

Percepção do enfermeiro sobre a relevância na avaliação e registro das injúrias cutâneas no prontuário do paciente**Perception of nurses on the relevance in the assessment and registration of skin injuries in the patient's print**

DOI:10.34119/bjhrv3n5-019

Recebimento dos originais: 01/08/2019

Aceitação para publicação: 02/09/2020

Aretusa Delfino de Medeiros

Enfermeira, Especialista em Oncohematologia e Estomaterapia. Enfermeira da Comissão de Promoção e Prevenção de Pele do Complexo Hospitalar de Patos. Endereço para correspondência: Rua Francisco Antonio do Nascimento, 111, Bairro Novo Horizonte, Patos-PB – CEP 58704-000
aretusadelfino@hotmail.com

Gleide Delfino de Medeiros Oliveira

Enfermeira, Especialista em: Enfermagem do trabalho- CITP e Saúde da Família – FIP - Enfermeira no Hospital Universitário Lauro Wanderley /HULW. Endereço para correspondência: rua Pastor Misael Jacomé Cavalcante, 527, Geisel, João Pessoa, PB.
gleidelfino@hotmail.com

Séfora Cândida Meira de Vasconcelos

Enfermeira. Especialista em: saúde pública e urgência e emergência pelas FIP e Gestão da Atenção Básica e de redes microregionais em saúde pela UFPB. Responsável Técnica de Enfermagem do Complexo Hospitalar de Patos. Endereço para correspondência: Rua: Miguel Sátiro, n 137, centro, Patos-PB CEP: 58700,530
seforacandida08@gmail.com

Jacqueline Barbosa da Silva

Enfermeira, Especialista em Enfermagem Dermatológica e Estética –Enfermeira no Hospital Universitário Lauro Wanderley /HULW. Endereço para correspondência: Zélia Medeiros de Araújo, 94. Jardim Cid. Universitária. João Pessoa – PB
jacqueline.jbs10@gmail.com

Patricia Freires de Almeida

Enfermeira, Especialista em Saúde da Família- Docente do Centro Universitário UNIPLAN- Polo Patos. Endereço para correspondência: Rua cinco de Agosto, N 214- Bairro Bela Vista.- Patos. CEP58704-400 –PB
patriciafreires46@gmail.com

Erica Surama Ribeiro Cesar Alves

Enfermeira, Mestre em Ciências da Saúde UNICSUL – Docente do UNIFIP – Patos – PB – Endereço para correspondência: Rua Moacir Leitão N 850. Jardim Lacerda – Patos – PB.
ericasurama@gmail.com

RESUMO

Uma injúria cutânea ocorre quando há perda da continuidade dos tecidos. Avaliar uma ferida pode ocasionar interpretações variadas devido a sua diversidade quanto à natureza, forma e localização, além da percepção própria de cada enfermeiro. Dessa forma é de extrema significância que o enfermeiro entenda a necessidade da realização da anamnese da ferida, verificando qual o melhor procedimento indicado a lesão. No entanto, tão importante quanto a realização do cuidado com a ferida é o registro do procedimento realizado no prontuário do paciente. Esses registros irão favorecer para definição da continuação ou não da terapia indicada pelo enfermeiro após avaliação da lesão. **Objetivos:** Analisar a percepção dos enfermeiros sobre a relevância na realização da avaliação e registro das injúrias cutâneas no prontuário do paciente. **Método:** Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, realizada em hospital público de Patos, Paraíba, Brasil. Participaram do estudo dezesseis enfermeiros da assistência direta de enfermagem. A coleta de dados aconteceu no mês de novembro de 2019, mediante um instrumento de entrevista semiestruturada, que além de abordar questões de caracterização sociodemográficas, abordou perguntas condutas do enfermeiro na abordagem e registro da injúria cutânea. Para organização dos dados, foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo segundo Bardin. **Conclusão:** Em ao registro do curativos enfermeiros demonstraram ter conhecimento sobre a importância do registro para prosseguimento no tratamento do paciente no entanto, tratando-se da avaliação da ferida para definição de condutas, evidenciou-se insuficiência de conhecimentos em proceder terapêuticas adequadas as feridas confirmando a possível deficiência de conhecimentos a respeito desta temática.

Palavras-chave: Ferimentos e lesões, Avaliação em enfermagem, Cuidados de enfermagem, Condutas terapêuticas, Registros de Enfermagem

ABSTRACT

A skin injury occurs when there is loss of tissue continuity. Assessing a wound can cause different interpretations due to its diversity in terms of nature, shape and location, in addition to the perception of each nurse. Thus, it is of extreme significance that the nurse understands the need to perform the anamnesis of the wound, verifying which is the best procedure indicated for the injury. However, just as important as performing wound care is recording the procedure performed on the patient's medical record. These records will favor the definition of the continuation or not of the therapy indicated by the nurse after evaluation of the injury. **Objectives:** To analyze the nurses' perception of the relevance in carrying out the evaluation and recording of skin injuries in the patient's medical record. **Method:** This is an exploratory research with a qualitative approach, carried out in a public hospital in Patos, Paraíba, Brazil. Sixteen nurses from direct nursing care participated in the study. Data collection took place in the month of November 2019, using a semi-structured interview instrument, which in addition to addressing sociodemographic characterization questions, addressed questions of nurses' behavior in the approach and registration of skin injury. For data organization, the technique of Content Analysis according to Bardin was used. **Conclusion:** Regarding the registration of the dressings, nurses demonstrated to have knowledge about the importance of the registration to continue the treatment of the patient. the possible lack of knowledge about this topic.

Keywords: Wounds and injuries, Nursing assessment, Nursing care, Therapeutic approaches, Nursing Records

1 INTRODUÇÃO

Uma injúria cutânea ou ferida, ocorre quando há perda da continuidade dos tecidos, sendo descrita por alguns autores como perda da cobertura cutânea, não apenas de pele, mas também de tecidos subcutâneos, músculos e ossos.¹ As feridas, independentes de sua causa, promovem problemas como dor, sofrimento, incapacidade, perda da autoestima, afastamento do trabalho, gastos, isolamento social, alterações psicossociais de seus portadores e familiares, necessitando de um acompanhamento especializado.²

Avaliar uma ferida pode ocasionar interpretações variadas devido a sua diversidade quanto à natureza, forma e localização, além da percepção própria de cada enfermeiro, tendo em vista a diferença de conhecimentos que existe entre os profissionais que realizam essa prática. Uma mesma ferida pode ser avaliada e ter diferentes registros, podendo gerar interpretações divergentes ou conflitantes. Para garantir a confiança inter observadores, faz-se necessário que o parecer de um profissional coincida com o de seus colegas. Essa confiabilidade pode ser garantida por meio de instrumentos precisos, com padrões e critérios definidos.³

Quando o profissional de enfermagem decide trabalhar com o cuidado ao cliente portador de ferida, deve primeiramente ter um conhecimento não apenas dos produtos disponíveis no mercado, mas sim da fisiologia, da cicatrização, dos fatores de risco e das etapas do processo de reparo tissular, para que, com isto, se possa fazer um diagnóstico correto do tipo de lesão e prescrever o tipo de tratamento mais indicado. Dessa forma é de extrema significância que o enfermeiro entenda a necessidade da realização da anamnese da ferida, verificando o tipo da lesão, seu grau de contaminação, qual o melhor procedimento indicado a lesão, aferindo sempre no tocante a presença de odor, edemas, rubor, localização da lesão e tipos de tecidos presentes para que, através destas características possa ser realizado um planejamento da assistência de enfermagem definindo dentre os diversos tipos de coberturas e produtos já disponibilizados no mercado, quais devem ser utilizados na ferida visando assim o sucesso com a terapia definida. No entanto, tão importante quanto a realização do cuidado com a ferida é o registro do procedimento realizado no prontuário do paciente.⁴

Importante para todas as áreas do conhecimento, o registro está presente em nosso cotidiano. É definido como ato de transcrever ou simplesmente de registrar uma ação.⁵ O prontuário é o local destinado à realização dos registros pela equipe multiprofissional de saúde. É definido como documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e

imagens registradas, geradas com base em fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada. De caráter legal, sigiloso e científico, ele possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.⁶ Esses registros irão garantir a comunicação efetiva com os demais membros da equipe multiprofissional, de forma que, sendo realizados de forma clara e objetiva serão utilizados para legitimar as ações dos cuidados de enfermagem favorecendo assim a definição da continuação ou não da terapia indicada pelo enfermeiro após avaliação durante os procedimentos.

Parte-se do pressuposto que os pacientes com feridas necessitam de uma assistência de qualidade, holística e individualizada por parte dos profissionais de saúde visando assim o reestabelecimento da integridade da pele o mais breve possível. Deste modo, o presente estudo apresenta como objetivo investigar a percepção dos enfermeiros assistenciais sobre sua prática na avaliação de feridas e registros no prontuário durante sua assistência no serviço hospitalar.

Nesse sentido, o problema a ser superado com base nos resultados desta pesquisa é identificar através dos relatos dos profissionais enfermeiros se estes possuem conhecimentos e habilidades na avaliação da ferida e a prática de registros no prontuário do paciente durante sua assistência hospitalar. Justifica-se a presente pesquisa pela importância do profissional enfermeiro necessitar fazer um diagnóstico preciso do tipo de ferida e prescrever a melhor terapêutica indicada bem como garantir a comunicação efetiva com os demais membros da equipe mutiprofissional ao realizar os registros das características das feridas e condutas tomadas subsidiando assim as intervenções multidisciplinares e interdisciplinares.

Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa no qual foram entrevistados 16 enfermeiros assistenciais. A pesquisa foi realizada em diversos setores assistenciais do Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro, localizado na cidade de Patos, após liberação da pesquisa sob número de CAEE 21857619.7.0000.5181. O anonimato dos participantes foi garantido pela sua identificação com a letra “E” de enfermeiro, seguida do numeral, de acordo com a ordem cronológica crescente da realização das entrevistas. A coleta de dados ocorreu no mês de Novembro de 2019, por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado, com profissionais enfermeiros assistenciais, contemplando questões objetivas e questões subjetivas. Após a obtenção dos dados, esses foram consolidados em uma planilha do *Microsoft Excel* e organizados em um documento no programa *Microsoft Word*, segundo as questões relacionadas aos objetivos iniciais propostos.

2 DESENVOLVIMENTO

Os dados sócio-demográficos da pesquisa revelaram que dos dezesseis participantes, prevaleceu o sexo feminino (75%). O grau de instrução foi de (31%) enfermeiros graduados e (69%) especialistas. Quanto ao tempo de experiência profissional houve uma variação de 4 (25%) profissionais que atuavam entre 1 – 5 anos, (56%) atuavam entre 5 -10 anos e (19%) entre 10-15 anos. Questionados se já haviam recebido capacitação ou treinamento na área de feridas e curativos, obtivemos (62%) de enfermeiros já capacitados, no entanto destes, apenas (38%) sentiam-se confiantes para avaliar uma lesão indicando terapêutica adequada, seguindo de (31%) que sentiam-se parcialmente confiantes e (31%) não sentiam-se preparados.

O material empírico foi analisado qualitativamente por meio da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin.⁷ No primeiro momento, as entrevistas foram transcritas e organizadas de forma a possibilitar o desenvolvimento das etapas de análise do material, seguindo as etapas da técnica, quais sejam a pré-análise, exploração e codificação do material, tratamento e interpretação dos resultados, assim compreendidas: pré-análise-fase da organização propriamente dita, que permite a sistematização inicial das ideias para formulação de hipóteses e objetivos para a interpretação final.

Após a leitura flutuante, o material foi ordenado, em planilhas distintas de acordo com as pré-categorias temáticas, seguindo o roteiro das entrevistas, constituindo, o *corpus* da pesquisa, entendido como o conjunto de documentos expostos à análise para as inferências à luz da literatura pertinente ao tema em questão. Desse modo, foi possível a identificação de categorias a saber. Categoria 1: Terapêuticas indicadas após avaliação da ferida e Categoria 2: Registro de feridas e procedimentos no prontuário do paciente.

Da análise do material empírico emergiram duas categorias temáticas apresentadas a seguir:

Categoria 1: Terapêuticas indicadas após avaliação da ferida

Esta categoria emergiu dos depoimentos de profissionais participantes do estudo, em que relataram a terapia que indicariam em feridas com características informadas pela pesquisadora, contemplando lesões com granulação, exsudato e tecido desvitalizado.

A cicatrização é um processo fisiológico cujo objetivo é reparar os tecidos agredidos. Por ser um processo complexo, exige do profissional de saúde conhecimentos básicos sobre

fisiologia da pele, fatores que interferem na cicatrização e avaliações sistematizadas, com prescrições distintas de frequência e tipo de curativo necessário para reconstituição do tecido.⁸ As barreiras que impedem a cicatrização são designadas pelas letras da sigla TIME, que referem-se às palavras inglesas tissue (tecido não viável), infection (infecção/inflamação), moisture (manutenção do meio úmido) e edge (epitelização das bordas da lesão). São quatro componentes da cicatrização da ferida importantes na preparação do leito e na orientação das decisões terapêuticas dos profissionais. Para atingir um bom resultado em termos de cicatrização, é preciso observar esses quatro princípios, sendo necessário que cada um deles apresente um status adequado para que seja possível a progressão do processo cicatrização.⁹ Diante o contexto, os participantes foram questionados quanto ao hábito de realizar desbridamento instrumental em feridas com tecido desvitalizados durante a realização do curativo e que terapias estes indicavam em feridas que apresentavam exsudato, tecido de granulação e tecidos desvitalizados. Os resultados foram os seguintes:

As vezes realizo o desbridamento, depende da lesão e do paciente em questão (E16)
 Em feridas com exsudato eu faço a limpeza com soro fisiológico, clorexidina 0,2% , coloco hidrocolóide ou hidrogel (E13)
 Utilizo filme transparente , ácidos graxos essenciais ou hidrocolóide em feridas com exsudato (E16)
 Não lembro das coberturas utilizadas em feridas granuladas, desvitalizadas e com exsudato (E14)
 Não avalio a pele perilesional da ferida diariamente(E2,E14)
 Quando há necessidade de desbridamento sempre é solicitado atuação do profissional médico para tal procedimento (E11)
 Não me sinto confiante para realizar esse procedimento (E9)
 Realizo quando me sinto confiante (E5)
 Só tive oportunidade de realizar desbridamento uma vez (E4)
 Usa carvão ativado em ferida com exsudato? (E2)
 Uso hidrogel e coberturas que sejam umedecidas nos tecidos desvitalizados (E15)
 Hidrogel, AGE e óleo de girassol nos tecidos desvitalizados (E13)
 Não sei o que usa em ferida granulada ou com tecidos desvitalizados(E4)
 As vezes avalio a pele perilesional (E3,E4,E9)
 Não lembro que cobertura usa em feridas granuladas ou com tecido desvitalizado (E14)
 Indico hidrocolóide, papaína, colagenase ou filme transparente em feridas com tecido de granulação (E16)
 Eu não lembro o que utiliza em ferida com tecido de granulação (E2)
 Não tenho o hábito de realizar desbridamento instrumental (E2,E12,E14,E9,E6,E3)

Diante os relatos podemos considerar que tais profissionais apresentam despreparo para a escolha de uma cobertura adequada, bem como insegurança na indicação ou realização do desbridamento instrumental. O sucesso no tratamento de feridas depende mais da competência e do conhecimento dos profissionais envolvidos, de sua capacidade de avaliar e selecionar adequadamente técnicas e recursos, do que da disponibilidade de recursos e tecnologias sofisticadas. Para uma intervenção efetiva no processo cicatricial, com o objetivo de favorecê-

lo, isso implica a necessidade de estabelecer metas realistas, que considerem os diversos fatores, como o diagnóstico preciso do tipo de lesão e seu estágio cicatricial, e critérios clínicos e técnicos.¹⁰

É necessário levar em consideração as evidências clínicas observadas quanto à localização anatômica, forma, tamanho, profundidade, bordas, presença de tecido de granulação e quantidade de tecido necrótico, sua drenagem e as condições da pele perilesional. Os princípios do conceito clínico são baseados no manejo local de feridas estagnadas ou que não cicatrizam, a partir de desbridamento, manejo do exsudato e resolução do desequilíbrio bacteriano.⁹ A avaliação é uma parte fundamental do processo de tratamento das lesões da pele, pois só o diagnóstico preciso do tipo e estágio da lesão vai permitir a correta tomada de decisão sobre as medidas a serem implementadas e os recursos que serão utilizados. Um roteiro sistemático de avaliação deve incluir: a) história e exame subjetivo do cliente; b) dados objetivos do cliente: condições gerais, exames laboratoriais, doenças associadas; c) avaliação do risco, com base nas condições gerais do cliente e do local da lesão; d) avaliação e classificação adequada da lesão: localização, tempo de evolução, medida do tamanho, diâmetro, profundidade, vitalidade do leito e dos tecidos circunvizinhos, presença de secreção e necrose, coloração do leito da ferida, sensibilidade cutânea, comprometimentos; e) diagnóstico adequado do tipo de ferida, suas necessidades e conseqüente planejamento de ações. Podem ser utilizados diversos sistemas, alguns mais indicados para a avaliação de feridas agudas, outros especialmente desenvolvidos para a avaliação de feridas crônicas. Vários instrumentos têm sido criados para facilitar e direcionar o processo de avaliação, e alguns já estão validados no Brasil.^{11,12}

Na abordagem do cliente portador de feridas é necessário que o profissional de enfermagem avalie as condições da lesão para a reconstituição da lesão na escolha correta do material a ser utilizado. Diante desse fato é importante realizar a avaliação. O objetivo da avaliação é apresentar informações sobre o estágio da ferida e conseqüentemente o acompanhamento da mesma embasada na cicatrização e também confirmação do uso adequado do medicamento durante o seu tratamento.¹³

Prestar assistência a clientes portadores de feridas é um desafio multiprofissional na área da saúde, mas certamente atinge um impacto muito maior na prática da enfermagem, que por sua vez, deve realizá-lo de forma integralizada, considerando o cliente como um ser biopsicossocial e ultrapassando a técnica de realização do curativo.¹⁴

O enfermeiro deve ter uma visão ampla no que se refere ao tratamento de uma ferida crônica. O papel desse profissional não se resume a apenas execução dos curativos prescritos

pelo médico. O profissional de enfermagem preenche uma lacuna importante no tratamento de feridas; sua figura é preponderante. É ele quem executa o curativo diariamente e está em maior contato com o paciente. Por essa razão, em muitos aspectos sua ação se sobreporá à dos outros componentes da equipe.¹⁵

O enfermeiro exerce papel de grande relevância na assistência ao cliente portador ou com risco de desenvolver ferida, pois este profissional mantém contato prolongado com o mesmo, avalia a lesão, planeja e coordena os cuidados, acompanha sua evolução, supervisiona e executa os curativos.^{16,17} Alguns estudos trazem que o enfermeiro precisa reconhecer e assumir seu papel na assistência à saúde, apropriando-se do conhecimento acerca do tratamento e prevenção de feridas para melhor conduzir os demais membros de sua equipe. A responsabilização pelo tratamento de feridas deve incluir tanto enfermeiros, quanto gestores e equipe multidisciplinar, na prevenção e efetivação de programa de educação permanente relacionado à temática.¹⁸

Categoria 2: Registro de feridas e procedimentos no prontuário do paciente.

No Brasil, um grande número de indivíduos sofre com alterações da integridade cutânea mucosa constituindo um sério problema de saúde pública. Entretanto, ao contrário da Europa, não existem indicadores que corroborem este fato, em decorrência da escassez de registros referentes aos atendimentos desses clientes. Assim, o aparecimento de feridas na população além de prejudicar a sua qualidade de vida, aumenta significativamente os gastos públicos.¹⁹ Baseado nesta realidade os profissionais foram questionados quanto a realização da descrição detalhada da ferida e do procedimento realizado no prontuário do paciente e quando realizadas, que informações eram registradas. Diante este questionamento obtivemos os seguintes resultados:

Registro aparência da ferida antes do procedimento, o procedimento realizado, o material utilizado, o tipo do curativo feito (E3)

Queixa, limpeza da ferida, grau, se necrose, exsudato, odor e tipo de curativo usado na ferida (E15)

Presença de exsudação, edema, extensão e profundidade, características do leito e da pele perilesional (E16)

Descrevo o tipo de tecido encontrado na ferida, presença de exsudato (tipo e a quantidade), odor e como foi realizado o curativo e a cobertura utilizada (E1)

Registro o procedimento e os materiais que foram utilizados no procedimento. Ex: soro fisiológico, clorexidina 2%, hidrogel (E13)

O tipo da ferida e o leito da ferida. Produto utilizado (E12)

Local, tamanho, cor, odor, exsudato (E8)

Como estava a ferida se tem exsudato ou se está granulando, se tem odor fétido o tipo do curativo realizado (E6)

Característica da ferida, aspecto, tratamento utilizado e evolução do tratamento que está sendo feito, melhora ou piora (E2)

Características, coloração, presença ou ausência de exsudato, esfacelos, granulação, extensão da ferida (E10)

Identificamos nesta pesquisa que apesar de parte dos profissionais registrarem condutas realizadas, a maior parte dos profissionais informaram não realizar registros de avaliação e procedimentos, não justificando os motivos que os levam a omissão destes registros, corroborando assim com os dados de estudos realizados no Brasil, o que descumpra a Resolução COFEN 429/2012, que dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico podemos responsabilizar o profissional de enfermagem quanto ao registro da prescrição, execução e registro do curativo.²⁰

Os registros em prontuário, desde que devidamente preenchidos, podem tanto melhorar e apoiar a segurança do paciente quanto propiciar a visibilidade do cuidado e das ações cotidianas de enfermagem.²¹ Além de proporcionar segurança ao profissional, no sentido de que é o principal instrumento de defesa da equipe de saúde nos casos de atendimento com indícios de imperícia, imprudência ou negligência.²²

Diante o exposto podemos concluir que todas as informações referentes às ações e observações realizadas pela equipe de enfermagem devem ser registradas como um meio para conduzir a assistência e avaliar a qualidade do atendimento objetivando uma tomada de decisão racional almejando o sucesso na terapêutica prescrita após avaliação das injúrias cutâneas identificadas nos pacientes.

3 CONCLUSÃO

Os resultados do estudo proposto possibilitou uma melhor compreensão a cerca do conhecimento na avaliação e registro de feridas dos enfermeiros assistenciais de um hospital público da Paraíba.

Em relação à percepção dos enfermeiros sobre o registro do curativo, estes profissionais demonstraram ter conhecimento sobre a importância do registro para prosseguimento no tratamento do paciente e tomaram para si a responsabilidade pelo registro das características da ferida e descrição da realização do curativo. No entanto, tratando-se da avaliação da ferida para definição de condutas, evidenciou-se insuficiência de conhecimentos dos enfermeiros em proceder terapêuticas adequadas as feridas, estando esta relacionada à falta de treinamento específico, confirmando a possível deficiência de conhecimentos a respeito desta temática.

Ante o exposto, faz-se necessário a elaboração de estratégias pela gestão do serviço, para que sejam desenvolvidas ações de treinamento contínuo, mantendo atualização dos

enfermeiros e aprofundamento acerca da temática, para que possam exercer uma assistência de enfermagem com maior segurança no processo de avaliação e registro da ferida, proporcionando assim uma assistência fundamentada em evidências científicas, que proporcionem segurança e efetividade do tratamento para o paciente

REFERÊNCIAS

- 1 Coltro, O S .et al. Tratamento cirúrgico das feridas complexas: experiência da cirurgia plástica no hospital faz clínicas dda FMSUP. Rev. Med., São Paulo. V. 89, n 3/ 4. P. 153-157, jul/dez. 2010.
- 2 Smeltzer, S. C.; Bare, B. G. Brunner & Suddarth: Tratado de enfermagem médico cirúrgica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. Tratamento de pacientes com problemas dermatológicos; v. 4, p. 1749-1801.
- 3 Healey, F. Classificação das úlceras de pressão II. Nursing (Lisboa). 1997; (109): 16-20.
- 4 Salome, G. M. Avaliando lesão: práticas e conhecimentos dos enfermeiros que prestam assistência ao indivíduo com ferida. Saúde Coletiva, São Paulo, v. 6, n. 35, p. 280-7, 2009. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84212201006>>. Acesso em: 03 agosto 2019.
- 5 Michaelis. Moderno dicionário da Língua Portuguesa. Editora Melhoramentos LTDA. 2016.
- 6 Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.638/2002 - Define prontuário médico. Diário Oficial da União, Poder Executivo. Brasília (Brasil):CFM;2002. p. 184–5.
- 7 Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2017.
- 8 Timby, B. K. Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- 9 Santos JB, Porto SG, Susuki LM, Sostizzo, LRZ, Antoniazzi, JL, Echer, IC (organizadora). Avaliação e tratamento de feridas: orientações aos profissionais de saúde. Hospital das Clínicas. Porto Alegre, 2011.

- 10 Ayello E, Franz R. Pressure ulcer prevent and treatment: com-petency-based nursing curricula. *Dermatology Nursing*, 15(1):44-65, February, 2003.
- 11 Bryant RA. *Acute and chronic wounds*. Saint Louis, Mosby ,2nd edition, 2000.
- 12 Agency fo Health Care Policy and Research (AHCPR) -Clinical practice guidelines: pressure ulcer treatment: quick refer-ence guide for clinicians. *Dermatology Nursing*, 7(2): 87-101.
- 13 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Manual de condutas para tratamento de úlceras em hanseníase e diabetes*. Brasília, 2 ed., 2008.
- 14 Almeida, J.A. *Assistência de Enfermagem Qualificada ao Paciente Portador de Ferida na Saúde da Família*. 2012. 29f. Trabalho de Conclusão de Curso[Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família]. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.
- 15 Candido, L. C. *Nova abordagem no tratamento de feridas*. São Paulo: SENAC,2001, 282p.
- 16 Oliveira,B.G.R.B; Castro, J.B.A,Granjeiro,J.M. Panorama epidemiológico e clínico de pacientes com feridas crônicas tratados em ambulatório. *Rev enferm UERJ*. 2013 dez; 21: 612-7.
- 17 Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. Deliberação nº 65 de 22 de maio de 2000. Dispõe sobre as competências dos profissionais de enfermagem na prevenção e tratamento das lesões cutâneas. Belo Horizonte: COREN-MG, 2000.
- 18 Ferreira, A.M ; Bogamil, D.D.D; Tormena, E. O enfermeiro e o tratamento de feridas: em busca da autonomia do cuidado. *Arquivos de Ciência da Saúde*, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 105-109, 2008.
- 19 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Manual de condutas para tratamento de úlceras em hanseníase e diabetes*. Brasília, 2 ed., 2008.
- 20 Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 429/2012 - Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. Brasília - DF: Conselho Federal de Enfermagem; 2012.

21 Sousa PAF de, Sasso GTMD, Barra DCC. Contribuições dos registros eletrônicos para a segurança do paciente em terapia intensiva: uma revisão integrativa. *Texto Context enferm.* 2012;21(4):971–9.

22 Bragas LZT de. A importância da qualidade dos registros de enfermagem para a gestão em saúde: estudo em hospital na Região Noroeste do RS. Porto Alegre; 2015. p. 0–33.