



REGISTROS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE SOBRE LESÃO POR PRESSÃO NO INTERIOR AMAZÔNICO

Resumo: O prontuário é o principal instrumento do Processo de Enfermagem (PE), pois permite registros sistematizados e cientificamente fundamentados, refletindo a qualidade da assistência prestada. Analisar os registros realizados por enfermeiros sobre avaliação de feridas em prontuários de unidades da Atenção Primária à Saúde (APS). Pesquisa descritiva, documental e quantitativa, desenvolvida em uma Unidade de Saúde da Família (USF) localizada na região central do Amazonas. Os dados foram coletados por meio de checklist e analisados no programa SPSS 23.0, sendo apresentados em tabelas e estatística descritiva. Foram avaliados 14 prontuários. Observou-se que informações como localização e estágio da lesão foram frequentemente registradas, enquanto dados sobre tamanho, profundidade e bordas apresentaram lacunas. Registros detalhados e padronizados fortalecem a comunicação entre a equipe, a segurança do paciente e a legalidade do cuidado.

Descritores: Processo de Enfermagem, Atenção Primária, Registros de Enfermagem.

Nursing records in primary health care on pressure injuries in the Amazon region

Abstract: The medical record is the main instrument of the Nursing Process (NP), as it enables systematized and scientifically based records, reflecting the quality of care provided. To analyze the records made by nurses on wound assessment in medical records from Primary Health Care (PHC) units. Descriptive, documentary, and quantitative study carried out in a Family Health Unit located in the central region of Amazonas, Brazil. Data were collected using a checklist and analyzed in SPSS 23.0, being presented in tables with descriptive statistics. Fourteen medical records were evaluated. Information such as lesion location and staging was frequently recorded, while data on size, depth, and wound edges showed gaps. Detailed and standardized records strengthen communication among the healthcare team, promote patient safety, and support the legal security of care.

Descriptors: Nursing Process, Primary Health Care, Nursing Records.

Registros de enfermería en la atención primaria de salud sobre lesiones por presión en la región Amazónica

Resumen: La historia clínica es el principal instrumento del Proceso de Enfermería (PE), ya que permite registros sistematizados y con base científica, reflejando la calidad de la atención brindada. Analizar los registros realizados por enfermeros sobre la evaluación de heridas en historias clínicas de unidades de Atención Primaria de Salud (APS). Estudio descriptivo, documental y cuantitativo realizado en una Unidad de Salud de la Familia ubicada en la región central de Amazonas, Brasil. Los datos fueron recolectados mediante un checklist y analizados en SPSS 23.0, presentándose en tablas con estadística descriptiva. Se evaluaron catorce historias clínicas. Información como localización y estadio de la lesión fue registrada con frecuencia, mientras que los datos sobre tamaño, profundidad y bordes mostraron lagunas. Los registros detallados y estandarizados fortalecen la comunicación entre el equipo, promueven la seguridad del paciente y respaldan la seguridad legal del cuidado.

Descriptores: Proceso de Enfermería, Atención Primaria de Salud, Registros de Enfermería.

Rian Aragão Sampaio

Graduando do Curso Bacharelado em Enfermagem. Universidade Federal do Amazonas.

E-mail: rian.sampaio@ufam.edu.br

Fernanda Francisca Martins Ramos

Graduando do Curso Bacharelado em Enfermagem. Universidade Federal do Amazonas.

E-mail: fernanda.ramos@ufam.edu.br

Jefferson Bruno Peres dos Santos

Graduando do Curso Bacharelado em Enfermagem. Universidade Federal do Amazonas.

E-mail: jefferson.santos@ufam.edu.br

Wilians de Araújo Gomes

Graduando do Curso Bacharelado em Enfermagem. Universidade Federal do Amazonas.

E-mail: wilianaraujo391@gmail.com

Allan Augusto Maciel dos Santos

Graduando do Curso Bacharelado em Enfermagem. Universidade Federal do Amazonas.

E-mail: allanaugustom@gmail.com

Cristiane Costa Reis da Silva

Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem. Universidade Federal do Amazonas.

E-mail: cristianereissb@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0455-5508>

Submissão: 27/02/2026

Aprovação: 24/03/2026

Publicação: 02/07/2026



Como citar este artigo:

Sampaio RA, Ramos FFM, Santos JBP, Gomes WA, Castro ACA, Silva CCR. Registros de enfermagem na atenção primária a saúde sobre lesão por pressão no interior Amazônico. São Paulo: Rev Recien. 2026; 16(44):490-498. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2026.16.44046>

Introdução

O prontuário é um documento padronizado e organizado que, segundo a Resolução do Conselho Regional de Enfermagem nº 429/2012, regulamenta o registro das ações de Enfermagem no processo de cuidar. Reúne informações assistenciais e administrativas para subsidiar decisões e a comunicação da equipe, além de possuir valor legal como instrumento de defesa profissional^{1,2}.

Diante disso, os registros de enfermagem desempenham papel essencial no cuidado ao paciente, ao facilitar a comunicação entre os profissionais e a equipe de saúde. As anotações também subsidiam pesquisas, contribuem para questões éticas, previnem processos judiciais e promovem a qualidade da assistência, configurando-se como guia da prática profissional e assegurando a veracidade das informações na instituição³.

Os registros de enfermagem representam o principal meio de comprovação da qualidade do desempenho da equipe de enfermagem, pois, as informações evidenciadas em anotações de enfermagem refletem o cuidado e a totalidade do atendimento fornecido ao longo da internação e acompanhamento do paciente⁴.

A ausência ou inadequação dos registros em prontuário compromete a continuidade do cuidado, pois é nesse documento que se formalizam e comprovam as ações da equipe multiprofissional. A comunicação no ambiente hospitalar, seja verbal ou escrita, é essencial para a eficácia da assistência; assim, o registro adequado torna-se fundamental para o diálogo entre os profissionais e para o atendimento eficaz das necessidades dos

pacientes⁵.

Assim os registros devem ser elaborados de forma legível, completos, claros, concisos, objetivos, pontuais, cronológicas entre outros¹. Constituindo assim um documento essencial que permeia a rotina diária, composto de informações que devem facilitar o cuidado prestado.

O registro deve ser feito imediatamente após procedimentos, atendimentos, observações ou encaminhamentos, assegurando a continuidade do cuidado, a segurança do paciente e a responsabilidade ética e legal do profissional. Pode ser descritivo, gráfico (como sinais vitais) ou por checagens e marcações, sendo que, legalmente, apenas o que está devidamente registrado é considerado realizado¹.

Mais do que uma prática prescritiva, o Processo de Enfermagem deve ser compreendido como uma estratégia metodológica que orienta o cuidado qualificado e fortalece o raciocínio clínico do enfermeiro. Sua aplicação contribui para a efetivação de uma assistência pautada nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)⁶.

No exercício profissional, o enfermeiro deve conduzir seu atendimento por meio da implementação do Processo de Enfermagem (PE), de maneira deliberada e sistemática, em qualquer ambiente onde haja prestação de cuidado. As etapas do PE devem nortear o registro formal da consulta de enfermagem no prontuário clínico, seja em formato físico ou eletrônico, bem como em outros documentos específicos da área, assegurando a continuidade da assistência⁷.

A adoção da tecnologia da informação (TI) na gestão em saúde fortaleceu a implementação do

Processo de Enfermagem (PE) por meio de sistemas informatizados⁸. A incorporação do PE ao Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) constitui um avanço da informatização, ao qualificar os registros clínicos com uma estrutura lógica que integra dados, informações e conhecimento, favorecendo a tomada de decisão no cuidado de enfermagem⁹.

A consulta de enfermagem é uma prática privativa do enfermeiro, cuja realização requer a adoção das etapas previstas no Processo de Enfermagem (PE). Para que essa consulta ocorra de forma estruturada, é necessário seguir um percurso composto pela coleta de dados ou histórico de enfermagem, definição dos diagnósticos, planejamento das ações, implementação das intervenções e posterior avaliação dos resultados ou evolução de enfermagem¹⁰.

Nesse contexto, a qualidade das evoluções de enfermagem torna-se fundamental para consolidar esse processo. Evoluções de enfermagem incompletas ou com falhas comprometem não apenas a qualidade do cuidado prestado ao paciente, mas também geram impactos financeiros relevantes. Essa deficiência dificulta a continuidade da assistência e torna mais complexa a avaliação dos resultados decorrentes das intervenções realizadas pelo enfermeiro¹¹.

Dessa forma, a anotação criteriosa dos aspectos da lesão é essencial para acompanhar sua evolução e subsidiar a tomada de decisões. A lesão por pressão (LPP) é classificada como evento adverso por ser potencialmente prevenível, sendo amplamente utilizada como indicador da qualidade da assistência prestada pela equipe de enfermagem. Sua ocorrência impacta diretamente a avaliação da

efetividade dos cuidados oferecidos por enfermeiros e demais profissionais envolvidos no atendimento ao paciente¹².

No cuidado a indivíduos com lesões, a evolução direciona a assistência ao sistematizar as ações dos profissionais e qualificar o atendimento¹³. Pacientes com feridas exigem do enfermeiro conhecimento específico, pois sua descrição requer compreensão anatômica da pele, fisiologia da cicatrização, fatores interferentes, tipos de tratamento e habilidade de observação para indicar condutas adequadas. Assim, os registros são fundamentais para garantir documentação precisa e subsidiar intervenções específicas na avaliação da lesão.

Embora o registro do Processo de Enfermagem seja uma exigência normativa, sua efetiva implantação ainda enfrenta desafios em muitas instituições, particularmente na Atenção Primária à Saúde. Diante disso, torna-se fundamental identificar os principais obstáculos e fatores facilitadores envolvidos, a fim de desenvolver estratégias que promovam a eficácia dessa prática e ampliem sua aplicabilidade no cotidiano dos serviços¹⁴.

O objeto do estudo são os registros de enfermagem referentes à avaliação de lesões por pressão realizados por enfermeiros na Atenção Primária à Saúde. Nesse contexto, emergiu o seguinte questionamento: Como são realizados pelos enfermeiros os registros de enfermagem na avaliação de lesão por pressão na Atenção primária em Saúde?

Material e Método

Pesquisa descritiva exploratória, baseada na técnica de análise documental dos prontuários selecionados na UBS com abordagem quantitativa.

Foi realizado em uma USF (Unidade de saúde da Família) situado em uma cidade localizada na região central do estado do Amazonas, na calha média do rio Solimões, possuindo 70.496 habitantes segundo o IBGE 2022. A unidade foi escolhida intencionalmente por uma maior abrangência em relação ao número de territórios. O recorte temporal do estudo compreendeu o período de outubro a dezembro de 2024. Com base nisso, os prontuários alvo serão aqueles de inquérito nesse período.

A coleta de dados ocorreu por meio da avaliação dos registros de enfermagem nos prontuários, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (nº 7.086.068). Foi realizada pelos pesquisadores com instrumento tipo checklist previamente elaborado, destinado à análise das anotações. O instrumento contemplou itens como tamanho, profundidade, bordas, descolamento, tecido necrótico, exsudato, edema, endurecimento periférico, cor da pele adjacente, granulação e epitelização. Esses critérios seguem recomendações de consensos internacionais, como o Bates-Jensen Wound Assessment Tool (BWAT).

Para a análise dos dados, foi utilizado o programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 23.0. Os dados analisados foram apresentados em formato de estatística descritiva e tabelas.

Resultados

A avaliação da qualidade dos registros de enfermagem relacionados à lesão por pressão é essencial para garantir a continuidade do cuidado, a correta evolução clínica do paciente e a adoção de condutas terapêuticas baseadas em evidências. A

documentação adequada dessas lesões fornece parâmetros para o planejamento assistencial e possibilita a identificação de aspectos clínicos relevantes para a cicatrização, como localização, estágio, características teciduais e sinais de evolução.

Considerando a importância desses registros no contexto da Atenção Primária à Saúde, os dados apresentados a seguir descrevem a distribuição das variáveis analisadas nos prontuários estudados, evidenciando o padrão de registro das informações referentes à avaliação das lesões por pressão pela equipe de enfermagem.

A tabela abaixo apresenta a distribuição dos registros referentes à avaliação das lesões por pressão nos prontuários analisados, incluindo informações sobre localização, estadiamento e parâmetros clínicos essenciais para o acompanhamento da evolução da ferida. Os resultados demonstram o padrão de preenchimento pelos enfermeiros e evidenciam aspectos bem registrados, assim como lacunas importantes no processo de documentação.

A variável “localização da lesão” foi registrada adequadamente em 100% dos prontuários analisados, sendo mais frequentes as regiões sacro e cóccix (71,4%), seguidas por trocânter (14,3%) e calcâneo (14,3%). O estágio da lesão também foi descrito em 100% dos registros. O tamanho esteve presente em 50% dos prontuários, enquanto nos outros 50% não foi mencionado. A profundidade foi registrada em apenas 14,3%, permanecendo ausente em 85,7%. Quanto às bordas, 42,9% continham essa informação, e 57,1% não apresentaram registro.

Tabela 1. Distribuição das variáveis relacionadas ao registro de avaliação de lesão por pressão nos prontuários analisados (n = 14).

Variável	Categoria	Frequência (n)	Percentual (%)
Localização da lesão	Sacro e cóccix	10	71,4%
	Trocâter	2	14,3%
	Calcâneo	2	14,3%
Estágio da lesão	Estágio 2	4	28,6%
	Estágio 3	6	42,9%
	Estágio 4	3	21,4%
	Estágio 5	1	7,1%
Tamanho da lesão	Sim	7	50,0%
	Não	7	50,0%
Profundidade da lesão	Sim	2	14,3%
	Não	12	85,7%
Bordas da lesão	Sim	6	42,9%
	Não	8	57,1%

Fonte: Sampaio RA, et al., 2025.

A tabela 2 a seguir apresenta os registros referentes às características clínicas das lesões por pressão nos prontuários avaliados, incluindo informações sobre descolamento, presença e tipo de tecido necrótico, além do tipo e quantidade de exsudato. Esses parâmetros são essenciais para orientar o plano de cuidados e avaliar a evolução da cicatrização.

O descolamento da lesão foi registrado em 14,3% dos casos, ausente em 57,1% e descrito como inexistente em 28,6%. O tipo de tecido necrótico apareceu em 50% dos prontuários (28,6% esfacelo não aderido e 21,4% pouco aderido), enquanto a quantidade foi informada em apenas 14,3%, com ausência em 85,7%. Quanto ao exsudato, 28,6% eram serosos, 28,6% sanguinolentos, 35,7% serossanguinolentos e 7,1% purulentos. A quantidade foi registrada em 50% como ausente ou ferida seca, 28,6% como escassa e 21,4% como pequena.

Tabela 2. Avaliação complementar dos registros de enfermagem sobre lesões por pressão (n = 14).

Variável	Categoria	Frequência (n)	Percentual (%)
Descolamento	Sim	2	14,3%
	Não	8	57,1%
	Ausente	4	28,6%
Tipo de tecido necrótico	Ausente	7	50,0%
	Esfacelo não aderido	4	28,6%
	Esfacelo pouco aderido	3	21,4%
Quantidade de tecido necrótico	Sim	2	14,3%
	Não	12	85,7%
Tipo de exsudato	Seroso	4	28,6%
	Sanguinolento	4	28,6%
	Serosanguinolento	5	35,7%
	Purulento	1	7,1%
Quantidade de exsudato	Ausente / ferida seca	7	50,0%
	Escassa / ferida úmida	4	28,6%
	Pequena	3	21,4%

Fonte: Sampaio RA, et al., 2025.

A tabela 3 apresenta os registros relacionados aos sinais clínicos locais e à evolução do processo de cicatrização das lesões por pressão, contemplando aspectos como coloração peri-lesão, edema, endurecimento do tecido, presença de granulação e epitelização. Esses indicadores auxiliam na definição da conduta terapêutica e permitem monitorar a progressão da lesão ao longo do tempo.

A cor ao redor da ferida foi registrada em 64,3% dos casos, predominantemente normal, enquanto 35,7% indicaram eritema. O edema foi descrito em 14,3% dos prontuários, permanecendo ausente em 85,7%, e não houve registro quanto ao endurecimento do tecido em nenhum caso. A presença de tecido de granulação foi informada em 64,3%, com ausência em 35,7%. Já a epitelização foi registrada em 28,6% dos prontuários, enquanto 71,4% não apresentaram informações sobre essa fase.

Tabela 3. Avaliação da pele e evolução da ferida nos prontuários (n = 14).

Variável	Categoria	Frequência (n)	Percentual (%)
Cor da pele ao redor da ferida	Normal	9	64,3%
	Eritema	5	35,7%
Edema	Sim	2	14,3%
	Não	12	85,7%
Endurecimento tecidual	Não	14	100,0%
Tecido de granulação	Sim	9	64,3%
	Não	5	35,7%
Epitelização	Sim	4	28,6%
	Não	10	71,4%

Fonte: Sampaio RA, et al., 2025.

Discussão

Os enfermeiros exercem papel fundamental na assistência e no tratamento de lesões de pele, o que requer atualização constante e desenvolvimento técnico-científico frente às transformações nesse campo¹⁵. No presente estudo, verificou-se que os registros de enfermagem, em geral, incluíam a localização da lesão, demonstrando atenção a esse elemento essencial para o planejamento do cuidado e a prevenção de complicações.

Predominantemente, os registros de enfermagem incluíam o estágio da lesão, evidenciando a sistematização do cuidado e a atenção dos profissionais na documentação de aspectos essenciais ao acompanhamento clínico e ao planejamento terapêutico. A classificação ocorre

conforme o grau de comprometimento tecidual, segundo a proposta da National Pressure Ulcer Advisory Panel em conjunto com o European Pressure Ulcer Advisory Panel (2011), que as subdividem em categorias¹⁶.

Os registros de enfermagem apresentam lacunas na descrição das lesões por pressão, especialmente quanto a tamanho, profundidade, bordas e descolamento, o que compromete o estadiamento e o acompanhamento clínico. As bordas são essenciais por refletirem a cicatrização e indicarem complicações, como biofilme. Assim, o tratamento deve ser individualizado e incluir avaliação contínua das bordas, leito, exsudato e dor¹⁷.

Na prática clínica do cuidado de feridas, observa-se que os registros apresentam deficiências

na descrição das características das lesões. A ausência de registros completos pode levar à retirada desnecessária de curativos para inspeção da lesão, gerando desperdício de material, gasto de tempo e desconforto ao paciente, além de evidenciar a carência de registros mais detalhados por parte da equipe de enfermagem¹⁵.

A identificação do tecido no leito da ferida é frequentemente negligenciada, com o tecido necrótico pouco ou não documentado na maioria dos prontuários. Os tipos de exsudato variaram entre seroso, sanguinolento, serossanguinolento e purulento, evidenciando heterogeneidade das lesões e reforçando o papel do enfermeiro na escolha do tratamento e na redução do tempo de cicatrização¹⁵. A avaliação periódica e padronizada, com base em protocolos e registros adequados, é essencial para monitorar a evolução e garantir a eficácia terapêutica¹⁸.

A documentação da quantidade de exsudato mostrou maior consistência, com registros frequentes de ausência ou mínima presença, embora pequenas quantidades também tenham sido observadas. Quando a terapia é adequada, o exsudato tende a reduzir progressivamente, sendo avaliado pelo julgamento clínico quanto à sua distribuição no leito da ferida. Cabe ao profissional diferenciar corretamente o tipo de exsudato, realizar registros precisos e identificar alterações que demandem intervenção¹⁵.

A cor ao redor da ferida foi, em grande parte, registrada como normal, embora em alguns casos tenha sido identificada a presença de eritema. A avaliação da ferida é essencial para elaborar um plano terapêutico eficaz, sendo a documentação das observações e dos resultados das intervenções

indispensável para a adequação do cuidado¹⁹.

Embora o enfermeiro tenha papel central na avaliação e tratamento, a ausência de registros sobre edema e endurecimento compromete a análise da lesão e pode prejudicar a cicatrização, corroborando Soares et al., 2023²⁰, que cita que o edema entre outros fatores aumentam a predisposição à LP, por isso medidas preventivas devem ser adotadas para evitar o surgimento de novas lesões.

O endurecimento do tecido é um fator importante a ser registrado, pois pode dificultar a cicatrização. A falta de registro ou o preenchimento inadequado do prontuário pode gerar falhas no processo de trabalho, colocar em risco a segurança do paciente e violar o direito do usuário de ter seu histórico de saúde devidamente documentado e acessível²¹.

O tecido de granulação constitui um elemento essencial no processo de cicatrização, pois indica evolução favorável da ferida e preparação para a etapa de epitelização. Sua adequada identificação pelo enfermeiro possibilita a escolha do tratamento mais apropriado, contribuindo para a condução terapêutica eficaz e para a redução do tempo de cicatrização²².

O registro de enfermagem representa uma das formas mais relevantes de comunicação, tendo como finalidade promover a integração entre a equipe de enfermagem e os demais profissionais envolvidos no cuidado ao paciente. De modo geral, os registros de enfermagem apresentaram problemas como ilegibilidade, erros de ortografia, uso de terminologia e siglas incorretas ou não padronizadas, além de falhas na identificação do profissional²³.

Em conjunto, os resultados mostram que, embora algumas práticas estejam consolidadas, como a identificação da localização e estágio da lesão, há falhas graves na descrição completa da avaliação da ferida. A ausência de informações como profundidade, bordas, epitelização e tecido necrótico demonstra a necessidade urgente de capacitações em serviço, uso de instrumentos padronizados como o BWAT e supervisão sistemática da qualidade dos registros.

Conclusão

O estudo demonstrou que, embora a localização e o estadiamento das lesões por pressão tenham sido registrados de forma satisfatória, itens fundamentais para avaliação e acompanhamento como profundidade, bordas, epitelização e quantidade de tecido necrótico foram pouco descritos, comprometendo a integralidade do cuidado. Foram ainda identificadas falhas formais e inconsistências que fragilizam a comunicação e o respaldo legal do prontuário.

Outro achado relevante foi a presença de evoluções registradas por técnicos de enfermagem, atividade que extrapola sua competência legal e evidencia a necessidade de delimitação das atribuições no Processo de Enfermagem. Observou-se ainda que o uso do prontuário eletrônico pode favorecer o sub-registro, pois os enfermeiros tendem a priorizar indicadores pactuados, como hipertensão e diabetes. Como a lesão por pressão não integra esses indicadores, acaba sendo menos documentada no sistema.

Diante desse cenário, torna-se indispensável investir em capacitação permanente, padronização das anotações, adoção de instrumentos específicos (como checklists baseados em escalas reconheci-

das) e ajustes no prontuário eletrônico, incluindo campos obrigatórios para registro de LPP. Essas medidas são essenciais para garantir a segurança do paciente, a rastreabilidade das informações e a consolidação do Processo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde.

Esses achados mostram que a qualidade dos registros envolve não apenas conhecimento técnico, mas também compreensão de sua importância legal e ética. A documentação adequada garante segurança profissional e rastreabilidade do cuidado; quando incompleta, compromete a continuidade da assistência e pode levar a condutas inadequadas e eventos adversos.

Nesse contexto adoção de protocolos e instrumentos padronizados, como escalas e checklists, favorece a qualidade e a confiabilidade dos registros. Sua integração ao prontuário eletrônico, com campos obrigatórios, pode reduzir o sub-registro e assegurar a inclusão de dados essenciais. Também é fundamental que gestores reconheçam o registro como parte do cuidado, garantindo condições adequadas para sua realização.

Por fim o fortalecimento do Processo de Enfermagem na Atenção Primária requer integração entre ensino, gestão e prática. A inclusão de conteúdos sobre feridas nos currículos e a educação permanente qualificam a atuação profissional. Pesquisas sobre qualidade dos registros e uso do prontuário eletrônico podem orientar melhorias. Assim, a documentação adequada é essencial para a segurança do paciente e a valorização da enfermagem na APS.

Referências

1. Conselho Regional de Enfermagem. Resolução

- nº 429, de 15 de fevereiro de 2012: Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente e outros documentos próprios da enfermagem. Brasília: COFEN. 2012. Disponível em: <<https://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4292012/>>. Acesso em 13 mar 2024.
2. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 514/2016: guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem. Brasília: COFEN. 2016.
3. Medeiros AD, et al. Percepção do enfermeiro sobre a relevância na avaliação e registro das injúrias cutâneas no prontuário do paciente. *Brazilian Journal of Health Review*. 2020; 3(5):11603-14.
4. Figueiredo T, et al. Avaliação dos registros de enfermagem de pacientes internados na clínica médica de um hospital universitário do norte do Estado de Minas Gerais. *Rev Pesqui Cuid Fundam Online*. 2019; 11(Esp):390-6.
5. Nascimento DC, Ferreira GAS, Silva JML, Pioli MT, Decio MRM. Registro de lesão por pressão: o que é abordado? *Rev HUPE*. 2016; 15(4):343-8.
6. Argenta C, Adamy EK, Bitencourt JVO, eds. *Processo de enfermagem: história e teoria*. Chapecó: Editora UFFS. 2020.
7. Azevedo OA, Guedes ES, Araújo ASN, Maia MM, Cruz DALM. Documentação do processo de enfermagem em instituições públicas de saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2019; 53:e03471.
8. Domingos CS, Boscarol GT, Brinati LM, Dias AC, Souza CC, Salgado PO. A aplicação do processo de enfermagem informatizado: revisão integrativa. *Enferm Glob*. 2017; 16(48):603-52.
9. Ribeiro JC, Ruoff AB, Baptista CLBM. Informatização da sistematização da assistência de enfermagem: avanços na gestão do cuidado. *J Health Inform*. 2014.
10. Dantas CN, Santos VEP, Tourinho FSV. A consulta de enfermagem como tecnologia do cuidado à luz dos pensamentos de Bacon e Galimberti. *Texto Contexto Enferm*. 2016; 25(1):e2800014.
11. Camargo LRL, Pereira GR. Análise dos registros realizados pela enfermagem e o possível impacto na auditoria: uma revisão da literatura nacional. *Rev Adm Saúde*. 2017; 17(68):1-11.
12. Nascimento DC, Ferreira GAS, Silva JML, et al. Registro de lesão por pressão: o que é abordado? *Rev HUPE*. 2016; 15(4):343-8.
13. Sousa MBV, et al. Assistência de enfermagem no cuidado de feridas na atenção primária em saúde: revisão integrativa. *Rev Eletr Acervo Saúde*. 2020; Sup(48):e3303.
14. Lahm JV, Ribeiro DC. Prontuário eletrônico do paciente: avaliação de usabilidade pela equipe de enfermagem. *Cogitare Enferm*. 2015; 20(1):38-44.
15. Bajay HM, Araújo IEM. Validação e confiabilidade de um instrumento de avaliação de feridas. *Acta Paul Enferm*. 2006; 19(3):290-5.
16. Galvão NS, Neto DL, Oliveira APP. Aspectos epidemiológicos e clínicos de pacientes com úlcera por pressão internados em uma instituição hospitalar [dissertação]. Manaus: Universidade Federal do Amazonas. 2012.
17. Oliveira LM, Castro LC, Lucena OL, Cortez DN, Dantas SRPE, et al. Tratamento de infecções localizadas em feridas de difícil cicatrização: revisão integrativa. *Estima*. 2024; 22:e1499.
18. Cunha JB, Dutra RAA, Salomé GM. Elaboração de algoritmo para avaliação e tratamento de ferida. *Estima Braz J Enterostomal Ther*. 2018; 16:e2018.
19. Espírito Santo PF, Almeida SA, Silveira MM, Salomé GM, Ferreira LM. Uso da ferramenta pressure ulcer scale for healing para avaliar a cicatrização de úlcera crônica de perna. *Rev Bras Cir Plást*. 2013; 28(1):133-41.
20. Soares JG, Coelho JP, Dias JS. Fatores que contribuem para a lesão por pressão no âmbito hospitalar. *Ciênc Saúde*. 2023; 27(122).
21. Maria A, Rennó GAS, Miranda RPR, Gonzaga VAS. Percepções e desafios no preenchimento dos prontuários entre profissionais da saúde na atenção primária. *Santé*. 2023; 2(2):26-44.
22. Alhajj M, Goyal A. Fisiologia, tecido de granulação. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2022. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539777/>>. Acesso em 25 ago 2025.
23. Setz VG, D'Innocenzo M. Análise da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes internados em um hospital universitário. *Acta Paul Enferm*. 2009; 22(3):313-7.