



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

ARLETE PINHEIRO DA SILVA

**O ENFERMEIRO NA SUPERVISÃO DO CURATIVO
PÓS-OPERATÓRIO**

ARIQUEMES-RO
2014

Arlete Pinheiro da Silva

**O ENFERMEIRO NA SUPERVISÃO DO CURATIVO
PÓS-OPERATÓRIO**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Enfermagem,
da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como
requisito para a obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem

Profª Orientadora: M^a. Mônica Freiberger Fernandes

ARIQUEMES-RO
2014

Ficha Catalográfica
Biblioteca Júlio Bordignon
FAEMA

S586e Silva, Arlete Pinheiro da.

O Enfermeiro na supervisão do curativo pós – operatório./Arlete Pinheiro da Silva- Ariquemes: FAEMA, 2014.
39 f.;il.

Trabalho de Conclusão de Curso - Graduação em Enfermagem - Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA.

Orientadora: Prof.Mª. Mônica Freiberger Fernandes

1. Supervisão de enfermagem. 2. Cicatrização. 3. Sistematização. 4. Assistência de enfermagem I. Fernandes, Mônica Freiberger. II. Título. III. FAEMA.

CDD 610.73

Bibliotecária responsável:
Elayne Cristina Nobre de Souza
CRB-2/1368

Arlete Pinheiro da Silva

O ENFERMEIRO NA SUPERVISÃO DO CURATIVO PÓS-OPERATÓRIO

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito para a obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem

COMISSÃO EXAMINADORA

Profa. Examinadora: M^a Mônica Freiberger Fernandes
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Profa. Orientadora: M^a Sônia Carvalho de Santana
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Profa. Examinadora: M^a Laís Ayres Seixas
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Ariquemes, 11 de Junho de 2014.

Dedico os meus esforços para a realização deste trabalho, aos meus pais, meu esposo e as minhas filhas, que sempre me incentivaram a nunca desistir dos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus que iluminou o meu caminho durante esta jornada. Aos meus pais Jair Pinheiro e Edna da Silva, que ensinaram a nunca desistir dos meus sonhos.

Ao meu esposo, que soube compreender os momentos em que estive ausente.

As minhas filhas e netos, que sempre me incentivaram a nunca desistir dos meus sonhos, e me ajudaram durante essa longa caminhada, e principalmente aos meus netos que me proporcionaram momentos de grandes felicidades e também de preocupações.

Ao meu tio Alfrânio Cardoso Santiago, que me deu seu voto de confiança no momento em que mais precisei de sua ajuda.

A minha família, que soube compreender as minhas ausências, em datas comemorativas e especiais, por motivo de trabalho ou da faculdade.

As minhas amigas, Marciana Andréia e Nathalia Fernandes, não sei como agradecer, mas os momentos que vivemos e as lembranças falarão por mim, por nós e por todos os nossos dias futuros. Com vocês eu passei vários momentos de felicidade, mas também de angústias.

A professora Dr^a Helena Meika Uesugui, obrigada pela sua participação na elaboração deste trabalho, e muito mais por ter contribuído na minha formação acadêmica. Onde muitas vezes essa graduação parecia uma utopia.

A minha orientadora Prof^a Ms^a. Mônica Freiberger Fernandes que me ajudou na elaboração deste trabalho.

Aos membros da banca examinadora, aos demais professores e colegas que não foram mencionados, mas que foram fundamentais para a realização deste sonho.

*Feliz aquele que transfere o
que sabe e aprende o que
ensina.*

Cora Coralina

RESUMO

A Supervisão de enfermagem possui uma visão ampla no seu contexto de desenvolvimento, pois ela possui uma didática de ensino, organização e controle do trabalho, e orientação aos participantes durante a assistência de enfermagem. Este estudo objetivou destacar a importância do enfermeiro na supervisão dos curativos pós-operatório realizados pela equipe de enfermagem. Para análise dessa temática realizou-se estudo de revisão bibliográfica em base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sites oficiais e acervos da Biblioteca Júlio Bordignon, onde utilizou-se os Descritores em Ciências da Saúde: Supervisão de Enfermagem, Cicatrização, Sistematização da Assistência de Enfermagem, o delineamento dos referenciais compreendeu o período de 2001 a 2013. A supervisão do enfermeiro durante a realização da técnica de curativo na incisão cirúrgica é de suma importância, pois é esse profissional que possui capacidade para avaliar a lesão, coordenar os cuidados, acompanhar a evolução, supervisionar a execução do curativo, adotando medidas de prevenção à infecção e acelerando o processo de cicatrização.

Palavras chave: Supervisão de Enfermagem, Cicatrização, Sistematização da Assistência de Enfermagem.

ABSTRACT

Supervision of Nursing takes a broad view in context of development, because it has a didactic teaching , organization and control of labor , and guidance to participants during nursing care . This study aimed to highlight the importance of nurses in the supervision of post -operative dressings made by the nursing staff . For analysis of this theme was held bibliographic review on the database of the Virtual Health Library VHL , official websites and collections of the Library Júlio Bordignon , where it was used Descriptors in Health Sciences : Nursing Supervision , Healing , Systematization of Nursing Care . The supervision of a nurse during the technique for curative surgical incision is of paramount importance because it is this professional who has the ability to assess the damage , coordinate care , monitor developments , oversee the implementation of the dressing , adopting prevention measures infection and accelerating the healing process.

Keywords: Nursing Supervision, Healing, Nursing Care System.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-------|---------------------------------------|
| BVS | Biblioteca Virtual em Saúde |
| DeCS | Descritores em Ciências da Saúde |
| FAEMA | Faculdade de Educação e Meio Ambiente |
| SUS | Sistema Único de Saúde |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|-----------|---|
| Figura 01 | Ferida limpa em membro inferior |
| Figura 02 | Ferida potencialmente contaminada em região abdominal |
| Figura 03 | Ferida contaminada |
| Figura 04 | Ferida infectada em membro inferior |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| INTRODUÇÃO..... | 15 |
| 2 OBJETIVO..... | 17 |
| 2.1 OBJETVO GERAL..... | 17 |
| 2. 2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 17 |
| 3 METODOLOGIA..... | 18 |
| 4 REVISÃO DE LITERATURA..... | 19 |
| 4.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA DA PELE..... | 19 |
| 4.2 FERIDA OPERATÓRIA E SEU PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO..... | 20 |
| 4.2.1 PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO DAS FERIDAS..... | 23 |
| 4.3 TIPOS DE CURATIVO..... | 25 |
| 4.3.1 TÉCNICA DE CURATIVO CIRÚRGICO..... | 28 |
| 4.4 A SUPERVISÃO DO ENFERMEIRO NA REALIZAÇÃO DA TÉCNICA DE CURATIVO CIRÚRGICO..... | 30 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 36 |
| REFERÊNCIAS..... | 37 |

INTRODUÇÃO

A pele é o maior órgão do corpo, representando 15% de seu peso, trata-se de um manto de revestimento do organismo que isola os componentes orgânicos do ambiente externo, sua complexa estrutura de tecidos, está adaptada a exercer diversas funções tais como proteção, termorregulação e percepção. (SILVA et al.,2011).

Assim como qualquer outro órgão, está sujeito a sofrer agressões oriundas de diversos fatores, que são classificados de acordo com sua etiologia, elas podem ser traumáticas, que são aquelas provocadas acidentalmente por agentes perfurantes, cortantes, por atrito, inoculações de veneno, mordeduras e queimaduras, as patológicas geralmente são causadas por alterações no organismo como as úlceras venosas, arteriais, diabéticas e neuropáticas. (GUITTON; ABREU CASTRO ; CARVALHO ANDRADE, 2005).

Existem as agressões de origem iatrogênica, que são causadas por uma resposta desfavorável ao tratamento médico ou cirúrgico, e por fim as de origem cirúrgica que são as lesões agudas intencionais decorrentes de uma cirurgia ou procedimento cirúrgico. (CUNHA, 2006).

Segundo CUNHA as agressões ocasionadas na pele são consideradas feridas, que se caracteriza pelo rompimento da estrutura da pele e do funcionamento da estrutura anatômica normal podendo atingir a epiderme, a derme ou alcançar o tecido celular subcutâneo, essas agressões podem ser decorrente de traumas, processos inflamatórios, degenerativos ou distúrbios metabólicos.

As feridas são classificadas quanto a sua etiologia e ao seu grau de contaminação: limpas são aquelas produzidas em ambiente cirúrgico, desde que não foram abertos sistemas contaminados, como o digestório, respiratório e genito-urinário. As limpas-contaminadas são aquelas em que há contaminação grosseira em que houve abertura dos sistemas contaminados. Já as contaminadas, observa-se reação inflamatória e são aquelas em que houve contato com material contaminado, e que já se passou seis horas após o ato que resultou na ferida, e as infectadas são aquelas que apresentam sinais nítidos de infecção. (ODA, 2004).

Conforme citado algumas feridas surgem decorrentes de uma cirurgia ou procedimento, nesse instante o indivíduo se depara com uma ferida operatória, que embora pareça uma simples linha de sutura, mas que requer cuidados especiais, avaliação e manejo adequado no pós-operatório principalmente na escolha adequada da técnica de curativo que será utilizada. (CATANEO, 2004).

O sítio cirúrgico é uma área delimitada, em que abrange a ferida operatória e os tecidos periredor, o curativo que será utilizado nessa ferida operatória tem a finalidade de absorver exsudatos e acelerar o processo de cicatrização.

A cicatrização da ferida cirúrgica envolve uma série de eventos interdependentes que tem como objetivo reparar o tecido lesado. Esse processo pode ocorrer de três formas, tais como: cicatrização por primeira intenção que se dá através da aproximação das margens e fechamento da ferida; cicatrização por segunda intenção que acontece quando o sítio cirúrgico é deixado aberto e a ferida cicatrizará por formação de tecido de granulação e epitelização e, por fim a cicatrização por terceira intenção ou fechamento primário. (MEDEIROS et al., 2003).

A enfermagem no decorrer dos anos vem conquistando seu espaço na área da saúde cada vez mais, ampliando suas atividades e assumindo novos cargos, enfim trazendo para si mais responsabilidade e autonomia do que em seus primórdios. (SILVA et al., 2011).

O profissional de enfermagem vem desenvolvendo um cuidado holístico do paciente e desempenha um trabalho de extrema relevância no tratamento de feridas, uma vez que tem maior contato com o cliente/paciente, acompanha a evolução da lesão, orienta e executa o curativo. (MORAES; OLIVEIRA; SOARES, 2008).

Segundo os autores Ferreira e Andrade (2006), os cuidados e curativos do sítio cirúrgico são constantemente realizados pelo enfermeiro juntamente com a equipe técnica de enfermagem. Cabe ao enfermeiro realizar os curativos na ferida operatória de alta complexidade e supervisionar o desenvolvimento da técnica de curativo da equipe de enfermagem.

Portanto a supervisão de enfermagem é um instrumento gerencial importantíssimo e imprescindível para o acompanhamento, avaliação e educação da equipe de enfermagem

durante a realização de um procedimento seja de curativo na incisão cirúrgica ou outros, supervisão está que atua em prol da qualidade da assistência prestada ao cliente/paciente. (SANTIAGO; CUNHA, 2011).

A assistência de enfermagem deve ser prestada ao paciente de forma contínua, observando sempre as condições físicas e emocionais do indivíduo, o profissional deve estar apto para observar e analisar o aparecimento de diversas causas que podem interferir no processo de cicatrização e o comprometimento da integridade da pele, lembrando que tudo o que for observado deve ser documentado no prontuário do paciente. (MENEZES; PRIEL; PEREIRA, 2011).

Baseado nesse contexto torna-se oportuno realizar algumas considerações acerca dos cuidados de enfermagem com o sítio cirúrgico, realização do curativo da ferida pós-operatória utilizando técnicas corretas e a importância da supervisão do enfermeiro no desenvolvimento deste procedimento.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Destacar a importância do enfermeiro na supervisão do curativo cirúrgico.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a anatomia e fisiologia da pele
- Definir a ferida pós- operatória e seu processo de cicatrização
- Classificar os tipos de curativos
- Descrever a técnica do curativo pós operatório
- A supervisão de enfermagem no curativo pós operatório

3 METODOLOGIA

A presente monografia se constitui de uma pesquisa bibliográfica, de caráter de revisão de literatura, realizada no período compreendido de março de 2013 a março de 2014. O levantamento das publicações foi realizado em base de dados indexados a saber: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sites oficiais e acervos da Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, em Ariquemes-RO. Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados foram: Supervisão de Enfermagem, Cicatrização, Sistematização da Assistência de Enfermagem.

O delineamento dos referenciais compreendeu o período de 2001 a 2013, os critérios de inclusão: artigos disponíveis na íntegra em periódicos nacionais e internacionais, que evidenciavam as ações de supervisão do enfermeiro na realização da técnica de curativo. Os critérios de exclusão utilizados foram publicações que não correspondiam ao objetivo do estudo, e que se encontravam sob a forma de resumo.

A seleção dos referenciais incluiu 03 (três) livros, 29 (vinte e nove) artigos, sendo 02 (dois) internacionais, além de 02 (dois) documentos oficiais, totalizando 34 (trinta e quatro) referências.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA DA PELE

A pele é considerada o maior órgão existente do corpo humano sendo indispensável para a vida é fundamental para o perfeito funcionamento fisiológico do organismo. Assim como qualquer outro órgão, está sujeito a sofrer agressões oriundas de diversos fatores podendo ocorrer alterações na sua constituição como, por exemplo, as feridas cutâneas, podendo levar à sua incapacidade funcional. (CUNHA, 2006).

O tecido tegumentar possui a função de proteção, termo regulação, percepção ou sensibilidade e excreção. A proteção é constituída como uma barreira física contra microrganismos, substâncias estranhas, infecções e perda excessiva de líquidos. A camada termo regulação mantém o controle da temperatura corporal por intermédio de vasoconstrição, vasodilatação e sudorese. (COSTA et al., 2011)

Conforme Costa et al (2011) a percepção ou sensibilidade da pele age através de determinações nervosas, permitindo captar sensações de dor, pressão, calor. A excreção contribui para a termorregulação, ela atua excretando água e eletrólitos do organismo.

A pele é constituída por três camadas, que são denominadas de epiderme, derme e hipoderme. A epiderme é um tecido epitelial pluriestratificado, que seus componentes incluem ceratinócitos, melanócitos, as células de Langerhans e as células Merckel. Os ceratinócitos são os principais constituintes da epiderme, tem o seu ciclo de vida em torno de quinze a vinte dias e se dispõem na mesma, os ceratinócitos apresentam aspectos morfológicos distintos, sendo que o número de camadas podem variar de acordo com a região do corpo, entre seis e doze, sendo que a pele da sola mais espessa, e a pele da face mais delgada. (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2010).

A epiderme é subdivida por camadas, denominada *camada basal*, *camada espinhosa*, *camada granulosa* e a *camada córnea*. Na epiderme fica localizada a queratina

que fica responsável pela impermeabilização da pele, e o acúmulo de camadas de queratina formará a camada *córnea*. (CUNHA, 2006).

A derme está localizada abaixo da epiderme onde existe uma lâmina basal rica em glicoproteínas filamentosas e colágeno que permite aumentar a aderência da epiderme à derme. É uma camada formada por tecido conjuntivo denso fibroso, onde as fibras ficam orientadas em diversas posições, nesta camada, encontram-se vasos sanguíneos, linfáticos, folículos pilosos, glândulas sudoríparas e sebáceas, pelos e terminações nervosas, além de células tais como: fibroblastos, mastócitos, monócitos, macrófagos, plasmócitos entre outros. (ODA, 2004).

A hipoderme não faz parte da pele, mas promove a união desta com as estruturas subjacentes, de uma forma que permite o deslizamento de um tecido sobre o outro. É nesta camada que se localiza o músculo cutâneo que entre outras funções, promove repetidas contrações da pele de forma elevar a temperatura corporal. (SOUSA, 2010).

4.2 FERIDA OPERATÓRIA E SEU PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO

Ferida é a ruptura da integridade de um tecido, que pode apresentar diferentes profundidades, podendo atingir as camadas da pele ou alcançar o tecido celular subcutâneo, a fáscia e o tecido muscular. (CUNHA, 2006).

As feridas podem ser classificadas quanto à sua etiologia, quanto ao conteúdo microbiano, tipo de cicatrização, grau de abertura e ao tempo de duração. (BILL, 2001).

Quanto à etiologia, elas podem ser de origem traumática, iatrogênica, patológica e cirúrgica. As feridas de origem traumática são aquelas provocadas por acidentes, agentes químicos ou físicos, agentes perfuro-cortantes, por atrito, mordedura ou queimadura. As de origem iatrogênica são aquelas causadas por uma resposta desfavorável ao tratamento médico, cirúrgico ou erro no procedimento desenvolvido. (SOUSA, 2010).

As patológicas ou ulcerativas são feridas escavadas, circunscritas na pele, resultante de traumatismo ou alterações no organismo como as úlceras venosas, arteriais, diabéticas e neuropáticas. As feridas de origem cirúrgica são aquelas provocadas intencionalmente mediante a incisão, excisão ou punção. (GUITTON; ABREU; CARVALHO, 2005).

As feridas podem ser classificadas em limpas, potencialmente contaminada, contaminadas e infectadas. As feridas limpas são causadas através de cirurgias eletivas, primariamente fechadas, e sem drenos, são feridas não traumáticas e não infectadas, onde não há nenhum sinal de inflamação. (GUITTON; ABREU; CARVALHO, 2005).



Figura 01. Ferida limpa em membro inferior. Fonte Google imagens, 2014.

As potencialmente contaminadas, são aquelas em que há abordagem cirúrgica do trato digestivo, respiratório, geniturinário e orofaringe em situações controladas e sem contaminação. (SOUSA, 2010).



Figura 02. Ferida Potencialmente contaminada, em região abdominal. Fonte Google imagens 2013.

As feridas contaminadas, são consideradas aquelas que têm sua etiologia traumática e se encontra aberta, há uma contaminação grosseira durante a cirurgia. (CHIANCA, 2006).



Figura 03. Ferida contaminada. Fonte Google imagens 2014.

Conforme Chianca (2006) as feridas infectadas são aquelas que durante a cirurgia encontra secreção purulenta, tecidos desvitalizados, corpos estranhos, contaminação fecal ou trauma com atraso de tratamento.



Figura 04. Ferida infectada em membro inferior. Fonte Google imagens 2013.

Segundo Tazima; Vicente; Moriyay (2008) as feridas também podem ser classificadas de acordo com o grau de lesão tecidual. O estágio I caracteriza lesões em que apenas a epiderme é atingida, o estágio II ocorre quando existe perda tecidual e comprometimento da epiderme, derme ou ambas, o estágio III caracteriza-se pela presença de úlcera profunda com envolvimento total da pele e necrose de tecido subcutâneo, mas não se estende até à fáscia muscular.

Considerando a evolução da ferida, elas podem ser classificadas em agudas ou crônicas, as agudas são consideradas aquelas feridas intencionais, são planejadas e realizadas de modo a reduzir os riscos de complicações, e respondem rapidamente ao tratamento utilizado e cicatrizam sem complicações, no entanto elas podem se tornar complexas, quando apresentam complicações no processo de cicatrização. As crônicas têm cicatrização lenta, de longa duração, podendo ser recorrente, alguns exemplos como as úlceras por pressão e pés diabéticos. (GUITTON; ABREU CASTRO ; CARVALHO ANDRADE, 2005).

4.2.1 PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO DAS FERIDAS

O reparo de feridas é uma solução de continuidade dos tecidos, decorrente da lesão por agentes mecânicos, térmicos, químicos e bacterianos, é o esforço dos tecidos para restaurar a função e estruturas normais. (TAZIMA; VICENTE; MORIAY, 2008).

A cicatrização das lesões tem início no momento em que ocorre a quebra da integridade da pele, a lesão desencadeia uma cascata organizada de eventos celulares e bioquímicos que resultam em uma ferida cicatrizada. Durante o processo de cicatrização as forças de defesa do organismo são mobilizadas no sentido de estancar a perda sanguínea, proteger a ferida contra infecções, reparar o tecido que foi danificado, e remover patógenos e restos celulares. (GUITTON; ABREU CASTRO; CARVALHO ANDRADE, 2005).

Segundo os autores supracitados a reparação de feridas passa pelas seguintes etapas básicas: fase defensiva, fase inflamatória, fase proliferativa e fase de maturação.

O processo de defesa envolve a hemostasia e a inflamação. A hemostasia significa a interrupção da perda sanguínea com vasoconstrição local, formação do tampão plaquetário, coagulação sanguínea e crescimento de tecido fibroso para o fechamento do vaso sanguíneo.

A fase inflamatória inicia-se no momento em que ocorre a lesão, o sangramento traz consigo hemácias, plaquetas e fibrina, selando as bordas da ferida ainda sem valor mecânico, mas facilitando as trocas, o coágulo formado estabelece uma barreira que protege da contaminação. (SOUSA, 2010).

Com a lesão tecidual, há liberação local de histamina, serotonina e bradicinina que causam vasodilatação e aumento do fluxo sanguíneo no local e surgem os primeiros sinais inflamatórios como calor e rubor. Os primeiros elementos celulares a alcançar o local da ferida são os neutrófilos e os monócitos, com a função de desbridar as superfícies da ferida e fagocitar as partículas antigênicas e corpos estranhos. (TAZIMA; VICENTE; MORIAY, 2008).

Nesta fase pode ocorrer o processo de reepitelização, neste tipo de ferida a nova epiderme é produzida rapidamente devido à presença de folículos pilosos, glândulas sebáceas e sudoríparas. A ferida cirúrgica é reepitelizada dentro de 72 horas, e a nova epiderme promove uma barreira de proteção. (FERREIRA; ANDRADE, 2006).

Conforme Ferreira e Andrade (2006) a fase proliferativa percebe-se o processo de deposição de colágeno subjacente à incisão cirúrgica, esse novo tecido pode ser palpado e percebido como um halo rígido, ao longo da incisão. Outro fator importante que deve ser observado nessa fase é o exsudato, que varia em característica e quantidade, de acordo com o processo de cicatrização, o exsudato logo após a cirurgia é sanguinolento e dentro de 48 horas a drenagem do sítio cirúrgico se torna serossanguinolenta e posteriormente serosa.

É na fase de maturação ou de remodelação que a cicatriz da ferida cirúrgica é mais bem avaliada, considerando-se a cor da incisão, sendo que o tecido da incisão é remodelado e organizado estruturalmente, fazendo com que a cor da cicatriz mude. (FERREIRA; ANDRADE, 2006).

Quanto às formas de cicatrização, as feridas cirúrgicas, podem ser fechadas por primeira intenção, segunda ou terceira intenção, variando de acordo com as características da ferida. A cicatrização por primeira intenção ocorre quando há uma aproximação das

bordas por meio de sutura cirúrgica, não há grande perda de área tecidual, o exsudato é mínimo e não há presença de infecção. (HESS, 2002).

A cicatrização por segunda intenção, a ferida cirúrgica é mantida aberta para que a lesão cicatrize seguindo os processos naturais de granulação, contração e epitelização, esse processo ocorre quando há uma perda tecidual extensa. Quanto a esse tipo de cicatrização deixa um aspecto estético duvidoso, por conta do afastamento das bordas da ferida, as fibras de colágeno devem preencher todo esse espaço e é possível que ocorram também hipergranulação e quelóides. (SILVA et al., 2011).

Para Silva et al (2011, p. 506), a terceira opção de cicatrização chamada, cicatrização por terceira intenção, pode ocorrer como um complemento da segunda intenção, em casos de complicações graves ou infecções, deixa-se a ferida aberta cicatrizando por segunda intenção e depois de sanada a infecção, junta-se as bordas por meio de sutura primária.

4.3 TIPOS DE CURATIVOS

O Curativo é um meio terapêutico que consiste na limpeza e aplicação de uma cobertura estéril em uma ferida, quando necessário, com a finalidade de promover a rápida cicatrização e prevenir a contaminação ou infecção. O curativo tem o objetivo de auxiliar o organismo a promover a cicatrização, eliminar os fatores desfavoráveis que retardam a cicatrização da lesão e por fim diminuir infecções cruzadas, através de técnicas e procedimentos adequados. (GOMES; COSTA; MARIANO, 2005).

Alguns manuscritos egípcios (1550 AC) descrevem curativos compostos por linho, óleos e mel, acredita-se que o linho tenha sido utilizado pela sua propriedade de absorção, já a gordura por suas propriedades de barreira e por fim o mel pelo efeito antibacteriano. (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2010).

Os gregos e romanos empregavam emplastos, banhas, óleos minerais, pomadas e vinho. Medievais associavam a plantas medicinais, teia de aranha, ovo, cauterização com

óleo quente associado ao auxílio de preces, pois para eles o corpo humano era considerado sagrado, morada do espírito ou das forças demoníacas. Neste mesmo período, os monastérios desenvolviam cada vez mais o estudo sobre as plantas, acentuando a importância da manutenção da ferida limpa e remoção dos corpos estranhos e tecido necrótico, e a necessidade de controle da hemorragia por meio de compressões locais e cauterizações de vasos. Até o dia de hoje esses mesmos conceitos são utilizados no desenvolvimento de novos curativos. (CUNHA, 2006).

Existem vários tipos de curativos, que variam de acordo com a natureza, localização e tamanho da ferida, em alguns casos é necessária uma compressão, em outros, lavagem exaustiva com solução fisiológica e outros exigem imobilização com ataduras. Os curativos são classificados como curativo oclusivo, semi-oclusivo, compressivo e aberto, o curativo semi-oclusivo é subdividido conforme a escolha da cobertura. (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2010).

O curativo oclusivo é aquele que cria e mantém uma hidratação ideal para o processo de cicatrização. Ao utilizar uma cobertura para a ferida, ela tem por objetivo reduzir a dor, proteger a ferida de infecção, ajudar a controlar a exsudação, promover o desbridamento autolítico, a hemostasia e o preenchimento de espaço vazio no caso de ferida cavitária. (LEÃO, 2001).

Apesar de vários benefícios, é possível que esse tipo de curativo possa provocar um retardamento no processo de cicatrização, caso ocorra uma seleção inadequada da cobertura utilizada, presença de alergia a algum componente do produto, ou até o manuseio errado do curativo. (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2010).

Esse tipo de curativo não permite a entrada de fluídos ou ar, atua como uma barreira mecânica que impede a perda de fluídos promove isolamento térmico, veda a ferida, a fim de impedir a formação de crosta. (GOMES; COSTA; MARIANO, 2005).

Curativo semioclusivo é um tipo de curativo que é absorvente e comumente utilizado em feridas cirúrgicas, drenos, feridas exsudativas, absorvendo o exsudato e isolando-o da pele adjacente saudável. (SILVA et al.,2011).

O curativo com gaze entra na classificação dos semi-oclusivos, existe vários tipos de gazes tais como: gaze de algodão, gaze não entrelaçada e gaze impregnada, elas são muito permeáveis ao ar. Esses curativos têm a função de absorver rapidamente o exsudato e a porosidade e permite a evaporação da umidade da ferida, as indicações para esse tipo de

curativo incluem o tratamento inicial de feridas com tecido necrótico ou quando os outros curativos são contra indicados. (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2010).

Segundo Malagutti e Kakihara (2010) embora esse tipo de curativo seja disponível e tenha custos mais baixos, possuem várias desvantagens, pelo fato de que a gaze é permeável a bactérias, aumentando potencialmente o risco de infecção, adere ao leito da ferida e pode danificar o tecido de granulação recém-formado e a epiderme, quando removida da superfície da ferida. Esse produto tende a soltar fiapos e fibras, as quais podem agir como material estranho e levar a inflamação e infecção prolongada.

Já o curativo não aderente, limita o risco de aderência à base da ferida, esse tipo de curativo é utilizado em lacerações de pele, áreas doadoras de tecidos e enxertos de pele. Mas também é indicado quando a pele ao redor da ferida está friável e rompe-se facilmente. Esses curativos podem ser impregnados com substâncias que aceleram o processo de cicatrização da ferida. (GOMES; COSTA; MARIANO, 2005).

Os filmes são curativos transparentes, confortáveis, adesivos e extremamente elásticos, podem ser utilizados como curativo primário, ou seja diretamente na ferida, ou como secundário recobrando os outros curativos primários não aderentes. O material utilizado para a confecção desse curativo filme é poliuretano ou outros polímeros sintéticos. A fina membrana que esse tipo de curativo promove é semi oclusiva, permitindo assim a troca de oxigênio e vapor de água e entre a ferida e o ambiente, essa membrana permanece impermeável à entrada de líquidos e de bactérias. (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2010).

Essa cobertura é indicada para o tratamento de feridas superficiais, com pouco exsudato, tais como: áreas doadoras de enxerto; proteção de feridas cirúrgicas com pouco sangramento; fixação de cateteres; queimaduras. Esse filme promove a epitelização da ferida, reduz a dor e a facilita o desbridamento autolítico. (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2010).

O curativo compressivo é utilizado para reduzir o fluxo sanguíneo e ajudar na aproximação das extremidades da lesão. (SILVA et al., 2011).

E por fim o curativo aberto, que é realizado em ferimentos em que não há a necessidade de serem ocluídos, tais como, feridas cirúrgicas limpas após 24 horas, cortes pequenos, suturas e escoriações. (SILVA et al., 2011).

4.3.1 TÉCNICA DE CURATIVO CIRÚRGICO

O curativo cirúrgico é o recurso que cobre a ferida, com o objetivo de favorecer o processo de cicatrização e protegê-la contra agressões externas, mantendo-a úmida e preservando a integridade de sua região periférica. (SILVA et al., 2011).

Conforme Silva et al, (2011) o Curativo cirúrgico é um meio terapêutico utilizado para promover a limpeza da ferida, evitar a contaminação e acelerar o processo de cicatrização da ferida cirúrgica.

Conforme os autores supracitados, o curativo terá a função de proteger a lesão contra traumas nas primeiras 24 ou 48 horas e dever ser mantido limpo e seco. O tipo de curativo deve ser escolhido conforme o tipo é o tamanho da lesão. Lesão fechada por primeira intenção.

Durante a realização do curativo cirúrgico é de suma importância que o enfermeiro supervisione e avalie a realização da técnica do curativo, lembrando sempre de adotar medidas assépticas para evitar um processo infeccioso na ferida.

As medidas assépticas que devem ser seguidas, para que se obtenha êxito no desenvolvimento da técnica são:

Procedimento: reunir os materiais necessários, bandeja contendo: pacote de curativo estéril, gazes esterilizadas, esparadrapo e solução salina a 0,9%. (SILVA et al., 2011).

- Explicar o procedimento ao paciente;
- Proteger o cliente com biombo ou fechar a porta do quarto preservando sua privacidade;
- Lavar as mãos
- Expor a área do curativo, colocando o cliente em posição adequada.
- Abrir o pacote de curativos, mantendo a técnica asséptica, colocando as pinças cabos voltada para fora do campo;
- Dispor as gazes sobre o campo estéril;
- Umedecer o curativo anterior com solução salina a 0,9% facilitando a retirada;
- Montar a pinça hemostática com gaze, com a ajuda de outra pinça limpa;
- Limpar a incisão, utilizando as duas faces da gaze embebida em SF, num sentido único;

- Limpar as regiões laterais da incisão cirúrgica;
- Secar o excesso de SF 0,9% da incisão e das laterais
- Cobrir a incisão com gaze e esparadrapo, ou curativos prontos ou ainda com filme transparente;
- Realizar a troca a cada 24 horas ou sempre que estiver úmido;
- Assinar e datar o curativo pronto;
- Acomodar o cliente e deixar o ambiente em ordem;
- Lavar as mãos;
- Anotar em ficha única as características da incisão e o curativo realizado;

Na lesão aberta, o curativo tem a função de manter a limpeza e auxiliar o processo cicatricial. A escolha do produto de cobertura primaria depende da característica da lesão.

Materiais: Bandeja contendo pacote de curativo estéril, gaze estéril, esparadrapo ou micropore, solução salina 0,9%, seringa de 20 ml, cobertura especifica escolhida, luvas estéreis, lâmina de bisturi, e ataduras se necessário. (SILVA et al., 2011).

Procedimento

- Lavar as mãos com solução antisséptica;
 - Reunir o material e leva-lo para junto do cliente;
 - Explicar o procedimento, atendendo as necessidades de privacidade;
 - Posicionar adequadamente o cliente, expondo somente a área afetada;
 - Abrir o pacote de curativos, mantendo técnica asséptica, colocando as pinças com cabos voltados para fora do campo;
 - Dispor as gazes no campo estéril, bem como a seringa para irrigação;
 - Umedecer o curativo anterior com SF 0,9%, facilitando a retirada do mesmo;
 - Montar a pinça hemostática com gaze, com a ajuda de outra pinça limpa;
 - Limpar a região ao redor da ferida com solução salina;
 - Lavar o leito da ferida com grande quantidade de solução salina por meio de jatos com a seringa de 20 ml;
 - Se necessário, remover o excesso de exsudato e fibrinas do leito da ferida, com gaze embebida em solução salina, fazendo uma leve pressão em movimentos circulares;
 - Cobrir o leito da ferida com gaze embebida em SF 0,9%, mantendo a ferida úmida;
 - Ocluir a ferida com gaze seca ou compressa cirúrgica, ou até mesmo com faixas;
-
- Assinar e datar sobre o curativo pronto;
 - Acomodar o cliente e deixar o ambiente em ordem;
 - Lavar as mãos;

- Anotar em ficha única as características da incisão e o curativo realizado;

O enfermeiro é um dos atores fundamentais no cenário de assistência ao paciente portador de ferida, pois é esse profissional que tem conhecimento teórico em sua grade curricular para realizar o levantamento de dados inerentes a ferida, fazer diagnósticos de enfermagem e prescrição de cuidados com o paciente, baseando-se nas informações coletadas, tal processo denomina-se Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que deve ser implementada em toda unidade de saúde, seja pública ou privada. (Silva et al, 2011).

A SAE é um instrumento de grande valia que o enfermeiro utiliza para nortear a assistência prestada ao paciente, lembrando que essa assistência visa sempre o individuo como um todo, ou seja, um ser biopsicossocial.

Durante a realização da SAE ao paciente portador de uma ferida é importante que o enfermeiro realize adequadamente as anotações pertinentes a ferida cirúrgica, anotações essas que são dimensão da ferida, tipo e quantidade de secreção, se há presença de tecido necrótico ou tecido de granulação. Para que ele possa ter conhecimento de tais informações é necessário que ele realize a supervisão da técnica de curativo, que é mais uma atribuição desse profissional. (Silva et al, 2011).

4.4 A SUPERVISÃO DO ENFERMEIRO NA REALIZAÇÃO DA TÉCNICA DE CURATIVO CIRÚRGICO

Os profissionais de saúde dentro do seu âmbito de atuação devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação da saúde em esfera individual e coletiva.

Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integral e contínua, atendendo as demais peculiaridades do sistema de saúde, sendo o mesmo capaz de pensar criticamente, analisar os problemas da sociedade e buscar resolutividade para

eles. Esses profissionais devem desenvolver seus serviços sempre visando à qualidade e os princípios da ética/bioética, levando em consideração que a assistência a saúde não se resume somente no desenvolvimento de uma técnica, mas sim na resolução do problema de saúde. (PERES; CIAMPONE, 2006).

Para que a assistência prestada pelos profissionais de saúde seja eficaz, utiliza-se de instrumentos norteadores do serviço, que são o planejamento, a organização, a coordenação e o controle, além desses instrumentos citados é necessário o suporte de recursos humanos qualificados e disponibilidade de recursos materiais adequados. (GRECO, 2010).

Conforme Peres e Ciampone (2006), o trabalho de enfermagem como processo de saúde subdivide-se em vários processos como cuidar/assistir, administrar/gerenciar, pesquisar/ensinar, supervisionar e avaliar, sendo que o processo que mais se destaca é o de gerenciar.

O gerenciamento realizado pelo enfermeiro resulta numa composição histórica da força de trabalho da enfermagem que sempre promoveu sua divisão técnica e social, quer seja pela vantagem em ocupar espaços de poder mais elevados na cadeia hierárquica. (PERES; CIAMPONE, 2006).

Segundo a Lei de nº7. 498, de 25 de junho de 1986, dispõe no 11º artigo sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem no Brasil, que o gerenciamento de enfermagem é uma atividade privativamente do enfermeiro. (BRASIL, 1986).

O gerenciamento é entendido como:

“é a arte de pensar, de decidir e de agir: é a arte de fazer acontecer, de obter resultados. Resultados que podem ser definidos, previstos, analisados e avaliados, mas que têm de ser alcançados através das pessoas e numa interação humana constante”. E na enfermagem não é diferente, ou seja, o ato de gerenciar é instituir práticas como análise do processo de trabalho, o diálogo, a participação e o debate com toda a equipe de saúde. (MOTTA, 1998 apud GRECO, 2010).

O gerenciamento em enfermagem, seja em instituições hospitalares, ou na saúde coletiva, constitui-se de atividade complexa e polêmica, sendo que cada vez mais, exige dos

profissionais competências cognitivas e técnicas na implementação de estratégias adequadas aos atuais modelos de administração. (JORGE et al., 2007).

A função de gerenciar em enfermagem recebe influências de determinantes, sócios, políticos, culturais e econômicos, e não pode ser entendido como um trabalho isolado, mas sim um processo que depende de ações cooperativas de um grupo de pessoas. (JORGE et al., 2007)

A gerência em enfermagem pode ser entendida como um instrumento capaz de organizar tecnicamente o processo de trabalho, com o objetivo de torná-lo mais qualificado e produtivo, na intenção de oferecer uma assistência de enfermagem universal, igualitária e integral, atingido assim os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS). (GRECO, 2010).

Para que o gerenciamento em enfermagem seja eficaz e necessário a utilização de instrumentos gerenciais que elevem o nível de qualidade e buscam resolutividade de seus serviços. Instrumentos esses que utilizam métodos para superar os obstáculos, não apenas relacionados à força do trabalho e recursos humanos, mas, além disso, econômicos, políticos, culturais e sociais. (SANTIAGO; CUNHA, 2011).

Conforme Santiago e Cunha (2011) esse método deve ser utilizado como um modelo para direcionar os indivíduos na execução, adequação e avaliação do serviço, a fim de se obter um serviço de saúde de qualidade, portanto a supervisão de enfermagem se enquadra nesse quesito como um valioso instrumento para se obter um controle da excelência da assistência prestada.

A Enfermagem tem o objetivo de proporcionar o melhor padrão de atendimento aos seus clientes, mas o principal problema é o gerenciamento dos recursos, tanto materiais, quanto humanos, fatores estes que se tornam imprescindíveis para uma assistência de qualidade. Para que possa atingir esse padrão de qualidade é necessário preparo de pessoal e aperfeiçoamento constante. (DUTRA, 2013).

Para tal o enfermeiro utiliza a supervisão.

Supervisão significa “olhar para cima”, de uma forma abrangente e total, pressupondo que quem supervisiona tenha a qualificação e o conhecimento para desempenhar tal função. **Supervisor** vem do sentido de “inspecionar”, porque o inspetor ficava em local mais elevado em relação aos

trabalhadores, de onde podia enxergar todos os detalhes da operação. O termo veio do latim *super* “acima”, e *videre*, “ver”. O supervisor é o que vê de cima. (GERINGER, 2002 apud GAMA, 2012 apud DUTRA, 2013).

No início a supervisão surgiu como a necessidade diante da recente divisão do trabalho, onde há um indivíduo responsável por assegurar o cumprimento de ordens, detecção de falhas e aplicação de sanções, era denominado como supervisor. A supervisão tinha um caráter de fiscalização e coercitivo, visava sempre à produtividade e lucros para a organização. (AYRES; BERTI; SPIRI; 2007).

Atualmente a supervisão é compreendida como um processo contínuo de incentivo e promoção do desenvolvimento de pessoal. Cabe ao supervisor, motivar e orientar os supervisionados na execução das atividades, visando sempre à qualidade do serviço. O supervisor passa a ser um elemento fundamental dentro da equipe, atuando como orientar e facilitador no ambiente de trabalho. (GAMA, 2012).

A supervisão é um instrumento que possui um caráter de ensino durante a organização e controle do trabalho, orientando e conduzindo os participantes do processo. Os principais objetivos da supervisão são: estimular o desejo de auto-aperfeiçoamento em cada indivíduo, orientar, treinar e guiar os indivíduos conforme suas necessidades, desenvolver a cooperação entre a equipe e proporcionar condições adequadas para o desenvolvimento do trabalho. (AYRES; BERTI; SPIRI, 2007).

Para que o processo de supervisão seja eficaz e necessário que o supervisor tenha autonomia e envolva os funcionários na tomada de decisões, deixando transparecer a importância que os mesmos possuem junta à instituição, devendo escutá-los e abstrair ao máximo o que eles têm de melhor, a fim de somar, mas isso só se realiza através da construção de uma confiança mútua entre supervisor e supervisionados. (DUTRA, 2013).

Para exercer a supervisão existem três tipos de métodos, primeiro o método direto que consiste na observação do pessoal de enfermagem; segundo o método indireto que oferece um estímulo para a equipe de enfermagem tome consciência de seu desempenho e busquem melhorar; e por fim o método de múltiplas faces que

adota a aplicação de várias técnicas de supervisão com o propósito de chegar à melhoria na qualidade da assistência prestada. (SANTIAGO; CUNHA, 2011).

Sendo assim, a supervisão de enfermagem possui uma visão ampla e gerenciadora do serviço, ou seja, é considerado um processo de grande atividade, diligente, eficiente, eficaz, contínuo, de valor educativo, assim como de caráter motivador, orientador e auxiliador de recursos humanos, materiais, organizacionais e do processo de trabalho de enfermagem como um todo. (LIBERALI; DALL'AGNOL, 2008).

Nos serviços de saúde, existe uma urgente necessidade de reflexão sobre o papel do enfermeiro no que se refere à ação de supervisão. Compreende-se que a realidade vivenciada nos serviços pelo enfermeiro implica em multifunções, sendo a supervisão aplicada de maneira empírica, assistemática e generalizada, aumentando assim os possíveis erros nos procedimentos realizados pela equipe de enfermagem. (SANTIAGO; CUNHA, 2011)

Legalmente, a supervisão do enfermeiro é respaldada pela Lei 7.498/86 quando afirma que as atividades dos técnicos e auxiliares de enfermagem não podem ser desenvolvidas sem a supervisão do enfermeiro. (BRASIL, 1986). Atrelado a isso, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem aponta em seu artigo 69 como responsabilidade e dever do enfermeiro “estimular, promover e criar condições para o aperfeiçoamento técnico, científico e cultural dos profissionais de Enfermagem sob sua orientação e supervisão”. (COFEN, 2007).

Entende-se que o Enfermeiro exerce um papel de grande relevância na assistência ao portador de uma ferida, pois é ele que mantém um contato prolongado com o mesmo, avalia a lesão, planeja e coordena os cuidados, acompanha sua evolução, supervisiona e executa os curativos. Seu destaque nessa área se deve, por causa da abordagem exaustiva desses cuidados na grade curricular durante sua formação acadêmica, sendo a assistência aos portadores de feridas, mais uma atribuição a este profissional. (SANTOS et al., 2007).

O Tratamento de feridas cirúrgicas é um processo amplo e dinâmico, que depende de avaliações sistematizadas, prescrições específicas, escolha adequada do curativo ou cobertura, pois podem variar de acordo com o processo evolutivo que a ferida se encontra. Para que ocorra esse acompanhamento é necessário que o enfermeiro observe e avalie a

lesão, e posteriormente prescreva um curativo conforme as necessidades diagnosticadas, no qual esse curativo pode ser realizado por ele mesmo ou designado a outro profissional de nível médio sob sua orientação e supervisão. (COSTA et al., 2011).

É sabido que a realização de um curativo é um procedimento que compete à enfermagem e que sua execução não se limita somente a realização de uma técnica, mas a todo um processo de avaliação que antecede o início do tratamento e o transcurso do mesmo. (COSTA et al., 2011).

Essa avaliação deve ser realizada pelo enfermeiro, seguindo os seguintes critérios, avaliar o paciente de maneira holística, ou seja, observar seu estado clínico, psicológico e emocional. Segundo, avaliar o aspecto geral da ferida, e terceiro dispor de material necessário para a avaliação e realização do curativo. Essa avaliação perpassa pelos conceitos básicos de supervisão, que são: organizar; gerenciar, educar, orientar, motivar e auxiliar os supervisionados durante a assistência de enfermagem, visando sempre à qualidade. (TUYAMA et al., 2004).

É de suma importância que o enfermeiro supervisione a realização da técnica de curativo na ferida cirúrgica assim, como qualquer outra técnica desenvolvida, visando promover condições que favoreçam uma cicatrização eficaz, e minimizar os possíveis erros que podem causar uma infecção.

Cabe ao enfermeiro, portanto, avaliar, supervisionar e documentar adequadamente a cicatrização do sítio cirúrgico, pois através desta ação sistematizada terá subsídios para tomada de decisão e implementação de condutas que melhor atenda as necessidades do paciente, tais ações denomina-se a SAE. (SANTIAGO; CUNHA, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Supervisão de enfermagem insere-se no contexto de trabalho do enfermeiro como um instrumento gerencial, que passa a gerir e organizar o serviço de saúde. Este instrumento é compreendido como um processo contínuo de incentivo e promoção do desenvolvimento de pessoal.

A supervisão do enfermeiro é respaldada pela Lei 7.498/86 quando afirma que as atividades dos técnicos e auxiliares de enfermagem não podem ser desenvolvidas sem a supervisão do enfermeiro. O enfermeiro tem a função de motivar e orientar os supervisionados na execução das atividades, sendo que a supervisão de enfermagem adota um caráter de ensino durante a organização do trabalho, orientando, avaliando e conduzindo os participantes desse processo.

Conforme já foi citado o enfermeiro tem capacidade para supervisionar a equipe de enfermagem na realização de suas atividades, fato esse que se dá, por conta da abordagem exaustiva sobre o assunto na formação dos mesmos.

Ele desempenha também um papel importantíssimo, na assistência ao portador de ferida, pois é esse profissional que mantém um contato prolongado com o paciente/cliente, avalia a lesão, planeja e coordena os cuidados, acompanha sua evolução, supervisiona e executa os curativos mais complexos.

Portanto fica explícita a importância da supervisão do enfermeiro na realização da técnica de curativo no sítio cirúrgico, pois será através dessa ação sistematizada, denominada de SAE , que o mesmo terá subsídios, para prestar uma assistência de maior qualidade juntamente com a equipe de enfermagem.

REFERÊNCIAS

AYRES, J.A.; BERTI, H.W.; SPIRI, W.C. Opinião e conhecimento do enfermeiro supervisor sobre sua atividade. **REME – Rev. Min. Enf.**;v. 11, n. 4; p.407-413, out./dez., 2007.

Disponível em:<<http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v11n4/v11n4a10.pdf>>. Acesso em: 15 de novembro de 2013.

BRASIL. Lei 7.498 de 25 de junho de 1986, **que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências**. Disponível em:<<http://www.corentocantins.org.br/eUpload/arquivos/8/Lei%20n%C2%BA%207.498.pdf>>. Acesso em 18 de novembro, 2013.

BILL ,TJ et al. Quantitative swab culture versus tissue biopsy: a comparison in chronic wounds. **Ostomy Wound Manag**, 2001;47(1):34-7.

COFEN, **Resolução 311/07** de 08 de fevereiro de 2007. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em <http://www.seet.org.br/upload/file/ca79c11d529ef3e39f2410d563c69995.pdf>>. Acesso em 18 de novembro de 2013.

CATANEO C et al., O preparo da equipe cirúrgica: aspecto relevante no controle da contaminação ambiental. **Rev Latino-am Enfermagem** 2004 mar/abr; 12(2): 283-86.

COSTA et al., Atuação do enfermeiro na assistência aos pacientes portadores de feridas. **Rev. Interdisciplinar UNINOVAFAPI-Teresina**, V.5, nº 3 p 9-14. Jul-agost, 2011.

CUNHA, Nelise Araújo. Sistematização da Assistência de Enfermagem no Tratamento de feridas crônicas. **ABEn/PE**. Olinda, 2006.

CHIANCA, Tânia Couto Machado. Nursing faults in the recovery period of surgical patients. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**. Vol. 14 nº 6, 2006.

DUTRA, Herica Silva. **Coordenação e Supervisão em Enfermagem**. Universidade Federal de Juiz de Fora, 2013.

FERREIRA, Adriano M; ANDRADE, Denise. Sítio Cirúrgico: Avaliação e intervenção de enfermagem no pós-operatório. **Arq. Ciência e Saúde**, 13 (1) 27-33, jan-marc. 2006.

GUITTON R. B.Oliveira, Beatriz; ABREU CASTRO, Joyce Beatriz de ; CARVALHO ANDRADE, Nelson. Técnicas Utilizadas na Aferição de Feridas e Avaliação do Processo Cicatricial. **Rev. Revistas Científicas de America Latina**, vol. 2, nº. 6, pp. 57-62, 2005.

GOMES, Flávia Valério de Lima; COSTA, Mônica Ribeiro; MARIANO, Luciana Augusta A. Manual de Curativos. **Santa Casa de Misericórdia de Goiás**, 3º revisão, agosto, 2005.

GAMA, B.M.B.M. **Supervisão em enfermagem**. Apostila de aula. UFJF. Faculdade de Enfermagem. Departamento de Enfermagem Básica. Disciplina: Administração em Enfermagem II. 2012.

GRECO, Rosangela Maria. A Gerência em Enfermagem: unidade de trabalho e do cuidado. Departamento de Enfermagem Básica Disciplina Administração em Enfermagem II. **Universidade Federal de Juiz de Fora**, 2010.

HESS, Cathy Thomas. **Tratamento de Feridas e Úlceras**. Rio de Janeiro, 4ª Ed, 2002.

JORGE et al., Gerenciamento em Enfermagem: um olhar crítico sobre o conhecimento produzido em periódicos brasileiros (2000-2004). **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol.60 no.1 Brasília Jan./Feb. 2007.

LIBERALI, Janaina; DALL'AGNOL, Clarice Maria. Supervisão em Enfermagem: Um Instrumento de gestão. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, 29(2): 276-82, 2008.

LEÃO, CS et al. Infecção do sítio cirúrgico em cirurgia geral: estudo prospectivo e randomizado da retirada do curativo oclusivo com 12h e 24h. **Rev. An Paul Med Cir.** jan./mar.;128(1):20-7, 2001.

SERVO, M.L.S.; CORREIA, V.S. Supervisão e a educação permanente da força de trabalho em enfermagem. **Rev. Diálogos e Ciência**. n. 8, 2006, p. 1-11. Disponível em:<http://dialogos.ftc.br/index.php?option=com_content&task=view&id=96&Itemid=5>. Acesso em: 20 de novembro de 2013.

SILVA et al. **Feridas Fundamentos e atualizações em Enfermagem**. São Paulo: Yendis, 2011.

SOUSA, Eunice Nobre Lima. Manuseio de Feridas. **Instituto Politécnico de Viana do Castelo**, 2010.

SANTIAGO, Ariane Rodrigues Jacobino Vieira; CUNHA, Juliana Xavier Pinheiro. Supervisão de Enfermagem: Instrumento para a promoção da qualidade na assistência. **Rev. Saúde e Pesquisa**, V4, nº3, set/dez, 2011.

SANTOS et al; Avaliação e Tratamento de feridas: Orientações aos profissionais de Saúde. **Hospital de Clínicas Porto Alegre/RS**, 2007.

SANTOS, J.L.G.; LIMA, M.A.D.S. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, Dec. 2011 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 de novembro de 2013.

TUYAMA, LY; ALVES, FE; FRAGOSO, MPV; WATANABE, HAW. Feridas crônicas de membros inferiores: proposta de sistematização de assistência de enfermagem a nível ambulatorial. Nursing: **Rev. técnico-científica enfermagem**. 2004 Ago; 75 (7): 46-50.

MANZANO, Ana Paula Franco. Assistência de Enfermagem no pós-operatório de cirurgia revascularização do miocárdio: Proposta de um Protocolo em Unidade Coronariana. **Centro de Ciências da Saúde – Biguaçu**, 2008.

MENEZES, Silvia Regina Tamae; PRIEL, Margareth Rose; PEREIRA, Luciane Lúcio. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. Escola de Enfermagem USP**, 45 (4) 953-8, 2011.

MEDEIROS et al. Infecção hospitalar em pacientes cirúrgicos de Hospital Universitário. **Rev. Acta Cirúrgica Brasileira**. Vol.18, 2003.

MALAGUTTI, William; KAKIHARA, Cristiano Tárzia. **Curativos, Estomias e Dermatologia: Uma Abordagem Multiprofissional**. São Paulo, 2010.

MORAIS, Gleicyanne Ferreira da Cruz; OLIVEIRA, Simone Helena dos Santos; SOARES, Maria Julia Guimarães Oliveira. Avaliação de Feridas Pelos Enfermeiros de Instituições Hospitalares da Rede Pública. **Rev. Texto e Contexto Enfermagem**, 17(1): 98-105. Jan-Mar, 2008.

ODA, Roseli Marega. Manual de Normas, Rotinas e técnicas de curativos. **Centro de Estudos "Dr. Reynaldo Quagliato"**. Bauru, 2004.

PERES, Aida Maris; CIAMPONE, Maria Helena Trench. Gerência e Competências Gerais do Enfermeiro. **Rev. Texto Contexto Enfermagem**, Jul-Set; 15(3): 492-9, 2006.

TAZIMA, M.F.G.S; VICENTE, Y.A.M.V.A; MORIYA, T. Biologia da ferida e cicatrização. **In Simpósio: Fundamentos em Clínica Cirúrgica – 1ª parte – capítulo II, Ribeirão Preto**. 4 (13) 259-64, 2008.