

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

BETINA FRANCO

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA INFORMATIZAÇÃO DAS ESCALAS DE
PREDIÇÃO DE RISCO NA QUALIDADE DOS REGISTROS DO PROCESSO DE
ENFERMAGEM: UM ESTUDO ANTES E DEPOIS**

PORTO ALEGRE

2024

BETINA FRANCO

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA INFORMATIZAÇÃO DAS ESCALAS DE
PREDIÇÃO DE RISCO NA QUALIDADE DOS REGISTROS DO PROCESSO DE
ENFERMAGEM: UM ESTUDO ANTES E DEPOIS**

Tese apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Amália de Fátima Lucena

Linha de Pesquisa: Tecnologias do cuidado em enfermagem e saúde

PORTO ALEGRE

2024

CIP - Catalogação na Publicação

Franco, Betina
AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA INFORMATIZAÇÃO DAS ESCALAS
DE PREDIÇÃO DE RISCO NA QUALIDADE DOS REGISTROS DO
PROCESSO DE ENFERMAGEM: UM ESTUDO ANTES E DEPOIS /
Betina Franco. -- 2024.
87 f.
Orientador: Amália de Fátima Lucena.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS,
2024.

1. Informática em Enfermagem. 2. Registros de
Enfermagem. 3. Medição de Risco. 4. Lesão por Pressão.
5. ; Risco de Queda. I. Lucena, Amália de Fátima,
orient. II. Título.

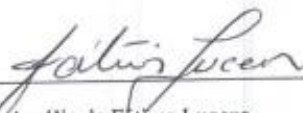
BETINA FRANCO

**Avaliação do impacto da informatização das escalas de predição de risco na
qualidade dos registros do processo de enfermagem: um estudo antes e
depois.**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de
Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial
para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 27 de março de 2024.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Amália de Fátima Lucena

Presidente da Banca – Orientadora

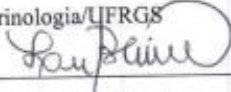
PPGENF/UFRGS



Prof. Dr. José Miguel Dora

Membro da banca


PPG Endocrinologia/UFRGS



Dra. Luciana Bjorklund De Lima

Membro da banca

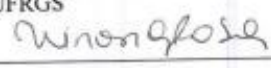
HCPA



Prof. Dra. Miriam de Abreu Almeida

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Prof. Dra. Ninon Girardon da Rosa

Membro da banca

EENF/UFRGS

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pois até aqui me trouxe, e tenho certeza de que Ele continuará me guiando e iluminando meus passos.

Aos meus pais, Alberto e Carmen, meus amores e meus pilares, pelo amor incondicional, conforto e incentivo. Amo vocês!

À professora orientadora Amália de Fátima Lucena, por seu carinho e respeito, pelo apoio e conhecimento proporcionados, por toda paciência e dedicação durante esta caminhada.

À banca Prof. Dr. José Miguel Dora, Enfermeira Dra. Luciana Bjorklund de Lima, Profa. Dra. Miriam de Abreu Almeida e Profa. Dra. Ninon Girardon da Rosa, pela participação e contribuições para o aperfeiçoamento deste estudo.

Aos colegas da Comissão do Processo de Enfermagem (COPE) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo apoio e carinho, pelas inúmeras conversas e troca de experiências.

Aos colegas da Coordenadoria de Gestão de Tecnologia da Informação e Comunicação (CGTIC) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), que foram fundamentais no desenvolvimento da informatização das escalas de predição de risco no sistema AGHUse®.

As bolsistas de Iniciação Científica Ingrid Amaral Soares, Juliani Goulart Pires Caroly, Melissa Laguna Roman que participaram dessa pesquisa e se dedicaram à coleta de dados.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), em especial ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem (PPGENF), pelo empenho e dedicação na formação dos alunos.

Aos demais colegas e amigos que me apoiaram e me auxiliaram no desenvolvimento deste estudo.

Muito obrigada a todos!

*A tarefa não é tanto ver o que ninguém viu
ainda, mas pensar o que ninguém pensou
sobre algo que todos veem.*

Artur Schopenhauer

RESUMO

Introdução: Escalas de predição de risco são ferramentas que avaliam de forma sistemática o risco de algum evento adverso acometer o paciente. Fornecem subsídios ao desenvolvimento do processo de enfermagem e, frequentemente, são aplicadas em formulários impressos dissociadas das etapas do processo de enfermagem. Assim, identificou-se a carência de funcionalidades que permitem o uso das mesmas de forma informatizada, com interatividade e agregadas às etapas processo de enfermagem, bem como o impacto disso. **Objetivo:** Avaliar o impacto da informatização de escalas de predição de risco de lesão por pressão e risco de quedas na qualidade dos registros do processo de enfermagem. **Metodologia:** Estudo de abordagem quantitativa, observacional, retrospectivo, tipo antes e depois. Desenvolvido no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, considerando dados do prontuário eletrônico do paciente do período referente ao segundo semestre de 2018, período antes da informatização das escalas de Braden e Morse Fall Scale; e ao segundo semestre de 2019, período imediatamente após a informatização das escalas de Braden e SAK, que avaliam o risco de lesão por pressão e quedas, respectivamente. A amostra incluiu 764 prontuários de pacientes, sendo 382 para avaliação do risco de lesão por pressão e 382 para o risco de quedas com suas respectivas escalas preditivas. Incluiu-se dados de prontuários eletrônicos referentes às internações de pacientes adultos de ambos os sexos, admitidos nas unidades clínicas e cirúrgicas e avaliados pelas escalas de Braden, Morse Fall Scale e SAK, que tiveram a sua primeira avaliação realizada nas primeiras 24 horas da internação hospitalar. Os dados foram coletados por meio de instrumento desenvolvido pelos pesquisadores, considerando registros da avaliação inicial (anamnese), evolução de enfermagem, e anotações de enfermagem nos controles do paciente; bem como os diagnósticos e cuidados de enfermagem prescritos, obtidos por *queries* informatizadas. A análise dos dados foi procedida pelo programa SPSS versão 20.0®. Para as associações entre os grupos antes e depois da informatização de escalas de predição de risco, para as variáveis categóricas foram utilizados os testes exato de Fisher e/ou qui-quadrado. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$). Estudo aprovado quanto a seus aspectos éticos e metodológicos (CAAE: 66618123.1.0000.5327). **Resultados:** Houve melhora na qualidade dos registros referentes aos escores das escalas de predição de risco de lesão por pressão e quedas em todas as etapas do processo de enfermagem após a informatização das escalas. Os diagnósticos e cuidados de enfermagem identificados nos prontuários dos pacientes, ao longo do período de internação, estão relacionados aos escores preditivos finais. Quanto à incidência de eventos adversos, verificou-se uma baixa incidência de lesões por pressão e quedas de pacientes em ambos os períodos avaliados, sem possibilidade de realizar associações entre esses eventos adversos e as escalas de predição de risco. **Conclusão:** A informatização das escalas de predição apresentou impacto significativo na qualidade dos registros das etapas do processo de enfermagem, o que contribui à melhora da qualidade do atendimento e segurança do paciente.

Palavras-chave: Informática em Enfermagem; Registros de Enfermagem; Medição de Risco; Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde; Lesão por Pressão; Risco de Queda.

ABSTRACT

Introduction: Risk prediction scales are tools that systematically assess the risk of an adverse event affecting the patient. They provide support for the development of the nursing process and are often applied in printed forms dissociated from the stages of the nursing process. Thus, the lack of functionalities that allow their use in a computerized way, with interactivity and added to the nursing process stages, was identified, as well as the impact of this. **Objective:** To evaluate the impact of computerization of scales for predicting the risk of pressure injuries and risk of falls on the quality of nursing process records. **Methodology:** Quantitative, observational, retrospective, before-and-after study. Developed at the Hospital de Clínicas de Porto Alegre, considering data from the patient's electronic medical record from the period referring to the second half of 2018, the period before the computerization of the Braden and Morse Fall Scale ; and the second half of 2019, the period immediately after the computerization of the Braden and SAK scales, which assess the risk of pressure injuries and falls, respectively. The sample included 764 patient records, 382 for assessing the risk of pressure injuries and 382 for the risk of falls with their respective predictive scales. Data from electronic medical records were included regarding hospitalizations of adult patients of both sexes, admitted to clinical and surgical units and evaluated using the Braden, Morse Fall and Scale and SAK, which had their first assessment carried out within the first 24 hours of hospital admission. Data were collected using an instrument developed by the researchers, considering records of the initial assessment (anamnesis), nursing evolution, and nursing notes in patient controls; as well as the prescribed nursing diagnoses and care, obtained through computerized *queries*. Data analysis was carried out using the SPSS version 20.0® program. For associations between groups before and after the computerization of risk prediction scales, Fisher's exact and/or chi-square tests were used for categorical variables. The significance level adopted was 5% ($p < 0.05$). Study approved regarding its ethical and methodological aspects (CAAE: 66618123.1.0000.5327). **Results:** There was an improvement in the quality of records referring to the scores on the risk prediction scales for pressure injuries and falls at all stages of the nursing process after the computerization of the scales. The diagnoses and nursing care identified in the patients' records, throughout the hospitalization period, are related to the final predictive scores. Regarding the incidence of adverse events, there was a low incidence of pressure injuries and patient falls in both periods evaluated, with no possibility of making associations between these adverse events and the risk prediction scales. **Conclusion:** The computerization of prediction scales had a significant impact on the quality of records of the stages of the nursing process, which contributes to improving the quality of care and patient safety.

Keywords: Nursing Informatics; Nursing Records; Risk Assessment; Quality Assurance, Health Care; Pressure Ulcer, Risk for Fall

RESUMEN

Introducción: Las escalas de predicción de riesgos son herramientas que evalúan sistemáticamente el riesgo de que un evento adverso afecte al paciente. Brindan apoyo para el desarrollo del proceso de enfermería y muchas veces se aplican en formas impresas disociadas de las etapas del proceso de enfermería. Así, se identificó la falta de funcionalidades que permitan su uso de forma informatizada, con interactividad y agregadas a las etapas del proceso de enfermería, así como el impacto de esto. **Objetivo:** Evaluar el impacto de la informatización de escalas de predicción de riesgo de lesiones por presión y riesgo de caídas en la calidad de los registros de procesos de enfermería. **Metodología:** Estudio cuantitativo, observacional, retrospectivo, antes y después. Desarrollado en el Hospital de Clínicas de Porto Alegre, considerando datos de la historia clínica electrónica del paciente del período correspondiente al segundo semestre de 2018, período anterior a la informatización de las escalas de caída Braden y Morse. Escala; y el segundo semestre de 2019, periodo inmediatamente posterior a la informatización de las escalas Braden y SAK, que evalúan el riesgo de lesiones por presión y caídas, respectivamente. La muestra incluyó 764 registros de pacientes, 382 para evaluación de riesgo de lesiones por presión y 382 para riesgo de caídas con sus respectivas escalas predictivas. Se incluyeron datos de historias clínicas electrónicas sobre hospitalizaciones de pacientes adultos de ambos sexos, ingresados en unidades clínicas y quirúrgicas y evaluados mediante los cuestionarios Braden, Morse Fall y Scale y SAK, cuya primera evaluación se realizó dentro de las primeras 24 horas del ingreso hospitalario. Los datos fueron recolectados mediante un instrumento desarrollado por los investigadores, considerando registros de la evaluación inicial (anamnesis), evolución de enfermería y notas de enfermería en pacientes controles; así como los diagnósticos y cuidados de enfermería prescritos, obtenidos a través de *consultas informáticas*. El análisis de los datos se realizó mediante el programa SPSS versión 20.0®. Para las asociaciones entre grupos antes y después de la informatización de las escalas de predicción de riesgo, se utilizaron las pruebas exactas de Fisher y/o chi -cuadrado para variables categóricas. El nivel de significancia adoptado fue del 5% ($p < 0,05$). Estudio aprobado en sus aspectos éticos y metodológicos (CAAE: 66618123.1.0000.5327). **Resultados:** Hubo mejora en la calidad de los registros referentes a las puntuaciones de las escalas de predicción de riesgo de lesiones por presión y caídas en todas las etapas del proceso de enfermería después de la informatización de las escalas. Los diagnósticos y cuidados de enfermería identificados en los prontuarios de los pacientes, a lo largo del período de internación, se relacionan con los puntajes predictivos finales. En cuanto a la incidencia de eventos adversos, hubo baja incidencia de lesiones por presión y caídas de pacientes en ambos períodos evaluados, sin posibilidad de realizar asociaciones entre estos eventos adversos y las escalas de predicción de riesgo. **Conclusión:** La informatización de escalas de predicción tuvo un impacto significativo en la calidad de los registros de las etapas del proceso de enfermería, lo que contribuye a mejorar la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

Palabras clave: Informática Aplicada a la Enfermería; Registros de Enfermería; Medición de Riesgo; Garantía de la Calidad de Atención de Salud; Úlcera por Presión; Riesgo de Caída

LISTA DE FIGURAS

Quadro 1 – Classificação das Lesões por Pressão segundo NPIAP, 2019.	26
Figura 1 – Fluxograma da logística de coleta de dados.	31
Figura 2 – Fluxograma de seleção e inclusão dos prontuários de pacientes	32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes descritas em prontuário antes e depois da informatização das escalas de predição de risco no sistema AGHUse®. Porto Alegre/RS, 2024..... **Erro! Indicador não definido.**

Tabela 2 – Frequência de registros em prontuário do escore de risco para LP na anamnese, evolução de enfermagem e controles do paciente, antes e depois da informatização das escalas de predição de risco no sistema AGHUse®. Porto Alegre/RS, 2024. **Erro! Indicador não definido.**

Tabela 3 – Estratificação da classificação de risco dos pacientes para LP descritos na anamnese, evolução de enfermagem, reavaliação do escore de risco na evolução e controles do paciente, antes e depois da informatização das escalas de predição de risco no sistema AGHUse®. Porto Alegre/RS, 2024. **Erro! Indicador não**

Tabela 4 – Registros em prontuário dos sinais, sintomas e/ou fatores de risco dos pacientes para LP descritos na anamnese, evolução de enfermagem, reavaliação do escore de risco na evolução e anotações de enfermagem no sistema AGHUse®. Porto Alegre/RS, 2024. **Erro! Indicador não definido.**

Tabela 5 – Frequência de registros em prontuário do escore de risco para quedas na anamnese, evolução de enfermagem e controles do paciente, antes e depois da informatização das escalas de predição de risco no sistema AGHUse®. Porto Alegre/RS, 2024..... **Erro! Indicador não definido.**

Tabela 6 – Estratificação da classificação de risco dos pacientes para quedas descritos na anamnese, evolução de enfermagem, reavaliação do escore de risco na evolução e controles do paciente, antes e depois da informatização das escalas de predição de risco no sistema AGHUse®. Porto Alegre/RS, 2024. **Erro! Indicador não**

Tabela 7 – Registros em prontuário dos sinais, sintomas e/ou fatores de risco dos pacientes para quedas descritos na anamnese, evolução de enfermagem, reavaliação do escore de risco na evolução e anotações de enfermagem no sistema AGHUse®. Porto Alegre/RS, 2024. **Erro! Indicador não definido.**

Tabela 8 – Diagnósticos de Enfermagem que demandaram cuidados associados ao risco de LP estabelecidos em prontuários de pacientes antes e depois da informatização das escalas de predição de risco no sistema AGHUse®. Porto Alegre/RS, 2024. **Erro! Indicador não definido.**

Tabela 9 – Cuidados de Enfermagem estabelecidos nos prontuários de pacientes associados ao risco de LP antes e depois da informatização das escalas de predição de risco no sistema AGHUse®. Porto Alegre/RS, 2024. **Erro! Indicador não definido.**

Tabela 10 – Diagnósticos de Enfermagem que demandaram cuidados associados ao risco de quedas estabelecidos em prontuários de pacientes antes e depois da informatização das escalas de predição de risco no sistema AGHUse®. Porto Alegre/RS, 2024..... **Erro! Indicador não definido.**

Tabela 11 – Cuidados de Enfermagem estabelecidos nos prontuários de pacientes associados ao risco de quedas antes e depois da informatização das escalas de predição de risco no sistema AGHUse®. Porto Alegre/RS, 2024. **Erro! Indicador não**

Tabela 12 – Eventos adversos relacionados à LP e quedas de pacientes antes e depois da informatização das escalas de predição de risco no sistema AGHUse®. Porto Alegre/RS, 2024..... **Erro! Indicador não definido.**

Tabela 13 – Características das LP desenvolvidas no HCPA antes e depois da informatização das escalas de predição de risco no sistema AGHUse®. Porto Alegre/RS, 2024. **Erro! Indicador não definido.**

Tabela 14 – Características das quedas de pacientes antes e depois da informatização das escalas de predição de risco no sistema AGHUse®. Porto Alegre/RS, 2024. **Erro! Indicador não definido.**

Tabela 15 – Notificações de eventos adversos relacionados à LP e quedas de pacientes antes e depois da informatização das escalas de predição de risco no sistema AGHUse®. Porto Alegre/RS, 2024. **Erro! Indicador não definido.**

Tabela 16 – Classificação das LP notificadas antes e depois da informatização das escalas de predição de risco no sistema AGHUse®. Porto Alegre/RS, 2024. **Erro! Indicador**

LISTA DE SIGLAS

AGHUse®	Aplicativo para Gestão Hospitalar
CID	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
COPE	Comissão do Processo de Enfermagem
DE	Diagnóstico de Enfermagem
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados
LP	Lesão por Pressão
NANDA-I	NANDA International
NIC	Classificação de Intervenções de Enfermagem
NPIAP	<i>National Pressure Injury Advisory Panel</i>
NPUAP	<i>National Pressure Ulcer Advisory Panel</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PE	Processo de Enfermagem
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
Q-DIO	<i>Quality of Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes</i>
RECORD	<i>Observational Routinely-collected health Data</i>
SA	<i>Strategic Adviser</i>
SAK	Severo–Almeida–Kuchenbecker
SAMIS	Serviço de Arquivos Médicos Informatizados
SEC	Serviço de Enfermagem Cirúrgica
SECLIN	Serviço de Enfermagem Clínica
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
STROBE	<i>Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TP	Tempo de Protrombina
TTPa	Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	Hipótese.....	17
2	OBJETIVOS	18
2.1	Objetivo geral.....	18
2.2	Objetivos específicos	18
3	REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1	O processo de enfermagem no Hospital de Clínicas de Porto Alegre e as escalas de predição de risco para LP e quedas	19
3.2	Escala de Braden.....	25
3.3	Escala de Morse Fall Scale e Sak	26
4	MÉTODOS	28
4.1	Desenho do estudo.....	28
4.2	Contexto	28
4.3	Participantes	29
4.4	Fontes de dados/variáveis e desfechos.....	30
4.5	Vieses	34
4.6	Tamanho do estudo	34
4.7	Métodos estatísticos	35
4.8	Aspectos éticos.....	35
5	RESULTADOS	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
5.1	Caracterização dos pacientes atendidos	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
5.2	Registros relacionados ao escore de risco para lesão por pressão nas etapas do processo de enfermagem..	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
5.3	Registros relacionados ao escore de risco para quedas nas etapas do processo de enfermagem	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
5.4	Descrição dos principais diagnósticos e cuidados de enfermagem	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
5.5	Descrição da incidência de eventos adversos relacionados à lesão por pressão e quedas em prontuários de pacientes ...	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
6	DISCUSSÃO	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
7	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
8	CONCLUSÃO	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
	REFERÊNCIAS	38
	APÊNDICE A — INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	45
	ANEXO A — ESCALA DE BRADEN	50
	ANEXO B — ESCALA DE MORSE FALL SCALE	51
	ANEXO C — ESCALA SEVERO-ALMEIDA-KUCHENBECKER (SAK)	52
	ANEXO D — PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	53

1 INTRODUÇÃO

Escalas de predição de risco são ferramentas que visam fornecer aos profissionais de saúde uma avaliação objetiva do risco de um desfecho acometer o paciente. São utilizadas para realizar avaliações de forma sistemática e precisa, auxiliando a equipe multiprofissional na tomada de decisão e no planejamento da assistência em saúde (Anstey *et al.*, 2022). Na prática clínica diferentes ferramentas são utilizadas para identificar os riscos a uma determinada condição, doença ou distúrbio que pode acometer um indivíduo, com o objetivo de prever eventos indesejados (Bergstrom *et al.*, 1987; Morse *et al.*, 1989; Morse; Morse; Tylko, 1989; Paranhos; Santos, 1999; Severo, 2015; Severo *et al.*, 2014, 2019; Urbanetto *et al.*, 2013).

Na enfermagem, as escalas de predição de risco subsidiam o Processo de Enfermagem (PE), auxiliando na avaliação do paciente, no raciocínio clínico, no planejamento da assistência e na tomada de decisão. Além disso, podem favorecer a qualidade da documentação dos registros em prontuário, evidenciando a qualidade da assistência prestada aos pacientes, de acordo com os seus problemas e fatores de risco (COFEN, 2024; Franco *et al.*, 2023).

O PE pode ter suas etapas registradas de forma manual, todavia, cada vez mais, o mesmo tem seu registro de maneira informatizada. Embora ele seja objeto de estudo em diferentes pesquisas (Azevedo *et al.*, 2019; Chiavone *et al.*, 2021; Soares; Peres; Oliveira, 2018), ainda são poucos os resultados publicados que avaliam a qualidade dos seus registros, o que demonstra a necessidade de maior exploração do assunto.

Neste sentido, um estudo retrospectivo, descritivo e comparativo realizado na Jordânia, sudoeste asiático, teve por objetivo comparar os registros de enfermagem de dois hospitais públicos em enfermarias clínicas e cirúrgicas. O primeiro hospital com registros em formulários de papel e o segundo com registros eletrônicos. A qualidade dos registros foi avaliada através do instrumento de auditoria Cat-ch-Ing, desenvolvido para avaliação da documentação de Enfermagem. Os resultados demonstraram que os registros realizados de forma eletrônica apresentaram melhor qualidade em termos de processo, estrutura e conteúdo (Akhu- Zaheya; Al- Maaitah; Bany Hani, 2018).

Outro estudo nesta linha foi realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), com o objetivo de analisar a qualidade dos registros de enfermagem, comparando o período antes e depois do processo de acreditação hospitalar internacional, por meio do instrumento Quality of Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes (Q-DIO) – Versão brasileira. O estudo comparou os registros de enfermagem em 112 prontuários referentes ao período anterior da acreditação hospitalar e 112 ao período posterior. A pesquisa demonstrou que a qualidade dos registros de enfermagem no prontuário eletrônico do paciente (PEP), impactou positivamente na qualidade da assistência e segurança do paciente (Nomura *et al.*, 2018).

De maneira semelhante, estudo realizado na zona oeste da cidade de São Paulo comparou a qualidade da documentação do PE em duas versões de um sistema de apoio à decisão clínica utilizando o instrumento Q-DIO versão brasileira. Os resultados demonstraram que a qualidade da documentação do PE na versão II do sistema (pós-intervenção) foi superior à versão I (Oliveira; Peres, 2021).

Por sua vez, identificou-se na literatura estudo que apontou ausência de funcionalidades que permitissem o uso de escalas de predição de risco de forma informatizada e com interatividade às informações disponíveis no PEP (Tolentino; Subbian; Gephart, 2021). Sabe-se que o escore final da aplicação de escalas de predição de risco direciona o raciocínio diagnóstico, bem como a implementação de decisões e medidas de cuidado a cada indivíduo, contribuindo para uma assistência de maior qualidade e segurança em saúde (Rodríguez Acelas; Cañon Montañez, 2018). Assim, essas ferramentas se constituem em elementos importantes no PE, pois fazem parte da coleta de dados e da avaliação do paciente, que por sua vez, embasam o diagnóstico e a prescrição de intervenções de enfermagem, na busca dos melhores resultados possíveis.

No HCPA, campo deste estudo, a enfermagem aplica o PE apoiado em sistemas de linguagem padronizada atrelada ao PEP, e de acordo com a literatura (Butcher *et al.*, 2020; Herdman; Kamitsuru; Lopes, 2021; Horta, 1971) e a legislação profissional brasileira (COFEN, 2007, 2012, 2024). Entretanto, as escalas de predição de risco como, por exemplo, as de avaliação de risco para lesão por pressão e risco de quedas, dois importantes indicadores de qualidade assistencial, eram aplicadas em formulários impressos e dissociadas do PE e,

consequentemente, do PEP. Essa situação levava a fragilidades nos registros em saúde e, possivelmente, prejuízos à qualidade assistencial e segurança do paciente.

Dentre as fragilidades do processo de registro manual está o tempo que a informação leva para estar disponível à equipe assistencial. Por sua vez, o registro de dados no PEP, quando realizado em tempo real, diminui o tempo de chegada da informação aos profissionais de saúde, favorecendo a tomada de decisão e minimizando a probabilidade de erros, incidentes e eventos adversos e, por conseguinte, prejuízo ao paciente (Lima; Vieira; Nunes, 2018).

Diante disto, o HCPA, no ano de 2019, informatizou as escalas de predição de risco utilizadas pela enfermagem no sistema denominado Aplicativo para Gestão Hospitalar (AGHUse®), um *software* livre do PEP com sistema de gestão integrado, capaz de gerar resultados que subsidiam a transformação da gestão da assistência à saúde (Comunidade AGHUse, 2022). Foram informatizadas diferentes escalas de predição de risco, respeitando suas características e permitindo a integração de seus escores como base para os diagnósticos e prescrições de intervenções de enfermagem, estimulando o pensamento crítico e o raciocínio clínico da equipe, de modo a facilitar a acurácia diagnóstica, além de promover a possibilidade de medidas preventivas aos eventos adversos e qualificar o monitoramento dos mesmos.

Dentre as diferentes escalas informatizadas na instituição, destacam-se a de Braden, que avalia o risco de lesão por pressão (LP) em pacientes adultos (Bergstrom *et al.*, 1987; Paranhos; Santos, 1999) e a de Severo-Almeida-Kuchenbecker (SAK), que avalia o risco de quedas em pacientes hospitalizados (Severo, 2015; Severo *et al.*, 2014, 2019), utilizada em substituição a de Morse Fall Scale (Morse *et al.*, 1989; Morse; Morse; Tylko, 1989; Urbanetto *et al.*, 2013), que vinha sendo utilizada na instituição desde o ano 2000 em formulário de papel.

A informatização foi uma importante alternativa para tornar o processo de trabalho mais qualificado, fortalecer e facilitar a comunicação entre a equipe multidisciplinar, propiciar a visibilidade dos dados em tempo real de modo claro e uniforme no PEP, agregando informações à tomada de decisão para a segurança do paciente. Esse processo de informatização também corroborou com o proposto nas Metas Internacionais de Segurança do Paciente (Brasil, 2014; WHO, 2009) e de Padrões de Acreditação para Hospitais (JCI, 2021), no que tange a melhora da

eficácia da comunicação e da prevenção de danos decorrentes de lesão por pressão e quedas.

Apesar deste avanço, identificou-se a necessidade de uma avaliação do uso desta nova funcionalidade desenvolvida no AGHUse[®], que permite estabelecer relação das escalas de predição de risco com o PE informatizado.

É nesta perspectiva que a questão de pesquisa deste estudo foi formulada: “A informatização das escalas de predição de risco aplicadas pela enfermagem favoreceu a melhoria da qualidade dos registros das etapas do PE”?

1.1 Hipótese

A hipótese deste estudo é que a informatização de escalas de predição de risco melhora a qualidade dos registros das etapas do PE e, conseqüentemente, aumenta a segurança dos pacientes.

2 OBJETIVOS

Para a realização desta pesquisa foram estabelecidos o objetivo geral e os específicos, conforme seguem.

2.1 Objetivo geral

Avaliar o impacto da informatização de escalas de predição de risco de LP e risco de quedas na qualidade dos registros do processo de enfermagem.

2.2 Objetivos específicos

- Comparar a qualidade do registro do processo de enfermagem no que tange à identificação dos escores de risco, sinais, sintomas e/ou fatores relacionados ao risco de LP e de quedas, nas etapas de anamnese, evolução e controles de enfermagem, antes e depois da informatização das escalas de predição de risco.
- Identificar os diagnósticos e cuidados de enfermagem relacionados ao risco de LP e de quedas antes e depois da informatização das escalas de predição de risco.
- Verificar a incidência de eventos adversos relacionados à LP e os relacionados às quedas de pacientes no HCPA, bem como os fatores que levaram à queda, consequência e gravidade da mesma, antes e depois da informatização das escalas de predição de risco.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico deste estudo abordará o Processo de Enfermagem informatizado no HCPA, bem como três diferentes escalas de predição de risco: a de Braden, utilizada para predizer o risco para lesão por pressão, Morse Fall Scale e a de Severo-Almeida- Kuchenbecker, utilizadas para predizer o risco para quedas.

3.1 O processo de enfermagem no Hospital de Clínicas de Porto Alegre e as escalas de predição de risco para LP e quedas

O HCPA ao longo de sua existência sempre liderou iniciativas inovadoras e protagonistas em diversas áreas, incluindo a gestão da informatização dos processos gerenciais e assistenciais, que o elevaram à condição de referência para diversas instituições de saúde no Brasil. Na década de 1980, desenvolveu internamente o sistema informatizado Aplicativos de Gestão Hospitalar, o qual, ao longo dos anos, vem se constituindo em uma importante ferramenta para a instituição.

O sistema de Aplicativos de Gestão Hospitalar oportunizou ao HCPA a migração e atualização para o atual sistema AGHUse[®], transformando uma solução interna em uma plataforma abrangente, moderna e registrada como software livre através da licença pública geral (Comunidade AGHUse, 2022). Além disso, o AGHUse[®] possui enorme potencial para a melhoria da gestão gerencial, assistencial, ensino e pesquisa para instituições de saúde. Este sistema, em constante aprimoramento, tem gerado resultados que caminham para a transformação da realidade da gestão da assistência à saúde no país, tendo como um dos eixos o desenvolvimento da tecnologia em saúde (HCPA, 2022e). Importante destacar que o PE compõe um dos módulos deste aplicativo e, de modo constante, é atualizado de acordo com o avanço do conhecimento.

O PE faz parte da história do HCPA, pois foi implantado desde a lei de concepção da instituição em 1972, com base no referencial teórico da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta (Horta, 1971) e, mais tarde, associado a outros referenciais como, por exemplo, os dos sistemas de linguagens

padronizadas de diagnósticos e de intervenções de enfermagem (Butcher *et al.*, 2020; Herdman; Kamitsuru; Lopes, 2021).

A constante necessidade de atualização do conhecimento do PE fez com que o HCPA organizasse uma comissão institucional denominada Comissão do Processo de Enfermagem (COPE). Essa comissão é responsável pela coordenação da implementação do PE utilizado na prática clínica, ensino e pesquisa, além de promover a atualização e avaliação do PE, com ênfase no registro qualificado do cuidado individualizado e seguro do paciente. Além disso, gerencia as demandas dos processos informatizados relacionados à Enfermagem, alinhados à Diretoria de Enfermagem da instituição, e atua em projetos institucionais inovadores pelo aprimoramento de funcionalidades no sistema AGHUse® (Almeida *et al.*, 2011; HCPA, 2022a).

O início da informatização do PE no HCPA se deu no ano 2000, quando também começou a utilizar a etapa de diagnósticos de enfermagem (DE) com base na taxonomia da *NANDA International* (NANDA-I) (Herdman; Kamitsuru; Lopes, 2021). Na sequência, passou a adotar a Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC) também como uma referência (Butcher *et al.*, 2020).

Dessa forma, e ao longo dos anos, a enfermagem do HCPA vem utilizando o PE informatizado em todas as suas etapas como um método para a organização do cuidado, com atenção à filosofia da instituição e à legislação profissional, sempre acompanhando a evolução do conhecimento da área (Almeida *et al.*, 2011; COFEN, 2007, 2012, 2024).

A anamnese de enfermagem está estruturada em três grandes grupos de necessidades humanas: psicobiológicas, psicossociais e espirituais (Horta, 1971). A etapa de diagnóstico de enfermagem é fundamentada na taxonomia da NANDA-I (Herdman; Kamitsuru; Lopes, 2021) e a prescrição de cuidados de enfermagem está baseada na NIC (Butcher *et al.*, 2020).

A evolução de enfermagem foi estruturada a partir do modelo de Weed (Weed, 1964): subjetivo (S) – relato do paciente e/ou familiar evidenciando pistas e/ou indicadores para os diagnósticos de enfermagem; objetivo (O) – descrição do exame físico do paciente ressaltando sinais, sintomas e fatores de risco para a sustentação dos diagnósticos de enfermagem; interpretação (I) – diagnósticos de enfermagem ativos com suas etiologias ou fatores de risco; (C) conduta e conduta

de educação – descrição das intervenções que respondem aos sinais e sintomas ou fatores de risco, bem como as ações de educação desenvolvidas junto ao paciente e/ou familiar/cuidador (HCPA, 2022a).

Os controles do paciente dizem respeito aos registros dos sinais vitais, de parâmetros hemodinâmicos e de monitorizações dos pacientes. Essas monitorizações compreendem os registros dos líquidos administrados e eliminados, bem como o registro de dados descritos em campo específico do sistema AGHUse® denominado “Anotações”. Neste campo, os profissionais da Enfermagem registram dados que subsidiam a equipe multiprofissional no estabelecimento do plano de cuidados.

A orientação institucional é de que a anamnese de enfermagem seja realizada a cada internação do paciente e, preferencialmente, nas primeiras 24 horas. A evolução de enfermagem deve ser documentada no PEP diariamente, bem como o registro de todas as intercorrências e encaminhamentos. O registro dos controles do paciente deve ser realizado de modo constante, de acordo com os protocolos e prescrições, conforme as necessidades de cada paciente (HCPA, 2022a).

Em relação aos indicadores de qualidade assistencial associados ao cuidado de enfermagem, é importante destacar que os mesmos passaram a ser monitorados em 2006. Nesse ano foram estabelecidos dois indicadores, a incidência de quedas do leito, cuja meta estabelecida na época foi de $\leq 2:1000$ pacientes dia/mês e a incidência de lesão por pressão, cuja meta era de $\leq 10:1000$ pacientes dia/mês (Moura *et al.*, 2009).

Assim, iniciava-se o monitoramento de eventos adversos relacionados à assistência e também a necessidade de identificar os pacientes mais suscetíveis a este tipo de evento. Para tanto, foi implantado o uso das escalas de predição de risco, a saber, escala de Braden e escala de Morse Fall Scale (Bergstrom *et al.*, 1987; Morse *et al.*, 1989; Morse; Morse; Tylko, 1989; Paranhos; Santos, 1999; Urbanetto *et al.*, 2013).

Estas duas escalas de predição de risco eram aplicadas nos pacientes internados no HCPA pelas enfermeiras em formulários impressos em papel, até o final do primeiro semestre de 2019, com a orientação institucional de que seus escores finais e informações complementares fossem transcritas para o PEP no AGHUse®. Importante salientar, que os escores finais sempre tiveram a finalidade

principal de nortear as condutas de enfermagem, no sentido de prevenir eventos adversos como a LP e a queda. Além disso, também sempre houve a orientação de que todos os dados gerados através do PE fizessem parte do PEP, de modo a favorecer a qualidade dos processos de trabalho e, principalmente, a qualidade da assistência aos pacientes.

A avaliação do risco de LP, com a escala de Braden em formulário em papel, era aplicada a todos os pacientes nas primeiras 24 horas de internação. O escore final dela deveria ser transcrito na anamnese, na evolução de enfermagem e nos controles do paciente, de modo a propiciar a sua visualização por toda a equipe assistencial e promover o cuidado adequado. Assim, a partir do escore evidenciado, quando o mesmo apontava risco para LP, o enfermeiro deveria iniciar um DE acurado e prescrever os devidos cuidados de enfermagem. A reavaliação da escala de Braden deveria ser realizada a cada sete dias, nas transferências entre as unidades, na mudança no estado de saúde e na ocorrência de lesões por pressão, conforme estabelecido no Protocolo Assistencial de Prevenção e Tratamento de Lesão por Pressão em Adultos (HCPA, 2022c). Caso o paciente apresentasse uma LP em estágio igual ou maior a 2, o enfermeiro deveria realizar a notificação do evento adverso de forma eletrônica no AGHUse®.

A avaliação do risco de quedas era realizada através da aplicação Morse Fall Scale, também em formulário de papel, em todos os pacientes nas primeiras 24 horas de internação hospitalar. O escore final da Morse Fall Scale também deveria ser transcrito para a anamnese, evolução de enfermagem e controles do paciente. A partir disto, o Enfermeiro deveria iniciar um DE acurado, de acordo com a condição do escore final, e prescrever os devidos cuidados de enfermagem. A reavaliação do risco de quedas deveria ser realizada a cada sete dias, nas transferências para uma nova unidade, mudança no estado de saúde e ocorrência de queda, conforme estabelecido no Protocolo Assistencial de Quedas em Adultos (HCPA, 2022d). De modo semelhante aos casos de LP, se paciente apresentasse queda, o enfermeiro deveria realizar a notificação do evento adverso de forma eletrônica no AGHUse®.

Assim, os resultados da avaliação dos pacientes por estas duas escalas de predição de risco dependiam de uma transcrição dos seus escores finais às etapas do PE informatizado, no PEP. Isso levava a fragilidades relacionadas ao tempo de chegada da informação aos profissionais de saúde, possivelmente, favorecendo

incidentes e eventos adversos e, por conseguinte, causando prejuízo à segurança do paciente. Além disso, era necessário digitalizar os formulários impressos para constar no PEP depois da alta do paciente, uma vez que se configuravam em informações clínicas dos mesmos. Esse processo demandava alto custo com papel, digitalização, e arquivamento físico desses documentos por 20 anos a partir do último registro realizado (CFM, 2007).

Desta forma, para minimizar as fragilidades descritas e a probabilidade de erros, incidentes e eventos adversos, o HCPA desenvolveu, no período de novembro de 2018 a junho de 2019, com a colaboração de um grupo de trabalho multidisciplinar constituído por enfermeiros, médicos, analistas e desenvolvedores de sistemas, o processo de informatização das escalas de predição de risco utilizadas pela enfermagem.

Assim, a partir do segundo semestre de 2019, os registros da aplicação destas escalas de predição de risco passaram a ser informatizadas no sistema AGHUse[®]. Nesse processo, identificou-se que a Morse Fall Scale, desenvolvida na década de 1980, já não atendia a complexidade dos fatores contribuintes à queda, sendo substituída pela escala SAK, desenvolvida em pesquisa no HCPA (Severo, 2015; Severo *et al.*, 2014, 2019).

A partir da informatização destas escalas os enfermeiros passaram a acessar o sistema AGHUse[®], por meio do seu nome de usuário e sua senha, e aplicá-las de modo direto, sem necessidade de transcrição de dados.

Após o enfermeiro se logar no AGHUse[®], ele clica na sua lista de pacientes, seguido do botão “Escore”, onde selecionará a escala a ser aplicada, que o direcionará para o botão “Novo registro”. Ao clicar nesse botão, antes de iniciar a aplicação da escala, o sistema possui uma barreira de segurança, com uma pergunta para certificação se o nome do paciente e de seu respectivo número de prontuário. Ao confirmar, o sistema disponibiliza ao enfermeiro a escala selecionada para preenchimento, com as suas variáveis e definições conceituais. Conforme o preenchimento vai sendo realizado, o sistema vai realizando o cálculo automaticamente, gerando o escore final e classificando o risco do paciente. Se o escore final apontar que o paciente é de risco para o evento adverso avaliado, o sistema disponibilizará a opção para o enfermeiro iniciar o DE mais acurado. No caso da escala de Braden, o sistema sugere o DE Risco de Lesão por Pressão,

e no caso da escala SAK, a sugestão é para a abertura do DE Risco de Quedas (Bergstrom *et al.*, 1987; Herdman; Kamitsuru; Lopes, 2021; Paranhos; Santos, 1999; Severo, 2015; Severo *et al.*, 2014, 2019).

Esta nova funcionalidade no sistema AGHUse[®] também propiciou ao enfermeiro notificar um evento adverso, seja uma LP ou uma queda, com algumas perguntas sobre o mesmo. Por exemplo, na presença de uma LP, as perguntas são: *Paciente apresenta lesão por pressão? Qual a localização? Possui lateralidade? Qual o estágio da lesão? Qual a origem (comunitária ou hospitalar)?* Se as respostas a estas perguntas forem afirmativas e sinalizam lesão por pressão em estágio igual ou maior a dois, com origem hospitalar, o sistema AGHUse[®] automaticamente gera informações que alimentam o indicador institucional de evento adverso “lesão por pressão”.

No caso da aplicação da escala SAK, o sistema também disponibiliza a pergunta: *Paciente apresentou quedas no seu turno de trabalho?* Em caso positivo, o sistema automaticamente gera informações que alimentam o indicador institucional de quedas.

Na etapa final de aplicação destas escalas, antes de efetivamente gravar o registro do escore da mesma, novamente o sistema exibe uma mensagem de segurança perguntando ao enfermeiro se o paciente e seu respectivo número de prontuário estão corretos. Finalizada a aplicação de qualquer uma das escalas, o escore final com a classificação de risco migra automaticamente para diferentes módulos do PEP no AGHUse[®], possibilitando a sua visualização em diferentes telas do sistema e etapas do PE. Assim, o seu registro também pode ser visualizado nas telas da anamnese de enfermagem, referente à aplicação no momento da internação; nas evoluções diárias de enfermagem, toda vez que a escala é reaplicada; nos controles de sinais vitais e monitorizações do paciente, além dos formulários de transferência temporária do cuidado e de informações para a passagem de plantão de enfermagem.

Sendo assim, todos os pacientes adultos que chegam à instituição são avaliados pelo enfermeiro no momento da admissão com vistas à estratificação de risco para o desenvolvimento de LP através da Braden e para o risco de quedas através da escala SAK. A reavaliação da escala de Braden é a cada sete dias ou quando houver mudança do quadro clínico e para a escala SAK, a reavaliação é

duas vezes por semana ou quando houver transferência de unidade, assim como também na mudança do quadro clínico do paciente ou ainda quando o apresentar uma lesão por pressão ou queda.

3.2 Escala de Braden

A escala de predição de risco Braden foi elaborada em 1987 por Braden e Bergstrom e é utilizada para a avaliação do risco de desenvolvimento de uma LP (Bergstrom *et al.*, 1987). No Brasil, a Braden foi traduzida e validada atingindo 94% de sensibilidade, 89% de especificidade e 88% e 94%, respectivamente, para validade preditiva dos testes positivo e negativo (Paranhos; Santos, 1999).

A Braden é composta por seis critérios de risco, a saber: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento (ANEXO A). Cada critério avaliado recebe uma pontuação que varia de um a quatro pontos. O somatório dos escores de zero a 20 pontos considera-se baixo risco para o desenvolvimento de lesão por pressão, de 25 a 40 pontos considera-se risco moderado e de 45 ou mais pontos, alto risco ao desenvolvimento de lesão por pressão (Bergstrom *et al.*, 1987; HCPA, 2022c). A partir da aplicação da escala e o estabelecimento do risco, a equipe de enfermagem estabelece um plano de cuidados para evitar que a LP se estabeleça.

Segundo a *National Pressure Injury Advisory Panel* (NPIAP), organização norte-americana, sem fins lucrativos, dedicada à prevenção e ao tratamento de LPs, define a LP como um dano gerado à pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionado a dispositivos médicos ou a outro artefato (NPIAP, 2019). A partir desta definição, a lesão pode ocorrer em pele íntegra ou como úlcera aberta e ocorre quando há pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento e fatores intrínsecos como a nutrição, perfusão e presença de comorbidades associadas (NPIAP, 2019).

A LP pode ser classificada de acordo com o grau de comprometimento tissular que acomete o paciente. Além disso, há mais duas classificações acrescentadas em 2016: LP relacionada a Dispositivo Médico e a LP em Membranas e Mucosas (NPIAP, 2019), as quais estão apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Classificação das Lesões por Pressão segundo NPIAP, 2019.

Estágio	Classificação
Lesão por Pressão Estágio 1	Pele íntegra com eritema não branqueável.
Lesão por Pressão Estágio 2	Perda de espessura parcial da pele com exposição da derme. O leito da ferida é viável, rosa ou vermelho, úmido, e também pode se apresentar como uma flictena com exsudato seroso intacto ou rompido.
Lesão por Pressão Estágio 3	Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epíbolo (lesão com bordas enroladas) estão presentes. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. A profundidade do dano tissular varia conforme a localização anatômica.
Lesão por Pressão Estágio 4	Perda total da espessura da pele e perda tissular. Há perda total da espessura da pele e exposição ou palpção direta de tecidos como fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso na úlcera. Esfacelo e/ou escara podem ser visíveis. Bordas despregadas, descolamentos e/ou tunelização.
Lesão por Pressão Não Estadiável	Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível. A extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara. Ao ser removido (esfacelo ou escara), Lesão por Pressão em Estágio 3 ou Estágio 4 ficará aparente.
Lesão por Pressão Tissular Profunda	Descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece. Pele intacta ou não intacta com área localizada de vermelho escuro persistente não branqueável, descoloração marrom ou roxa ou separação da epiderme revelando um leito da ferida escuro ou com flictena de sangue.
Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico	Resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão por pressão resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo.
Lesão por Pressão em Membranas Mucosas	A lesão por pressão em membranas mucosas é encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas.

Fonte: NPIAP, 2019.

3.3 Escala de Morse Fall Scale e SAK

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as quedas são a segunda principal causa de mortes por lesões não intencionais em todo o mundo. A cada ano, cerca de 680 mil indivíduos morrem de quedas em todo o mundo, dos quais mais de 80% ocorrem em países de baixa e média renda. Os idosos com mais de 60 anos de idade sofrem o maior número de quedas fatais (OMS, 2021).

A queda pode ser definida como o evento adverso que leva o paciente a “vir a inadvertidamente ficar no solo ou em outro nível inferior, excluindo mudanças de posição intencionais para se apoiar em móveis, paredes ou outros objetos”

(OMS, 2021). Dentre as diferentes estratégias para a prevenção de quedas no ambiente hospitalar, destaca-se a identificação precoce do risco de quedas através de escalas preditoras que mensuram o risco de um evento adverso ocorrer. Existem diferentes escalas de avaliação do risco de quedas desenvolvidas e validadas no mundo. Uma das mais utilizadas na prática clínica é a Morse Fall Scale.

A Morse Fall Scale foi publicada em 1989 em sua versão original no Canadá (Morse *et al.*, 1989; Morse; Morse; Tylko, 1989). Em 2013, a Morse Fall Scale foi traduzida e adaptada transcultural para a língua portuguesa do Brasil (Urbanetto *et al.*, 2013). A escala é composta por seis critérios de avaliação, entre eles o histórico de quedas, o diagnóstico secundário, o auxílio na deambulação, o uso de dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado, a marcha e estado mental (ANEXO B). Cada critério avaliado recebe uma pontuação que varia de zero a 30 pontos. O somatório dos escores de zero a 24 pontos considera-se baixo risco para quedas, de 25 a 44 pontos considera-se risco moderado e de 45 ou mais pontos, alto risco para quedas (Urbanetto *et al.*, 2013).

A escala Severo-Almeida-Kuchenbecker (SAK), também preditora de risco para quedas, teve seu desenvolvimento mais recentemente no campo deste estudo, durante uma tese de doutorado (Severo, 2015). A sua construção e validação surgiu da necessidade de identificação dos fatores de risco para quedas, com fidedignidade, e da adoção de procedimentos que eliminassem ou diminuíssem o risco, uma vez que a escala Morse Fall Scale, até então utilizada na instituição, não identificava com fidedignidade o risco de quedas dos pacientes (Severo, 2015). Desta forma, no ano de 2015, a SAK (Severo, 2015; Severo *et al.*, 2014, 2019) consolidou-se como a primeira escala de risco de quedas brasileira, que utiliza em seus critérios de avaliação o fator medicamentoso.

A SAK está composta por sete critérios de avaliação: desorientação/confusão, micções frequentes, limitação para deambular, número de medicamentos administrados em até 24 horas, queda prévia, ausência de acompanhante e pós-operatório. Cada critério recebe uma pontuação que varia de zero a cinco pontos. Destes, o somatório do escore total igual ou menor do que 6 pontos consideram baixo risco para quedas, de 6.5 a 10 pontos considera moderado risco para quedas, e o somatório igual ou maior a 10.5 pontos aponta paciente com alto risco para quedas (ANEXO C).

4 MÉTODOS

A seguir, descreve-se o delineamento metodológico que foi baseado na lista de verificação de itens do *Observational Routinely-collected health Data* (RECORD) *statement* para condução de todas as suas etapas (Benchimol *et al.*, 2015).

O RECORD é uma extensão da instrução *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) (Malta *et al.*, 2010), com uma lista de itens de verificação para direcionar estudos observacionais relacionados às etapas de desenvolvimento do estudo, tais como o título, resumo, introdução, métodos, resultados e seção de discussão dos artigos e outras informações necessárias para a inclusão em relatórios de pesquisa (Benchimol *et al.*, 2015).

4.1 Desenho do estudo

Estudo de abordagem quantitativa, observacional, retrospectivo do tipo antes e depois. Na pesquisa observacional os pesquisadores observam o contexto em que determinados fenômenos ocorrem e o analisam sem intervenção (Polit; Beck, 2011). Para o desenvolvimento de um estudo observacional as características ou variáveis não estão sujeitas, ou não são receptivas, à manipulação experimental ou randomização. Além disso, em alguns casos, as variáveis independentes já aconteceram e não é possível qualquer controle sobre elas. Os estudos observacionais também são utilizados para comparar dados ou variáveis antes e após uma intervenção ser instituída (Nedel; Silveira, 2016).

Neste estudo, foi observado o impacto da informatização de escalas de predição de risco utilizadas pela enfermagem no sistema AGHUse®.

4.2 Contexto

A pesquisa foi desenvolvida no HCPA, hospital público federal, vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e à rede de hospitais universitários do Ministério da Educação. A instituição atualmente possui 836 leitos, sendo 72 destes de tratamento intensivo, 46 de emergência, em um amplo rol de especialidades. Conta ainda com o centro de pesquisa clínica e experimental. O

estudo foi realizado utilizando registros do PEP referentes as unidades de internação clínica e cirúrgica que possuem respectivamente 194 e 221 leitos, totalizando 415 leitos, conforme dados de informação gerencial da instituição (HCPA, 2022b). A escolha dessas unidades para o desenvolvimento do estudo se justifica devido ao fato de comportar mais de 50% dos leitos disponíveis na instituição para internação de diversas especialidades para o atendimento em saúde. As unidades de tratamento intensivo e emergência adulta não foram incluídas no estudo devido ao fato de serem consideradas áreas de risco para quedas, dispensando a aplicação de escala preditora, com adoção de medidas de cuidado preventivo de forma protocolar para todos os pacientes. Adicionado a isso, ainda cabe ressaltar que as áreas de internação crítica e de procedimentos, além das áreas pediátricas, não serão consideradas devido a terem diferentes processos de trabalho relacionados tanto à predição de risco de LP como para quedas.

O estudo foi desenvolvido considerando dados referentes ao segundo semestre de 2018, que corresponde ao período imediatamente antes da informatização das referidas escalas de predição de risco para lesão por pressão (Braden) e de predição de risco para quedas (Morse Fall Scale) (Morse *et al.*, 1989; Morse; Morse; Tylko, 1989; Urbanetto *et al.*, 2013); e ao segundo semestre de 2019, correspondente ao período imediatamente após a informatização das escalas de Braden (preditiva para lesão por pressão) (Bergstrom *et al.*, 1987; Paranhos; Santos, 1999) e SAK (preditiva para quedas) (Severo, 2015; Severo *et al.*, 2014, 2019). Salienta-se, mais uma vez, que a Morse Fall Scale foi substituída pela SAK no processo de informatização devido a mesma ser mais atual e contemplar fatores de risco não mencionados pela anterior.

4.3 Participantes

Os participantes do estudo foram constituídos pelos dados dos prontuários de pacientes adultos com idade igual ou superior a 18 anos internados nas unidades clínicas e cirúrgicas do HCPA, conforme já descritas no contexto do estudo.

Foram incluídos na amostra os dados de prontuários referentes às internações de pacientes adultos de ambos os sexos, admitidos nas unidades clínicas e cirúrgicas e avaliados pelas escalas de Braden e Morse Fall Scale

(segundo semestre de 2018) e pelas escalas de Braden e SAK (no segundo semestre de 2019), que tiveram a sua primeira avaliação realizadas nas primeiras 24 horas da internação hospitalar.

Foram excluídos do estudo os dados de pacientes que não consentiram com a utilização dos mesmos no momento da admissão hospitalar.

4.4 Fontes de dados/variáveis e desfechos

A coleta de dados ocorreu no período de 17/07/2023 a 15/09/2023, de forma retrospectiva no PEP.

Os dados foram coletados por uma equipe de auxiliares de pesquisa, constituída por três bolsistas de iniciação científica (acadêmicos de enfermagem da UFRGS) com conhecimento das diferentes funcionalidades do sistema AGHUse®, bem como do PE informatizado na instituição; e pela Enfermeira pesquisadora responsável pelo estudo.

Previamente ao início da coleta de dados, a equipe de auxiliares de pesquisa foi capacitada sobre a temática do estudo e aplicação do instrumento de coleta de dados, de modo a padronizar a mesma nos prontuários dos pacientes incluídos. Num primeiro encontro, foi apresentado o projeto de pesquisa aprovado na Plataforma Brasil, salientando-se os objetivos do mesmo. O instrumento de coleta também foi apresentado e cada um dos seus itens discutidos até não haver nenhuma dúvida sobre o que e como deveria ser coletado. Para isso, também foram revisados os principais sinais, sintomas e/ou fatores de risco para a predição de risco para lesão por pressão e risco de quedas, tendo por base os diagnósticos de enfermagem relacionados aos dois eventos descritos na taxonomia da NANDA I (Herdman; Kamitsuru; Lopes, 2021).

No segundo momento, foi realizado um treinamento teórico-prático, onde se aplicou o formulário de pesquisa em um prontuário do ambiente de treinamento do AGHUse®, para fortalecer o alinhamento dos coletadores na busca dos dados no PEP.

Após estes dois momentos, as auxiliares de pesquisa foram consideradas aptas para coleta de dados executada de forma individual. Cabe ressaltar que a coleta de dados no PEP foi realizada de forma presencial na COPE do HCPA, em

horário comercial, com a presença da Enfermeira pesquisadora responsável, para qualquer esclarecimento de dúvidas que pudesse surgir ao longo da coleta.

A logística de coleta dos dados foi realizada em diferentes momentos, conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma da logística de coleta de dados.

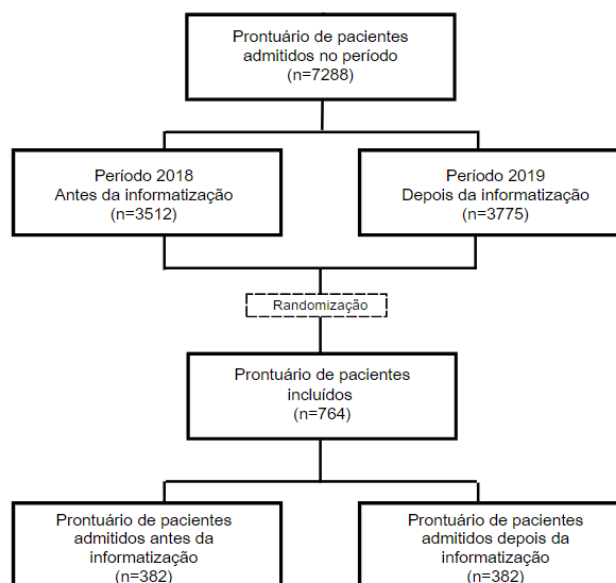


Fonte: dados da pesquisa, 2024.

A primeira etapa da coleta de dados diz respeito à seleção dos prontuários de pacientes internados realizada a partir de *Querys*, que é definida como o processo de extração de informações de banco de dados no AGHUse®, as quais foram solicitadas ao Serviço de Arquivos Médicos Informatizados (SAMIS). Os filtros solicitados para esse processo foram referentes a todos os pacientes internados nas unidades clínicas e cirúrgicas (3S, 3N, 4S, 5N, 6S, 6N, 7S, 7N, 8S, 8N, 9S, 9N), no período que compreende o segundo semestre dos anos de 2018 e 2019, considerando o período total da internação de cada paciente avaliado.

Durante o período de coleta do estudo, identificou-se pela query emitida pelo SAMIS 7288 prontuários de pacientes admitidos na instituição, independente da unidade de internação, o que excedeu a amostra calculada. De forma a garantir o tamanho amostral, foi realizada uma randomização aleatória dos números de prontuários utilizando a função “aleatórioentre” do software Microsoft Excel (Figura 2).

Figura 2 – Fluxograma de seleção e inclusão dos prontuários de pacientes



Fonte: dados da pesquisa, 2024.

Após a randomização se obteve os 764 prontuários que foram incluídos no estudo, a partir dos quais se iniciou a coleta de dados para a caracterização dos prontuários/pacientes.

Para caracterização, segunda etapa da coleta de dados, foi solicitada uma nova *query* dos prontuários randomizados. Desses prontuários, foram solicitadas variáveis sociodemográficas e clínicas (número do prontuário, unidade funcional, leito, data de nascimento, idade, sexo, procedência, escolaridade, religião, profissão, naturalidade, data da internação, data de alta hospitalar, data do óbito (caso tenha ocorrido), código e descrição internacional de doenças (CID) do motivo principal da internação).

A terceira etapa da coleta de dados foi realizada por meio da aplicação do instrumento de coleta dos dados no prontuário do paciente. O mesmo foi desenvolvido pelas pesquisadoras no *google forms* e organizado em dois blocos: bloco de avaliação dos prontuários tendo como foco a avaliação da escala de predição de risco de LP (Braden) e na sequência, o bloco de avaliação dos prontuários quanto a predição de risco de quedas (Morse Fall Scale ou SAK).

A construção do instrumento foi baseada em algumas das etapas do PE, tendo como apoio o modelo informatizado no sistema AGHUse® (anamnese/avaliação inicial, evolução de enfermagem e controles do paciente bem

como, os diagnósticos de enfermagem (DE) relacionados aos fenômenos em estudo (lesões por pressão e quedas), conforme descritos na taxonomia diagnóstica de enfermagem NANDA-I (Herdman; Kamitsuru; Lopes, 2021).

Assim, o instrumento foi também norteado pelos componentes dos DE, no que tange aos eventos de LP e quedas, considerando os domínios e classes da NANDA-I (Herdman; Kamitsuru; Lopes, 2021). Os componentes foram as características definidoras, fatores relacionados, fatores de risco, populações em risco e condições associadas, que foram coletados (ou termos similares) nas evoluções de enfermagem e nas anotações dos controles do paciente nos dias em que as escalas foram aplicadas, conforme o modelo proposto (APÊNDICE A).

A quarta etapa da coleta de dados se constituiu na identificação dos diagnósticos e cuidados de enfermagem estabelecidos nos prontuários de pacientes internados. A partir da solicitação de uma nova *query*, foi disponibilizado pelo SAMIS, o código e a descrição de diferentes DE e suas respectivas etiologias e cuidados de enfermagem estabelecidos durante todo o período de internação dos pacientes incluídos no estudo. Deste número total, identificaram-se os DE, conforme as diferentes necessidades humanas básicas de Wanda Horta (Almeida *et al.*, 2011; Horta, 1971). Os DE relacionados às necessidades psicossociais e espirituais foram excluídos do estudo por não se tratar do objeto de estudo, mantendo-se apenas os DE das necessidades psicobiológicas.

A partir disso, iniciou-se a análise dos cuidados de enfermagem prescritos para estes DE. Todos aqueles que não faziam parte do objeto de estudo (LP e quedas) foram excluídos. Essa análise foi realizada pela pesquisadora principal sob a supervisão da orientadora do estudo. Importante destacar que essa análise inicial de avaliação e exclusão de DE e cuidados da *query* também foi norteada pelos componentes dos DE, no que tange aos eventos de LP e quedas, considerando os domínios e classes da NANDA-I (Herdman; Kamitsuru; Lopes, 2021) e as intervenções da NIC (Butcher *et al.*, 2020).

A quinta etapa da coleta de dados foi focada nos prontuários de pacientes que apresentaram evento adverso de LP e/ou quedas. Essa foi realizada utilizando o relatório de um banco de dados secundário, de responsabilidade da Gerência de Riscos da instituição, organizado no sistema de gestão estratégica denominado Strategic Adviser (SA). Foram coletadas as variáveis relacionadas à LP: escore total

da escala, estágio da LP, local, se desenvolveu a LP durante a internação. Em relação às quedas as variáveis foram: existência de dano, gravidade do dano, tipo de queda, aplicação da escala após o evento, fatores do paciente que levaram à queda, fatores do ambiente, condição do paciente antes da queda e consequência\gravidade da queda.

Os dados foram armazenados no drive institucional e apenas os pesquisadores tinham acesso ao mesmo.

O desfecho primário desta pesquisa foi o resultado da avaliação da qualidade do registro do processo de enfermagem no PEP. O desfecho secundário foi a análise da redução de eventos adversos relacionados a LP e quedas.

4.5 Vieses

Para evitar vieses, o pesquisador responsável realizou capacitação da equipe de assistentes de pesquisa para a realização da coleta dos dados no PEP.

4.6 Tamanho do estudo

Para o cálculo do tamanho da amostra, os autores se basearam nos achados da literatura (Luzia; Victor; Lucena, 2014; Santos *et al.*, 2013). O tamanho da amostra foi calculado para detectar diferenças entre as proporções de pacientes com risco e sem risco de lesão por pressão e com risco e sem risco para quedas, por meio da ferramenta PSS *Health* versão *on-line*.

Considerando-se poder de 80%, nível de significância de 5% e proporção de pacientes com risco de lesão por pressão de 70% e nos pacientes sem risco de lesão por pressão de 59,5%, avaliados pela escala de Braden, chegou-se ao tamanho de amostra total de 686 prontuários de pacientes, sendo 343 em cada grupo amostral (antes e depois da informatização). Acrescentando 10% para possíveis perdas e recusas o tamanho da amostra foi de 764.

Considerando-se poder de 80%, nível de significância de 5% e proporção de pacientes com risco de quedas de 70% e nos pacientes sem risco de quedas 54%, avaliados pela escala de Morse Fall Scale (2018) e SAK (2019), chegou-se ao tamanho de amostra total de 312 prontuários de pacientes, sendo 156 em cada

grupo (antes e depois da informatização). Acrescentando 10% para possíveis perdas e recusas o tamanho da amostra foi de 348.

Cabe ressaltar que, embora, tenha sido calculada uma amostra para cada grupo, considerando as proporções de pacientes com ou sem risco de LP e quedas, um mesmo prontuário foi avaliado quanto ao risco de LP e quedas, e por esse motivo o tamanho da amostra utilizado para os prontuários de risco de quedas, ultrapassou o valor calculado, igualando-se ao cálculo do tamanho amostral de risco de LP.

4.7 Métodos estatísticos

Os dados foram analisados através do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 22[®]. As variáveis contínuas assimétricas foram expressas em mediana e intervalo interquartilico, conforme distribuição dos dados que foi testada através do teste Kolmogorov-Smirnov. As variáveis categóricas foram expressas com números absolutos e percentuais. Para verificar as associações entre os grupos antes e depois da informatização de escalas de predição de risco, para as variáveis categóricas foram utilizados os testes: exato de Fisher e/ou qui-quadrado. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

4.8 Aspectos éticos

Estudo aprovado quanto a seus aspectos éticos e metodológicos (CAAE: 66618123.1.0000.5327).

Os pesquisadores respeitaram todos os termos das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos (Brasil, 2012). Os pesquisadores declaram conhecer e cumprir os requisitos da Lei Geral de Proteção de Dados (Brasil, 2018), quanto ao tratamento de dados pessoais que foram utilizados para a execução desta pesquisa.

Os pesquisadores se comprometeram a preservar a privacidade dos prontuários de pacientes do estudo cujos dados foram coletados no sistema AGHUse[®]. Concordaram igualmente que estas informações seriam utilizadas única e

exclusivamente para execução da presente pesquisa e que os resultados seriam divulgados sem identificação.

Não foi utilizado termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), por se tratar de um estudo que utilizou exclusivamente dados retrospectivos do prontuário eletrônico do paciente, sendo inviável o contato com todos os potenciais participantes devido às informações cadastrais poderem estar com incompletudes e desatualizadas, óbitos e eventuais riscos e desconfortos resultantes do próprio contato para obtenção do consentimento. Os dados remeteram ao ano de 2019, o que exacerba essas fragilidades. Mais importante é o fato de que as informações que foram coletadas não possibilitaram o reconhecimento dos casos, pois remeteram a dados objetivos referentes a escores de predição de risco que foram aplicados a todos os pacientes da instituição, por meio de um produto desenvolvido por um grupo multidisciplinar e com base no processo de trabalho do hospital, utilizando-se do sistema AGHUse® (também desenvolvido pela instituição). Esse processo faz parte de um protocolo de atendimento para avaliar riscos e prevenir eventos adversos como as LP e quedas.

Assim, entendeu-se que, desde que os pacientes não tenham negado o acesso aos seus dados no momento da internação através do Termo de Consentimento/Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), as informações podiam ser utilizadas para análise e estudos que contribuam na avaliação do impacto da informatização dessas escalas de predição de risco. Acrescenta-se que foi uma experiência interativa desses produtos informatizados, indo ao encontro de metas gerenciais e institucionais, com base em pesquisa, não sendo possível obter e analisar esses dados sem esse tipo de investigação em um hospital universitário; que além da assistência, tem como missão o desenvolvimento do ensino e da pesquisa. Além disso, esse estudo fez parte de um conjunto de melhorias realizadas na instituição para avaliar o processo de cuidado da Enfermagem para a redução de eventos adversos, qualificando a segurança dos pacientes.

Destaca-se que ao ser admitido na instituição, o paciente é questionado: “Você autoriza que a Instituição HCPA utilize seus dados para projetar melhorias na assistência e acompanhamento da sua saúde, conforme a LGPD?” A resposta do paciente com o termo de consentimento LGPD fica disponível no AGHUse®, com possibilidade de consulta através de um ícone sinalizador (check na cor verde), que

ao passar o mouse, o sistema disponibiliza a seguinte mensagem: paciente concorda com o termo de consentimento LGPD, além de o sistema disponibilizar na íntegra o termo.

Os riscos previstos para este estudo são considerados mínimos e comuns a um estudo observacional. Estão relacionados à utilização dos dados dos pacientes em prontuário e dados institucionais, podendo ter risco de quebra de confidencialidade. Os benefícios se referem à possibilidade de melhorar a qualidade e a segurança assistencial aos pacientes, a partir do conhecimento do impacto da informatização das escalas de predição de risco utilizadas pela enfermagem no AGHUse®. Os resultados do estudo também podem promover e estimular o pensamento crítico e raciocínio clínico da equipe, além de promover medidas preventivas aos eventos adversos e qualificar o monitoramento dos mesmos.

REFERÊNCIAS

- ADAMY, E. K.; POLTRONIERI, P.; ZANATTA, E. A. Technologies for Nurses' Clinical Reasoning: Integrative Review. **New Trends in Qualitative Research**, Oliveira de Azeméis, Portugal, v. 13, p. e669, 2022. Disponível em: <https://publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/669>. Acesso em: 23 mar. 2024.
- AKHU-ZAHEYA, L.; AL-MAAITAH, R.; BANY HANI, S. Quality of nursing documentation: Paper-based health records versus electronic-based health records. **Journal of Clinical Nursing**, [s. l.], v. 27, n. 3–4, p. e578–e589, 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.14097>. Acesso em: 21 mar. 2024.
- ALMEIDA, M. *et al.* **Processo de Enfermagem na Prática Clínica**: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- ANSTEY, K. J. *et al.* Dementia Risk Scores and Their Role in the Implementation of Risk Reduction Guidelines. **Frontiers in Neurology**, [s. l.], v. 12, p. 765–454, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35058873/>. Acesso em: 23 mar. 2024.
- AZEVEDO, O. A. D. *et al.* Documentation of the nursing process in public health institutions. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 53, p. e03471, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100458&tIng=pt. Acesso em: 21 mar. 2024.
- BARROS, A. L. B. L. de *et al.* Nursing Process in the Brazilian context: reflection on its concept and legislation. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 75, n. 6, p. e20210898, 2022. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672022000700401&tIng=en. Acesso em: 21 mar. 2024.
- BENCHIMOL, E. I. *et al.* The REporting of studies Conducted using Observational Routinely-collected health Data (RECORD) Statement. **PLOS Medicine**, [s. l.], v. 12, n. 10, p. e1001885, 2015. Disponível em: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pmed.1001885>. Acesso em: 21 mar. 2024.
- BERGSTROM, N. *et al.* The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. **Nursing Research**, Rockville, v. 36, n. 4, p. 205–210, 1987.
- BJORKLUND-LIMA, L.; MÜLLER-STAU, M.; RABELO-SILVA, E. R. Knowledge translation for nursing care for patients with Risk of perioperative positioning injury: A case report. **International Journal of Nursing Knowledge**, [s. l.], v. 34, n. 4, p. 247–253, 2022.
- BRASIL. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 23 mar. 2024.

BRASIL. Lei nº 13.709 de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado [...]. **Diário Oficial da União**, Seção 1, Brasília, Congresso Nacional, n. 13709, 14 ago. 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Acesso em: 17 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Seção 1, Brasília, Congresso Nacional, n. 466, p. 59–62, 12 dez. 2012.

BUTCHER, H. K. *et al.* **NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem**. 7. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2020.

CEDRAZ, R. O. *et al.* Risks management in the hospital environment: incidence and risk factors associated with falls and pressure injuries in a clinical unit. **Escola Anna Nery**, [s. l.], v. 22, n. 1, p. e20170252, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000100220&lng=en&tlng=en. Acesso em: 21 mar. 2024.

CHIAVONE, F. B. T. *et al.* Tecnologias utilizadas para apoio ao processo de enfermagem: revisão de escopo. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s. l.], v. 34, p. eAPE01132, 2021. Disponível em: <https://acta-ape.org/article/tecnologias-utilizadas-para-apoio-ao-processo-de-enfermagem-revisao-de-escopo/>. Acesso em: 21 mar. 2024.

COMUNIDADE AGHUSE. **Sobre o AGHUse**. [S. l.], 2022. Disponível em: <https://sites.google.com/hcpa.edu.br/aghuse/sobre-o-aghuse>. Acesso em: 23 mar. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 311, de 17 de fevereiro de 2007**. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN, 2007. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007/>. Acesso em: 23 mar. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 429, de 08 de junho de 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. Rio de Janeiro: COFEN, 2012. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>. Acesso em: 23 mar. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 514, de 5 de maio de 2016**. Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN, 2016. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016/>. Acesso em: 23 mar. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 736, 23 de janeiro de 2024**. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN, 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>. Acesso em: 23 mar. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM nº 1.821, de 11 de julho de 2007**. Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes [...]. Brasília: CFM, 2007. Disponível em:

https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2007/1821_2007.pdf.

Acesso em: 23 mar. 2024.

FRANCO, B. *et al.* Informatização de escalas de predição de risco: estratégia à segurança e qualidade assistencial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s. l.], v. 44, p. e20220248, 2023. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472023000100800&tlng=pt)

[14472023000100800&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472023000100800&tlng=pt). Acesso em: 21 mar. 2024.

FUCHS, D. *et al.* CARE REGIO - Digital Transformation and Technology in Nursing Care. **Studies in Health Technology and Informatics**, [s. l.], v. 289, p. 286–289, 2022.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S.; LOPES, C. (org.). **NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2021-2023**. 12. ed. New York: Thieme, 2021.

HERNÁNDEZ-GARCÍA, V.; VÁZQUEZ-SÁNCHEZ, B. G.; SANTIAGO-GONZÁLEZ, N. Cumplimiento del registro clínico electrónico acorde al modelo del cuidado de enfermería. **Revista de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social**, [s. l.], v. 29, n. 3, p. 166–173, 2021. Disponível em:

http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/1201/1166. Acesso em: 21 mar. 2024.

HORTA, W. de A. A metodologia do processo de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 24, n. 6, p. 81–95, 1971. Disponível em:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-4212>. Acesso em: 21 mar. 2024.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA). **Comissão do Processo de Enfermagem (COPE)**. 2022a. Disponível em: <https://www.hcpa.edu.br/assistencia-comissoes-processo-de-enfermagem>. Acesso em: 23 mar. 2024.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA). **Instalações do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. 2022b. Disponível em:

<https://www.hcpa.edu.br/institucional/institucional-apresentacao/institucional-instalacoes>. Acesso em: 23 mar. 2024.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA). **Protocolo Assistencial de Prevenção e Tratamento de Lesão por Pressão em adultos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Intranet – HCPA. 2022c.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA). **Protocolo Assistencial de Quedas no Adulto do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Intranet – HCPA., 2022d.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA). **Sistema AGHUse**. 2022e.

Disponível em: <https://www.hcpa.edu.br/institucional/institucional-apresentacao/tecnologia-da-informacao-e-comunicacao/institucional-sistema-aghuse>. Acesso em: 23 mar. 2024.

IGARASHI, M. K. W.; RODRIGUES, M. S.; RICCI, G. P. Contributions of the electronic record for nursing assistance from the view of the quality audit. **Research, Society and**

Development, [s. l.], v. 11, n. 14, p. e89111436001, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/36001>. Acesso em: 21 mar. 2024.

JIN, Y. *et al.* Automated Fall and Pressure Injury Risk Assessment Systems: Nurses' Experiences, Perspectives, and Lessons Learned. **Computers, informatics, nursing: CIN**, [s. l.], v. 39, n. 6, p. 321–328, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33259347/>. Acesso em: 23 mar. 2024.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI). **Padrões de acreditação da Joint Commission International para Hospitais**. 7. ed. Rio de Janeiro: Joint Commission International, 2021.

LIMA, A. F. C.; MELO, T. de O. Percepção de enfermeiros em relação à implementação da informatização da documentação clínica de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 175–183, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/hvr7kdG7yjPVFCMPpWWyf5z/?lang=pt>. Acesso em: 21 mar. 2024.

LIMA, J. J. D.; VIEIRA, L. G. D.; NUNES, M. M. Computerized nursing process: development of a mobile technology for use with neonates. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 71, n. suppl 3, p. 1273–1280, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000901273&lng=en&tlng=en. Acesso em: 21 mar. 2024.

LIU, C.-H.; HU, Y.-H.; LIN, Y.-H. A Machine Learning-Based Fall Risk Assessment Model for Inpatients. **Computers, informatics, nursing: CIN**, [s. l.], v. 39, n. 8, p. 450–459, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34397476/>. Acesso em: 23 mar. 2024.

LUCENA, A. D. F. *et al.* Diagnóstico de enfermagem risco de sangramento como indicador de qualidade assistencial à segurança de pacientes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, n. spe, p. e20180322, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200805&tlng=pt. Acesso em: 21 mar. 2024.

LUIZ, F. S. *et al.* Papel do pensamento crítico na tomada de decisão pelo enfermeiro: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s. l.], n. 38, p. e1763, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1763>. Acesso em: 21 mar. 2024.

LUZIA, M. D. F.; VICTOR, M. A. D. G.; LUCENA, A. D. F. Nursing Diagnosis Risk for falls: prevalence and clinical profile of hospitalized patients. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 22, n. 2, p. 262–268, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000200262&lng=en&tlng=en. Acesso em: 21 mar. 2024.

MALTA, M. *et al.* Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 44, n. 3, p. 559–565, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000300021&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 21 mar. 2024.

MANSOORI, M. H. *et al.* Nurses' perceptions of the clinical information system in primary healthcare centres in Qatar: a cross-sectional survey. **BMJ Health & Care Informatics**,

[s. l.], v. 26, n. 1, p. e100030, 2019. Disponível em: <https://informatics.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjhci-2019-100030>. Acesso em: 21 mar. 2024.

MORSE, J. M. *et al.* A prospective study to identify the fall-prone patient. **Social Science & Medicine**, [s. l.], v. 28, n. 1, p. 81–86, 1989. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8562928/>. Acesso em: 23 mar. 2024.

MORSE, J. M.; MORSE, R. M.; TYLKO, S. J. Development of a Scale to Identify the Fall-Prone Patient. **Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement**, [s. l.], v. 8, n. 4, p. 366–377, 1989. Disponível em: https://www.cambridge.org/core/product/identifiier/S0714980800008576/type/journal_article. Acesso em: 21 mar. 2024.

MOURA, G. M. S. S. de *et al.* Construção e implantação de dois indicadores de qualidade assistencial de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 136–140, 2009. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4720/6572>. Acesso em: 21 mar. 2024.

NATIONAL PRESSURE INJURY ADVISORY PANEL (NPIAP). **National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) changes name to National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP)**. [S. l.], 2019. Disponível em: <https://npiap.com/news/477287/NPUAP-Name-Change-Announcement-.htm>. Acesso em: 23 mar. 2024.

NEDEL, W. L.; SILVEIRA, F. da. Os diferentes delineamentos de pesquisa e suas particularidades na terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, [s. l.], v. 28, n. 3, p. 256–260, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/c3hJkx3qbXPzG3g7QthBNKd/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 mar. 2024.

NEGREIROS, F. D. D. S. *et al.* A importância do pensamento lógico para o cuidado clínico de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 43, p. e20200473, 2022. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472022000100700&tIng=pt. Acesso em: 21 mar. 2024.

NOMURA, A. T. G. *et al.* Quality of Electronic Nursing Records: The Impact of Educational Interventions During a Hospital Accreditation Process. **Computers, informatics, nursing: CIN**, [s. l.], v. 36, n. 3, p. 127–132, 2018. Disponível em: <https://journals.lww.com/00024665-201803000-00004>. Acesso em: 21 mar. 2024.

OLIVEIRA, N. B. D.; PERES, H. H. C. Quality of the documentation of the Nursing process in clinical decision support systems. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 29, p. e3426, 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692021000100324&tIng=en. Acesso em: 21 mar. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, OMS, 2021.

ORTIZ, D. R. *et al.* Computerized clinical decision support system utilization in nursing: a scoping review protocol. **JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports**, [s. l.], v. 15, n. 11, p. 2638–2644, 2017. Disponível em: <https://journals.lww.com/01938924-201711000-00008>. Acesso em: 21 mar. 2024.

PARANHOS, W. Y.; SANTOS, V. L. C. de G. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 33, n. esp., p. 191–206, 1999. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001037655>. Acesso em: 21 mar. 2024.

PEIXOTO, C. D. A. *et al.* Risk assessment for perioperative pressure injuries. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 27, p. e3117, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100304&tlng=en. Acesso em: 21 mar. 2024.

PERES, H. H. C.; JENSEN, R.; MARTINS, T. Y. de C. Avaliação da acurácia diagnóstica em enfermagem: papel *versus* sistema de apoio à decisão. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s. l.], v. 29, p. 218–224, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/QxbMrpzFJ9ySL9ZxsyDLrRH/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 mar. 2024.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RODRIGUES, A. L. *et al.* Process modeling: technological innovation to control the risk for perioperative positioning injury. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 74, n. suppl 6, p. e20200145, 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672021001300501&tlng=en. Acesso em: 21 mar. 2024.

RODRÍGUEZ ACELAS, A. L.; CAÑON MONTAÑEZ, W. Contribuciones de las escalas en salud como herramientas que influncian decisiones en el cuidado de los pacientes. **Revista Cuidarte**, [s. l.], v. 9, n. 1, p. 1949–1952, 2018. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2216-09732018000101957&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 21 mar. 2024.

SANTORO, R. da S.; MARIN, H. de F. Análise dos benefícios do sistema de apoio à decisão clínica em hospital para reduzir eventos adversos em casos de úlceras por pressão e quedas. **Journal of Health Informatics**, [s. l.], v. 12, n. 3, 2020. Disponível em: <https://jhi.sbis.org.br/index.php/jhi-sbis/article/view/735>. Acesso em: 21 mar. 2024.

SANTOS, C. T. D. *et al.* Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 111–118, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000100014&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 21 mar. 2024.

SEVERO, I. M. *et al.* A predictive model for fall risk in hospitalized adults: A case–control study. **Journal of Advanced Nursing**, [s. l.], v. 75, n. 3, p. 563–572, 2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.13882>. Acesso em: 21 mar. 2024.

SEVERO, I. M. **Modelo de predição do risco de quedas em pacientes adultos hospitalizados**: derivação e validação de um escore. 2015. 151 f. Tese (Doutorado em

Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/129918>. Acesso em: 23 mar. 2024.

SEVERO, I. M. *et al.* Risk factors for falls in hospitalized adult patients: an integrative review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 540–554, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000300540&lng=en&tlng=en. Acesso em: 21 mar. 2024.

SOARES, C. R.; PERES, H. H. C.; OLIVEIRA, N. B. de. Processo de Enfermagem: revisão integrativa sobre as contribuições da informática. **Journal of Health Informatics**, [s. l.], v. 10, n. 4, p. 212–218, 2018. Disponível em: <https://jhi.sbis.org.br/index.php/jhi-sbis/article/view/550>. Acesso em: 21 mar. 2024.

TOLENTINO, D. A.; SUBBIAN, V.; GEPHART, S. M. Applying Computational Ethnography to Examine Nurses' Workflow Within Electronic Health Records. **Nursing Research**, [s. l.], v. 70, n. 2, p. 132–141, 2021. Disponível em: https://journals.lww.com/nursingresearchonline/abstract/2021/03000/applying_computational_ethnography_to_examine.9.aspx. Acesso em: 23 mar. 2024.

TUBAISHAT, A. Perceived usefulness and perceived ease of use of electronic health records among nurses: Application of Technology Acceptance Model. **Informatics for Health & Social Care**, [s. l.], v. 43, n. 4, p. 379–389, 2017. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17538157.2017.1363761?casa_token=N-gtLPywoPQAAAAA:FcPI6yVEedJOg--XJZWG81WUzlnr9Es85tXrTjcQFA95FaP2bdS82Ot5FwXHRWpTOle1gblGHr2G. Acesso em: 23 mar. 2024.

URBANETTO, J. de S. *et al.* Morse fall scale: translation and transcultural adaptation for the portuguese language. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, p. 569–575, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/47DLRTfZvzWVv459NLk9r4D/?lang=en>. Acesso em: 21 mar. 2024.

VITOR, A. F. *et al.* Risk For Falls In Patients In The Postoperative Period. **Cogitare Enfermagem**, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 29–37, 2015. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/07/594/38509-151063-1-pb.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2024.

WEED, L. L. Medical records, patient care, and medical education. **Irish Journal of Medical Science**, [s. l.], v. 39, n. 6, p. 271–282, 1964. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/BF02945791>. Acesso em: 21 mar. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **More Than Words**: Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: World Alliance for Safer Health Care. Geneva: World Health Organization, 2009. Final Technical Report. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forward_Programme_20. Acesso em: 4 ago. 2017.

ZHAO, Y. *et al.* Development and Implementation of a Pediatric Nursing-Clinical Decision Support System for Hyperthermia: A Pre- and Post-test. **Computers, informatics, nursing: CIN**, [s. l.], v. 40, n. 2, p. 131–137, 2022. Disponível em: <https://journals.lww.com/10.1097/CIN.0000000000000812>. Acesso em: 21 mar. 2024.

APÊNDICE A — INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS



Seção 1 de 42

Formulário para Coleta de Dados Projeto de Pesquisa

Informações importantes!

O formulário está organizado em diferentes seções que compreendem os registros do escore de predição de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão (Braden) e os escores de predição de risco para quedas (Morse e SAK) na Anamnese e Evolução de Enfermagem além do registro dos sinais vitais e eventos adversos.

Inicialmente iremos coletar as informações do período **1. ANTES da informatização**, 01/07/2018 a 31/12/2018, que compreendem os escores de BRADEN E MORSE.

Na sequência iremos coletar o período **2. DEPOIS da informatização**, 01/07/2019 a 31/12/2019, os escores de BRADEN E SAK.

Qualquer dúvida me acionem

Bom trabalho a todos!!

Nome do Coletador *

1. Coletador 1

2. Coletador 2

3. Coletador 3

4. Coletador 4

Número do Prontuário do Paciente *

Texto de resposta curta

Período Coleta de Dados *

1. Antes da Informatização (01/07/2018 a 31/12/2018)

2. Depois da Informatização (01/07/2019 a 31/12/2019)

Data de Internação *

Mês, dia, ano

Data de Alta *

Mês, dia, ano

ATENÇÃO - Inicialmente a avaliação será dos registros relacionados ao BRADEN

Descrição (opcional)

Título da Imagem

ANAMNESE DE ENFERMAGEM - BRADEN

Anamnese de Enfermagem foi realizada nas primeiras 24 horas de internação hospitalar?

1. Sim

2. Não

Possui registro do escore de BRADEN na Anamnese de Enfermagem ? *

1. Sim

2. Não

Sinalize o Escore de BRADEN e Classificação do Risco na Anamnese de Enfermagem *

1. (0 a 9 pontos) - Risco muito alto

2. (10 a 12 pontos) - Alto risco

3. (13 a 14 pontos) - Risco moderado

4. (15 a 18 pontos) - Baixo risco

5. (Igual ou maior que 19 pontos) - Ausência de risco

Anamnese de Enfermagem possui sinais, sintomas e/ou fatores para a predição de risco de desenvolvimento de Lesão por Pressão? *

1. Possui sinais, sintomas e/ou fatores de risco descritos na Anamnese de Enfermagem

2. Não possui sinais, sintomas e/ou fatores de risco descritos na Anamnese de Enfermagem

Sinalize os sinais, sintomas e/ou fatores evidenciados na anamnese de Enfermagem para a predição de risco de desenvolvimento de Lesão por Pressão? *

1. Sem alterações de pele/mucosas

2. Restrito ao leito

3. Acamado

4. Uso de fraldas

5. Pele com hiperemia/ vermelhidão

6. Dificuldade para se mobilizar no leito

7. Lesão por pressão prévia (lesão comunitária)

8. Uso de colchão de fluxo de ar

9. Relato de dor ou facies de dor em lesão por pressão prévia

10. Mudança de decúbito

11. Uso de coxins

12. Cirurgia/PDT

Outros...

CONDUTA DE EDUCAÇÃO

Descrição (opcional)

Possui registro de conduta de educação para prevenção de lesão por pressão? *

1. Sim

2. Não

3. Não se aplica - ausência de risco

Qual a conduta registrada? *

Texto de resposta longa

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - BRADEN

Descrição (opcional)

Possui Evolução de Enfermagem nas primeiras 24 horas de internação hospitalar? *

1. Sim
2. Não

Possui Evolução de Enfermagem nas primeiras 48 horas de internação hospitalar? *

1. Sim
2. Não

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - BRADEN

A Evolução de Enfermagem possui sinais, sintomas e/ou fatores para a predição de risco de desenvolvimento de Lesão por Pressão?

1. Possui sinais, sintomas e/ou fatores de risco descritos na Evolução de Enfermagem
2. Não possui sinais, sintomas e/ou fatores de risco descritos na Evolução de Enfermagem

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - BRADEN

Sinalize os sinais, sintomas e/ou fatores evidenciados na evolução de Enfermagem para a predição de risco de desenvolvimento de Lesão por Pressão?

1. Escore de Braden
2. Pele íntegra
3. Sem alterações de pele/mucosas
4. Descrição de Lesão por Pressão
- Outros...

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - BRADEN

Sinalize o Escore de BRADEN e Classificação do Risco na Evolução de Enfermagem

1. (0 a 9 pontos) - Risco muito alto
2. (10 a 12 pontos) - Alto risco
3. (13 a 14 pontos) - Risco moderado
4. (15 a 18 pontos) - Baixo risco
5. (Igual ou maior que 19 pontos) - Ausência de risco
6. Não se aplica - não foi registrado o escore na evolução

REAVALIAÇÃO DO ESCORE BRADEN E REGISTRO EM EVOLUÇÃO

Descrição (opcional)

REAVALIAÇÃO DO ESCORE BRADEN E REGISTRO EM EVOLUÇÃO

Possui reavaliação do escore BRADEN no período da internação ?

1. Sim
2. Não
3. Não houve reavaliação (período de internação inferior de 7 dias)
4. Não foi possível identificar se houve reavaliação
- Outros...

REAVALIAÇÃO DO ESCORE BRADEN E REGISTRO EM EVOLUÇÃO

Sinalize o Escore de BRADEN e Classificação do Risco na Evolução de Enfermagem

1. (0 a 9 pontos) - Risco muito alto
2. (10 a 12 pontos) - Alto risco
3. (13 a 14 pontos) - Risco moderado
4. (15 a 18 pontos) - Baixo risco
5. (Igual ou maior que 19 pontos) - Ausência de risco
6. Não se aplica - não foi registrado o escore na evolução

Qual a indicação de reavaliação do escore de BRADEN? *

1. A cada 7 dias/Rotina
2. Mudança de condição
3. Transferência para uma nova unidade
4. Identificação de uma Lesão por pressão
- Outros...

REAVALIAÇÃO DO ESCORE BRADEN E REGISTRO EM EVOLUÇÃO

A Evolução de Enfermagem REAVALIAÇÃO possui sinais, sintomas e/ou fatores para a predição de risco de desenvolvimento de Lesão por Pressão?

1. Possui sinais, sintomas e/ou fatores de risco descritos na Evolução de Enfermagem
2. Não possui sinais, sintomas e/ou fatores de risco descritos na Evolução de Enfermagem

Na evolução de reavaliação do escore quais foram os sinais, sintomas e/ou fatores descritos? *

1. Escore de Braden
2. Sem alteração de pele/mucosas
3. restrito ao leito
4. acamado
5. uso de fraldas
6. Pele com hiperemia/vermelhidão
7. dificuldade para se mobilizar no leito
8. lesão por pressão prévia
- Outros...

PRESEÇA DE EVENTO ADVERSO - LESÃO POR PRESSÃO

Descrição (opcional)

Possui algum registro de Lesão por Pressão nas evoluções no período da internação ? *

1. Sim
2. Não

EVENTO ADVERSO - LESÃO POR PRESSÃO

Qual a data da evolução em que a Lesão por Pressão foi registrada?

Mês, dia, ano



Possui evidências da lesão por pressão na evolução do primeiro registro? *

1. Sim
2. Não

Quais foram as evidências registradas *

Texto de resposta longa

O escore de Braden foi repontuado? *

1. Sim

2. Não

Qual foi a repontuação do Escore de **BRADEN** e Classificação do Risco na Evolução de Enfermagem? *

1. (0 a 9 pontos) - Risco muito alto

2. (10 a 12 pontos) - Alto risco

3. (13 a 14 pontos) - Risco moderado

4. (15 a 18 pontos) - Baixo risco

5. (Igual ou maior que 19 pontos) - Ausência de risco

A repontuação do Escore de **BRADEN** e Classificação do Risco foi registrada nos controles do paciente? *

1. sim

2. Não

CONTROLES DO PACIENTE

Descrição (opcional)

Possui registro do escore de **BRADEN** nos controles do paciente nas primeiras 24 horas de Internação? *

1. Sim

2. Não

CONTROLES DO PACIENTEClassificação do Risco e Escore de **BRADEN** nos controles do paciente

1. Risco muito alto (0 a 9 pontos)
2. Alto risco (10 a 12 pontos)
3. Risco moderado (13 a 14 pontos)
4. Baixo risco (15 a 18 pontos)
5. Ausência de risco (igual ou maior que 19 pontos)

CONTROLES DO PACIENTENo campo anotações existem registros relacionados ao escore de **BRADEN** e/ou lesão por pressão por parte dos técnicos de enfermagem nas primeiras 24 horas?

1. Sim
2. Não


Registre aqui a observação do campo anotações *

Texto de resposta longa

ATENÇÃO - Avaliação dos registros relacionados ao escore de MORSE

Descrição (opcional)

Título da imagem



ANAMNESE DE ENFERMAGEM - SAK / MORSE

Possui registro do escore de **SAK / MORSE** na Anamnese de Enfermagem ?

1. Sim

2. Não

Sinalize o Escore de **SAK** e Classificação do Risco na Anamnese de Enfermagem *

5. (Igual ou maior que 10,5 pontos) - Alto risco

6. (10 - 6,5 pontos) - Risco moderado

7. (6 - 1 pontos) - Baixo risco

8. (0 - 0,9 pontos) Ausência de risco

Anamnese de Enfermagem possui sinais, sintomas e/ou fatores para a predição de risco de QUEDAS? *

1. Possui sinais, sintomas e/ou fatores de risco descritos na Anamnese de Enfermagem

2. Não possui sinais, sintomas e/ou fatores de risco descritos na Anamnese de Enfermagem

Sinalize os sinais, sintomas e/ou fatores evidenciados na anamnese de Enfermagem para a predição risco de QUEDAS *

9. Escore de SAK

3. Paciente em área de risco

4. Deambula com muletas/ bengala / andador

5. Restrito ao leito

6. História de queda prévia

7. Acamado

8. Diminuição da acuidade visual / auditiva

Outros...

CONDUTA DE EDUCAÇÃO

Descrição (opcional)

Possui registro de conduta de educação para prevenção de QUEDAS? *

1. Sim

2. Não

3. Não se aplica - ausência de risco

Qual a conduta registrada? *

1. Prevenção de quedas

Outros...

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - SAK / MORSE ⌵ ⋮

Descrição (opcional)

A Evolução de Enfermagem possui sinais, sintomas e/ou fatores para a predição de risco de QUEDAS? *

1. Possui sinais, sintomas e/ou fatores de risco descritos na Evolução de Enfermagem

2. Não possui sinais, sintomas e/ou fatores de risco descritos na Evolução de Enfermagem

Sinalize os sinais, sintomas e/ou fatores evidenciados na evolução de Enfermagem para a predição de risco de QUEDAS? *

5. Escore de SAK

2. Sem restrição de mobilidade

3. Restrição motora/mobilidade prejudicada

4. Deambula com auxílio de muleta/ bengala/ andador

Outros...

REAVALIAÇÃO DO ESCORE SAK / MORSE E REGISTRO EM EVOLUÇÃO ⌵ ⋮

Descrição (opcional)

Possui reavaliação do escore **SAK / MORSE** no período da internação? *

1. Sim

2. Não

3. Não houve reavaliação (período de internação inferior de 7 dias)

4. Não foi possível identificar se houve reavaliação

5. Não houve reavaliação - paciente transferido para área de risco (UTI)

Outros...

Sinalize o Escore de **SAK** e Classificação do Risco na Evolução de Enfermagem *

5. (Igual ou maior que 10,5 pontos) - Alto risco

6. (10 - 6,5 pontos) - Risco moderado

7. (6 - 1 pontos) - Baixo risco

8. (0 - 0,9 pontos) - Ausência de risco

9. Não se aplica - não foi registrado o escore na evolução

Qual a indicação de reavaliação do escore de **MORSE**? *

1. A cada 7 dias

2. Mudança de condição

3. Transferência para uma nova unidade

4. Identificação queda durante a internação

5. Não foi possível identificar o motivo da reavaliação

Outros...

REAVALIAÇÃO DO ESCORE SAK / MORSE E REGISTRO EM EVOLUÇÃO ⌵ ⋮

Descrição (opcional)

A Evolução de Enfermagem REAVALIAÇÃO possui sinais, sintomas e/ou fatores para a predição de risco QUEDAS? *

1. Possui sinais, sintomas e/ou fatores de risco descritos na Evolução de Enfermagem

2. Não possui sinais, sintomas e/ou fatores de risco descritos na Evolução de Enfermagem

PRESEÇA DE EVENTO ADVERSO - QUEDAS ⌵ ⋮

Descrição (opcional)

Na evolução de reavaliação do escore quais foram os sinais, sintomas e/ou fatores descritos? *

6. Escore SAK

2. Sem restrição

3. Paciente em área de risco

4. Deambula com muletas

5. Restrito ao leito

Outros...

PRESEÇA DE EVENTO ADVERSO - QUEDAS ⌵ ⋮

Descrição (opcional)

Possui algum registro de QUEDAS nas evoluções no período da internação? *

1. Sim

2. Não

Qual a data da evolução em que a QUEDA foi registrada? *

Mês, dia, ano

Possui evidências da QUEDA na evolução do primeiro registro? *

1. Sim

2. Não

Quais foram as evidências registradas? *

Texto de resposta longa

O escore de QUEDAS foi repontuado? *

1. Sim

2. Não

Sinalize o Escore de **MORSE** e Classificação do Risco na Anamnese de Enfermagem *

5. (Igual ou maior que 10,5 pontos) - Alto risco

6. (10 - 6,5 pontos) - Risco moderado

7. (6 - 1 ponto) - Baixo risco

8. (0 - 0,9 pontos) - Ausência de risco

9. Não houve repontuação.

A repontuação do Escore de **SAK / MORSE** e Classificação do Risco foi registrada nos controles do paciente? *

1. Sim

2. Não

3. Não houve repontuação.

CONTROLES DO PACIENTE - SAK / MORSE ⌵ ⋮

Descrição (opcional)

Possui registro do escore de **SAK / MORSE** nos controles do paciente nas primeiras 24 horas de internação? *

1. Sim

2. Não

!!!

Sinalize o Escore de **SAK / MORSE** e Classificação nos controles do paciente *

5. (Igual ou maior que 10,5 pontos) - Alto risco

6. (10 - 6,5 pontos) - Risco moderado

7. (6-1 ponto) - Baixo risco

8. (0 - 0,9 pontos) - Ausência de risco

No campo anotações existem registros relacionados ao escore de **SAK / MORSE** e/ou **QUEDAS** por parte dos técnicos de enfermagem nas primeiras 24 horas? *

1. Sim

2. Não

CONTROLES DO PACIENTE - SAK / MORSE

Descrição (opcional)

!!!

Registre aqui a observação do campo anotações *

Texto de resposta curta

ANEXO A — ESCALA DE BRADEN

Data da Internação: ____/____/____		1ª AVALIAÇÃO		REAVALIAÇÕES				
LESÃO POR PRESSÃO:		SIM () NÃO ()		DESENVOLVEU UP DURANTE A INTERNAÇÃO: () SIM () NÃO				
ORIGEM DA LP: () Comunitária () HCPA		ESTÁGIO: _____		LOCAL: _____ ESTÁGIO: _____				
SUB-ESCALAS		UNIDADE: _____		UNIDADE: _____	UNIDADE: _____	UNIDADE: _____	UNIDADE: _____	UNIDADE: _____
		DATA: ____/____/____		DATA: ____/____/____	DATA: ____/____/____	DATA: ____/____/____	DATA: ____/____/____	DATA: ____/____/____
Percepção Sensorial	1 Totalmente Limitada 2 Muito Limitada 3 Levemente Limitada 4 Nenhuma Limitação							
Umidade	1 Completamente Molhada 2 Muito Molhada 3 Ocasionalmente Molhada 4 Raramente Molhada							
Atividade	1 Acamado 2 Confinado à Cadeira 3 Caminha Ocasionalmente 4 Anda Frequentemente							
Mobilidade	1 Totalmente Imóvel 2 Bastante Limitada 3 Levemente Limitada 4 Não apresenta Limitações							
Nutrição	1 Muito Pobre 2 Provavelmente Inadequada 3 Adequada 4 Excelente							
Fricção e Cisalhamento	1 Problema 2 Problema em Potencial 3 Nenhum Problema							
ESCORE TOTAL								
NOME DO AVALIADOR:								

Nome: _____

Registro: _____

GRUPO DE ENFERMAGEM (GENF)
COMISSÃO DE PREVENÇÃO E
TRATAMENTO DE FERIDAS (OPTF)

HOSPITAL DE CLÍNICAS
UNIVERSITÁRIAS

AValiação: RISCO DE LESÃO POR
PRESSÃO - ESCALA DE BRADEN

Rev. 17/2010; 201310 - galícia nipa - net/7

PARANHOS, Wena Y. Avaliação de Risco para Úlceras de Pressão por Meio da Escala de Braden, na Língua Portuguesa. São Paulo, 1999. Dissertação (mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

Quadro 1: Escala de Avaliação de Risco de Braden:

Percepção sensorial: Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto	(1) Totalmente limitado: Não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquivava) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido a sedação, ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	(2) Muito limitado: Somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar desconforto exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	(3) Levemente limitado: Responde a comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar a necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	(4) Nenhuma limitação: Responde a comandos verbais. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.
Umidade: Nível ao qual a pele é exposta à umidade.	(1) Completamente molhada: A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc. Umidade é detectada às movimentações do paciente.	(2) Muito molhada: A pele frequentemente, mas nem sempre, molhada. A roupa da cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno.	(3) Ocasionalmente molhada: A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia.	(4) Raramente molhada: A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.
Atividade: Grau de atividade física.	(1) Acamado: Confinado à cama.	(2) Confinado à cadeira: Capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar.	(3) Caminha ocasionalmente: Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passar a maior parte de cada turno na cama ou na cadeira.	(4) Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas durante as horas em que está acordado.
Mobilidade: Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo.	(1) Totalmente imóvel: Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	(2) Bastante limitada: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sozinho.	(3) Levemente limitada: Faz frequentes, embora pequenas, mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	(4) Não apresenta limitações: Faz importantes e frequentes mudanças de posição sem auxílio.
Nutrição: Padrão usual de consumo alimentar.	(1) Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais que 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteínas (carnes ou laticínios) por dia. Ingerir pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido com dieta líquida ou IV's por mais de cinco dias.	(2) Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come cerca da metade do alimento oferecido. Ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar. Ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda.	(3) Adequada: Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne ou laticínio) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido ou é alimentado por sonda ou regime de nutrição parenteral total o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais.	(4) Excelente: Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne e laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar.
Fricção e cisalhamento	(1) Problema: Requer assistência moderada a máxima para mover. É impossível levá-lo ou erguê-lo completamente sem que aja atrito da pele com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando frequentes ajustes de posição com máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva a quase constante fricção.	(2) Problema em potencial: Move-se mas, sem vigor, ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, cadeira e outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou cadeira mas ocasionalmente escorrega.	(3) Nenhum problema: Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou na cadeira.	

Fonte: PARANHOS, Wena Yeda; SANTOS, V. L. C. G. AVALIAÇÃO DE RISCO PARA ÚLCERAS DE PRESSÃO POR MEIO DA ESCALA DE BRADEN, NA LÍNGUA PORTUGUESA. Rev Esc Enf USP, SÃO PAULO, v. 33, n. especial, p. 191-209, 1999.

Quadro 2: Classificação de Risco de Lesões por Pressão

Escala de Avaliação de Risco para Lesão por Pressão	Sem Risco	Baixo Risco	Risco moderado	Alto Risco	Risco muito alto
Braden	≥ 19	15-18	13-14	10-12	≤ 9
Braden Q	≥ 26	22-25	17-21	< 16	

Fonte: Association for the Advancement of Wound Care (AAWC). Guidelines of Pressure Ulcer Guidelines. Malvern, Pennsylvania: Association for the Advancement of Wound Care (AAWC), 2010. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Pressure Ulcer Prevention and Treatment. Bloomington, MS: Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), 2012.


ANEXO B — ESCALA DE MORSE FALL SCALE

A escala de risco é baseada nos fatores de risco de queda. Determinar os fatores e intervenções alvo é indispensável para reduzir os riscos de quedas. Complete na admissão, mudança de condição, transferência para uma nova unidade, e após a ocorrência de uma queda.				
Pontuação Escala de Morse	Alto risco ≥ 45	Risco moderado 25-40	Baixo risco 0-20	
FATORES DE RISCO DO PACIENTE	Unidade:		Unidade:	
	Admissão _/_/	Revisão _/_/	Revisão _/_/	Revisão _/_/
1. HISTÓRICO DE QUEDAS a) Não=0 b) Sim =25				
2. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO a) Não=0 b) Sim =15				
3. AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO a) Nenhum / Acamado / Auxiliado por profissional da saúde = 0 b) Muletas / Bengala / Andador = 15 c) Mobiliário / Parede = 30				
4. Terapia endovenosa / Dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado a) Não=0 b) Sim =20				
5. MARCHA a) Normal / Sem deambulação / Acamado / Cadeira de rodas = 0 b) Fraca = 10 c) Comprometida / Cambaleante = 20				
6. ESTADO MENTAL a) Orientado / Capaz quanto à sua capacidade = 0 b) Superestima capacidade / Esquece limitações = 15				
TOTAL				
Assinatura e Carimbo				

Nome: _____

Registro: _____

Leito: _____



HOSPITAL DE CLÍNICAS
AValiação do Risco DE QUEDAS (Escala de Morse)
BR-123456789 - 123456789 - 123456789

* URBANETTO, Janete de Souza et al. Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. REEUSP 2013, 47(3), 569-575.

1. Histórico de quedas	NÃO = 0	Se o paciente não tem história de quedas nos últimos três meses.
	SIM = 25	Se o paciente cai durante o período da internação hospitalar ou tem histórico recente (até três meses) de quedas por causas fisiológicas tais como convulsões ou marcha comprometida, antes da admissão hospitalar.
2. Diagnóstico secundário	NÃO = 0	Se no prontuário do paciente apresentar apenas um diagnóstico médico.
	SIM = 15	Se no prontuário do paciente apresentar mais de um diagnóstico médico.
3. Auxílio na deambulação Nenhum/Acamado/Auxiliado por profissional da Saúde Muletas/Bengala/Andador Mobiliário/Parede	0	Se o paciente deambula sem equipamento auxiliar (muleta, bengala ou andador), ou Se deambula com ajuda de um membro da equipe de saúde, ou ainda Se usa cadeira de rodas ou se está acamado e não sai da cama sozinho.
	15	Se o paciente utiliza muletas, bengala ou andador.
	30	Se o paciente se movimenta apoiando-se no mobiliário/paredes.
4. Terapia endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	NÃO = 0	Se o paciente não usa dispositivo endovenoso. Nota: quando o paciente usa dispositivo totalmente implantado, considera-se pontuação zero quando não estiver em uso.
	SIM = 20	Se o paciente usa dispositivo endovenoso com infusão contínua ou não (salinizado ou heparinizado).
5. Marcha Normal/Sem deambulação/ Acamado/Cadeira de rodas Fraca Comprometida/Cambaleante	0	Uma marcha normal é caracterizada pelo andar de cabeça ereta, braços balançando livremente ao lado do corpo e passos largos, sem hesitação. Também recebe a mesma pontuação se o paciente está acamado e/ou usa cadeira de rodas (sem deambulação).
	10	Os passos são curtos e podem ser vacilantes. Quando a marcha é fraca, embora o paciente incline-se para a frente enquanto caminha, é capaz de levantar a cabeça sem perder o equilíbrio. Além disso, caso ele faça uso de algum mobiliário como apoio, este apoio se dá de maneira leve somente para se sentir seguro, não para se manter ereto.
	20	O paciente dá passos curtos e vacilantes e pode ter dificuldade de levantar da cadeira, necessidade de se apoiar nos braços da cadeira para levantar e/ou impulsionar o corpo (faz várias tentativas para se levantar impulsionando o corpo). Com este tipo de marcha, a cabeça do paciente fica abaixada e ele olha para o chão. Devido a falta de equilíbrio, o paciente agarra-se ao mobiliário, a uma pessoa ou utiliza algum equipamento de auxílio à marcha (muletas, bengalas, andadores) para se segurar e não consegue caminhar sem esta ajuda. Quando ajuda estes pacientes a caminhar, o membro da equipe de saúde nota que o paciente realmente se apóia nele e que, quando o paciente se apóia em um corrimão ou mobília, ele o faz com força até que as articulações de seus dedos das mãos fiquem brancas.
6. Estado mental Orientado/Capaz quanto à sua capacidade Superestima capacidade/Esquece limitações	0	Ao perguntar ao paciente "Você é capaz de ir ao banheiro sozinho ou precisa de ajuda?" verifique se a resposta é consistente com as informações constantes no prontuário e/ou com sua avaliação. Em caso positivo, o paciente é classificado como capaz.
	15	Ao perguntar ao paciente "Você é capaz de ir ao banheiro sozinho ou precisa de ajuda?" verifique se a resposta não é consistente com as informações constantes no prontuário e/ou com sua avaliação ou se a avaliação do paciente é irreal. Se isto acontecer, este paciente está superestimando suas habilidades e esquecendo suas limitações.
TOTAL		

Pontuação e nível de risco: a pontuação é calculada e registrada na evolução do paciente. A partir disso, o nível de risco e as ações recomendadas são identificadas. Ex: não necessita de intervenções, intervenção padrão de prevenção de quedas, intervenção preventiva de risco elevado.

ANEXO C — ESCALA SEVERO-ALMEIDA-KUCHENBECKER (SAK)

NOME:

PRONTUÁRIO:

Pontuação Escala de Risco de Quedas SAK (Severo-Almeida-Kuchenbecker)		Baixo risco: ≤6		Moderado risco: 6.5 a 10		Alto risco: ≥10.5	
		Unidade: _	Unidade: _	Unidade: _	Unidade: _	Unidade: _	Unidade: _
Variável	Pontos	___	___	___	___	___	___
1. Desorientação/confusão	SIM=5 NÃO=0						
2. Micções frequentes	SIM=5 NÃO=0						
3. Limitação para deambular	SIM=4 NÃO=0						
4. Número de medicamentos administrados (até 24 horas)	Nº DE DIFERENTES MEDICAMENTOS X1						
5. Queda prévia	SIM=1 NÃO=0						
6. Ausência de acompanhante	SIM=0.5 NÃO=0						
7. Pós-operatório	SIM=0.5 NÃO=0						
Total							

Variáveis	Pontos	Definição conceitual	Definição operacional
1. Desorientação/confusão	SIM=5 NÃO=0	Perturbação mental que se caracteriza pela incapacidade de pensar com clareza e pela perda de noções de espaço, tempo e identidade.	Perguntar ao paciente as questões: - Qual seu nome completo? - Onde você está (em que cidade ou nome do hospital)? - Em que ano estamos? SIM= Se uma ou mais das questões não for respondida corretamente. NÃO= Responde todas as perguntas corretamente ou não consegue responder.
2. Micções frequentes	SIM=5 NÃO=0	Urinar com necessidade frequente de ida ao banheiro.	Perguntar para o paciente/acompanhante: Apresentou necessidade de ida ao banheiro para urinar mais do que três vezes nas últimas seis horas? SIM= Se apresenta a alteração. NÃO= Ausência da alteração ou faz uso de fralda, sonda vesical ou outro recurso urinário.
3. Limitação para deambular	SIM=4 NÃO=0	Limitação na capacidade de deambulação de forma independente, com ou sem dispositivo auxiliar.	SIM= Paciente não consegue deambular sozinho, precisando de amparo de outro; ou faz uso de bengala, andador e/ou cadeira de rodas. Apresenta lesões em membros inferiores ou fraturas ou alteração na acuidade visual (por exemplo, diplopia ou amaurose). NÃO= Não apresenta limitação para deambular ou restrição no leito.
4. Número de medicamentos administrados (até 24 horas)	Nº DE DIFERENTES MEDICAMENTOS X1	A administração de medicamentos em até 24 horas retrospectivas como benzodiazepínicos, opioides, barbitúricos, antipsicóticos, antidepressivos, anti-hipertensivos, laxantes, diuréticos, anti-histamínicos, anticonvulsivantes e sedativos aumenta a possibilidade de quedas.	Cada diferente medicamento contará um ponto.
5. Queda prévia	SIM=1 NÃO=0	Vir inadvertidamente ficar no solo ou em outro nível inferior, excluindo mudanças de posição intencionais para se apoiar em móveis, paredes ou outros objetos.	SIM= Se o paciente caiu durante o período da internação hospitalar ou se tem histórico recente (até três meses) de queda(s) por causa(s) fisiológica(s). NÃO= não apresentou queda(s) por causa(s) fisiológica(s) (até três meses) ou na internação atual.
6. Ausência de acompanhante	SIM=0.5 NÃO=0	Ausência do cuidador junto ao paciente no momento da avaliação.	SIM= Ausência de cuidador. NÃO= Se o cuidador estiver presente.
7. Pós-operatório	SIM=0.5 NÃO=0	Realização de cirurgia(s) na internação atual.	SIM= Pós-operatório durante a internação. NÃO= Ausência de cirurgias durante a internação.

SEVERO, Isis Marques. Modelo de predição do risco de quedas em pacientes adultos hospitalizados: derivação e validação de um escore. 2015. 151 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

ANEXO D — PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA INFORMATIZAÇÃO DAS ESCALAS DE PREDIÇÃO DE RISCO NA QUALIDADE DOS REGISTROS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: UM ESTUDO ANTES E DEPOIS

Pesquisador: AMÁLIA DE FÁTIMA LUCENA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 66618123.1.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.992.572

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo do projeto e das Informações Básicas da Pesquisa "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS__DO_PROJETO_2072830", de 10/03/2023.

Projeto de tese de doutorado – PPG Enfermagem UFRGS

Escalas de predição de risco são ferramentas que visam fornecer aos profissionais de saúde uma avaliação objetiva do risco de um desfecho acometer o paciente. São utilizadas para realizar avaliações de forma sistemática e precisa auxiliando a equipe multiprofissional na tomada de decisão e no planejamento da assistência em saúde (ANSTEY, et al., 2022). Na prática clínica, diferentes ferramentas são utilizadas para identificar os riscos a uma determinada condição, doença ou distúrbio. Na enfermagem, as escalas de predição de risco são ferramentas que subsidiam o Processo de Enfermagem (PE), auxiliando na avaliação do paciente, no raciocínio clínico, no planejamento da assistência e tomada de decisão. Também favorecem a qualidade da documentação dos registros em prontuário, evidenciando a qualidade da assistência prestada aos pacientes de acordo com os seus problemas e fatores de risco (FRANCO; MOURA; MERGEN; ROSA; LUCENA, 2020).

O objetivo primário deste estudo é avaliar o impacto da informatização de escalas de predição de

Endereço: Av. Protásio Alves, 211 Portão 4 Bloco C 5º andar
Bairro: Rio Branco **CEP:** 90.410-000
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-6246 **Fax:** (51)3359-6246 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE - RS

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA



Continuação do Parecer: 5.992.572

risco de LP e risco de quedas na qualidade dos registros do processo de enfermagem. Estudo de abordagem quantitativa, observacional, retrospectivo do tipo antes e depois. A pesquisa será desenvolvida no HCPA, hospital público federal, vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e à rede de hospitais universitários do Ministério da Educação. Serão considerados dados do período referente ao segundo semestre de 2018, que corresponde ao período imediatamente antes da informatização das referidas escalas de Braden e Morse; e ao segundo semestre de 2019 correspondente ao período imediatamente após a informatização das escalas de Braden e SAK. Os participantes do estudo serão constituídos pelos dados dos prontuários de pacientes adultos com idade igual ou superior a 18 anos internados nas unidades clínicas e cirúrgicas do HCPA.

Serão incluídos na amostra os dados de prontuários referentes às internações de pacientes adultos de ambos os sexos, admitidos nas unidades clínicas e cirúrgicas e avaliados pelas escalas de Braden e Morse (segundo semestre de 2018) e pelas escalas de Braden e SAK (no segundo semestre de 2019), que tiveram a sua primeira avaliação realizadas nas primeiras 24 horas da internação hospitalar. Serão excluídos do estudo os

dados de pacientes que não consentiram com a utilização dos mesmos no momento da admissão hospitalar.

A coleta de dados será realizada de forma retrospectiva no prontuário eletrônico do paciente em três etapas pelo pesquisador responsável do estudo e assistentes de pesquisa, previamente capacitados. Para evitar vieses, o pesquisador responsável, realizará o treinamento da equipe de assistentes de pesquisa para a realização da coleta dos dados no prontuário eletrônico. Considerando-se poder de 80%, nível de significância de 5% e proporção de pacientes com risco de lesão por pressão de 70% e nos pacientes sem risco de lesão por pressão de 59,5%, avaliados pela escala de Braden, chegou-se ao tamanho de amostra total de 686 pacientes, sendo 343 em cada grupo amostral (antes e depois da informatização). Acrescentando 10% para possíveis perdas e recusas o tamanho da amostra deverá ser de 764. Considerando-se poder de 80%, nível de significância de 5% e proporção de pacientes com risco de quedas de 70% e nos pacientes sem risco de quedas 54%, avaliados pela escala de Morse (2018) e SAK (2019), chegou-se ao tamanho de amostra total de 312 pacientes, sendo 156 em cada grupo (antes e depois da informatização). Acrescentando 10% para possíveis perdas e recusas o tamanho da amostra deverá ser de 348. O nível de significância adotado será de 5% ($p < 0,05$).

Esta pesquisa seguirá as recomendações da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde e da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) - 13709/2018.

Endereço: Av. Protásio Alves, 211 Portão 4 Bloco C 5º andar
Bairro: Rio Branco **CEP:** 90.410-000
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-6246 **Fax:** (51)3359-6246 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE - RS

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA



Continuação do Parecer: 5.992.572

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Avaliar o impacto da informatização de escalas de predição de risco de LP e risco de quedas na qualidade dos registros do processo de enfermagem.

Objetivos Específicos

Comparar a qualidade do registro do processo de enfermagem no que tange à identificação dos escores de risco, diagnósticos e cuidados de enfermagem relacionada ao risco de LP e de quedas, nas etapas de anamnese, evolução e controles de enfermagem, antes e depois da informatização das escalas de predição de risco.

Verificar a incidência de eventos adversos relacionados a LP, localização, estágio e origem da lesão e incidência eventos adversos relacionados às quedas de pacientes, os fatores que levaram à queda, os fatores ambientais, condições clínicas do paciente antes da queda, consequência e gravidade da queda, antes e depois da informatização das escalas de predição de risco.

Analisar associações entre os escores finais das escalas de predição de risco e os eventos adversos, antes e depois da informatização das escalas de predição de risco.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A relação risco/benefício do projeto submetido é aceitável e muito adequada.

Os riscos previstos para este estudo são considerados mínimos e comuns a um estudo observacional. Estão relacionados à utilização dos dados dos pacientes em prontuário e dados institucionais, podendo ter risco de quebra de confidencialidade. Os benefícios se referem à qualidade e segurança assistencial aos pacientes, a partir do conhecimento do impacto da informatização das escalas de predição de risco utilizadas pela enfermagem no AGHUse®, para assim, promover e estimular o pensamento crítico e raciocínio clínico da equipe, além de promover medidas preventivas aos eventos adversos e qualificar o monitoramento dos mesmos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Caso a query demonstre um número de prontuários que excede a amostra calculada, será realizada uma randomização aleatória através do site random.org (RANDOMORG, 2013), de forma a garantir o tamanho amostral e evitar vieses. Caso demonstre um número de prontuários inferior a amostra calculada, o período de coleta será aumentado até chegar no tamanho amostral calculado.

Endereço: Av. Protásio Alves, 211 Portão 4 Bloco C 5º andar
Bairro: Rio Branco **CEP:** 90.410-000
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-6246 **Fax:** (51)3359-6246 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA



Continuação do Parecer: 5.992.572

Os dados serão analisados através do programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 27.0. As variáveis contínuas simétricas serão expressas como média \pm desvio padrão e as assimétricas expressas em mediana e intervalo interquartilico, conforme distribuição dos dados que será testada através do teste de Kolmogorov-Smirnov. As variáveis categóricas serão expressas com números absolutos e percentuais.

A comparação da qualidade do registro do processo de enfermagem antes e depois da informatização das escalas de predição de risco será realizada através dos testes t-Student ou Mann-Whitney conforme a distribuição dos dados.

A análise das associações entre os grupos antes e depois da informatização de escalas de predição de risco será utilizado os testes exato de Fisher ou qui-quadrado.

A incidência de eventos adversos relacionados a LP e as quedas será calculada através da divisão do número de eventos adversos pelo número de pacientes internados no período do estudo. O nível de significância adotado será de 5% ($p < 0,05$).

Critério de Inclusão:

Serão incluídos na amostra os dados de prontuários referentes às internações de pacientes adultos de ambos os sexos, admitidos nas unidades clínicas e cirúrgicas e avaliados pelas escalas de Braden e Morse (segundo semestre de 2018) e pelas escalas de Braden e SAK (no segundo semestre de 2019), que tiveram a sua primeira avaliação realizadas nas primeiras 24 horas da internação hospitalar.

Critério de Exclusão:

Serão excluídos do estudo os dados de pacientes que não consentiram com a utilização dos mesmos no momento da admissão hospitalar.

Como serão coletados os dados (diretamente participante, prontuário, query):

A primeira etapa de coleta de dados diz respeito às Querys.

A segunda etapa da coleta de dados será focada na amostra de pacientes que apresentaram evento adverso de LP e/ou quedas. Essa será realizada utilizando relatório de um banco de dados secundário, de responsabilidade da Gerência de Riscos da instituição, organizado no sistema de gestão estratégica denominado Strategic Adviser (SA).

A terceira etapa da coleta de dados utilizará um instrumento organizado pelas pesquisadoras no google forms, desenvolvido com base nos diagnósticos de enfermagem relacionados aos

Endereço: Av. Protásio Alves, 211 Portão 4 Bloco C 5º andar
Bairro: Rio Branco **CEP:** 90.410-000
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-6246 **Fax:** (51)3359-6246 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA



Continuação do Parecer: 5.992.572

fenômenos em estudo, ou seja, lesões por pressão e quedas, conforme descritos na taxonomia diagnóstica de enfermagem NANDA-I.

Variáveis e período a serem coletadas: segundo semestre de 2018 e segundo semestre de 2019

Primeira etapa:

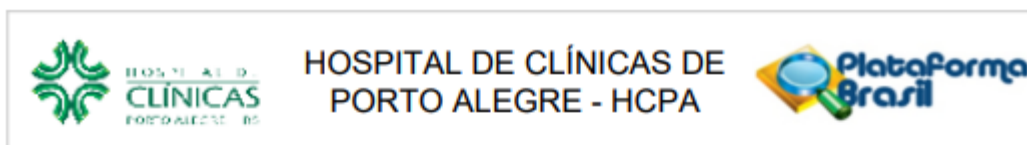
Os filtros solicitados para esse processo serão referentes a todos os pacientes internados nas unidades clínicas e cirúrgicas (3S, 3N, 4S, 5N, 6S, 6N, 7S, 7N, 8S, 8N, 9S, 9N), no período que compreende o segundo semestre dos anos de 2018 e 2019, considerando o período total da internação de cada paciente avaliado. Estes dados serão utilizados para caracterização da amostra, com variáveis clínicas e sociodemográficas. Assim, as colunas das Querys serão as seguintes:

- Variáveis sociodemográficas: número do prontuário, unidade funcional, leito, data de nascimento, idade, sexo, procedência, escolaridade, religião, profissão, naturalidade, data da internação, data de alta hospitalar, data do óbito (caso tenha ocorrido).

- Variáveis clínicas: código internacional de doenças (CID) principal da internação; descrição do código internacional de doenças (CID) principal da internação; código dos demais CIDs do paciente; descrição dos CIDs do paciente; data do registro das aplicações da escala Braden, valor dos escores totais de cada aplicação da escala Braden, descrição da classificação do escore total de cada aplicação da escala Braden, data da notificação da LP (caso tenha ocorrido), data do registro das aplicações da escala Morse, valor dos escores totais de cada aplicação da escala Morse, descrição da classificação do escore total de cada aplicação da escala Morse, data do registro das aplicações da escala SAK, valor dos escores totais de cada aplicação da escala SAK, descrição da classificação do escore total de cada aplicação da escala SAK, data da notificação da queda (caso tenha ocorrido), código dos Diagnósticos de Enfermagem elencados durante todo o período de internação, descrição dos Diagnósticos de Enfermagem estabelecidos durante todo o período de internação, código da Etiologia dos Diagnósticos de Enfermagem estabelecidos durante todo o período de internação, descrição da Etiologia dos Diagnósticos de Enfermagem estabelecidos durante todo o período de internação, código dos Cuidados de Enfermagem e descrição dos Cuidados de Enfermagem estabelecidos durante todo o período de internação.

Segunda etapa: Serão coletadas as variáveis relacionadas à LP: escore total da escala, estágio da LP, local, se desenvolveu a LP durante a internação. Em relação às quedas as variáveis serão: se houve dano, gravidade do dano, tipo de queda, se aplicado escala, fatores do paciente que levaram a queda, fatores do ambiente, condição do paciente antes da queda e consequência/gravidade da queda.

Endereço: Av. Protásio Alves, 211 Portão 4 Bloco C 5º andar
Bairro: Rio Branco **CEP:** 90.410-000
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-6246 **Fax:** (51)3359-6246 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br



Continuação do Parecer: 5.992.572

Terceira etapa: da coleta de dados utilizará um instrumento organizado pelas pesquisadoras no google forms, desenvolvido com base nos diagnósticos de enfermagem relacionados aos fenômenos em estudo, ou seja, lesões por pressão e quedas, conforme descritos na taxonomia diagnóstica de enfermagem NANDA-I. Assim, ele será norteado pelos componentes dos DEs identificados nas Querys (etapa 1), no que tange aos eventos de queda e LP e, considerando os domínios e classes da NANDA-I. Os componentes serão as características definidoras, fatores relacionados, fatores de risco, populações em risco e condições associadas, que serão coletados (ou termos similares) nas evoluções de enfermagem nos dias em que as escalas forem aplicadas. O instrumento será replicado conforme o número de aplicações das escalas de predição de risco com os respectivos DEs, conforme o modelo proposto (APÊNDICE A).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Projeto propõe dispensa de TCLE com a seguinte justificativa:

Não será utilizado termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), por se tratar de um estudo que utilizará exclusivamente dados retrospectivos do prontuário eletrônico do paciente, sendo inviável o contato com todos os potenciais participantes devido às informações cadastrais poderem estar com incompletudes e desatualizadas, óbitos e eventuais riscos e desconfortos resultantes do próprio contato para obtenção do consentimento. Os dados remetem ao ano de 2019, o que exacerba essas fragilidades. Mais importante é o fato de que as informações que serão coletadas não possibilitarão o reconhecimento dos casos, pois remetem a dados objetivos referentes a escores de predição de risco que são aplicados a todos os pacientes da instituição, por meio de um produto desenvolvido por um grupo multidisciplinar e com base no processo de trabalho do hospital, utilizando-se do sistema AGHUse (também desenvolvido pela instituição). Esse processo faz parte de um protocolo de atendimento para avaliar riscos e prevenir eventos adversos como as quedas e LP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências emitidas para o projeto no parecer N.º 5932161 foram respondidas pelos pesquisadores, conforme carta de respostas adicionada em 10/03/2023. Não apresenta novas pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

- Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS N.º 466/2012 e na Norma Operacional

Endereço: Av. Protásio Alves, 211 Portão 4 Bloco C 5º andar
Bairro: Rio Branco **CEP:** 90.410-000
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-6246 **Fax:** (51)3359-6246 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA



Continuação do Parecer: 5.992.572

CNS/Conep N.º 001/2013, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

- O projeto está aprovado para inclusão ou revisão de registros de 764 participantes neste centro.
- Os projetos executados no HCPA somente poderão ser iniciados quando seu status no sistema AGHUse Pesquisa for alterado para "Aprovado", configurando a aprovação final da Diretoria de Pesquisa.
- Textos e anúncios para divulgação do estudo e recrutamento de participantes deverão ser submetidos para apreciação do CEP, por meio de Notificação, previamente ao seu uso. A redação deverá atender às recomendações institucionais, que podem ser consultadas na Página da Pesquisa do HCPA.
- Eventos adversos deverão ser comunicados de acordo com as orientações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep (Carta Circular N.º 13/2020-CONEP/SECNS/MS). Os desvios de protocolo também deverão ser comunicados em relatórios consolidados, por meio de Notificação.
- Deverão ser apresentados relatórios semestrais e um relatório final. Estes relatórios deverão ser submetidos acompanhados do Relatório Consolidado de Eventos Adversos Graves (EAGs), conforme preconiza a Carta Circular nº 13/2020-CONEP/SECNS/MS.
- Os modelos disponíveis para Notificação de Eventos Adversos e Relatórios Consolidados de EAGs podem ser consultados na Página da Pesquisa do HCPA, Área do Pesquisador, aba "Eventos Adversos e Desvios de Protocolo".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2072830.pdf	10/03/2023 09:54:33		Aceito
Outros	Resposta_pendencias_emitidas_CEP_HCPA.docx	10/03/2023 09:53:51	AMÁLIA DE FÁTIMA LUCENA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_plataformabrasil.docx	10/03/2023 09:53:42	AMÁLIA DE FÁTIMA LUCENA	Aceito

Endereço: Av. Protásio Alves, 211 Portão 4 Bloco C 5º andar
Bairro: Rio Branco **CEP:** 90.410-000
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-6246 **Fax:** (51)3359-6246 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA



Continuação do Parecer: 5.992.572

Folha de Rosto	Folha_rosto_plataformabrasil.pdf	12/01/2023 17:09:43	AMÁLIA DE FÁTIMA LUCENA	Aceito
----------------	----------------------------------	------------------------	----------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 10 de Abril de 2023

Assinado por:
Têmis Maria Félix
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Protásio Alves, 211 Portão 4 Bloco C 5º andar
Bairro: Rio Branco **CEP:** 90.410-000
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-6246 **Fax:** (51)3359-6246 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br