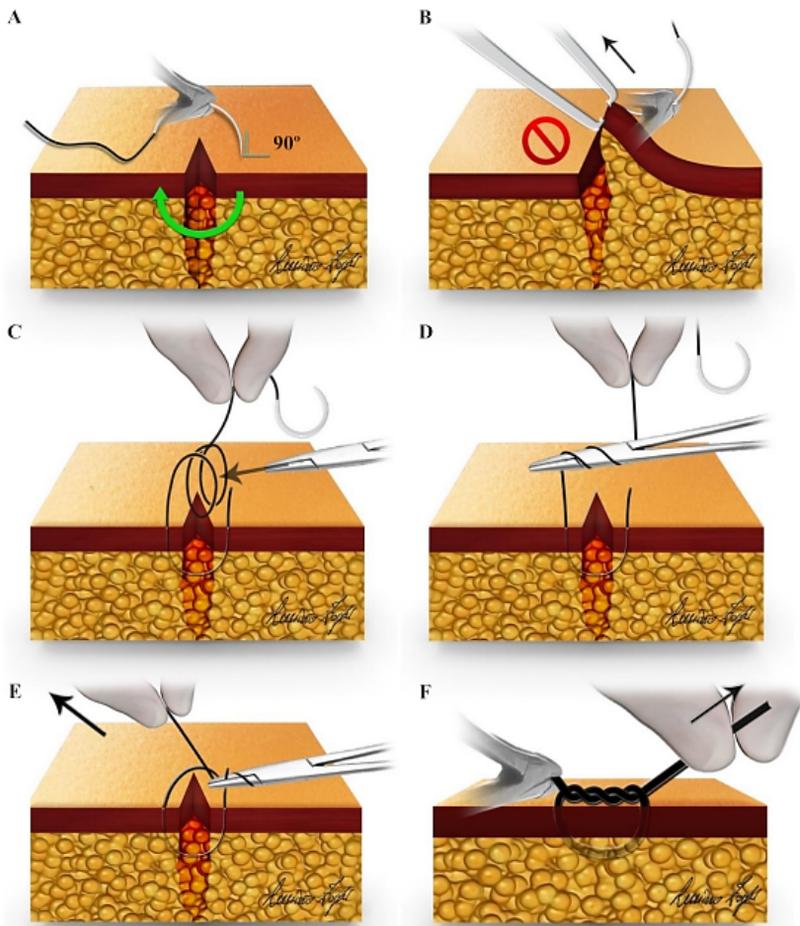
Por se apresentarem separadamente, os pontos possuem ação independente e em caso de ruptura, não comprometerá os demais (MENDONÇA, 2018; ZOGBI; RIGATTI; AUDINO, 2021).



Fonte: ZOGBI; RIGATTI; AUDINO, 2021, p. 36.

A seguir serão apresentados os passos para a realização do ponto simples em lesões superficiais (ZOGBI; RIGATTI; AUDINO, 2021, p. 37):

- 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. Demonstração de um erro bastante frequente realizado por iniciantes, buscando exteriorizar a agulha antes mesmo de penetrá-la na pele;
- C. Confeção 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).



Fonte: ZOGBI; RIGATTI; AUDINO, 2021, p. 37.

Quanto a realização dos nós, sua quantidade depende do tipo de fio a ser utilizado, sendo recomendado pelo menos cinco seminós para o fio de náilon, sendo cada nó realizado no sentido invertido em relação ao nó anterior para melhor fixação. Cabe enfatizar a necessidade de atenção e capricho na sequência dos pontos, mantendo distâncias semelhantes entre cada nó, de forma simétrica, assim com o corte do fio deverá ser uniforme, mantendo a mesma altura

em todos os pontos. A seguir será apresentada a forma correta de empunhadura dos instrumentos (ZOGBI; RIGATTI; AUDINO, 2021):

- Deve-se segurar o porta-agulha com a mão dominante; nos pegadores, inserir o 1º e o 4º quirodáctilo, fazendo os outros de apoio e, por serem consideradas instrumentais auxiliares, as pinças de preensão 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:

Como segurar o portagulh e a pinça anatômica

1. Porta-agulha



2. Pinça anatômica

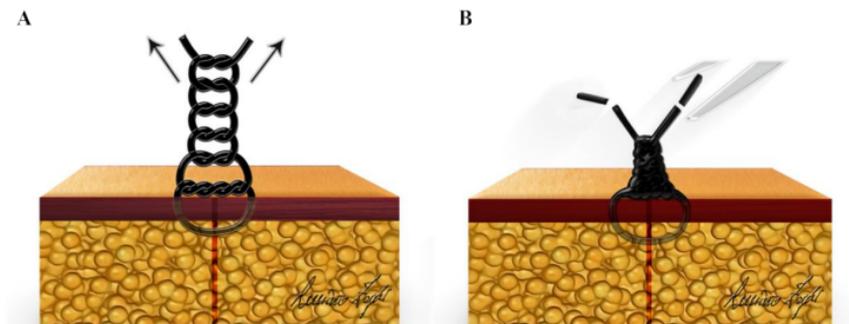


Fonte: ZOGBI; RIGATTI; AUDINO, 2021.

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 micro lesões à pele. (ZOGBI; RIGATTI; AUDINO, 2021, p. 39)

Quanto a sequência correta para a confecção dos nós, cabe evitar o 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-agulhas. Serão apresentadas a seguir as recomendações: (ZOGBI; RIGATTI; AUDINO, 2021)

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 (ZOGBI; RIGATTI; AUDINO, 2021, p. 40).
- 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.



Fonte: ZOGBI; RIGATTI; AUDINO, 2021, p. 36.

Após finalizar a sutura, retirar os campos cirúrgicos, limpar a área e seu entorno com clorexidina, certificando-se de remover todos os vestígios de sangue e confeccionar o curativo.

18. ÁREAS ANATÔMICAS ESPECÍFICAS

Algumas áreas anatômicas merecem atenção especial no caso de traumatismos, tais como: lábios, língua, couro cabeludo e pálpebras. A seguir serão detalhadas as considerações especiais para cada região (BRASIL, 2011, p.47-8):

18.1 LÁBIOS:

O principal cuidado deve ser a manutenção da continuidade e integridade anatômica da "linha vermelha", sendo que o primeiro ponto é o que vai realinhá-la, pois uma diferença de 1 mm já pode ser percebida. Utiliza-se fio absorvível.

18.2 LÍNGUA:

A decisão sobre a necessidade ou não de realizar sutura em língua depende principalmente do sangramento no momento do



atendimento e do risco de comprometimento de função da língua (lacerações grandes ou profundas, na borda ou com perda de substância). O mesmo pode-se dizer sobre as lesões em palato. Utiliza-se fio absorvível.

18.3 COURO CABELUDO:

Atenção para possibilidade de fratura de crânio ou corpo estranho retido. O sangramento habitualmente é intenso, porém pode ser adequadamente controlado com a sutura. O cabelo deve ser cortado, não necessariamente precisa ser raspado, para facilitar o procedimento.

18.4 PÁLPEBRAS:

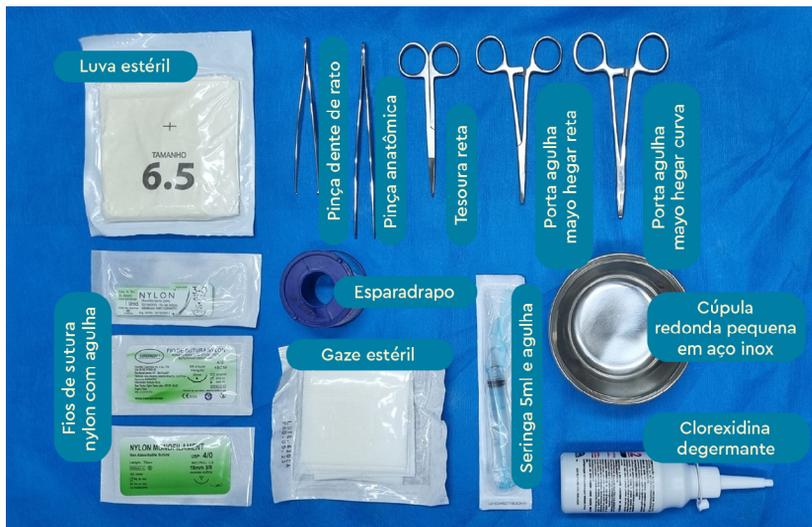
Atenção na região medial para verificação de possível lesão do ducto nasolacrimal e do canaliculo lacrimal. Se houver lesão da margem da pálpebra, é recomendável o encaminhamento imediato a um cirurgião ou oftalmologista (BRASIL, 2011, p. 48).

19. APLICAÇÃO DA TÉCNICA DE SUTURA

19.1 SEPARAR OS MATERIAIS NECESSÁRIOS AO PROCEDIMENTO:

- Solução de clorexidina conforme o tecido;
- Lidocaína 1 a 2% sem vasoconstrictor;
- Campo fenestrado estéril;
- 1 Kit de material para "sutura simples";
- 1 Pinça hemostática kelly curva,
- 1 pinça dente de rato;

- 1 pinça anatômica;
- 1 tesoura reta ou 1 tesoura curva;
- 1 porta-agulha;
- 1 cúpula redonda de inox pequena;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Gazes estéreis;
- Luvas estéreis;
- 1 Seringa de 20 ml e 1 seringa de 5 ml;
- 1 Agulha 25 × 8;
- 1 Agulha 40 X 12;
- 1 Agulha hipodérmica 13×4,5;
- Fios de sutura nylon, agulhados, numerações 2-0, 3-0, 4-0;
- Esparadrapo ou micropore ou filme autoadesivo transparente;
- Atadura de crepe;
- EPI's: óculos, máscara, luvas estéreis, avental ou jaleco.



19.2 DESCRIÇÃO DA TÉCNICA DE SUTURA SIMPLES EM LESÕES SUPERFICIAIS:

- Explicar o procedimento ao paciente e solicitar autorização do mesmo ou do responsável;
- Realizar o preparo da área traumatizada, com limpeza ao redor da ferida, com SF 0,9%;
- Realizar corte de pelos se necessário (somente em áreas pilosas quando os pelos dificultam o tratamento adequado da ferida). Algumas regiões como supercílios e cílios não devem ser raspadas porque o crescimento dos pelos pode ser irregular, retardado ou ausente;
- Proceder a limpeza ao redor da ferida, com SF 0,9%. Lembrando que o uso de antissépticos no leito das feridas não deve ser feito, não só pela citotoxicidade, contribuindo para o retardo na cicatrização;
- Fazer a anestesia local, por infiltração percutânea e certificar-se do resultado;
- Após anestesia, realizar limpeza rigorosa do leito da ferida, irrigando a ferida com SF 0,9%, utilizando seringa de 20 ml com agulha 40×12, se necessário a fim de remover as sujidades e corpos estranhos, coágulos e microrganismos;
- Verificar a necessidade de hemostasia. Lembrando que a hemostasia é feita rotineiramente após a limpeza da ferida, exceto naqueles casos de sangramento intenso em que será feita de imediato;
- Verificar a necessidade de desbridamento nas feridas traumáticas, com o objetivo de remover tecidos desvitalizados ou impregnados com substâncias estranhas cuja remoção é impossível com a limpeza da ferida;

- 
- Iniciar a sutura fazendo a aproximação dos tecidos separados por traumatismo acidental ou cirúrgico. O objetivo é restabelecer a anatomia e a função alteradas pelo traumatismo. Preferencialmente utilizar-se de pontos simples e separados com tensão suficiente para aproximar o tecido, sem atrapalhar a circulação local;
 - Fazer um curativo oclusivo local com gazes estéreis e fixar o curativo com filme autoadesivo transparente hipoalergênico ou com atadura de crepe;
 - Retirar os equipamentos de proteção individual;
 - Higienizar as mãos com água e sabão;
 - Orientar profilaxia do tétano conforme Protocolo de Imunização Atualizado;
 - Orientar retorno para retirada de pontos, segundo o tecido acometido.

20. ORIENTAÇÕES E CUIDADOS

- **Manter a ferida limpa:** Limpar a ferida suavemente com soro fisiológico uma vez ao dia e secar cuidadosamente, evitando o uso de água corrente;
- **Proteger a ferida:** Aplicar um curativo estéril sobre a ferida para proteção. Trocar o curativo conforme necessário ou se estiver sujo ou úmido;
- **Evitar movimentos bruscos ou tensão na ferida:** Evitar atividades que possam esticar a pele ou causar tensão nos pontos;
- **Não retirar os pontos antes do tempo:** Os pontos devem ser removidos pelo profissional de saúde no tempo determinado;
- **Monitorar sinais de infecção:** Observar sinais de infecção,

como vermelhidão, inchaço, calor, dor ou secreção purulenta na ferida. Se esses sintomas ocorrerem, procurar a unidade de saúde de referência imediatamente;

- **Evitar exposição ao sol:** Proteger a ferida do sol durante o processo de cicatrização para prevenir hiperpigmentação ou cicatrização irregular.

21. RETIRADA DE PONTOS

Recomenda-se evitar a permanência exagerada de pontos na pele. Sugere-se os seguintes prazos:



Prazo para retirada de pontos	
●	Pálpebras: 4 a 5 dias
●	Outras regiões da face: 5 a 7 dias
●	Região cervical: 7 a 10 dias
●	Tronco e membros superiores: 7 a 14 dias
●	Membros inferiores: 10 a 21 dias

Fonte: MENDONÇA, 2018, p.91.

Para se retirar os pontos, deve-se utilizar uma pinça, tipo dente de rato ou anatômica com ranhuras e uma tesoura de ponta fina e bem afiada. Com a pinça, pega-se a extremidade do fio que é levantado ligeiramente, expondo o ponto de penetração na pele que será cortado exatamente nessa região com a tesoura de ponta fina. Se, durante a retirada deles, for notado algum sinal de deiscência, alguns pontos de ancoragem podem ser deixados, além de reforço de adesivo, e reavaliar em 2-3 dias para completar a retirada dos outros pontos (BRASIL, 2011, p. 49).



22. COMPLICAÇÕES

Complicações são incomuns e geralmente estão relacionadas as comorbidades e clínica do paciente, medicações em uso e técnicas inadequadas de sutura. A seguir serão apresentadas as complicações mais comuns (MENDONÇA, 2018):

22.1 INFECÇÕES INCISIONAIS:

Certas condições favorecem infecções em feridas agudas em cicatrização por primeira intenção, como a localização anatômica, especialmente nas extremidades dos membros, devido ao menor fluxo sanguíneo. Condições pré-existentes como diabetes, insuficiência venosa e problemas de coagulação também aumentam o risco.

O tratamento depende da gravidade; se houver acúmulo de secreções purulentas, pode ser necessário remover alguns pontos para drenagem, seguido de cicatrização por segunda intenção. A limpeza e troca de curativos diários são essenciais.

Antibioticoterapia sistêmica poderá ser indicada pelo médico da equipe em infecções clinicamente comprovadas, por 7 a 10 dias. Infecções simples podem ser tratadas conservadoramente, sem antibióticos, com coberturas apropriadas e repouso. Celulites extensas exigem antibióticos sistêmicos, enquanto abscessos grandes podem precisar de drenagem e desbridamento vigoroso (MENDONÇA, 2018).

22.2 DEISCÊNCIA DE SUTURA:

Deiscência de sutura é quando as bordas da ferida se separam, podendo indicar infecção ou hematoma. O tratamento pode ser a re-sutura da pele ou cicatrização sem nova sutura, dependendo de fatores como totalidade da separação, localização, presença de hematoma ou infecção.

É importante avaliar individualmente cada caso, considerando a segurança técnica da equipe e disponibilidade de materiais na unidade de saúde. Geralmente, opta-se pela cicatrização sem nova sutura, com curativos diários, para evitar complicações. A re-sutura só é recomendada em casos específicos, como cirurgias eletivas e limpas, devido ao risco de infecção e nova deiscência (MENDONÇA, 2018).

22.3 REAÇÃO DE CORPO ESTRANHO:

Nas suturas, geralmente são usados fios de nylon e o paciente pode ter reação a esses fios usados durante procedimentos ambulatoriais ou em cirurgias hospitalares, assim como a outros corpos estranhos na pele. O tratamento envolve remover o corpo estranho, seja espontaneamente ou por cirurgia (MENDONÇA, 2018).

22.4 HEMATOMAS E SEROMAS:

Hematomas são coleções sanguíneas que podem ocorrer após cirurgias, muitas vezes associadas a infecção e abertura de ferida. Para reduzir o sangramento, podem ser usados curativos compressivos. É importante controlar a pressão arterial durante o procedimento.

O tratamento pós-operatório é semelhante ao de feridas abertas e infecções. Seromas são acúmulos de líquido seroso sob a pele, mais comuns em cirurgias extensas e em pessoas obesas. Não são frequentes em pequenos procedimentos. Seromas maiores podem precisar de avaliação cirúrgica para considerar a necessidade de drenagem (MENDONÇA, 2018).

23. ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS EXECUTANTES

No contexto do nível primário de atenção à saúde, todos os membros da equipe profissional constituem-se em participantes indispensáveis na formulação de ações multiprofissionais e interdisciplinares do cuidado. Nesse sentido, destacar as atribuições concernentes a cada profissional dentro de seus exercícios profissionais legais e éticos para a prestação de cuidados de saúde amplos, de alta qualidade e seguros. Ressalta-se a função fundamental de enfermeiros e técnicos de enfermagem no tratamento de pessoas com feridas. Nesse sentido, a resolução COFEN nº 0567/2018 endossa sua autonomia e prática. A seguir serão dispostas as atribuições concernentes aos profissionais atuantes na atenção primária (RIO DE JANEIRO, 2023):

23.1 ATRIBUIÇÕES DO(A) TÉCNICO(A) DE ENFERMAGEM:

- a) Preparar a sala de curativo, o material a ser utilizado para toda atividade do turno, mantendo todas as almotolias, frascos e materiais abertos com identificação e data de validade;
- b) Realizar checklist ao chegar na sala, organizando e mantendo a sala de curativos em condições adequadas para o atendimento;
- c) Receber o usuário, acomodando-o em posição confortável que permita a visualização adequada da ferida evitando expor desnecessariamente o usuário;
- d) Executar a etapa do curativo conforme prescrição do enfermeiro ou médico;
- e) Orientar e esclarecer dúvidas do usuário quanto ao procedimento a ser executado, orientando quanto ao surgimento de sinais de infecção como dor, rubor, calor local, odor, exsudato copioso;

- f) Organizar os materiais e produtos a serem utilizados durante o procedimento, observando a data de validade, e, para materiais e produtos abertos, a identificação e validade, conforme item a;
- g) Orientar o usuário quanto ao retorno, data e horário, e cuidados a serem realizados, incentivando o autocuidado;
- h) Realizar os registros necessários relacionados ao procedimento executado e para o faturamento da atividade;
- i) Organizar a sala de curativos realizando a limpeza do instrumental e a desinfecção das superfícies.

23.2 ATRIBUIÇÕES DO(A) ENFERMEIRO(A):

- a) Realizar a consulta de enfermagem ao usuário com ferida aguda para execução do procedimento;
- b) Realizar a avaliação da ferida aguda para definição da necessidade da sutura simples;
- c) Realizar higienização e desbridamento, quando necessário;
- d) Executar o procedimento de sutura simples conforme descrição do protocolo supracitado;
- e) Quando necessário, prescrever soluções e coberturas oclusiva com as respectivas orientações.
- f) Incentivar a prática do autocuidado aos usuários e cuidadores;
- g) Organizar a sala de curativos realizando a limpeza do instrumental e a desinfecção das superfícies;
- h) Realizar os registros necessários relacionados ao procedimento executado e para o faturamento da atividade, comunicando a chefia imediata em caso de irregularidades de material;
- i) Supervisionar e treinar a equipe de enfermagem para atualização no tratamento de pessoas com feridas agudas, convocando a equipe técnica para discussão no caso de intercorrências (infecção, resposta insatisfatória ao tratamento, alta);

- j) Supervisionar, orientar e capacitar os cuidadores responsáveis pela continuidade do cuidado de pessoas com feridas.

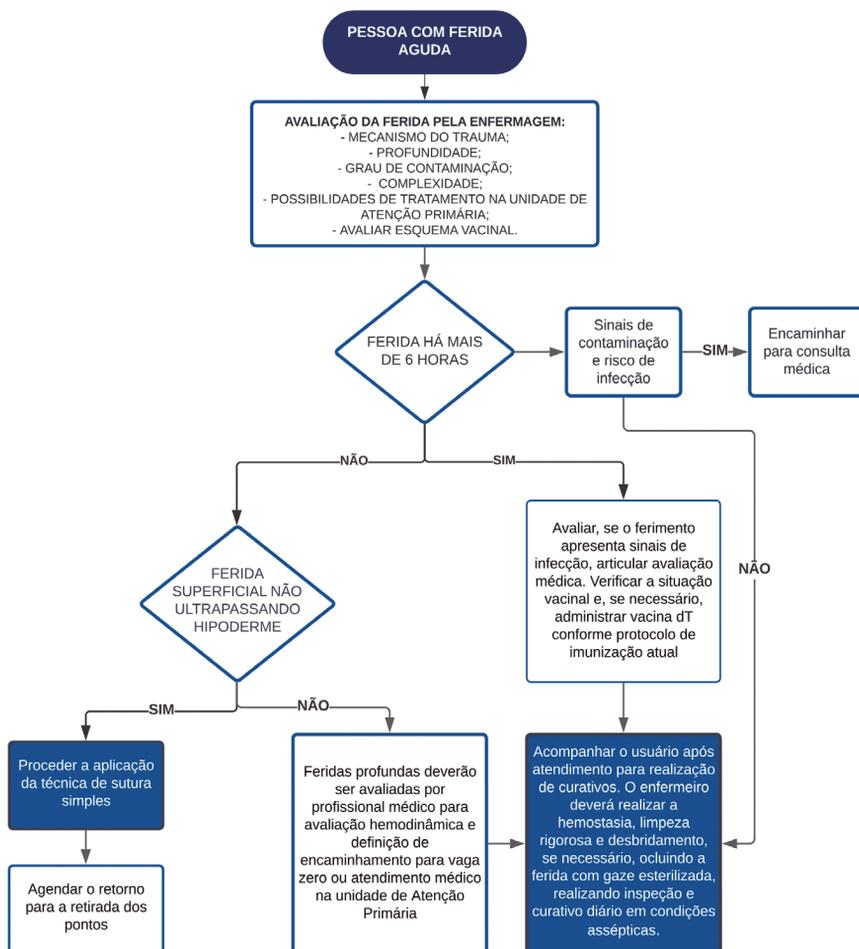
23.3 ATRIBUIÇÕES DO(A) MÉDICO(A):

- a) Prescrever fármacos quando necessário;
- b) Quando necessário, solicitar exames complementares e encaminhar para especialidades;
- c) Quando necessário, prescrever soluções e coberturas;
- d) Realizar desbridamento quando necessário;
- e) Realizar os registros necessários relacionados ao procedimento executado e para o faturamento da atividade;
- f) Organizar a sala de curativos realizando a limpeza do instrumental e a desinfecção das superfícies;
- g) Incentivar a prática do autocuidado aos usuários e cuidadores;
- h) Convocar a equipe técnica para discussão no caso de intercorrências (infecção, resposta insatisfatória ao tratamento, alta);
- i) Acompanhar a evolução do quadro clínico junto à equipe de enfermagem da unidade.

23.4 ATRIBUIÇÕES DOS(AS) AUXILIARES DE SERVIÇOS GERAIS:

- a) Realizar limpeza concorrente na sala de curativos ao final de cada turno ou sempre que solicitado pela equipe;
- b) Proceder limpeza terminal semanalmente, no dia e horário indicado pela unidade;
- c) Trocar sacos de lixo diariamente ao final do turno da manhã e da tarde ou quando necessário;
- d) Repor papel toalha e sabão sempre que necessário;
- e) Manter a sala limpa.

24. FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO À PESSOA COM FERIDA AGUDA PELO ENFERMEIRO



25. REFERÊNCIAS

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (ANVISA) Higienização das mãos em serviços de saúde. Brasília: Anvisa, 2007. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/manual_integra_lavagem_das_maos_anvisa.pdf

BRASIL, Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Primária no 30 – Procedimentos. Brasília: MS, 2011. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Caderno-de-aten%C3%A7%C3%A3o-prim%C3%A1ria-n30-procedimentos.pdf>

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica.

Manual de condutas para tratamento de úlceras em hanseníase e diabetes. 2. ed., rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Tétano acidental ferimentos com destroços podem levar à infecção, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/tetano_acidental_ferimentos_destrocos_levar_infeccao.pdf

CAMPOS, Maria Genilde das Chagas Araújo. Tratado de feridas e curativos: uma abordagem teórica e prática. João Pessoa, PB: Brasileiro& Passos; Rômulo Passos, 2022.

COFEN, Brasília. Resolução COFEN no 731 de 13 de novembro de 2023. Cofen, 2023. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-731-de-13-de-novembro-de-2023/>. Acesso em: 26 mar. 2024.

COFEN, Brasília. RESOLUÇÃO COFEN No 736 DE 17 DE JANEIRO DE 2024.



Cofen, 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>. Acesso em: 22 abr. 2024.

DEALEY, Carol. Cuidando De Feridas: Um Guia Para as Enfermeiras. [s.l.]:Atheneu, 2007.

GEOVANINI, Telma. Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional. 2. ed. São Paulo: Rideel, 2022.

GRILLO, R., *et al.* Manejo cirúrgico de mordidas maxilofaciais de animais e humanos: uma revisão abrangente. (2024). doi: 10.58240/1829006x-2024.19.1-138

UFGD. Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados. HU- UFGD. Calçar e retirar luvas estéreis. Procedimento/ Rotina. POP.DE.101. Mato Grosso do Sul, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-centro-oeste/hu-ufgd/aceso-a-informacao/pops-protocolos-e-processos/gerencia-de-atencao-a-saude-gas/divisao-de-enfermagem/anexo-portaria-112-pop-de-101-calcar-e-retirar-luvas-estereis-2021-2023>

LONDRINA, SMS. Procedimento Operacional Padrão: Sutura Cirúrgica. Secretaria Municipal de Saúde, 2023. Disponível em: <https://saude.londrina.pr.gov.br/images/protocolos-clinicos-saude/14-SUTURA-CIR%C3%9ARGICA.pdf>

MENDONÇA, Adriana da Paz. Procedimentos em atenção primária. [s.l.]:Ufsc, 2018.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde [organização]. Carteira de serviços da atenção primária: abrangência do cuidado. 3. ed. rev.

atual. e aum. Rio de Janeiro, RJ: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2021. Disponível em; https://subpav.org/download/impressos/Livro_CarteiraDeServicosAPS_2021_20211229.pdf

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA. Diretrizes para Sutura de Feridas. São Paulo: SBCP, 2018.

TAZIMA, Maria de Fátima Galli Sorita; FILHO, Luiz Garcia Mandarano; VICENTE, Yvone Avalloni de Moraes Villela de Andrade; PILLEGI, Flávio de Oliveira. Protocolo Clínico e de Regulação para Ferimentos

Traumáticos de Pele e Subcutâneo. USP, 2012. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4347582/mod_resource/content/1/Santos%2036.pdf

UNIFASE. Suturas: tipos, definições, técnicas e mais um resumo de tudo que um estudante de medicina precisa saber. 2024. Disponível em: <https://www.unifase-rj.edu.br/suturas-tipos-definicoes-tecnicas-e-mais-um-resumo-de-tudo-que-um-estudante-de-medicina-precisa-saber>. Acesso em: 27 mar. 2024.

ZOGBI, Luciano; RIGATTI, Gabriel; AUDINO, Daniel Fagundes. Sutura cirúrgica. VITTALLE - Revista de Ciências da Saúde, [S. l.], v. 33, n. 1, p.29-44, 2021. DOI: 10.14295/vittalle.v33i1.11496.

ZOGBI, Luciano; RIGATTI, Gabriel; AUDINO, Daniel Fagundes; AUDINO, Lázaro Fagundes. Anestesia local. VITTALLE - Revista de Ciências da Saúde, [S. l.], v. 33, n. 1, p. 45-66, 2021. DOI: 10.14295/vittalle.v33i1.11495.



**Rio**
PREFEITURA

SAÚDE

