UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

JÉSSICA AMICI MORAES

Registros das ações de enfermagem relacionadas ao reposicionamento dos
pacientes e à prevenção da Lesão por Pressão em uma Unidade de Terapia
Intensiva

RIBEIRÃO PRETO - SP

2017

JÉSSICA AMICI MORAES

Registros das ações de enfermagem relacionadas ao reposicionamento dos pacientes e à prevenção da Lesão por Pressão em uma Unidade de Terapia Intensiva

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa: Dinâmica da organização dos serviços de saúde e de enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Marta Cristiane Alves Pereira

RIBEIRÃO PRETO - SP
2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Moraes, Jéssica Amici

Registros das ações de enfermagem relacionadas ao reposicionamento dos pacientes e à prevenção da Lesão por Pressão em uma Unidade de Terapia Intensiva. Ribeirão Preto, 2017.

80p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem Ribeirão Preto / USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Pereira, Marta Cristiane Alves.

1. Lesão por pressão. 2. Registros de enfermagem. 3. Auditoria de enfermagem.

MORAES, J. A. **Registros das ações de enfermagem relacionadas ao reposicionamento dos pacientes e à prevenção da Lesão por Pressão em uma Unidade de Terapia Intensiva.** 2017. 80 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2017.

Aprovado em: ____/____/____.

Banca Examinadora

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

À Deus, por permitir que eu concluísse mais uma etapa da minha trajetória profissional!

À minha querida família, que me apoiou nas minhas escolhas e me ajudou a superar momentos delicados!

Aos meus amigos, por me proporcionarem conforto e esperança!

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente à minha orientadora **Prof^a. Dr^a. Marta Cristiane Alves Pereira**, por ter sido meu respaldo na construção deste trabalho, dedicando seu tempo e compartilhando sua experiência acadêmica.

À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, por possibilitar produções científicas e incentivo à pesquisa, através da disponibilização de diversos recursos.

Ao meu **Grupo de Pesquisa**, pelo apoio na coleta de dados e contribuições na realização do estudo.

À **pesquisa**, por contribuir com a execução do estudo em questão, por meio da disponibilização de informações!

*O correr da vida embrulha tudo,
A vida é assim: esquentando e esfria,
aperta e daí afrouxa,
sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem*

Guimarães Rosa

RESUMO

MORAES, J. A. **Registros das ações de enfermagem relacionadas ao reposicionamento dos pacientes e à prevenção da Lesão por Pressão em uma Unidade de Terapia Intensiva.** 2017. 80 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2017.

Os registros no prontuário do paciente são ferramentas estratégicas para o gerenciamento da qualidade da assistência em saúde e enfermagem. A Lesão por Pressão caracteriza-se como um indicador de qualidade assistencial e gerencial, permitindo a implementação de ações preventivas, por meio da utilização de diretrizes e protocolos clínicos destinados a orientar os profissionais de saúde para o alcance de uma assistência livre de danos. O objetivo deste estudo foi analisar o conteúdo dos registros das ações de enfermagem relacionadas ao reposicionamento dos pacientes em uma unidade de terapia intensiva. Trata-se, portanto, de estudo quantitativo, longitudinal, correlacional e analítico. A coleta de dados foi conduzida após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e a amostra foi composta por 37 pacientes que atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa. Quanto às características sociodemográficas e clínicas, foi identificado como maioria, o sexo masculino (56,8%); brancos (78,4%), na faixa etária de 60 a 79 anos (48,6%) e o tempo médio de internação na unidade com predominância de até dez dias de permanência (57,9%). A maioria dos indivíduos (48,6%) apresentou risco elevado para a Lesão por Pressão, com média de 11,7%; escore médio de gravidade de 54% na admissão e 54% na alta. Do total, 35,1% apresentou Lesão por Pressão, notificada no sistema de informação hospitalar, e 43,2% evoluiu para óbito. Na análise dos escores de risco para Lesão por Pressão (Braden) e gravidade na entrada (APACHE-E) e na saída (APACHE-S) da UTI, segundo o sexo, LP notificada e evolução para óbito entre os participantes da pesquisa, foram identificados valores estatisticamente significantes, exceto, entre as variáveis Braden e Lesão por Pressão notificada. Na análise dos valores percentuais de registros de ações de reposicionamento dos pacientes, segundo Lesão por Pressão notificada e evolução para óbito, não foram identificados valores estatisticamente significantes. Foi identificada correlação negativa (-0,369) e significância estatística ($p=0,024$) entre o percentual de registros de ações de reposicionamento e o escore Braden, ou seja, os pacientes com maior

risco para Lesão por Pressão apresentaram maior frequência de registros de ações de reposicionamento. Na análise do conteúdo dos registros realizados diariamente pela equipe de enfermagem no prontuário do paciente, foi verificada predominância de registros relacionados à descrição da posição do paciente no leito e reposicionamento do paciente sem especificar a posição adotada. Este estudo evidencia a importância das informações produzidas pela equipe de enfermagem para identificação de pacientes em risco de desenvolvimento de Lesão por Pressão e o estabelecimento de medidas preventivas que atendam às exigências contemporâneas de maior efetividade, qualidade e segurança na assistência hospitalar, em especial, na unidade de terapia intensiva. Finalmente, vale destacar a relevância da sistematização da assistência de enfermagem, pautada na adoção de linguagem padronizada e estruturada, em suporte de papel ou eletrônico, visando à disponibilização de informação precisa, oportuna, válida, comparável e compartilhável, fundamentada nos pressupostos éticos e legais, políticos e organizacionais que envolvem o processo de auditoria no gerenciamento da assistência em saúde e enfermagem.

Palavras-chave: Lesão por pressão. Registros de enfermagem. Auditoria de enfermagem.

ABSTRACT

MORAES, J. A. **Record of nursing actions related to the repositioning of patients and the prevention of Pressure Injury in an intensive care unit.** 2017. 80 f. Dissertation (MA) – Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2017.

The records in the patient's chart are strategic tools for managing the quality of health and nursing assistance. The Pressure Injury is characterized as an indicator of welfare and management quality allowing the implementation of preventive actions, through the use of clinical protocols and guidelines intended to guide health professionals to achieve a damage-free assistance. The aim of this study was to analyze the contents of the records of nursing actions related to the repositioning of patients in an intensive care unit. It is a longitudinal, quantitative, correlational and analytical study. Data collection was conducted after approval by the Committee of ethics in research and the sample was comprised of 37 patients who met the inclusion criteria. With regard to socio-demographic and clinical characteristics, was identified most of the males (56.8%), whites (78.4%), aged 60 to 79 years (48.6%) and the average time of hospitalization in unit with up to ten days of stay (57.9%). The majority of individuals (48.6%) presented a high risk for Pressure Injury averaging 11.7%, average score for severity on admission of 54% and 54% on high. Of the total, 35.1% presented notified Pressure Injury in hospital information system and 43.2% evolved to death. In the analysis of the risk scores for Pressure Injury (Braden) and gravity at the entrance (APACHE-E) and outlet (APACHE-S) of the ICU second sex, notified PI and evolution to death among the participants of the survey, statistically significant values were identified, except between Braden and variables notified Pressure Injury. In the analysis the percentage values of stock records of repositioning of patients according to notified Pressure Injury and evolution to death were not identified statistically significant values. It was negative correlation (-0.369) and statistical significance ($p = 0.024$) between the percentage of stock records of repositioning and the Braden score, i.e., patients with increased risk for Pressure Injury presented a higher frequency of stock records of repositioning. In the analysis of the content of the records held daily by the nursing staff in patient records, was observed a predominance of records related to description of the position of the patient in the bed and repositioning of the patient without specifying the position adopted. This study highlights the importance of information produced by the nursing staff to identify patients at risk for developing Pressure Injury and the establishment of preventive measures that meet the contemporary requirements of greater effectiveness, quality and safety in the hospital, in particular, in the intensive care unit. Finally, it is worth highlighting the relevance of systematization of nursing care, based on the adoption of standardized and structured language, in paper or electronic support, aimed at the provision of accurate information, timely, valid,

comparable and sharable, based on ethical and legal assumptions, organizational and political involving health assistance management and nursing.

Keywords : Pressure injury. Nursing Records. Nursing Audit.

RESUMEN

MORAES, J. A. **Registro de acciones de enfermería relacionadas con la reubicación de los pacientes y la prevención de lesiones en una unidad de cuidados intensivos**. 2017. 80 f. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2017.

Los registros en el pronóstico del paciente son herramientas estratégicas para la gestión de la calidad de la asistencia en la salud y la enfermería. La lesión por presión se caracteriza como un indicador de calidad de la asistencia y la gerencia, permitiendo la implementación de acciones preventivas, mediante el uso de protocolos clínicos y directrices destinados a orientar a los profesionales de la salud para lograr una asistencia libre de daños. El objetivo de este estudio fue analizar el contenido de los registros de acciones relacionadas con la reubicación de los pacientes en unidad de terapia intensiva. Se trata de un estudio cuantitativo longitudinal, correlacional y analítico. La recolección de datos se llevó a cabo tras la aprobación del Comité de ética de Pesquisa, la investigación y las muestras fueron conformados por 37 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. Con respecto a las características socio-demográficas y clínicas, fueron identificados en su mayoría hombres (56.8%), blancos (78.4%), de 60 a 79 años (48,6%) y el tiempo promedio de hospitalización por unidad con un máximo de diez días de estancia (57,9%). La mayoría de las personas (48.6%) presentan un alto riesgo de lesiones de presión en un promedio de 11.7%, la puntuación media del 54% de severidad en la admisión y el 54% en alto. Del total, en 35.1% de los casos presentados se notificaron lesiones de presión en el sistema de información hospitalaria y 43.2% conllevaron a la muerte. En el análisis de las calificaciones de riesgo para lesiones de presión (Braden) y la gravedad en la entrada (APACHE-E) y salida (APACHE-S) de la UCI según el sexo. Y en el caso de los participantes de la investigación, se identificaron valores estadísticamente significativos, excepto entre las variables Braden y Lesión por Presión notificada. En el análisis de los valores porcentuales de registros de acciones de reposicionamiento de los pacientes según Lesión por Presión notificada y evolución para óbito no se identificaron valores estadísticamente significativos. Se identificó correlación negativa (-0,369) y significancia estadística ($p = 0,024$) entre el porcentaje de registros de acciones de reposición y la puntuación de Braden, es decir, en pacientes con mayor riesgo de lesiones por presión se presenta una mayor frecuencia de la contabilidad de existencias de reposicionamiento. En el análisis del contenido de los registros mantenidos diariamente por el personal de enfermería en los registros de pacientes, se observó un predominio de registros relacionados con la descripción de la posición del paciente en la cama y el reposicionamiento del paciente sin especificar la posición adoptada. Este estudio destaca la importancia de la información producida por el personal de enfermería para identificar pacientes con riesgo de desarrollar lesiones de presión y el establecimiento de medidas preventivas que cumplan los requisitos contemporáneos de mayor eficacia, calidad y

seguridad en el hospital, en particular, en la unidad de cuidados intensivos. Por último, cabe destacar la importancia de la sistematización de la asistencia, basado en la adopción del lenguaje estandarizado y estructurado, en papel o soporte electrónico, a la provisión de información precisa, oportuna, válida, comparables y compatible, basado en supuestos éticos y jurídicos, organizativos y políticos que implica la gestión de la asistencia de salud y enfermería.

Palabras clave: Lesiones de presión. Registros de enfermería. Auditoría de enfermería.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos pacientes (n=37) segundo sexo, cor da pele, idade, tempo de internação em uma unidade de terapia intensiva. Ribeirão Preto – SP, 2017.....42

Tabela 2 – Caracterização dos pacientes (n=37) segundo o risco para lesão por pressão (Braden), lesão por pressão notificada, gravidade na admissão (APACHE – E) e na alta (APACHE–S) e evolução para óbito de uma unidade de terapia intensiva. Ribeirão Preto – SP, 2017.....43

Tabela 3 – Distribuição dos valores médios dos escores de risco para lesão por pressão (Braden) e gravidade (APACHE) dos pacientes segundo lesão por pressão (LP) notificada e óbito de pacientes (n=37) em uma unidade de terapia intensiva. Ribeirão Preto – SP, 2017.....44

Tabela 4 – Distribuição dos valores percentuais dos registros de ações de reposicionamento dos pacientes (n=37) segundo lesão por pressão notificada e evolução para óbito em uma unidade de terapia intensiva. Ribeirão Preto – SP, 2017.....45

Tabela 5 – Correlação de Spearman dos escores médios de risco para LP (Braden), gravidade na entrada (APACHE–E) e na saída (APACHE–S), idade, dias de internação e porcentagem de registros de ações de reposicionamentos dos pacientes (n=37) em uma unidade de terapia intensiva. Ribeirão Preto – SP, 2017.....45

Tabela 6 – Caracterização do conteúdo dos registros de reposicionamento dos pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva. Ribeirão Preto – SP, 2017.....46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ISO	International Organization for Standardization
CIE	Conselho Internacional de Enfermagem
CEN	European Committee for Standardization
SNOMED®	Systematized Nomenclature of Medicine
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
Tele Nurse IDENTITY	Integration and Demonstration of European Nursing Terminology in Information Technology
LP	Lesão por Pressão
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
EUA	Estados Unidos da América
WHO	World Health Organization
OMS	Organização Mundial da Saúde
EA	Eventos Adversos
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel
PPPIA	Pan Pacific Pressure Injury Alliance
APACHE II	Acute Physiology and Chronic Health Evaluation
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
CENAPq	Centro de Apoio à Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
USP	Universidade de São Paulo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
DP	Desvio Padrão
CM	Clínica Médica
MG	Minas Gerais

HC	Hospital das Clínicas
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HAM	Hospital Agamenon Magalhães
PE	Processo de Enfermagem

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	18
1	INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	20
1.1	Registros de Enfermagem.....	24
1.2	Auditoria de Enfermagem: Ferramenta para Gerenciamento de Riscos em Saúde.....	26
1.3	Gerenciamento de Riscos em Saúde e Enfermagem.....	28
1.4	Lesão por Pressão em Unidades de Terapia Intensiva: Indicador de Qualidade.....	30
1.5	Avaliação do risco para lesão por pressão em unidade de terapia intensiva considerando o índice de gravidade.....	33
2	OBJETIVOS.....	37
2.1	Objetivo Geral.....	37
2.2	Objetivos Específicos.....	37
3	MÉTODO.....	38
3.1	Tipo e local de estudo.....	38
3.2	População e amostra.....	38
3.3	Instrumento de coleta de dados.....	38
3.4	Coleta de dados.....	38
3.5	Análise dos dados.....	39
3.6	Aspectos Éticos.....	41
4	RESULTADO.....	42
5	DISCUSSÃO.....	49
5.1	Caracterização dos participantes segundo as variáveis demográficas e tempo de internação.....	49
5.2	Caracterização dos pacientes segundo o escore de risco para lesão por pressão, associado ao escore de gravidade mensurado pelo APACHE.....	51
5.3	Qualidade dos registros de enfermagem como subsídios para as práticas de enfermagem realizadas.....	56
6	CONCLUSÃO.....	62
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63

REFERÊNCIAS.....	64
APÊNDICES.....	74
ANEXOS.....	78

APRESENTAÇÃO

Minha trajetória profissional teve início no ano de 2010, com meu ingresso no curso de Bacharelado em Enfermagem, na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP, da Universidade de São Paulo – USP.

A experiência de apropriar-me de conhecimentos ao aproximar-me da realidade dos serviços de saúde foi fundamental para colocar em prática os conteúdos e técnicas fundamentadas na teoria incorporada em sala de aula e laboratórios disponíveis na instituição de ensino.

Verifiquei durante os períodos de estágios uma grande ênfase na qualidade das anotações de enfermagem, especialmente em setores que demandam maior complexidade, como é o caso das Unidades de Terapia Intensiva e Unidades de Terapia Semi-Intensiva, pois é por meio destes que é possível garantir a continuidade do cuidado e qualidade da assistência. Sendo assim, as anotações atinham-se a dois modelos: ou contemplando as necessidades fisiológicas básicas do ser humano ou o exame físico céfalo-caudal.

Meu contato maior durante o período da Graduação ocorreu nos setores de maior complexidade. Observou-se que, devido às condições clínicas apresentadas pelos pacientes considerando críticos, ou seja, aqueles em uso de sedativos e drogas vasoativas; que apresentam instabilidade respiratória, hemodinâmica associada ao uso de dispositivos como ventiladores mecânicos e sondas, são passíveis os cuidados de enfermagem beira leito, devido sua autonomia prejudicada em decorrência desses fatores.

Foi possível identificar a elevada ocorrência da lesão por pressão relacionada às condições clínicas apresentadas pelos pacientes em regime de internação nestas unidades, associada à escassa adoção de medidas que minimizem ou evitem o desenvolvimento da lesão e/ou até mesmo em decorrência da sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde.

No ano de 2014 iniciei pós-graduação em Auditoria da Organização de Saúde, na Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP. Neste contexto, apropriei-me de conceitos que se referem ao gerenciamento de recursos disponíveis nos serviços

de saúde, no sentido de oferecer aos usuários dos serviços, assistência de melhor qualidade.

Assim, foram abordados alguns indicadores de qualidade, destacando-se a lesão por pressão, evento de grande ocorrência, principalmente em pacientes críticos. A auditoria de enfermagem é fundamental quando se diz respeito ao gerenciamento de riscos, tornando-se possível por meio da análise dos registros de enfermagem de qualidade, os quais descrevem todo um contexto de práticas, condutas, intercorrências e falhas, permitindo desta forma, intervenções direcionadas à qualidade do cuidado.

Minha primeira contratação ocorreu na Operadora de Saúde São Francisco, exatamente para atuar no setor de Auditoria de Enfermagem. Minhas atribuições resumiam-se na auditoria de contas (materiais, medicamentos e taxas).

Neste momento, houve aproximação com os prontuários dos pacientes, onde foi possível observar as prescrições médicas, notas de sala, fichas anestésicas, evidência de procedimentos realizados, descrição de coberturas utilizadas em lesões por pressão, entre outras informações. No entanto, notou-se a escassez de informações acerca das lesões, ou mesmo informações incompletas, implicando em prejuízos relacionados ao cuidado.

No ano de 2015 fui contratada por meio de processo seletivo na Cooperativa de Saúde Unimed, para o cargo de Enfermeira Auditora, setor Contas Médicas. Nesta instituição foi possível verificar realidade semelhante.

Dessa forma, fui motivada a aprofundar-me por meio da pesquisa sobre a temática “Registros de enfermagem relacionados ao gerenciamento de risco para lesão por pressão em Unidades de Terapia Intensiva”, considerando as anotações de enfermagem de qualidade, ferramenta fundamental para o alcance da qualidade da assistência prestada.

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

As atividades em saúde são viabilizadas a partir de múltiplas informações sobre o estado do paciente. Os profissionais da equipe de saúde são responsáveis pela disponibilização de informações, que vão garantir a continuidade do processo de cuidado (MARIN, 2010).

O registro de saúde descrito de maneira sequencial e completa é fundamental para o planejamento da assistência e tomada de decisão, garantindo adequado gerenciamento de recursos e execução de práticas seguras (KORPMAN, 1990).

Os dados de diferentes fontes precisam ser agregados e organizados de modo a produzir informação em um contexto que servirá de apoio para tomada de decisão, orientando todo o processo de atendimento à saúde de um indivíduo e da população (MARIN, 2010).

A qualidade da assistência prestada deve ser respaldada pelo registro no prontuário do paciente, pois a escassez e inadequação das anotações são fatores que comprometem o planejamento assistencial da equipe multiprofissional, a continuidade do cuidado e a segurança do paciente (PINTO; GUEDES; BOHOMOL, 2014).

O predomínio de registros de enfermagem na forma narrativa implica no prejuízo à disponibilização de informações que oferecem suporte à decisão clínica e ao reconhecimento de evidências acerca das práticas de enfermagem que favorecem adoção de melhores práticas na assistência à saúde dos indivíduos (BAKKEN; HYUN; FRIEDMAN, 2005).

Os investimentos na mudança do sistema de atenção à saúde apoiam-se no aprimoramento das tecnologias, na sistematização, coleta e análise dos dados, melhorias no processo de trabalho, aperfeiçoamento da equipe de saúde e utilização de boas práticas com vistas a alcançar melhores resultados nas instituições de saúde (ANVISA, 2013b).

Os recursos eletrônicos favorecem a flexibilidade na inserção de novos conteúdos ao prontuário, novas estratégias de organização, bem como, novos meios de acesso ao conteúdo. No entanto, a qualidade da informação existente no

prontuário não se restringe ao suporte eletrônico (GALVÃO; RICARTE, 2012).

A organização e padronização das informações de enfermagem são possíveis por meio da adoção e do estabelecimento de uma terminologia uniforme, atendendo a linguagem da prática profissional e os sistemas de classificação enquanto vocabulários e categorias de dados que definem as ações inerentes à profissão de enfermagem (MOORHEAD; JOHNSON; MAAS, 2008).

A utilização do registro eletrônico para a recuperação e análise da informação representa um grande desafio diante da necessidade de um vocabulário para uso na prática diária que padronize os termos clínicos e atenda critérios de validade, especificidade, recuperação dos dados e facilidade de comunicação (MARIN, 2009).

Uma das soluções para a baixa qualidade dos registros de saúde refere-se ao uso de terminologias padronizadas, qualquer que seja o suporte ou o contexto de produção de prontuário dos pacientes. As terminologias são linguagens convencionadas, com a finalidade de melhorar a comunicação (GALVÃO; RICARTE, 2012).

O recente processo de informatização dos registros de saúde implica em compreender que as necessidades comunicacionais dos profissionais de saúde extrapolam o que comumente é proposto em um sistema informatizado, ou seja, o compartilhamento de conhecimentos, dados e informações acerca do paciente, a fim de prestar melhor assistência possível (GALVÃO; RICARTE, 2012).

Considerando que o conteúdo previsto nos registros de enfermagem dependa de uma estruturação e disponha do uso de terminologias adequadas, o suporte eletrônico não se caracteriza como solução, pois esses critérios devem ser atendidos tanto para o registro eletrônico, quanto para o suporte em papel (GALVÃO; RICARTE, 2012).

A atualização sistemática do prontuário do paciente, seja em suporte papel ou em suporte eletrônico, deve ser estruturada atendendo a três aspectos: conteúdos a serem coletados; modo de organização dos conteúdos e modo de disponibilização dos conteúdos (GALVÃO; RICARTE, 2012).

No contexto da saúde, a não compreensão de informações em decorrência do emprego de termos incorretos, pelo profissional de saúde, coloca em risco a qualidade da assistência e a vida do paciente. Considerando o exposto, as terminologias empregadas no prontuário do paciente são importantes componentes

relacionados com a qualidade da produção, organização e compreensão dos conteúdos informacionais (GALVÃO; RICARTE, 2012).

Desde os anos 70, a literatura tem mostrado aos enfermeiros as possíveis contribuições das Classificações disponíveis na Enfermagem, sejam de fenômenos, intervenções ou resultados; sobretudo ao disponibilizar informações sobre as condições dos clientes ou pacientes e favorecer o raciocínio clínico diagnóstico, terapêutico e suas consequências; projetando tendências na prática, no âmbito administrativo e ainda favorecendo a tomada de decisão (CARVALHO, 2010).

A ISO 18.104, 2003 foi preparada pelo Comitê Técnico de Informática em Saúde do Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) e pelo Grupo de Interesse Especial de Informática em Enfermagem da Associação Internacional de Informática Médica, com a ajuda de órgãos como o *European Committee for Standardization* (CEN) e o *Systematized Nomenclature of Medicine* (SNOMED®), além de subsídios do programa CIPE® e do Tele Nurse ID ENTITY (*Integration and Demonstration of European Nursing Terminology in Information Technology*), motivada pela necessidade de:

- a) implementação de um sistema de base computacional para áreas clínicas; b) reembolso pelos serviços executados pela enfermagem; c) documentação das contribuições de enfermagem aos resultados dos cuidados prestados ao cliente e d) aumento do conhecimento produzido na área (CUBAS et al., 2010).

Essa norma, ao estabelecer padrões para terminologias de enfermagem, é visualizada na perspectiva de modelo integrador, na aplicação em registros de enfermagem e na interoperabilidade entre diferentes registros de base multiprofissional, por efetiva integração entre profissionais da área da saúde e da computação, potencializando a disseminação do conhecimento técnico-científico a partir da superação das dificuldades identificadas na sua aplicabilidade, porque apesar da necessidade e relevância, o padrão é pouco conhecido e utilizado (CUBAS et al., 2010; ISO, 2014; ABNT, 2016).

Dessa forma, define-se o diagnóstico de enfermagem como julgamento em um foco, ou um julgamento em uma dimensão particular de um foco; e uma ação refere-se a um processo pelo qual um serviço intencional é aplicado a um recebedor de cuidados, conforme demonstrado na representação gráfica de um modelo de

terminologia de referência para diagnóstico e ação de enfermagem (MARIN, 2009; ISO, 2014; ABNT, 2016).

Com sua atualização em 2014, a versão atual ISO 18.104 também fornece duas estruturas: (a) Estrutura Categorical para Diagnósticos de Enfermagem e (b) Estrutura Categorical para Ações de Enfermagem. Nesta estrutura “um diagnóstico de enfermagem pode ser expresso tanto como um julgamento um foco ou achado clínico” (MARIN; PERES; DAL SASSO, 2013; ISO, 2014; ABNT, 2016).

Ademais, pode-se refletir a prática de enfermagem na função de prevenção; associando-a a potencialidade deste diagnóstico, expressa como risco ou chance, possibilitando a adoção de medidas preventivas para evitar a positividade do diagnóstico (MARIN; PERES; DAL SASSO, 2013).

Segundo Marin, Peres e Dal Sasso (2013), na proposta atual, as ações de enfermagem, consideradas como “atos intencionais aplicados a um ou mais alvos”, exigem um termo de ação e pelo menos um descritor para alvo, exceto quando o alvo é o próprio sujeito do registro”. Esse termo pode ser qualificado por tempo ou período em que a ação ocorre.

As autoras ainda destacam a alteração em relação ao "sujeito da informação", atualmente denominado de "sujeito do registro", ou seja, referindo-se aqui, ao paciente/cliente, e não a quem forneceu a informação para ser registrada. Concluem, afirmando que a “Norma ISO 18.104 está adequada para apoiar a documentação e auxiliar na formação de expressões diagnósticas e de ações de enfermagem, independentemente da terminologia adotada” (MARIN; PERES; DAL SASSO, 2013).

A documentação de atividades executadas e achados clínicos é imprescindível, tomando-se a escrita como instrumento básico de enfermagem, por meio dos registros de enfermagem (MATSUDA, et al., 2007; PAVÃO, et al., 2011;). O registro de informações em prontuários é considerado, portanto, uma ferramenta gerencial que possibilita a redução de custos, prevenção de danos e avaliação de indicadores.

A incidência de Lesão por Pressão (LP) caracteriza-se como um impactante indicador de qualidade assistencial de enfermagem, sendo possível a análise da distribuição de casos e identificando indivíduos mais propensos ao desenvolvimento da lesão e os locais em que são mais frequentes (MOURA et al., 2009; SANTOS, 2011).

A LP, como indicador de qualidade, permite subsidiar ações de prevenção, ou seja, melhor estratégia para minimizar esse evento, por meio da utilização de diretrizes e protocolos clínicos destinados a orientar os profissionais de saúde em suas práticas, promovendo dessa forma, a assistência livre de danos com vistas à redução de custos (MOURA et al., 2009; SANTOS, 2011).

Nesse contexto se justifica a realização deste estudo no sentido de identificar a contribuição dos registros de enfermagem para o gerenciamento de risco para LP em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital escola.

1.1 Registros de Enfermagem

No processo de atenção à saúde, a documentação das atividades e dos seus resultados, por meio de registros, constitui um dos instrumentos de comunicação efetivo para o planejamento, continuidade e avaliação dos serviços prestados aos clientes. Além disso, serve de fonte de informações para questões jurídicas, de pesquisas, de educação e outras atividades relacionadas (MATSUDA et al., 2007).

O prontuário do cliente é composto por grande quantidade de registros, englobando questões administrativas, resultados de exames laboratoriais, radiológicos e outros; histórico de doenças, prescrições, evoluções médicas e de enfermagem, destinados a toda equipe (COFEN, 2002).

As anotações de enfermagem constituem-se em instrumento de comunicação escrita, das observações e atividades desenvolvidas frente à identificação das necessidades apresentadas pelo paciente, no sentido de garantir a qualidade da assistência prestada, assegurando a comunicação entre os membros da equipe de saúde (PADILHA; HADDAD; MATSUDA, 2014).

O Processo de Enfermagem ou Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), composto por histórico de enfermagem, diagnóstico, prescrição, plano assistencial, evolução e prognóstico, é realizado exclusiva e privativamente por enfermeiros a partir da Resolução nº 272/2002 do Conselho Federal de Enfermagem-COFEN (COFEN, 2002).

Além disso, a resolução Cofen nº 514/2016 aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com objetivo de nortear os profissionais de enfermagem no que se refere à qualidade das anotações (COFEN, 2016).

A documentação de enfermagem constitui-se em anotações sobre uma sequência de informações e dados do paciente, subsidiando as questões relacionadas à prevenção, manutenção ou restabelecimento da saúde. Atendendo simultaneamente as exigências éticas e legais da profissão, a fim de realizar registros com qualidade (CARRIJO; OGUISSO, 2006).

As informações que compõem os registros de enfermagem devem ser: organizadas, seguras, completas; disponíveis, de forma legível, para garantir o entendimento da equipe multiprofissional na qual o paciente encontra-se sob cuidados; além disso, devem conter a identificação e número do registro profissional, data e hora. As incorreções ou enganos devem ser apontados e corrigidos em registro posterior, fazendo referência aos problemas encontrados (COFEN, 2002, 2012, 2016; GUBIANI; ROCHA; D' ORNELLAS, 2003).

Nesse contexto, o registro de informações contidas no prontuário do paciente deve estar pautado na identificação e resolução das necessidades apresentadas, bem como, no estabelecimento de prioridades, implicado no manejo gerencial efetivo dos recursos disponíveis, humanos, financeiros (GALVÃO; RICARTE, 2012).

A acessibilidade e compartilhamento das anotações caracterizam-se como uma importante vantagem para a equipe de saúde; no entanto, pode resultar em riscos para o paciente em decorrência da ampla disponibilização de dados, implicando em dúvidas no que se refere à segurança da informação (GALVÃO; RICARTE, 2012).

No período de 2004 a 2006 a maior empresa americana de seguros para médicos e cirurgiões, nos EUA, estipulou que, em 90% dos erros humanos, as causas estavam relacionadas ao uso de medicação, à infecção, ao erro de comunicação ou de registro das informações no prontuário (ANVISA, 2013a).

Assim, as falhas nos processos de registros são apontadas como fonte de risco, considerando que é por meio deles que se obtêm informações necessárias para o atendimento adequado e específico para cada indivíduo (PAVÃO et al., 2011).

A nível gerencial, as contribuições dos registros de enfermagem apoiam-se no acesso a indicadores, permitindo desta forma, o planejamento estratégico quando identificada a necessidade de adoção e aperfeiçoamento de determinadas práticas da equipe de saúde (GALVÃO; RICARTE, 2012).

A avaliação da qualidade da assistência oferecida é possível por meio das anotações de enfermagem no prontuário do paciente, justificando desse modo, a importância dos registros das ações profissionais de forma adequada e o respaldo ético diante de ocasiões jurídicas (SETZ, D'INNOCENZO, 2009). As anotações de enfermagem são consideradas veículo de informação entre a equipe multiprofissional, permitindo assistência integral e de qualidade (MANZO, 2013).

Dentre as diversas finalidades do prontuário do paciente, destaca-se o meio para avaliação e tomada de decisão; auxiliando no gerenciamento das instituições de saúde para fins de faturamento, que por sua vez, auxilia em auditorias e controle de custos (CHAUDHRY et al., 2006).

A auditoria de enfermagem é um importante instrumento para subsidiar o planejamento das ações de saúde, no que se refere a sua execução, gerenciamento e avaliação da qualidade, pois permite diagnosticar por meio da observação, medição e análise, as atividades desenvolvidas, verificando dessa forma, a adequação das ações de saúde e seus resultados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

1.2 Auditoria de Enfermagem: Ferramenta para Gerenciamento de Riscos em Saúde

A auditoria surgiu pela primeira vez, em 1918, na área da saúde, em um estudo realizado pelo médico George Gray Ward, nos Estados Unidos. A princípio se observou a qualidade da assistência médica prestada ao paciente através de registros em prontuários (KURCGANT, 1994).

O início da auditoria no setor saúde teve como foco a avaliação da qualidade da assistência prestada ao usuário, quesito considerado fundamental para a prática dos profissionais da área da saúde. Atualmente, com o aumento do consumo de tecnologias, insumos, bem como, tratamentos mais onerosos, elevou-se a preocupação em otimizar os gastos (SCARPARO; FERRAZ, 2008).

O aumento de recursos financeiros dispensados ao setor saúde tem exigido dos enfermeiros maior participação nas funções administrativas, no sentido de cooperar com os resultados econômicos das instituições (GALVÃO, 2012).

A auditoria de enfermagem desempenha importante papel quanto ao gerenciamento da utilização dos recursos disponíveis para atendimento, analisando de forma crítica a qualidade da assistência prestada; estimulando inovações ao permitir direcionar melhor o planejamento e a obtenção de controle de custos, levando em conta o alcance ou não de resultados pretendidos (MANZO, 2013; FILHO et al., 2012).

Destaca-se que auditoria de enfermagem foi apresentada em publicações pela primeira vez nos anos 50, nos Estados Unidos, por uma enfermeira, professora da Wayne State University, de Detroit. Desse modo, desenvolveu-se uma ferramenta para a auditoria de enfermagem, a qual era aplicada de forma retrospectiva aos registros dos prontuários para avaliação da qualidade do cuidado, o Phaneuf's Nursing Audit (PINTO; MELO, 2010).

Com ênfase nos processos de avaliação da assistência à saúde, destaca-se a Auditoria da Qualidade, a qual engloba dois métodos: a Auditoria Operacional, que se fundamenta nas condições do usuário do serviço de saúde, no ambiente onde se recebe o cuidado; e a Auditoria Retrospectiva, que compreende a avaliação dos registros de enfermagem, realizados no prontuário do paciente após a sua alta (VENTURINI; MARCON, 2008).

A Auditoria Retrospectiva, caracterizada pela avaliação dos registros de enfermagem no período pós alta hospitalar, é a mais tradicional no campo da enfermagem; destaca-se nesse contexto a importância que os registros de enfermagem representam. Esse tipo de auditoria também se destaca pelo fato de não haver necessidade de o enfermeiro auditor estar presente no momento da execução das ações, fato que implica em maior flexibilidade na realização (SETZ; D'INNOCENZO, 2009).

Nesse contexto, o registro de enfermagem é fundamental para o respaldo ético e legal, e também em situações em que os serviços de saúde necessitem identificar suas perdas econômicas relativas aos itens glosados, para dessa forma, elaborarem justificativas embasadas nos registros dos profissionais envolvidos no cuidado (JORGE, CARVALHO, MEDEIROS, 2013).

Quanto à forma de intervenção, a auditoria pode ser interna, sendo realizada por profissionais da própria instituição; externa, quando realizada por auditores que não pertencem à instituição prestadora de serviços; e mista, quando há participação de membros pertencentes ou não à instituição (FARACO; ALBUQUERQUE, 2004).

A auditoria de enfermagem constitui-se em uma ferramenta de revisão, no sentido de informar a eficiência e eficácia dos métodos em prática e dos programas em desenvolvimento. Apoiando-se no caráter educacional, por meio de sugestões e soluções (SETZ; D'INNOCENZO, 2009).

Também faz referência a uma avaliação sistemática da assistência à saúde, por meio da qualidade da documentação nos prontuários dos pacientes, ou seja, a qualidade dos registros reflete a qualidade da assistência. Com base nas anotações de enfermagem é possível a apropriação de melhores práticas assistenciais (FONSECA et al., 2005).

A auditoria de enfermagem ainda permite a avaliação e desenvolvimento de indicadores de assistência, resultando em inovações no setor saúde, podendo ser classificada de acordo com o tipo ou método, forma de intervenção, tempo, limite e natureza (FARACO; ALBUQUERQUE, 2004).

Nesse contexto verifica-se que a qualidade em saúde busca a adoção de práticas seguras nas instituições de saúde, de modo a reduzir riscos de incidentes ao paciente. Sendo assim, circunstâncias que poderiam ter resultado ou que resultou em danos desnecessários ao paciente, são consideradas um incidente relacionado à segurança do paciente (WHO, 2009).

1.3 Gerenciamento de Riscos em Saúde e Enfermagem

O gerenciamento de risco hospitalar é utilizado para monitoramento de eventos adversos (EA) por meio da adoção de práticas para controle e eliminação de danos, implicando dessa forma, na melhoria da qualidade da assistência (TEIXEIRA, 2012).

O gerenciamento de risco possibilita os profissionais de saúde voltar seus olhares para o cuidado no qual o paciente é submetido, analisando, investigando, propondo soluções e executando ações que podem sanar as falhas encontradas (BRASIL, 2013a).

Segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS (2008) caracteriza-se como serviço de saúde de qualidade, aquele que organiza seus recursos da forma mais efetiva em resposta às necessidades apresentadas pelos pacientes, evitando desperdícios, tomando-se como base padrões de elevado nível e segurança.

A qualidade em saúde implica na adoção de práticas seguras para atender pacientes das instituições de saúde, interferindo na estrutura ou processo, de modo a reduzir e solucionar o risco de incidente relacionado à segurança do paciente (WHO, 2009).

Os tipos de incidentes são categorias que os agrupam considerando a mesma natureza, como por exemplo: processo ou procedimento clínico; documentação; infecção associada ao cuidado; medicação/fluidos intravenoso; sangue e produtos sanguíneos; nutrição; oxigênio, gás e vapores; dispositivos e equipamentos médicos; comportamentos; pacientes; infraestrutura e recursos/administração (BRASIL, 2013a).

Segundo a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente, segurança do paciente significa redução do risco de danos desnecessários, associada a cuidados de saúde a um mínimo aceitável. O Erro é definido como não realização de uma ação planejada como pretendida ou uma falha na aplicação de um plano incorreto, enquanto o Incidente caracteriza-se como um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em danos desnecessários a um paciente (RUNCIMAN et al., 2006; TRAVASSOS; CALDAS, 2013).

O movimento de segurança do paciente teve início na década de 1990, considerando quando o primeiro estudo realizado sobre o assunto, o Harvard Medical Practice (HMP), indicou que 3,7% dos pacientes internados sofreram EA, sendo que dois terços desses eventos poderiam ter sido evitados, e 14% foram fatais (BRENNAN et al., 1991).

No Brasil, foi lançado no ano de 2011, o Plano Nacional para Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, fundamentado nas metas e ações globais para segurança do paciente, proposta pela OMS, em 2005.

O Programa Nacional de Segurança trata da obrigatoriedade da notificação compulsória mensal dos EA relacionados à assistência à saúde, publicando também, diversos protocolos para prevenção dos mesmos (BRASIL, 2013a).

As iniciativas relacionadas à segurança do paciente se distinguem em três grandes metodologias: a epidemiológica, o gerenciamento de riscos e a gestão da qualidade. A atuação integrada e complementar de todas as metodologias é apontada como ideal, apesar das suas diferenças em relação ao marco conceitual, objetivos principais e metodologia (TRAVASSOS; CALDAS, 2013).

Ademais, todas as ações direcionadas em busca do alcance da qualidade

da assistência prestada, permite a conscientização e contribuições de gestores, gerentes, administradores e, também, profissionais da área da saúde, destacando-se o profissional de enfermagem (TEIXEIRA,, 2012).

A equipe de enfermagem tem contato permanente com os pacientes e é provedora de grande parcela dos cuidados, portanto, tem papel importante na contribuição para a qualidade dos processos nas instituições de saúde. Como consequência, para avaliar o contexto das ações de enfermagem de um determinado setor, utiliza-se de parâmetros mensuráveis na implantação e utilização de indicadores de qualidade (MATOS et al., 2006; NONINO, 2006; BECCARIA et al., 2009).

Nessa perspectiva, a incidência de LP tem se constituído em um importante indicador de qualidade assistencial em enfermagem, permitindo analisar os casos quanto a sua distribuição, os pacientes mais vulneráveis e os locais em que são mais frequentes. Esse indicador deve ter como objetivo orientar medidas de prevenção à lesão, subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das ações de enfermagem, além de orientar ações educativas (SANTOS et al., 2013).

1.4 Lesão por Pressão em Unidades de Terapia Intensiva: Indicador de Qualidade

De acordo com a OMS, com frequência anual, milhares de usuários dos serviços de saúde sofrem danos à saúde. Um estudo realizado em cinco países da América Latina revelou que 10,5% dos pacientes em regime de internações sofrem algum tipo de EA, sendo que, 60% poderiam ser evitados (OMS, 2010).

Outro estudo mostrou o predomínio da ocorrência das lesões por pressão (LP) (8,92%) caracterizadas como EA, seguidas das infecções de ferida cirúrgica (7,96%), pneumonia nosocomial (6,37%), sepse ou bacteremia (6,37%) e as flebites (5,73%), somando 35,4% EA (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

A *National Pressure Sore Advisory Panel Consensus Development Conference* (2016)¹, define LP como um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes,

¹ O *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)* é uma organização norte-americana, sem fins lucrativos, dedicada à prevenção e ao tratamento de lesões por pressão. Formado em 1986, o conselho diretor é multidisciplinar, composto de especialistas em lesões por pressão e líderes de diferentes áreas da saúde que compartilham o compromisso da organização. O grupo dispõe de autoridade para emitir recomendações para o desenvolvimento de políticas públicas, educação e

resultante da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. Fatores como o microclima, nutrição, perfusão, comorbidades, enfim, condições clínicas apresentadas pelos pacientes, interferem na tolerância do tecido mole quando submetido à pressão e ao cisalhamento.

A LP é um dano localizado na pele e/ou tecidos subjacentes que ocorre, geralmente, sobre proeminências ósseas ou relacionada ao uso de dispositivos médicos ou a outro artefato, resultante de pressão isolada ou de pressão combinada com fricção e/ou cisalhamento (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014).

As LPs podem ser classificadas em: Estágio 1 - Pele intacta, apresentando hiperemia não branqueável; Estágio 2 - Lesão de espessura parcial da pele, atingindo a derme, apresenta-se como uma lesão rasa, sem esfacelo. Pode também, apresentar-se como bolha intacta ou rompida; Estágio 3 - Lesão total da pele, envolvendo a camada subcutânea, sem exposição de tendão, osso ou músculo, pode apresentar esfacelo; Estágio 4 - Lesão tecidual de espessura total, com exposição de osso, tendão ou músculo. Esfacelo e/ou tecido necrótico pode(m) estar presente(s) em algumas partes do leito da ferida; 5 - Lesão por Pressão não classificável - Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível (NPUAP, 2016).

Sendo assim, as LPs são classificadas como: Categoria/Grau I: Eritema não branqueável; Categoria/Grau II: Perda parcial da espessura da pele; Categoria/Grau III: Perda total da espessura da pele; Categoria/Grau IV: Perda total da espessura dos tecidos; Não graduáveis/Inclassificáveis: Profundidade indeterminada (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014).

A ocorrência de LP é um fenômeno comum nos vários cenários de assistência à saúde, acometendo, principalmente, pacientes em estado crítico; contribuindo dessa forma, para o aumento do risco de complicações hospitalares. Observa-se que apesar do avanço científico, tecnológico, do aperfeiçoamento dos serviços e cuidados de saúde, a incidência varia de 23,1% a 59,5%, principalmente em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), de acordo com os estudos de Rogenski e Kurcgant (2012); Borghardt et al. (2015).

Pacientes submetidos a cuidados intensivos apresentam alto risco para desenvolvimento da lesão por pressão, devido a limitações ambientais e psicobiológicas, tais como: suporte ventilatório, instabilidade hemodinâmica, restrição de movimentos por período prolongado de tempo e uso de drogas sedativas, vasoativas e analgésicas, as quais diminuem a percepção sensorial e prejudicam a mobilidade por período prolongado de tempo (FERNANDES; CALIRI, 2008).

Este evento representa uma preocupação para os profissionais de saúde, principalmente pela sua multicausalidade, nas quais as mais enfatizadas são imobilidade física, duração e intensidade da pressão, em que a circulação sanguínea é comprimida e entra em colapso, o que resulta em hipóxia, ocasionando isquemia e necrose tecidual (COSTA, 2010).

Um estudo desenvolvido na Turquia, em um hospital universitário, revelou que a incidência da LP foi de 28,6% em UTI (ULKER; YAPUCU, 2013). A LP é mais incidente em pacientes que permanecem internados em UTIs quando comparada àqueles internados em outras unidades hospitalares (OLIVEIRA, 2012).

Diante das dificuldades na operacionalização de medidas preventivas para manutenção da integridade da pele ou pela gravidade do paciente, observa-se a LP, como uma complicação de ocorrência frequente nestes pacientes críticos hospitalizados (FERNANDES, 2000).

A LP representa gastos elevados para o paciente, família, hospital, instituições de saúde e sociedade, pois o tratamento não finaliza com a alta hospitalar, sendo que a continuidade do cuidado se dá após a alta; com prejuízo para a qualidade de vida do paciente e família. Também é atribuído a este EA o aumento da taxa de morbimortalidade (FERNANDES; CALIRI, 2008).

Nesse sentido, a LP é considerada um indicador de qualidade da assistência de enfermagem e caso esta lesão se desenvolva após a admissão do paciente na instituição de saúde, ela agrega um valor negativo à assistência (SIMÃO, 2010).

A incidência de LP permite analisar os casos quanto a sua distribuição, os pacientes mais vulneráveis e o local em que são mais frequentes. Este indicador serve para orientar medidas de prevenção da lesão, subsidia o planejamento, gestão e avaliação das ações de enfermagem, além de orientar ações educativas à equipe de enfermagem (BRASIL, 2013b; SANTOS et al., 2013).

1.5 Avaliação do risco para lesão por pressão em unidade de terapia intensiva considerando o índice de gravidade

Em 1986, formou-se a *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)*, organização voltada à prevenção e ao tratamento de lesões por pressão. O NPUAP e o *European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP)*, juntamente com a *Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA)* publicaram, em 2014, a última versão das Diretrizes Internacionais sobre LP, a qual sofreu adaptações e foi utilizada a nível mundial, levando em consideração as particularidades de cada país (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).

É fato que a avaliação de risco é apontada como primeiro passo nas estratégias adotadas para prevenção de LP no planejamento da assistência. As escalas são consideradas uma das principais ferramentas no programa de prevenção, pois têm a finalidade de apoiar e complementar o raciocínio clínico durante a sistematização da assistência, pontuando o risco de o paciente desenvolver LP (SIMÃO, 2010).

As escalas possuem grande importância ao constituírem estratégias para diminuir a incidência de LP, permitindo também, a seleção de pacientes que necessitam de cuidados especiais e o planejamento de intervenções preventivas direcionadas para os problemas (MAGNAN, 2008).

A identificação da ocorrência de LP define-se como primeira etapa para determinar a dimensão do problema, para que medidas sejam adotadas com a finalidade de reduzir a incidência (ROGENSKI; SANTOS, 2005). Dentre elas, pode-se destacar: a implantação da avaliação de risco pela utilização de escalas como a Escala de Braden, de Waterlow e Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) (FERNANDES; CALIRI, 2008; SANTOS; SELLMER; MASSULO, 2007).

No Brasil, a escala de Braden foi validada para a língua portuguesa por Paranhos e Santos (1999) e submetida a diversos estudos, testes de confiabilidade e validade em diferentes populações, para possibilitar investimentos na capacitação da equipe de saúde (FERNANDES; CALIRI, 2008).

A escala de Braden é composta de seis parâmetros para avaliação, pelas suas subescalas: 1 - percepção sensorial; 2 - umidade; 3 - atividade; 4 - mobilidade; 5 - nutrição; 6 - fricção e cisalhamento. Cada subescala tem pontuação que varia

entre 1 e 4, com exceção do domínio fricção e cisalhamento. A somatória total varia entre 6 e 23 (WOCN, 2003).

O risco é estabelecido pela escala de Braden como sendo: os escores de 19 a 23 indicam pacientes sem risco; escores entre 15 e 18, baixo risco; escores entre 13 e 14, risco moderado; escores entre 10 e 12, risco elevado; e escores até 9 indicam risco muito elevado (WOCN, 2003).

Foi evidenciado por meio de um estudo transversal e descritivo, realizado na UTI de um hospital público, na cidade de Recife, que a maioria dos pacientes internados em UTI apresentou risco elevado ou moderado para desenvolver LP, após aplicação da escala de Braden (SILVA et al., 2010).

Embora a escala de Braden permita avaliar o risco para a ocorrência da LP, a avaliação de cada subescala permite estimar quais as medidas preventivas específicas devem ser adotadas para evitar o desenvolvimento dessas lesões (LAHMANN et al., 2011).

Esse tipo de lesão implica na prolongação do período de permanência hospitalar, dificuldade de recuperação, redução de sua independência e funcionalidade, interferindo, inclusive, no desenvolvimento de outras complicações associadas. Em casos classificados como graves, pode ser considerado um fator negativo para predizer a mortalidade de paciente (SANTOS, 2005).

Destaca-se que a classificação dos pacientes, de acordo com a gravidade e a probabilidade de morte, possibilita a avaliação dos investimentos necessários e suas implicações, considerando os resultados pretendidos e a especificidade da assistência aos pacientes em UTI (PAGLIARINI, 2012).

O Ministério da Saúde por meio da Portaria 3.432/1998 aponta a importância da necessidade de avaliação de pacientes nas UTIs no Brasil, por meio da adoção de índices de gravidade, sendo recomendado o uso do *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation* (APACHE II) para pacientes adultos. Dentre os vários índices de gravidade disponíveis e internacionalmente reconhecidos, o sistema APACHE é um dos mais estudados e utilizados em UTIs (BRASIL, 2010; NOGUEIRA et al., 2007; FEIJÓ et al., 2006).

Mais tarde, a RDC nº 7/2010, estabeleceu a necessidade de ser calculado o Índice de Gravidade / Índice Prognóstico dos pacientes internados na UTI, por meio de um Sistema de Classificação de Severidade de Doença, recomendado por literatura científica especializada.

O escore APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) trata-se de uma escala que possibilita a avaliação e classificação do índice de gravidade, considerando as condições clínicas do paciente, tendo como objetivo principal a descrição quantitativa do grau de disfunção orgânica de pacientes classificados como graves. A gravidade é traduzida em valor numérico a partir das alterações clínicas e laboratoriais existentes ou do tipo/número de procedimentos utilizados (KNAUS; ZIMMERMAN; WAGNER, 1981).

Descrito por Knaus e colaboradores em 1981, o índice APACHE foi submetido a uma revisão e simplificação, sendo renomeado APACHE II. Geralmente, para seu cálculo, aplicado nas primeiras 24 horas de internação na UTI, são utilizadas 12 variáveis clínicas, fisiológicas e laboratoriais padronizadas, pontuadas de zero a quatro, conforme o grau de desvio da normalidade apresentado. Assim, quanto maior a alteração do parâmetro, maior a pontuação. Certos pontos também são atribuídos à idade, presença de doença crônica e variáveis fisiológicas, cuja soma fornece uma pontuação final que permite calcular o risco de óbito para o paciente (KNAUS et al., 1985).

A pontuação obtida por meio dos valores de escore APACHE II, calculados na admissão do paciente na UTI, somado a outros fatores, é utilizada para determinar a gravidade, possibilitando a identificação da gravidade e os preditores de mortalidade, permitindo dessa forma, direcionar a assistência dos profissionais de saúde (FORTALEZA; MELO; FORTALEZA, 2009).

Cardoso, Chiavone e Apache (2013) apontam que o APACHE II, medido pelo enfermeiro, com base nos piores valores das últimas 24 horas de internação na UTI, pode ser útil para estratificar os pacientes com maior risco de óbito, após a saída da UTI, demonstrando boa discriminação e boa calibração. Nesse sentido, os índices prognósticos, bem como os sistemas de quantificação dos cuidados de enfermagem, devem ser utilizados como ferramentas administrativas essenciais para a qualidade do serviço prestado.

Vale ressaltar que o sistema de escore APACHE II é um dos instrumentos mais utilizados e estudados, pois pela sua simplificação tornou-se um sistema útil e acessível, válido para uma ampla faixa de diagnósticos, fácil de ser usada e baseia-se em dados disponíveis na maioria dos hospitais (FEIJÓ et al., 2006).

Shahin, Dassen e Halfens (2009), afirmam que a incidência de LP poderia ser reduzida em 50% através de medidas preventivas e adequada avaliação dos

pacientes. Ressaltam, ainda, a importância de um mecanismo que facilite o uso do conhecimento advindo de pesquisas e que sirva de suporte e apoio para os enfermeiros que atuam na assistência com relação à tomada de decisões clínicas.

Ao considerar a importância do registro das ações de enfermagem para a prevenção da lesão por pressão, em especial para os pacientes críticos, esta pesquisa pretende responder a seguinte pergunta: qual o conteúdo dos registros das ações de enfermagem, relacionadas ao reposicionamento dos pacientes em uma unidade de terapia intensiva?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o conteúdo dos registros das ações de enfermagem, relacionadas ao reposicionamento dos pacientes em uma unidade de terapia intensiva.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar os pacientes segundo a idade, sexo, cor da pele, tempo de internação, risco para lesão por pressão, lesão por pressão notificada, gravidade e evolução para óbito;
- Analisar os escores de risco para lesão por pressão e gravidade dos pacientes na admissão e na alta da UTI, segundo o sexo; lesão por pressão notificada e evolução para óbito durante internação na unidade de terapia intensiva;
- Identificar o percentual de registros de ações para reposicionamento dos pacientes que apresentaram lesão por pressão notificada, e evoluíram para óbito durante internação na unidade de terapia intensiva;
- Verificar a relação do reposicionamento do paciente com as variáveis: risco para lesão por pressão, gravidade na admissão e na alta, idade e dias de internação na unidade de terapia intensiva;
- Analisar o conteúdo dos registros das ações de enfermagem no prontuário sobre o reposicionamento dos pacientes, para prevenção da lesão por pressão, na unidade de terapia intensiva

3 MÉTODO

3.1 Tipo e local do estudo

Trata-se de estudo quantitativo, longitudinal, correlacional e analítico, com a finalidade de analisar as expressões utilizadas nos registros de ações de enfermagem, em relação ao reposicionamento dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva geral para pacientes adultos, de um hospital de ensino do interior do estado de São Paulo.

3.2 População e amostra

A população do estudo foi constituída por todos os pacientes admitidos na UTI, no período de 10 de junho a 08 de agosto de 2015, por um período mínimo de 48 horas, com idade igual ou maior do que 18 anos, independentemente de sexo, diagnóstico ou tipo de tratamento, com os dados de interesse disponíveis no sistema de informação hospitalar e com prontuário físico (papel) disponível para consulta. Participaram do estudo, 37 pacientes que atenderam aos critérios de inclusão.

3.3 Instrumento de coleta de dados

Para coleta de dados foi elaborada uma planilha eletrônica utilizando o programa Microsoft Office Excel 2010, constituída de duas partes. Na primeira parte foram registrados os dados para caracterização dos sujeitos segundo a idade, sexo, cor da pele, tempo de internação (em dias), escore final de risco para lesão por pressão (Braden), lesão por pressão notificada, escore de gravidade na admissão (APACHE- E) e na alta (APACHE-S) e evolução para óbito. Na segunda parte foram registrados os dados sobre o conteúdo dos registros relacionados ao reposicionamento dos pacientes extraídos da evolução de enfermagem, descritas no prontuário de papel dos participantes da pesquisa (Data, Hora, Conteúdo).

3.4 Coleta de dados

A partir da consulta ao sistema de informações hospitalar (SIH, Athos) foram obtidos os dados de identificação dos pacientes, ocorrência de alta, transferência ou

óbito no decorrer da internação na UTI. As informações sobre a notificação de lesão por pressão foram obtidas por meio de consulta ao sistema de notificação eletrônica da instituição, referente ao período de permanência dos pacientes na UTI.

Concomitantemente, foi obtido dia a dia o escore final de classificação dos pacientes em níveis de risco para o desenvolvimento de LP, segundo Braden, registrados rotineiramente pelas enfermeiras atuantes na UTI, disponíveis no sistema de monitorização dos pacientes.

A obtenção das variáveis para cálculo dos escores de gravidade (APACHE II) foram obtidas por meio dos dados disponíveis no sistema de informações hospitalar (sinais vitais, exames laboratoriais, dados clínicos e cirúrgicos), referentes às primeiras e últimas 24 horas de internação (APACHE na entrada e saída). Para o cálculo final do escore foi utilizada a planilha *on-line* disponível no *site*, (<http://www.sfar.org/scores2/apache22.php>), permitindo, assim, o cálculo eletrônico desse índice e do risco de morte do paciente.

A análise do conteúdo da evolução de enfermagem foi realizada por meio de consulta aos registros manuais nos prontuários físicos (papel) dos pacientes, em decorrência da implantação parcial do prontuário eletrônico do paciente na instituição, no período estabelecido para coleta de dados.

O estudo piloto foi realizado no primeiro semestre de 2016, no período de uma semana, para identificar possíveis ajustes para efetivação da coleta de dados. Os dados de identificação dos prontuários dos pacientes foram substituídos por códigos numéricos e os dados de identificação das unidades assistenciais (alas) foram substituídos por letras maiúsculas do alfabeto, através de atribuição aleatória. Foi preservado o sigilo quanto à identificação dos profissionais de enfermagem, responsáveis pelos registros de enfermagem no prontuário do paciente.

3.5. Análise dos Dados

Os dados coletados foram digitados em planilha eletrônica do programa Microsoft Office Excel 2010 e, posteriormente, transportados para a análise estatística no programa IBM SPSS *Statistics* versão 24.0, com assessoria profissional oferecida pelo Centro de Apoio à Pesquisa (CENAPq) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo.

As variáveis categóricas foram apresentadas em valores absolutos e

proporcionais; e para as variáveis numéricas calcularam-se os valores mínimo, máximo, mediana, média e desvio padrão.

Para comparar os escores médios de risco para lesão por pressão (Braden) e gravidade na admissão (APACHE-E) e na alta (APACHE-S) dos pacientes que evoluíram para óbito e lesão por pressão notificada foi utilizado o Teste Mann-Whitney, uma vez que as variáveis não apresentaram distribuição normal. Utilizou-se o mesmo teste para comparar o percentual de registros de ações de reposicionamento dos pacientes que evoluíram para óbito e lesão por pressão notificada.

Na análise de correlação da variável percentual de reposicionamento, com as variáveis: risco para lesão por pressão (Braden), gravidade na admissão (APACHE – E) e na alta (APACHE-S), idade e dias de internação, utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman.

A variável percentual de reposicionamento foi definida como o número de registros de ações de reposicionamento do paciente, dividido pelo total de registros relacionados a: 1) registro da ação de reposicionamento do paciente (descreve verbo de ação e especifica a posição adotada); 2) somente registro da posição do paciente no leito, sem incluir um verbo de ação. Por ex. paciente em decúbito dorsal; e 3) somente registro do reposicionamento do paciente sem especificar a posição adotada, por exemplo, realizada mudança de decúbito. Essa variável foi construída para cada paciente.

Para a análise estatística adotou-se o nível de significância $\alpha=0,05$.

Diante dos avanços do processo de implantação dos registros no prontuário eletrônico do paciente, na instituição onde foi realizada a pesquisa, a análise do conteúdo dos registros das ações de enfermagem relacionadas ao reposicionamento dos pacientes, obtidas por meio de consulta nos prontuários, foi pautada nas recomendações da Norma ISO-18104-2016.

Vale destacar que o sistema de monitorização eletrônica, em uso pela equipe de enfermagem no período da coleta de dados, previa o registro diário da posição do paciente por meio de códigos numéricos específicos. Na unidade onde foi realizada a pesquisa, os registros de enfermagem foram totalmente informatizados e, atualmente, são realizados apenas no prontuário eletrônico do paciente.

3.6 Aspectos Éticos

Este estudo cumpriu a normatização estabelecida na Resolução 466, de 12 de Dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, conforme CAAE387784114.8.0000.5393.

Os indivíduos foram incluídos na pesquisa após conhecimentos dos objetivos da pesquisa, concordância em participar e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Considerando as características da população selecionada para o estudo, relacionada à viabilidade de obter resposta dos que se encontram em situação de substancial diminuição em suas capacidades de consentimento, como estado de confusão mental, sedação ou inconsciência, foi obtido o consentimento com os representantes legais dos referidos sujeitos.

4 RESULTADOS

Trinta e sete indivíduos participaram do estudo, sendo a maioria homens 21 (56,8%) e brancos 29 (78,4%), na faixa etária de 60 a 79 anos 18 (48,6%) e média de 55,6 anos (DP=17,5), com predominância de até dez dias de internação 22 (57,9%) e média de 11,9 dias (DP=8,7) (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização dos pacientes (n=37) segundo sexo, cor da pele, idade, tempo de internação em uma unidade de terapia intensiva. Ribeirão Preto – SP, 2017.

Variáveis	n	%	Intervalo	Mediana	Média (Desvio-padrão)
Sexo					
Masculino	21	56,8			
Feminino	16	43,2			
Cor					
Branco	29	78,4			
Negro	2	5,4			
Mulato	6	16,2			
Idade (anos)					
			21-85	60	55,6 (17,5)
20-39	7	18,9			
40-59	11	29,7			
60-79	18	48,6			
80 ou mais	1	2,7			
Tempo de Internação (dias)					
			3-41	10	11,9 (8,7)
1-10	22	57,9			
11-20	11	31,6			
21-30	3	7,9			
>30	1	2,6			

A maioria dos participantes apresentou risco elevado para LP 18 (48,6%) e escore médio de gravidade (risco de mortalidade estimado) de 54% (DP=28,8) na admissão e 54% (DP=35,2) na alta. Do total, 13 (35,1%) apresentaram LP notificada no sistema de informação hospitalar e 16 (43,2%) evoluíram para óbito (Tabela 2)

Tabela 2 – Caracterização dos pacientes (n=37) segundo o risco para lesão por pressão (Braden), lesão por pressão notificada, gravidade na admissão (APACHE – E) e na alta (APACHE – S) e evolução para óbito de uma unidade de terapia intensiva. Ribeirão Preto – SP, 2017.

Variáveis	n	%	Intervalo	Mediana	Média (Desvio padrão)
Braden			8,80-16,5	10,7	11,7 (2,4)
Muito elevado (até 9)	9	24,3			
Elevado (10 a 12)	18	48,6			
Moderado (13 a 14)	2	5,4			
Baixo (15 a 18)	8	21,6			
LP notificada					
Não	24	64,9			
Sim	13	35,1			
Gravidade					
APACHE – E			3,80-96,6	53,3	54,0 (28,8)
APACHE – S			6,70-98,6	42,4	54,0 (35,2)
Óbito					
Não	21	56,8			
Sim	16	43,2			

Na análise dos escores de risco para LP (Braden) e gravidade na entrada (APACHE–E) e na saída (APACHE–S) da UTI segundo o sexo, LP notificada e evolução para óbito entre os participantes da pesquisa, foram identificados valores estatisticamente significantes. Exceto, entre as variáveis Braden e LP notificada, conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição dos valores médios dos escores de risco para lesão por pressão (Braden) e gravidade (APACHE) dos pacientes segundo lesão por pressão (LP) notificada e óbito de pacientes (n=37) em uma unidade de terapia intensiva. Ribeirão Preto – SP, 2017.

Variáveis		Intervalo	Mediana	Média (desvio-padrão)	valor p*
Braden	LP notificada				0,293
	Não	8,8-16,5	11,4	11,9 (2,5)	
	Sim	9,1-16,0	10,3	11,2 (2,2)	
APACHE-E	LP				0,027
	Não	3,8-81,0	53,3	47,2 (27,2)	
	Sim	11,3-96,6	83,1	66,6 (28,3)	
APACHE-S	LP				0,013
	Não	6,70-97,0	32,2	44,5 (34,0)	
	Sim	29,1-98,6	94,1	71,6 (31,6)	
Braden	Óbito				<0,001
	Não	9,5-16,5	12,0	12,9 (2,3)	
	Sim	8,8-14,8	9,9	10,1 (1,4)	
APACHE-E	Óbito				<0,001
	Não	3,8-83,1	32,2	38,1 (26)	
	Sim	35,5-96,6	77,3	74,9 (16,4)	
APACHE-S	Óbito				<0,001
	Não	6,7-94,1	26,2	27,9 (19,5)	
	Sim	46,0-98,6	94,8	88,3 (16,2)	

*Teste Mann-Whitney

Na análise dos valores percentuais de registros de ações de reposicionamento dos pacientes segundo LP notificada e evolução para óbito não foram identificados valores estatisticamente significantes (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos valores percentuais dos registros de ações de reposicionamento dos pacientes (n=37) segundo lesão por pressão notificada e evolução para óbito em uma unidade de terapia intensiva. Ribeirão Preto – SP, 2017.

Variáveis	Intervalo	Mediana	Média (Desvio-padrão)	valor p*
LP notificada				0,678
Não	0,0-0,22	0,09	0,09 (0,08)	
Sim	0,0-0,19	0,12	0,11 (0,06)	
Óbito				0,181
Não	0,0-0,22	0,08	0,08 (0,07)	
Sim	0,0-0,21	0,12	0,12 (0,07)	

*Teste Mann-Whitney

Foi identificada correlação negativa e significância estatística ($p=0,024$) entre o percentual de registros de ações de reposicionamento e o escore de Braden, ou seja, os pacientes com maior risco para LP (escores menores) apresentaram maior frequência de registros de ações de reposicionamento (Tabela 5).

Tabela 5 – Correlação de Spearman dos escores médios de risco para LP (Braden), gravidade na admissão (APACHE–E) e na alta (APACHE–S), idade, dias de internação e porcentagem de registros de ações de reposicionamentos dos pacientes (n=37) em uma unidade de terapia intensiva. Ribeirão Preto – SP, 2017.

Variáveis	Braden	APACHE–E	APACHE–S	Idade	Dias de Internação
Reposicionamento					
Coefficiente Correlação	-0,369**	0,310	0,264	-0,054	0,253
valor p	0,024	0,061	0,114	0,749	0,130

Na análise do conteúdo dos registros realizados diariamente pela equipe de enfermagem, durante o período de coleta de dados, foi identificada predominância de registros (n=1421) relacionados à descrição da posição do paciente no leito e reposicionamento do paciente sem especificar a posição adotada (Tabela 6).

Vale resgatar que somente quatro pacientes participantes da pesquisa permaneceram mais de vinte dias internados na UTI.

Tabela 6 – Caracterização do conteúdo dos registros de reposicionamento dos pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva. Ribeirão Preto – SP, 2017.

Registro de ação de reposicionamento		Não*		Sim**		Total	
Dias de internação (pacientes internados)		n	%	n	%	n	%
1º (n=37)		42	93,3	3	6,7	45	100
2º (n=37)		126	90,6	13	9,4	139	100
3º (n= 37)		119	88,1	16	11,9	135	100
4º (n=36)		122	87,1	18	12,9	140	100
5º (n=34)		103	87,3	15	12,7	118	100
6º (n=28)		84	84,8	15	15,2	99	100
7º (n=26)		81	86,2	13	13,8	94	100
8º (n=23)		78	90,7	8	9,3	86	100
9º (n=21)		72	90	8	10	80	100
10º (n=19)		59	84,3	11	15,7	70	100
11º (n=16)		59	90,8	6	9,2	65	100
12º (n=16)		57	95	3	5	60	100
13º (n=16)		51	91,1	5	8,9	56	100
14º (n=15)		57	82,6	12	17,4	69	100
15º (n=14)		42	87,5	6	12,5	48	100
16º (n=11)		36	92,3	3	7,7	39	100
17º (n=9)		31	88,6	4	11,4	35	100
18º (n=8)		25	92,6	2	7,4	27	100
19º (n=7)		23	85,2	4	14,8	27	100
20º (n=5)		19	100	0	0	19	100
21º (n=5)		17	89,5	2	10,5	19	100
22º (n=4)		14	82,4	3	17,6	17	100

23° (n=3)	14	93,3	1	6,7	15	100
24° (n=3)	17	100	0	0	17	100
25° (n=3)	16	100	0	0	16	100
26° (n=1)	4	100	0	0	4	100
27° (n=1)	3	100	0	0	3	100
28° (n=1)	5	100	0	0	5	100
29° (n=1)	2	50	2	50	4	100
30° (n=1)	3	100	0	0	3	100
31° (n=1)	3	100	0	0	3	100
32° (n=1)	5	100	0	0	5	100
33° (n=1)	4	100	0	0	4	100
34° (n=1)	5	100	0	0	5	100
35° (n=1)	3	100	0	0	3	100
36° (n=1)	3	100	0	0	3	100
37° (n=1)	5	100	0	0	5	100
38° (n=1)	2	100	0	0	2	100
39° (n=1)	5	83,3	1	16,7	6	100
40° (n=1)	4	100	0	0	4	100
41° (n=1)	1	33,3	2	66,7	3	100
Total	1421		176		1597	

* Não = registro da posição do paciente no leito (Ex.: Paciente em decúbito dorsal) ou registro do reposicionamento do paciente sem especificar a posição adotada (Ex.: Feito mudança de decúbito).

** Sim = registro da ação de reposicionamento do paciente (descreve verbo de ação e especifica a posição adotada).

Os registros relacionados à posição do paciente no leito ou ao reposicionamento do paciente sem especificar a posição adotada (n=1421), identificados durante a análise da evolução de enfermagem dos prontuários dos pacientes internados na UTI, durante o período de coleta de dados, são exemplificados a seguir:

“Decúbito Lateral Direito cabeça 30 graus; períodos de confusão”.
(Paciente 4, Dia 4, 19:30)

“Semi-sentado no leito”. (Paciente 4, Dia 5, 13:20)

“*Posicionamento no leito*”. (Paciente 23, Dia 2, 10:00)

“*Mudança de decúbito*.” (Paciente 7, Dia 3, 16:00)

Os registros de enfermagem relacionados às ações de reposicionamento do paciente (n=176), ou seja, constando descrição de verbo de ação e posição assumida pelo paciente, são exemplificados nos trechos descritos abaixo:

“*Posicionamento no leito, mudança de decúbito para lateral E*” (Paciente 26, Dia 1, 16:20)

“*Posicionado em Decúbito Dorsal Elevado a 30°*” (Paciente 35, Dia 6, 14:20)

“*Mudança decúbito para lateral D*” (Paciente 34, Dia 6, 16:00)

“*Mudança de decúbito dorsal, cabeceira elevada a 30°*” (Paciente 15, Dia 2, 10:00)

5 DISCUSSÃO

5.1 Caracterização dos participantes segundo as variáveis demográficas e tempo de internação

A população do estudo foi composta por todos os pacientes admitidos na UTI, no período de 10 de junho a 07 de outubro de 2015 (120 dias), por um período mínimo de 48 horas, com idade igual ou maior do que 18 anos.

Os dados de caracterização dos pacientes em relação à idade, cor da pele e sexo foram selecionados por serem considerados fatores de risco em estudos nacionais, internacionais e *guidelines* para o desenvolvimento de LP.

Estudos epidemiológicos internacionais revelam prevalência média em hospitais da Dinamarca 15% (2,2- 35,5%), Irlanda 16% (4-37%) e Suécia de 25%, (0,04-42,7%) e incidência de 1,8% (1,4-2,7%), 11% (8-14,4%) e 20% (3,1-49%), respectivamente. Na Alemanha, a prevalência foi de 1.21% (n=2971) e a incidência de 0.78% (n=1914) nos anos de 2007 a 2011 (PETZ et al, 2017).

No Brasil, a incidência de LP em pacientes hospitalizados em diversos setores chega a 16,9%. Esses dados variam de 22,2% a 41,2% em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), devido ao grau de complexidade desta população (PETZ et al, 2017).

Foi possível observar neste estudo que 56,76% são do sexo masculino e brancos (78,4%), com predominância de até dez dias de internação (57,9%) e média de 11,9 dias (DP=8,7).

Estudo realizado em uma unidade de terapia intensiva, de hospital privado de Fortaleza, Ceará, Brasil, também identificou o predomínio do sexo masculino (55,6%) comparado ao sexo feminino (44,4%), implicando em uma associação significativa ($p=0,016$) entre o sexo e a escala de pontuação de risco. Além disso, a faixa etária dos pacientes incluídos no estudo variou de 35 a 86 anos, com média de 61,5 anos. Mais de um terço dos pacientes (36,5%) encontravam-se na faixa etária entre 50 a 64 anos, seguidos pelos 65 a 74 anos (28,6%) e de 14 a 49 anos (20,6%) (ARAÚJO et al., 2011).

Corroborando com outro estudo desenvolvido em duas UTIs de um hospital privado localizado em Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, dos 40 pacientes internados nas UTIs, 21 (52,5%) eram do sexo masculino e 19 (47,5%) feminino. Foi

identificada diferença estatisticamente significativa ($p=0,0267$) comparado ao sexo feminino, considerando a probabilidade de desenvolvimento de LP 4,3 vezes maior no sexo masculino. Observou-se, ainda, maior incidência no grupo de idade superior a 60 anos para o desenvolvimento de LP, devido ao maior tempo de permanência na unidade, comparada às outras faixas etárias (FERNANDES; TORRES; VIEIRA, 2008).

De acordo com Cho (2011) a idade média identificada no grupo em que ocorreu lesão por pressão foi de 64,1 anos; e 67,2% deles eram do sexo masculino. Ressalta-se que o tempo de permanência, na UTI, dos pacientes que desenvolveram a lesão, foi considerado aproximadamente três vezes maior comparado aos pacientes que não desenvolveram.

Estudo realizado em um Hospital Universitário de Vitória, Espírito Santo, Brasil, por um período de quatro meses, composto por uma amostra de 77 pacientes internados em UTI, evidenciou que 9 (53%) dos pacientes que desenvolveram LP, apresentaram idade > 60 anos 10 (59%), eram do sexo masculino 14 (82%) e de cor da pele branca 15 (88%) (BORGHARDT et al., 2015).

Ainda com relação ao estudo de Borghardt et al. (2015), a variável clínica tempo de internação > 10 dias, mostrou que 12 (71%) desenvolveram LP, com ($p<0,05$). A média do tempo de internação foi de 31,7 dias, variando de 5 a 110 dias, enquanto, no grupo dos que não desenvolveram LP, 47 (78%) permaneceram um período menor que 10 dias internados na UTI, com média de 7,3 dias, variando de 2 a 37 dias.

Entretanto, não foram identificadas evidências na literatura científica que justifiquem a influência do sexo no desenvolvimento da LP, pois pesquisas demonstram variações de prevalências tanto no sexo feminino quanto masculino, comparando-se os diferentes países, como Alemanha, Brasil, China (JIANG et al., 2014; PEREIRA et al.; 2013; SILVA et al., 2013).

A literatura revela que a população idosa possui maior propensão ao desenvolvimento de LP, devido às características da pele, influenciada pela diminuição ou perda da elasticidade, à hidratação cutânea insuficiente e à alteração na sensibilidade, além de fatores agravantes inerentes à existência de doenças crônicas (MORAES et al., 2014).

Quanto à cor da pele dos pacientes internados no período em que ocorreu a coleta de dados, o resultado obtido foi correspondente ao perfil do público atendido

no mês de setembro de 2014, nos hospitais do Estado de São Paulo, no qual 60,7% apresentaram pele de cor branca (BRASIL, 2015).

Em um estudo desenvolvido na UTI de um hospital privado de Curitiba, Paraná, Brasil, foram avaliados 99 participantes, classificados em três grupos: participantes que não desenvolveram LP durante a internação (n=79); participantes que desenvolveram LP durante a internação (n=5) e participantes que internaram com LP (n=15). Observou-se que dois pacientes que desenvolveram LP nesse período, apresentaram cor da pele branca, um pardo e dois negros; e do grupo de participantes que internaram com a lesão, treze pacientes apresentaram cor branca, dois pardos e zero negros (PETZ, et al., 2017).

Estudo desenvolvido em um hospital privado em Natal, Rio Grande do Norte, no qual a população incluída na pesquisa foi constituída por 78 pacientes, internados em UTIs, revelou que o intervalo de tempo de internação variou de 2 a 20 dias, com predominância de 1 a 7 dias (75,0%), seguido de 8 a 14 dias (15,0%) e mais de 14 dias (10,0%). Foi identificada associação estatisticamente significativa ($p=0,0358$) entre o tempo de permanência na unidade (após 7 dias) e ocorrência de LP, confirmando associação entre o período de internação, como um fator de risco para o desenvolvimento de LP (FERNANDES; TORRES; VIEIRA, 2008).

Corroborando com o estudo anterior, a incidência de LP em pacientes de uma UTI cardiopneumológica revelou que, o tempo de internação de pacientes que não desenvolveram LP foi menor, comparado aos pacientes que apresentaram LP, concluindo que a diferença foi estatisticamente significativa (CAMPANILI, 2015).

Considera-se que o tempo de internação na UTI depende de muitos fatores que vão desde a gravidade da doença, das exigências terapêuticas decorrentes das complicações, até questões financeiras; evidenciando a relevância da adoção de medidas preventivas efetivas para minimização dos fatores de risco para LP, decorrentes de internações prolongadas na UTI (GONÇALVES; PADILHA, 2007).

5.2 Caracterização dos pacientes segundo o escore de risco para lesão por pressão, associado ao escore de gravidade mensurado pelo APACHE

A avaliação do risco para desenvolvimento de LP, mensurada por meio de escalas, atua como ferramenta para adoção de ações preventivas (ARAÚJO et al., 2011). Deve ser realizada na admissão do paciente e pelo menos a cada 48 horas,

ou quando ocorrer alterações nas condições clínicas dos pacientes, principalmente em pacientes críticos, por apresentarem fatores de risco (FERNANDES; CALIRI, 2008; EPUAP; NPUAP, 2014).

Há em torno de 40 escalas para mensuração do risco para ocorrência de LP, como as escalas de Norton, Gosnell, Braden e Waterlow. A utilização dessas escalas como ferramenta de predição do risco para o desenvolvimento de LP permite estabelecer o diagnóstico por meio do raciocínio clínico, fornecendo subsídios para a elaboração do planejamento da assistência (ARAÚJO, 2011).

Foi obtido por meio do sistema informatizado de registros hospitalares, o escore diário de um instrumento que avalia o risco para o desenvolvimento de LP, a Escala de Braden; sendo observado que a maioria 18 (48,6%) dos pacientes apresentou risco elevado para LP (48,6%), com média de 11,69, e 35,1% apresentaram LP notificada no sistema de informação hospitalar. Vale destacar que não foi identificado valor estatisticamente significativo entre o risco e a ocorrência de LP ($p=0,293$).

A escala de Braden, desenvolvida por Braden e Bergstron, em 1987, é uma das mais utilizadas no Brasil. Um estudo de coorte prospectivo, realizado em um Hospital Universitário, investigou o risco para desenvolvimento de LP em UTI por meio da referida escala, revelando escore médio para aqueles com LP de 11 (alto risco), com mediana de 10 e variação de 6 a 19, havendo predomínio de indivíduos, 11 (59%) no nível de alto risco. Sendo que, para o grupo sem LP, o escore médio foi de 13,9, com mediana de 14, variação de 8 a 20, estando 41 (68%) deles com risco moderado (BORGHARDT et al., 2015).

Estudo realizado em uma instituição pública localizada na cidade de Petrolina, Pernambuco, Brasil, constituído por amostra de pacientes internados nos setores de CM (16 leitos) e UTI (25 leitos), foram avaliados por meio da Escala de Braden: 573 pacientes, 425 (74,17%) na Clínica Médica e 148 (25,83%) na UTI. Após mensuração do risco para desenvolvimento das LPs, verificado que 143 pacientes (24,95%) apresentaram risco alto para o desenvolvimento da lesão; 135 (23,56%) pontuaram risco moderado e aqueles com risco baixo totalizaram 295 (51,49%). Dos pacientes que apresentaram alto risco para desenvolvimento de LPs, 111 (77,62%) estavam internados na UTI e 32 (22,38%) na Clínica Médica, no período do estudo (SIQUEIRA et al., 2015).

Estudo observacional, realizado em um hospital de grande porte de Belo Horizonte – MG, identificou que 50% dos pacientes que desenvolveram LP foram classificados por meio do escore Braden, com risco muito elevado. Entretanto, três pacientes que apresentaram baixo risco, desenvolveram LP, possibilitando o questionamento de ocorrência de falhas nas medidas de prevenção propostas pela unidade (OLIVEIRA, 2012).

Nesse estudo foi possível identificar, por meio dos registros de enfermagem, o uso de medidas preventivas associado ao desenvolvimento de LP, com enfoque no reposicionamento dos pacientes. Foi identificada correlação negativa e significância estatística ($p=0,0245$) entre a frequência de registros de reposicionamento e o escore de Braden, ou seja, os pacientes com maior risco para LP (escores menores) apresentaram maior frequência de registros de reposicionamentos.

Pela pesquisa transversal e prospectivas relacionadas às medidas preventivas associadas às boas práticas assistenciais, os dados mostram que não houve diferença significativa dos escores da Escala de Braden em relação à mudança de decúbito, visto que o valor $p=0,076$, embora, os pacientes submetidos à mudança de decúbito de 2 em 2 horas (41,05%) apresentassem maior risco em relação aos não submetidos a ela (BARBOSA et al., 2014), corroborando com o resultado deste estudo.

Em outro estudo realizado em um hospital universitário, situado no interior de São Paulo, os pacientes foram divididos em três grupos, no grupo 1 com 40 indivíduos (que desenvolveram LP após admissão na UTI), sendo que no primeiro dia foi registrado a mudança de decúbito em 20 (50%) dos prontuários dos pacientes; já no grupo 2 havia 252 pacientes, os quais não desenvolveram LP em nenhum momento, pois foi constatado, no primeiro dia de observação, o registro de mudanças de decúbito em 79 prontuários. No grupo 3, com 54 pacientes que já foram admitidos na UTI com LP, foi constatado no primeiro dia de observação, o registro da mudança de decúbito em 70% dos prontuários dos pacientes. Pode-se concluir que os pacientes admitidos com LP receberam mais medidas preventivas do que os outros (SIMÃO, 2010), assim como mostram os resultados desta pesquisa.

Uma pesquisa quantitativa, exploratório-descritiva, na modalidade de estudo de caso, realizada em um Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, durante 30 dias de coleta de dados, identificou realização de 656 (100%) atividades de

prevenção de LP, sendo 386 (58,84%) mudanças de decúbito/posicionamentos no leito, 148 (22,56%). Na UTI, a duração das 156 mudanças de decúbito/posicionamentos no leito, variou entre 0,83 e 11,38 minutos, com média de 4,35 (DP= 2,22) (LIMA, CASTILHO, 2015).

De acordo com a literatura, a adoção de medidas de intervenção de enfermagem está associada com menor risco para o desenvolvimento de LP, como mudar o decúbito e/ou reposicionar, sistematicamente, o paciente; bem como, a utilização de travesseiros ou coxins de espuma que protejam as proeminências ósseas (como joelhos, tornozelos e calcanhares), o uso de colchões especiais com a finalidade de aliviar a pressão (RIDLING et al., 2011).

Um Estudo realizado em hospital de ensino de porte especial, situado em São José do Rio Preto, no interior do Estado de São Paulo, em três UTIs: geral, convênio, e emergência, denominadas por UTI A, B e C, respectivamente, sendo 190 pacientes observados no período da pesquisa, revelou determinadas medidas preventivas associadas à prevenção das LPs, 78 (41,05%) eram mudados de decúbito de 2 em 2 horas e em 153 (80,53%) foram utilizados colchões piramidais. O uso de coxins foi observado somente em 58 (30,53%), ao passo que a hidratação da pele foi realizada em 124 (65,26%) (BARBOSA et al., 2014).

Na análise do conteúdo dos registros de enfermagem, sobre o reposicionamento dos pacientes durante a internação na UTI, foi identificada predominância de registros relacionados à posição do paciente no leito ou sobre o reposicionamento sem especificar a posição adotada (n=1421), identificados durante a análise dos prontuários exemplificados a seguir:

-“Acomodado no leito, entubado, em Ventilação Mecânica” (Paciente 5, Dia 1, 22h50min);

-“Paciente no leito” (Paciente 8, Dia 1, 20h00);

-“Realizada mudança de decúbito” (Paciente 12, Dia 3, 18h15min);

-“Posicionada no leito” (Paciente 26, Dia 4, 15h20min).

As recomendações e diretrizes estabelecidas quanto à mobilização e reposicionamento frequente do paciente que apresenta risco para desenvolvimento de LP são essenciais para compreensão dos mecanismos de formação da lesão, bem como, do papel exercido pela intensidade e duração da pressão na ocorrência da isquemia tissular (NPUAP, 2016).

Um Estudo observacional, prospectivo e comparativo, com abordagem quantitativa, realizado em uma UTI Gera l Adulto de Hospital de Ensino, em João Pessoa, Paraíba, em 2013, constatou que a construção e a implementação de um protocolo de prevenção de LP, composto por um conjunto de recomendações, influenciou a prática dos profissionais de enfermagem de uma UTI. Na fase posterior à utilização do protocolo, as ações preventivas foram realizadas com maior frequência (VASCONCELOS; CALIRI, 2017).

Sobre esse aspecto, em recente revisão da literatura, autores encontraram que a percepção dos profissionais sobre a instabilidade hemodinâmica dos pacientes críticos pode ser importante barreira para início ou progressão de um protocolo de mobilização (MATOS et al., 2016).

Nesta pesquisa, a maioria dos participantes apresentou risco elevado para lesão por pressão e escore médio de gravidade (risco de mortalidade estimado) de 54% (DP=28,8) na admissão e 54% (DP=35,2) na alta. Do total, 43,2% evoluíram para óbito. Na análise dos escores de risco para LP (Braden) e gravidade na entrada (APACHE–E) e na saída (APACHE–S) da UTI, segundo o sexo, LP notificada e evolução para óbito entre os participantes da pesquisa, foram identificados valores estatisticamente significantes.

Um estudo prospectivo e longitudinal, realizado em uma unidade de cuidados intensivos de um hospital público, da cidade de Salvador, Bahia, apontou que o APACHE II para a população incluída no estudo foi de $28,5 \pm 7,3$, sendo assim, a população que participou do estudo foi caracterizada como grave, com mortalidade elevada em 24 horas (JUNIOR et al., 2014).

Estudo realizado no Hospital das Clínicas (HC), da Faculdade de Medicina de São Paulo (FMUSP), tratou da avaliação da gravidade nas primeiras 24h da admissão, o APACHE II médio foi de 16,2%. Pelo APACHE a mortalidade hospitalar esperada seria de aproximadamente 23,5%. A taxa de mortalidade da UTI e hospitalar para as admissões estudadas foi respectivamente de 19,8% e 24,8%, ultrapassando a mortalidade hospitalar esperada. Dos 195 pacientes, 40 foram a óbitos nas UTIs e outros 8 morreram no hospital após a alta da UTI, totalizando 48 óbitos, fato que revela elevado índice de mortalidade (24,6%) dos casos (MORO; CALIRI, 2016).

Outro estudo, prospectivo-observacional, realizado na UTI de adultos clínica/cirúrgica, do Hospital Agamenon Magalhães (HAM), no qual 31 pacientes

admitidos na UTI Geral foram incluídos, foram identificados nove óbitos (29%). A idade média dos indivíduos estudados foi de $47,6 \pm 17,3$ anos (mínima de 21 e máxima 88), não havendo diferença significativa, apesar de se constatar maior média de idade no grupo que incorreu em óbito. Quando considerado o tempo de internação maior ou igual a sete dias, relacionado ao índice de gravidade (APACHE II), a previsão de mortalidade de 40% foi equivalente ao que tem sido (HISSA, HISSA e ARAÚJO, 2013).

Segundo Cardoso, Chiavone e Apache (2013), o APACHE II - SAÍDA possibilitou prever a mortalidade após alta da UTI, demonstrando um instrumento seguro e de boa calibração. Além disso, demonstrou ser útil para classificação de pacientes que apresentaram maior risco de óbito, após saída da UTI. Desse modo, torna-se fundamental que os profissionais de saúde dediquem atenção especial a tal fato, para que seja possível a gestão de recursos de maneira adequada.

Verifica-se que os pacientes portadores de LP, em sua maioria, evoluem a óbito, sendo assim, a gravidade das condições clínicas permite análise de aspectos importantes da ocorrência, bem como, o tempo de permanência, comorbidades, perfil metabólico, entre outros fatores de risco que influenciam no desenvolvimento da LP (KOURY, 2007).

5.3 Qualidade dos registros de enfermagem como subsídios para as práticas de enfermagem realizadas

Na análise do conteúdo dos registros realizados diariamente pela equipe de enfermagem, foi identificada predominância de registros relacionados à descrição da posição do paciente no leito e registro da ação de reposicionamento do paciente sem especificar a posição.

Os avanços do processo de implantação dos registros, no prontuário eletrônico do paciente, na instituição onde foi realizada a pesquisa, culminou, atualmente, na adoção dos registros de enfermagem totalmente informatizados e realizados, exclusivamente, no prontuário eletrônico do paciente. Dessa maneira, na análise do conteúdo dos registros das ações de enfermagem, relacionadas ao reposicionamento dos pacientes, vale considerar as recomendações da Norma ISO-18104-2016.

Segundo as recomendações da Norma ISO-18104-2016 (p.23), os registros de enfermagem “pode conter ações que ocorreram no passado, que estejam atualmente em andamento, que foram interrompidas antes de sua conclusão, que estão planejadas para o futuro, etc.”. No entanto, deve ser gerenciada a diferenciação destes “status de ação”, seja na terminologia ou no modelo de ação. Ademais, vale considerar que as ações de enfermagem são frequentemente “representadas em expressões compostas como verbos ou frases verbais”.

O registro da posição que o paciente foi encontrado, somado à descrição do verbo relacionado à ação de reposicionamento e da posição adotada permite a avaliação da efetividade das ações preventivas para LP previamente adotadas e a continuidade destas ações no processo da assistência de enfermagem. A descrição da posição prévia e da posição adotada mostra-se relevante diante da necessidade de frequentes reposicionamentos dos pacientes por diferentes profissionais para viabilizar a assistência em UTI ao longo do dia.

Nesse sentido, os registros de enfermagem são constituídos por meio da sistematização das ações desempenhadas pela equipe, como procedimentos, orientações e assistências que foram executados no período. Devem revelar as condições de saúde dos pacientes inseridos no contexto hospitalar, informações que possibilitem a continuidade do cuidado, bem como intercorrências e melhoras no estado geral, para possível encaminhamento a outro tipo de assistência mais especializada (COFEN, 2016).

A informação descrita de forma completa e organizada é elemento fundamental para o alcance da assistência de qualidade e gerenciamento em saúde. A disponibilização de informações insuficientes atribuídas a registros incompletos interferem de maneira negativa no planejamento do cuidado, na tomada de decisão e na continuidade da assistência entre os diversos contextos da prática (BRASIL, 2016).

O código de Ética dos Profissionais de Enfermagem trata da responsabilidade e dever de “registrar no prontuário do paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo cuidar”, em especial, “prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas, necessárias para assegurar a continuidade da assistência”. As anotações de enfermagem caracterizam-se como instrumentos para comprovação das práticas desenvolvidas no cenário hospitalar e devem ser respaldadas por princípios éticos, legais, técnicos e científicos (COFEN, 2007, s/p.).

O preenchimento incompleto observado nas anotações de enfermagem pode ter relação direta com a necessidade da equipe de enfermagem em priorizar suas ações, considerando a gravidade do paciente admitido na UTI. Esse fato implica em prejuízo, inclusive, para a equipe de saúde, pois é fundamental que as atividades executadas sejam registradas para a continuidade do cuidado oferecido ao cliente, bem como, à assistência de qualidade (PADILHA et al., 2014).

A realização de registros incompletos sobre os cuidados relacionados à LP implica em prejuízo no cuidado por parte da equipe de enfermagem, pois interfere na sua evolução e tratamento, visto que para a sua continuidade são necessárias informações suficientes e exatas sobre as condutas tomadas e a evolução diária das suas características (VITURI; MATSUDA, 2008).

Estudo transversal realizado em um hospital universitário de grande porte, localizado no sul do Brasil, realizou análise das evoluções de enfermagem durante a permanência de 188 pacientes com risco para desenvolvimento de lesão por pressão, verificando que 36 (19%) deles apresentaram registros como, por exemplo, hiperemia sacral, curativo com hidrogel e trocâter e uso de papaína em lesão glútea, que apontaram ocorrência da lesão durante o período de internação. Dos 36 que apresentaram descrição de sinais e sintomas das LPs nas anotações, 17 (47,2%) deles apresentaram lesão por pressão grau I e 19 (52,8%) com lesão grau II ou mais (SANTOS et al., 2013).

Ainda com relação ao estudo, verificou-se que para a mesma amostra de 188 pacientes, houve comunicação de desenvolvimento de LP, por meio da notificação no sistema de indicador de qualidade assistencial, em apenas 6 (3%) deles, indicando subnotificação de LP no indicador de qualidade assistencial (SANTOS et al., 2013).

De acordo com Gunningberg e Ehrenberg (2004), a prevalência das lesões por pressão, obtidas por meio da auditoria dos registros, implicou em uma diferença significativa entre o número de lesões por pressão observadas e documentadas, ou seja, o exame físico evidenciou que 22,4% dos pacientes apresentaram lesão por pressão grau I e apenas 6,5% dos registros em prontuários mostraram tais evidências. A localização das lesões descritas em prontuário foi de 57 (96,6%); no entanto, a classificação da lesão bem como, a dimensão, foram registradas em apenas alguns casos.

De acordo com Gunningberg, Fogelberg-Dahm e Ehrenberg (2009), de 71 registros em prontuários, 24 (33 a 8%) foram documentadas lesões por pressão grau I, 27 (38,2%) descreveram o tamanho e 36 (50,7%) evidenciaram que a enfermeira havia realizado uma avaliação de risco, seja com base no julgamento clínico ou instrumento válido.

Em um estudo de revisão bibliográfica foi observado elevado percentual de não-preenchimento no subitem “registro de realização de exame físico”, uma vez por período, nas anotações que ocorrem nas Unidades de Terapia Intensiva. Ressalta-se que, o exame físico é o principal procedimento que subsidia o planejamento da assistência de enfermagem, e o baixo percentual de realização verificado neste estudo, pode ser um indicativo de que a SAE está sendo realizada de maneira incompleta ou incorreta (PADILHA; MATSUDA, 2011).

Em um estudo realizado em um hospital municipal, localizado na cidade de Teresina - PI, os resultados permitem reflexões quanto à importância dos registros de enfermagem, já que apontam lacunas, principalmente nos cuidados voltados aos pacientes que se submeteram a procedimento cirúrgico, no que diz respeito à realização de curativos e simples mudanças de decúbito (SOUSA et al., 2014).

De acordo com Simão (2010), no que se refere ao registro da presença de LP, foi encontrado um número total de 464 observações, sendo 397 (85,5%) de registros corretos e 32 (7%) de registros incorretos. A ausência de registro no prontuário, sobre a presença de LP, foi de 35 (7,5%) observações. O presente estudo corrobora os resultados obtidos das pesquisas acima, sobre a importância dos registros que favorecem o planejamento, a continuidade e a avaliação da efetividade das ações preventivas para LP.

Considerando as condições expostas, é fundamental que a equipe de saúde da unidade estudada identifique a necessidade de investimentos para qualificação dos registros no prontuário do paciente, com a finalidade de propor estratégias que os instrumentalizem para a realização desta atividade.

O alcance da qualidade dos registros de enfermagem pode ocorrer por meio de roteiros ou itens a serem contemplados que, provêm dos cuidados prestados no período. Para interpretação adequada, fazem-se objetivos concisos, exatos, atuais, completos, legíveis, discretos, que não contenham erros ou rasuras, nem espaços em branco e, ao final, contenham a assinatura legível de quem os redigiu (MATSUDA et al, 2007).

O processo de enfermagem (PE) destaca-se por ser considerado ferramenta que visa à organização e sistematização da assistência, com base no raciocínio clínico (LUCENA et al., 2011). Possui cinco etapas, dentre elas, o diagnóstico de enfermagem (DE), o qual se refere à análise e síntese dos dados coletados e pode ser descrito pelo uso de um sistema de classificação que define termos padronizados (ALMEIDA et al., 2008).

Um estudo realizado por Costa, Meirelles e Erdmann (2013), com enfermeiros que compõem o comitê de gestão de risco de um hospital privado, mostrou que a comunicação escrita e verbal dos eventos adversos, por meio dos registros e notificações, foi identificada como prática que dá subsídios para conhecimento da realidade e levantamento dos problemas, visando à melhoria contínua.

As atividades que envolvem a avaliação da gestão dependem da disponibilidade de informações completas e objetivas, pois é por meio dos registros que ocorre o embasamento das decisões e práticas de saúde, no sentido de subsidiar melhor assistência possível. Ressalta-se a importância de o prontuário do paciente estar associado ao contexto no qual está inserido, considerando os aspectos históricos, científicos, sociais e assistenciais, levando em conta que essas informações interferem na produção dos conteúdos informacionais (GALVÃO, RICARTE, 2012).

A qualidade em saúde está intimamente relacionada com a auditoria e tem como finalidade registrar, adequar, analisar e controlar, atendendo às exigências e as necessidades dos pacientes. A auditoria é um processo de avaliação da qualidade dos cuidados da assistência prestada, sendo esta verificada, em sua maioria, por meio de registros em prontuário dos profissionais ou observação in loco do paciente, sendo os clientes os mais beneficiados com uma assistência de maior qualidade e segurança (MAIA et al., 2017).

A assistência em desacordo com padrões aceitáveis de qualidade pode gerar graves consequências e desconforto para o paciente. Nesse contexto, o processo de avaliação dos cuidados prestados se justifica pelo fato de prevenir possíveis riscos ou prejuízos que venham a acometer os clientes. Diante disso, tornam-se fundamentais a aplicação da auditoria e uma gestão de qualidade (MAIA et al., 2017).

Assim como os demais gestores, compete aos enfermeiros o gerenciamento do serviço ou unidade e a divulgação dos resultados alcançados por meio de

indicadores. Independentemente dos programas de qualidade e modelos avaliativos a serem adotados, considera-se importante que a equipe de enfermagem mantenha compromisso com a assistência, assegurando a qualidade do cuidado prestado e, principalmente, a satisfação do cliente e seus familiares, uma vez que gera impacto direto nos resultados. A avaliação qualitativa de um serviço é uma estratégia administrativa potencialmente poderosa que, se utilizada de forma adequada, pode tornar-se fundamental para a organização (MAIA et al., 2017).

6 CONCLUSÃO

Trinta e sete indivíduos participaram do estudo, sendo a maioria do sexo masculino 21 (56,8%), brancos 29 (78,4%), na faixa etária de 60 a 79 anos 18 (48,6%) e média de 55,6 anos (DP=17,5), com predominância de até dez dias de internação 22 (57,9%) e média de 11,9 dias.

Obteve-se que a maioria dos pacientes apresentou risco elevado para desenvolvimento de LP (48,6%) e escore médio de gravidade, de 54% na admissão e 54% na alta. Do total, 13 (35,1%) apresentaram LP notificada no sistema de informação hospitalar e 16 (43,2%) evoluíram para óbito.

Na análise dos escores de risco para LP, obtidos por meio da escala de Braden e gravidade na entrada (APACHE-E) e saída (APACHE-S) da UTI, segundo o sexo, LP notificada e evolução para óbito entre os participantes da pesquisa, foram identificados valores estatisticamente significantes. Com exceção das variáveis: risco para LP e sexo (0,1867), risco para LP e LP notificada (0,2930).

Na análise dos valores percentuais de reposicionamento dos pacientes segundo o sexo, LP notificada e evolução para óbito, não foram identificados valores estatisticamente significantes.

Identificada correlação negativa e significância estatística ($p=0,0245$) entre a frequência de registros de reposicionamento e o escore de Braden, ou seja, os pacientes com maior risco para LP (escores menores) apresentaram maior frequência de registros de reposicionamentos.

Na análise do conteúdo dos registros de enfermagem sobre o reposicionamento dos pacientes durante a internação na UTI foi identificada predominância de registros relacionados à posição do paciente no leito ou sobre o reposicionamento sem especificar a posição adotada ($n=1421$).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfoque na qualidade dos registros das ações de enfermagem favorece a boa comunicação, o gerenciamento e avaliação dos resultados alcançados pelos profissionais da equipe de saúde, viabilizando a investigação dos motivos desencadeantes dos diferentes desfechos, efetivação de estratégias de promoção da qualidade e segurança da assistência ao paciente crítico.

Considerando os resultados obtidos por meio do atual estudo, pode-se concluir que o registro de enfermagem constitui-se um instrumento valioso no que diz respeito à disponibilidade do conteúdo produzido pela equipe, com base no estado de saúde do paciente, permitindo acesso a todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado.

Espera-se que os registros de enfermagem forneçam dados suficientes e completos sobre os cuidados de enfermagem prestados, especialmente aqueles direcionados à prevenção e avaliação de risco das LPs, a fim de garantir a continuidade e qualidade da assistência. Além disso, as anotações de enfermagem de forma adequada permitem subsidiar a tomada de decisão.

A notificação das LPs identificadas permite que a instituição tenha uma visão da qualidade e da eficácia da assistência prestada. Sua incidência tem se constituído um importante indicador de qualidade assistencial de enfermagem, tornando possível avaliar os casos quanto a sua distribuição, os pacientes mais vulneráveis e os locais em que são mais frequentes. Esse indicador permite orientar ações de prevenção à lesão, subsidia o planejamento da assistência e gestão, além de orientar ações educativas à equipe de enfermagem.

Nesse contexto, a auditoria de enfermagem constitui-se ferramenta essencial para o gerenciamento da utilização dos recursos disponíveis para atendimento, avaliando de forma crítica, a qualidade da assistência prestada, fato que permite a adoção de novas estratégias, melhor planejamento e obtenção de controle de custos para o alcance de resultados pretendidos.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Investigação de eventos adversos em serviços de saúde**. Brasília, DF, 2013a. (Série Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde).

_____. **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília, DF, 2013b. (Série Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde).

ALMEIDA, M. A. et al. Diagnósticos de enfermagem e intervenções prevalentes no cuidado ao idoso hospitalizado. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n.4, p.707-711, 2008.

ARAÚJO, T. M. et al. Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n. 1, p. 58-63, jan-mar; 2001.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **Estruturas de categorias para a representação de diagnósticos de enfermagem e ações de enfermagem em sistemas de terminologia**. ABNT – NBR ISO 18104:2016. Informática em saúde, 2016.

BARBOSA, T. P.; BECCARIA, L. M.; POLETTI, N. A. A. Avaliação do risco de úlcera por pressão em UTI e assistência preventiva de enfermagem. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 353-8, mai/jun, 2014.

BAKKEN, S. et al. ISO reference terminology models for nursing: applicability for natural language processing of nursing narratives. **International Journal of Medical Informatics**. v. 74, n.7-8, p. 615–622, jul-ago, 2005.

BECCARIA, L. M. et al. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v.21, n.3, p. 276-282, 2009.

BORGHARDT, A. T. et al. Avaliação das escalas de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos: uma coorte prospectiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 1, p. 28-35, Fev., 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS n. 1071, de 4 de julho de 2005**. Determina que a Secretaria de Atenção à Saúde submeta à Consulta Pública a minuta da Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 8 Jul., 2005.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Informações de saúde. Tecnologia da Informação a Serviço do Sistema Único de Saúde (SUS). Morbidade hospitalar do SUS por local de internação - São Paulo. **Valor total por ano atendimento segundo cor/raça**.

Período: set/2014. Brasil, 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nisp.def>>. Acesso em: 02 mar. 2016.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática** /Agência Nacional de Vigilância Sanitária.– Brasília: Anvisa, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão.** Brasília, DF, 2013b. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/Segurancadopaciente/index.phppublicacoes/item/ulcera-por-pressao>>. Acesso em: 09 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde.** Brasília: MS; 2016.

_____. Ministério da Saúde. ANVISA. RDC nº 7 de 24 de Fevereiro de 2010. **Dispõe Sobre os Requisitos Mínimos para Funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária]. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/RDC%20N%C2%BA%207-2010.pdf>>. Acesso em 09 de junho de 2016.

BRENNAN, T. A. et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results from the Harvard Medical Practice Study I. **N Engl J Med.**, v. 324, n. 6, p. 370-76, 1991.

CAMPANILI, T. C. G. F. et. al. Incidência de úlceras por pressão em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva Cardiopneumológica. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. s/n, p. 7-14, 2015.

CARDOSO, L. G. S.; CHIAVONE, P. A. APACHE II medido na saída dos pacientes da Unidade de Terapia Intensiva na previsão da mortalidade. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 811-19, 2013.

CARRIJO, A. R.; OGUISSO, T. Trajetória das anotações de enfermagem: um levantamento em periódicos nacionais (1957-2005). **Rev Bras Enferm.**, v. 9, n. 5, p. 454-8, 2006.

CARVALHO, E. C. Nursing taxonomy and studies of efficacy and effectiveness: a challenge. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 667-8, 2010.

CHAUDHRY, B. et. al. Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care. **Ann Intern Med** v.144, n. s/n, p. 742-752, 2006.

CHO, I. et al. Exploring practice variation in preventive pressure-ulcer care using data from a clinical data repositior. **International journal of medical informatics.** v. 80, n. s/n, p. 47–55, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução n. 272 de 27 de agosto de 2002.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas Instituições de Saúde Brasileiras. Boletim COFEN normas e notícias. v. 22, p. 4-5, 2002.

_____. **Resolução COFEN nº 429.** Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da enfermagem, independentemente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. Rio de Janeiro, 2012.

_____. **Guia de recomendações para os registros no prontuário do paciente.** O Guia de recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente compõe o anexo da Resolução Cofen 514/2016. Rio de Janeiro, 2016.

_____. **Código de ética dos profissionais de enfermagem.** O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem compõe como anexo a Resolução Cofen 311/2007. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<https://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelink.php?numlink=1-39-34-2007-02-09-311>>. Acesso em: 22 fev. de 2016.

COSTA, I. G. Incidência de úlcera por pressão em hospitais regionais de Mato Grosso, Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 4, p. 693-700, 2010.

COSTA, V. T.; MEIRELLES, B. H. S.; ERDMANN, A. L. Melhores práticas do enfermeiro gestor no gerenciamento de risco. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 5, p. 1165-1171, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692013000501165&lang=pt>. Acesso em: 22 fev. de 2016.

CUBAS, M. R. et. al. The ISO 18.104:2003 as integrative model of nursing terminologies. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n. 4, p. 669-74, 2010.

FARACO, M. M., ALBUQUERQUE G. L. Auditoria do método de assistência de enfermagem. **Rev Bras Enferm.** v. 57, n. 4, p. 421-4, 2004.

FEIJÓ, C. A. R. et al. Gravidade dos pacientes admitidos à Unidade de Terapia Intensiva de um hospital universitário brasileiro. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 18, n. 1, p. 180-21, 2006.

FERNANDES, L. M. **Úlcera de pressão em pacientes críticos hospitalizados: uma revisão integrativa da literatura.** 2000, 186 fl., + 1CD ROM. Dissertação (Dissertação em Enfermagem Fundamental). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; Ribeirão Preto, 2000.

FERNANDES, L. M.; CALIRI, M. H. C. Uso da escala de Braden e de Glasgow para identificação do risco para úlceras de pressão em pacientes internados em centro de terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 6, p. 973-978, 2008.

FERNANDES, L. M.; CALIRI, M. H. L.; HAAS, V. J. Efeito de intervenções educativas no conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção de úlceras por pressão. **Acta Paul. Enferm.**, v. 21, n. 2, p. 305-11, 2008.

FERNANDES, N. C. S.; TORRES, G. V.; VIEIRA D. Incidência e fatores de risco de úlceras de pressão em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva. **Ciênc Cuid Saúde**, v. 7, n. 3, p. 304-310, jul./set., 2008.

FILHO, A. S. Q. et al. Fundação de Ensino e Pesquisa e Ciências da Saúde – FEPECS: **Organização e gerência de serviços de saúde**. 1.ed. Brasília: Gerav, 2012. Disponível em: <<http://escs.edu.br/arquivos/modulo301enf2012.pdf>>.

FONSECA, A. S. et. al. Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão assistencial na atividade hospitalar. **Mundo Saúde**. v. 29, n. 2, p. 161-9, 2005.

FORTALEZA, C. R.; MELO, E. C.; FORTALEZA, C. M. C. B. Nasopharyngeal colonization with methicillin-resistant staphylococcus aureus and mortality among patients in an intensive care unit. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 17, n. 5, p. 677-82, 2009.

GALVÃO, M. C. B.; RICARTE, I. L. M. **Prontuário do Paciente**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

GALVÃO, C.R. Estudo do papel da auditoria de enfermagem para redução dos desperdícios em materiais e medicamentos. **Mundo Saúde**, v. 26, n.2, p. 275-82, abr./jun., 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a20v6n5.pdf>>.

GONÇALVES, L. A.; PADILHA, K. G. Fatores associados à carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 4, p. 645-52, 2007.

GUBIANI, J. S.; ROCHA, R. P.; D'ORNELLAS, M. C. Interoperabilidade semântica do prontuário eletrônico do paciente. In: SIMPÓSIO DE INFORMÁTICA DA REGIÃO CENTRO DO RS: **ANAIS**, 2, 2003.

GUNNINGBERG, L.; EHRENBURG, A. Accuracy and Quality in the Nursing Documentation of Pressure Ulcers. **J WOCN**, v. 31, n. 6, p. s/p, nov/dec, 2004.

GUNNINGBERG, L.; FOGELBERG-DAHM, M.; EHRENBURG, A. Improved quality and comprehensiveness in nursing documentation of pressure ulcers after implementing an electronic health record in hospital care. Blackwell Publishing Ltd, **Journal of Clinical Nursing**, v.18, p.1557–64, 2009

HISSA, P. N. G.; HISSA, M. R. N.; ARAÚJO P. S .R. Análise comparativa entre dois escores na previsão de mortalidade em unidade terapia intensiva. **Rev Bras Clin Med**, v.11, n. 1, p. 21-6, 2013.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION – ISO

18104:2014. **Health informatics – categorial structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems.** ISO/TC 215 Health Informatics. Genebra: ISO, 2014.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION - ISO 18104:2003. **Health informatics: integration of a reference terminology model for nursing:** Geneva (Switzerland), 2003. Disponível em: <http://www.iso.org/iso/iso_catalogue/catalogue_tc/catalogue_detail.htm?csnumber=33309>. Acesso em: 27 de janeiro de 2016.

JIANG, Q. et al. The incidence, risk factors and characteristics of pressure ulcers in hospitalized 7. patients in China. **Int J Clin Exp Pathol**, v. 15;7, n. 5, p. 2587-94, 2014

Disponível em: <<http://www.ijcep.com/files/ijcep1402017.pdf>>.

JORGE, M. J.; CARVALHO, F. A.; MEDEIROS, R. O. Esforços de inovação organizacional e qualidade do serviço: um estudo empírico sobre unidades hospitalares. **Rev. Adm. Pública** – Rio de Janeiro. v. 47, n. 2, p. 327-356, mar/abr, 2013.

Disponível em: <scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122013000200003>. Acesso em: 21dejunho de 2016.

KNAUS, W. A., et. al. APACHE - acute physiology and chronic health evaluation: A physiologically based classification system. **Critical Care Medicine**. v. 9, n. 8, p. 591-7, 1981.

KNAUS, W. A.; ZIMMERMAN J. E.; WAGNER D. P.; e col. APACHE – acute physiology and chronic health evaluation: a physiologically based classification system. **Critical Care Medicine**, v. 9, n. 10, p. 85, 1985.

KOHN, L. Y.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **Committee on quality of health care in America. To err is human: building a safer health system.** Washington DC: National Academy Press, 2000.

KORPMAN, R. A. Patient Care Automation: The future is now; Part 3. The five rules of automation. **Nursing Economics**, v. 8, n. 5, p. 345-349, 1990.

KOURY, J. C. A.; LACERDA, H. R.; BARROS, A. J. N. Fatores de risco associados à mortalidade em pacientes com sepse em unidade de terapia intensiva de hospital privado de Pernambuco. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo , v. 19, n. 1, p. 23-30, mar. 2007.

KURCGANT, P. **Administração em enfermagem.** São Paulo: EPU, 1994.

LAHMANN, N. A. et. al. **Friction and Shear highly associated with pressure ulcers of residents in long-term care** - Classification Tree Analysis (CHAID) of Braden Scale. **J Eval Clin Pract.** p. 168-73, 2011.

LIMA, A. F. C.; CASTILHO, V. Mobilização corporal para prevenção de úlceras por pressão: custo direto com pessoal. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 68, n.

5, p. 930-6, set/out, 2015.

LUCENA, A. F. et al. Clinical profile and Nursing Diagnosis of Patients at Risk of Pressure Ulcers. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 523-530, 2011.

MAIA, A. B. B. et. al. Compilação técnico-científica acerca da auditoria e gestão de qualidade: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 3, p. 1489-94, mar., 2017.

MATOS, M. A. et. al. Existe diferença na mobilização precoce entre os pacientes clínicos e cirúrgicos ventilados mecanicamente em UTI? **Fisioter Pesqui**, v. 23, n. 2, p. 124-8, 2016.

MAGNAN, M. A.; MAKLEBUST, J. The effect of Web-based Braden Scale training on the reliability and precision of Braden Scale pressure ulcer risk assessments. **J. Wound Ostomy Continence Nursing**, v. 35, n. 2, p. 199-208, 2008.

MANZO B. F et al. Influência da comunicação no processo de acreditação hospitalar. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 1, p. 46-51, jan/fev, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n1/v66n1a07.pdf>.

MARIN, H. F. Terminologia de referência em enfermagem: a Norma ISO 18104. **Acta Paul. Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 445-48, 2009.

MARIN, H. F. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. **J. Health Inform.** v. 2, n. 1, p. 20-24, jan/mar, 2010.

MARIN, H. F.; PERES, H. H. C.; DAL SASSO, G. T. M. Análise da estrutura categorial da Norma ISO 18104 na documentação em Enfermagem. **Acta Paul. enfermagem.**, v. 26, n. 3, p. 299-306, 2013.

MATOS, S. S. et al. Um olhar sobre as ações do enfermeiro no processo de acreditação hospitalar. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 418-424, 2006.

MATSUDA, L. M.; CARVALHO, A. R. S.; ÉVORA, Y. D. M. Anotações/Registros de enfermagem em um hospital-escola. **Ciência Cuidado Saúde**; v. 6 , n. 2, p. 337-346, 2007.

MOORHEAD, S.; JOHNSON, M.; MAAS, M. **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)**. 3 ed. Porto Alegre: Artemed, 2008.

MORAES, G. L. A. et. al. Evaluation of the risk for pressure ulcers in bedridden elderly at home. **Acta Paul Enfermagem**, n. 25, v.1, p. 7-12, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe1/02.pdf>.

MORO, J. V.; CALIRI, M. H. L. Úlcera por pressão após a alta hospitalar e o cuidado em domicílio. **Escola Anna Nery**, n. 20, v. 3, jul/set, 2016.

MOURA G. M. S. S, et. al. Construção e implantação de dois indicadores de qualidade assistencial de enfermagem. **Ver Gaúcha Enfermagem**, n. 30, v. 1, p. 136-140, 2009.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP). **Pressure ulcer definition and stages**. Tradução Vera Conceição de Gouveia Santos; Maria Helena Larcher Caliri, 2007.

Disponível em: <<http://www.npuap.org>>. Acesso em: 21 jun. 2016.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP); EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (EPUAP), PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALIANCE (PPPIA). **Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline**. Osborne Park: Cambridge Media, 2014.

NEPOMUCENO, J. et. al. Impacto do internamento em unidade de cuidados intensivos na amplitude de movimento de pacientes graves: estudo piloto. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 65-70, mar., 2014.

NOGUEIRA, L. S. et al. Nursing Activities Score: Comparação com o índice APACHE II e a mortalidade em pacientes admitidos em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 19, n. 3, p. 327-330, 2007.

NONINO, E. A. P. M. **Avaliação da qualidade dos procedimentos de enfermagem – banho e curativo – segundo o grau de dependência assistencial dos pacientes internados em um hospital universitário**. 2006. 242 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

OLIVEIRA, J. F. Gestão de Tecnologias da Informação e da Comunicação na Saúde: uma análise sobre o uso do prontuário eletrônico. **Interface**, v. 9, n. 1, jan/jun, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório Mundial de Saúde 2008 – **Cuidados de saúde primários: agora mais que nunca**. Genebra, 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2008/em/index.html>> Acesso em 12 Julho 2009.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Ministerio de Sanidad y Política Social de España. Estudio IBEAS. **Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica**. Espanha, 2010.

Disponível em: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/INFORME_IBEAS.pdf>. Acesso em: 10 agosto de 2017.

PADILHA, E. F.; HADDAD, M. C. L.; MATSUDA, L. M. Qualidade dos registros de enfermagem em terapia intensiva: avaliação por meio de auditoria retrospectiva. **Cogitare enferm**, v.19, n. 2, p. 239-45, abr/jun, 2014.

PADILHA, E. F.; MATSUDA, L. M. Qualidade dos cuidados de enfermagem em terapia intensiva: avaliação por meio de auditoria operacional. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 4, p. 684-691, ago., 2011.

PAGLIARINI, F. C. **Identificação da carga de trabalho de enfermagem segundo o Nursing Activities Score (NAS) em Unidade de Terapia Intensiva de um hospital de ensino.** 2012. 113 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

PAVÃO, A. L. B. et al. Estudo de incidência de eventos adversos hospitalares. Rio de Janeiro, Brasil. **Rev Bras Epidemiol.** v. 14, n. 4, p. 651-61, 2011.

PEREIRA, L. C. et. al. Incidence of pressure ulcers in an intensive care unit of a public hospital. **Rev enferm UFPI**, v. 2, n. 4, p. 21-7, 2013.
Disponível em:< <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1325/pdf>>.

PETZ, F. F. C. et. al. ÚLCERA POR PRESSÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 1, p. 287-95, jan., 2017.

PINTO, M. J. S.; GUEDES, N. M. S.; BOHOMOL, E. Análise dos registros de enfermagem sobre úlcera por pressão em unidade de terapia intensiva. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**, v. 3, n. 1, p. 33-42, 2014.

PINTO, K. A.; MELO, C. M. M. A prática da enfermeira em auditoria em saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 3, p. 671-8, 2010.

RIDLING, D. et al. Protecting fragile skin: nursing interventions to decrease development of pressure ulcers in Pediatric intensive care. **Am. J. Crit. Care**, Aliso Viejo, v. 20, n. 1, p. 26-34, jan. 2011.

ROGENSKI, N. M. B.; SANTOS, V. L. C. G. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p. 474-480, jul/ago., 2005.

ROGENSKI, N. M. B.; KURCGANT, P. Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 2, p. 333-339, mar/abr., 2012.

RUNCIMAN, W. B. et. al. An integrated framework for safety, quality and risk management: an information and incident management system based on a universal patient safety classification. **Qual Saf Health Care**, n. 15, v. s/v, p. 82-90, 2006.

SANTOS, S. R. Sistema de informação em enfermagem: interação do conhecimento tácito-explícito. **Rev. Bras. Enferm**, v. 58, n. 1, p. 100-4, 2005.

SANTOS, C. T. et. al. Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 1, p. 111-118, 2013.

SANTOS, V. L. C. G.; SELLMER, D.; MASSULO, M. M. E. Inter rater reliability of Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) in patients with chronic leg ulcers. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 391-396, mai/jun., 2007.

SANTOS C. T. **Indicador de qualidade assistencial e processo de enfermagem como ferramentas de qualificação para o cuidado ao paciente com úlcera por pressão.** 2011. Monografia (monografia). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

SCARPARO F. A; FERRAZ C. A. Auditoria em enfermagem: identificando sua concepção e métodos. **Rev Bras Enferm**, v. 61, n. 3, p. 302-5, 2008.

SETZ, V. G.; D'INNOCENZO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta Paul Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 313-317, 2009.

Disponível em: <<http://scielo.br.php?script=sci-arttex&pid-S0103-2002009000300012&lng-em.>>

SHAHIN, E. S. M.; DASSEN, T.; HALFENS, R. J. G. Pressure ulcer prevention in intensive care patients: guidelines and practice. **Journal of evaluation in clinical practice**, v. 15, n. 2, p. 370-374, 2009.

SILVA, E. W. N. L. et al. Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera de pressão em unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, v. 22, n. 2, p. 175-185, 2010.

SILVA, M. L. N. et. al. Pressure ulcer in intensive care unit: analysis of incidence and injuries installed. **Rev. Rene**, v. 14, n. 5, p. 938-44, 2013.

Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1341/pdf_1>.

SIMÃO, C. M. F. **Úlcera por pressão em Unidades de Terapia Intensiva e conformidade das ações de enfermagem.** 2010. 135 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

SIQUEIRA, V. B. et. al. Risk factors for developing pressure ulcers according to the braden scale: evidence for the elderly. **Portuguese Rev Enferm UFPI**. v. 4, n. 1, p. 81-8, jan/mar., 2015.

SOUSA, L. R. M. et. al. A gestão dos registros de enfermagem de pacientes submetidos a procedimento cirúrgico em hospital geral. **R. Interd.**, v. 7, n. 2, p. 28-35, abr/jun, 2014.

TEIXEIRA, T. C. A.. **Análise da causa raiz de incidentes relacionados à segurança do paciente na assistência de enfermagem em unidades de internação, de um hospital privado, no interior do Estado de São Paulo.** 2012. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012. Acesso em: 14 de agosto de 2017.

TRAVASSOS, C.; CALDAS, B. A. A qualidade do cuidado e a segurança do paciente: histórico e conceitos. In: Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática.** Brasília: Anvisa, p.

19-27, 2013.

ÜLKER, E. E.; YAPUCU, G. Ü. A prospective, descriptive study of risk factors related to pressure ulcer development among patients in intensive care units. **Ostomia Wound Gerenciar**, v. 59, n. 7, p. 22-27, 2013.

VASCONCELOS, J. M. B.; CALIRI, M. H. L. Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, 2017.

VENTURINI D. A.; MARCON, S. S. Anotações de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital escola. **Rev. bras. enferm**, v. 61, n. 5, 2008 Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000500007>>._Acesso em: 13 de março de 2013.

VITURI, D.W; MATSUDA L. M. Os registros de enfermagem como indicadores da qualidade do cuidado: um estudo documental, descritivo-exploratório e retrospectivo. **Online Braz J Nurs**, v. 7, n. 1, 2008.

WOUND OSTOMY AND CONTINENCE NURSES SOCIETY (WOCN). **Guideline for prevention and management of pressure ulcers**. WOCN Clinical Practice Guidelines Series. Glenview (IL): WOCN, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) **Conceptual framework for The International Classification for Patient Safety**, 2009.
Disponível em: <<http://www.who.int/entity/patientsafety/taxonomy/icps-full-report.pdf>> Acesso em: 26 agosto de 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Paciente

Pesquisa: Relação entre risco de desenvolvimento de lesão por pressão, gravidade e complexidade assistencial em pacientes críticos.

Meu nome é Marta Cristiane Alves Pereira, enfermeira, responsável por esta pesquisa que tem como objetivo identificar a relação entre o risco para desenvolvimento da lesão por pressão (ferida na pele), a gravidade e complexidade assistencial de pacientes internados na unidade de terapia intensiva.

Convido você a participar desta pesquisa autorizando a consulta ao seu prontuário para analisar os dados clínicos, fisiológicos e laboratoriais que indicam suas condições de saúde, a assistência e os tratamentos recebidos, dados da internação, transferências, alta hospitalar e a observação para identificar as ações realizadas e registradas pela equipe de enfermagem para prevenção de lesão por pressão, como o posicionamento, uso de colchões especiais ou protetores da pele. Caso você concorde, a sua participação como voluntário da pesquisa é completamente livre e você pode recusar-se ou desistir a qualquer momento que desejar, sem que você ou seu tratamento seja prejudicado por isso. Informo que esses procedimentos não envolvem riscos ou danos diretos, mas podem causar desconforto em decorrência da observação, acesso ao seu prontuário e informações dos sistemas de informação hospitalar, e caso aconteça, poderá retirar seu consentimento a qualquer momento. Não haverá custos e você não receberá pagamento por sua participação na pesquisa, mas será garantido seu direito à indenização caso ocorra dano decorrente de sua participação na pesquisa, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa (Resolução CNS 466/2012, Item IV.3-h).

O resultado final da pesquisa será divulgado em eventos, publicações científicas, na mídia e similares, sendo preservadas as identidades dos participantes e da instituição de saúde.

A sua participação será importante para contribuir para o desenvolvimento de ações preventivas para lesão por pressão e de sistemas de informação compatíveis com a realidade dos serviços de saúde, necessidades dos pacientes e profissionais. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP (CEP/EERP-USP) que tem a função de proteger eticamente o participante de pesquisa. Está garantido o seu direito de esclarecimentos de dúvidas, antes, durante e após o desenvolvimento do estudo; sendo assim, poderá perguntar-me ou entrar em contato através do endereço e telefones descritos abaixo:

Pesquisadora: Marta Cristiane Alves Pereira (e-mail: martacris@eerp.usp.br) Fone: (16) 30153471 ou (16) 992125025. Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Horário de funcionamento: 2ª a 6ª feira das 8 às 17h - Fone: (16) 30153386 Endereço: Avenida Bandeirantes, 3900 – cep. 14040-902 - Ribeirão Preto=SP.

Declaro que, após ter sido esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que foi explicado, concordo livremente em participar do presente estudo, sei que posso

desistir da pesquisa a qualquer momento sem prejuízos ou danos. Recebi uma via deste documento, assinada pela pesquisadora responsável e tive oportunidade de discuti-lo com a mesma.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 201__.

Nome do participante

Assinatura do participante

Nome pesquisador

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE B
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Familiar

Pesquisa: Relação entre risco de desenvolvimento de lesão por pressão, gravidade e complexidade assistencial em pacientes críticos.

Meu nome é Marta Cristiane Alves Pereira, enfermeira, responsável por esta pesquisa que tem como objetivo identificar a relação entre o risco para desenvolvimento da lesão por pressão (ferida na pele), a gravidade e complexidade assistencial de pacientes internados na unidade de terapia intensiva.

Convido você a participar desta pesquisa autorizando a consulta ao prontuário do seu familiar para analisar os dados clínicos, fisiológicos e laboratoriais que indicam suas condições de saúde, a assistência e os tratamentos recebidos, dados da internação, transferências, alta hospitalar e a observação para identificar as ações realizadas e registradas pela equipe de enfermagem para prevenção de lesão por pressão, como o posicionamento, uso de colchões especiais ou protetores da pele. Caso você concorde, a sua participação como voluntário da pesquisa é completamente livre e você pode recusar-se ou desistir a qualquer momento que desejar, sem que você ou seu tratamento seja prejudicado por isso. Informo que esses procedimentos não envolvem riscos ou danos diretos, mas podem causar desconforto em decorrência da observação, acesso ao seu prontuário e informações dos sistemas de informação hospitalar, e caso aconteça, poderá retirar seu consentimento a qualquer momento. Não haverá custos e você não receberá pagamento por sua participação na pesquisa, mas será garantido seu direito à indenização caso ocorra dano decorrente de sua participação na pesquisa, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa (Resolução CNS 466/2012, Item IV.3-h).

O resultado final da pesquisa será divulgado em eventos, publicações científicas, na mídia e similares, sendo preservadas as identidades dos participantes e da instituição de saúde.

A sua participação será importante para contribuir para o desenvolvimento de ações preventivas para lesão por pressão e de sistemas de informação compatíveis com a realidade dos serviços de saúde, necessidades dos pacientes e profissionais. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP (CEP/EERP-USP) que tem a função de proteger eticamente o participante de pesquisa. Está garantido o seu direito de esclarecimentos de dúvidas, antes, durante e após o desenvolvimento do estudo; sendo assim, poderá perguntar-me ou entrar em contato através do endereço e telefones descritos abaixo:

Pesquisadora: Marta Cristiane Alves Pereira (e-mail: martacris@eerp.usp.br) Fone: (16) 30153471 ou (16) 992125025. Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Horário de funcionamento: 2ª a 6ª feira das 8 às 17h - Fone: (16) 30153386. Endereço: Avenida Bandeirantes, 3900 – cep. 14040-902 - Ribeirão Preto=SP.

Declaro que, após ter sido esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que foi explicado, concordo livremente em participar do presente estudo, sei que posso

desistir da pesquisa a qualquer momento sem prejuízos ou danos. Recebi uma via deste documento, assinada pela pesquisadora responsável e tive oportunidade de discuti-lo com a mesma.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 201__.

Nome do familiar e grau de parentesco

Assinatura do familiar

Nome do paciente

Nome do pesquisador

Assinatura do pesquisador

ANEXOS

ANEXO A

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 003/2015

Ribeirão Preto, 26 de janeiro de 2015.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 26 de janeiro de 2015.

Protocolo CAAE: 38784114.8.0000.5393

Projeto: Relação entre risco de desenvolvimento de úlcera por pressão, gravidade e complexidade assistencial em pacientes críticos.

Pesquisadores: Marta Cristiane Alves Pereira

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Angelita Maria Stabile
 Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Prof. Dra. Marta Cristiane Alves Pereira
 Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Relação entre risco de desenvolvimento de úlcera por pressão, gravidade e complexidade assistencial em pacientes críticos

Pesquisador: Marta Cristiane Alves Pereira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 38784114.8.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 938.379

Data da Relatoria: 10/02/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de análise de adequações às pendências solicitadas em Parecer CEP nº 897.505 de 02/12/2014.

Objetivo da Pesquisa:

Não se aplica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se aplica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não se aplica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram juntados ao protocolo: 1) ofício de encaminhamento do projeto da pesquisadora à Coordenadora do CEP da EERP/USP; Projeto do pesquisador versão 2 (datado de 31/12); 3) projeto PB versão e (datado de 31/12); 4) TCLE VERSÃO 2 (datado DE 31/12)

Recomendações:

A uniformização das informações a serem coletadas do prontuário do paciente no projeto, projeto PB e TCLE solicitada no parecer anterior não foi observada, sugere-se o cumprimento de tal

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-3385

E-mail: cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

Continuação do Parecer: 938.379

solicitação. E, posterior encaminhamento ao CEP para ciência.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- 1) Foram substituídos os termos "sujeito" por "participante da pesquisa" no TCLE e nos projetos;
- 2) Foram apresentados dois TCLE, um para o familiar e outro para paciente. Foram inseridos os espaços para nome do participante e nome do pesquisador. No TCLE para familiar, foi inserido o espaço para o nome do paciente que o familiar está representando;
- 3) Foi inserido nos TCLE a informação sobre a previsão de indenização, conforme Resolução 466/2012, item IV 3-h);
- 4) Em relação ao número de participantes, foi inserida a informação de que "o número de participantes será definido a partir do número de pacientes internados no período da coleta de dados".
- 5) As informações a serem coletadas nos prontuários foram especificadas no TCLE como: dados de internação, transferências, alta hospitalar.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado "ad referendum".

RIBEIRÃO PRETO, 26 de Janeiro de 2015

Assinado por:
p/ Claudia Benedita dos Santos
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-3385

E-mail: cep@eerp.usp.br