



PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

Assistência a pessoa com feridas



CURITIBA

Prefeito Prefeitura Municipal de Curitiba

Eduardo Pimentel

Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba

Tatiane Filipak

Superintendência Executiva

Flávia Vernizi Adachi

Superintendência de Gestão

Jane Sescatto

Departamento de Atenção Primária à Saúde

Juliana Marcon Hencke

Departamento de Urgência e Emergência

Keity Arias

Katiuscia Vanessa Shiontek Weber

Coordenação de Enfermagem da Atenção Primária

Suelen do Carmo dos Anjos Scarabotto

Elaboração

Janaina Constanski Santos

Katiuscia Vanessa Shiontek Weber

Lucimar Alves Luz

Patrick Auerbach

Ronald Gielow

Sandra Regina Szostak

Suelen do Carmo dos Anjos Scarabotto

CURITIBA – 2026

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Inserir nome do Departamento / Setor Inserir nome Coordenação / setor		  Prefeitura de CURITIBA	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	PRT.ENFDAPS.002 – Total págs.: 41	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO COM FERIDAS	Emissão 13/03/2026	Próxima Revisão:
		Versão: 4	13/03/2026

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	4
2. OBJETIVO	4
3. APLICABILIDADE	4
4. RESPONSÁVEIS	4
5. SIGLAS, TERMOS e DEFINIÇÕES	5
6. CRITÉRIO DE INCLUSÃO OU EXCLUSÃO	5
7. ANATOMIA E FISIOLOGIA DA PELE	5
7.1 FERIDAS/ LESÕES DE PELE	6
a. Lesões Agudas.....	6
b. Lesões Crônicas.....	6
c. Feridas Complexas	7
7.2 TIPOS DE FERIDAS	7
a. Ferida Cirúrgica.....	7
b. Lesão por Queimaduras	7
c. Lesões Causadas por Animais Peçonhentos	8
d. Lesão em pé de pessoas com diabetes	8
e. Ferida/Úlcera Arterial.....	10
f. Ferida/Úlcera Venosa.....	11
g. Ferida/Úlcera Mista	11
h. Ferida/Úlcera Neoplásica	11
i. Ferida/Úlcera por pressão	11
7.3 FISIOLOGIA DA CICATRIZAÇÃO	13
7.4 LEITO DA FERIDA	14
7.7 AVALIAÇÃO E MANEJO DOS PÉS DAS PESSOAS COM DIABETES.....	17
7.8 DESBRIDAMENTO	18
8 DESCRIÇÃO DAS ETAPAS	19
8.1 CONSULTA DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE SAÚDE	19
a. Avaliação de Enfermagem	21
b. Avaliação da Ferida.....	21
8.2 REGISTROS	22
8.2.1 Legalidade.....	23
9 INSUMOS PADRONIZADOS	26

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Inserir nome do Departamento / Setor Inserir nome Coordenação / setor		  Prefeitura de CURITIBA	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	PRT.ENFDAPS.002 – Total págs.: 41	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO COM FERIDAS	Emissão 13/03/2026	Próxima Revisão:
		Versão: 4	13/03/2026

ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS	26
ALGINATO DE CÁLCIO E SÓDIO - fita	27
BOTA DE UNNA	28
CARVÃO ATIVADO COM PRATA.....	28
ESPUMA POLIURETANO COM PRATA.....	29
COBERTURA NÃO ADERENTE	30
HIDROFIBRA COM PRATA	30
HIDROGEL COM ALGINATO	31
SOLUÇÃO PARA LIMPEZA DE LESÕES - PHMB.....	31
10 ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO	32
11 FLUXO DE ATENDIMENTO	37
12. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.....	38
13. RESULTADOS ESPERADOS.....	38
14. PONTOS CRÍTICOS E OU RISCOS	38
15. RECOMENDAÇÕES DE SEGURANÇA	39
16. REFERÊNCIAS.....	39
17. ANEXO	41

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Inserir nome do Departamento / Setor Inserir nome Coordenação / setor		 	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	PRT.ENFDAPS.002 – Total págs.: 41	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO COM FERIDAS	Emissão 13/03/2026	Próxima Revisão:
		Versão: 4	13/03/2026

1. APRESENTAÇÃO

Este Protocolo apresenta as ações realizadas na assistência aos usuários com Feridas, da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Curitiba, que necessitam de curativo grau II, abrangendo a Atenção Primária à Saúde, Urgência e Emergência e serviço especializado por meio da tele regulação e ambulatório.

Considerando critérios técnicos, tem como intuito padronizar as ações assistenciais da equipe de saúde, estabelecer o fluxo, organizar o processo de trabalho, definir responsabilidades e demonstrar a sequência das ações para o desempenho da atividade com qualidade e de forma segura.

Este material foi produzido pelo Departamento de Atenção Primária à Saúde (DAPS) – Coordenação de Enfermagem e Departamento de Urgência e Emergência, da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

2. OBJETIVO

Este protocolo tem como objetivo apoiar e direcionar a prática da equipe de Enfermagem nos cuidados aos usuários com feridas, bem como descrever e orientar o fluxo para o encaminhamento no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

3. APLICABILIDADE

As ações deste protocolo se aplicam à assistência realizada no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, pelos profissionais de enfermagem.

4. RESPONSÁVEIS

Profissionais da Enfermagem no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Inserir nome do Departamento / Setor Inserir nome Coordenação / setor		 	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	PRT.ENFDAPS.002 – Total págs.: 41	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO COM FERIDAS	Emissão 13/03/2026	Próxima Revisão:
		Versão: 4	13/03/2026

5. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

APS - Atenção Primária a Saúde.

CIAP- Classificação Internacional de Assistência Primária.

CM – Centímetros.

DAP - Doença Arterial Periférica.

SCQ - Superfície Corporal Queimada.

UBS – Unidade Básica de Saúde.

UPA – Unidade de Pronto Atendimento.

6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

- Critérios de Inclusão: Usuários vinculados à rede da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, que apresentem lesões cutâneas com necessidade de avaliação e cuidado sistematizado de enfermagem.
- Critérios de Exclusão: Usuários sem cadastro ativo na rede municipal, falta de consentimento para registro ou acompanhamento e impossibilidade de monitoramento evolutivo da ferida.
- Critérios de descontinuidade do acompanhamento: Devem ser excluídos do seguimento no protocolo quando ocorrer: Cicatrização total da ferida, falência terapêutica após 180 dias de tratamento com cobertura especial, abandono do tratamento (4 faltas consecutivas não justificadas), não adesão às orientações terapêuticas ou óbito.

7. ANATOMIA E FISIOLOGIA DA PELE

O maior órgão do corpo humano é a pele, a qual é dividida em:

- Epiderme: revestimento mais externo formado por várias camadas de células, sem vascularização, com a função de proteção.
- Derme, que é a camada intermediária na qual se situam os vasos, nervos e anexos cutâneos.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Inserir nome do Departamento / Setor Inserir nome Coordenação / setor		 	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	PRT.ENFDAPS.002 – Total págs.: 41	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO COM FERIDAS	Emissão 13/03/2026	Próxima Revisão:
		Versão: 4	13/03/2026

- Hipoderme ou subcutâneo: com a função principal de depósito nutritivo de reserva, serve de união com os órgãos adjacentes.

A pele constitui uma barreira física entre o corpo e meio ambiente, impedindo a penetração de microrganismos e garantindo a termorregulação. As fibras nervosas são responsáveis pelas sensações de calor, frio, dor, pressão, vibração e tato. A secreção sebácea, produzida pelas glândulas sebáceas, age como lubrificante e emulsificante e formam o manto lipídico da superfície cutânea, com atividades antibacteriana e antifúngica (1)

7.1 FERIDAS/ LESÕES DE PELE

Ferida ou Lesão de pele é qualquer modificação ou ruptura da integridade de um tecido ou órgão, podendo atingir desde a epiderme que é a camada mais externa da pele, até estruturas mais profundas. Pode ser ocasionada por traumas, processos inflamatórios, degenerativos, circulatórios, por distúrbios do metabolismo ou por defeito de formação. Este dano tecidual tem a capacidade de desencadear um processo de regeneração, por meio de respostas biológicas complexas, manifestadas pela proliferação celular que se desenvolve no interior da ferida (2)

a. Lesões Agudas

Estão relacionadas aos traumas intencionais ou não intencionais, e normalmente cicatrizam por primeira intenção em um período de 30 dias, caso não ocorra nenhum fator interveniente. (2)

b. Lesões Crônicas

São de difícil cicatrização, sem resposta ao cuidado habitual, e cicatrizam por segunda intenção (sofrem interferência na cicatrização devido a fatores sistêmicos e locais). Por necessitarem de um período de tempo prolongado para cicatrização causam impacto

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Inserir nome do Departamento / Setor Inserir nome Coordenação / setor		 	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	PRT.ENFDAPS.002 – Total págs.: 41	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO COM FERIDAS	Emissão 13/03/2026	Próxima Revisão:
		Versão: 4	13/03/2026

tanto na qualidade de vida do usuário, quanto no fator econômico e na organização do sistema de saúde. ⁽²⁾

As feridas crônicas em sua grande maioria estão colonizadas ou contaminadas, portanto, um adequado manejo melhorará sua evolução e evitará uma infecção local.

c. Feridas Complexas

Ferida complexa é uma definição relativamente recente, que caracteriza as lesões crônicas e agudas difíceis de serem resolvidas com tratamentos convencionais e curativos simples. Outro fator que as distingue é o tempo de cicatrização, que são de progressão lenta, interrompida ou paralisada devido a fatores intrínsecos e extrínsecos, e pode demorar meses ou anos, podendo não cicatrizar. ^{(3) (4)}

São fatores importantes para complexidade da ferida: envolvimento de camadas mais profundas (além da pele ou do tecido subcutâneo, atingindo fáscia, músculos e ossos) e comorbidades associadas (como Diabetes mellitus, Hipertensão arterial, obesidade, desnutrição e outros) ao quadro clínico do paciente.

Os aspectos associados à uma ferida complexa, demandam uma abordagem multidisciplinar diferenciada e profissionais especializados. Portanto, devem inicialmente serem tratadas pela equipe das unidades da atenção primária (UBS, Consultório na Rua, Serviço de atendimento domiciliar), e diante de ausência de resposta positiva, serem encaminhadas a especialistas (enfermeiro estomaterapeuta) para avaliação e conduta.

7.2 TIPOS DE FERIDAS

a. Ferida Cirúrgica

As feridas cirúrgicas ou operatórias são intencionais, resultantes de uma intervenção cirúrgica e normalmente ocorre cicatrização por primeira intenção, mas pode ocorrer por segunda ou terceira intenção. É quando as bordas saudáveis da pele são reaproximadas por suturas, grampos ou adesivos. São lesões premeditadas, normalmente cicatrizam com facilidade e sem complicações. ⁽⁵⁾

b. Lesão por Queimaduras

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Inserir nome do Departamento / Setor Inserir nome Coordenação / setor		 	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	PRT.ENFDAPS.002 – Total págs.: 41	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO COM FERIDAS	Emissão 13/03/2026	Próxima Revisão:
		Versão: 4	13/03/2026

São lesões decorrentes de agentes (tais como a energia térmica, química ou elétrica) capazes de produzir calor excessivo que danifica os tecidos corporais e acarreta a morte celular. ⁽⁶⁾

Classificadas em:

Quadro 01: Descrição de graus de lesões por queimadura.

Grau	Aspecto
Primeiro	Lesão superficial (envolve apenas epiderme) seca, dolorosa, avermelhada, com pouco ou sem edema.
Segundo	Envolve derme e epiderme. Lesão úmida, com presença de bolhas íntegras ou rompidas, muito dolorosa.
Terceiro	Envolve epiderme, derme e apêndices. Lesão de espessura total, com destruição de tecidos. Dor mínima ou ausente.
quarto grau	Envolvem o tecido subcutâneo subjacente, tendões ou ossos. Típicas de lesão elétrica de alta voltagem.

Referência: Adaptado de Protocolo de Enfermagem v.6 - Cuidado à pessoa com ferida. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, 2019.

O agravante deste tipo de lesão está relacionado a SCQ, quanto maior a extensão, maior o risco de comprometimento de órgãos.

Obs.: De maneira prática, considera-se a palma da mão do usuário como equivalente a 1% de SCQ.

a. Lesões Causadas por Animais Peçonhentos

Provocada pelo contato com animais peçonhentos, que têm a capacidade de inocular ativamente o veneno em sua vítima.

b. Lesão em pé de pessoas com diabetes

Lesão decorrente das complicações do Diabetes Mellitus, caracterizada por infecção, ulceração e/ou destruição dos tecidos profundos associados a anormalidades neurológicas e vários graus de doença arterial periférica nos membros inferiores, decorrentes da patologia. ⁽⁷⁾

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Inserir nome do Departamento / Setor Inserir nome Coordenação / setor		 	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	PRT.ENFDAPS.002 – Total págs.: 41	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO COM FERIDAS	Emissão 13/03/2026	Próxima Revisão:
		Versão: 4	13/03/2026

Pode ser classificada, segundo sua etiopatogenia, em Neuropático, Vascular (também chamado isquêmico) ou misto (neurovascular ou neuroisquêmico).

Quadro 02 - Classificação fisiopatológica do Pé Diabético, segundo sinais e sintomas

SINAIS/ SINTOMAS	LESÃO NEUROPÁTICA	LESÃO VASCULAR (ISQUÊMICA)
Temperatura do pé	Quente ou morno	Frio
Coloração do Pé	Normal	Pálido com elevação ou cianótico com declive
Aspecto da pele do pé	Pele seca e fissurada	Pele fina e brilhante
Deformidade do pé	Dedo em garra, dedo em martelo, pé de Charcot ou outro	Deformidades ausentes
Sensibilidade	Sensibilidade pode estar diminuída, abolida ou alterada (parestesia). Sensação dolorosa do tipo queimação, formigamento ou “picada”, começando nos dedos e ascendendo proximalmente (padrão em bota ou em luva), com piora no período noturno e aliviados ao movimento.	Sensação dolorosa do tipo câimbra ou peso ao caminhar, que é aliviada ao repouso.
Pulsos pediais	Pulsos amplos e simétricos	Pulsos diminuídos ou ausentes.
Calosidades	Presente, especialmente na planta dos pés.	Ausente
Edema	Presente	Presente

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Inserir nome do Departamento / Setor Inserir nome Coordenação / setor		 	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	PRT.ENFDAPS.002 – Total págs.: 41	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO COM FERIDAS	Emissão 13/03/2026	Próxima Revisão:
		Versão: 4	13/03/2026

Localização mais comum da lesão	1º e 5º metacarpos e calcâneo (posterior); redondas, com anel querostásico periulcerativo; não dolorosas.	Latero-digital; sem anel querostásico; dolorosas.
--	---	---

Referência: Adaptado de Manual do Pé Diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Ministério da Saúde, 2016

A neuropatia é caracterizada pela perda progressiva da sensibilidade, tendo como sintomas mais frequentes formigamentos e a sensação de queimação. Já o pé isquêmico caracteriza-se tipicamente por história de claudicação intermitente e/ou dor à elevação do membro.⁽⁷⁾

Algumas condições são frequentemente encontradas durante a avaliação do Pé de pessoas com diabetes, predispondo ao surgimento de feridas e outras complicações.

- Xerodermia: provocada frequentemente pela neuropatia diabética e, por comprometer a elasticidade natural da pele, predispõe os pés às fissuras e às ulcerações
- Calosidades: mais comuns em áreas de alta pressão na região plantar, decorrentes de deformidades nos pés.
- Alterações ungueais: o corte inadequado das unhas pode propiciar a ocorrência da unha encravada, com consequente trauma local e risco de infecção.
- As alterações tróficas e vasomotoras decorrentes da neuropatia autonômica predispõem às deformidades nos pés, com aumento das proeminências dos metatarsos, dedos em garra, dedos em martelo, joanetes e perda do arco plantar.⁽⁷⁾

c. Ferida/Úlcera Arterial

É uma lesão resultante da insuficiência arterial, a qual provoca diminuição do fluxo sanguíneo para os membros, causando prejuízo às funções teciduais. Os sintomas mais encontrados são a claudicação intermitente e a dor intensa.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Inserir nome do Departamento / Setor Inserir nome Coordenação / setor		 	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	PRT.ENFDAPS.002 – Total págs.: 41	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO COM FERIDAS	Emissão 13/03/2026	Próxima Revisão:
		Versão: 4	13/03/2026

A lesão arterial em membros inferiores tem como fator etiológico a DAP que se desenvolve devido à oclusão arterial nos membros inferiores. Tem maior prevalência acima de 60 anos e em mulheres.

Caracteriza-se por: ser uma lesão circular profunda bem demarcada; ausência de tecido de granulação viável; pálida; necrótica, localiza-se nos artelhos, calcâneos, espaços interdigitais e proeminências ósseas dos pés. ⁽⁶⁾

d. Ferida/Úlcera Venosa

Decorrente da insuficiência venosa crônica, que compromete o tecido seja pelo aumento da pressão local ou pela obstrução de pequenos vasos. São caracterizadas pela destruição das camadas da pele e comumente apresentam: dor, mobilidade restrita, bordas irregulares; presença de exsudato amarelo; lipodermatoesclerose; progressão lenta com início súbito; localizadas próximas ao maléolo, podendo estar cicatrizada ou ativa. ⁽⁶⁾

Tratamento: inelástica (Bota de unna) /elástica (indicação médica ou do enfermeiro estomaterapeuta).

e. Ferida/Úlcera Mista

Resulta da combinação da hipertensão venosa crônica com patologias arteriais periféricas. Apresenta o edema como um problema difícil de ser controlado. Se confirmado o comprometimento arterial, o tratamento será tópico e sem terapia compressiva.

f. Ferida/Úlcera Neoplásica

Ocorre devido à infiltração de células malignas nas estruturas da pele, incluindo vasos sanguíneos e/ou linfáticos. Podem ser derivadas do tumor primário e/ou de tumores metastáticos. Requer o controle de exsudato e do odor, sangramento, dor e prurido, por meio de limpeza criteriosa e cuidadosa, objetivando uma cobertura confortável e estética. ⁽⁶⁾

g. Ferida/Úlcera por pressão

Ocorre quando um tecido mole sofre pressão entre uma proeminência óssea e uma superfície, por um longo período. Este processo ocasiona a oclusão do fluxo sanguíneo dos capilares dos tecidos, evoluindo para hipóxia tecidual e posteriormente para necrose. A duração da pressão é determinante para o início da ulceração. Observa-se que baixa

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Inserir nome do Departamento / Setor Inserir nome Coordenação / setor		 	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	PRT.ENFDAPS.002 – Total págs.: 41	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO COM FERIDAS	Emissão 13/03/2026	Próxima Revisão:
		Versão: 4	13/03/2026

pressão aplicada por longos períodos têm sido mais significativa na formação de úlceras do que altas pressões por curtos períodos de tempo. Sendo assim, o mecanismo mais eficaz na prevenção dessas lesões é o uso de estratégias de alívio de pressão sobre as regiões de maior acometimento.

São classificadas em:

Quadro 03: Definição dos estágios de lesão por pressão

ESTÁGIO	DEFINIÇÃO	CARACTERÍSTICAS
I	Eritema não branqueável em pele íntegra.	Pele íntegra com eritema não branqueável de uma área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea, descoloração da pele, calor, edema, tumefação ou dor podem estar presentes. Em pele escura pigmentada pode não ser visível o branqueamento.
II	Perda parcial da espessura da pele ou flictena.	Perda parcial da espessura da derme que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho-rosa sem crosta. Pode também apresentar-se como flictena fechada ou aberta preenchida de líquido seroso ou sero-hemorrágico.
III	Perda total da espessura da pele, tecido subcutâneo visível.	Perda total da espessura tecidual, em que o tecido adiposo subcutâneo pode estar visível. Pode estar presente algum tipo de tecido desvitalizado (fibrina úmida). Assim como incluir ferida cavitária e encapsulamento. A profundidade varia com a localização anatômica. A asa de nariz, orelhas, região occipital e maléolos não tem tecido adiposo e uma úlcera de categoria III pode ser rasa, em locais de grande adiposidade podem ser profundas.
IV	Perda total da espessura dos tecidos (músculos e ossos visíveis).	Perda total da espessura dos tecidos com exposição dos tendões e músculos. Pode estar presente tecido desvitalizado e ou tecido necrótico. Frequentemente são cavitárias e fistuladas. A profundidade varia com a localização anatômica. Pode atingir estruturas de suporte como fáscia, tendão ou cápsula articular, podendo ocasionar osteomielite.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Inserir nome do Departamento / Setor Inserir nome Coordenação / setor		 	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	PRT.ENFDAPS.002 – Total págs.: 41	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO COM FERIDAS	Emissão 13/03/2026	Próxima Revisão:
		Versão: 4	13/03/2026

NÃO CLASSIFICÁVEL	Perda da espessura total da pele e a perda tissular não é visível	Dano não pode ser confirmado porque está encoberta por tecido desvitalizado (amarelo, acastanhado, cinzento, verde ou castanho) ou necrótico (amarelo escuro, castanho ou preto) no leito da ferida. Ao ser removido estágio 3 ou 4. Escara estável (isto é, seca, aderente, sem eritema ou flutuação) em membro isquêmico ou no calcâneo não deve ser removida.
-------------------	---	--

Referência: Adaptado de Protocolo de prevenção e tratamento de feridas, 2023.

Uma das ferramentas mais utilizadas para classificação de lesão por pressão é a escala de *Braden* (Anexo 1), que permite ao enfermeiro registrar o nível de risco de uma pessoa desenvolver lesão por pressão pela análise dos seguintes critérios: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção.

7.3 FISILOGIA DA CICATRIZAÇÃO

O próprio organismo é responsável por desencadear o processo cicatricial. As feridas apresentam as seguintes fases de cicatrização ⁽⁸⁾:

Fase inflamatória: inicia no momento que ocorre a ferida, até um período de três a seis dias, resultando em reparo e substituição das células mortas e danificadas por células saudáveis. São sinais clássicos da inflamação: edema, hiperemia, calor moderado e dor.

Fase proliferativa: caracterizada pela divisão celular, processo de produção do colágeno, angiogênese, formação do tecido de granulação, contração da ferida e revitalização. Dura em torno de duas a três semanas.

Fase reparadora: inicia em torno da terceira semana após o início da ferida, podendo se estender por até dois anos. Nessa fase a deposição organizada de colágeno é o evento clínico mais importante.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Inserir nome do Departamento / Setor Inserir nome Coordenação / setor		 	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	PRT.ENFDAPS.002 – Total págs.: 41	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO COM FERIDAS	Emissão 13/03/2026	Próxima Revisão:
		Versão: 4	13/03/2026

Aspectos que interferem na cicatrização: (8) Diversos são os fatores que interferem no processo de cicatrização, podendo ser favoráveis e desfavoráveis. Veremos a seguir os que podem interferir em maior ou menor grau durante o processo de cicatrização, de acordo com o tipo.

Fatores relacionados às condições da ferida:

- a) Vascularização das bordas da ferida;
- b) Carga microbiana na ferida;
- c) Profundidade da ferida e/ou estruturas acometidas como fáscia, tendões, cartilagens, ossos, vísceras e órgãos;
- d) Tratamento propriamente dito.

Fatores gerais e sistêmicos:

- a) Infecção;
- b) Idade;
- c) Atividade/mobilidade;
- d) Oxigenação e perfusão de tecidos;
- e) Obesidade;
- f) Nutrição;
- g) Doenças;
- h) Medicamentos;
- i) Tabagismo;
- j) Estado imunológico;
- k) Psicológicos/espirituais.

7.4 LEITO DA FERIDA

A avaliação do leito da ferida inclui observar e registrar o tipo de tecido, os níveis de exsudato e a presença ou ausência de infecção local e/ou sistêmica da ferida.

7.4.1 Tipo de tecido

O leito demonstra o estágio que a ferida se encontra ou complicações que podem estar ocorrendo impedindo a cicatrização. É importante avaliar a viabilidade de recuperação dos tecidos.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Inserir nome do Departamento / Setor Inserir nome Coordenação / setor		 	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	PRT.ENFDAPS.002 – Total págs.: 41	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO COM FERIDAS	Emissão 13/03/2026	Próxima Revisão:
		Versão: 4	13/03/2026

Granulação - Granuloso, vermelho vivo, brilhante, vascularizado e sensível à dor. Pode ocorrer a hipergranulação, que é o tecido produzido em excesso, ultrapassando a altura da pele e impedindo acicatização

Epitelização - Tecido recém formado, recobrimento do tecido de granulação róseo e fino.

Esfacelo/ necrose úmida - É o tecido desvitalizado frouxamente aderido ao leito da ferida, de consistência delgada, mucóide, macia, de coloração amarela, marrom ou cinza, formado por bactérias, fibrina, elastina, colágeno, leucócitos, fragmentos celulares e ácido desoxirribonucléico.

Necrose Seca - Ocorre pela falta de suprimento sanguíneo.

Fibrina - É a proteína insolúvel formada a partir do fibrinogênio, aderida ao leito, de coloração amarela.

7.4.2 Exsudato

É o líquido que transpõe os vasos sanguíneos para organismo através da permeabilidade capilar, pressão hidrostática e osmótica dos capilares e auxiliados por mediadores químicos. É composto por água, eletrólitos, nutrientes, mediadores inflamatórios, glóbulos brancos, enzimas digestoras de proteína, fatores de crescimento e detritos. A quantidade de exsudato sofre influências decorrentes do tamanho da ferida, presença de infecção, profundidade, edema, doenças de base, pós desbridamento, obesidade, desnutrição e curativos.

Importante descrever **quantidade, aspecto e odor**.

O exsudato pode ser:

- Claro, também conhecido como transudato, que é o extravasamento de líquido durante o processo inflamatório de cor clara, constituído de água e pequenas partículas.
- Turvo, leitoso ou purulento, pode estar relacionado com processo infeccioso (presença de bactérias e glóbulos brancos), pode se diferenciar pela cor conforme o microrganismo envolvido no processo variando do amarelo, verde ao marrom.
- Rosado ou vermelho, caracteriza-se por ser sanguinolento, constituído de glóbulos vermelhos, indicando lesão vascular.
- Cinza ou azul - utilização de curativos com prata podem modificar a coloração inicial do exsudato pigmentando na cor acinzentada ou azul.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Inserir nome do Departamento / Setor Inserir nome Coordenação / setor		 	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	PRT.ENFDAPS.002 – Total págs.: 41	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO COM FERIDAS	Emissão 13/03/2026	Próxima Revisão:
		Versão: 4	13/03/2026

Avaliação da presença de infecção

Deve-se suspeitar de infecção na presença de exsudato purulento ou sinais de inflamação (rubor, dor, calor ou enduração/edema).

7.4.3 Odor

O odor está relacionado com a proliferação bacteriana, presença de tecido necrótico, fístula, detritos ou coberturas de longa permanência. Devem ser definidos após a limpeza rigorosa da ferida. Controle da infecção, trocas frequentes da cobertura secundária e desbridamento auxiliam no controle de odores fétidos.

- Forte: cheiro evidente que envolve todo o ambiente, mesmo com o curativo fechado.
- Moderado: o odor se dispersa no ambiente no momento que o curativo é removido.
- Discreto: o odor é sentido quando o cliente está em local fechado no momento da remoção do curativo.
- Sem odor: quando não há nenhum odor no ambiente, nem quando o curativo é removido.

7.5 BORDA/ MARGEM DA FERIDA

A avaliação da borda da ferida pode fornecer informações valiosas sobre a progressão da ferida. Pode estar aderida, perfundida, macerada, descolada, fibrótica, hiperqueratótica ou com outras características.

Irregular: Não há possibilidade de distinguir claramente o contorno da ferida.

Regular: Plana / nivelada com o leito da ferida, sem presença de paredes.

Contraída: Retração de volume por encurvamento ou aproximação.

Invertida: Enrolada para baixo, espessada/grossa, de macia para firme e flexível ao toque.

Hiperqueratose: Formação de tecido caloso ao redor da ferida e até as bordas.

Macerada: Hiper hidratada, aspecto esbranquiçado e friável; umidade excessiva nas superfícies epiteliais, conferindo ao tecido aspecto intumescido, levando a perda da adesão das bordas do epitélio.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Inserir nome do Departamento / Setor Inserir nome Coordenação / setor		 	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	PRT.ENFDAPS.002 – Total págs.: 41	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO COM FERIDAS	Emissão 13/03/2026	Próxima Revisão:
		Versão: 4	13/03/2026

7.6 PELE PERILESIONAL

É a estrutura primária, a qual fornecerá células epiteliais novas para a cicatrização da ferida. Quando há uma alteração desta estrutura é provável que ocorra um retardo na cicatrização. Importante descrever: edema, coloração, temperatura, endurecimento, flutuação, crepitação, descamação, outros.

As alterações que devem ser tratadas:

- **Maceração:** excesso de umidade, acarretando em intumescimento da pele;
Indicação: Utilizar cobertura para controle de umidade, com troca da cobertura secundária sempre que necessário.
- **Eczema:** inflamação levando a presença de vesículas, descamação, eritema e edema.
Indicação: hidratação, corticoide local e anti-histamínicos para alívio do prurido.
- **Ressecamento:** diminuição da hidratação podendo apresentar fissuras;
Indicação: hidratação
- **Hiperemiada:** a pele fica ruborizada indicando sinal de inflamação ou infecção;
Indicação: observação na evolução do quadro corrigindo o fator causal.
- **Hiper pigmentada:** dermatite ocre, por acúmulo de hemossiderina que pigmenta a pele por presença de ferro, comum nas úlceras venosas.
Indicação: não pode ser corrigido, pode melhorar com terapia compressiva.

7.7 AVALIAÇÃO E MANEJO DOS PÉS DAS PESSOAS COM DIABETES

O rastreamento do risco de ulceração dos pés deve ser realizado em todas as pessoas com diabetes no momento do diagnóstico ou da inscrição no programa. Toda equipe de saúde participa da avaliação dos pés, de acordo com sua categoria profissional, conforme o roteiro descrito na .

a) Limpeza da Ferida

A limpeza da ferida é a remoção de qualquer corpo estranho, agente tópico residual, fragmento de curativo anterior, exsudato da ferida, resíduo metabólico ou sujeira que

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Inserir nome do Departamento / Setor Inserir nome Coordenação / setor		 	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	PRT.ENFDAPS.002 – Total págs.: 41	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO COM FERIDAS	Emissão 13/03/2026	Próxima Revisão:
		Versão: 4	13/03/2026

possa interferir na evolução natural da reparação dos tecidos lesionados e na integridade das regiões circundantes. ⁽⁷⁾

A técnica de limpeza ideal para a ferida é aquela que respeita o tecido de granulação, preserva o potencial de recuperação, minimiza o risco de trauma e/ou infecção. A cada troca de curativo primário, deve ser realizada a limpeza criteriosa da ferida.

A solução preconizada para limpeza de feridas é a solução fisiológica a 0,9%, sendo que a irrigação pode ser realizada por meio da perfuração do frasco da solução fisiológica, após assepsia, com agulha de 25 x 8 ou 40 x 12. O frasco ou a seringa devem ser posicionados a 20 cm da ferida. ⁽⁷⁾

7.8 DESBRIDAMENTO

O tecido necrótico possui excessiva carga bacteriana e células mortas que inibem a cicatrização. A técnica de remoção dos tecidos inviáveis por meio de mecanismo auto lítico, enzimático, mecânico ou cirúrgico denomina-se desbridamento (ou desbridamento), realizado para manter o leito propício para a cicatrização.

Na presença de tecidos inviáveis é possível realizar a fricção (apenas nesses tecidos), desde que não haja contraindicação, como comprometimento arterial. A quantidade excessiva de desbridamento pode resultar em uma reinstalação de processo inflamatório, levando a complicações, sendo imprescindível decidir pelo método/ técnica adequado.

Cabe ao enfermeiro e/ou ao médico escolher o melhor método. O método mecânico é mais rápido, no entanto, a escolha deve depender do estado da ferida e da capacidade do profissional. O excessivo desbridamento pode resultar em uma reinstalação do processo inflamatório com uma consequente diminuição de citocinas inflamatórias, piora na ferida e complicações graves. ⁽⁷⁾

O enfermeiro possui competência legal para executar o desbridamento (pele e subcutâneo), de acordo com a Resolução do Cofen 0567/2018 que regulamenta a atuação da equipe de enfermagem no cuidado aos pacientes com feridas. Sendo um procedimento de maior complexidade técnica, exige conhecimento de base científica e técnica, bem como a capacidade de tomar decisões imediatas. O método cirúrgico é de exclusivo de competência do profissional médico.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Inserir nome do Departamento / Setor Inserir nome Coordenação / setor		 	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	PRT.ENFDAPS.002 – Total págs.: 41	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO COM FERIDAS	Emissão 13/03/2026	Próxima Revisão:
		Versão: 4	13/03/2026

8 DESCRIÇÃO DAS ETAPAS

8.1 CONSULTA DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE SAÚDE

A consulta de Enfermagem deve ser organizada, estruturada e registrada considerando todas as etapas do Processo de enfermagem dispostas na Resolução 736/2024.

O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: ⁽⁹⁾

1º Avaliação de Enfermagem - compreende a coleta de dados subjetivos (entrevista) e objetivos (exame físico) inicial e contínua pertinentes à saúde da pessoa, da família, coletividade e grupos especiais, realizada mediante auxílio de técnicas (laboratorial e de imagem, testes clínicos, escalas de avaliação validadas, protocolos institucionais e outros) para a obtenção de informações sobre as necessidades do cuidado de Enfermagem e saúde relevantes para a prática;

2º Diagnóstico de Enfermagem - compreende a identificação de problemas existentes, condições de vulnerabilidades ou disposições para melhorar comportamentos de saúde. Estes representam o julgamento clínico das informações obtidas sobre as necessidades do cuidado de Enfermagem e saúde da pessoa, família, coletividade ou grupos especiais;

3º Planejamento de Enfermagem – compreende o desenvolvimento de um plano assistencial direcionado para à pessoa, família, coletividade, grupos especiais, e compartilhado com os sujeitos do cuidado e equipe de Enfermagem e saúde. Deverá envolver:

I– Priorização de Diagnósticos de Enfermagem;

II– Determinação de resultados (quantitativos e/ou qualitativos) esperados e exequíveis de enfermagem e de saúde;

III– Tomada de decisão terapêutica, declarada pela prescrição de enfermagem das intervenções, ações/atividades e protocolos assistenciais.

4º Implementação de Enfermagem – compreende a realização das intervenções, ações e atividades previstas no planejamento assistencial, pela equipe de enfermagem,

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Inserir nome do Departamento / Setor Inserir nome Coordenação / setor		 	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	PRT.ENFDAPS.002 – Total págs.: 41	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO COM FERIDAS	Emissão 13/03/2026	Próxima Revisão:
		Versão: 4	13/03/2026

respeitando as resoluções/pareceres do Conselho Federal e Conselhos Regionais de Enfermagem quanto a competência técnica de cada profissional, por meio da colaboração e comunicação contínua, inclusive com a checagem quanto à execução da prescrição de enfermagem, e apoiados nos seguintes padrões:

I– Padrões de cuidados de Enfermagem: cuidados autônomos do Enfermeiro, ou seja, prescritos pelo enfermeiro de forma independente, e realizados pelo Enfermeiro, por Técnico de enfermagem ou por Auxiliar de Enfermagem, observadas as competências técnicas de cada profissional e os preceitos legais da profissão;

II– Padrões de cuidados Inter profissionais: cuidados colaborativos com as demais profissões de saúde;

III – Padrões de cuidados em Programas de Saúde: cuidados advindos de protocolos assistenciais, tais como prescrição de medicamentos padronizados nos programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição, bem como a solicitação de exames de rotina e complementares.

5º Evolução de Enfermagem – compreende a avaliação dos resultados alcançados de enfermagem e saúde da pessoa, família, coletividade e grupos especiais. Esta etapa permite a análise e a revisão de todo o Processo de Enfermagem.⁽⁹⁾

Consulta do Enfermeiro na UBS (Avaliação de usuário com feridas)

Avaliação de Enfermagem: anamnese e exame físico.

- Realizar anamnese;
- Registrar as informações relativas ao perfil sócio-econômico-cultural da pessoa, ao exame clínico, aos achados laboratoriais e àquelas relacionadas à doença de base e à ferida;
- Avaliar e registrar as características da ferida (leito, bordas, exsudato e pele adjacente);
- Prescrever cobertura curativo grau II conforme indicação clínica;
- Encaminhar para tele regulação, se dentro dos critérios;
- Realizar o curativo com cobertura simples;
- Determinar o período de troca do curativo;
- Orientar cuidados (dieta, higiene, vestuário, repouso, hidratação oral e tópica, troca de curativo, cuidado com a cobertura secundária);

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Inserir nome do Departamento / Setor Inserir nome Coordenação / setor		 	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	PRT.ENFDAPS.002 – Total págs.: 41	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO COM FERIDAS	Emissão 13/03/2026	Próxima Revisão:
		Versão: 4	13/03/2026

- Agendar retorno.
- Consultas do Enfermeiro na UBS (subsequentes)
- Avaliar aspecto do curativo anterior;
- Avaliar a ferida;
- Mensurar a ferida;
- Realizar o curativo;
- Registrar a evolução, cuidados realizados e orientados;
- Agendar retorno;
- Se necessário reavaliação/apoio do enfermeiro regulador, encaminhar via tele regulação.

a. Avaliação de Enfermagem

Compreende a *coleta de dados subjetivos (entrevista) e objetivos (exame físico)* realizada mediante auxílio de técnicas (laboratorial e de imagem, testes clínicos, escalas de avaliação validadas, protocolos institucionais e outros).

b. Avaliação da Ferida

A avaliação da ferida e da região perilesão inclui: localização, mensuração, grau de lesão tecidual, margem/bordas, exsudato, odor, dor, área perilesão e presença de infecção.

Alguns aspectos podem ser observados para uma avaliação adequada:

O **leito da ferida** é onde os profissionais de saúde procuram remover o tecido desvitalizado, controlar o exsudato, prevenir a infecção e reduzir a inflamação e promover a formação do tecido de granulação

Na **borda da ferida**, o objetivo é reduzir as barreiras para a cicatrização, eliminando o espaço morto, desbridando as bordas espessas da ferida e melhorando o controle do exsudato.

Para a **pele perilesão**, o objetivo é proteger a pele ao redor da ferida de maceração, escoriação, pele seca, hiperqueratose, calo e eczema. ⁽¹⁰⁾

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Inserir nome do Departamento / Setor Inserir nome Coordenação / setor		 	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	PRT.ENFDAPS.002 – Total págs.: 41	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO COM FERIDAS	Emissão 13/03/2026	Próxima Revisão:
		Versão: 4	13/03/2026

Localização anatômica

O local da ferida pode indicar o fator causal da ferida, sobre os riscos em potencial para complicações e colaborar para avaliação da terapia a ser adotada.

Tamanho

A mensuração da ferida é de grande importância para avaliação da evolução da mesma. Pode ser linear ou bidimensional. Descrever a área/diâmetro (cm)/profundidade (cm), observando se há exposição de estruturas profundas, como estruturas ósseas e tendões.

8.2 REGISTROS

Os registros feitos pela equipe de enfermagem são essenciais ao processo de cuidar, pois, como integrante do processo de enfermagem, além de documentar a assistência prestada e refletir a qualidade desta, configura-se como instrumento para ações de ensino, pesquisa, esclarecimento de processos éticos e judiciais.

Cabe reforçar que legalmente o prontuário é documento do paciente, portanto, destinado exclusivamente a registros relativos ao usuário e assistência a ele prestada.

No que tange aos cuidados à pacientes com feridas, algumas etapas estão compreendidas nos registros, afim de que seja documentada de forma legal e completa a assistência a que têm direito.

Nesse sentido, segue passo a passo dos registros a serem feitos pelos enfermeiros:

Na consulta de enfermagem: Avaliar o quadro clínico geral, comorbidades, estado nutricional, cuidado pessoal, grau de dependência, dentre outros que julgar relevantes. Registrar de forma clara, precisa e completa o tipo, a localização, o tamanho da ferida, características do leito, da margem, do exsudato, odor, e da pele adjacente. Assim como os cuidados prestados e orientados.

Prescrição da Cobertura para curativo grau II e demais materiais utilizados: Realizada para possibilitar a dispensação do insumo no prontuário eletrônico.

Dispensação: Deve ser realizada pela equipe de enfermagem. Registro do Técnico em Enfermagem: Cabe ao técnico a realização do procedimento de curativo nas feridas sob prescrição e supervisão do Enfermeiro. O profissional deve registrar em prontuário as

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Inserir nome do Departamento / Setor Inserir nome Coordenação / setor		 	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	PRT.ENFDAPS.002 – Total págs.: 41	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO COM FERIDAS	Emissão 13/03/2026	Próxima Revisão:
		Versão: 4	13/03/2026

características da ferida, bem como as queixas apresentadas e/ou qualquer anormalidade, comunicando ao Enfermeiro as intercorrências.

Sugestão de Registro para avaliação de Feridas

- * Anamnese, Histórico clínico, comorbidades, grau de dependência, queixas.
- * Tipo da ferida:
Aguda, crônica, lesão neuropática, úlcera em membro inferior não classificada, úlcera venosa, úlcera arterial, lesão por pressão, outra....
- * Localização: ...
- * Leito da ferida:
 - Tamanho da ferida: comprimento cm, largura cm, profundidade cm
 - Tipo de tecido: necrótico, esfacelo, granulação, epitelização
 - Exsudato: em pouca quantidade, média ou alta quantidade; fino/aquoso, espesso, turvo, purulento (amarelo/marrom/verde); rosa/vermelho.
 - Sinais de infecção: dor, eritema, edema, calor local, exsudato em grande quantidade, cicatrização demorada, sangramento/tecido de granulação friável, mau cheiro, tecido de granulação irregular, celulite, mal-estar geral
- * Borda da ferida: Maceração, desidratação, descolamento, enrolada
- * Pele perilesão: Maceração, escoriação, ressecamento, hiperqueratose, calos, eczema
- * Conduta realizada, indicações e orientações.

8.2.1 Legalidade

A assistência de enfermagem prestada ao usuário com feridas, é respaldada pela Resolução do Cofen 787/2025.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Inserir nome do Departamento / Setor Inserir nome Coordenação / setor		 	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	PRT.ENFDAPS.002 – Total págs.: 41	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO COM FERIDAS	Emissão 13/03/2026	Próxima Revisão:
		Versão: 4	13/03/2026

Esse mesmo documento elenca as atribuições e atividades do enfermeiro na assistência à pessoa com feridas, as quais destacam-se:

- Realizar a Consulta de Enfermagem fundamentada pelas etapas do Processo de Enfermagem, como base para elaboração do plano de cuidados para promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de pessoas com lesões cutâneas;
- Realizar a anamnese, exame físico e quando necessário, solicitar exames laboratoriais e/ou complementares, utilizar escalas de avaliação validadas e protocolos institucionais, para complementar a avaliação de Enfermagem da pessoa com lesão cutânea ou risco de desenvolvê-la;
- Assegurar à pessoa/família o acesso às informações, e quando necessário, utilizar termos de compromisso, assentimento ou consentimento e autorização para o uso de imagem, bem como garantir o armazenamento seguro das informações;
- Executar a limpeza da pele e lesão, visando a remoção ativa de contaminantes da superfície, corpos estranhos soltos, esfacelo, necrose, microrganismos e resíduos de produtos e coberturas anteriores, seguindo as recomendações mais atualizadas;
- Realizar o desbridamento da lesão, sempre que necessário, para a remoção física de biofilme, tecido desvitalizado, detritos e matérias orgânicas, utilizando métodos como: autolítico, instrumental conservador, mecânico, enzimático ou biológico, desde que o profissional esteja capacitado;
- Coletar material para cultura, em lesões com sinais clínicos de infecção, realizando os devidos encaminhamentos à equipe multiprofissional quando necessário;
- Indicar e prescrever medicamentos, formulações, coberturas e terapias adjuvantes;
- Indicar, prescrever e desenvolver órteses, próteses e materiais especiais para reabilitação de pacientes com histórico de lesões cutâneas ou risco potencial de desenvolvê-las;
- Prescrever os cuidados de enfermagem para a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação das pessoas com lesões cutâneas, a serem executados pelos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, observadas as disposições legais da profissão;
- Instituir e monitorar o uso de indicadores de qualidade para acompanhar a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação das pessoas com lesões cutâneas, visando a gestão da qualidade e segurança do paciente;

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Inserir nome do Departamento / Setor Inserir nome Coordenação / setor		 	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	PRT.ENFDAPS.002 – Total págs.: 41	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO COM FERIDAS	Emissão 13/03/2026	Próxima Revisão:
		Versão: 4	13/03/2026

- Realizar o registro completo da assistência de enfermagem em prontuário, contemplando os procedimentos e os materiais utilizados, visando garantir as informações para a avaliação de qualidade, segurança e custos;
- Promover e participar de Programas de Educação Permanente voltados para a promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de pessoas com lesões cutâneas;
- Aprimorar e manter atualizado os conhecimentos éticos, técnicos, científicos e legais que dão sustentação à prática profissional e em benefício da pessoa, família e coletividade;
- Estimular e apoiar a qualificação e o aperfeiçoamento ético, técnico, científico e legal dos profissionais de Enfermagem sob sua supervisão e coordenação;
- Estimular o desenvolvimento de práticas sustentáveis e cooperar com a gestão e o descarte responsável de resíduos gerados a partir do cuidado às pessoas com lesões cutâneas;
- Utilizar a Telenfermagem, mediadas por Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC), quando necessário, para complementar a avaliação e monitoramento do cuidado à integridade da pele e de lesões cutâneas, registrando de forma que garanta o armazenamento, guarda e segurança dos dados pessoais sensíveis, observando a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) vigente;
- Estimular a pesquisa científica e a publicação de dados, de acordo com as normas institucionais e do Comitê de Ética em Pesquisa;
- Discutir e encaminhar para a equipe multiprofissional, bem como referenciar para Centros especializados ou especialistas, quando necessário, visando uma abordagem integrada, holística e resolutive.
- Delegar ao técnico de enfermagem os curativos de feridas, respeitadas suas competências técnicas e legais, considerando risco e complexidade.

Entre as atribuições do técnico em enfermagem, destacam-se:

- Realizar os cuidados de enfermagem para a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação das pessoas com lesões cutâneas, conforme prescrição e supervisão do enfermeiro, respeitando as suas competências técnicas e legais para atuação;

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Inserir nome do Departamento / Setor Inserir nome Coordenação / setor		 	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	PRT.ENFDAPS.002 – Total págs.: 41	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO COM FERIDAS	Emissão 13/03/2026	Próxima Revisão:
		Versão: 4	13/03/2026

- Auxiliar o enfermeiro nas ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação das pessoas com lesões cutâneas;
- Registrar no prontuário do paciente as características da pele e da lesão cutânea, os procedimentos executados, bem como as queixas apresentadas e/ou qualquer alteração;
- Registrar de forma adequada os procedimentos e os materiais utilizados, visando garantir as informações para a avaliação de qualidade, segurança e custos;
- Orientar a pessoa/família acerca dos procedimentos que serão realizados;
- Comunicar ao Enfermeiro de forma imediata as alterações e/ou intercorrências, relacionadas ao cuidado das pessoas com lesões cutâneas;
- Participar das ações do Programa de Educação Permanente voltados para a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de pessoas com lesões cutâneas;
- Aprimorar e manter atualizado os conhecimentos éticos, técnicos, científicos e legais que dão sustentação à prática profissional e em benefício da pessoa, família e coletividade;
- Contribuir com práticas sustentáveis e cooperar com a gestão e o descarte responsável de resíduos gerados a partir do cuidado às pessoas com lesões cutâneas. Vale ressaltar que a **ação do Enfermeiro de supervisão precisa ser documentada.**

9 INSUMOS PADRONIZADOS

Quadro 04: Insumo padronizado Acido Graxos Essenciais.

ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS	
Apresentação	Frascos de 100 ml de solução oleosa.
Código	65.01.05.01083-5
Composição	É um produto rico em Ácidos Graxos Essenciais, contem óleo vegetal composto por ácido linoleico, ácido caprílico, ácido cáprico, vitamina A, E e lecitina de soja.
Mecanismo de Ação	Promove a quimiotaxia (processo de locomoção de células em direção a um gradiente químico) e a

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Inserir nome do Departamento / Setor Inserir nome Coordenação / setor		 	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	PRT.ENFDAPS.002 – Total págs.: 41	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO COM FERIDAS	Emissão 13/03/2026	Próxima Revisão:
		Versão: 4	13/03/2026

	angiogênese (a criação de novos vasos sanguíneos), mantém o meio úmido e acelera o processo de granulação tecidual. Aumentam a tonicidade cutânea e melhoram a micro circulação e evitam a desidratação da pele.
Indicação	Manutenção do meio úmido
Modo de Usar / Cuidados	Irrigar a ferida com SF 0,9%, secar a pele adjacente, espalhar o AGE no leito da ferida ou embeber em gaze estéril posicionando-a sobre a ferida para manter o leito úmido até a próxima troca. Ocluir com cobertura secundária estéril (gaze e atadura).
Serviço	Unidade de Saúde, ambulatório

Referência: Os Autores, 2025.

Quadro 05: Insumo padronizado fita de alginato de cálcio e sódio.

ALGINATO DE CÁLCIO E SÓDIO - fita	
Apresentação	Em fita
Código	65.01.05.01129-1
Composição	Composto por um polímero natural de ácido algínico, extraído de algas marinhas marrons da espécie laminaria, e impregnados de alginato de cálcio e sódio. Possui 80% de alginato de cálcio e 20% de alginato de sódio.
Mecanismo de Ação	Troca iônica referente ao sódio presente no exsudato e no sangue, interagindo com o cálcio presente no produto. Boa capacidade de absorção, se modela às margens da ferida, evita a maceração das margens, hidrata-se trocando íons de cálcio por sódio criando um meio úmido que favorece a cicatrização, precisa do exsudato para atuar, estimula o desbridamento autolítico e tem propriedade de hemostasia. Necessita de curativo secundário para sua fixação.
Indicação	Feridas abertas crônicas, sangrantes, exsudativas com ou sem infecção, assim como úlceras infectadas ou não, cavitárias com ou sem necrose úmida.
Modo de Usar/ Cuidados	Lavar a ferida com SF 0,9% secar a pele ao redor, modelar a fita, introduzir na cavidade ou cobrir o leito deixando dois centímetros a mais nas margens. Ocluir com cobertura secundária estéril.
Serviço	Unidade de Saúde, ambulatório

Referência: Os Autores, 2025.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Inserir nome do Departamento / Setor Inserir nome Coordenação / setor		 	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	PRT.ENFDAPS.002 – Total págs.: 41	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO COM FERIDAS	Emissão 13/03/2026	Próxima Revisão:
		Versão: 4	13/03/2026

Quadro 06: Insumo padronizado Bota de Unna.

BOTA DE UNNA	
Apresentação	Unidade com as medidas mínimas de 10cm x 9m
Código	65.01.05.24429-0
Composição	Bandagem flexível impregnada com uma pasta de óxido de zinco, acácia, glicerina, óleo de rícino (ou óleo de castor) e petrolato branco.
Mecanismo de Ação	Age evitando o inchaço e auxiliando o retorno venoso, ou seja, auxilia as válvulas no retorno venoso.
Indicação	Úlceras venosas de perna, redução de edema linfático, eczema da parte inferior da perna, tromboflebites.
Modo de Usar/ Cuidados	Irrigar com SF 0,9% realizando a limpeza da ferida, limpar a pele adjacente retirando resíduos e sujidades, secar a pele adjacente deixando o leito da ferida úmido, aplicar a bandagem. *Pode ser associada à outras coberturas especiais. * Posicione o paciente de forma confortável e mantenha o pé em ângulo de 90 graus em relação à perna; * Inicie a aplicação da bota logo acima dos dedos do pé na região metatársica, continuando até ao nível inferior do joelho abaixo do tubérculo tibial. Deve-se efetuar as voltas com 50-75% de sobreposição em largura em cada círculo (o enfaixamento pode ser em técnica circular ou em 8). Evitar dobras ou rugas. As sobras podem ser recortadas. *Realizar enfaixamento com atadura da mesma forma que foi realizado com a bota de unna. * Nunca retornar o enfaixamento. *Realizar a troca do secundário sempre que extravasar/umedecer.
Serviço	Unidade de Saúde, ambulatório

Referência: Os Autores, 2025.

Quadro 07: Insumo padronizado Placa de carvão ativado com prata.

CARVÃO ATIVADO COM PRATA	
Apresentação	Placas de 10x10 cm.
Código	65.01.05.02111-6
Composição	Cobertura de contato de baixa aderência composto por um envoltório de não tecido e um tecido de carvão ativado impregnado de 15- 25µg/cm ² de prata, o carvão ativado absorve o exsudato e filtra o odor.
Mecanismo de Ação	Controla o odor e remove excesso de exsudato da ferida. A camada de carvão ativado adsorve as

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Inserir nome do Departamento / Setor Inserir nome Coordenação / setor		 	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	PRT.ENFDAPS.002 – Total págs.: 41	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO COM FERIDAS	Emissão 13/03/2026	Próxima Revisão:
		Versão: 4	13/03/2026

	bactérias, removendo-as eficazmente do leito da ferida, resultando em um efetivo controle do odor. A prata impregnada no tecido de carvão exerce efeito bactericida sobre os microrganismos, auxiliando no controle de infecção.
Indicação	Feridas infectadas, exsudativas e neoplásicas, superficiais ou profundas, e que apresentam odor.
Modo de Usar/ Cuidados	Irrigar a ferida com SF 0,9% secar a pele adjacente, posicionar a cobertura sobre a ferida cobrindo todo o leito, excedendo-o em aproximadamente 1cm. Aplicar um curativo secundário: gaze e/ou atadura.
Serviço	Unidade de Saúde, ambulatório

Referência: Os Autores, 2025.

Quadro 08: Insumo padronizado Espuma de Poliuretano com prata.

ESPUMA POLIURETANO COM PRATA	
Apresentação	Em placas embaladas individualmente, não-adesivas, tamanho 10x10cm.
Código	65.01.05.02119-5
Composição	Coberturas derivadas do poliuretano associada a estrutura hidrofílica, contendo íons de prata.
Mecanismo de Ação	Faz a absorção e controla a infecção das feridas com grande quantidade de exsudato, liberando gradativamente os íons de prata para controlar a infecção. A prata bloqueia o sistema de obtenção de energia das bactérias sem causar danos às células humanas. Existem evidências científicas de que a prata é efetiva em um amplo espectro de germes, incluindo os multirresistentes. Efeito antimicrobiano ou bactericida. Apresenta uma alta capacidade de absorção do exsudato e não se decompõem em sua presença, mantendo a pele perilesional intacta. Tem capacidade auto lítica para eliminação de necrose. Não deixam resíduos, porque não forma gel.
Indicação	Feridas altamente exsudativas, com ou sem infecção.
Modo de Usar/ Cuidados	Irrigar a ferida com SF 0,9% retirando os tecidos mortos e soltos. Aplicar a cobertura com o lado da espuma (não impresso) sobre a ferida com dois centímetros maior que a margem. Ocluir com curativo secundário. Realizar a troca do secundário sempre que extravasar / umedecer.
Serviço	Unidade de Saúde, ambulatório

Referência: Os Autores, 2025.

Quadro 09: Insumo padronizado Cobertura não aderente.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Inserir nome do Departamento / Setor Inserir nome Coordenação / setor		 	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	PRT.ENFDAPS.002 – Total págs.: 41	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO COM FERIDAS	Emissão 13/03/2026	Próxima Revisão:
		Versão: 4	13/03/2026

COBERTURA NÃO ADERENTE	
Apresentação	Gaze de 7,6 cm x 20,3 cm
Código	65.01.05.02115-0
Composição	Cobertura estéril, não aderente, desenvolvida a partir de uma tela de acetato de celulose, impregnada com emulsão de petrolatum, solúvel em água, não aderente e transparente.
Mecanismo de Ação	Protege a ferida e evita aderência e mantém úmida;
Indicação	Feridas superficiais limpas, queimaduras superficiais de segundo grau, abrasões, lacerações, incisões cirúrgicas, áreas doadoras e receptoras de enxertos.
Modo de Usar/ Cuidados	Irigar a ferida com SF 0,9% retirando os tecidos mortos e soltos, secar a pele adjacente e posicioná-la sobre a ferida de modo a cobrir todo o leito, excedendo o mesmo em aproximadamente 1cm. Aplicar um curativo secundário: gaze e atadura.
Serviço	Unidade de Saúde, ambulatório

Referência: Os Autores, 2025.

Quadro 10: Insumo padronizado placa de hidrofibra com prata.

HIDROFIBRA COM PRATA	
Apresentação	Placas de 10x10cm
Código	65.01.05.24427-5
Composição	São compostos de Carboximetil celulose sódica (CMC) em forma de fibra, com prata.
Mecanismo de Ação	Em contato com o exsudato forma um gel macio que interage com o exsudato da ferida, mantendo o meio úmido, favorecendo a cicatrização. Ajuda a controlar pequenas hemorragias. Apresenta grande capacidade absorvente, mantendo o exsudato dentro da sua estrutura. A prata bloqueia o sistema de obtenção de energia das bactérias sem causar danos às células humanas.
Indicação	Feridas altamente exsudativas com ou sem infecção. É indicado também para tratamento de queimaduras de II grau.
Modo de Usar/ Cuidados	Irigar a ferida com SF 0,9%. Aplicar o curativo sobre o leito mantendo 2cm além da margem. Nas feridas cavitárias, aplicar mantendo 2,5cm para fora da cavidade, a fim de facilitar a remoção. Em caso de feridas cavitárias profundas, preencher até 80% do volume, uma vez que a Hidrofibra sofrerá expansão preenchendo os espaços da cavidade quando entrar em contato com o exsudato. Cobrir com um curativo

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Inserir nome do Departamento / Setor Inserir nome Coordenação / setor		 	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	PRT.ENFDAPS.002 – Total págs.: 41	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO COM FERIDAS	Emissão 13/03/2026	Próxima Revisão:
		Versão: 4	13/03/2026

	secundário. Realizar a troca da cobertura secundária sempre que extravasar/umedecer. Não produz efeitos secundários, nem interfere em antibióticos sistêmicos.
Serviço	Unidade de Saúde, ambulatório

Referência: Os Autores, 2025.

Quadro 11: Insumo padronizado Hidrogel.

HIDROGEL COM ALGINATO	
Apresentação	Gel em tubo
Código	65.01.05.01271-7
Composição	Gel transparente de polímero de água 90% Carboximetilcelulose e Alginato de Cálcio.
Mecanismo de Ação	Amolece e remove o tecido desvitalizado através de desbridamento auto lítico. Consegue manter a ferida úmida por mais tempo.
Indicação	feridas secas ou pouco exsudativa, com crostas, tecidos desvitalizados; feridas cavitárias com exposição de estrutura ósseas ou tendões.
Modo de Usar/ Cuidados	Irrigar a ferida com SF 0,9% retirando os tecidos mortos e soltos, secar a pele adjacente. Aplicar o gel de forma asséptica sobre a ferida; ocluir com cobertura secundária. Realizar a troca da cobertura secundária sempre que extravasar/umedecer. Pode ser aplicado sobre uma gaze estéril umedecida com solução fisiológica 0,9%.
Serviço	Unidade de Saúde, ambulatório

Quadro 12: Insumo padronizado PHMB.

SOLUÇÃO PARA LIMPEZA DE LESÕES - PHMB	
Apresentação	Solução aquosa pronta para uso
Código	65.01.05.53226-0
Composição	Solução 0,1% Polihexamida (PHMB), 0,1% de EDTA dissódico, Glicerina e água.
Mecanismo de Ação	Atua favorecendo a limpeza tecidual, age na descontaminação dos diferentes microrganismos, (bactérias Gram positivas, Gram negativas, leveduras e fungos) ajudando no controle de odores, carga microbiana e biofilme
Indicação	Lesão e perilesão de lesões agudas superficiais incluindo queimaduras, crônicas superficiais e cavitárias.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Inserir nome do Departamento / Setor Inserir nome Coordenação / setor		 	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	PRT.ENFDAPS.002 – Total págs.: 41	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO COM FERIDAS	Emissão 13/03/2026	Próxima Revisão:
		Versão: 4	13/03/2026

Modo de Usar/ Cuidados	Irrigar a ferida com SF 0,9% retirando os tecidos mortos e soltos, secar a pele adjacente. Aplicar a solução de PHMB de forma asséptica sobre uma gaze ou diretamente sobre a lesão; ocluir com gaze embebida sobre a lesão deixando agir por 15 minutos. Não é necessário realizar nova limpeza com SF 0,9% após a aplicação do PHMB, Realizar a oclusão com cobertura secundária.
Serviço	Unidade de Saúde, ambulatório

Referência: Os Autores, 2025.

Considerações:

Recomendações para o controle dos insumos: No momento da realização do curativo, a UBS deverá dispensar nominalmente esse material no sistema e-saúde.

10 ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

A assistência às pessoas com feridas (agudas e crônicas) busca garantir a integralidade, universalidade do atendimento e ampliação do acesso em tempo oportuno.

A APS, é responsável pelos aspectos de prevenção, promoção e assistência integral ao usuário. A tele regulação e o Ambulatório de Feridas serão a referência técnica especializada para casos específicos que se enquadrem nos critérios definidos para uso de coberturas especiais.

As ações do enfermeiro, tanto na tele regulação quanto no Ambulatório, serão voltadas para apoio à assistência ao usuário com feridas com foco nos aspectos terapêuticos e de reabilitação, objetivando melhor qualidade de vida do usuário e apoio à assistência, a fim de proporcionar as melhores alternativas de tratamento individual. Entre suas funções, estão: atuar na atenção especializada por meio da sistematização da assistência de enfermagem com a consulta de enfermagem, realização de procedimentos complexos, referência e contra referência para a APS, matriciamento das UBS, apoio à equipe da Urgência e Emergência e a realização de tele regulação, tele consulta e interconsulta.

O usuário com feridas deverá pertencer e fazer o acompanhamento na Unidade Básica de Saúde de referência. Ao enfermeiro da UBS, cabe a avaliação inicial, prescrição

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Inserir nome do Departamento / Setor Inserir nome Coordenação / setor		 	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	PRT.ENFDAPS.002 – Total págs.: 41	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO COM FERIDAS	Emissão 13/03/2026	Próxima Revisão:
		Versão: 4	13/03/2026

de cobertura especial e encaminhamento para tele regulação conforme fluxo. O enfermeiro tele regulador da SMS em sua regulação, a partir dos dados da evolução e imagens das feridas enviadas pelo prontuário eletrônico pelo enfermeiro da APS, irá regular os insumos e apoiar/complementar as orientações, se necessário. Em casos complexos, o enfermeiro da tele regulação poderá encaminhar para atendimento presencial no Ambulatório.

A equipe do Ambulatório de Feridas é composta por Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e médicos. Os especialistas e os demais serviços da rede integrantes são imprescindíveis para compor a linha de cuidado. Na primeira consulta de enfermagem no Ambulatório e nos retornos, o Enfermeiro deve realizar a consulta de enfermagem com avaliação clínica de forma ampliada e proceder o encaminhamento de sua conduta via prontuário eletrônico. O Técnico de Enfermagem irá atuar diretamente na realização dos procedimentos prescritos pelo enfermeiro, respeitando os aspectos ético-legais da profissão, além de atuar nas ações de educação em saúde, sob supervisão do enfermeiro.

Competências de cada equipamento

Cabe ao Enfermeiro na UNIDADE DE SAÚDE:

- Realizar a avaliação da lesão/ferida.
- Se constatar lesão aguda ou crônica sem complexidade, iniciar a assistência, realizar curativo grau I e estabelecer plano terapêutico adequado ao quadro clínico.
- Realizar consulta de enfermagem considerando os critérios para indicação de cobertura especial, com registros em prontuário conforme Avaliação de Feridas, com diagnóstico CIAP 1 – S19 – OUTRA LESÃO CUTÂNEA, e como “Curativo Grau II” na opção “Outros SADT”.
- Se ferida dentro dos critérios para uso de cobertura especial* (encaminhamento tele regulação):
 - Informar no prontuário e no encaminhamento terapêutica previamente utilizada e resultados obtidos;
 - Realizar prescrição da cobertura indicada;
 - Realizar captura de imagem da ferida utilizando equipamento institucional, após o consentimento do usuário e registro deste em prontuário;

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Inserir nome do Departamento / Setor Inserir nome Coordenação / setor		  Prefeitura de CURITIBA	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	PRT.ENFDAPS.002 – Total págs.: 41	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO COM FERIDAS	Emissão 13/03/2026	Próxima Revisão:
		Versão: 4	13/03/2026

- Inserir as imagens no prontuário;
- Inserir o paciente na fila de tele regulação “**AVALIAÇÃO PARA CURATIVO GRAU II**”.
- Realizar a assistência em feridas complexas, avaliando e registrando os procedimentos realizados.
- Orientar o usuário que o Curativo Grau II é realizado exclusivamente nas dependências da unidade de saúde, pelo enfermeiro da US.
- Orientar os cuidados para realização de troca da cobertura secundária em domicílio, quando necessário e se indicado;
- Orientar sobre a importância da adesão ao tratamento tópico e sistêmico como interferentes diretos no processo cicatricial e outros fatores excludentes do tratamento.
- Agendar acompanhamento da evolução da ferida e troca da cobertura primária.
- Acompanhar a resposta da tele regulação e/ou avaliação realizada no Ambulatório de Feridas;
- Monitorar os usuários com retorno da UPA, que apresentem feridas para acompanhamento na UBS.
- Se identificada necessidade de alteração de conduta, reenviar para tele regulação avaliar a conduta proposta ou encaminhar para outros pontos da rede de atenção.
- Solicitar apoio da equipe multiprofissional da APS, se necessário;
- Proceder a alta do acompanhamento: cicatrização da ferida ou comprovada falência do tratamento com cobertura especial após 180 dias; abandono do tratamento (4 faltas consecutivas e/ou injustificadas); não adesão ao tratamento (quando usuário e/ou cuidador não realizar o acompanhamento e cuidados orientados); óbito.
- Prescrever o tratamento (cobertura e cuidados) conforme Protocolo de assistência ao usuário com Feridas.

Cabe à tele regulação

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Inserir nome do Departamento / Setor Inserir nome Coordenação / setor		 	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	PRT.ENFDAPS.002 – Total págs.: 41	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO COM FERIDAS	Emissão 13/03/2026	Próxima Revisão:
		Versão: 4	13/03/2026

- Realizar a tele regulação dos pacientes inseridos na fila da “**AVALIAÇÃO PARA CURATIVO GRAU II**”.
- Realizar a avaliação da ferida por meio dos registros em prontuário e por análise de imagens recebidas via prontuário.
- Regular os insumos prescritos pelo enfermeiro da APS.
- Apoiar e orientar necessidades de adequação à conduta do enfermeiro no plano de tratamento com uso de cobertura grau II.
- Encaminhar/agendar avaliação presencial no Ambulatório de Feridas dos casos de feridas complexas que necessitem avaliação presencial e que atendam aos critérios.
- Inserir usuário da fila do ambulatório por meio do prontuário eletrônico – **AVALIAÇÃO AMBULATÓRIO DE FERIDAS**.
- Enviar retorno para UBS via tele regulação.

Cabe ao AMBULATÓRIO DE FERIDAS

- Realizar atendimento e avaliação presencial pelo Enfermeiro Estomaterapeuta e pelas especialidades médicas e equipe Multiprofissional do Ambulatório, quando referenciado;
- Realizar atendimento e avaliação presencial do usuário com feridas agendado conforme Protocolo de assistência ao usuário com Feridas.
- Realizar a consulta, realizar registros e a prescrição de enfermagem; orientar seguimento do tratamento na UBS.
- Referenciar para a APS a necessidade de acompanhamento com a equipe Multiprofissional.
- Agendar o retorno do usuário no Ambulatório para acompanhamento, se necessário.
- Manter o acompanhamento do usuário por um período de até 6 meses, após esse período orientar o seguimento na UBS;
- Ser suporte clínico da Assistência a fim de evitar a fragmentação do cuidado.

Obs.: Considerar abandono do tratamento se 4 faltas consecutivas e/ou injustificadas, não adesão ao tratamento (quando usuário e/ou cuidador não realizam o acompanhamento e cuidados orientados);

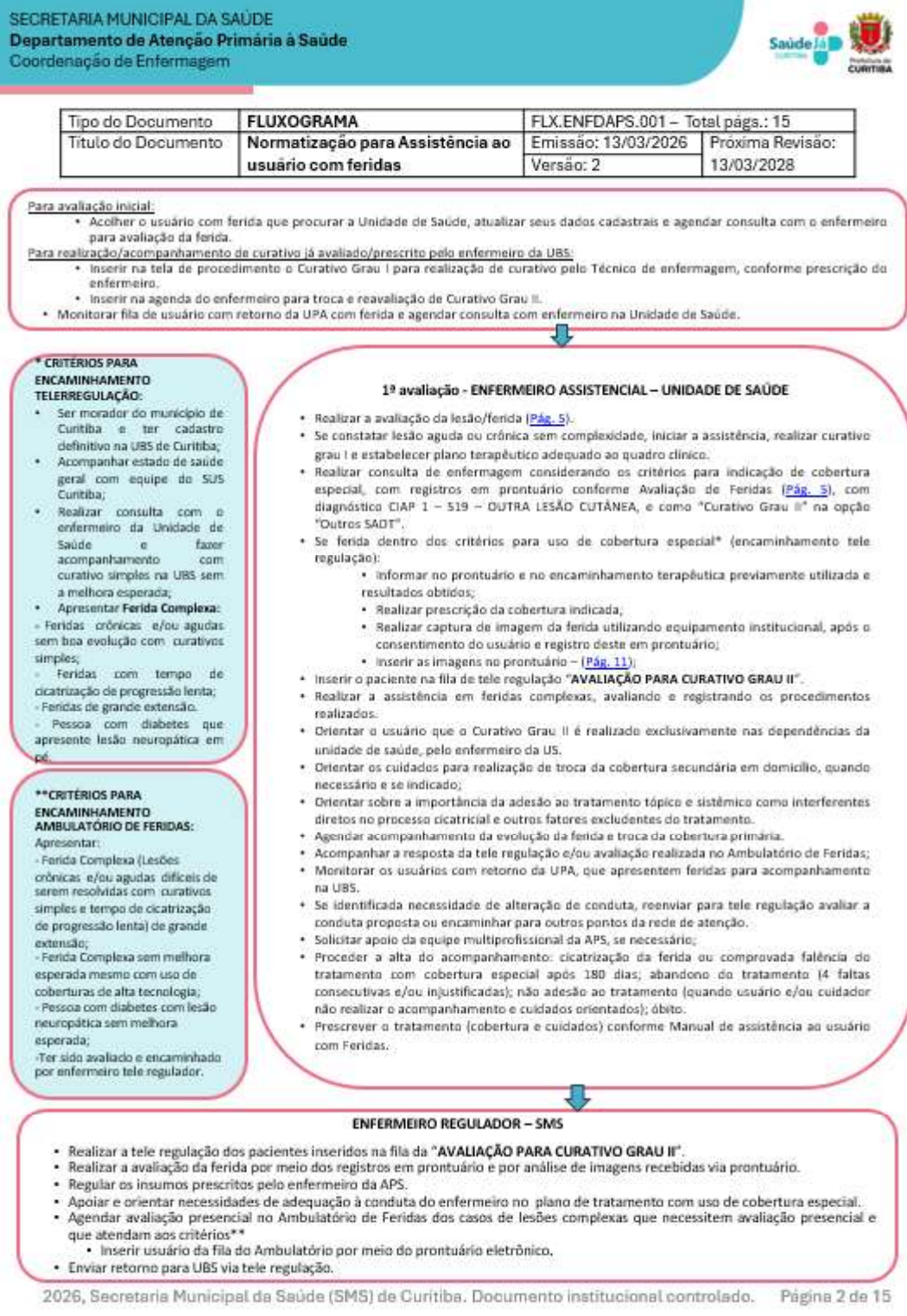
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Inserir nome do Departamento / Setor Inserir nome Coordenação / setor		 	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	PRT.ENFDAPS.002 – Total págs.: 41	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO COM FERIDAS	Emissão 13/03/2026	Próxima Revisão:
		Versão: 4	13/03/2026

Cabe à URGÊNCIA E EMERGÊNCIA /UPA

- Ao realizar a assistência ao usuário com feridas, se constatar estabilidade clínica e possibilidade de seguimento pela Atenção Primária à Saúde, encaminhar para a UBS de referência para seguimento e acompanhamento, por meio do prontuário eletrônico: retorno UBS.
- Em caso de usuários que não necessitem de encaminhamento para internamento hospitalar, mas necessitem de acompanhamento ambulatorial, referenciar para APS com indicação para inserir usuário para tele regulação;
- Para suporte/orientação, entrar em contato telefônico com tele regulador de Avaliação de Curativos Grau II, telefone 3350.9507.
- Registrar no prontuário “Retorno” para Unidade de Saúde acompanhar.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Inserir nome do Departamento / Setor Inserir nome Coordenação / setor		 	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	PRT.ENFDAPS.002 – Total págs.: 41	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO COM FERIDAS	Emissão 13/03/2026	Próxima Revisão: 13/03/2026
		Versão: 4	

11 FLUXO DE ATENDIMENTO



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Inserir nome do Departamento / Setor Inserir nome Coordenação / setor		 	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	PRT.ENFDAPS.002 – Total págs.: 41	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO COM FERIDAS	Emissão 13/03/2026	Próxima Revisão:
		Versão: 4	13/03/2026

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Departamento de Atenção Primária à Saúde
Coordenação de Enfermagem



Tipo do Documento	FLUXOGRAMA	FLX.ENFDAPS.001 – Total págs.: 15	
Título do Documento	Normatização para Assistência ao usuário com feridas	Emissão: 13/03/2026	Próxima Revisão:
		Versão: 2	13/03/2028

AMBULATÓRIO

- Realizar atendimento e avaliação presencial do usuário com feridas agendado conforme [Protocolo de Enfermagem – Assistência a pessoa com Feridas](#).
- Realizar a consulta, registros e a prescrição de enfermagem; Orientar seguimento do tratamento na UBS.
- Referenciar para a APS a necessidade de acompanhamento com a equipe Multiprofissional.
- Agendar o retorno do usuário no Ambulatório para acompanhamento, se necessário.
- Manter o acompanhamento do usuário por um período de até 6 meses, após esse período orientar o seguimento na UBS;
- Ser suporte clínico da Assistência a fim de evitar a fragmentação do cuidado.

Obs.: Considerar abandono do tratamento se 4 faltas consecutivas e/ou injustificadas/mês, não adesão ao tratamento (quando usuário e/ou cuidador não realizar o acompanhamento e cuidados orientados).

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA /UPA

- Ao realizar a assistência ao usuário com feridas, se constatar estabilidade clínica e possibilidade de seguimento pela Atenção Primária, encaminhar para a UBS de referência para seguimento e acompanhamento, por meio do prontuário eletrônico: retorno UBS.
- Em caso de usuários que não necessitem de encaminhamento para internamento hospitalar, mas necessitem de acompanhamento ambulatorial, referenciar para APS com indicação para inserir usuário para tele regulação;
- Para suporte/orientação, entrar em contato telefônico com tele regulador de Avaliação de Curativos Grau II, telefone 3350.9507.
- Registrar no prontuário "Retorno" para Unidade de Saúde acompanhar o caso.

12. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento e avaliação da implementação deste protocolo deverão ocorrer de forma sistemática, por meio da análise de indicadores assistenciais (número de pacientes encaminhados para Ambulatório), registros em prontuário eletrônico e supervisão técnica do enfermeiro responsável.

13. RESULTADOS ESPERADOS

Progressão e boa evolução do processo de cicatrização das lesões apresentadas pelos usuários.

14. PONTOS CRÍTICOS E OU RISCOS

- Risco de aplicação incorreta do insumo.
- Risco de infecção.
- Risco de contaminação.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Inserir nome do Departamento / Setor Inserir nome Coordenação / setor		 	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	PRT.ENFDAPS.002 – Total págs.: 41	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO COM FERIDAS	Emissão 13/03/2026	Próxima Revisão:
		Versão: 4	13/03/2026

- Risco de erro de registro.

15. RECOMENDAÇÕES DE SEGURANÇA

- A) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme [POP.ENFDAPS.001 - PRECAUÇÃO](#).
- B) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

16. REFERÊNCIAS

1. **Junqueira LC, Carneiro J.** *Histologia Básica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2023.
2. **MANEGHIN, P e VATTIMO, MFF.** Fisiopatologia do processo cicatricial. In: [A. do livro] SA JORGE e SRPE. DANTAS. *Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas*. São Paulo: Atheneu, 2005.
3. **Miranda, L.** Feridas complexas: abordagem por equipe multidisciplinar. Uma scoping review. *Nursing*. 306, 2023, Vol. 26.
4. **Farina Junior JA, Almeida CE de, Garcia FL, Lima RV, Marques RM, Cologna MH.** Tratamento Multidisciplinar de Feridas Complexas. Proposta de Criação de "Unidades de Feridas" no Hospital das Clínicas da FMRP-USP. *Revistas da USP*. 4, 2013, Vol. 46.
5. **Ferreira AM, Pereira APS, Souza CA.** Avaliação do Sítio Cirúrgico: condutas de Enfermagem. *Rev. Inst. Ciências da Saúde*. 2004 out-dez; 273-8., 22(4):. 2004, Vol. 22.
6. **Florianópolis, Secretaria Municipal de Saúde.** Protocolo de Enfermagem v.6 - Cuidado à pessoa com ferida. *Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis*. [Online] 2019. <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=protocolos+de+enfermagem&menu=9&submenuid=1478>.
7. **BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.** *Protocolo do Pé Diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Inserir nome do Departamento / Setor Inserir nome Coordenação / setor		 	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	PRT.ENFDAPS.002 – Total págs.: 41	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO COM FERIDAS	Emissão 13/03/2026	Próxima Revisão:
		Versão: 4	13/03/2026

8. **RIZZO, Soraia, ALMEIDA, Claudia Campos e SIQUEIRA, Maria Elizabet Pereira.** *Protocolo de prevenção e tratamento de feridas.* São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 2023.
9. **COFEN.** RESOLUÇÃO COFEN Nº 736 DE 17 DE JANEIRO DE 2024. *Cofen.* [Online] 17 de janeiro de 2024. [Citado em: 2024.] <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>.
10. **International, Wounds.** *Advances in wound care: the Triangle of Wound Assessment.* 2

PROTOCOLOS E POPs DA ENFERMAGEM

Os materiais da SMS Curitiba sobre o tema *Enfermagem* estão disponíveis no módulo do E-Saúde denominado Documentos Orientativos e no site Saúde Curitiba.



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Inserir nome do Departamento / Setor Inserir nome Coordenação / setor		 	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	PRT.ENFDAPS.002 – Total págs.: 41	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO COM FERIDAS	Emissão 13/03/2026	Próxima Revisão:
		Versão: 4	13/03/2026

HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2012	Elaboração de Protocolo de Curativos.
2	07/2024	Revisão e atualização: Protocolo de assistência ao usuário com feridas.
3	12/2024	Revisão e atualização da Segurança do Paciente.
4	02/2026	Adequação ao padrão do NQCS e inclusão de PHMB.

RESPONSABILIDADE	SETOR
Elaboração	Coordenação de enfermagem
Revisão/Análise	Coordenação da Assistência de Materiais e Insumos
Validação	Direção do Departamento de Atenção Primária à Saúde
Aprovação	Departamento de Atenção Primária à Saúde

17. ANEXO

ANEXO 1 – ESCALA DE BRADEN

ESCORE DE BRADEN											
Pontuação: sem risco de 19 a 23; risco baixo de 15 a 18; risco moderado de 13 a 14; risco alto de 10 a 12; risco muito alto escores menores ou iguais a 9.											
Percepção sensorial		Umidade da pele		Atividade física		Mobilidade		Nutrição		Fricção e Cisalhamento	
Não prejudicada	4	Livre de umidade	4	Caminha com frequência	4	Sem limitações	4	Excelente	4	Movimentos independentes	3
Pouco limitada	3	Umidade ocasional	3	Caminha ocasionalmente	3	Pouco limitada	3	Adequada	3	Pequena ou mínima dependência	2
Muito limitada	2	Úmida	2	Senta-se com ajuda	2	Muito limitada	2	Inadequada	2	Moderada ou máxima dependência	1
Completamente limitada	1	Umidade constante	1	Acamado	1	Imóvel	1	Pobre	1		
Total		Total		Total		Total		Total		Total	
Total:		SEM RISCO DE 19 A 23		RISCO BAIXO DE 15 A 18		RISCO MODERADO DE 13 A 14		RISCO ALTO DE 10 A 12		RISCO MUITO ALTO: Escores menores ou iguais a 9	

Fonte: Farina Junior JA, Almeida CE de, Garcia FL, Lima RV, Marques RM, Cologna MH, 2013