



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Ana Rafaela Uchôa dos Santos

**ANÁLISE DAS PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM SEGUNDO RISCO E
PRESENÇA DE LESÃO DE PELE EM PESSOAS ATENDIDAS EM AMBIENTE
HOSPITALAR**

Florianópolis

2022

Ana Rafaela Uchôa dos Santos

**ANÁLISE DAS PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM SEGUNDO RISCO E
PRESENÇA DE LESÃO DE PELE EM PESSOAS ATENDIDAS EM AMBIENTE
HOSPITALAR**

Trabalho de conclusão de curso de Enfermagem, referente à disciplina: Trabalho de Conclusão de curso II (INT 5182) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do grau de Enfermeiro.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Enf.^a Maria Elena Echevarría-Guanilo.

Florianópolis

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Santos, Ana Rafaela Uchôa dos

Análise das prescrições de enfermagem segundo o risco e presença de lesão de pele em pessoas atendidas em ambiente hospitalar / Ana Rafaela Uchôa dos Santos ; orientador, Maria Elena Echevarria Guanilo, 2022.

72 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Enfermagem. 3. Lesões de pele. 4. Prescrições de enfermagem. 5. Processo de enfermagem. I. Guanilo, Maria Elena Echevarria. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Enfermagem. III. Título.

Ana Rafaela Uchôa dos Santos

**ANÁLISE DAS PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM SEGUNDO RISCO E
PRESENÇA DE LESÃO DE PELE EM PESSOAS ATENDIDAS EM AMBIENTE
HOSPITALAR**

Este trabalho de conclusão de curso foi julgado como adequado para o requisito parcial para obtenção do grau de “Enfermeiro” e aprovado em sua forma final pelo Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Florianópolis, 18 de março de 2022.



Documento assinado digitalmente
Diovane Ghignatti da Costa
Data: 27/03/2022 23:04:42-0300
CPF: 445.665.060-53
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Prof^ª Dr^ª Diovane Ghignatti da Costa
Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem



Banca Examinadora:
Documento assinado digitalmente
MARIA ELENA ECHEVARRIA GUANILO
Data: 27/03/2022 20:17:36-0300
CPF: 223.000.778-50
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Prof^ª Dr^ª Maria Elena Echevarría-Guanilo
Orientadora



Documento assinado digitalmente
Dulcineia Ghizoni Schneider
Data: 27/03/2022 21:34:04-0300
CPF: 521.166.549-04
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Prof^ª Dr^ª Dulcineia Ghizoni Schneider
Membro Efetivo



Documento assinado digitalmente
IZABELLE DE FREITAS FERREIRA
Data: 28/03/2022 08:40:05-0300
CPF: 059.036.794-39
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Enfa. Izabelle de Freitas Ferreira
Membro Efetivo

Dedico este estudo

- à minha família, que em todo o momento, desde o início da minha graduação até hoje se mantêm me apoiando e me ajudando a ser uma pessoa melhor.

- Aos meus professores, enfermeiros e amigos de graduação que se tornaram um exemplo de profissional e pessoa que eu desejo ser.

AGRADECIMENTOS

Começo agradecendo a Deus por iluminar os meus caminhos e sempre estar comigo. A minha família composta pelo meu pai, minha irmã, minha mãe, o gato do meu pai e o peixinho do qual sou madrinha, obrigada por sempre me apoiarem e propiciar com que eu chegasse até aqui hoje.

À minha mãe e melhor amiga, não tenho nem palavras para dizer o quanto lhe devo agradecimentos, você está sempre comigo e acredita em mim mesmo quando eu não acredito, por isso e por tudo mais, muito obrigada.

As amigas e amigos que a graduação deu e que a vida me deu também, vocês são incríveis e foram essenciais para a minha sanidade mental durante os cinco anos de formação. Agradeço também as pessoas que não estão mais comigo. Obrigada por me fazerem crescer a partir dos momentos mais difíceis.

Aos professores de graduação, que com muita paciência e determinação me guiaram durante os anos de graduação até aqui. As enfermeiras que conheci durante os estágios e em especial as da Clínica Médica 2 durante os anos de 2019 até hoje, vocês foram maravilhosas e me ensinaram muito sobre essa profissão. Carrego todos os ensinamentos aprendidos com muito carinho.

À minha orientadora Profa. Dra. Maria Elena Echevarría-Guanilo, que tive a oportunidade de conhecer desde a quarta fase da graduação. Inicialmente fui bolsista e tive a oportunidade de conhecer e me apaixonar pelo tema lesões de pele e curativos. Ela é um exemplo de professora, enfermeira e mulher. Obrigada por ter aceitado o desafio de me orientar em um trabalho tão complexo, inovador e gratificante quanto esse.

RESUMO

As lesões de pele são consideradas eventos adversos evitáveis e representam um grande problema de saúde pública. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) organiza e operacionaliza os meios para que o Processo de Enfermagem (PE) ocorra, de modo que contemple assim, as necessidades do indivíduo. O presente trabalho teve como objetivo geral analisar as prescrições de enfermagem de pessoas internadas na clínica médica e cirúrgica; sendo os objetivos específicos: Identificar os fatores de risco para lesões de pele; Identificar as lesões de pele dos participantes da pesquisa; e Analisar a estrutura das prescrições de enfermagem quanto à clareza das ações a serem executadas pela equipe de enfermagem. Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, transversal do tipo observacional, realizada no Hospital Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC). A amostra do estudo corresponde às análises de prescrições de enfermagem de pacientes internados nas clínicas médica 2 e cirúrgica 2 no período de novembro a dezembro de 2020. O projeto recebeu aprovação do comitê de ética da Universidade Federal de Santa Catarina. O procedimento para a coleta de dados seguiu duas etapas: 1) Primeira etapa, a qual contemplou a identificação dos participantes nas unidades de coleta de dados e apresentação do estudo; e a entrevista, na qual foi aplicada a ficha de coleta de dados. A segunda etapa consistiu na coleta das prescrições de enfermagem ao concluir os sete dias de internação do participante ou o paciente receber alta hospitalar e a organização das informações coletadas a partir de uma tabela no *Excel*, aonde foram separadas as informações das etapas da coleta de dados e realizadas análises descritivas. Foram analisadas as prescrições relacionadas ao cuidado com a pele de enfermagem de 58 participantes, as quais foram organizadas em dezesseis categorias e duas subcategorias, sendo que cada prescrição foi classificada em: “completa”, “parcialmente completa” e “incompleta” a partir dos itens que compõem uma prescrição: O que fazer? Como fazer? Onde fazer? Por quanto tempo fazer ou quando fazer?. A amostra analisada corresponde a 159 prescrições de enfermagem dos 58 participantes da pesquisa. A maior parte dos participantes eram mulheres, casadas e com o ensino médio completo. Do total de participantes, 32 participantes possuíam lesões e/ou alterações de pele, sendo as mais prevalentes as feridas operatórias (n= 10; 52,6%). O ressecamento (n=8; 44,4%) foi a alteração mais evidenciada. Do total das prescrições, 85 (53%) correspondiam à prevenção de lesões de pele e 74 (46,5%) a tratamento de lesões. Ainda, 73 (45,9%) foram consideradas como parcialmente completas, 71 (44,6%) completas e 15 (9,4%) incompletas. Entre os itens que requerem maior inclusão na construção das prescrições de enfermagem destacam-se as informações correspondentes ao como fazer, onde fazer e por quanto tempo essa prescrição deve ser executada. Conclui-se que o aprimoramento da completude das prescrições de enfermagem forma um importante tema de educação para a prática dos profissionais, de modo que a detecção precoce de alterações de pele e a execução do correto tratamento das lesões possam levar a um cuidado mais assertivo.

Palavras-chave: Enfermagem. Enfermeiro. Análise. Prescrições de enfermagem. Sistematização da assistência de enfermagem.

ABSTRACT

Skin lesions are considered preventable adverse events and represent a major public health problem. The Systematization of Nursing Care organizes and operationalizes the means for the Nursing Process (NP) to take place, so that it addresses the needs of the individual. The present work had as general objective to analyze the nursing prescriptions of people hospitalized in the medical and surgical clinic; the specific objectives being: Identify risk factors for skin lesions; Identify the skin lesions of the research participants; and To analyze the structure of nursing prescriptions regarding the clarity of the actions to be performed by the nursing team. This is a quantitative, cross-sectional, observational research carried out at the Polydoro Ernani de São Thiago Hospital (HU/UFSC). The study sample corresponds to the analysis of nursing prescriptions of patients hospitalized in medical clinics 2 and surgical clinics 2 from November to December 2020. The project received approval from the ethics committee of the Federal University of Santa Catarina. The procedure for data collection followed two stages: 1) First stage, which included the identification of participants in the data collection units and presentation of the study; and the interview, in which the data collection form was applied. The second stage consisted of collecting the nursing prescriptions at the conclusion of the participant's seven days of hospitalization, or the patient is discharged from the hospital, and organizing the information collected from an Excel table, where the information from the data collection stages was separated and descriptive analyzes were performed. The prescriptions related to nursing skin care of 58 participants were analyzed, which were organized into sixteen categories and two subcategories, with each prescription classified as: "complete", "partially complete" and "incomplete" based on the items that make up a prescription: What to do? How to make? Where to do? How long to do or when to do?. The analyzed sample corresponds to 159 nursing prescriptions from the 58 research participants. Most of the participants were women, married and with complete high school. Of the total number of participants, 32 participants had lesions and/or skin changes, the most prevalent being operative wounds (n=10; 52,6%). Dryness (n=8; 44,4%) was the most evident alteration. Of the total number of prescriptions, 85 (53%) corresponded to the prevention of skin lesions and 74 (46,5%) to the treatment of lesions. Still, 73 (45,9%) were considered partially complete, 71 (44,6%) complete and 15 (9,4%) incomplete. Among the items that require greater inclusion in the construction of nursing prescriptions, the information corresponding to how to do it, where to do it and for how long this prescription should be executed. It is concluded that the improvement of the completeness of nursing prescriptions forms an important topic of education for the practice of professionals, so that the early detection of skin changes and the execution of the correct treatment of the lesions can lead to a more assertive care.

Keywords: Nursing. Nurse. Analyze. Nursing prescriptions. Systematization of nursing care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Necessidades citadas no livro Processo de Enfermagem.....	11
Quadro 2 -	Categorias, subcategorias que foram originadas a partir das análises das evoluções, prescrições de enfermagem e anotações complementares da equipe de enfermagem.....	17

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo (n=58).....	26
Tabela 2 - Identificação de presença de lesões a partir da ficha de coleta de dados (n=58).....	27
Tabela 3 - Caracterização dos participantes segundo a presença de lesões ou alterações de pele, etiologias das lesões e predomínio das alterações de pele (n=32).....	27
Tabela 4 - Identificação dos fatores de risco: categorias e subcategorias para lesões de pele presentes na ficha de coleta (n=58).....	28
Tabela 5 - Avaliação segundo as escalas de Braden e de GDU (n=58).....	28
Tabela 6 - Prescrições de enfermagem sobre a pele (n=159).....	29
Tabela 7 - Prescrições de enfermagem sobre prevenção e tratamento de lesões (n=159).....	30
Tabela 8 - Prescrições de enfermagem sobre a prevenção de lesões de pele, segundo itens que compõem a estrutura e classificação (n=159).....	31
Tabela 9 - Prescrições de enfermagem sobre o tratamento de lesões na pele, segundo itens que compõem a sua estrutura e classificação (n=159).....	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

GDU – Grau de Dependência do Usuário

HU – Hospital Universitário

LPP – Lesões por pressão

PE – Processo de Enfermagem

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	01
2	OBJETIVO.....	04
2.1	OBJETIVO GERAL.....	04
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	04
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	05
3.1	PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO COM A PELE A PARTIR DOS DOCUMENTOS ORIENTADORES E REGULADORES.....	05
3.2	LESÕES DE PELE: RISCO, AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES DE PELE NO CONTEXTO HOSPITALAR.....	07
3.3	PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM (PE).....	10
4	METODOLOGIA.....	13
4.1	DELINEAMENTO.....	13
4.2	LOCAL DE PESQUISA.....	13
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	14
4.4	INSTRUMENTOS DE REGISTRO DE DADOS.....	14
4.4.1	Grau de dependência dos usuários.....	15
4.4.2	Escala de Braden (1987).....	15
4.4.3	Procedimento para coleta de dados.....	15
4.5	ANÁLISE DE DADOS.....	16
4.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	18
5	RESULTADOS.....	19
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
	REFERÊNCIAS.....	53
	ANEXO A - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA DOS USUÁRIOS (GDU) - Versão validada.....	58
	ANEXO B - ESCALA DE BRADEN.....	63
	APÊNDICE A - FICHA DE COLETA DE DADOS.....	64
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	67
	APÊNDICE C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM.....	69

1 INTRODUÇÃO

A pele é considerada o maior órgão do corpo humano, representando cerca de 15% do peso corporal. É dividida em três camadas, sendo a mais superficial a epiderme, seguida pela intermediária denominada mesoderme e a mais profunda, a hipoderme ou subcutâneo. Destaca-se entre seus principais objetivos a termorregulação e barreira contra agentes externos (RIVITTI, 2018).

De acordo com Mittag et al. (2017), quando ocorre um rompimento dessa barreira, seja por traumas mecânicos, químicos, físicos, isquêmicos, por pressão ou por intenção (como ocorre em cirurgias), ocorre a lesão.

As lesões de pele têm sido fonte de preocupação por representarem um importante problema de saúde pública (SOARES; HEIDEMANN, 2018). Contudo, segundo Brasil (2013), não se conta com registros epidemiológicos nacionais que permitam analisar o número real de lesões de pele, apesar de ter inúmeras pessoas acometidas por essa condição (MITTAG et al., 2017).

Segundo Moreira et al. (2021), o Enfermeiro possui um papel fundamental na prevenção, tratamento e reabilitação das lesões de pele. Conforme a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 567, de 29 de Janeiro de 2018, em seu artigo 3, cabe ao profissional Enfermeiro a avaliação, elaboração de protocolos de cuidado, além da seleção e indicação de novas tecnologias em prevenção e tratamento de pessoas com feridas. Neste sentido, uma visão holística e técnica para o cuidado à pessoa com lesão de pele, ou seja, não apenas olhar para a ferida e o curativo, mas a situação clínica da qual o paciente está envolto, sua situação econômica, familiar, e até mesmo, a distância até o Centro de Saúde próximo podem interferir na cicatrização da lesão (JULIÃO et al., 2021).

De acordo com Julião et al. (2021), para assegurar e consolidar o cuidado de Enfermagem em feridas, alguns métodos podem subsidiar e sistematizar o cuidado, tais como, a Sistematização da assistência de enfermagem (SAE) e a Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE). Ambas as classificações contribuem com o registro da assistência prestada, permitindo assim, o acompanhamento e a evolução das lesões de pele, curativos utilizados e as intervenções adequadas (JÚNIOR *et al.*, 2018).

Quando se menciona a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), deve-se ter em mente que esta se refere a conceitos como: a administração, gestão e organização dos serviços de enfermagem; dimensionamento de pessoal; princípios e valores dos serviços de enfermagem. Ou seja, a SAE organiza os meios para que o processo de trabalho do enfermeiro seja implementado (LEITE et al., 2020; SANTOS et al., 2021).

Para a realização do processo de trabalho do enfermeiro, as etapas do Processo de Enfermagem (PE) contribuem com a organização. Para a realização desse processo, deve-se ter em mente o raciocínio clínico e implementar os cuidados de enfermagem correspondentes, além de estratégias de prevenção e promoção da saúde de maneira individualizada (MOLERO *et al.*, 2019).

O PE foi implementado como processo de trabalho do enfermeiro a partir da Resolução do COFEN 358 de 2009, e foi estipulado que seria realizado a partir de cinco etapas sistematizadas: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Implementação de Enfermagem ou, também chamado, de Prescrição de Enfermagem e Avaliação de Enfermagem (SOUSA et al., 2020). Além disso, é importante destacar que a partir dessa resolução, o PE passou a ser obrigatório nas instituições públicas e privadas de saúde.

Em busca de estabelecer uma linguagem comum e unificada para a prática de enfermagem em diferentes áreas do cuidado, foi criada a CIPE. Essa pode ser definida como um agrupamento de enunciados diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem em cada área de cuidado. O objetivo, portanto, é estabelecer uma linguagem padronizada para a realização da prática de enfermagem (QUERIDO et al., 2019).

É importante destacar que a SAE não deve ser utilizada como sinônimo do PE, uma vez o primeiro é, como o nome já menciona, a sistematização que possibilita o processo de trabalho do enfermeiro. Enquanto o PE é o instrumento ou o meio para realizar esses cuidados.

Em consonância com a Resolução 272 de 2002, que foi revogada para a 358 de 2009, a prescrição de Enfermagem é uma etapa que ascende após o diagnóstico de enfermagem, do qual o Enfermeiro analisa as necessidades do paciente e realiza o julgamento clínico, para depois implementar o cuidado (COFEN, 2009). Essa etapa contempla a proposta do conjunto de cuidados individuais, focados na assistência, recuperação e prevenção singulares a cada paciente.

Wanda de Aguiar Horta, em seu livro: *Processo de Enfermagem*, revela que a implementação de enfermagem deve ser objetiva, clara, concisa e deve iniciar sempre com um verbo no infinitivo. Além disso, as prescrições são um roteiro que norteia o cuidado prestado a cada paciente e deve ser checado assim que cada cuidado for realizado (HORTA, 1979).

Para Silva e Dias (2018), o registro de Enfermagem (que inclui a evolução, prescrição e anotações de enfermagem) no prontuário se configura como um documento fundamental do cliente durante sua internação hospitalar. Esses registros, incluindo os de risco e lesões de pele propriamente ditas, devem ser de forma completa, correta e clara, informando todos os cuidados ao paciente e sua lesão, e também, a proteção dos profissionais durante seu atendimento (BORGES et al., 2017).

Em consonância com Machado et al. (2019), a ocorrência de lesões de pele, por exemplo, as Lesões por pressão (LPP) em ambiente hospitalar estão diretamente relacionado aos fatores de risco primários como: mobilidade, patologias que envolvem uma má perfusão da pele (diabetes, edema, doença vascular e outros) e fatores secundários (idade, estado geral, integridade da pele, alterações nutricionais e metabólicas).

Logo, para que ocorram cuidados com a prevenção, tratamento e recuperação da pessoa com ferida, deve haver uma prescrição de enfermagem, clara e completa por parte do Enfermeiro, para haver execução pela sua equipe (SILVA; DIAS, 2018).

Não há registros epidemiológicos nacionais encontrados, que evidenciem as condições de risco e de lesões de pele de pacientes atendidos em ambiente hospitalar (MITTAG et al., 2017; SOARES; HEIDEMANN, 2018; VASCONCELOS; CALIRI, 2017; MOREIRA et al., 2021; JÚNIOR et al., 2018 e OLIVEIRA et al., 2021).

Sendo assim, o presente estudo teve como questão de pesquisa: As prescrições de enfermagem contemplam as condições de risco e de lesões de pele de pessoas atendidas em ambiente hospitalar?

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as prescrições de enfermagem de pessoas atendidas em unidade de clínica médica e cirúrgica em um hospital universitário.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os fatores de risco para lesões de pele.
- Identificar as lesões de pele dos participantes da pesquisa.
- Analisar a estrutura das prescrições de enfermagem quanto à clareza das ações a serem executadas pela equipe de enfermagem.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Com o intuito de organizar informações que formem a base de sustentação teórica do estudo e da discussão dos resultados, foi realizada uma revisão narrativa da literatura, sendo a mesma organizada em três tópicos: 1) Papel do Enfermeiro no cuidado com a pele a partir dos documentos orientadores e reguladores; 2) Lesões de pele: risco, avaliação e tratamento de lesões de pele no contexto hospitalar; e 3) Prescrições de Enfermagem no contexto do Processo de Enfermagem (PE).

3.1 PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO COM PESSOAS COM A PELE A PARTIR DOS DOCUMENTOS ORIENTADORES E REGULADORES.

Na instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), consta a necessidade, por parte do enfermeiro e sua equipe, de implementar boas práticas na assistência durante o momento de internação e/ou em qualquer prática de cuidados à saúde. Registrando-se assim um marco de fragilidade e de expectativas para o paciente e sua família. Assim, as boas práticas na assistência estão contempladas na “cultura de segurança do paciente” por parte da equipe e das instituições de saúde (CAMPELO *et al.*, 2021; RODRIGUES *et al.*, 2021; ROCHA *et al.*, 2020).

Conforme o PNSP, instituído a partir da Portaria N° 529 de 1° de Abril de 2013, às lesões de pele, independente de sua etiologia, são considerados um evento adverso (EA) evitável e estão diretamente relacionados à qualidade da avaliação clínica do enfermeiro sobre determinado paciente, ou seja, avaliar todos os aspectos de cada indivíduo, tais como, identificar e reduzir possíveis incidentes e realizar ações necessárias para diminuir e/ou prevenir quaisquer danos (BARRETO *et al.*, 2021; MONTEIRO *et al.*, 2021; ROMANO *et al.*, 2021; SIQUEIRA *et al.*, 2021).

A partir da criação do PNSP, e com o intuito de categorizar e classificar o cuidado a partir dos seus fatores de risco foram criados instrumentos metodológicos que guiam os profissionais enfermeiros na hora de avaliar quais cuidados cada paciente necessita a partir do seu grau de dependência, clínica e aos fatores de risco associados (CESCONETTO *et al.*, 2020). Esses instrumentos metodológicos são instituídos por cada hospital com base nos seis protocolos imprescindíveis à segurança do paciente, são eles: 1- Identificação do paciente; 2- Comunicação entre profissionais de saúde; 3- Uso de medicamentos (prescrição/dispensação/administração); 4- Cirurgia Segura; 5 - Higiene das mãos e 6 - Prevenção de quedas e lesão por pressão (PAULA *et al.*, 2021).

Em consonância com Paula et al. (2021), para que a equipe de enfermagem possa realizar cuidados com qualidade, há vários instrumentos que auxiliam na categorização do cuidado a cada paciente, entre eles estão as escalas, sendo as mais conhecidas, a escala de Braden e a escala de Morse, por exemplo (SOARES; HEIDEMANN, 2018).

Ainda sobre o PNSP, deve-se citar o Sistema de Classificação dos Pacientes (SCP), o qual é uma forma de identificar os pacientes em um perfil ou categoria de cuidado a partir do grau de dependência de cada um. Dentro de uma instituição de saúde, o mesmo permite categorizar o cuidado a ser prestado ao indivíduo e dimensionar o quantitativo de profissionais de enfermagem a partir de cada categoria (MORAIS et al., 2021).

A partir de estudos sobre o SCP, a partir da escala de Fugulin e outras relacionadas, foi-se criando um instrumento validado e completo que possui o objetivo de classificar o grau de dependência do usuário, denominado de Escala de grau dependência dos usuários (GDU). A GDU abrange dezesseis categorias, sendo elas: estado mental; percepção dos órgãos dos sentidos; oxigenação; terapêutica; regulação glicêmica; alimentação e ingestão hídrica; eliminações e perdas gastrointestinais e vesicais; sinais vitais; deambulação; motilidade; cuidado corporal; integridade cutâneo-mucosa; sono e repouso; segurança emocional; educação para saúde e aprendizagem; família, acompanhante ou gregária (CESCONETTO, 2015).

Ademais, a classificação do cuidado varia entre cuidados mínimos (16 a 26 pontos), intermediários (27 a 37 pontos), de alta dependência (38 a 48), semi-intensivos (49 a 59 pontos) e intensivos (>59 pontos). Cujas pontuações variam de 16 a 80 pontos (CESCONETTO, 2015; CESCONETTO et al., 2020).

Graças a Resolução nº 564 aprovada pelo COFEN em 2018, o Enfermeiro possui respaldo legal para avaliar, instruir e mudar a terapêutica utilizada em determinada lesão de pele, uma vez que possui certa expertise advinda de uma grade curricular voltada especialmente para o curativo com a técnica correta, promoção e prevenção dessas lesões de pele (COLARES et al., 2019; COFEN, 2018; PINHEIRO et al., 2021; STEFANELLO et al., 2020).

Graças ao Parecer Técnico número 001/2019 enviado ao COREN de Alagoas, concluiu-se que lesões de grande extensão/porte, compete apenas ao enfermeiro realizar o

curativo. Enquanto lesões de médio e pequeno porte podem ser delegados a equipe de enfermagem sob supervisão do enfermeiro (COREN, 2019).

É possível identificar distintas resoluções que apontam a avaliação de lesões e manutenção da integridade da pele, entretanto, observa-se importante fragilidade, o que diz respeito à avaliação, visando à prevenção de lesões de pele e quanto à avaliação de feridas e a terapêutica a ser adotada durante a sua prática profissional, que pode iniciar desde a graduação, perdurar após a saída do profissional da universidade e impactar no cuidado ofertado ao cliente com lesões de pele (CAUDURO et al., 2018; COLARES et al., 2019; PAULA *et al.*, 2019).

Logo, para se realizar curativo, o profissional Enfermeiro deve possuir conhecimento específico sobre as diferentes lesões de pele e suas classificações e sempre estar em busca de constante aprimoramento de seus conhecimentos sobre o assunto para que possa avaliar questões pertinentes à manutenção da integridade da pele e às lesões, como: etiologia da lesão, fatores de risco, odor, presença/quantidade de exsudato, estado perilesional e do leito da ferida, para que a partir desse conhecimento selecione a melhor terapêutica a ser adotada (OLIVEIRA et al., 2021; PAULA et al., 2019; MONTEIRO et al., 2021).

3.2 LESÕES DE PELE: RISCO, AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES DE PELE NO CONTEXTO HOSPITALAR.

Quando ocorrem rupturas na estrutura da pele, seja por fricção, pressão, traumas químicos, físicos, mecânicos, por intenção e por fatores de risco inerentes à própria condição clínica do paciente, ocorre a lesão, e esses tipos de lesões podem ser classificadas como agudas, menos de seis semanas, ou podem se tornar crônicas, que ocorre quando se ultrapassam seis semanas (MITTAG *et al.*, 2017; MARTINS et al., 2021)

As lesões de pele, feridas, constituem um importante problema de saúde pública, e ocorrem quando há uma interrupção na continuidade da pele, e podem acometer apenas a epiderme e a derme ou pode alcançar camadas mais profundas da pele, como: a hipoderme e chegar a músculos e ossos (BERNARDO; SANTOS; SILVA, 2019; CAUDURO *et al.*, 2018; SOARES; HEIDEMANN, 2018).

Pesquisadores destacam que, aproximadamente, 3% da população brasileira possui algum tipo de lesão, e que a incidência de lesões está diretamente ligada a fatores de risco primários e secundários. Enquanto os fatores secundários incluem alterações metabólicas, idade, nutrição e integridade da pele. Entre os fatores primários estão incluídos a mobilidade, alterações de perfusão (que inclui comorbidades como diabetes, edema, alterações pressóricas, tabagismo) e pressão exercida sobre a pele, do qual denominamos de lesões por pressão (LPP) (MARTINS et al., 2021; MACHADO *et al.*, 2019; MONTEIRO, *et al.*, 2021; RODRIGUES et al., 2021).

“[...] No Brasil, no período de 2014 a 2019, de 330.536 casos de incidentes decorrentes da assistência à saúde, 60.762 corresponderam à ocorrência de lesão por pressão, em que 18.757 foram classificados como estágio 1; 32.818 como estágio 2; 6.058 como 3; 1.868 como 4; e 1.261 não foram identificados”. (MONTEIRO et al., 2021)

No âmbito internacional, o papel do enfermeiro, além de profissional de relevância na prática assistencial, evidencia-se o papel de pesquisador, líder/coordenador de pesquisas, com destaque na área de cuidados com a pele, feridas, cicatrização e uso de tecnologias na realização dos curativos. Esses investimentos em pesquisas sobre os diferentes tipos de lesões e coberturas estão em ascensão devido ao envelhecimento populacional e o aumento das doenças crônicas e pode gerar um ônus de, aproximadamente, quinze milhões de dólares (HAN; CEILLEY, 2017; MERVIS; PHILLIPS, 2019; KUHNKE *et al.*, 2019). Desta forma, é importante apontar a relevância do enfermeiro no cuidado para a manutenção da integridade da pele ou recuperação da mesma. A avaliação de pessoas com feridas envolve a metodologia de assistência SAE e a aplicação do processo de enfermagem (PE) que contribui diretamente para a reabilitação, promoção e prevenção de lesões de pele (SANTOS et al., 2022).

Inicialmente, a coleta de dados e anamnese de pessoas com lesões de pele devem ser realizadas observando o paciente em sua integralidade e, principalmente, a investigação de fatores primários e secundários e como podem contribuir ou não para a cicatrização da ferida, as características e etiologia da lesão, presença de sinais de infecção, presença e características do exsudato, se possui odor, características do leito da ferida e região perilesional (JÚNIOR et al., 2018; KUHNKE *et al.*, 2019).

Os fatores de risco citados anteriormente ressaltam que tão importante quanto o cuidado das lesões é a sua prevenção (MOREIRA et al., 2021). Logo, os profissionais de saúde, em especial o Enfermeiro, precisam se munir de protocolos institucionais, entre os

quais, a inclusão da aplicação da escala de BRADEN, para prevenção de lesões por pressão, está incluída (MACHADO et al., 2019).

Inicialmente a escala de Braden foi criada por Braden e Bergstron em 1987, e foi aplicada no Brasil por Paranhos e Santos em 1990 a partir da adaptação, validação e tradução dessa escala no país. A mesma analisa seis fatores principais no paciente internado, sendo eles: Percepção sensorial; umidade; atividade; mobilidade; nutrição, fricção e cisalhamento. O somatório pode variar de seis a vinte e três pontos e ser classificado em risco muito alto (escores iguais ou menores a nove), risco alto (escores de 10 a 12 pontos), risco moderado (escores de 13 a 14 pontos), baixo risco (escores de 15 a 18 pontos) e sem risco (escores de 19 a 23 pontos) (PARANHOS; SANTOS, 1999; MACHADO et al., 2019).

Pessoas que necessitam de internação hospitalar podem sofrer com agravos durante o tempo de permanência hospitalar, entre os principais estão às lesões de pele, que estão diretamente relacionadas aos fatores intrínsecos e extrínsecos e, principalmente, ao grau de dependência de cuidados do cliente. Logo, essa internação pode levar a grandes consequências, como: o aumento do tempo de internação do cliente; risco de desenvolver outras complicações devido à internação; o aumento dos índices de morbimortalidade dos pacientes internados em determinado hospital. Além disso, há o aumento significativo dos gastos em saúde (RODRIGUES et al., 2021; MARTINS et al., 2021).

Contudo, as lesões não envolvem apenas consequências físicas, como a dor, por exemplo, as consequências psicológicas devem ser levadas em conta, uma vez que há um padrão de beleza pré-estabelecido pela sociedade que dita e bombardeia a sociedade com a cultura “do perfeito” e, para uma pessoa que convive com feridas, se sentir distante desse padrão pode ser expresso em fatores como: baixa autoestima, vergonha, tristeza e outros sentimentos associados à condição. Além disso, pode haver impactos sociais, como o isolamento e a restrição de certos afazeres devido à presença de lesões de pele (RODRIGUES et al., 2019).

O tratamento de lesões de pele o enfermeiro deve possuir conhecimento sobre os diferentes tipos de lesões e suas etiologias, melhor terapêutica a ser adotada para determinado tipo de ferida, análise das consequências socioeconômicas, psicológicas e sociais que a pessoa com determinada lesão enfrentará em seu dia-a-dia e, além disso, organizar o seguimento desse cuidado durante a internação e, a posteriori, na atenção primária de saúde para

seguimento, quando necessário (STEFANELLO et al., 2020; RODRIGUES *et al.*, 2019; MOREIRA et al., 2021).

Portanto, para elevar a qualidade sobre os cuidados com as lesões de pele, terapêuticas e sua prevenção, é necessário que a educação permanente esteja diretamente atrelada à rotina de trabalho da equipe de enfermagem e a capacitação constante sobre o assunto, uma vez que ela qualifica e atualiza os profissionais a partir de novos estudos científicos e, a posteriori, garante melhores resultados a instituição a partir de indicadores de saúde (MITTAG et al., 2017).

3.3) PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM (PE).

A enfermagem possui uma série de teorias que são as bases para as resoluções que fundamentam a sua prática clínica. Uma das principais Resoluções que fundamentam a prática está na Resolução nº 514/2016, essa confere aos Enfermeiros diretrizes para um registro de enfermagem técnico, fidedigno e completo ao paciente que está sendo prestado os cuidados (SILVA; DIAS, 2018; COFEN, 2016).

Além disso, é importante mencionar a Lei do exercício profissional nº 7498/86 presente no artigo 11, o qual refere ser privativo ao enfermeiro o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos cuidados prestados ao usuário (BORGES et al., 2017).

“A qualidade dos serviços de enfermagem inclui não só a formação do enfermeiro, o processo de restauração de saúde do cliente, ou quando isso não é possível, a melhoria das condições de vida, as orientações quanto ao autocuidado, à simplificação e à segurança nos procedimentos de enfermagem, mas também o resultado do produto de seu trabalho medido por meio da qualidade e do registro de todas as ações de Enfermagem.” (SETZ; D'INNOCENZO, 2009, p. 1313-7, apud SILVA; DIAS, 2018, p. 2476).

Os registros de assistência de enfermagem, que abrangem as anotações, evoluções e prescrições de enfermagem, possuem validade documental, são verificados durante uma auditoria de enfermagem e, além disso, é um meio de respaldar e implementar cuidados singulares a cada paciente conforme a sua necessidade clínica e dependência (BORGES et al., 2017).

Conforme Silva e Dias (2018), os registros de Enfermagem são essenciais para a execução da chamada Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e o Processo de

Enfermagem (PE). Os dois respaldados pela Resolução nº359/2009 (COFEN, 2009). Ademais, em consonância com Santos, Dias e Gonzaga (2017), é importante ressaltar que apesar do PE e a SAE são conceitos diferentes, porém bastante confundidos durante a prática dos profissionais.

A SAE conceitua-se como um artifício de trabalho. Este é organizado e baseado em elementos técnico-científicos que fornecem subsídios para a realização do PE (SANTOS et al., 2021). O PE é o trabalho ou o método para que o Enfermeiro possa realizar o seu trabalho de forma sistemática, objetiva e singular a partir do olhar crítico a cada atendimento nas instituições de saúde e são divididas em cinco etapas in (LEITE et al., 2020; MOLERO *et al.*, 2019).

A partir da análise, observou-se a dificuldade da implantação da SAE no Brasil e também em outros países como a Espanha, Etiópia e Itália quando são comparados a países como os Estados Unidos ou o Canadá. Isso ocorre devido à própria dificuldade dos profissionais de entender o conceito e sua importância, além da falta do mesmo durante a graduação (BARRETO et al., 2020; JÚNIOR et al., 2022).

Em seu estudo, Horta observou que todo o usuário que era atendido nas unidades de saúde, e em especial àqueles que seriam internados, possuíam necessidades. Essas não apenas a remissão dos possíveis sinais e sintomas que os levaram a procurar a instituição (como foi descrito como psicobiológicas por Horta), mas também necessidades psicossociais e psicoespirituais que devem ser levadas em conta durante a confecção do PE, como descrito na tabela 1 (SANTOS; DIAS; GONZAGA, 2017; HORTA, 1979).

Quadro 1 - Necessidades citadas no livro Processo de Enfermagem. Florianópolis, 2022.

Necessidades	
Psicobiológicas	Oxigenação, hidratação, nutrição, eliminação, sono, atividades físicas, sexualidade, abrigo, integridade cutâneo-mucosa, integridade física, regulação (térmica, hormonal, neurológica, imunológica, eletrolítica, hidrossalina, vascular, crescimento celular), locomoção, e percepção (tátil, gustativa, dolorosa, olfativa, visual).
Psicossociais	Segurança, amor, liberdade, comunicação, criatividade, aprendizagem, lazer, espaço, orientação no tempo e espaço,

aceitação autorrealização, autoestima, e autoimagem.

Psicoespirituais

Religiosa.

(Confeccionado pela autora baseado no livro Processo de enfermagem da Wanda Horta, 1979)

O processo de Enfermagem (PE) foi preconizado como uma ferramenta interligada e coesa pela Enfermeira Wanda de Aguiar Horta, na década de 70 (HORTA, 1979). A mesma a subdividiu em cinco etapas inter-relacionadas e interdependentes, que são: I - anamnese ou histórico de enfermagem; II - diagnóstico de enfermagem; III - planejamento de enfermagem; IV - implementação/prescrição de enfermagem e V - avaliação de enfermagem (SANTOS; DIAS; GONZAGA, 2017).

No século XX, a partir do ano de 1970, intensificou-se a busca por uma linguagem específica ao profissional de Enfermagem. Foi nesse período também que elementos da prática do enfermeiro, como, por exemplo, os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem passaram a ter classificações. A partir de estudos o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) criou-se a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Logo, a CIPE trata-se de uma tecnologia de informação que contempla uma análise dos dados coletados em diferentes ambientes e realidades, mas que apesar das diferentes realidades, contempla uma terminologia padronizada para uso dos profissionais (GARCIA et al., 2020; QUERIDO et al., 2019).

A principal etapa a ser trabalhada nessa pesquisa é a etapa IV, também denominada de prescrições ou implementação de enfermagem (BRUNNER; SUDDARTH, 2011; SANTOS; DIAS; GONZAGA, 2017). Na hora de confeccionar essas prescrições, o enfermeiro deve estar atento aos fatores relacionados e as características definidoras presentes na etapa III, também denominada de diagnósticos de enfermagem, uma vez que a função das prescrições é sanar os sinais e sintomas conforme os diagnósticos definidos na etapa anterior (TANNURE; PINHEIRO, 2010; HERDMAN; KAMITSURU, 2018). Ademais, é importante citar que os diagnósticos de risco devem ser analisados e a implementação dos cuidados será focada em sanar os fatores de risco (TANNURE; PINHEIRO, 2010; HERDMAN; KAMITSURU, 2018)

Para Tannure e Pinheiro (2010), em seu livro, SAE (Sistematização de Enfermagem), para que haja uma prescrição de enfermagem, deve-se iniciar com um verbo no infinitivo e conter uma descrição do que será feito com o paciente em questão, e principalmente, para que seja completo, deve haver a junção de cinco itens: O que fazer, como fazer, quando fazer ou por quanto tempo fazer e onde fazer.

Apesar do registro de enfermagem ser uma ferramenta importante para o profissional, à mesma sofre um grande descaso por parte dos profissionais de Enfermagem. Esse fator é de grande significância negativa para o serviço do profissional que não realiza a anotação de enfermagem, uma vez que não havendo o registro, as avaliações dos cuidados prestados ficam sem ter como serem mensurados (JULIÃO et al., 2021; BORGES et al., 2017).

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, transversal do tipo observacional, aninhado. Isto é, forma parte de um estudo longitudinal. Este estudo forma parte do Macroprojeto intitulado: Prevenção e Avaliação de lesões de pele em pessoas em condições crônicas: tecnologias na assistência de enfermagem, coordenado pela Profa. Dra. Maria Elena Echevarría Guanilo.

Pesquisa quantitativa é uma forma de analisar objetivamente os dados e recorre a linguagem matemática (dados estatísticos) para apresentar as causas de um fenômeno, relações entre as variáveis, por exemplo (NASCIMENTO; CAVALCANTE, 2018).

Uma pesquisa do tipo observacional se caracteriza por ser uma investigação na qual os pesquisadores não interferem no andamento da mesma, restringindo-se à observação. Além de conferir uma análise em um curto período de tempo sobre um fenômeno e/ou característica persistente na amostra e gerar resultados precisos (ZANGIROLAMI-RAIMUNDO et al., 2018; PRODANOV; FREITAS, 2013).

4.2 LOCAL DE PESQUISA

Para o desenvolvimento e construção dos objetivos específicos, o estudo tem como cenário de pesquisa o Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), do Estado de Santa Catarina.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A amostra é composta pelas prescrições de enfermagem, de pacientes internados nas unidades de Clínica Médica 2 e Cirúrgicas 2, no período de novembro a dezembro de 2020.

Foram incluídos todos os pacientes que atenderam aos seguintes critérios de inclusão e exclusão, sendo coletadas as informações a partir de recorte temporal de uma semana de internação.

Foram analisados os registros de pessoas maiores de 18 anos de idade; internados para atendimento em unidade de clínica médica e cirúrgica, independente do sexo, grau de escolaridade, apresentar ou não condição crônica de saúde; apresentar ou não lesões de pele na internação; e que no momento da inclusão no estudo se encontravam entre as primeiras 24 e 48 horas de internação nas clínicas de coleta de dados.

Não foram analisados registros de pessoas que foram transferidas de outras unidades de internação; pessoas cujas informações das prescrições de enfermagem fossem ilegíveis ou de difícil compreensão; pessoas em cujos prontuários não fossem identificados registros das prescrições de enfermagem realizadas durante sete dias de internação e pessoas que apresentassem lesões de pele em grande extensão, tais como, grandes queimados, pessoas com epidermolise bolhosa, entre outros.

4.4 INSTRUMENTOS DE REGISTRO DE DADOS

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento de coleta de dados, proposto com fins de atender aos objetivos do presente estudo. O instrumento foi organizado em duas partes (APÊNDICE A): a primeira parte contemplou dados sociodemográficos (data de nascimento, sexo, estado civil, profissão, grau de escolaridade), histórico de saúde e doenças pregressas (sinais vitais e oximetria, dados antropométricos, glicemia capilar e retorno venoso), hábitos, antecedentes familiares, se há ou não comorbidades, registro da escala de Braden e de dependência (GDU), e por fim, se há a presença de lesões de pele, sua descrição e localização.

A segunda parte contemplou a continuidade das informações coletadas no primeiro dia, nas quais contemplasse registros de manejo com alterações de pele pela equipe multiprofissional presentes nos prontuários de cada um dos participantes, sendo analisadas informações contidas nas prescrições da equipe de enfermagem.

4.4.1 Grau de Dependência de Usuários (GDU): Avalia nível de complexidade assistencial a partir de 16 indicadores. Esses são: estado mental; percepção dos órgãos do sentido; oxigenação; terapêutica; regulação glicêmica; alimentação e ingestão hídrica; eliminações e perdas gastrointestinais e vesicais; sinais vitais; deambulação; motilidade; cuidado corporal; integridade cutânea-mucosa; sono e repouso; segurança emocional; educação para saúde ou aprendizagem; família, acompanhante ou gregária. A soma dos indicadores pode variar de 16 a 80 pontos e sua classificação ocorre a partir dos resultados a qual podem estar nos intervalos a seguir: entre 16 a 26 e ser classificado como cuidados mínimos, 27 a 37 pontos será classificado como cuidados intermediários, 38 a 48 em cuidados de alta dependência, 49 a 59 em cuidados semi-intensivos ou acima de 59 que será cuidados intensivos (CESCONETTO, 2015) (ANEXO A).

4.4.2 Escala de Braden (1987): Versão brasileira em 1999 (PARANHOS; SANTOS, 1999). Avalia percepção sensorial; umidade; atividade; mobilidade; nutrição; fricção e cisalhamento. A pontuação total pode variar de seis a 23 pontos, sendo os pacientes classificados da seguinte forma: risco muito alto (*escores* iguais ou menores a nove), risco alto (*escores* de 10 a 12 pontos), risco moderado (*escores* de 13 a 14 pontos), baixo risco (*escores* de 15 a 18 pontos) e sem risco (*escores* de 19 a 23 pontos) (VIEIRA et al., 2018) (ANEXO B).

4.4.3 Procedimento para coleta de dados: a coleta de dados foi organizada em duas etapas:

- Primeira etapa:

Identificação dos participantes: com o intuito de identificar os potenciais participantes que apresentavam os critérios de inclusão, sendo realizadas visitas três vezes por semana nas clínicas, sendo consultado senso de internação.

Apresentação do estudo e convite de participação: após a identificação dos potenciais participantes, foi realizada apresentação dos objetivos do estudo e convite de participação. Às pessoas que aceitaram participar do estudo e autorizaram a coleta de informações a partir da

entrevista e da consulta dos seus prontuários médicos, foi solicitada assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B) e Termo de autorização de uso de imagem (APÊNDICE C).

Entrevista: início da coleta de dados contemplando exame físico e avaliação a partir de aplicação de escala de GDU (ANEXO A) e Braden (ANEXO B), a partir do preenchimento da ficha (APÊNDICE A) correspondente de cada participante.

- Segunda etapa:

Consulta dos prontuários: foi solicitado, a partir da Gerência e Ensino do Hospital, a autorização para a coleta de dados referentes ao macroprojeto “Prevenção e Avaliação de lesões de pele em pessoas em condições crônicas: tecnologias na assistência de enfermagem”. Após a autorização, a coleta iniciou-se ao concluir os sete dias de internação do participante. Vale ressaltar que os pacientes que ficaram internados por menos de sete dias, também tiveram as suas informações coletadas.

Procedeu-se então a consulta das prescrições de enfermagem presentes durante os dias de internação do paciente.

Organização das informações coletadas: Após essa coleta, utilizou-se o *Excel* para organizar, em forma de tabela, todas as informações coletadas de cada usuário. Levou-se em conta a separação dos dados antropométricos, sociais, comorbidades, motivo da internação, se há feridas, registro da escala de BRADEN, escala de dependência (GDU) e, por fim, os registros por especialidade da equipe multiprofissional.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram organizados em planilha *Excel*, contemplando o recorte temporal de sete dias de internação de cada um dos participantes. Os mesmos foram analisados a partir de análises descritivas (frequência absoluta e relativa).

Foram analisadas as prescrições de enfermagem dos 58 participantes da pesquisa internados durante sete dias nas unidades de Clínicas Médica 2 e Cirúrgicas 2 durante o período de novembro a dezembro de 2020.

A análise das prescrições seguiu duas etapas:

Primeira etapa – correspondeu à leitura atenta e organização segundo temas, assim sendo organizadas em dezesseis categorias e duas subcategorias, descritas a seguir (Quadro 2):

Quadro 2 - Categorias, subcategorias que foram originadas a partir das análises das evoluções, prescrições de enfermagem e anotações complementares da equipe de enfermagem. Florianópolis, 2022.

CATEGORIAS/SUBCATEGORIAS	O QUE ABRANGE
1. Sinais Vitais (SSVV) + Oximetria	Pressão, temperatura, frequência cardíaca (FC) e frequência respiratória (FR) + Saturação de oxigênio.
2. Dor	Dor e outros desconfortos relacionados.
3. Dieta e jejum	Dieta e jejum.
4. Higiene	
Subcategorias:	
4.1 Higiene oral.	
4.2 Higiene corporal.	
5. Eliminações	Eliminações vesicais e/ou intestinais.
6. Dispositivos invasivos	Acesso venoso periférico (AVP), acesso venoso central (CVC), cateter de longa permanência semi-implantável (Permcath), cateter de curta permanência, sondas nasogástricas, sondas nasoenterais, sondas vesicais de demora.
7. Oxigenoterapia e cuidados com as vias aéreas superiores	Instalação de cateter nasal conforme necessidade. Aspiração orotraqueal e nasotraqueal.
8. Circulação	Perfusão periférica.
9. Quedas	Avalia o risco de quedas.
10. Pele – alterações/integridade	Avaliação de alterações na pele e o risco de lesões por pressão.
11. Movimentação, mobilidade e repouso	Movimentação, mobilidade e repouso.
12. Ambiente e sono	Ambiente e qualidade do sono.
13. Medicamentos e quimioterápicos	Medicamentos e quimioterápicos.
14. Segurança do paciente;	Segurança do paciente
15. Autocuidado e bem-estar	Autocuidado e bem-estar do paciente.
16. Alterações do estado geral	
Subcategorias:	
16.1 Alterações do estado mental.	
16.2 Alterações do estado físico.	

Conclusão do quadro.

(Confeccionado pela autora baseado nos livros: Processo de enfermagem da Wanda Horta, 1979 e Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, 2018).

Para a organização de cada categoria presente nas prescrições, tomou-se como base a separação dos diagnósticos de enfermagem por domínios e classes presentes no livro

Diagnósticos de enfermagem da NANDA (2018-2020), e a teoria das necessidades humanas básicas de Wanda Horta, em que visa o cuidado observando a integralidade da pessoa (HORTA, 1979; HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Na análise dos registros, contemplou-se a classificação em “completo”, “parcialmente completo” e “incompleto”, a qual identifica a completude da informação (ação/intervenção) registrada em cada intervenção analisada (OCHOA-VIGO *et al.*, 2002). Para tanto, na construção das prescrições, identificaram-se a informações relacionadas a: O que fazer? Como fazer? Com que frequência fazer? Onde fazer? Por quanto tempo fazer ou quando fazer? (TANNURE; PINHEIRO, 2010). Tannure e Pinheiro ainda apontam, como fator relevante na construção de prescrições de cuidados de enfermagem, a compreensão sobre quem seria o executor do cuidado. Sendo assim classificação seguir a seguinte orientação:

- Prescrição completa (C). Correspondeu à prescrição que contemplava a informação de pelos menos quatro ou cinco itens na sua construção. Por exemplo: o que fazer, como fazer, com que frequência e onde fazer. Podendo ser acrescido do 5to item, por quanto tempo.
- Prescrição parcialmente completa (PC), aquele que completaria a informação de pelo menos três itens.
- Prescrição incompleta (I). Corresponderia às prescrições que apresentavam sua construção baseada em dois itens, Por exemplo, o que fazer e quando fazer, porém sem identificar: como fazer? Quando fazer? E por quanto tempo?

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Projeto recebeu aprovação de comitê de ética sob número do Parecer: 4.260.052 e número CAAE: 30592620.0.1001.0121.

No estudo quantitativo do tipo observacional, foram previstas vantagens e desvantagens. Dentre as vantagens podemos citar: esta pesquisa aborda uma temática que requer investigações em registros na área da saúde já que busca apresentar resultados que implicam diretamente na qualidade dos registros realizados pelos profissionais e, conseqüentemente, nos cuidados prestados aos usuários em unidades hospitalares. Logo, este estudo contribuirá com o conhecimento para a prevenção de alterações na pele.

Em relação às desvantagens, deve-se citar: esta pesquisa pode gerar desconforto ou sofrimento ao participante durante a primeira parte da coleta de dados (entrevista), ao solicitar

informações sobre a condição de saúde e familiar. Por isso, caso não se sentissem confortáveis, os participantes serão acolhidos e convidados a deixar de participar da pesquisa.

5 RESULTADOS

Os resultados obtidos na amostra coletada (prescrições de enfermagem) são apresentados em forma de manuscrito, conforme preconizado pela normativa para a apresentação de Trabalhos de Conclusão de Curso da Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina.

MANUSCRITO

ANÁLISE DAS PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM ELABORADAS POR ENFERMEIROS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

RESUMO

Objetivo: Analisar as prescrições de enfermagem de pessoas atendidas em unidades de clínica médica e cirúrgica. **Método:** Estudo quantitativo, transversal e do tipo observacional. Realizado em um hospital universitário do sul do Brasil. Os participantes do estudo foram pessoas internados nas unidades de clínica médica e cirúrgica no período de novembro a dezembro de 2020. O estudo recebeu aprovação do comitê de ética. O procedimento para a coleta de dados seguiu duas etapas. Foram analisadas as prescrições de enfermagem e organizadas em categorias e subcategorias e classificadas em: “completa”, “parcialmente completa” e “incompleta” a partir dos itens que compõem uma prescrição: O que fazer? Como fazer? Onde fazer? Por quanto tempo fazer ou quando fazer? **Resultados:** Dos 58 participantes, 32 (55%) apresentavam, lesões e alterações de pele, sendo as lesões mais prevalentes as feridas operatórias (n=10; 52,6%). O ressecamento (n=8; 44,4%) foi a alteração de pele mais evidenciada. Das 159 prescrições analisadas 73 (45,9%) foram consideradas parcialmente completas, 71 (44,6) completas e 15 (9,4%) incompletas. Entre os itens que requerem de maior inclusão na construção das prescrições de enfermagem destacam-se: como fazer, onde fazer e por quanto tempo essa prescrição deve ser executada. **Conclusões:** A maior parte das prescrições foram consideradas parcialmente completas. A completude das prescrições de enfermagem quanto à prevenção e tratamento de lesões de pele contribui com a detecção precoce de alterações de pele e a execução de um cuidado mais assertivo.

Palavras-chave: Lesões de pele. Alterações da pele. Classificação. Prescrições de enfermagem. Enfermagem. Pele.

ABSTRACT

Objective: To analyze the nursing prescriptions of people assisted in medical and surgical clinic units. **Method:** Quantitative, cross-sectional and observational study. Carried out in a university hospital in the south of Brazil. Study participants were people admitted to the medical and surgical clinic units from November to December 2020. The study received approval from the ethics committee. The procedure for data collection followed two steps. Nursing prescriptions were analyzed and organized into categories and subcategories and classified into: “complete”, “partially complete” and “incomplete” based on the items that make up a prescription: What to do? How to make? Where to do? How long to do or when to do? **Results:** Of the 58 participants, 32 (55%) had lesions and skin changes, the most prevalent lesions being operative wounds (n=10; 52,6%). Dryness (n=8; 44,4%) was the most evident skin change. Of the 159 prescriptions analyzed, 73 (45,9%) were considered partially complete, 71 (44,6%) complete and 15 (9,4%) incomplete. Among the items that require greater inclusion in the construction of nursing prescriptions, the following stand out: how to do it, where to do it and for how long this prescription should be executed. **Conclusions:** Most prescriptions were considered partially complete. The completeness of nursing prescriptions regarding the prevention and treatment of skin lesions contributes to the early detection of skin changes and the execution of a more assertive care.

Keywords: Skin lesions. Skin changes. Classification. Nursing prescriptions. Nursing. Skin.

INTRODUÇÃO

A pele é o maior órgão do corpo humano e é responsável pela proteção e defesa contra agentes externos (RIVITTI, 2018). Quando há um rompimento dessa barreira, seja por alterações de perfusão ocasionados por comorbidades, traumas mecânicos, químicos, biológicos, por intenção ou por pressão, ocorre a lesão (MONTEIRO et al., 2021; MITTAG et al., 2017).

Essas lesões de pele são motivo para debates entre os profissionais de saúde, em especial o profissional enfermeiro, sobre quais os melhores tratamentos a serem utilizados e estratégias de prevenção dessas lesões (MACHADO et al., 2019). E conforme Cauduro et al. (2018), estima-se que, aproximadamente 1% da população mundial tenha algum tipo de lesão,

enquanto no Brasil, 3% da população brasileira seja acometido por algum tipo de lesão, porém esses estudos ainda são incipientes (MITTAG et al., 2017; MARTINS et al., 2021).

As feridas são consideradas um evento adverso evitável em ascensão, e um dos motivos para isso estaria diretamente ligado ao aumento na longevidade populacional brasileira (MOREIRA et al., 2021). Ademais, as feridas estão diretamente relacionadas aos fatores de risco intrínsecos ou primários como mobilidade e alterações de perfusão, por exemplo, enquanto os fatores extrínsecos ou secundários podem ser alterações no metabolismo, nutrição, idade e integridade da pele (RODRIGUES et al., 2021)

Graças a Resolução 501/2015 que foi revogada para 567 do ano de 2018 referida pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), o Enfermeiro e sua equipe possuem respaldo legal para manejar lesões de pele (COFEN, 2015; COFEN, 2018). Diante disso, o profissional Enfermeiro deve possuir conhecimento sobre prevenção e tratamento, além de possuir uma visão ampla sobre os fatores de risco, situação socioeconômica e prevenção da pessoa acometida por feridas (MITTAG et al., 2017; JULIÃO et al., 2021).

A partir de 2013, com a instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), os registros e escalas passaram a ter maior destaque, visando uma maior qualidade sobre o cuidado ofertado ao paciente (SOARES; HEIDEMANN, 2018). Para operacionalizar o trabalho do enfermeiro, há um sistema metodológico que auxilia o profissional enfermeiro e sua equipe, a chamada Sistematização da Assistência do Cuidado (SAE) (SANTOS; DIAS; GONZAGA, 2017).

Para colocar em prática a SAE, há o chamado Processo de Enfermagem (PE), esse foi preconizado inicialmente por Wanda Horta a partir de sua teoria das Necessidades Humanas Básicas e foi preconizado em cinco etapas, levando-se em conta na singularidade e raciocínio clínico, que são elas: I - Histórico de enfermagem ou anamnese; II - Diagnósticos de enfermagem; III - Planejamento de enfermagem; IV - Prescrição de enfermagem e V - Avaliação de enfermagem (HORTA, 1979; LEITE et al., 2020).

A etapa do PE que será trabalhada neste estudo será a quarta etapa, denominada de prescrições de enfermagem ou implementação de enfermagem. Essa deverá se basear nas etapas anteriores, iniciar com verbo no infinitivo e o objetivo principal é sanar os sinais e sintomas (sejam de risco ou não) vistos na etapa anterior (TANNURE; PINHEIRO, 2010).

Logo, conforme observado por estudos de Vasconcelos e Caliri (2017) e Mittag, *et al.* (2017) que contemplam a importância desses registros para prevenção e atualização do cuidado sobre lesões de pele, esse presente estudo pretende analisar a qualidade das prescrições de enfermagem para lesões de pele quanto a completude de suas informações.

O objetivo do estudo é analisar as prescrições de enfermagem dos pacientes internados em clínica médica e cirúrgica segundo a sua completude e conforme as necessidades de cada paciente. Para tanto, o estudo em questão tem como pergunta de pesquisa: As prescrições de enfermagem apresentam informações objetivas e claras para a execução dos cuidados de pessoas atendidas em ambiente hospitalar?

Logo, conforme observado por estudos de Vasconcelos e Caliri (2017) e Mittag, *et al.* (2017) que contemplam a importância desses registros para prevenção e atualização do cuidado sobre lesões de pele, esse presente estudo pretende analisar a qualidade das prescrições de enfermagem para lesões de pele quanto a completude de suas informações.

O objetivo do estudo é analisar as prescrições de enfermagem dos pacientes internados em clínica médica e cirúrgica segundo a sua completude e conforme as necessidades de cada paciente. Para tanto, o estudo em questão responde à pergunta de pesquisa: As prescrições de enfermagem atendem apresentam informações objetivas e claras para a execução dos cuidados de pessoas atendidas em ambiente hospitalar?

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, transversal do tipo observacional, aninhado. Isto é, forma parte de um estudo longitudinal. Forma parte do macroprojeto intitulado: Prevenção e avaliação de lesões de pele em pessoas em condições crônicas: tecnologias na assistência de enfermagem.

A presente pesquisa foi realizada em um hospital universitário localizado no sul do país durante o período entre novembro e dezembro do ano de 2020. Foram convidados a participar dessa pesquisa os pacientes internados nas clínicas: médica e cirúrgica.

Foram incluídos registros de pessoas maiores de 18 anos de idade; internados para atendimento em unidade de clínica médica e cirúrgica, independente do sexo, grau de escolaridade, apresentar ou não condição crônica de saúde; apresentar ou não lesões de pele na internação; e que no momento da inclusão no estudo se encontravam entre as primeiras 24 e 48 horas de internação nas clínicas de coleta de dados.

Não foram incluídas no estudo, pessoas que foram transferidas de outras unidades de internação, pessoas cujas informações das prescrições de enfermagem fossem ilegíveis ou de difícil compreensão; pessoas em cujos prontuários não fossem identificados registros das prescrições de enfermagem realizadas durante sete dias de internação e pessoas que apresentassem lesões de pele em grande extensão, tais como, grandes queimados, pessoas com epidermolise bolhosa, entre outras.

A coleta de dados foi organizada em duas etapas: 1) Primeira parte da coleta: 1.1) Identificação dos participantes: Para selecionar os pacientes internados que preenchiam os critérios de inclusão, foi necessária uma pesquisa de campo nas clínicas referentes ao estudo. 1.2) Apresentação do estudo e convite de participação: Após a identificação dos potenciais participantes, foi realizado o convite de participação aos potenciais participantes, assim como apresentação dos objetivos do estudo. Às pessoas que aceitaram participar do estudo e autorizaram a coleta de informações a partir dos seus prontuários médicos, foi solicitada assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B) e Termo de autorização de uso de imagem (APÊNDICE C). 1.3) Entrevista: início da coleta de dados contemplando exame físico e avaliação a partir de aplicação de escala de GDU (ANEXO A) e Braden (ANEXO B), a partir do preenchimento da ficha (APÊNDICE A) correspondente de cada participante. 2) Segunda parte da coleta: 2.1) Consulta dos prontuários: Consulta dos prontuários ao concluir os sete dias de internação do participante, com o intuito de identificar ações/intervenções da equipe multiprofissional sobre o cuidado e manejo de lesões de pele. 2.2) Organização das informações coletadas: Após essa coleta, utilizou-se o Excel para organizar, em forma de tabela, todas as informações coletadas de cada usuário. Levou-se em conta a separação dos dados antropométricos, sociais, comorbidades, motivo da internação, se há feridas, registro da escala de BRADEN, escala de dependência (GDU) e, por fim, os registros por especialidade da equipe multiprofissional.

Para a coleta de dados foram utilizados:

Grau de Dependência de Usuários (GDU): Avalia a complexidade assistencial de cada paciente, a partir de critérios como: estado mental, percepção dos órgãos dos sentidos, oxigenação, terapêutica, regulação glicêmica, alimentação/ingesta hídrica, eliminação e perdas gastrointestinais e vesicais, sinais vitais, deambulação, motilidade, cuidado corporal, integridade cutâneo-mucosa, sono e repouso, segurança emocional, educação para saúde/aprendizagem e família, acompanhante ou gregária. A complexidade assistencial é dividida em cinco categorias: cuidados mínimos (16 a 26 pontos), intermediários (27 a 37 pontos), de alta dependência (38 a 48), semi-intensivos (49 a 59 pontos) e intensivos (>59 pontos). O somatório pode variar entre 16 a 80 pontos (CESCONETTO, 2015) (ANEXO A).

Escala de Braden (1987): Versão brasileira revisada em 1999 (PARANHOS; SANTOS, 1999). Avalia percepção sensorial; umidade; atividade; mobilidade; nutrição; fricção e cisalhamento. A pontuação total pode variar de seis a 23 pontos, sendo os pacientes classificados da seguinte forma: risco muito alto (*escores* iguais ou menores a nove), risco alto (*escores* de 10 a 12 pontos), risco moderado (*escores* de 13 a 14 pontos), baixo risco (*escores* de 15 a 18 pontos) e sem risco (*escores* de 19 a 23 pontos) (VIEIRA et al., 2018) (ANEXO B).

Os dados foram organizados em planilha *Excel*, contemplando o recorte temporal de sete dias de internação de cada um dos participantes. Os mesmos foram analisados a partir de análises descritivas (frequência absoluta e relativa).

Foram analisadas as prescrições de enfermagem dos 58 participantes da pesquisa internados até sete dias nas unidades de Clínicas Médica 2 e Cirúrgicas 2 durante o período de novembro a dezembro de 2020.

O total de prescrições foram organizadas em dezesseis categorias e duas subcategorias. A organização das categorias foi baseada nos diagnósticos de enfermagem segundo o livro NANDA (HERDMAN; KAMITSURU, 2018) e a teoria das necessidades humanas básicas de Wanda Horta (HORTA, 1979).

Para critérios de classificação, a presença de dispositivos invasivos de rotina (p. ex. acesso venoso periférico) não foram contabilizados como lesões de pele.

Para a análise dos registros, foi proposta a análise segundo algoritmo de “completo”, “parcialmente completo” e “incompleto”, em relação à completude da informação (ação/intervenção) registrada (OCHOA-VIGO *et al.*, 2002). Assim, analisaram-se as prescrições quanto a sua descrição, segundo as informações apresentadas para as perguntas: O

que fazer? Como fazer? Com que frequência fazer? Onde fazer? Por quanto tempo fazer ou quando fazer? e se há compreensão sobre quem seria o executor do cuidado (TANNURE; PINHEIRO, 2010). Dessa forma, para classificar as prescrições, conforme o algoritmo anteriormente descrito se realizou o somatório dos descritores/itens, os quais se consideram importantes por contemplar informações mínimas para a execução dos cuidados. Sendo assim classificados:

- Prescrição completa (C). Correspondeu à prescrição que contemplava a informação de pelos menos quatro ou cinco itens na sua construção. Por exemplo: o que fazer, como fazer, com que frequência e onde fazer. Podendo ser acrescido do 5to item, por quanto tempo.
- Prescrição parcialmente completa (PC), aquele que completaria a informação de pelo menos três itens.
- Prescrição incompleta (I). Corresponderia às prescrições que apresentavam sua construção baseada em dois itens, Por exemplo, o que fazer e quando fazer, porém sem identificar: como fazer? Quando fazer? E por quanto tempo?

Além disso, é essencial ressaltar que os aspectos éticos presentes a partir da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 564/2017, que discorre sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, foram respeitados (COFEN, 2017). Ademais, o presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa pela Universidade Federal de Santa Catarina - CEP/UFSC sob o número: 4.260.052 e CAEE: 30592620.0.1001.0121.

RESULTADOS

A amostra contou com 58 participantes, para os quais se obteve uma lista de 677 prescrições de enfermagem em até sete dias de internação hospitalar, das quais 159 corresponderam a prescrições relacionadas a cuidados com a pele.

Os resultados foram organizados em três partes: I - Perfil dos participantes; II - Caracterização das lesões e alterações de pele; III - Prescrições de enfermagem;

I - Perfil dos participantes:

Do total de participantes (n=58), 39 (67,2%) representam o sexo feminino e 19 (32,7%) o sexo masculino. A idade média foi 49,1 (DP: 23,4), variando de 15 a 88 anos e com o predomínio de pessoas com 61 a 70 anos de idade (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo (n=58), Florianópolis, 2022.

Características/ variáveis	DP	MÉDIA
Idade em anos	23,4	49,1
Faixa etária	n	%
18-30	10	17,2
30-50	13	22,4
50-60	6	10,3
60-70	17	29,3
>70	8	13,7
Não consta a informação	4	6,8
Total	58	100
Características/ variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	39	62,2
Masculino	19	32,7
Total	58	100
Grau de escolaridade		
Primário incompleto	1	1,7
Fundamental incompleto	14	24,0
Fundamental completo	9	15,5
Médio incompleto	5	8,6
Médio completo	27	37,2
Superior incompleto	2	3,4
Superior completo	5	8,6
Total	58	100
Estado civil		
Solteiro	9	15,5
Casado	34	58,6
Divorciado	5	8,6
Viúvo	10	17,2
Total	58	100

(Confecionado pela autora)

Em relação ao grau de escolaridade, destaca-se que 22 referiram ter finalizado o ensino médio (37,2%), 14 o ensino fundamental incompleto (24%). Quanto ao estado civil 34 (58,6%) relataram ser casados (Tabela 1).

II - Caracterização das lesões e alterações de pele:

Em relação à ficha de coleta de dados, a quantidade de participantes que apresentavam lesões e/ou alterações na pele durante a internação foram 32 (55%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Identificação de presença de lesões a partir da ficha de coleta de dados (n=58). Florianópolis, 2022.

Presença ou não de lesões e alterações na pele	n	%
Participantes com lesões e/ou alterações de pele	32	55
Participantes sem lesões e/ou alterações de pele	26	44,8
Total	58	100

(Confeccionado pela autora)

Identificou-se que 14 (43,7%) apresentavam lesões de pele, 13 (40,6%) apresentavam alterações na pele, e cinco (15,6%) apresentavam tanto lesões de pele, quanto alterações de pele (Tabela 3).

Quanto à etiologia das lesões de pele, a ferida operatória (FO) apresentou-se em dez (52,6%) participantes, seguido por lesões por queimadura (n=5; 26,3%) (Tabela 3).

Em relação às alterações de pele, o ressecamento da pele apresentou-se em oito participantes (44,4%), seguido de eritema e hematoma (n=3; 16,6%, respectivamente) (Tabela 3).

Tabela 3 – Caracterização dos participantes segundo presença de lesões ou alterações de pele, etiologia das lesões e predomínio das alterações de pele (n=32). Florianópolis, 2022.

Presença de lesões e alterações de pele		
	n	%
Lesões de pele	14	43,7
Alterações na pele	13	40,6
Ambos	5	15,6
Total	32	100
Etiologia das lesões de pele		
Tipos de lesões	n	%
Ferida operatória (FO)	10	52,6
Lesão por fricção	1	5,2
Lesão por neoplasia	2	10,5
Lesão por queimadura	5	26,3
Lesão por trauma	2	10,5
Total	19	100
Presença de alterações na pele		

Tipos de alterações na pele	n	%
Eritema	3	16,6
Ressecamento	8	44,4
Prurido	1	5,5
Icterícia	1	5,5
Edema	2	11,1
Varizes	2	11,1
Hematoma	3	16,6
Psoríase	1	5,5
Total	18	100

(Confeccionado pela autora)

Quanto aos fatores de risco para as lesões de pele na categoria Mobilidade reduzida, destaca-se a subcategoria idade avançada (n=17; 29,3%). Enquanto na categoria Cuidados para a manutenção da integridade da pele há o predomínio de alterações na pele com 13 participantes (40,6%) (Tabela 4).

Tabela 4 – Identificação dos fatores de risco: categorias e subcategorias para lesões de pele presentes na ficha de coleta (n=58). Florianópolis, 2022.

Fatores de risco para lesões de pele		
Categorias	Subcategorias	n (%)
Mobilidade reduzida	Idade avançada (idoso)	17 (29,3%)
	Lesões de pele em MMII	6 (10,3%)
	Trombose venosa profunda em MMII	2 (3,4%)
	Presença de dreno	2 (3,4%)
Cuidados para a manutenção da integridade da pele	Alterações na pele	13 (40,6%)
	Presença de diabetes mellitus	6 (10,3%)
Pressão exercida entre a pele e o leito	Obesidade	9 (15,5%)
	Estar abaixo do peso esperado	3 (5,1%)
Perfusão tissular diminuída	Turgor da pele diminuído	7 (12,0%)
	Tempo de enchimento capilar > 3 segundos	6 (10,3%)

(Confeccionado pela autora)

Sobre a escala de Braden, 44 (75,8%) dos participantes foram classificados sem risco de lesões por pressão e 10 (17,2%) apresentavam risco leve. Quanto à escala de Grau de dependência (GDU), o maior número de participantes, 50 (86,2%), foram classificados como de cuidados mínimos (Tabela 5).

Tabela 5 – Avaliação segundo as escalas de Braden e de GDU (n=58). Florianópolis, 2022.

Escala de BRADEN		
Classificação	n	%
Sem risco (> ou = 19 pontos)	44	75,8
Risco leve (15 a 18 pontos)	10	17,2

Risco moderado (13 a 14 pontos)	1	1,7
Risco alto/ muito alto (< ou = 12 pontos)	2	3,4
Não consta na ficha de coleta	1	1,7
Total	58	100
Escala de GDU		
Classificação	n	%
Cuidados mínimos (16 a 26 pontos)	50	86,2
Cuidados intermediários (27 a 37 pontos)	3	5,1
Cuidados de alta dependência (38 a 48 pontos)	1	1,7
Cuidados semi-intensivos (49 a 59 pontos)	0	0
Cuidados intensivos (> 59 pontos)	0	0
Não consta na ficha de coleta	4	6,8
Total	58	100

(Confeccionado pela autora)

III - Prescrições de enfermagem

Quanto à classificação das prescrições, 71 (44,6%) foram classificadas como completas (C), 73 (45,9%) como parcialmente completas (PC) e 15 (9,4%) com classificação incompleta (I) (Tabela 6).

Tabela 6 - Prescrições de enfermagem sobre a pele (n= 159). Florianópolis, 2022.

Prescrições de enfermagem sobre a pele		
Classificação	n	%
Total de prescrições incompletas (I)	15	9,4
Total de prescrições parcialmente completas (PC)	73	45,9
Total de prescrições completas (C)	71	44,6
Total	159	100

(Confeccionado pela autora)

Do total de prescrições sobre cuidados com a pele (n= 159), as que se referiam à prevenção de lesões de pele corresponderam a 85 (53,2%) (Tabela 8) e as que foram classificadas como tratamento para lesões de pele foram 74 (46,5%) (Tabela 9).

Tabela 7 – Prescrições de enfermagem sobre prevenção e tratamento de lesões (n= 159). Florianópolis, 2022.

Prescrições de enfermagem relativas à prevenção e ao tratamento de lesões de pele		
Variáveis/ características	n	%
Prescrições de enfermagem relativas à prevenção	85	53,4
Prescrições de enfermagem relativas ao tratamento	74	46,5
Total de prescrições de enfermagem relativas às lesões de pele	159	100

(Confeccionado pela autora)

Tabela 8 - Prescrições de enfermagem sobre a **prevenção** de lesões na pele, segundo itens que compõem a sua estrutura e classificação (n= 159). Florianópolis, 2022.

Dias c/ prescrição	Prescrições na íntegra	O que fazer?	Como fazer?	Qual frequência fazer?	Onde fazer?	Por quanto tempo ou quando fazer?	n. itens	I	PC	C
5	Cuidados na prevenção de quedas e de lesão por pressão	Cuidados na prevenção de quedas e de lesão por pressão	-	Aprazamento	-	-	2	1	0	0
5	Estimular e aplicar após o banho o uso de cremes hidratantes	Estimular e aplicar cremes hidratantes	Aplicar creme hidratante	Aprazamento	-	Após o banho	4	0	0	1
5	Questionar, observar e registrar se há alteração na integridade da pele, comunicar alterações	Questionar, observar e registrar	Questionar, observar, registrar e comunicar se alterações	Aprazamento	Na pele	-	4	0	0	1
2	Estimular mudança de decúbito e movimentação no leito	Estimular a mudança decúbito e movimentação no leito	-	Aprazamento	No leito	-	3	0	1	0
4	Questionar, observar e registrar se há alteração na integridade da pele, comunicar se alterações	Monitorar... e comunicar ...	Questionar, observar e registrar se há alterações na integridade da pele	Aprazamento	Na pele	-	4	0	0	1
4	Estimular/ aplicar após o banho o uso de cremes hidratantes (p. ex: lanete)	Estimular/ aplicar... cremes hidratantes (p. ex: lanete)	Estimular e aplicar cremes hidratantes	Aprazamento	-	Após o banho	4	0	0	1
3	Monitorar integridade cutânea e comunicar se hiperemia ou descamação	Monitorar... e comunicar...	Monitorar integridade cutânea e comunicar se	Aprazamento	-	-	3	0	1	0

			hiperemia ou descamação							
4	Questionar, observar e registrar se há alterações na integridade da pele, comunicar alterações	Questionar, observar e registrar... comunicar alterações	Questionar, observar e registrar se há alterações na integridade da pele, comunicar alterações	Aprazamento	Na pele	-	4	0	0	1
4	Estimular e aplicar após o banho o uso de hidratantes	Estimular e aplicar	Estimular e aplicar hidratante	Aprazamento	-	Após o banho	4	0	0	1
4	Realizar massagem de conforto em mudança de decúbito conforme aceitação do paciente	Realizar massagem de conforto	Realizar massagem de conforto	Aprazamento	-	Em mudança de decúbito conforme aceitação do paciente	3	0	1	0
3	Cuidados na prevenção de quedas e de lesão por pressão	Cuidados na prevenção de quedas e de lesão por pressão	-	Aprazamento	-	-	3	0	1	0
3	Questionar, observar e registrar se há alterações na integridade da pele	Questionar, observar e registrar	Se há alterações na integridade da pele	Aprazamento	-	-	3	0	1	0
4	Cuidados na prevenção de quedas e de lesão por pressão	Cuidados na prevenção de quedas e de lesão por pressão	-	Aprazamento	-	-	2	1	0	0
4	Questionar, observar e registrar se há alteração na integridade da pele, comunicar alterações	Questionar, observar e registrar...	Se há alteração na integridade da pele, comunicar alterações	Aprazamento	Na pele	-	4	0	0	1
2	Cuidados na prevenção de quedas e de lesões por pressão	Cuidados na prevenção de quedas e de lesões	-	Aprazamento	-	-	2	1	0	0

		por pressão								
2	Questionar, observar e registrar se há alteração na integridade da pele	Questionar, observar e registrar...	Se há alteração na integridade da pele	Aprazamento	Na pele	-	4	0	0	1
2	Estimular/aplicar após o banho o uso de cremes hidratantes (p.ex. lanete);	Estimular/aplicar cremes hidratantes (p.ex. lanete)	Cremes hidratantes (p.ex. lanete)	Aprazamento	-	Após o banho	4	0	0	1
2	Realizar massagem de conforto e estimular decúbito	Realizar massagem de conforto e estimular decúbito	Massagem de conforto e estimular decúbito	Aprazamento	-	-	3	0	1	0
7	Realizar massagem de conforto	Realizar massagem de conforto	Massagem de conforto	Aprazamento	-	-	3	0	1	0
7	Manter protetores de calcâneos e colchão com pressão alternada funcional	Manter protetores	Manter protetores de calcâneos e colchão com pressão alternada funcional	Aprazamento	Calcâneo o e colchão	-	4	0	0	1
3	Realizar massagem de conforto e auxiliar na mudança de decúbito	Realizar massagem de conforto e auxiliar na mudança de decúbito	-	Aprazamento	-	Na mudança de decúbito	3	0	1	0
3	Cuidados na prevenção de quedas e de lesão por pressão	Cuidados na prevenção de quedas e de lesão por pressão	-	Aprazamento	-	-	2	1	0	0
3	Questionar, observar e registrar se há alteração na integridade da pele	Questionar, observar e registrar	Se há alteração na integridade da pele	Aprazamento	Na pele	-	3	0	1	0

(Confeccionado pela autora)

I = Prescrição Incompleta; PC = Prescrição Parcialmente Completa; C = Prescrição Completa.

Tabela 9 - Prescrições de enfermagem sobre o **tratamento** de lesões na pele, segundo itens que compõem a sua estrutura e classificação (n=159).

Florianópolis, 2022.

Dias c/ prescrição	Prescrições na íntegra	O que fazer?	Como fazer?	Qual frequência fazer?	Onde fazer?	Por quanto tempo ou quando fazer?	n. itens	I	PC	C
5	Manter bota de algodão em MIE	Manter bota de algodão em MIE	-	Aprazamento	Em MIE	-	3	0	1	0
1	Realizar troca de curativo em MID com SF 0,9%, rayon e ataduras	Realizar troca de curativo	Com SF 0,9%, rayon e ataduras	Aprazamento	Em MID	-	4	0	0	1
7	Renovar curativo em MIE	Renovar curativo	-	Aprazamento	Em MIE	-	3	0	1	0
7	Renovar curativo em MIE quando necessário e verificar a necessidade de troca da cobertura (“aquacel”)	Renovar curativo e verificar a necessidade de troca da cobertura	-	Aprazamento	Em MIE	-	3	0	1	0
1	Realizar curativo em FO e esvaziar bolsa coletora	Realizar curativo... E esvaziar	-	Aprazamento	FO e bolsa coletora	-	2	1	0	0
2	Realizar curativo abdominal, comunicar e registrar presença de sinais flogísticos	Realizar curativo... Comunicar e registrar presença de sinais flogísticos	Presença de sinais flogísticos	Aprazamento	Em abdômen	-	4	0	0	1
3	Realizar curativo em FO com SF 0,9% e cobrir com gaze	Realizar curativo em FO	Com SF 0,9% e cobrir com gaze	Aprazamento	FO	-	3	0	1	0

4	Realizar curativo em MIE conforme a técnica	Realizar curativo	Conforme a técnica	Aprazamento	Em MIE	-	3	0	1	0
5	Realizar curativo em MID após avaliação da enfermeira.	Realizar curativo	-	Aprazamento	Em MID	Após avaliação da enfermeira	4	0	0	1
5	Realizar curativo em inserção de acesso central com clorexidine e ocluir com curativo ideal	Realizar curativo	Com clorexidine e ocluir com curativo ideal	Aprazamento	Em inserção de acesso central	-	4	0	0	1
5	Realizar a troca de curativo da FO	Realizar troca de curativo	-	Aprazamento	FO	-	3	0	1	0
5	Realizar curativo em maléolo D com SF 0,9% + papaína 5% e proteger com gaze	Realizar curativo	Com SF 0,9% + papaína 5% e proteger com gaze	Aprazamento	Em maléolo D	-	4	0	0	1
3	Fazer curativo em: FO anal	Fazer curativo	-	Aprazamento	FO anal	-	3	0	1	0
4	Realizar curativo na FO	Realizar curativo na FO	-	Aprazamento	FO	-	3	0	1	0
2	Realizar curativos em abdome e anotar características	Realizar curativos em abdome e anotar características	-	Aprazamento	Abdômen	-	3	0	1	0
2	Realizar troca de curativo de acesso profundo, limpar com SF 0,9% e após com clorexidine e proteger	Realizar troca de curativo	Limpar com SF 0,9% e após com clorexidine e proteger com película	Aprazamento	De acesso profundo	-	4	0	0	1

	com película transparente		transparente							
7	Realizar curativo do dreno com SF 0,9% e proteger com gaze e micropore	Realizar curativo	Com SF 0,9% e proteger com gaze e micropore	Aprazamento	Dreno	-	4	0	0	1
3	Realizar troca do curativo: Conforme avaliação do enfermeiro	Realizar troca de curativo	Conforme avaliação do enfermeiro	Aprazamento	-	-	3	0	1	0
3	Realizar curativo dos MMSS conforme avaliação diária do enfermeiro: Aplicar colagenase na Face lado E , Aplicar creme de barreira na face lado D	Realizar curativo	Aplicar colagenase na Face lado E , Aplicar creme de barreira na face lado D	Aprazamento	Dos MMSS	Conforme avaliação diária do enfermeiro	5	0	0	1

(Confeccionado pela autora)

I = Prescrição Incompleta; PC = Prescrição Parcialmente Completa; C = Prescrição Completa

DISCUSSÃO

No presente estudo, pode-se perceber que o intervalo de idade de maior destaque foi de 61 a 70 anos. Em estudos prévios, pessoas nesse intervalo de idade, em especial idosos maiores de 65 anos, representam o público de maior prevalência com necessidade de atendimento em ambiente hospitalar e com algum tipo de lesão de pele (SILVA et al., 2017; MARTINS et al., 2021; GRDEN et al., 2019).

Na literatura identifica-se prevalência do público feminino em relação ao masculino. A prevalência deste público pode decorrer da longevidade em relação ao masculino. Assim, o público feminino representa a maior parte de pessoas vivenciando essa necessidade em diversos estudos (SOUZA et al., 2020; SILVA et al., 2017)

Enquanto, no presente estudo, o grau de escolaridade mais prevalente, foi o ensino médio completo (segundo grau), estudo desenvolvido por Grden et al. (2019) e Vieira et al. (2020), que teve como objetivo avaliar os fatores de risco para a ocorrência de lesões em idosos internados unidades de internação revelou que a prevalência é de pessoas com baixa ou sem escolaridade.

Sobre o estado civil mais prevalente em um estudo realizado por Martins et al (2021) e Souza et al. (2020), cujo objetivo foi identificar a prevalência de lesões cutâneas em adultos e idosos internados, os pesquisadores constataram que o estado civil casado e solteiros e casados foi mais prevalente, respectivamente.

As feridas (ou lesões de pele) são um dos principais problemas de saúde pública enfrentados pela equipe de saúde em relação a pacientes atendidos no ambiente hospitalar. No presente estudo, tratando-se da faixa etária predominante, correspondendo à maioria a pessoas entre 61 a 70 anos, destaca-se que os riscos para lesões de pele ou a presença das mesmas no momento da internação ou durante esse processo são diversos. A fragilidade que ocorre devido ao processo natural de mudança na pele com o processo de envelhecimento torna essa população mais susceptível às lesões, tais como: lesões por fricção, lesões cutâneas crônicas, lesões por pressão, úlcera varicosa, ferida operatória com complicações, pé diabético e entre outros (PINHEIRO et al., 2021; MARTINS et al., 2021; PAULA et al., 2019; STEFANELLO et al., 2020; MITTAG et al., 2017; MACHADO et al., 2019).

Soma-se a este fato que, no presente estudo, a faixa etária predominante correspondeu a pessoas consideradas idosas, a maioria apresentando algum tipo de lesão e/ou alteração de pele. Grden et al. (2019) ao realizar um estudo com idosos atendidos em unidades de internação, constatou que a maioria possuía lesões elementares do tipo primárias, ou seja,

aquelas nas quais há qualquer modificação estrutural na pele, como alterações de cor, coleções líquidas e/ou sólidas. Já, no estudo de Monteiro et al. (2021), no qual teve como objetivo analisar as lesões de pele e suas características em pacientes críticos, foi observado que a maioria dos participantes que se encontravam em atendimento hospitalar com risco para desenvolver algum tipo de ferida, a grande maioria não desenvolveu dermatite por incontinência, lesões por pressão devido a dispositivos médicos ou lesões por fricção relacionadas a adesivos médicos.

Em relação à etiologia das feridas, na literatura, observa-se que as lesões por pressão (LPP) apresentam maior ocorrência entre os pacientes idosos e acamados em unidades de internação hospitalar (STEFANELLO et al., 2020; MITTAG et al., 2017; SILVA et al., 2017). No estudo de Monteiro et al. (2021) realizado com pacientes críticos e acamados, os autores identificaram que as dermatites associadas a incontinência apresentavam maior porcentagem em relação as lesões por pressão. No presente estudo, a etiologia com maior porcentagem foram das feridas operatórias. Compreende-se que a maior ocorrência de lesões pode estar relacionada à coleta de dados ter sido realizada em uma clínica cirúrgica e uma clínica médica, sendo que a rotatividade de pessoas em uma clínica cirúrgica pode levar ao registro de maior número pessoas com estas feridas, durante o período da coleta de dados.

As FO são as lesões mais prevalentes em ambientes hospitalares. Estima-se que no mundo ocorram 4511 operações por cada 100.000 habitantes (GILLESPIE *et al.*, 2020). Segundo pesquisa de Stefanello et al., 2020 realizada em clínicas cirúrgicas, com pacientes idosos internados, as feridas operatórias “agudas” e feridas operatórias “complicadas” aparecem em menor proporção em relação às lesões por pressão. O que leva a pensar na importância de prescrições de enfermagem serem assertivas e claras, para o cuidado do paciente e para a orientação do cuidado que deve ser desenvolvido pela equipe de enfermagem, de forma que complicações possam ser evitadas.

Contatou-se nos resultados da amostra analisada, que o público de maior representatividade foi a população idosa e, dentre as alterações de pele a que mais se destaca é o ressecamento cutâneo. Estudos analisados denominam, portanto, que a xerose ou ressecamento da pele ocorre em consequência a fatores endógenos e exógenos, isto é, ao consumo de líquidos no decorrer do dia e à hidratação com uso de produtos que contribuam com a oferta de umidade ou evitem a perda de umidade pela via cutânea (por exemplo, uso de hidratantes) (CRUZ et al., 2021). A isto, soma-se o processo de envelhecimento normal da pele, em que ocorre a diminuição da derme e de estruturas sudoríparas, responsáveis pela elasticidade e turgor da pele (LOPES et al., 2021; MEKIĆ et al., 2019). Sendo assim, a

avaliação da enfermagem sobre a necessidade de hidratação (endógena e/ou exógena) torna-se relevante, assim como a inclusão desta necessidade nas prescrições de cuidado (PAULA et al., 2021).

Para a obtenção de valores para posterior avaliação de qualidade dos serviços, cabe às instituições a proposta de protocolos na oferta dos cuidados nos serviços de saúde, entre os principais, e de relevância para esse estudo, estão os protocolos de prevenção contra lesões de pele e protocolo/sistema de classificação dos pacientes (LIMA et al., 2021; CESCINETTO et al., 2020). Nestes, destaca-se a escala de Braden (PARANHOS; SANTOS, 1999; MAIA et al., 2011) que avalia o risco de lesões por pressão, a escala de MORSE (URBANETTO et al., 2013), que surgiu durante as prescrições de enfermagem e está diretamente relacionada ao risco de quedas e a população em destaque no estudo (de maioria idosa), e a escala de grau de dependência que avalia a necessidade de cuidados de cada paciente.

A escala de Braden (EB) permite avaliar o risco de lesões por pressão em pacientes internados, de forma geral, forma parte de protocolos de prevenção de lesões por pressão, uma vez que permite a avaliação de aspectos relacionados à percepção sensorial, mobilidade, umidade, nutrição e fricção ou cisalhamento (PARANHOS; SANTOS, 1999). Os itens contemplados na avaliação da escala de Braden devem ser identificados pela equipe de enfermagem em momentos, tais como, a internação e no decorrer da internação. Instrumentos como este, somados ao conhecimento dos profissionais, permitem a identificação precoce do risco para lesões. Portanto, favorecem a implementação de cuidados para prevenção do aparecimento de lesões durante o período de internação.

A escala de Morse é um instrumento utilizado pela equipe de enfermagem para avaliar o risco de quedas a partir da análise do histórico de quedas, presença ou não de diagnósticos secundários, se há necessidade de auxílio ao deambular, percepção da marcha, se possui dispositivos invasivos e estado mental. Todos esses pontos deverão ser observados pela equipe e prescritos pela enfermeira a partir das particularidades observadas em cada paciente (URBANETTO et al., 2013; MORAIS et al., 2021). A sua aplicação permite a identificação de riscos para quedas, a partir da necessidade de auxílio ou não para deambulação, por exemplo. A escala, também representa uma importante ferramenta de cuidado, a qual pode formar parte dos protocolos de cuidados de pessoas atendidas em ambiente hospitalar.

No estudo, foi observada a relação intrínseca entre lesões por pressão e risco de quedas na composição das prescrições uma vez que ambas são tratadas como prescrições de prevenção. Porém também são passíveis de serem incompreendidas ou não aplicadas a partir da singularidade do paciente (TANNURE; PINHEIRO, 2010). Observa-se também que a

prescrição para risco de quedas condiz com o perfil de pacientes analisados, no entanto deve-se destacar que as quedas podem ocorrer devido aos dispositivos invasivos, alterações de percepção de tempo e espaço, além do efeito de medicamentos (SENA et al., 2020).

Sendo assim, a inclusão de instrumentos de avaliação, já validados, por exemplo a Braden, ou instrumentos que contemplem a coleta de dados no momento da internação ou momentos pontuais de avaliação (por exemplo, instrumento de histórico na internação, proposto pela instituição) contribuem com a organização/ planejamento do cuidado, consequentemente, diminuir as taxas de prevalência de lesões por pressão se elevam conforme o aumento da idade das pessoas (EGLSEER; HÖDL; LOHRMANN, 2018).

Conforme estudo brasileiro realizado com 101 idosos, sendo a maioria do sexo feminino atendidos em unidade hospitalar, a classificação a partir da escala de Braden foi “sem risco” para o desenvolvimento de lesões por pressão. Embora o risco para lesão possa ser mínimo, é importante considerar as mudanças do quadro clínico e assim acompanhar as necessidades que possam vir a se apresentar como prioridade na prevenção de lesões de pele (VIEIRA et al., 2018). Ao mesmo tempo, destaca-se que a identificação de pessoas sem risco, contribui com a distribuição de cuidados, uma vez que, os cuidados para prevenção de lesões estarão mais voltados para os que tenham risco ou que já apresentem alguma alteração. Além de permitir o acompanhamento quando à mudança dessa ausência de risco, para presença de risco, conforme a evolução do quadro clínico do paciente, o qual o levou à necessidade de atendimento hospitalar.

A escala de avaliação do grau de dependência (GDU) representa um instrumento de gestão e segurança do paciente, em relação à identificação de paciente dependentes de cuidados, por parte da equipe de enfermagem (CESCONETTO et al., 2020; BUFFON *et al.*, 2021; NOBRE et al., 2017; FERREIRA *et al.*, 2017). No presente estudo, optou-se pela aplicação no intuito de identificar se os mesmos apresentavam grau de dependência que justifique maiores cuidados pela equipe de enfermagem, e maior risco de desenvolvimento de lesões de pele, a partir da dependência de cuidados apresentados. Neste sentido, no presente estudo, sendo condicente com a identificação de risco a partir da Escala de Braden, na amostra analisada, a maior parte foi classificado com necessidade de cuidados mínimos (n=50). Isto é, na população estudada, o risco para lesões de pele mostrou-se baixo. Entretanto, é destaca-se que estes dados representam um recorte temporal, e não uma característica geral da população atendida na instituição no decorrer do ano.

Identificadas às necessidades de cuidado é fundamental no planejamento de cuidado de enfermagem, entretanto, a organização do atendimento da enfermagem, a partir da

Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), nas instituições de saúde, é necessário. Isto porque trata-se de um processo contínuo, uma vez que operacionaliza e organiza o trabalho do profissional enfermeiro. Contudo, conforme estudos analisados nota-se que a implantação dessa sistematização ainda é um desafio no Brasil, uma vez que não é presente em todas os serviços de saúde. Infelizmente isso reverbera em dificuldades pelos próprios acadêmicos, futuros profissionais de saúde, e profissionais em realizar um dos componentes fundamentais do seu trabalho (LEITE et al., 2020; BARRETO et al., 2020; JÚNIOR et al., 2022; SANTOS; DIAS; GONZAGA, 2017).

Forma parte da SAE, o Processo de enfermagem (PE), o qual é dividido em cinco etapas inter-relacionadas, singulares a cada usuário é a resultante da SAE (SANTOS et al., 2021; BARRETO et al., 2020; MOLERO *et al.*, 2019). Neste sentido, a partir do tema de interesse da presente pesquisa, a prescrição de enfermagem, diz respeito ao planejamento de cuidados da enfermagem a ser implementado ao paciente (TANNURE; PINHEIRO, 2010).

Nesta, são propostas ações de cuidado (prescrições de enfermagem) a partir das necessidades de cada pessoa, para a qual os cuidados são planejados. Sendo assim, esta etapa destaca-se por contemplar o cuidado que contemplará os problemas de saúde identificados na primeira etapa do PE e os diagnósticos de enfermagem definidos. Isto é, representam o planejamento de cuidados que poderá ser assertivo ou não, se as etapas anteriores ocorreram de forma organizada, clara e precisa (MACHADO et al., 2021). Conforme já observado, no resultado da amostra em questão, quanto à estrutura, a maioria das prescrições eram parcialmente completas, ou seja, apenas três itens/descriptores foram contemplados, faltando, geralmente, um ou mais dos mesmos. Foram identificadas escassas pesquisas direcionadas às prescrições de enfermagem em cuidado a pessoas com feridas. No presente estudo, as prescrições de enfermagem foram classificadas como parcialmente completas. Conforme os resultados encontrados, porém sem uma classificação específica que norteassem estas análises, as mesmas foram identificadas como incompletas (LIMA; SILVA; GALDINO-JÚNIOR, 2020; STRALHOTI et al., 2019).

Na análise das prescrições de enfermagem, de forma geral, observou-se que a necessidade de inclusão de maiores informações relacionadas à indicação de como fazer, onde fazer e por quanto tempo. Destaca-se que, nem todas as prescrições requerem de todas as informações, porém, a indicação de como devem ser feitos alguns cuidados, considera-se relevante, assim como o período em que o mesmo será feito. Por exemplo, a indicação de como fazer a prevenção de lesão por dermatite, deixa em destaque a necessidade de determinação da aplicação de protetores cutâneos e frequência de troca de fraldas. No caso

das prescrições para cuidados com as lesões, a forma de realizar o cuidado e os produtos utilizados corresponderiam a informações relevantes, que precisem ter continuidade pela equipe. Assim como, o período em que a resposta ao cuidado determinado pela equipe será avaliada, assim decidindo pela continuidade ou mudança da terapêutica proposta (ARAÚJO; DI PIERO; CARDINELLI, 2021; LIMA; SILVA; GALDINO-JÚNIOR, 2020).

Sobre a análise a partir dos participantes que possuíam ou não lesões e/ou alterações de pele e as prescrições de enfermagem sobre tratamento de lesões de pele observou-se a carência de prescrições relacionadas ao curativo e como fazê-lo. Utiliza-se, por exemplo, verbos como “renovar” e “manter” o curativo, porém especificassem especificar o local (em alguns) ou o que deveria ser utilizado e o porque. Esse fato interfere diretamente na continuidade do cuidado e reverbera no prognóstico de cicatrização da ferida.

Conforme a Resolução do COFEN 501/2015, o enfermeiro possui respaldo para prescrever, orientar e supervisionar a realização de curativos pela equipe de enfermagem (COFEN, 2015). Durante a prática clínica, foi observado que sempre há certa divergência associada à falta de conhecimento entre a equipe de enfermagem e o enfermeiro quanto à realização de curativos e quem pode realiza-lo. Normalmente, os mesmos são realizados conforme rotina da unidade e a depender da equipe, os mesmos são realizados sem a avaliação da enfermeira ou, quando há, o curativo é delegado ao técnico de enfermagem de forma sistemática. O parecer técnico número 001/2019 enviado ao COREN foi essencial, e muito recente, para direcionar até aonde o técnico de enfermagem pode realizar o curativo, porém todos são sob supervisão do enfermeiro. Esse fato pode ser observado nas próprias prescrições de enfermagem, quando é colocado para se realizar o curativo após a observação e orientação do enfermeiro, por exemplo (COREN, 2019).

As prescrições de enfermagem voltadas as prevenção de lesões de pele presentes na pesquisa carecem de singularidades no cuidado aos pacientes, como é o caso, por exemplo, quando é prescrito “cuidados na prevenção de quedas e de lesão por pressão”. No exemplo anterior, não foi identificada a especificação do momento no qual o cuidado deveria ser realizado e qual integrante da equipe de enfermagem deveria realiza-lo, ou seja, se é na hora de deambular ou quando for ir ao banho de aspersão. Contudo, é notável que esse raciocínio clínico seja inerente ao enfermeiro durante a sua prática, uma vez que nota-se que o público de maior porcentagem são idosos e esses possuem um risco maior a quedas devido a sua idade, fraqueza muscular, perda de sensibilidade ou algum distúrbio neurológico associado a doenças crônicas (SENA et al., 2020).

Outra prescrição que aparece frequentemente na presente pesquisa, se refere a questionar, observar e registrar se há alteração na integridade da pele, porém não está especificado qual a parte do corpo deverá ter maior atenção na hora da avaliação e cuidado, por exemplo, se são em proeminências ósseas, no caso de um paciente acamado, ou se é região sacral em caso de um paciente que deambula apenas com auxílio de cadeira de rodas. Isto é, identificou-se carência de informações singulares a cada paciente, as quais poderiam fazer a diferença na hora de prestar os cuidados ao paciente (STRALHOTI et al., 2019).

O período em que foram analisadas as prescrições de enfermagem foram referentes a sete dias de internação, foi constatado que a maior parte das prescrições não seguiram esse período e algumas não tinham prescrições no período. Destaca-se a importância das prescrições serem realizadas diariamente, uma vez que as mesmas devem contemplar as necessidades diárias das pessoas, a partir da evolução do seu quadro clínico. É a partir da implementação desses cuidados que o enfermeiro pode avaliar se houve ou não progresso sobre determinado cuidado aplicado (por exemplo, melhora da lesão a partir do curativo utilizado) (JÚNIOR et al., 2018; MOLERO et al., 2019).

Contudo é importante destacar que as instituições de saúde ainda apresentam importantes fragilidades na aplicação do PE em instituições de saúde. No estudo de Ribeiro et al. (2020), cujo objetivo era conhecer as etapas do PE em um hospital, foi constatado de um dos principais problemas era o desconhecimento sobre o PE, como aplicá-lo e a sobrecarga de trabalho, os autores identificaram que a sobrecarga ocorria, principalmente, devido à falta de dimensionamento de pessoal sobre o número de pacientes em ambientes hospitalares. As dificuldades encontradas quanto ao dimensionamento de profissionais de saúde, fragilizavam o cumprimento de todas as suas funções, administrativas relacionadas ao cuidado direto, devido à falta de profissionais naquele turno ou em caso de emergências, por exemplo. Assim, os autores destacam que, a sobrecarga de trabalho pode, portanto, significar na carência dos registros e na segurança do paciente (MACEDO et al., 2022).

Logo, a continuidade do cuidado com lesões deve ser intrínseca ao processo de trabalho dos enfermeiros e equipe de enfermagem hospitalar durante o período de internação do paciente e perdurar até após a alta, uma vez que os cuidados irão continuar. Entretanto, o número de profissionais que realizam o cuidado deverá ser contemplado, uma vez que a complexidade do paciente reflete diretamente no número de profissionais de enfermagem responsáveis pelo cuidado e realização de cuidados individualizados (BUFFON et al., 2021).

Após a alta do paciente, o mesmo irá transitar entre as chamadas Redes de atenção a saúde (RAS) para continuar o seu cuidado. A atenção primária é o meio principal para o

usuário que não tenham uma queixa aguda ou crítica que demande ir ao serviço de urgência e emergência, como as unidades de pronto atendimento, por exemplo, mas necessitam da continuidade do atendimento iniciado no hospital. Por conseguinte, é essencial para a manutenção da saúde do paciente, que haja essa comunicação entre os diferentes serviços de saúde compostos pelas Redes de atenção a saúde a fim de realizar a continuidade, avaliar os progressos e mudar a terapêutica quando necessário (GOULARTE et al., 2021).

Sobre os objetivos principais do estudo, um deles foi identificar a prevenção dos principais fatores de risco para lesões de pele presentes nas prescrições de enfermagem, tais como: questionar sobre a integridade da pele e monitorar integridade cutânea principalmente quando se trata de um paciente idoso acamado, com limitação de mobilidade ou deambulação. Prescrições voltadas à integridade da pele em um público com idades avançadas se faz necessário, pois à ocorrência do envelhecimento normal da e sua maior propensão a lesões de pele como as lesões por fricção (GRDEN et al., 2019; GIRONDI et al., 2021; SOUZA et al., 2020). Ademais, estimular a mudança de decúbito, realizar massagem de conforto e movimentação no leito são prescritas a fim de permitir a perfusão sanguínea e aliviar a pressão exercida sobre a pele ao ficar em uma posição, são essenciais para prevenir lesões por pressão são alguns exemplos preventivos sobre fatores de risco previsto pelo enfermeiro (VIEIRA et al., 2018).

Além disso, ainda em análise sobre as prescrições de enfermagem sobre prevenção, nota-se a prescrição “Cuidados com quedas e lesões por pressão”, que apesar de não especificar quais tipos de cuidados são para ser realizados em relação a quedas e as lesões por pressão e quando realiza-los, por exemplo, é notável que essas preocupações estejam previstas pelo enfermeiro, uma vez que o público de maior porcentagem na pesquisa são os idosos (SENA et al., 2020).

Além disso, outro foco do estudo foi identificar as lesões de pele contempladas nas prescrições de enfermagem, após a análise das mesmas, verificou-se que há cinco prescrições relatando sobre feridas operatórias, enquanto outras não especificaram qual tipo de lesão, apenas a sua localização. Foi seguido por duas prescrições referentes ao curativo de acesso central, e por fim, uma referente à troca do curativo do dreno. Essas informações corroboram para a classificação “parcialmente completa” resultante da amostra analisada, uma vez que a não especificação do tipo de lesão, o local, o que aplicar, reflete na própria recuperação do paciente. Quando se fala sobre a clareza e objetividade presentes nas prescrições, observa-se que há um “padrão” em não singularizar os cuidados, como que ocorre quando inicia a frase erroneamente com “cuidados com lesões por pressão”. Conforme estudado por Tannure e

Pinheiro (2010) em seu livro SAE – Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático, explica que para se iniciar uma prescrição de enfermagem, deve ser a partir de um verbo no infinitivo, como renovar, manter, questionar. O singularizar não é apenas no sentido da falta do verbo no infinitivo, mas na falta dos descritores para a realização de uma prescrição completa: o que fazer, como fazer, quando fazer, com qual frequência fazer, por quanto tempo fazer ou quando fazer.

O intuito foi observar como uma etapa do processo de enfermagem está sendo realizado nas unidades estudadas. Nota-se, a necessidade de aprimoramento dessa etapa do PE, de forma que as prescrições possam apresentar a singularidade do cuidado, a qual levará a propostas mais individualizadas do cuidado da equipe de enfermagem.

CONCLUSÕES

O presente estudo permitiu identificar como principais fatores de risco para lesões de pele contemplados nas prescrições são relativos à mobilidade reduzida, aos cuidados para a manutenção e integridade da pele, a pressão exercida entre a pele e o leito e perfusão tissular diminuída.

As lesões relacionadas a feridas operatórias se apresentaram como as de maior ocorrência, seguido por lesões por neoplasia, lesões por queimadura, lesões por trauma e lesões por fricção.

Entre as prescrições de enfermagem relacionadas à prevenção e tratamento de lesões de pele, as que contemplavam a maior parte dos itens analisados na sua construção, classificadas como completas corresponderam a 44,6%, seguidas pelas classificadas como parcialmente completas 55% e incompletas com 9,4%.

Entre os itens que requerem maior inclusão na construção das prescrições de enfermagem destacam-se as informações correspondentes ao como fazer, onde fazer (por exemplo, em qual parte do corpo), por quanto tempo essa prescrição deve ser executada e como fazer que pode ser exemplificado nos produtos utilizados para a realização do curativo.

A partir da análise de cada etapa do processo de enfermagem, entende-se o quanto são correlacionadas e interligadas para que haja um cuidado integral e dinâmico, ou seja, quando há a falta de informações nas prescrições, quem irá executá-las pode realizá-las de forma errônea ou não executá-las e, por conseguinte, comprometer a continuidade do cuidado. O que irá resultar, portanto, em uma avaliação diferente e errônea das necessidades do paciente.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Felipe Sales Freitas; DI PIERO, Karina Chamma; CARDINELLI, Camila Castanho. Aplicação da escala de avaliação do uso de fraldas em uma clínica médica de um hospital universitário. **Revista Estima**, [S.I], v. 19, p. 1-11, 2021. DOI: https://doi.org/10.30886/estima.v19.1114_PT. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/1114/476>. Acesso em: 11 mar. 2022.
- BARRETO, Mayckel da Silva *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem: a práxis do enfermeiro de hospital de pequeno porte. **Escola Anna Nery**, [S.I], v. 24, n. 4, p. 1-8, abr. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0005>. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000400211. Acesso em: 08 mar. 2022.
- BUFFON, Marina Raffin *et al.* Correspondência entre diagnósticos de enfermagem da NANDA internacional e a classificação de pacientes de Perroca. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, [S.I], v. 25, n. 1400, p. 2-9, set. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762-20210048>. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622021000100237. Acesso em: 09 mar. 2022.
- CAUDURO, Fernanda Pinto *et al.* Atuação dos Enfermeiros no cuidados das lesões de pele. **Revista de enfermagem UFPE Online**, Porto Alegre, v. 12, n. 10, p. 2628-2634, out. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236356/30158>. Acesso em: 16 maio 2021.
- CESCONETTO, Daiana. **Validação de conteúdo do instrumento de avaliação do grau de dependência dos usuários**. 2015. 147 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/169366/339606.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 12 fev. 2022.
- CESCONETTO, Daiana *et al.* Validação de conteúdo do instrumento de avaliação do grau de dependência dos usuários. **Enfermagem em Foco**, [S.I], v. 10, n. 5, p. 44-50, fev. 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2817/632>. Acesso em: 13 fev. 2022.
- COFEN (Brasil). **Resolução nº 567**, 29 de janeiro de 2018. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofeno-567-2018_60340.html. Acesso em: 07 mai. 2021.
- COFEN (Brasil). **Resolução nº 564**, 6 de novembro de 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 09 fev. 2022.
- COFEN (Brasil). **Resolução nº 501**, 9 de abril de 2015. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05012015_36999.html. Acesso em: 16 maio 2021.
- COREN – Conselho Regional de Enfermagem. **Parecer técnico N° 001/2019**, Alagoas, 7 mar. 2019.

CRUZ, Ronny Anderson de Oliveira *et al.* Avaliação e medidas de prevenção e tratamento da xerose cutânea em idosos: Um revisão integrativa. **Revista cuidado é fundamental**, [S.I], v. 13, p. 241-248, 2021. DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.82. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1150686>. Acesso em: 10 mar. 2022.

EGLSEER, Doris; HÖDL, Manuela; LOHRMANN, Christa. Nutritional management of older hospitalised patients with pressure injuries. **International Wound Journal**, [S.I], v. 16, n. 1, p. 226-232, 15 nov. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/iwj.13016>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/304440105/>. Acesso em: 08 mar. 2022.

FERREIRA, Patrícia Cabral *et al.* Classificação de pacientes e carga de trabalho de enfermagem em terapia intensiva: comparação entre instrumentos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.I], v. 38, n. 2, p. 1-7, abr. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.62782>. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000200405. Acesso em: 09 mar. 2022.

GILLESPIE, Brigid M. *et al.* Preoperative and postoperative recommendations to surgical wound care interventions: a systematic meta-review of cochrane reviews. **International Journal of Nursing Studies**, [S.I], v. 102, n. 103486, p. 3-13, fev. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103486>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31810020/>. Acesso em: 08 mar. 2022.

GOULARTE, Aliny Fernandes *et al.* Continuidade do cuidado: A atuação do enfermeiro hospitalar na transição do paciente com ferida. **Revista mineira de enfermagem**, [S.I], v. 25, p. 2-7, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762-20210051>. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622021000100238. Acesso em: 11 mar. 2022.

GRDEN, Clóris Regina Blanski *et al.* Prevalência e fatores associados às lesões elementares em idosos internados. **Revista Rene**, Ponta Grossa, v. 20, n. 40384, p. 2-8, abr. 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-997323>. Acesso em: 19 fev. 2022.

HERDMAN, T. Heather; KAMITSURU, Shigemi. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I**. 11. ed. [S.I]: Artmed, 2018. 468 p

HORTA, Wanda Aguiar. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda., 1979. 97 p.

JULIÃO, Jéssica Maria Torres. *et al.* Importância da linguagem padronizada na assistência de enfermagem a portadores de lesões de pele: revisão integrativa da literatura. **Enfermagem Atual**, [S.I], v. 95, n. 33, p. 1-10, jan. 2021. Disponível em: <http://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/918/811>. Acesso em: 25 fev. 2021.

GALDINO JÚNIOR, Hélio *et al.* Processo de enfermagem na assistência a pacientes com feridas em cicatrização por segunda intenção. **Cogitare Enfermagem**, [S.I], v. 23, n. 4, p. 1-11, 7 nov. 2018. Universidade Federal do Paraná. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i4.56022>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/56022>. Acesso em: 15 mar. 2021.

GIRONDI, Juliana Balbinot Reis *et al.* Ações de cuidadores na prevenções de lesões de pele no idoso. **Enfermagem Atual in Derme**, Santa Catarina, v. 95, n. 34, p. 1-12, abr. 2021. Disponível em:

<http://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/998/880>. Acesso em: 15 maio 2021.

JÚNIOR, Deuzete Inácio de *et al.* The nurse experiencing intentionality as meaning in the implementation of the nursing process. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, [S.I], v. 14, n. 9701, p. 1-8, 11 jan. 2022. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v14.9701>. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9701>. Acesso em: 08 mar. 2022.

LEITE, Fabrícia Cristine Santos *et al.* Sistematização da Assistência de Enfermagem aplicada ao idoso com sepse. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, [S.I], v. 14, n. 2, 28 jun. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963.2020.244715>.

LIMA, Nataline Rocha de *et al.* Escala de BRADEN: Benefícios de sua aplicação na prevenção de lesão por pressão no âmbito domiciliar. **Arquivos de Ciências da Saúde da Unipar**, Umuarama, v. 25, n. 2, p. 95-103, ago. 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1252352>. Acesso em: 09 fev. 2022.

LIMA, Brunna Rodrigues de; SILVA, George Oliveira; GALDINO-JÚNIOR, Hélio. Avaliação das prescrições de enfermagem e médicas para curativos em um hospital universitário: implicações éticas. **Enfermagem em Foco**, [S.I], v. 11, n. 5, p. 67-72, dez. 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3334/1026>. Acesso em: 09 mar. 2022.

LOPES, Thaynara Ferreira *et al.* Fatores de risco para a perda da integridade de pele: aspectos da microbiota inguinal em idosas em uso de fraldas. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, [s. l], v. 15, n. 1, p. 1-12, jan. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/245745/38619>. Acesso em: 21 fev. 2022.

MACHADO, Susane Karine Kerckoff *et al.* Aplicabilidade do Processo de Enfermagem na atenção hospitalar: interface com as melhores práticas. **Revista de enfermagem da UFSM**, [S.I], v. 12, ed. 2, p. 1-18, 2021. DOI: 10.5902/2179769264972. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1344115>. Acesso em: 10 mar. 2022.

MACHADO, Lucas Correia Lima Rocha *et al.* Fatores de risco e prevenção de lesão por pressão: aplicabilidade da escala de Braden. **Revista Eletrônica Acervo e Saúde**, [S.I], v. 21, p. 1-7, mar. 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/635/314>. Acesso em: 16 maio 2021.

MAIA, Ana Cláudia A. R. *et al.* Tradução para a língua portuguesa e validação da escala de Braden Q para avaliar o risco de úlcera por pressão em criança. **Revista Paulista de Pediatria**, [S.I], v. 29, n. 3, p. 406-414, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/kcWh5sz6wThsSdsXDQVrygb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 mar. 2022.

MARTINS, Anita Fernanda Magalhães *et al.* Perfil epidemiológico de lesões cutâneas crônicas de pacientes internados. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, [S.I], v. 15, n. 1, p. 1-15, jan. 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1147302>. Acesso em: 06 dez. 21.

MEKIĆ, Selma *et al.* Prevalence and determinants for xerosis cutis in the middle-aged and elderly population: a cross-sectional study. **Journal of the American Academy of**

Dermatology, [S.I], v. 81, n. 4, p. 963-969, out. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2018.12.038>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30586613/>. Acesso em: 08 mar. 2022.

MITTAG, Barbara Franco *et al.* Cuidados com Lesão de Pele: Ações da Enfermagem. **Revista Estima**, [S.I], v. 15, ed. 1, p. 19-25, 2017. DOI: 10.5327/Z1806-3144201700010004. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/447>. Acesso em: 10 mar. 2022.

MOLERO, Sonia Fernández *et al.* Prescripción enfermera: análisis de concepto. Atención Primaria, [S.I], v. 51, n. 4, p. 245-251, abr. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2018.06.006>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30343930/>. Acesso em: 09 mar. 2022.

MONTEIRO, Dandara Soares *et al.* Incidence of skin injuries, risk and clinical characteristics os critical patients. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.I], v. 30, n. 20200125, p. 1-15, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0125>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/4FWZdWFsgrFzZgXwX8QFJ8D/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 21 ago. 2021.

MOREIRA, Rafaela Cristina, *et al.* A atuação da equipe de enfermagem frente à prevenção de lesão por pressão na atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Revista Enfermagem Atual**, Minas Gerais, v. 95, n. 33, fev. 2021. Disponível em: <http://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/784>. Acesso em: 23 fev. 2021.

NOBRE, Ilana Elen Andrade Mariano *et al.* Sistema de classificação de pacientes de fugulin: perfil assistencial da clínica médica. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, Recife, v. 11, n. 4, p. 1736-1742, abr. 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1032082>. Acesso em: 22 fev. 2022.

OCHOA-VIGO, Kattia *et al.* Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem embasadas no processo de enfermagem. **Revista Enfermagem Escola USP**, [S.I], v. 35, n. 4, p. 390-398, jul. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/dkZ3c6mfSpLMzYRgHpwc nCS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 fev. 2022.

PARANHOS, Wana Yeda; SANTOS, Vera Lúcia C.G. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da escala de BRADEN, na língua portuguesa. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, [S.I], v. 33, n. 3, p. 191-205, jan. 1999.

PAULA, Ana Cláudia Ramos de *et al.* Adesão aos indicadores de segurança do paciente na assistência em saúde em um hospital escola. **Journal of Nursing And Health**. [S.I], v. 24, n. 278, p. 5912-5916, maio 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1343118>. Acesso em: 14 fev. 2022.

PINHEIRO, Renan Vinicius *et al.* Algoritmos para prevenção e tratamento de lesão por fricção. *Acta Paulista de Enfermagem*, [S.L.], v. 34, n. 12, p. 1-8, jun. 2021. **Acta Paulista de Enfermagem**. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2021ao03012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/zDFvtnLKDZfQ7qdtJFLMXxj/?lang=pt>. Acesso em: 01 nov. 2021.

RIVITTI, Evandro A. **Dermatologia de Sampaio e Rivitti**. 4. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2018. 1648 p.

RODRIGUES, Maria Emilia de Lima Serafim *et al.* Importância da atuação da Enfermagem nos cuidados das feridas. **Revista Intersaude**, [S.I], v. 1, n. 4, p. 90-103, jul. 2021. Disponível em: http://revista.fundacaojau.edu.br:8078/journal/index.php/revista_intersaude/article/view/177. Acesso em: 03 ago. 2021.

SANTOS, Marceli Aparecida Pedroso; DIAS, Pedro Luiz Moreira; GONZAGA, Márcia Féldreman Nunes. "Processo de Enfermagem" Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE. **Saúde em Foco**, [S.I], p. 679-683, 2017. Disponível em: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/06/075_processodeenfermagem.pdf. Acesso em: 15 maio 2021.

SANTOS, Andressa Katiucia Oliveira *et al.* Implantação da sistematização da assistência por enfermeiras na atenção básica: facilidades e dificuldades. **Journal of Nursing And Health**, [S.I], v. 11, n. 2, p. 2-13, 09 jul. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/20246/13322>. Acesso em: 18 out. 2021.

SENA, Adnairdes Cabral de *et al.* Cuidados de enfermagem relacionados à prevenção do risco de quedas de idosos hospitalizados: Revisão integrativa. **Revista brasileira de Enfermagem**, [S.I], v. 74, 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0904>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/v7DLcLMymWz3ZnGBvjHkcjq/?lang=pt>. Acesso em: 11 mar. 2022.

SILVA, Carleara Ferreira da Rosa *et al.* High prevalence of skin and wound care of hospitalized elderly in Brazil: a prospective observational study. **Bmc Research Notes**, [S.I], v. 10, n. 1, p. 2-6, 2 fev. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s13104-017-2410-6>. Disponível em: <https://bmcresearchnotes.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13104-017-2410-6.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2022.

SOARES, Cilene Fernandes; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss. Promoção da saúde e prevenção da lesão por pressão: expectativas do enfermeiro da atenção primária. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.I], v. 27, n. 2, p. 2-9, 3 mai. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180001630016>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200301&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 11 fev. 2020.

SOUZA, Luccas Melo de *et al.* Prevalência de lesões por fricção em adultos e idosos hospitalizados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [S.I], v. 55, p. 1-9, ago. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342021000100416&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 16 maio 2021.

STRALHOTI, Kalliny Nathiara de Oliveira *et al.* Intervenções de enfermagem prescritas. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.I], v. 9, n. 2, p. 3-17, set. 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1024217>. Acesso em: 09 mar. 2022.

STEFANELLO, Rochelli Bernardes *et al.* Caracterização de pacientes com lesões de pele hospitalizados em unidades de internação clínico-cirúrgica. **Enfermagem em Foco**, [S.I], v. 11, n. 2, p. 105-111, jul. 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3294/745>. Acesso em: 29 ago. 2021.

TANNURE, Meire Chucre; PINHEIRO, Ana Maria. Quarta parte do processo de enfermagem: implementação da assistência de enfermagem (prescrição de enfermagem). In:

TANNURE, Meire Chucre; PINHEIRO, Ana Maria. **SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático**. 2. ed. [S.I]: Guanabara Koogan, 2010. p. 95-149.

URBANETTO, Janete de Souza *et al.* Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. **Revista da escola de enfermagem da USP**, [S.I], v. 47, n. 3, p. 569-575, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000300007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/47DLRTfZvzWVv459NLk9r4D/?lang=pt#>. Acesso em: 12 mar. 2022.

VASCONCELOS, Josilene de Melo Buriti; CALIRI, Maria Helena Larcher. Nursing actions before and after a protocol for preventing pressure injury in intensive care. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [S.I], v. 21, n. 1, p. 1-9, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170001>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000100201&script=sci_arttext. Acesso em: 16 maio 2021.

VIEIRA, Chrystiany Plácido de Brito *et al.* Prevalence of friction injury and associated factors in elderly in intensive therapy. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.I], v. 29, p. 1-13, jun. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0515>. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/pdf/tce/v29/pt_1980-265X-tce-29-e20180515.pdf. Acesso em: 20 fev. 2022

VIEIRA, Vanete Aparecida de Souza *et al.* Risco de lesão por pressão em idosos com o comprometimento na realização de atividades diárias. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Belo Horizonte, v. 8, n. 2599, p. 2-9, mar. 2018. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2599/1940>. Acesso em: 22 fev. 2022.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir desse trabalho de conclusão de curso (TCC) foi possível obter maior conhecimento sobre lesões de pele em contexto hospitalar, seus fatores de risco, diferentes etiologias, alterações de pele mais comuns, o papel do enfermeiro como protagonista do cuidado dessas lesões e a importância da melhora da qualidade dos registros de cuidados realizados diariamente.

A proposta da pesquisa foi essencial para que fosse entendida a relação entre o perfil da população atendida, principalmente de idade avançadas, em relação às lesões de pele e a importância da inclusão de cuidados relacionados nas unidades de clínica médica e cirúrgica.

Além disso, observou-se mais as etapas do PE e como cada uma deve ser inter-relacionada, interdependente e singular a cada paciente. Além disso, pode-se entender mais sobre a importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como meio organizacional para efetiva prática clínica do enfermeiro.

Ademais, foi amplo e importante o entendimento sobre a composição das prescrições de enfermagem e definir, a partir dos descritores, sua classificação e como isso interfere diretamente na qualidade do serviço do enfermeiro.

Como futura profissional de enfermagem, observei que a não inclusão dos descritores/itens de uma prescrição (sendo os mais comuns: onde fazer, como fazer, por quanto tempo ou quando fazer) podem fragilizar a comunicação para a continuidade do cuidado, uma vez que quem for executar as ações/intervenções pode não o fazer de forma correta ou não o realizar devido à falta de informações pertinentes.

Logo, foi essencial para a minha formação como enfermeira entender mais sobre o processo de trabalho do enfermeiro (processo de enfermagem) e como o mesmo, quando corretamente executado, pode contribuir para a melhora da qualidade do cuidado e do trabalho desse profissional. Ademais, foi entendido sobre a importância do conhecimento sobre lesões de pele pela equipe de enfermagem e até onde os mesmos podem assumir curativos sob supervisão do enfermeiro.

REFERÊNCIAS

- BARRETO, Mayckel da Silva *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem: a práxis do enfermeiro de hospital de pequeno porte. **Escola Anna Nery**, [S.I.], v. 24, n. 4, p. 1-8, abr. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0005>. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000400211. Acesso em: 08 mar. 2022.
- BERNARDO, Ana Flavia Cunha; SANTOS, Kamila dos; SILVA, Debora Parreiras da. Pele: alterações anatômicas e fisiológicas do nascimento à maturidade. **Saúde em Foco**, [S.I.], v. 11, n. 1, p. 1221-1233, jan. 2019.
- BORGES, Flávia Fernandes Dias *et al.* Importância das anotações de enfermagem segundo a equipe de enfermagem: implicações profissionais e institucionais. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, [S.I.], v. 7, p. 2-8, 19 abr. 2017. <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.1147>. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1147/1310>. Acesso em: 15 maio 2021.
- CAUDURO, Fernanda Pinto *et al.* Atuação dos Enfermeiros no cuidados das lesões de pele. **Revista de enfermagem UFPE Online**, Porto Alegre, v. 12, n. 10, p. 2628-2634, out. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236356/30158>. Acesso em: 16 maio 2021.
- CAMPELO, Cleber Lopes *et al.* Cultura de segurança do paciente entre profissionais de enfermagem no ambiente da terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [S.I.], v. 55, n. 3, p. 1-8, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2020016403754>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/njj8qzrCWL7Lf7qCVvBDgkC/?lang=pt>. Acesso em: 30 out. 2021.
- CESCONETTO, Daiana. **Validação de conteúdo do instrumento de avaliação do grau de dependência dos usuários**. 2015. 147 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/169366/339606.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 12 fev. 2022.
- CESCONETTO, Daiana *et al.* Validação de conteúdo do instrumento de avaliação do grau de dependência dos usuários. **Enfermagem em Foco**, [S.I.], v. 10, n. 5, p. 44-50, fev. 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2817/632>. Acesso em: 13 fev. 2022.
- COFEN (Brasil). Resolução nº 567, 29 de janeiro de 2018. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofenno-567-2018_60340.html. Acesso em: 07 mai. 2021.
- COFEN (Brasil). Resolução nº 564, 6 de novembro de 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 09 fev. 2022.
- COFEN (Brasil). Resolução nº 501, 9 de abril de 2015. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05012015_36999.html. Acesso em: 16 maio 2021.
- COLARES, Carlos Matheus Pierson *et al.* Cicatrização e tratamento de feridas: a interface do conhecimento à prática do Enfermeiro. **Enfermagem em Foco**, [S.I.], v. 10, n. 3, p. 52-58, jul. 2019. Disponível em:

<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2232/582>. Acesso em: 29 ago. 2021.

COREN – Conselho Regional de Enfermagem. **Parecer técnico N° 001/2019**, Alagoas, 7 mar. 2019.

HAN, George; CEILLEY, Roger. Chronic Wound Healing: a review of current management and treatments. **Adis Journals**, [S.I], v. 34, n. 3, p. 599-610, 21 jan. 2017. DOI <http://dx.doi.org/10.1007/s12325-017-0478-y>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28108895/>. Acesso em: 07 mar. 2022.

HERDMAN, T. Heather; KAMITSURU, Shigemi. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I**. 11. ed. [S.I]: Artmed, 2018. 468 p.

HORTA, Wanda Aguiar. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda., 1979. 97 p.

JULIÃO, Jéssica Maria Torres. *et al.* Importância da linguagem padronizada na assistência de enfermagem a portadores de lesões de pele: revisão integrativa da literatura. **Enfermagem Atual**, [S.I], v. 95, n. 33, p. 1-10, jan. 2021. Disponível em: <http://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/918/811>. Acesso em: 25 fev. 2021.

GARCIA, Telma Ribeiro *et al.* **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE: versão 2019/2020**. [S.I]: Artmed, 2020. n.p.

GALDINO JÚNIOR, Hélio *et al.* Processo de enfermagem na assistência a pacientes com feridas em cicatrização por segunda intenção. **Cogitare Enfermagem**, [S.I], v. 23, n. 4, p. 1-11, 7 nov. 2018. Universidade Federal do Paraná. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i4.56022>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/56022>. Acesso em: 15 mar. 2021.

JÚNIOR, Inácio de *et al.* The nurse experiencing intentionality as meaning in the implementation of the nursing process. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, [S.I], v. 14, n. 9701, p. 1-8, 11 jan. 2022. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v14.9701>. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9701>. Acesso em: 08 mar. 2022.

KUHNKE, Janet L. *et al.* Health professionals' perspectives on delivering patient-focused wound management: a qualitative study. **Journal Of Wound Care**, [S.I], v. 28, n. 7, p. 4-13, jul. 2019. Mark Allen Group. DOI: <http://dx.doi.org/10.12968/jowc.2019.28.sup7.s4>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31295076/>. Acesso em: 08 mar. 2022.

LEITE, Fabrícia Cristine Santos *et al.* Sistematização da Assistência de Enfermagem aplicada ao idoso com sepse. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, [S.I], v. 14, n. 2, 28 jun. 2020. Revista de Enfermagem, UFPE Online. DOI: <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963.2020.244715>.

MAIA, Ana Claudia A. R. *et al.* Tradução para a língua portuguesa e validação da escala de Braden Q para avaliar o risco de úlcera por pressão em criança. **Revista Paulista de Pediatria**, [S.I], v. 29, n. 3, p. 406-414, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/kcWh5sz6wThsSdsXDQVrygb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 mar. 2022.

- MACEDO, Evelin Reis *et al.* Fatores que dificultam a aplicação do processo de enfermagem pelos enfermeiros da atenção primária à saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S.I.], v. 15, n. 2, p. 1-10, 2022. DOI <https://doi.org/10.25248/REAS.e9584.2022>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/9584/5889>. Acesso em: 22 mar. 2022.
- MACHADO, Lucas Correia Lima Rocha *et al.* Fatores de risco e prevenção de lesão por pressão: aplicabilidade da escala de braden. **Revista Eletrônica Acervo e Saúde**, [S.I.], v. 21, p. 1-7, mar. 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/635/314>. Acesso em: 16 maio 2021.
- MACHADO, Susane Karine Kerckoff *et al.* Aplicabilidade do Processo de Enfermagem na atenção hospitalar: interface com as melhores práticas. **Revista de enfermagem da UFSM**, [S.I.], v. 12, ed. 2, p. 1-18, 2021. DOI: 10.5902/2179769264972. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1344115>. Acesso em: 10 mar. 2022.
- MARTINS, Anita Fernanda Magalhães *et al.* Perfil epidemiológico de lesões cutâneas crônicas de pacientes internados. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, [S.I.], v. 15, n. 1, p. 1-15, jan. 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1147302>. Acesso em: 06 dez. 21.
- MERVIS, Joshua S.; PHILLIPS, Tania J. Pressure ulcers: pathophysiology, epidemiology, risk factors, and presentation. **Journal of the American Academy of Dermatology**, [S.L.], v. 81, n. 4, p. 881-890, out. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2018.12.069>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32840060/>. Acesso em: 07 mar. 2022.
- MITTAG, Barbara Franco *et al.* Cuidados com Lesão de Pele: Ações da Enfermagem. **Revista Estima**, [S.I.], v. 15, ed. 1, p. 19-25, 2017. DOI 10.5327/Z1806-3144201700010004. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/447>. Acesso em: 10 mar. 2022.
- MOLERO, Sonia Fernández *et al.* Prescripción enfermera: análisis de concepto. **Atención Primaria**, [S.I.], v. 51, n. 4, p. 245-251, abr. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2018.06.006>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30343930/>. Acesso em: 09 mar. 2022.
- MONTEIRO, Dandara Soares *et al.* Incidence of akin injuries, risk and clinical characteristics of critical patients. **Revista Texto & Contexto**, [S.I.], v. 30, n. 20, p. 1-15, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0125>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/4FWZdWFsgrFzZgXwX8QFJ8D/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 21 ago. 2021.
- MORAIS, Fernanda Silva de *et al.* Análise da convergência entre o risco de quedas e a dependência dos cuidados de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, [S.I.], v. 12, n. 3, p. 593-600, fev. 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1352906>. Acesso em: 14 fev. 2022.
- MOREIRA, Rafaela Cristina, *et al.* A atuação da equipe de enfermagem frente à prevenção de lesão por pressão na atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Revista Enfermagem Atual**, Minas Gerais, v. 95, n. 33, fev. 2021. Disponível em: <http://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/784>. Acesso em: 23 fev. 2021.

NASCIMENTO, Leandra Fernandes do; CAVALCANTE, Maria Marina Dias. Abordagem quantitativa na pesquisa em educação: investigações no cotidiano escolar. **Revista Tempos e Espaços em Educação**, São Cristovão, v. 11, n. 25, p. 249-259, jun. 2018.

OCHOA-VIGO, Kattia et al. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem embasadas no processo de enfermagem. **Revista Enfermagem Escola USP**, [S.I.], v. 35, n. 4, p. 390-398, jul. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/dkZ3c6mfSpLMzYRgHpwcncS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 fev. 2022.

OLIVEIRA, Millena Rebeca Pereira de et al. Ações de enfermagem na atenção ao portador de feridas na atenção básica em saúde. **Nursing** (São Paulo), [S.I.], v. 24, n. 275, p. 5544-5555, 9 abr. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.36489/nursing.2021v24i275p5544-5555>. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1224355>. Acesso em: 01 nov. 2021.

PARANHOS, Wana Yeda; SANTOS, Vera Lúcia C.G. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da escala de BRADEN, na língua portuguesa. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, [S.I.], v. 33, n. 3, p. 191-205, jan. 1999.

PAULA, Ana Cláudia Ramos de *et al.* Adesão aos indicadores de segurança do paciente na assistência em saúde em um hospital escola. **Nursing**, [S.I.], v. 24, n. 278, p. 5912-5916, maio 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1343118>. Acesso em: 14 fev. 2022.

PINHEIRO, Renan Vinicius et al. Algoritmos para prevenção e tratamento de lesão por fricção. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.I.], v. 34, n. 3, p. 1-8, jun. 2021. **Acta Paulista de Enfermagem**. DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2021ao03012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/zDFvtnLKDZfQ7qdtJFLMXxj/?lang=pt>. Acesso em: 01 nov. 2021.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Editora Feevale, 2013. 276 p.

QUERIDO, Danielle Lemos *et al.* Subconjuntos terminológicos da Classificação Internacional para Prática de Enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. **Revista da escola de enfermagem da USP**, [S.I.], v. 53, p. 1-13, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018030103522>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31800814/>. Acesso em: 21 mar. 2022.

RIVITTI, Evandro A. **Dermatologia de Sampaio e Rivitti**. 4. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2018. 1648 p.

RIBEIRO, Rayanne Valentim *et al.* A pesquisa-ação na reconstrução do conhecimento de enfermeiros sobre o processo de enfermagem na área hospitalar. **Investigação qualitativa em saúde: avanços e desafios**, [S.I.] v. 3, p. 423-436, 2020. DOI: <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.423-436>. Disponível em: <https://www.publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/175>. Acesso em: 22 mar. 2022.

ROCHA, Ruth Cardoso *et al.* Patient safety in nursing technician training. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.I.], v. 75, n. 1, p. 1-8, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1364>. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1341051>. Acesso em: 28 out. 2021.

ROMANO, Rita *et al.* The safety of care focused on patient identity: an observational study. **Acta Biomed**, [S.I], v. 92, n. 2021038, p. 2-13, jan. 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-34328138>. Acesso em: 30 out. 2021.

RODRIGUES, Maria Emilia de Lima Serafim *et al.* Importância da atuação da Enfermagem nos cuidados das feridas. **Revista Intersaude**, [S.I], v. 1, n. 4, p. 90-103, jul. 2021. Disponível em: http://revista.fundacaojau.edu.br:8078/journal/index.php/revista_intersaude/article/view/177. Acesso em: 03 ago. 2021.

SANTOS, Marceli Aparecida Pedroso; DIAS, Pedro Luiz Moreira; GONZAGA, Márcia Fêldreman Nunes. "Processo de Enfermagem" Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE. **Saúde em Foco**, [S.I], p. 679-683, 2017. Disponível em: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/06/075_processodeenfermagem.pdf. Acesso em: 15 maio 2021.

SANTOS, George Luiz Alves *et al.* Implicações da Sistematização da Assistência de Enfermagem na prática profissional brasileira. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [S.I], v. 55, n. 3, p. 1-8, jan. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2020023003766>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/JkL8WQXJZFvNSYMc4McTZct/?lang=pt>. Acesso em: 03 mar. 2022.

SANTOS, Andressa Katiucia Oliveira *et al.* Implantação da sistematização da assistência por enfermeiras na atenção básica: facilidades e dificuldades. **Journal of Nursing and Health**, [S.I], v. 11, n. 2, p. 2-13, 09 jul. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/20246/13322>. Acesso em: 18 out. 2021.

SIQUEIRA, Carolina Poite de *et al.* Segurança do paciente em uma unidade de pronto atendimento: planejamento de ações estratégicas. **Revista Enfermagem UFRJ**, [S.I], v. 29, n. 55404, p. 1-9, 9 abr. 2021. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2021.55404>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemufrj/article/view/55404/38553>. Acesso em: 29 out. 2021.

SILVA, Ana Gracinda Ignácio; DIAS, Bruna Rafaela Leite. Registros de Enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. **Nursing**, São Paulo, p. 2476-2481, nov. 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-970669?src=similardocs>. Acesso em: 15 maio 2021.

SOARES, Cilene Fernandes; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA LESÃO POR PRESSÃO: expectativas do enfermeiro da atenção primária. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.I], v. 27, n. 2, p. 2-9, 3 maio 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180001630016>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200301&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 11 fev. 2020.

STEFANELLO, Rochelli Bernardes *et al.* Caracterização de pacientes com lesões de pele hospitalizados em unidades de internação clínico-cirúrgica. **Enfermagem em Foco**, [S.I], v. 11, n. 2, p. 105-111, jul. 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3294/745>. Acesso em: 29 ago. 2021.

TANNURE, Meire Chucre; PINHEIRO, Ana Maria. Quarta parte do processo de enfermagem: implementação da assistência de enfermagem (prescrição de enfermagem). In: TANNURE, Meire Chucre; PINHEIRO, Ana Maria. **SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático**. 2. ed. [S.I]: Guanabara Koogan, 2010. p. 95-149.

VASCONCELOS, Josilene de Melo Buriti; CALIRI, Maria Helena Larcher. Nursing actions before and after a protocol for preventing pressure injury in intensive care. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [S.I], v. 21, n. 1, p. 1-9, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170001>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000100201&script=sci_arttext. Acesso em: 16 maio 2021.

ZANGIROLAMI-RAIMUNDO, Juliana et al. Tópicos de metodologia de pesquisa: estudos de corte transversal. **Journal Of Human Growth And Development**, [S.I], v. 28, n. 3, p. 356-360, nov. 2018. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/152198/149017>. Acesso em: 24 fev. 2022.

**ANEXO A - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA
DOS USUÁRIOS (GDU) - Versão validada**

1. ESTADO MENTAL
<ul style="list-style-type: none"> 1. () Lúcido/orientado no tempo e no espaço. Ramsay de 2 ou Glasgow de 15. 2. () Períodos de desorientação no tempo e no espaço. Ramsay de 3 ou Glasgow de 13 a 14. 3. () Dificuldade de seguir instruções. Ramsay 4 ou 5 ou Glasgow 9 a 12. 4. () Inconsciente, sem resposta verbal. Ramsay 6 ou Glasgow 3 a 8. 5. () Agitação e/ou em Delírium. Ramsay 1.
2. PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS
<ul style="list-style-type: none"> 1. () Sem alteração nos órgãos dos sentidos. 2. () Discreto déficit: auditivo e/ou visual, e/ou tátil, e/ou dor. 3. () Moderado déficit: auditivo e/ou visual, e/ou dor, e/ou dormência em MMSS e MMII. 4. () Acentuado déficit: auditivo, e/ou visual, e/ou paresia MMSS e MMII, e/ou dor acentuada. 5. () Deficiente: visual e/ou auditivo. Dor intensa e contínua.
3. OXIGENAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> 1. () Não depende de oxigenoterapia. 2. () Cateter nasal, e/ou uso INTERMITENTE de O₂ e/ou uso de nebulização. 3. () Máscara facial e/ou uso CONTÍNUO de O₂. 4. () Cânula de traqueostomia e/ou aspiração de secreção. 5. () Ventilação com pressão positiva invasiva ou não invasiva.
4. TERAPÊUTICA
<ul style="list-style-type: none"> 1. () Medicamento via oral. 2. () Medicamento por via intramuscular e/ou intradérmica e/ou subcutânea. 3. () Medicamento através de sondas e/ou endovenoso e/ou dermóclise. 4. () Citostáticos e/ou hemocomponentes. 5. () Uso de drogas vasoativas e/ou anticoagulantes e/ou insulina, e/ou sedativos por bomba de infusão contínua.
5. REGULAÇÃO GLICÊMICA
<ul style="list-style-type: none"> 1. () Não necessita de controle de glicemia capilar. 2. () Controle de glicemia capilar 1 a 2 x ao dia. 3. () Controle de glicemia capilar de 3 a 6 x ao dia.

<p>4. <input type="checkbox"/> Controle de glicemia capilar de 7 a 12 x ao dia.</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Controle de glicemia capilar maior que 12 x ao dia.</p>
<p>6. ALIMENTAÇÃO/ INGESTA HÍDRICA</p>
<p>1. <input type="checkbox"/> Independente.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Estímulo e supervisão para alimentar-se e hidratar-se ou supervisão em dieta zero.</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Auxílio da enfermagem para alimentar-se e hidratar-se.</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Suporte de nutrição enteral: por sonda ou estoma.</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Nutrição parenteral ou depende totalmente da enfermagem para alimentar-se e hidratar-se.</p>
<p>7. ELIMINAÇÕES E PERDAS GASTROINTESTINAIS E VESICAIS</p>
<p>1. <input type="checkbox"/> Independente.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Uso de vaso sanitário com auxílio e/ou controle de eliminações até 3 x ao dia.</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Eliminações vesicais e/ou intestinais no leito de 4 a 6x ao dia e/ou vômitos.</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Uso de sonda vesical e/ou diarreia.</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Controle hidroeletrolítico e/ou melena e/ou enterorragia.</p>
<p>8. SINAIS VITAIS</p>
<p>1. <input type="checkbox"/> Controle de 12/12 horas.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Controle de 8/8 ou 6/6 horas.</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Controle de 4/4 horas.</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Controle de 2/2 horas.</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Controle de 1/1 hora ou mais frequente.</p>
<p>9. DEAMBULAÇÃO</p>
<p>1. <input type="checkbox"/> Deambulante.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Deambula somente com estímulo e supervisão.</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Uso de artefatos com supervisão da enfermagem, para deambular.</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Necessita de auxílio para ser removido e/ou mobilizado no leito.</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Total dependência para ser mobilizado ou removido do leito.</p>
<p>10. MOTILIDADE</p>
<p>1. <input type="checkbox"/> Movimenta todos os segmentos corporais.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Estímulo e supervisão para movimentar os segmentos corporais.</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Limitação de movimentos necessitando de auxílio para movimentar segmentos corporais.</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Dificuldade de movimentar-se. Senta em poltrona com auxílio da</p>

<p>enfermagem.</p> <p>5. () Incapaz de movimentar-se, mudanças de decúbito e movimentação passiva realizada pela enfermagem em horários programados.</p>
<p>11. CUIDADO CORPORAL</p>
<p>1. () Independente.</p> <p>2. () Encaminhando para banho de chuveiro e higiene oral.</p> <p>3. () Banho de chuveiro e higiene oral com auxílio da enfermagem.</p> <p>4. () Banho de chuveiro em cadeira de rodas e higiene oral realizada pela enfermagem.</p> <p>5. () Banho de leito e higiene oral realizados pela enfermagem.</p>
<p>12. INTEGRIDADE CUTÂNEA MUCOSA</p>
<p>1. () Pele íntegra</p> <p>2. () Presença de dispositivo invasivo endovenoso profundo e/ou alteração da cor da pele (equimose, hiperemia) e/ou presença de solução de continuidade da pele envolvendo a epiderme, derme ou ambas. Úlceras por pressão estágio (I e II).</p> <p>3. () Presença de solução de continuidade da pele envolvendo tecido subcutâneo e músculo. Incisão cirúrgica. Úlceras por pressão (estágio III e IV).</p> <p>4. () Presença de solução de continuidade da pele com destruição da derme, epiderme, músculos e comprometimento das demais estruturas de suporte, como tendões e cápsulas. Ostomias. Drenos. Úlceras por pressão (III e IV, exsudativas).</p> <p>5. () Grande queimado. Eviscerações. Múltiplas úlceras por pressão (em estágio III e IV).</p>
<p>13. SONO E REPOUSO</p>
<p>1. () Sem alteração no sono e repouso.</p> <p>2. () Acorda algumas vezes durante a noite solicitando pouco a presença da enfermagem.</p> <p>3. () Sono agitado, períodos acordado exigindo a presença moderada da enfermagem.</p> <p>4. () Ansiedade moderada, com sono agitado, dorme pequenos períodos, exigindo a presença frequente da enfermagem.</p> <p>5. () Dorme pouco/insônia, demonstra ansiedade extrema, exigindo a presença constante da enfermagem.</p>
<p>14. SEGURANÇA EMOCIONAL</p>
<p>1. () Estável emocionalmente.</p>

<p>2. () Insegurança emocional e/ou crises de choro, episódios de medo. Necessita pouco a presença da enfermagem.</p> <p>3. () Ansiedade, episódios frequentes de tristeza e/ou choro, medo. Necessidade da presença da família. Necessita a presença moderada da enfermagem.</p> <p>4. () Ansiedade/ tristeza acentuada; agitação; medo/ choro constante. Necessita a presença frequente da enfermagem.</p> <p>5. () Tristeza profunda, não reage aos cuidados prestados, incapacidade de enfrentamento das situações, apresenta situações de risco para si e para os outros. Necessita a presença constante da enfermagem.</p>
<p>15. EDUCAÇÃO PARA SAÚDE/ APRENDIZAGEM</p>
<p>1. () Compreende as orientações.</p> <p>2. () Necessita de reforço nas orientações.</p> <p>3. () Tem alguma dificuldade de compreensão nas orientações.</p> <p>4. () Tem muita dificuldade de compreensão das orientações;</p> <p>5. () Não compreende as orientações.</p>
<p>16. FAMÍLIA, ACOMPANHANTE OU GREGÁRIA (Avaliar o cuidado realizado à família)</p>
<p>1. () Família participa do processo de cuidar.</p> <p>2. () Familiares necessitam de orientação no cuidado.</p> <p>3. () Acompanhante ou familiares solicitando a intervenção da (até 3 x por período de 6h) da enfermagem.</p> <p>4. () Acompanhante ou familiares exigindo intervenção frequente (até 4x por período de 6h) da enfermagem.</p> <p>5. () Acompanhante ou familiares exigindo intervenção constante (> que 4x por período de 6h) da enfermagem.</p>

ANEXO B - ESCALA DE BRADEN

Fatores de risco	Pontuação			
	1	2	3	4
Percepção sensorial	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação
Umidade	Completament e molhado	Muito molhado	Ocasionalment e molhado	Raramente molhado
Atividade	Acamado	Confinado à cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente
Mobilidade	Totalmente	Bastante limitado	Levemente limitado	Não apresenta limitações
Nutrição	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
Fricção e cisalhamento	Problema	Problema potencial	Nenhum problema	-

Fonte: Adaptado (PARANHOS; SANTOS, 1999)

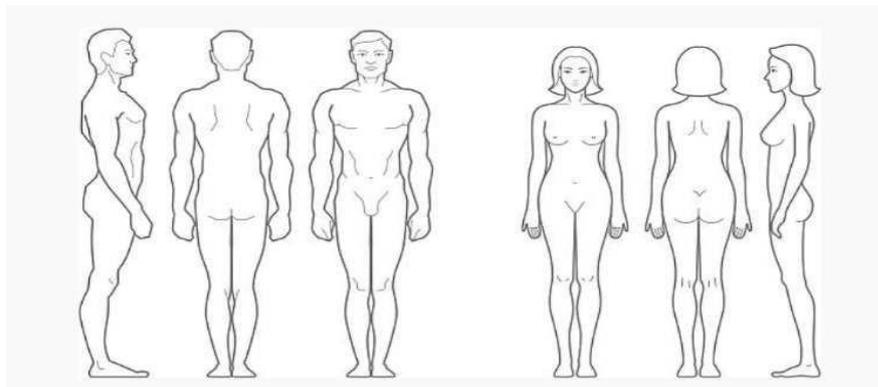
APÊNDICA A - FICHA DE COLETA DE DADOS

PARTE 1 – Dados base

Dados sociodemográficos	
Data de nascimento:	Sexo: () Feminino () Masculino
Estado civil: () Solteiro () Casado/com companheiro () Separado/divorciado () Viúvo	Grau de escolaridade: () Primeiro grau incompleto () Primeiro grau completo () Segundo grau incompleto () Segundo grau completo () Terceiro grau incompleto () Terceiro grau completo
Profissão/ocupação: _____ A maior parte do tempo de trabalho envolve atividades: () em pé () sentado () em pé/sentado	
Histórico de saúde/ doenças progressas/ hábitos na entrevista na inclusão na pesquisa	
Sinais vitais: _____ mvpm; _____ bcpm _____ x _____ mmHg; T _{ax} : _____ °C Outros parâmetros: Sat O ₂ : _____ glicemia: _____ mg/dL Retorno venoso: Dedos das mãos _____ sg; Dedos dos pés _____ sg.	Dados antropométricos: Peso: _____ K. Altura: _____, _____ mt. IMC: _____
Hábitos	
Atividades físicas: () Sim () Não Frequência/semana: _____ tempo: _____ min ou horas	Etilismo: () Sim () Não Frequência/semana: _____ — Quantidade: _____ copos/litros
Antecedentes familiares: () Sim () Não Qual: _____	Tabagismo: () Sim () Não Frequência/semana: _____ —

_____	Quantidade: _____ cigarros/maços
Motivo de internação: _____ _____	Lesão ou alteração de pele relatada: _____ _____
Tipos de tratamento já realizados relacionadas às comorbidades relatadas: _____ _____	Pele íntegra: () Sim () Não Descrever: _____ _____ _____ _____ _____
Escala de Braden: _____	Escala de dependência: _____

A seguir marque algum local de risco ou alteração (não lesão)



PARTE 2 – Continuidade da coleta de dados

Dia de internação até 24h:	72h pós 1ª avaliação:	72h pós 2ª avaliação:
Questão norteadora para coleta de dados nos prontuários, a partir das intervenções de enfermagem: “Quais os tratamentos e ações de enfermagem, direcionadas para prevenção de lesões de pele, identificados nos serviços hospitalares das instituições participantes?”		
Transcrever todos os registros de enfermagem que contemplem uma ideia, completa ou parcial, a respeito de ações/intervenções de enfermagem relacionadas à prevenção de lesões de pele (OCHOA-VIGO; PAZ; SANTOS, 2003).		

Procurar informações em registros, tais como: Anotações complementares, **Evolução de enfermagem**, **Prescrição de Enfermagem**, Diagnósticos de Enfermagem, Evolução médica, Evolução de Fisioterapia, etc.

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CAMPUS UNIVERSITÁRIO – TRINDADE

CEP: 88040-970 – Florianópolis – Santa Catarina

Tel, (048) 37219787 – e-mail: pen@ccs.ufsc.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Vimos, respeitosamente, convidá-lo a participar da pesquisa intitulada “Análise dos registros de prontuários em relação às ações de prevenção de lesões de pele em Unidades de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Terapia de Intensiva e Unidades de Rede e Emergência, segundo quadro clínico no momento da internação e permanência no hospital”, cujo objetivo é analisar os registros de prontuários em relação às ações de prevenção de lesões de pele e identificação dos fatores de risco para o desenvolvimento dessas lesões. A pesquisa forma parte do Macroprojeto: PREVENÇÃO E AVALIAÇÃO DE LESÕES DE PELE EM PESSOAS EM CONDIÇÕES CRÔNICAS: REGISTROS E TECNOLOGIAS NA ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM.

Caso você concorde em participar de forma voluntária, será aplicado um questionário, com o objetivo de obter informações pessoais, tais como, estado civil, grau de escolaridade e renda familiar, e sobre condição de saúde relacionado a histórico de doenças pregressas, sinais vitais e hábitos de atividade física, e avaliação (observação) das condições de pele, o qual demorará aproximadamente 30min. Ainda, serão consultadas e registradas em formulário de coleta de dados algumas informações no seu prontuário relacionadas aos cuidados recebidos em relação ao cuidado da sua pele durante a sua hospitalização. Os resultados serão utilizados para a obtenção de evidências científicas para melhorar o atendimento às pessoas que requerem de atendimento hospitalar e poderão ser publicados em eventos científicos, teses, dissertações ou artigos, sempre mantendo o anonimato, e estarão à sua disposição sempre que solicitar.

A pesquisa não acarretará em riscos físicos, morais e psicológicos, entretanto, a participação na pesquisa poderá ocasionar constrangimentos, por exemplo, durante a realização do exame físico, para tanto, serão tomados cuidados para preservar a sua privacidade e conforto, podendo interromper a sua participação a qualquer momento ou desistir de sua participação, sem que lhe traga prejuízo algum no seu tratamento. Como benefícios de sua participação na pesquisa destacamos a contribuição na geração de novas informações para a prevenção de lesões durante o tratamento em ambiente hospitalar. No caso de qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, tais como transporte, alimentação entre outros, os mesmos serão de responsabilidade dos pesquisadores. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme resoluções relacionadas a pesquisa com seres humanos e fontes de financiamento envolvidas.

Enfatizamos que os resultados serão analisados com responsabilidade e honestidade e usados exclusivamente para fins científicos. Sua identidade permanecerá anônima durante todas as etapas do estudo.

Esta pesquisa cumpre a resolução 466/2012 e consta com aprovação do Comitê de Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina. (CEPSES/UFSC), localizado na Universidade Federal de Santa Catarina, Pró-Reitoria de Pesquisa - Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), na rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC. CEP 88.040-400. Contato: (48) 3721-6094. E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br.

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO INFORMANTE

Pelo presente consentimento informado, declaro que fui esclarecido (a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos riscos e benefícios da pesquisa. Os pesquisadores responderão todas as minhas perguntas até a minha completa satisfação e entendimento. Portanto, estou de acordo em participar do estudo. Este formulário de Termo Consentimento Livre e Esclarecido será assinado por mim em duas vias, ficando uma em meu poder e a outra com o pesquisador responsável pela pesquisa: Profª. Dra. Maria Elena Echevarría-Guanilo, (48) 996589598/3721-3425. Campus Universitário-Trindade. CEP: 88040-900. Florianópolis/SC/Brasil. BLOCO I (CEPETEC) - Centro de Ciências da Saúde. 3º andar, sala 308.

Ciente disto, eu _____ aceito e concordo em participar desta pesquisa. CPF: _____ RG: _____

Florianópolis, ____ de _____ de 202__

Maria Elena Echevarría-Guanilo

Participante da pesquisa

APÊNDICE C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CAMPUS UNIVERSITÁRIO – TRINDADE

CEP: 88040-970 – Florianópolis – Santa Catarina

Tel, (048) 37219787 – e-mail: pen@ccs.ufsc.br

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS

Eu _____, CPF _____, RG _____, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através deste termo, o pesquisador MARIA ELENA ECHEVARRIA GUANILO responsável do projeto de pesquisa intitulado “PREVENÇÃO E AVALIAÇÃO DE LESÕES DE PELE EM PESSOAS EM CONDIÇÕES CRÔNICAS: TECNOLOGIAS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM” a realizar as fotos e/ou vídeos que serão necessárias e/ou meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, LIBERO a utilização destas fotos e/ou vídeos (suas respectivas cópias) e/ou depoimentos somente para fins científicos e de estudos (livros, artigos e slides), em favor da pesquisa anteriormente citada, porém não devo ser identificado por nome ou qualquer outra forma.

Caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, ou identificação por meio de material fotográfico ou fala serei devidamente indenizado, conforme resoluções relacionadas a pesquisa com seres humanos e fontes de financiamento envolvidas.

Por ser a expressão da minha vontade assino a presente autorização, cedendo, a título gratuito, todos os direitos decorrentes dos elementos por mim fornecidos, abdicando do direito de reclamar de todo e qualquer direito conexo à minha imagem e/ou som da minha voz, e qualquer outro direito decorrente dos direitos abrangidos pela Lei 9160/98 (Lei dos Direitos Autorais).

Florianópolis, ___ de ___ de 202_

Maria Elena Echevarría-Guanilo

Participante da pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 3721.9480 – 3721.4998

DISCIPLINA: INT 5182 - TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II
PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE CURSO

O Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de autoria da aluna Ana Rafaela Uchôa dos Santos, intitulado: **“ANÁLISE DAS PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM SEGUNDO RISCO E PRESENÇA DE LESÃO DE PELE EM PESSOAS ATENDIDAS EM AMBIENTE HOSPITALAR”** integra as atividades curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Trata-se de uma temática relevante, atual e original que deixa uma importante contribuição para a prática do cuidado de enfermagem. O produto da pesquisa tem aderência ao Grupo de Pesquisa no qual a aluna participa e a orientadora a Profa. Dra. Maria Elena Echevarría-Guanilo desempenha o papel de vice-líder, o Laboratório de Pesquisas e Tecnologias em Enfermagem e Saúde à Pessoas em Condição Crônica - NUCRON.

Destaca-se que a aluna participou ativamente das fases de construção do projeto, coleta de dados, organização e análises dos dados e escrita final do relatório de pesquisa. Destaca-se o compromisso e responsabilidade da aluna em todas as etapas e pactuações com o orientador e demais integrantes da pesquisa do Macroprojeto, demonstrando empenho, competência e dedicação, visando, em todo momento, aprofundar o conhecimento científico e o rigor científico necessários para o alcance do seu objetivo de pesquisa. Trabalho cuidadosamente estruturado, com linguagem objetiva e clara seguindo os princípios éticos.

Os resultados do estudo, conforme orientado, são apresentados no formato de manuscrito, o qual apresenta informações relevantes, que contribuirão significativamente para o avanço do conhecimento relacionado à prática da enfermagem no atendimento a pessoas com feridas que requerem de atendimento em ambiente hospitalar, com foco no aprimoramento da

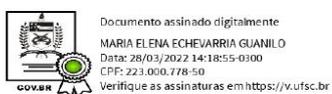


Documento assinado digitalmente
MARIA ELENA ECHEVARRIA GUANILLO
Data: 28/03/2022 14:19:31 -0300
CPF: 223.000.778-50
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

comunicação escrita dos cuidados realizados dentro desse ambiente, tais como, as prescrições de enfermagem.

Ainda, apresentou versão final com a inclusão das sugestões da banca, sendo apreciado e aprovado pela orientadora.

Florianópolis, 27 de março 2022



Profa. Dra. Maria Elena Echevarría Guanilo