

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE MANAUS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM NO CONTEXTO
AMAZÔNICO – MESTRADO PROFISSIONAL

CONSTRUÇÃO DE UM PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE
FERIDAS PARA ENFERMEIROS DO MUNICÍPIO DE ITACOATIARA-AM

MANAUS/AM

2025

LIBINI CRISTINI DA SILVEIRA WEILLER

CONSTRUÇÃO DE UM PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE
FERIDAS PARA ENFERMEIROS DO MUNICÍPIO DE ITACOATIARA - AM

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem no Contexto Amazônico – PPGENF-MP, da Universidade Federal do Amazonas - UFAM, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Nariani Souza Galvão

MANAUS/AM

2025

Ficha Catalográfica

Elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

-
- W422c Weiller, Libini Cristini da Silveira
 Construção de um protocolo de prevenção e tratamento de feridas para
 enfermeiros do município de Itacoatiara - AM / Libini Cristini da Silveira
 Weiller. - 2025.
 84 f. : il., color. ; 31 cm.
- Orientador(a): Nariani Souza Galvão.
 Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Amazonas, Programa
 de Pós-Graduação em Enfermagem no Contexto Amazônico, Manaus,
 2025.
1. Cicatrização. 2. Enfermagem. 3. Ferimentos e lesões. 4. Tecnologia
 em saúde. I. Galvão, Nariani Souza. II. Universidade Federal do
 Amazonas. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem no Contexto
 Amazônico. III. Título
-

LIBINI CRISTINI DA SILVEIRA WEILLER

**CONSTRUÇÃO DE UM PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE
FERIDAS PARA ENFERMEIROS DO MUNICÍPIO DE ITACOATIARA - AM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas da Escola de Enfermagem de Manaus para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: 17/12/2025

BANCA EXAMINADORA:



Documento assinado eletronicamente por **Nariani Souza Galvão, Professor do Magistério Superior**, em 18/12/2025, às 10:49, conforme horário oficial de Manaus, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

Profª. Drª. Nariani Souza Galvão
Orientadora



Documento assinado eletronicamente por **Fabíola Silva dos Santos, Usuário Externo**, em 19/12/2025, às 23:02, conforme horário oficial de Manaus, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

Profª. Drª. Fabíola Silva dos Santos
Membro Externo



Documento assinado eletronicamente por **Sáskia Sampaio Cipriano de Menezes, Coordenadora Acadêmica**, em 19/12/2025, às 14:20, conforme horário oficial de Manaus, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

Profª. Drª. Saska Sampaio Cipriano de Menezes
Membro Interno

AGRADECIMENTOS

Dedico essa dissertação à minha família, que segurou minha mão em todos os momentos. Meu esposo, Jaderson, que não mediu esforços para que eu pudesse realizar meus sonhos. Meus filhos, que me deram força sempre que eu estava desanimada. A minha mãe, que nunca deixou de orar para que Deus me capacitasse em cada etapa.

Agradeço aos amigos que me ajudaram sempre que pedi socorro: Anderson, Flávia, Larissa. Por me incentivarem em todos os momentos, me mostrando o melhor caminho e onde eu precisava melhorar, obrigada amigos.

De todo o meu coração, agradeço ao PPGENF, que, por meio de pessoas como a Profa. Nariani, minha orientadora, e a Profa. Rizioléia, me fizeram superar todos os meus limites de uma forma única e linda, que só eu e Deus sabemos. Obrigada, Deus, por me proporcionar este momento e por ter me guiado até aqui.

Que este protocolo mude vidas e alcance famílias.

WEILLER, Libini Cristini da Silveira. Construção de um protocolo de prevenção e tratamento de feridas para enfermeiros do município de Itacoatiara - AM. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem no Contexto Amazônico) – Escola de Enfermagem de Manaus, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2025.

RESUMO

Introdução: A prevenção e o tratamento de feridas envolvem uma abordagem multidisciplinar, com enfermeiros desempenhando um papel central nos cuidados. O uso de protocolos assistenciais contribui para a qualificação do cuidado, ao orientar a tomada de decisão dos enfermeiros e direcionar a assistência para atender às necessidades do paciente. Considerando o protagonismo da Enfermagem no cuidado a pacientes com feridas, torna-se necessário a produção de estratégias que auxiliem esse profissional, com destaque para o cenário amazônico. **Objetivo:** Construir um protocolo de prevenção e tratamento de feridas agudas e crônicas. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, usando como referência a Pesquisa Convergente Assistencial, por meio das fases de concepção, instrumentação, perscrutação, análise e construção do protocolo. A coleta dos dados ocorreu através do preenchimento de questionários e de grupos convergentes. **Resultados:** Notou-se a necessidade de aprimorar os processos de assistência e ajustar os procedimentos de trabalho das equipes de enfermagem acerca da prevenção e tratamento de feridas além da necessidade da construção do intitulado “PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: TRATAMENTO E PREVENÇÃO – LESÕES DERMATOLÓGICAS AGUDAS E CRÔNICAS”. O protocolo foi elaborado sob a forma textual e gráfica, que confere praticidade, facilidade e compreensão. **Considerações finais:** O protocolo elaborado é uma tecnologia assistencial com potencial para contribuir de forma efetiva para a prevenção e o tratamento de feridas no âmbito da Atenção Primária, auxiliando os enfermeiros a desenvolver práticas mais críticas, reflexivas e baseadas em evidências e necessidades locais. Assim, conclui-se que o protocolo representa não apenas um produto técnico, mas uma ferramenta estratégica para promoção da equidade, da segurança e da excelência no cuidado de enfermagem em pacientes com lesões.

Descritores: Cicatrização; Enfermagem; Ferimentos e Lesões; Tecnologia em Saúde.

WEILLER, Libini Cristini da Silveira. Development of a wound prevention and treatment protocol for nurses in the municipality of Itacoatiara, Amazonas. Dissertation. (Master's Degree in Nursing in the Amazon Context) – Manaus School of Nursing, Federal University of Amazonas, Manaus, 2025.

ABSTRACT

Introduction: The prevention and treatment of wounds involve a multidisciplinary approach, with nurses playing a central role in care. The use of care protocols contributes to the quality of care by guiding nurses' decision-making and directing care to meet the patient's needs. Considering the leading role of nursing in the care of patients with wounds, it is necessary to develop strategies that assist these professionals, especially in the Amazon region. **Objective:** To develop a protocol for the prevention and treatment of acute and chronic wounds. **Methodology:** This is a qualitative study, using Convergent Care Research as a reference, through the phases of conception, instrumentation, scrutiny, analysis, and protocol development. Data were collected through questionnaires and convergent groups. **Results:** There was a need to improve care processes and adjust the work procedures of nursing teams regarding wound prevention and treatment, in addition to the need to develop the “NURSING PROTOCOL: TREATMENT AND PREVENTION - ACUTE AND CHRONIC DERMATOLOGICAL LESIONS.” The protocol was developed in textual and graphic form, which makes it practical, easy to use, and understandable. **Final considerations:** The protocol developed is a care technology with the potential to contribute effectively to the prevention and treatment of wounds in primary care, helping nurses to develop more critical, reflective practices based on evidence and local needs. Thus, it is concluded that the protocol represents not only a technical product, but a strategic tool for promoting equity, safety, and excellence in nursing care for patients with injuries.

Keywords: Wound Healing; Nursing; Wounds and Injuries; Biomedical Technology.

WEILLER, Libini Cristini da Silveira. Elaboración de un protocolo de prevención y tratamiento de heridas para enfermeros del municipio de Itacoatiara (Amazonas). Disertación. (Máster en Enfermería en el Contexto Amazónico) – Escuela de Enfermería de Manaus, Universidad Federal de Amazonas, Manaus, 2025.

RESUMÉN

Introducción: La prevención y el tratamiento de las heridas requieren un enfoque multidisciplinario, en el que las enfermeras desempeñan un papel fundamental en la atención. El uso de protocolos de atención contribuye a la calidad de la atención, ya que orienta la toma de decisiones de las enfermeras y dirige la atención para satisfacer las necesidades del paciente. Teniendo en cuenta el papel protagonista de la enfermería en la atención a los pacientes con heridas, es necesario desarrollar estrategias que ayuden a estos profesionales, especialmente en la región amazónica. **Objetivo:** Desarrollar un protocolo para la prevención y el tratamiento de heridas agudas y crónicas. **Metodología:** Se trata de un estudio cualitativo, que utiliza como referencia la Investigación Convergente en Cuidados, a través de las fases de concepción, instrumentación, escrutinio, análisis y desarrollo del protocolo. Los datos se recopilaron mediante cuestionarios y grupos convergentes. **Resultados:** Se observó la necesidad de mejorar los procesos de atención y ajustar los procedimientos de trabajo de los equipos de enfermería en relación con la prevención y el tratamiento de las heridas, además de la necesidad de desarrollar el «PROTOCOLO DE ENFERMERÍA: TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN - LESIONES DERMATOLÓGICAS AGUDAS Y CRÓNICAS». El protocolo se desarrolló en forma textual y gráfica, lo que lo hace práctico, fácil de usar y comprensible. **Consideraciones finales:** El protocolo desarrollado es una tecnología asistencial con potencial para contribuir eficazmente a la prevención y el tratamiento de las heridas en la atención primaria, ayudando al personal de enfermería a desarrollar prácticas más críticas y reflexivas basadas en la evidencia y las necesidades locales. Por lo tanto, se concluye que el protocolo no solo representa un producto técnico, sino una herramienta estratégica para promover la equidad, la seguridad y la excelencia en la atención de enfermería a los pacientes con lesiones.

Palabras clave: Cicatrización de Heridas; Enfermería; Heridas y Lesiones; Tecnología Biomédica.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Construção do protocolo de Enfermagem.....	30
Figura 2 - Etapas da análise de dados qualitativos.....	31
Figura 3 - Perfil da população participante.....,	33
Figura 4 - Produto final: Protocolo de enfermagem: tratamento e prevenção - lesões dermatológicas agudas e crônicas.....	42

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Descrição das categorias temáticas, códigos e unidades de registro.....	34
Quadro 2 – Descrição da síntese das categorias temáticas dividida em sete que surgiram da análise dos textos extraídos dos discursos dos enfermeiros.....	35

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde (ACS)

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)

COREN - Conselho Regional de Enfermagem (COREN)

ICB - Integrated Care Bundles

LP - Lesão por pressão

PCA - Pesquisa Convergente Assistencial

PPGENF MP/UFAM - Programa de Pós-Graduação Enfermagem no Contexto Amazônico –

QSDC - Questionário de caracterização sociodemográfica

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 JUSTIFICATIVA.....	16
2 OBJETIVOS.....	17
2.1 Objetivo Geral.....	17
2.1 Objetivos Específicos.....	17
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
3.1 Cuidados de Enfermagem ao paciente com feridas agudas e crônicas.....	18
3.2 Uso de protocolos assistenciais no âmbito da Enfermagem.....	20
3.3 Pesquisa Convergente Assistencial como método científico na Enfermagem.....	21
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	23
4.1 Fase de concepção.....	23
4.2 Fase de Instrumentalização.....	24
4.2.1 Cenário.....	24
4.2.2 Participantes da pesquisa.....	24
4.3 Fase de Perscrutação.....	25
4.3.1 Primeira etapa.....	26
4.3.2 Segunda etapa.....	27
4.3.3 Terceira etapa.....	27
4.3.4 Quarta etapa.....	29
4.3.5 Quinta etapa.....	30
4.3.6 Sexta etapa.....	30
4.4 Fase de Análise.....	31
5 ASPECTOS ÉTICOS.....	32
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	32
6.1 Perfil Sociodemográfico da população de pesquisa.....	33
6.1.1 Análise dos dados à luz de Bardin.....	33
6.2 Construção da Tecnologia Assistencial (produto).....	38
Figura 4 - Produto final: Protocolo de enfermagem: tratamento e prevenção – lesões dermatológicas agudas e crônicas.....	50
6.2.1 Categoria 1: Trajetória formativa e primeiros contatos com feridas.....	50
6.2.2 Categoria 2 - Sentimentos e percepções sobre o cuidado de feridas.....	52
6.2.3 Categoria 3: Dificuldades práticas no cuidado e na cicatrização.....	55
6.2.4 Categoria 4: Fragilidades da Rotina Institucional de Curativos.....	57
6.2.5 Categoria 5: Necessidade de Padronização e Orientação Técnica no Cuidado de Feridas.....	59
6.2.6 Categoria 6: Importância percebida de um Protocolo de Feridas.....	61
6.2.7 Categoria 7: Avaliação do Protocolo Apresentado.....	63

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
REFERÊNCIAS.....	67
APÊNDICES.....	74
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE	74
APÊNDICE B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ (TAGV)....	78
APÊNDICE C - TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO.....	79
APÊNDICE D - ROTEIRO PARA AS REUNIÕES COM O GRUPO CONVERGENTE...	80
APÊNDICE E- QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CULTURAL.....	81
APÊNDICE F - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DA ENTREVISTA.....	83
ANEXOS.....	84
ANEXO A - COMITÊ DE ÉTICA DA UFAM - CEP/UFAM.....	84

1 INTRODUÇÃO

As feridas são alterações na integridade da pele ou de outros tecidos corpóreos que resultam de lesões traumáticas, cirurgias, lesões por pressão ou condições médicas crônicas. Elas representam um importante desafio na área da saúde, pois requerem cuidados específicos para garantir uma cicatrização adequada e prevenir complicações (Andrade *et al.*, 2020).

As lesões podem ser classificadas em agudas ou crônicas, de acordo com sua etiologia e tempo de cicatrização. As lesões agudas podem ser decorrentes de cirurgias ou traumas e, eventualmente, tem sua integridade estrutural restaurada. Em contrapartida, as lesões crônicas estão associadas a processos patológicos que impedem sua cicatrização (Raziyeva *et al.*, 2021).

Estudos apontam que a prevalência estimada de feridas crônicas na população seja de 2,2 por 1.000 habitantes (Martinengo *et al.*, 2019), e ainda no ano de 2019, estimou-se aproximadamente 739.000 casos de úlceras de perna na Inglaterra. (Graves; Phillips; Harding, 2022). Já em estudo realizado na Europa, a prevalência de lesão por pressão (LP) foi de 10,8% no mesmo ano (Moore *et al.*, 2019).

No Brasil, estudos epidemiológicos estimam que, até 2050, cerca de 25% da população brasileira poderá desenvolver feridas cutâneas crônicas (Trivellato *et al.*, 2018). O estudo de Galvão *et al.* (2016), realizado na região do Amazonas, mostra a prevalência global de feridas agudas e crônicas de 23%, com destaque para a lesão por pressão e úlceras diabéticas. O estudo destaca ainda a necessidade de ampliar as investigações sobre a temática no Amazonas, a fim de compreender as particularidades epidemiológicas, ambientais e sociais que influenciam o desenvolvimento dessas condições.

A prevenção e o tratamento de feridas envolvem uma abordagem multidisciplinar, com enfermeiros desempenhando um papel central nos cuidados, além de educar os pacientes sobre o autocuidado. O manejo adequado das lesões não apenas promove a recuperação dos pacientes, mas também evita infecções, minimiza cicatrizes e melhora a qualidade de vida dos pacientes (Andrade *et al.*, 2020).

Diante disso, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) dispõe a Resolução nº 567/2018, onde descreve a regulamentação e atuação da equipe de enfermagem no cuidado aos clientes com feridas, tendo autonomia para realizar curativos em todos os tipos de lesões, sendo independente quanto ao grau e complexidade (COFEN, 2018).

Além disso, sabe-se que a Enfermagem está à frente dos cuidados com feridas para promover uma cicatrização eficiente, pois o profissional deve possuir conhecimento e habilidades para realizar a avaliação da lesão, fechando um diagnóstico preciso, e oferecendo o tratamento adequado de acordo com as características do ferimento (Serafim Rodrigues *et al.*, 2021).

O tratamento dessas lesões tem avançado continuamente com o desenvolvimento de novos produtos e tecnologias, além do aprimoramento técnico, portanto, é fundamental que os profissionais de enfermagem realizem cursos de capacitação e atualização para aperfeiçoar e adaptar os planos de assistência de cada paciente, proporcionando um cuidado qualificado e atualizado (Sousa *et al.*, 2020).

Apesar da protagonização da enfermagem no cuidado a pacientes com feridas, o estudo de Costa *et al.* (2021) identificou que os enfermeiros apresentaram um déficit de conhecimento neste cenário, com fragilidades desde a avaliação do paciente até a escolha do tratamento adequado para cada tipo de ferida, o que destaca a necessidade de maior capacitação profissional.

Atualmente, observa-se uma grande diversidade de condutas frente ao tratamento de feridas, o que pode ser atribuído à falta de adesão a diretrizes que sustentem a prática clínica, e a ausência de ferramentas, como os protocolos assistenciais, que padronizam a assistência, o que pode gerar insegurança nos profissionais (Costa *et al.*, 2021).

O uso de protocolos assistenciais contribui para a qualificação do cuidado, ao orientar a tomada de decisão dos enfermeiros e direcionar a assistência para atender às necessidades do paciente. Portanto, esta ferramenta torna-se fundamental para que os profissionais de enfermagem se sintam mais seguros diante dos procedimentos (Arais *et al.*, 2021).

Em estudo realizado por Oliveira *et al.* (2021), a implantação de um protocolo para prevenção e tratamento de feridas possibilitou maior qualidade do atendimento e a padronização da assistência, demonstrando ser uma ferramenta de apoio para a capacitação das equipes de enfermagem. No âmbito do estado do Amazonas, a assistência em saúde enfrenta algumas dificuldades devido a fatores sociais e regionais, além da limitação de recursos e equipamentos, o que resulta em uma população com acesso restrito aos serviços de saúde, especialmente as que habitam em áreas mais distantes dos centros urbanos (Lima; Sousa, 2021).

Em estudo realizado em um município do Amazonas que abrangeu pacientes

acometidos por lesões agudas e crônicas, os dados apresentados indicaram a predominância de pacientes do sexo masculino, idosos, com a presença de comorbidades como diabetes e hipertensão arterial, o que colabora na caracterização dos pacientes (Gomes; Galvão; Albuquerque, 2021).

O estado do Amazonas é formado por 62 municípios, com uma população total de aproximadamente 4 milhões de habitantes. As cidades com maior número de habitantes incluem Manaus (2.063.689), Itacoatiara (103.598) e Manacapuru (101.883) (IBGE, 2022). O município de Itacoatiara possui uma localização geográfica estratégica, com acesso à capital por estradas, porto, aeroporto e rodovias. Os serviços de saúde oferecidos nesta região são de nível primário e secundário, sendo referência para municípios vizinhos, e essas características conferem ao município uma posição de destaque entre os demais do Amazonas (Dolzane; Schweickardt, 2020).

O enfermeiro atua como protagonista na atenção à saúde a pessoas com feridas e lesões, especialmente no contexto amazônico, e para desempenhar esse papel, é fundamental que esses profissionais estejam em constante atualização, e que as instituições de saúde ofereçam capacitação contínua, visando suprir as lacunas de conhecimento (Silva; Seixas; Reis, 2024).

Considerando o protagonismo da Enfermagem no cuidado a pacientes com feridas, torna-se necessário a produção de estratégias que auxiliem esse profissional, com destaque para o cenário amazônico, visto que estas regiões enfrentam desafios devido à localização geográfica, carência de recursos, e falta de treinamento especializado que norteiam de maneira prática e didática os atendimentos.

Neste contexto, norteou-se a seguinte questão de pesquisa: Como a capacitar equipes de enfermagem na APS de uma cidade no interior do Amazonas na prevenção e tratamento de lesões agudas e crônicas?

1.1 JUSTIFICATIVA

A enfermagem desempenha um papel fundamental na promoção da saúde e no cuidado aos pacientes em todas as regiões do mundo. No entanto, é importante reconhecer que as demandas e desafios enfrentados pelos enfermeiros podem variar significativamente de acordo com a localização geográfica e as características específicas de uma determinada

região.

Considerado o protagonismo do enfermeiro em áreas remotas e rurais, surge a necessidade da construção de ferramentas para os profissionais atuantes neste cenário, com destaque para a região Norte, o que justifica a realização do presente estudo voltado para o município de Itacoatiara, no estado do Amazonas.

Levando em consideração os desafios enfrentados pelos enfermeiros atuantes nestas áreas, a elaboração de um protocolo assistencial acerca da prevenção e tratamento de lesões agudas e crônicas irá contribuir diretamente para a capacitação desses profissionais, resultando em um atendimento mais eficaz, evitando complicações e sofrimentos desnecessários para os pacientes.

Além disso, justifica-se a sua relevância quanto ao impacto na saúde da comunidade, evitando internações prolongadas ou até mesmo transferências para a capital, onde o paciente não tem apoio familiar ou condições socioeconômicas de permanecer, o que resulta muitas das vezes no abandono ao tratamento.

A construção desta ferramenta também possibilita realçar o compromisso com a valorização da classe da Enfermagem, podendo levar a uma maior motivação e satisfação no trabalho, resultando em uma força de trabalho mais resiliente e comprometida.

Ademais, este estudo contribuirá para o conhecimento científico na área da enfermagem, especialmente em contextos desafiadores como o Amazonas, podendo ser utilizado como modelo para outras regiões com desafios semelhantes.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Construir um produto técnico tecnológico no formato de protocolo de enfermagem para prevenção e tratamento de feridas agudas e crônicas.

2.1 Objetivos Específicos

- Sintetizar e reunir conteúdos sobre os tipos de prevenção e tratamento de lesões agudas e crônicas, com evidências científicas para embasar a estruturação do protocolo;
- Analisar junto a equipe se o protocolo está de acordo com sua realidade, tendo em vista sua utilização na assistência.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Cuidados de Enfermagem ao paciente com feridas agudas e crônicas

A pele é o maior órgão do corpo humano e exerce funções de proteção, regulação térmica, e percepção sensorial. Essas características tornam de fundamental importância os cuidados com a integridade da pele, visto que lesões cutâneas podem comprometer a saúde geral do paciente (Duarte; Ferreira; Cunha, 2021).

As feridas e lesões na pele podem surgir por diversas razões, como traumas, cirurgias, lesão por pressão e condições médicas crônicas, e requerem cuidados especializados para promover a cicatrização adequada e evitar complicações. Nesse contexto, os enfermeiros desempenham um papel fundamental nesse processo (Santos *et al.*, 2023).

Um dos primeiros passos no cuidado de pacientes com feridas é a sua avaliação abrangente. Os enfermeiros devem examinar cuidadosamente a ferida, considerando sua localização, tamanho, profundidade e características, como presença de infecção ou tecido necrótico. Essa avaliação ajuda a determinar a abordagem de tratamento mais adequada (Martins *et al.*, 2021).

Além disso, a prevenção de complicações é uma parte essencial dos cuidados de enfermagem. Para pacientes que passam longos períodos no leito, os enfermeiros implementam estratégias rigorosas para prevenir lesões por pressão, o que inclui a mudança de posição regularmente, o uso de superfícies de suporte adequadas e a aplicação de curativos protetores (De Oliveira *et al.*, 2021).

No tratamento de feridas, os enfermeiros empregam uma variedade de técnicas e produtos, desde curativos tradicionais até terapias avançadas. Eles são responsáveis pela aplicação correta e eficaz desses tratamentos, garantindo que os curativos sejam trocados de acordo com as necessidades do paciente e que os cuidados sejam higiênicos e estéreis (Macêdo *et al.*, 2021).

A educação do paciente também é um fator fundamental, portanto os enfermeiros devem informá-los sobre importância da adesão ao plano de tratamento, incluindo a manutenção da higiene, a ingestão adequada de nutrientes e a prevenção de lesões adicionais, pois a compreensão por parte do paciente é essencial para promover o autocuidado (Ferreira;

Santos; Moraes; Cortez, 2020).

Além disso, os enfermeiros monitoram de perto o progresso da cicatrização da ferida e avaliam qualquer sinal de infecção ou complicação. Os profissionais ajustam o plano de cuidados conforme necessário e comunicam-se com outros membros da equipe de saúde para garantir uma abordagem coordenada (Oliveira *et al.*, 2020). Em resumo, os enfermeiros desempenham um papel indispensável nos cuidados com pacientes com feridas, oferecendo avaliação precisa, tratamento especializado, prevenção de complicações e educação em saúde (Da Silva *et al.*, 2021).

Uma das principais vantagens nas práticas de prevenção e tratamento de feridas é a padronização do atendimento. A padronização do cuidado em enfermagem possibilita que os profissionais de saúde sigam orientações adequadas e atuais, resultando em uma maior qualidade do atendimento, beneficiando o paciente e à melhoria contínua do serviço (Viana de Sousa *et al.*, 2020).

Essas práticas desempenham um papel fundamental na capacitação de novos profissionais de saúde e no treinamento contínuo daqueles que já estão na área. Os treinamentos e capacitação garantem ações de qualidade para a população e promovem um trabalho integrado e multiprofissional em todos os níveis do sistema de saúde (Duro *et al.*, 2022).

A área da saúde está em constante evolução, com novas pesquisas e descobertas sendo feitas regularmente. As práticas de prevenção e tratamento de feridas são flexíveis e podem ser atualizadas conforme novas evidências emergem, e isso permite que os profissionais de saúde permaneçam atualizados com as últimas práticas recomendadas (Andrade *et al.*, 2019).

O uso das melhores práticas ajuda a reduzir erros médicos e complicações desnecessárias. Ao seguir as diretrizes estabelecidas, os profissionais podem tomar decisões informadas e baseadas em evidências, o que aumenta a segurança do paciente e a eficácia do tratamento (Estrela *et al.*, 2021). Dada a complexidade e a variedade de abordagens terapêuticas, é importante que o enfermeiro esteja capacitado para identificar e aplicar diferentes técnicas, ajustando-as conforme necessário para alcançar sucesso terapêutico (Maranghello *et al.*, 2021).

Em resumo, as práticas de prevenção e tratamento de feridas baseadas em evidências científicas são componentes essenciais dos cuidados de enfermagem, pois auxiliam na padronização da assistência ao paciente e na garantia da qualidade dos cuidados, além de

manter os profissionais atualizados com as práticas mais recentes e contribuir para a segurança do paciente (Serafim Rodrigues *et al.*, 2021).

3.2 Uso de protocolos assistenciais no âmbito da Enfermagem

A ausência de um suporte teórico padronizado na assistência de enfermagem pode resultar em práticas imprudentes, acarretando danos aos pacientes, além de problemas éticos para os profissionais. Portanto, o uso de ferramentas como protocolos, manuais e guias, possibilita maior qualificação profissional, além da disseminação de novos conhecimentos (Vargas; Santos, 2019).

Os protocolos são ferramentas que fornecem orientações sobre como realizar determinadas práticas em saúde, além de orientar as decisões dos profissionais. O uso de protocolos na saúde melhora a assistência ao promover práticas baseadas em evidências, reduzindo a variabilidade de informações e condutas entre os membros da equipe (Lima *et al.*, 2021).

Os protocolos voltados para a enfermagem desempenham um papel importante na capacitação e educação contínua dos profissionais de saúde. Estas ferramentas estabelecem diretrizes claras e baseadas em evidências para o tratamento de condições específicas, o que garante que os profissionais de saúde sigam as orientações mais atualizadas (Almeida *et al.*, 2023).

A implementação de protocolos exige mais do que apenas o cuidado assistencial, pois requer que os profissionais adquiram embasamento teórico por meio de capacitações teórico-práticas contínuas. Esse conhecimento científico é essencial para fundamentar o raciocínio clínico e garantir uma prática baseada em evidências (Loureiro *et al.*, 2021).

A Prática Baseada em Evidência (PBE) representa um novo paradigma na saúde, aproximando a pesquisa científica da prática assistencial. Ela consiste na utilização das melhores evidências científicas disponíveis, aliadas à experiência do profissional e às preferências do paciente, para orientar decisões assistenciais, qualificando assim o cuidado prestado (Ferraz *et al.*, 2020).

Quando os profissionais de saúde seguem diretrizes padronizadas, os pacientes podem esperar um alto nível de cuidado, independentemente de quem esteja fornecendo o tratamento. Isso promove a confiança do paciente e a qualidade geral dos serviços de saúde (Oliveira *et*

al., 2021).

Em resumo, os protocolos e manuais desempenham um papel inestimável na capacitação e orientação dos profissionais de saúde. Eles são instrumentos essenciais para padronizar a assistência ao paciente, garantir a qualidade dos cuidados e manter os profissionais atualizados com as práticas mais recentes. Além disso, contribuem para a segurança do paciente, a redução de erros médicos e a melhoria contínua dos serviços de saúde (Lima *et al.*, 2021).

Evidências indicam que o uso de protocolos na assistência a feridas melhora a qualidade do atendimento de enfermagem, beneficiando diretamente o paciente e criando oportunidades para melhorias contínuas no serviço. Além disso, a sensibilização da equipe para a utilização desses protocolos é importante, pois eles orientam as ações da enfermagem, melhoram o estado de saúde do cliente (Viana de Sousa *et al.*, 2020). Uma pesquisa conduzida por Silva *et al.* (2020) identificou a ausência ou desconhecimento de protocolos específicos para o manejo de feridas em uma Unidade Básica de Saúde, o que acaba por prejudicar a correta avaliação e classificação das feridas.

Sendo assim, a elaboração de um protocolo de enfermagem para o manejo de feridas possibilita que os pacientes recebam um cuidado integral, holístico e humanizado, além de incentivar os profissionais a trabalharem de forma colaborativa para evitar o prolongamento do tratamento e complicações (Estrela *et al.*, 2021).

3.3 Pesquisa Convergente Assistencial como método científico na Enfermagem

Ao longo dos anos, a Enfermagem vem se desenvolvendo em diferentes dimensões para acompanhar a evolução técnica-científica na área da saúde. Esse avanço inclui mudanças na educação em enfermagem, que passou de atividades com enfoque nas técnicas assistenciais, para o desenvolvimento de pesquisas científicas (Trentini *et al.*, 2021).

Entre os métodos inovadores na pesquisa em enfermagem, a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) tem sido muito utilizada. A PCA foi desenvolvida para aproximar as concepções teóricas da prática assistencial, promovendo inovações na saúde e alinhando a teoria e prática na enfermagem (Trentini *et al.*, 2021).

A aplicação da PCA envolve suas quatro fases: concepção, instrumentação, perscrutação e análise. E este método, quando utilizado em pesquisas na área da saúde, facilita

a integração entre pesquisa e prática assistencial, incentivando os profissionais a buscar inovações que aprimorem a qualidade do cuidado prestado (Trentini *et al.*, 2021).

Nesse contexto, a PCA pode ser utilizada para desenvolver tecnologias aplicada à saúde, visando promover mudanças na prática assistencial e gerar conhecimento, sendo capaz de transformar a prática que motivou seu desenvolvimento, trazendo melhorias com sua implementação (Trentini *et al.*, 2022).

As inovações na prática assistencial são frequentemente promovidas pela criação e uso de tecnologias em saúde, que acompanham a evolução do cuidado. Estudos evidenciam que os investimentos em tecnologia são fundamentais para melhorar a qualidade do serviço prestado e, assim, favorecer a qualidade de vida dos pacientes (Agbo; Mahmoud; Eklund, 2019).

A PCA não se limita somente ao desenvolvimento de um novo instrumento, mas também visa provocar mudanças na prática assistencial que motivaram sua criação, sendo assim, seu foco está na implementação dessas inovações e na geração de novos conhecimentos (Trentini *et al.*, 2022).

Sendo assim, a PCA pode ser empregada como um método que segue uma lógica indutivo-dedutiva, e ao utilizar a PCA, o enfermeiro compromete-se com a construção de novos conhecimentos, práticas de cuidado e tecnologias, promovendo a inovação na prática assistencial (Veras *et al.*, 2024).

Ainda de acordo com Trentini *et al.* (2021), ao utilizar o método de pesquisa PCA, o pesquisador combina a prática assistencial com a produção de dados de pesquisa, garantindo informações que refletem a realidade. Os atributos da PCA incluem: a imersibilidade, que representa o interesse do pesquisador nas ações assistenciais e de pesquisa; a simultaneidade, que simboliza a interação entre a pesquisa e as práticas assistenciais; a expansibilidade, que possibilita a descoberta de novos conhecimentos e teorias; e a dialogicidade, uma conexão integrada entre assistência e pesquisa em torno de um fenômeno (Ferreira *et al.*, 2024).

Outros estudos demonstram que a utilização desse método possibilitou maior aproximação dos enfermeiros diante do saber-fazer assistencial, favorecendo a construção e inovação do conhecimento e renovando as práticas assistenciais, contribuindo para que as ações de enfermagem sejam pautadas no cuidado integral, dinâmico e sistematizado (Alves *et al.*, 2023; Basegio *et al.*, 2022).

A partir do exposto, considera-se que o uso da Pesquisa Convergente Assistencial na

área da Enfermagem promove inovações que instrumentalizam os profissionais de saúde, além de contribuir para a autonomia dos enfermeiros e para a qualificação do cuidado.

4 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, usando como referência a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), por meio das fases de concepção, instrumentação, perscrutação, análise e construção do protocolo Buscando a qualidade e assertividade do produto final, deste projeto de dissertação, a PCA foi escolhida como método, tendo como foco a imersão que ele coloca a pesquisadora frente ao objeto de pesquisa, assim conseguindo desenvolver um produto técnico tecnológico para a prática clínica.

A PCA tem como estrutura quatro fases, sendo estas: 1) fases de concepção; 2) instrumentação; 3) perscrutação; 4) avaliação e interpretação. (Trentini, Paim e Silva., 2017). Tendo como base dentro do método PCA a expertise da pesquisadora frente ao tema estudado, a imersão e o conhecimento do local, a forma direcionada que a pesquisa precisa gerar aprimoramento, para trazer modificações e aperfeiçoamento na prática assistencial. Com isso esta pesquisa teve como base as seguintes fases:

4.1 Fase de concepção

Na fase de concepção foi definido o que fazer no projeto de pesquisa, gerando abstrações, formulando definições, procedendo com delimitações do tema de estudo, inter-relações, argumentações e contextualizações. A experiência da pesquisadora no tratamento de lesões no município levou à reflexão sobre as práticas terapêuticas da equipe do hospital e das unidades básicas de saúde (UBS), no cuidado das lesões agudas e crônicas.

Observou-se que muitos pacientes não conseguiam finalizar o tratamento correto na UBS e acabavam indo para o hospital evoluindo com complicações. Em uma pesquisa de campo realizada na UBS revelou que a equipe não possuía habilidades adequadas para esse cuidado, desconhecendo até mesmo os materiais disponíveis na unidade.

Isso gerou a seguinte questão norteadora: Como a elaboração de um protocolo pode mudar a prática assistencial da equipe de enfermagem frente a prevenção e tratamento de lesões agudas e crônicas? A partir dessa questão norteadora, foram definidos os objetivos da

pesquisa e o método para alcançá-los. A pesquisadora dialogou com a secretaria de saúde do município, e coordenadora da atenção básica para se aproximar da equipe de enfermagem, sugerindo a criação de um projeto que promovesse mudanças na prática clínica. Colocando a proposta da imersão da pesquisadora no serviço, sendo possível uma maior integração entre a pesquisa e a prática e promovendo a dialogicidade

4.2 Fase de Instrumentalização

Na fase de instrumentação foi o delineamento prévio dos caminhos percorridos, incluindo: a escolha do local de pesquisa; dos participantes e dos instrumentos de coleta de dados, que estão intimamente ligados à prática assistencial e ao processo de pesquisa.

4.2.1 Cenário

A pesquisa foi realizada em três unidades básicas de saúde, a saber: UBS Bernardino Dessimone, UBS Maria da Paz Rocha Litaiff, e UBS Paulo Gomes. Por Itacoatiara está situada próximo a Capital Manaus outros municípios, que não fazem parte da Regional do Médio Amazonas (Autazes, Boa Vista do Ramos, Maués, dentre outros), além das cidades vizinhas que são (Urucurituba, Silves, Itapiranga), referenciam seus pacientes para atendimento nestas unidades sobrecarregando a demanda já existente.

Nas UBS Bernardino Dessimoni, Paulo Gomes da Silva e Maria da Paz Litaiff que são as três mais procuradas dentro do município, visto que duas são localizadas em áreas de extrema pobreza (Bernardino Dessimoni e Paulo Gomes), e a outra Maria da Paz Litaiff tem como público alvo a população ribeirinha do município, as mesmas atendem no horário de sete da manhã às cinco da tarde sem intervalo para almoço, tendo cada uma três equipes que são compostas por três enfermeiros, três médicos e cinco agente comunitário de saúde (ACS) para cada equipe, as três unidades tem uma sala de curativo no qual realizam curativos simples e de média complexidade, atendendo no tratamento de feridas agudas e crônicas de segunda a sexta, dentro do horário de atendimento estabelecido.

4.2.2 Participantes da pesquisa

É importante destacar que a PCA não impõe critérios estritos para a escolha da amostra, uma vez que essa metodologia prioriza a imersão e a variedade das informações obtidas, ao invés do princípio da generalidade, conforme mencionado por Trentini; Paim; Silva (2023):

Nesse tipo de pesquisa, a escolha da amostra (...) valoriza a representatividade referente à profundidade e diversidade das informações. (...) A amostra deverá ser constituída pelos sujeitos envolvidos no problema e, entre estes, os que têm mais condições de contribuir com informações que possibilitem abranger todas as dimensões do problema em estudo (Trentini; Paim; Silva, 2023, p. 74).

Assim, por meio de convite prévio sobre a realização da pesquisa concordaram em participar da pesquisa 07 enfermeiras que atuam nas UBS Paulo Gomes, Maria da Paz, Bernardino Dessimone, localizado no município de Itacoatiara, no Amazonas, as mesmas atuaram como participantes ativas, apresentando sugestões e críticas, validando os resultados nas etapas deste estudo que possibilitaram sua participação mais direta, conforme proposto pela PCA. A escolha desses profissionais de nível superior justifica-se por serem considerados membros da equipe de enfermagem, que lidam diretamente com o tratamento de feridas dentro da rotina da unidade.

Foram levados em conta os seguintes critérios de inclusão: Enfermeiros que atuavam diretamente no tratamento de lesões nas unidades básicas de saúde do município de Itacoatiara, Amazonas. Os critérios de exclusão utilizados foram: Enfermeiros cujas funções na unidade básica de saúde do município de Itacoatiara, Amazonas não estão diretamente relacionadas ao tratamento de feridas, ou enfermeiros afastados do serviço por qualquer motivo no período da pesquisa.

4.3 Fase de Perscrutação

A fase de perscrutação compreende a coleta e o registro dos dados, que favoreceram a construção científica para o aperfeiçoamento e mudanças na prática assistencial de enfermagem.

Esta fase foi dividida em seis etapas importantes, a seguir:

- Primeira etapa: Realização da revisão narrativa e convite aos Enfermeiros para participação da pesquisa e articulação com a gestão do local de pesquisa;
- Segunda etapa: Imersão da pesquisadora dentro dos setores estabelecidos;

- Terceira etapa: Entrevista com os profissionais de forma individual e através do grupo de convergência;
- Quarta etapa: Expansibilidade com a promoção de conhecimento através de um workshop;
- Quinta etapa: Análise dos registros do diário de campo, e transcrição das falas;
- Sexta etapa: Criação do protocolo e aprovação do protocolo pela equipe.

4.3.1 Primeira etapa

Foi realizado uma revisão narrativa, para aprofundamento do tema, sendo utilizados artigos, manuais e consensos nos respectivos anos de 2020 a 2024, relacionados a tratamento e prevenção de lesões agudas e crônicas, para dar embasamento na criação do protocolo, workshop, e nas discussões em grupos.

Os dados referentes à prática assistenciais foram realizados por meio de entrevistas individuais onde teve aplicação do questionário de caracterização sociodemográfica (QSDC) (Apêndice E). As perguntas sobre a prática clínica estão no roteiro semiestruturado feito pela pesquisadora (Apêndice F).

Por conseguinte, ocorreu o grupo de convergência com a pesquisadora e os enfermeiros que aceitaram participar da pesquisa, sendo conduzido por uma dinâmica dividida **em dois momentos no mesmo dia:**

- 1) Linha da Vida, uma reflexão de si, as experiências de vida profissional e aprendizado relacionados ao tratamento de lesões;
- 2) Feridas na prática: Processo de cicatrização, e práticas de curativos na instituição.

Essa dinâmica deu a oportunidade de iniciar a troca de experiências, com intuito de obter informações da realidade local e assim criar o instrumento em conjunto para atender as fragilidades da assistência ao tratamento e prevenção das lesões agudas e crônicas.

Este grupo permitiu realizar o levantamento de informações e ao mesmo tempo intervir levando questionamentos importantes baseado na ciência de encontro com a prática, permitindo ao público-alvo e ao pesquisador trabalharem juntos na resolução dos problemas elencados (Trentini *et al.*, 2017). Os participantes receberam um Termo de autorização para gravação de voz (Apêndice B), para autorizar a gravação da entrevista, assim a pesquisadora

conseguiu obter um relatório mais específico em sua coleta e análise de dados.

Neste momento ocorreu também a dialogicidade com a comunidade para participar da pesquisa, tendo a articulação com a secretaria de saúde e a coordenadora da atenção básica e os gestores de unidade para facilitar a coleta de dados. Também ocorreu a aproximação da pesquisadora com a farmacêutica do CAF que é a responsável pela compra do material do curativo para o município, através dessa reunião, ficou claro que a pessoa responsável não conhecia os produtos utilizados durante os curativos, ocorrendo desperdícios de materiais e pedidos de materiais errôneos levando a uma falha na assistência prestada.

O convite para a gestão ocorreu através de uma reunião com a secretária de saúde na qual foi apresentada a ideia do projeto, explicando como funcionaria a pesquisa, em quais UBS estaria sendo feita a coleta de dados, e em que isso implicaria para a prática assistencial da equipe. Ela esclareceu suas dúvidas e em seguida aprovou e liberou o termo de anuência da instituição (Apêndice C).

4.3.2 Segunda etapa

Devido a imersibilidade que a proposta da PCA sugere, a pesquisadora ficou imersa nas UBS Bernardino Dessimoni, Paulo Gomes, e Maria da Paz Rocha Litaiff para a produção dos dados durante um mês e meio (45 dias) no turno da manhã e tarde, sendo dividido duas semanas para cada UBS, no qual ocorre a troca de curativos, estando integrada à rotina diária da equipe e em seus serviços, realizando a aproximação conforme a PCA sugere, deixando a equipe ciente de sua intenção em colaborar para a melhoria dos serviços.

Durante esse processo foi utilizado o diário de campo para descrição das observações, com notas da pesquisadora durante todo o período de coleta de dados nas salas de curativo das UBS.

4.3.3 Terceira etapa

- Entrevistas individuais:

Para a coleta de informações foi realizado às entrevistas individuais dentro da unidade no qual teve aplicação do roteiro semiestruturado (Apêndice F) contendo questões sobre a relação com os pacientes, a rotatividade de equipe, e principais dificuldades na rotina de

curativos além de aplicar o questionário QSDC (Apêndice E).

As entrevistas foram agendadas previamente com as enfermeiras, em seu consultório fora do horário de atendimento de pacientes, no qual se iniciou pela leitura compartilhada do TCLE (Apêndice A) explicando e sanando as dúvidas, e a leitura do termo de autorização para gravação de voz, após o aceite, precedeu-se a assinatura dos mesmos, no auditório não havendo interferência de outras pessoas, preservando a comodidade, integralidade e conforto deste grupo. Toda a programação foi gravada em áudio para uma melhor análise posteriormente.

- Grupo de Convergência - Interação e Sensibilização

Após as entrevistas individuais, foi realizado o grupo de convergência com a participação de todos os enfermeiros da unidade que aceitaram participar da pesquisa, totalizando 7 enfermeiras, duas não puderam participar devido sua escala nas áreas ribeirinhas, para que ocorresse este grupo foi realizado um agendamento prévio com a gestão da unidade e coordenadora da atenção básica, visto que três UBS pararam seus atendimentos neste dia.

O local da realização do grupo de convergência foi no auditório de uma universidade parceira da gestão, já que a unidade não possuía um ambiente adequado para realização da entrevista sem interrupções. O grupo convergência foi realizado em dois encontros, um no dia 17 de julho de 2025, e outro no dia 18 de julho de 2025. Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado (Apêndice D) para nortear o diálogo, com duração média de 120 minutos, com auxílio do gravador de voz.

Este roteiro foi dividido em **dois momentos** sendo intituladas como:

- 3) Linha da Vida, uma reflexão de si, as experiências de vida profissional e aprendizado relacionados ao tratamento de lesões;
- 4) Feridas na prática: Processo de cicatrização, e práticas de curativos na instituição.

Estiveram presentes a mestrandia como moderadora e os enfermeiros e técnicos de enfermagem da assistência que lidam diretamente com o tratamento de feridas, como participantes e ouvintes. O objetivo dessa prática em grupo foi de realizar a simultaneidade, um dos conceitos chaves dentro da PCA, para que se possa chegar ao conhecimento, de forma unificada entre a pesquisa e as práticas assistenciais, conforme Trentini, Paim e Silva (2023).

As informações foram extraídas através das gravações das falas e das anotações, no

qual dessa forma se teve mais fidelidade para a criação do protocolo, respeitando as reais necessidades da equipe direcionando a sua prática clínica no tratamento de lesões.

4.3.4 Quarta etapa

Nessa fase, busca-se o conceito da expansibilidade, visto que temos que ir além na PCA, não só entregar um produto, mas promover conhecimento, gerar interesse na pesquisa e fazer o profissional entender sobre a área estudada (Trentini; Paim; Silva, 2023). Após a coleta de dados através do grupo de convergência, a pesquisadora promoveu um Workshop com os temas: “Descomplicando o tratamento de lesões” e “Entendendo o uso de protocolos na prática”, este ocorreu através do modo “apresentação” pelo aplicativo *Canvas*, tendo duração de 120 minutos.

No **primeiro momento** o conteúdo abordou os conceitos atuais importantes no tratamento de lesões, com intuito de informar e levar conhecimento robusto sobre feridas e curativos, mostrando para que serve cada produto e quais são as tecnologias disponíveis para minimizar o tempo de cicatrização, com aplicabilidade de prática realística de curativo realizada pela mestrandia para os participantes.

No **segundo momento** foi explanado sobre o conceito de protocolo e guias dentro da prática de enfermagem, deixando os participantes cientes do objetivo de cada um na assistência e, a importância dos protocolos no processo de pesquisa. Após o Workshop a pesquisadora abriu um espaço para uma nova discussão, onde coletou novas informações através da gravação das falas, sobre os pontos mais importantes que eles consideravam ter na criação do protocolo, tendo em vista a melhor prática clínica baseada em evidências para com seus pacientes.

O resultado dos grupos de convergência foi feito nas transcrições de áudio para texto pela mestrandia para, então, ser feita revisão por sua orientadora. As transcrições das falas seguiram as orientações de Marcuschi (2008), em que representam uma passagem, uma transcodificação do sonoro para o escrito. Foi adotada uma série de convenções de transcrição para manter um mínimo de fidelidade à qualidade da produção oral, fugindo, inclusive, ao padrão ortográfico no plano da forma da expressão.

Os dados coletados foram transcritos de forma digital, em sua íntegra no formato de texto Word®, e convertidos para formato de documento portátil (*Portable Document Format* –

PDF), resultando em um arquivo denominado “PDF Transcrição falas grupos convergência”.

4.3.5 Quinta etapa

Para a construção do protocolo, foi necessário que a pesquisadora se afastasse temporariamente do local da pesquisa, a fim de analisar todas as informações coletadas do grupo de convergência, entrevistas individuais e o workshop, a partir da análise de conteúdo de Bardin (2011). Através da leitura da revisão narrativa e do documento COFEN, “Diretrizes para Elaboração de Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde pelos Conselhos Regionais” (Brasília, COFEN, 2018), tendo como caminho para a elaboração do protocolo. Essa etapa representa um distanciamento entre as ações das práticas assistenciais e a pesquisa, conforme preconiza a PCA, conforme figura 1.

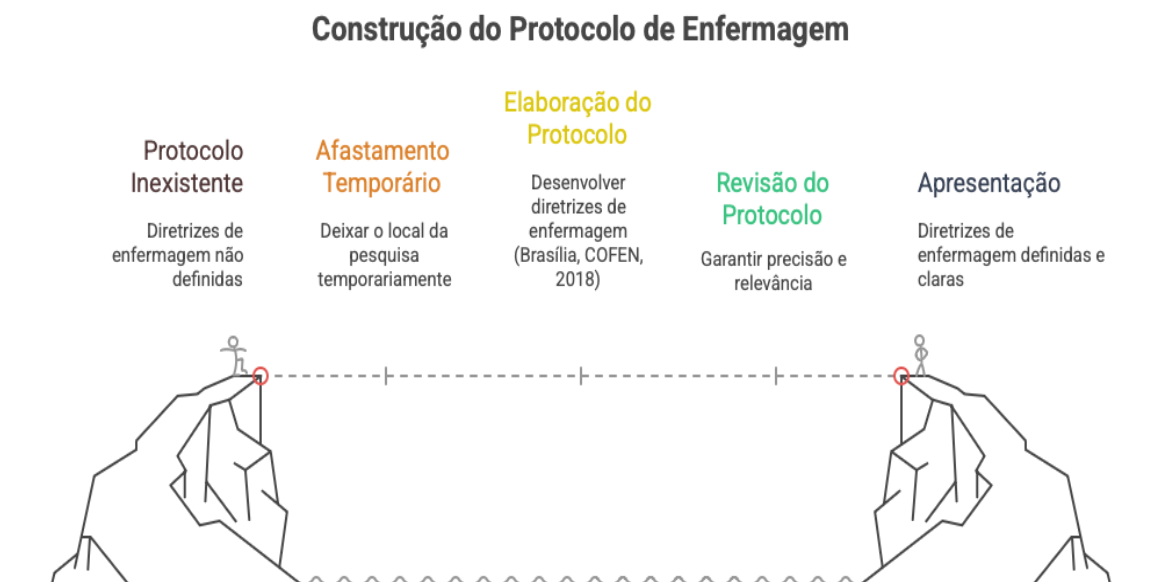


Figura 1 - Construção do protocolo de Enfermagem

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

4.3.6 Sexta etapa

Após isso ocorreu um novo espaço de convergência, onde a primeira versão do protocolo foi apresentada aos enfermeiros para suas contribuições e apreciações, no qual eles verificaram se estava de acordo com a sua realidade. Nesta etapa a pesquisadora realizou duas

perguntas orais, que foram gravadas para análise posterior, “O protocolo está de acordo com a realidade da UBS? “O conteúdo está alinhado com as dificuldades da rotina da UBS ou precisa de alteração?”. Ainda nessa etapa, os participantes efetuaram uma avaliação de todo o processo educativo, falando da importância desse processo para cada uma delas dentro do serviço prestado na unidade.

4.4 Fase de Análise

Por se tratar de uma investigação de natureza convergente-assistencial, o exame das informações qualitativas ocorreu simultaneamente à própria coleta dos dados. Essa dinâmica permitiu à pesquisadora atuar diretamente no cenário estudado, intervindo sempre que a prática demandou. Seguiram-se as etapas sistematizadas por Morse e Field (1995) *apud* (Trentini; Silva, 2023), conforme figura 2:



Figura 2 - Etapas da análise de dados qualitativos

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Na Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA), a análise das informações estrutura-se nesses quatro movimentos: apreensão, síntese, teorização e transferência. O arcabouço teórico

adotado fundamentou-se na análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), que pressupõe leitura rigorosa do material transcrito, identificação de termos e conjuntos de palavras relevantes à investigação e posterior organização desses elementos em categorias que guardam proximidade sintática ou semântica.

Para a descrição dos resultados referentes à entrevistas, grupo convergência, e o workshop, utilizaram-se a observação participante e os registros provenientes do diário de campo e gravação das falas. Na etapa específica de tratamento dos dados dos grupos, aplicou-se a análise manual das falas, pelo método de Bardin (2011).

Após a leitura das entrevistas foi codificado os termos que mais se repetiam ou que estavam em evidência com os objetivos do estudo. Organizando graficamente as palavras de acordo com sua frequência de ocorrência; a segunda evidência vínculos e estruturas de associação entre elas, criando as categorias. As análises adotadas neste estudo baseiam-se na lexicografia fundamental, descrevendo quantidade de palavras, volume de textos e segmentos que compõem o corpus construído a partir das contribuições escritas dos participantes (Camargo; Justo, 2013).

Concluindo a fase analítica, o quarto processo a transferência consistiu em contextualizar e socializar os resultados, favorecendo que outros profissionais e equipes possam se apropriar da experiência. Esse movimento reforça o princípio da **imersibilidade** na PCA, que pressupõe a inserção ativa do pesquisador no cenário assistencial, participando das práticas, compreendendo suas dinâmicas e colaborando para transformações compartilhadas com os envolvidos.

5 ASPECTOS ÉTICOS

Considerando a Resolução CNS 466/12, toda pesquisa com seres humanos envolve riscos em tipos e gradações variadas e há a possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano (BRASIL, 2012). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFAM, em 03 de junho de 2025, sob o Parecer n. 7.616.310 (Anexo A).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta etapa, dedicamo-nos à análise e interpretação dos dados obtidos na pesquisa, com o intuito de compreender de que maneira os resultados encontrados dialogam com a questão norteadora e permitem responder aos objetivos propostos, além de evidenciar as possíveis implicações práticas desses achados.

6.1 Perfil Sociodemográfico da população de pesquisa

Tivemos a participação de sete enfermeiras (18,4%), todas mulheres (18,4%), recebendo acima de 3,500 como salário base sendo (18,4%), tendo (13,2%) representatividade na faixa etária de 32 a 40 anos, e (5,3%) na faixa etária de 28 a 32 anos, todas eram funcionárias públicas (18,4%), tendo apenas (7,9%) com curso de pós-graduação, conforme figura 3.

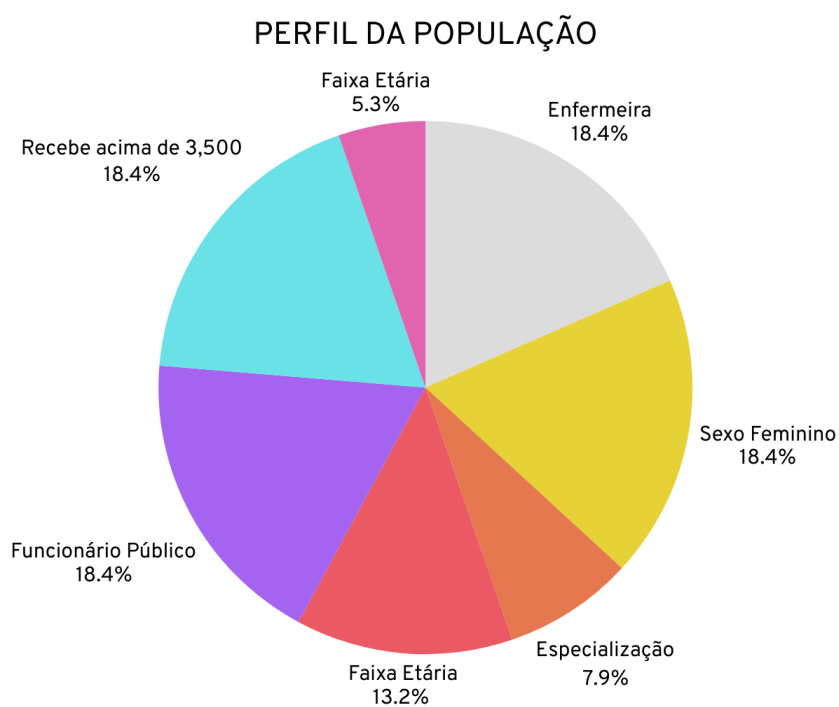


Figura 3 - Perfil da população participante

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

6.1.1 Análise dos dados à luz de Bardin

Aqui analisamos a segunda etapa da coleta, no qual se deu a organização do material oriundo das entrevistas no qual resultou nas transcrições e análises estruturadas, sistematizadas à luz dos pressupostos teóricos de Bardin (2011), com o objetivo de conferir robustez às categorias analíticas e alcançar uma das metas centrais do estudo.

A metodologia de tratamento e interpretação dos dados, igualmente recomendada pela PCA, favorece a transformação do conteúdo coletado em análises reflexivas, sustentadas por observações individuais e gerais derivadas das entrevistas. Essa abordagem considera as percepções dos enfermeiros acerca das concepções, da organização dos serviços, das intervenções adotadas e da elaboração de protocolos assistenciais voltados à prevenção e tratamento de feridas.

Após análise descritiva dos dados emergiram as categorias descritas das falas dos profissionais, dando continuidade com a leitura exaustiva das entrevistas, e falas dos profissionais, através disso foi realizado a identificação de unidades de significado (expressões, temas recorrentes, tensões e percepções) que serão apresentados por Categoria temática dos profissionais, Códigos iniciais, e Unidade de registro (falas dos profissionais) (Quadro 1).

Quadro 1 – Descrição das categorias temáticas, códigos e unidades de registro

Categorias Temáticas, Códigos Analíticos e Trechos Representativos (Bardin, 2011)		
CATEGORIA TEMÁTICA DOS PROFISSIONAIS	CÓDIGOS INICIAIS (CODES)	UNIDADES DE REGISTRO (FALAS DOS PROFISSIONAIS)
1. Trajetória formativa e primeiros contatos com feridas	• Primeira experiência com feridas • Estágio como espaço formador • Influência familiar/profissional	“Meu foi no CECOM... primeiro estágio.” (ENF 6) “No estágio e dentro do hospital.” (ENF 3) “Minha irmã já era enfermeira.” (ENF 4) “Hoje eu não escolho mais a parte das feridas.” (ENF 7)
2. Sentimentos e percepções sobre o cuidado de feridas	• Desconforto / aversão • Vocação / admiração • Empatia e vínculo com o paciente	“Hoje eu não escolho mais a parte das feridas.” (ENF 7) “Eu gosto muito de estar na ponta... criar vínculo.” (ENF 1) “Quem gosta de ferida tem um dom.” (ENF 5)

3. Dificuldades práticas no cuidado e na cicatrização	• Falta de materiais • Uso inadequado de produtos • Conhecimento técnico insuficiente • Resistência do paciente	“Material.” (ENF 2) “Por que está usando colagenase? Está errado.” (ENF 6) “Estou aprendendo o ABCD hoje, menina.” (ENF 1) “Quando ele volta... vem com o mesmo curativo.” (ENF 5)
4. Fragilidades na rotina institucional de curativos	• Ausência de estrutura • Higiene inadequada no domicílio • Falta de adesão do paciente • Reinternações frequentes	“Na sua casa você tem a estrutura que tá aqui?” (ENF 4) “Vai embora e volta uma semana depois com o mesmo curativo.” (ENF 5) “Alguns já vão com material para 15 dias e nem usam correto.” (ENF 7)
5. Necessidade de padronização e orientação técnica	• Procura por referência segura • Desejo de uniformização de condutas • Importância de manuais e POPs	“Eu não sabia o que tinha lá... com o protocolo já saberia o que usar.” (ENF 2) “Tendo o material e o protocolo faz diferença.” (ENF 3)
6. Importância percebida de um Protocolo de Feridas	• Facilita condutas • Melhora técnica • Qualifica o cuidado • Garantia de segurança ao profissional	“Vai facilitar muito... conhecimento das técnicas.” (ENF 1) “Já ia trazer uma base pra quem não tem prática diária.” (ENF 2) “Faz diferença na troca.” (ENF 4)
7. Avaliação do Protocolo apresentado	• Clareza do material • Adequação à realidade local • Reconhecimento dos produtos • Uso futuro	“Está ótimo... bem explicado.” (ENF 1) “Ficou dentro da realidade... eu nem sabia que tinha certos produtos.” (ENF 2) “Explicativo com tudo ilustrativo... bom para usar no dia a dia.” (ENF 3)

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Com isso, fomos para o processo da síntese no qual foi organizado, e agrupado,

reduzindo essas informações (Quadro 2), sempre mantendo o sentido original das falas, apresentada em formato de tópicos com o tema: Síntese interpretativa. Teve como ponto de partida a transformação de dados dispersos em conjuntos organizados, permitindo uma visão ampliada dos fenômenos emergentes.

Quadro 2 – Descrição da síntese das categorias temáticas dividida em sete que surgiram da análise dos textos extraídos dos discursos dos enfermeiros.

Síntese Interpretativa	
Categoria Temática	Síntese Interpretativa
1. Trajetória formativa e primeiros contatos com feridas	Os profissionais apresentam trajetórias formativas diversas, originadas principalmente em estágios, hospitais e territórios ribeirinhos. Essa heterogeneidade resulta em diferentes níveis de segurança e domínio técnico no cuidado de feridas.  Fonte: Autoria própria (grupo convergência)
2. Sentimentos e percepções sobre o cuidado de feridas	As falas evidenciam sentimentos ambivalentes, variando entre vocação e satisfação, e medo, aversão e insegurança. Isso revela a necessidade de suporte institucional e de estratégias de educação permanente para fortalecimento das competências emocionais e técnicas.  Fonte: Autoria própria (Workshop)

3. Dificuldades práticas no cuidado e na cicatrização	Foram identificadas barreiras significativas, como insuficiência de materiais, uso inadequado de coberturas, falta de conhecimento sobre o arsenal terapêutico e dificuldade na avaliação clínica das feridas, indicando necessidade de padronização e qualificação contínua.  Fonte: Autoria própria (grupo convergência)
4. Fragilidades da rotina institucional de curativos	A ausência de padronização nas práticas de curativos contribui para erros técnicos, cronificação de lesões e reinternações evitáveis. As falhas institucionais evidenciam a importância de reorganizar fluxos e processos assistenciais.  Fonte: Autoria própria (grupo convergência)
5. Necessidade de padronização e orientação técnica	Os profissionais reconhecem a importância de diretrizes claras para uniformizar condutas, especialmente entre aqueles com menor experiência. O protocolo surge como ferramenta de segurança clínica, reduzindo divergências e erros.  Fonte: Autoria própria (grupo convergência)

6. Importância percebida de um Protocolo de Feridas	O protocolo é compreendido como instrumento essencial para determinar o produto adequado para cada ferida, padronizar classificações (Wagner, TIME/TIMERS, SINBAD), definir frequência segura de trocas e fortalecer a autonomia profissional.  Fonte: Autoria própria (grupo convergência)
7. Avaliação do Protocolo apresentado	O documento foi avaliado positivamente pelo grupo, sendo considerado claro, aplicável e coerente com a realidade amazônica. Os profissionais afirmam que o protocolo amplia o conhecimento e facilita a tomada de decisão clínica.  Fonte: Autora (avaliação do Protocolo)

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Por último, será apresentada a articulação entre essas classes e a síntese final desta dissertação, correspondente ao protocolo assistencial destinado ao cuidado de pacientes com feridas agudas e crônicas na atenção básica. Assim, esta discussão não apenas se propõe a esclarecer os achados, mas também a situá-los em um contexto mais abrangente, evidenciando sua importância para as práticas de enfermagem em curativos de maior complexidade, especialmente em cenários interculturais, bem como suas possíveis aplicações no cotidiano assistencial de unidades básicas de saúde.

6.2 Construção da Tecnologia Assistencial (produto)

Aqui detalhamos os passos da criação do protocolo de assistência (Apêndice G). O instrumento discute temas ligados ao tratamento e prevenção de lesões agudas e crônicas nas unidades básicas de saúde no contexto amazônico. A elaboração dessa tecnologia é um processo de grande importância para padronizar, dá segurança ao cuidado, do paciente. Tem como objetivo padronizar as intervenções de enfermagem, proporcionando uma abordagem sistemática que pode ser seguida por todos os enfermeiros que atuam na Unidade básica de saúde de Itacoatiara.

O primeiro passo para iniciar a pesquisa foi apresentar para a gestão do município representado pela secretária de saúde, na qual teve interesse no trabalho, liberando a pesquisa e falando com a coordenadora da atenção básica para permitir a realização da pesquisa nas UBS, após isso tivemos o primeiro contato com os enfermeiros na UBS, no qual foi apresentado o projeto de mestrado para as que estavam atuando na unidade através das entrevistas individuais, agendadas pela gestora da unidade.

Com base nisso foi possível iniciar a coleta dos dados através do preenchimento de dois questionários no qual um falava sobre o cuidado de feridas, além de relatos de como era a rotina de curativos, finalizando com o grupo convergência no qual foi realizado com objetivo de entender a visão dos profissionais dentro do tratamento de feridas e sua maior dificuldade na rotina de curativos dentro da UBS, que corroboram com as observações feitas na discussão citando autores falando sobre a falta de preparo dos profissionais e ausência de padronização das intervenções de enfermagem para lidar com atendimento ao paciente portador de feridas.

De forma informal, notou-se a necessidade de aprimorar os processos de assistência prestados e ajustar os procedimentos de trabalho das equipes de enfermagem com foco na padronização das intervenções de enfermagem para o atendimento a pacientes com lesões agudas e crônicas.

Depois de concluir a pesquisa de campo e a análise dos resultados, começou a produção do resultado da pesquisa. Com a assistência de um técnico de informática, desenvolveu-se o protótipo do produto inicialmente chamado "PROTOCOLO PARA TRATAMENTO E PREVENÇÃO DE FERIDAS AGUDAS E CRÔNICAS ", que posteriormente, foi renomeado para "PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: TRATAMENTO E PREVENÇÃO – LESÕES DERMATOLÓGICAS AGUDAS E CRÔNICAS".

O desenvolvimento textual do protocolo foi fundamentado nos dados obtidos por meio das entrevistas, grupos de conversa e no conhecimento teórico obtido através da revisão narrativa. Além da vivência clínica da pesquisadora e das sugestões da professora orientadora do estudo. Importante ressaltar, que existem algumas normativas para construção de protocolos indicadas no “Guia para construção de protocolos assistenciais de Enfermagem” do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP), elaborado por Pimenta *et al.*, (2015), porém, os hospitais e serviços de saúde têm autonomia em desenvolver os seus documentos institucionais, incluindo protocolos, de maneira padronizada, conforme as normativas institucionais (JCI, 2021).

Visto que esse protocolo tem como público-alvo os profissionais de enfermagem da UBS, que atuam em áreas ribeirinhas e comunidades em situação de vulnerabilidade social no município de Itacoatiara/Amazonas. Sua finalidade é padronizar condutas, garantindo segurança, qualidade e equidade no cuidado, desde a prevenção até o manejo adequado das lesões, considerando os recursos disponíveis e o contexto sociocultural da população atendida. Espera-se que este protocolo possa ser utilizado como um instrumento norteador para enfermeiros e demais profissionais de saúde da atenção primária, promovendo práticas efetivas de avaliação, registro, intervenção e acompanhamento as feridas agudas e crônicas, a fim de reduzir complicações, favorecer a cicatrização e melhorar a qualidade de vida dos usuários.

Com base no material pesquisado e nos objetivos apresentados, o protocolo está apresentado da seguinte forma: a) autores; b) apresentação; c) sumário; d) prelo e anexos e) feridas; f) tratamento das feridas agudas e crônicas; g) prevenção de feridas crônicas; h) qual curativo utilizar; i) referências. A implementação do instrumento será após a submissão de validação do protocolo por juizes especialistas.

O protocolo foi elaborado em três etapas sendo a primeira o esboço do conteúdo que foi feito no word em formato de tópicos, no qual teve como base a revisão narrativa e a experiência da pesquisadora na UBS, após isso teve a segunda etapa que foi o encontro da pesquisadora com o designer gráfico onde foi desenhado em um caderno a forma que o protocolo seria apresentado e como gostaria que as figuras ficassem, levando também dois produtos exemplares para ajudar na formatação, após isso a pesquisadora enviou para o designer o esboço original no qual o mesmo definiu a forma textual e gráfica, considerando que esta forma de apresentação confere praticidade, facilidade e compreensão. Quanto à

elaboração textual, foram utilizados os seguintes critérios: a) Texto: Fonte Arial, tamanho 12. b) Espaçamento: 1,5cm entre linhas. c) Bibliografia: Formato Vancouver. No tocante à formatação gráfica, foram inseridos fluxogramas para as intervenções de enfermagem, visto que esse tipo de representação possibilita melhor visualização e favorece a compreensão pelos profissionais (Werneck; Campos; Faria, 2009), além de muitas imagens para melhorar a visualização dos procedimentos.

Para o design gráfico, foram utilizadas ferramentas do software *Microsoft Office Word* 2013. Nessa etapa, foram utilizados os seguintes recursos geométricos e gráficos no layout da página. Na terceira etapa houve a primeira edição no qual o design deu a devolutiva enviado o protocolo para a que pudesse fazer a primeira vista, depois da leitura a pesquisadora com apoio da sua orientadora devolveu para ser realizado os ajustes como paleta de cores, abreviações, formatação de texto, e imagens. Depois desse retorno, o designer finalizou com a última versão apresentada no (Apêndice G).

Esse protocolo possui um impacto significativo na qualidade do atendimento a pacientes com feridas, ele não apenas padroniza as intervenções, mas também considera as especificidades culturais e sociais dessa população, promovendo um cuidado mais respeitoso e eficaz. O protocolo melhora os desfechos clínicos e aumenta a segurança do paciente. Além disso, ao fortalecer a formação e a confiança da equipe de enfermagem, contribui para um atendimento mais integrado e humanizado, essencial para atender às necessidades de saúde dos povos no contexto amazônico. O protocolo poderá ser replicável para garantir a padronização e a qualidade do atendimento em diferentes contextos, pois a flexibilidade do protocolo permite adaptações às realidades locais.

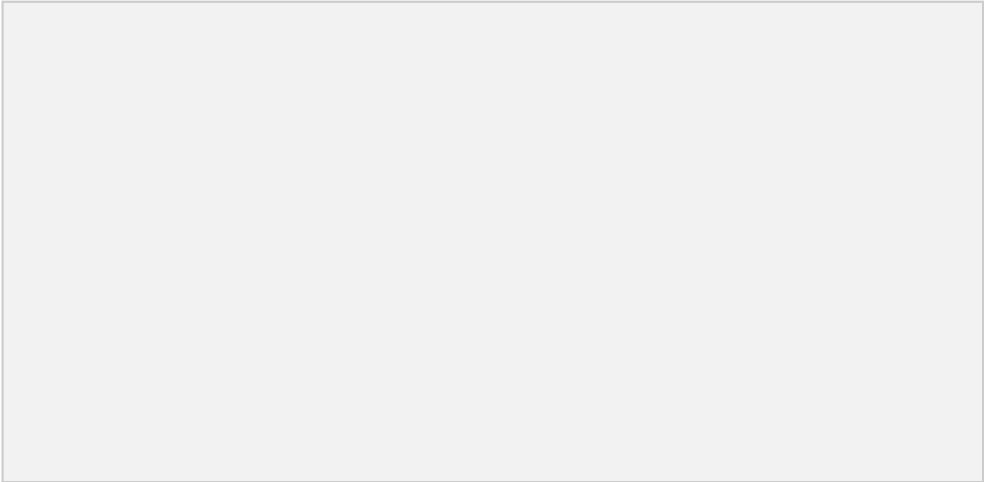
Essa capacidade de adaptação, aliada a uma formação adequada da equipe de enfermagem, facilita a implementação em outros contextos de saúde. Assim, o protocolo não apenas melhora o cuidado imediato, mas também pode ser um modelo a ser seguido em diferentes regiões, promovendo a equidade e a efetividade na assistência.

A elaboração deste protocolo tem como base a solicitação apresentada no curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação Enfermagem no Contexto Amazônico – PPGENF – MP/UFAM. Dessa forma, é viável identificar a linha de pesquisa, que propõe intervenções e inovações tecnológicas no processo de gestão em saúde e em enfermagem, resultando em diferentes tecnologias educativas sob a forma de glossário, protocolos, cartilhas, dentre outras, que auxiliarão o enfermeiro na tomada de decisão, no cuidado aos

povos indígenas e outras populações que vivem em situação de vulnerabilidade no contexto amazônico.

A elaboração deste protocolo (figura 4) faz parte de um macro projeto de pesquisa, conduzido em parceria com o PPGENF – MP/UFAM. Este produto é financiado pela própria autora. O protocolo será divulgado por meio digital disponibilizado nos canais oficiais do PPGENF MP-UFAM, como site: <https://ppgemp.ufam.edu.br/>, além da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da UFAM: <https://tede.ufam.edu.br/>.





Quanto ao tipo de cicatrizaçãoTM

A cicatrização pode ocorrer de diferentes formas:

- PRIMEIRA INTENÇÃO**
 - Feridas de ferida espontâneas, com bordos limpos, com pouca perda de tecido e de pouca profundidade.
- SEGUNDA INTENÇÃO**
 - ocorre quando há perda tissular significativa, caracterizada por grande perda de tecido e de pouca profundidade.
- TERCEIRA INTENÇÃO (INTENCIONAL, DE TERCEIRA INTENÇÃO)**
 - fechamento cirúrgico tardio, após controle da contaminação da ferida.

Quanto ao tempo de evoluçãoTM

O tempo de evolução é critério essencial para diferenciar feridas:

- AGUDAS**
 - seguem o processo fisiológico normal de cicatrização, com tempo esperado em até 4-6 semanas.
- CRÔNICAS**
 - apresentam atraso na cicatrização, geralmente superior a 6 semanas, podendo estar associadas a comorbidades como diabetes, insuficiência renal ou pressão arterial elevada.

FASES DE CICATRIZAÇÃO

A cicatrização de feridas é um processo dinâmico, complexo e ordenado, dividido em três fases independentes: inflamatória, proliferativa e de remodelamento ou maturaçãoTM.

A fase inflamatória inicia-se imediatamente após a lesão e pode durar de 48 a 96 horas, caracterizando-se pela vasoconstrição inicial, seguida de vasodilatação, migração de leucócitos, principalmente neutrófilos e macrófagos, que atuam na limpeza do leito da ferida por meio da fagocitose de microrganismos e restos celulares, além da liberação de mediadores inflamatórios que regulam a resposta localTM.

Quanto ao grau de contaminaçãoTM

O grau de contaminação indica o risco de infecção:

- LIQUIDA**
 - feridas superficiais, sem contato com microrganismos.
- POTENCIALMENTE CONTAMINADA**
 - feridas e traumatismos recentes sem contato efetivo de infecção.
- CONTAMINADA**
 - presença de microrganismos no campo cirúrgico, sem sinais evidentes de infecção.
- INFECTADA**
 - sinais clássicos de infecção, como pus, odor fétido, e ferida e tecido local.

Quanto à profundidadeTM

A profundidade da lesão indica a extensão do dano tecidual:

- SUPERFICIAL**
 - acometem apenas a epiderme.
- PARCIAL**
 - atingem epiderme e derme.
- TOTAL DO PROPRIUM**
 - comprometem todos os camadas da pele e podem envolver tecido subcutâneo, músculo, tendão ou osso.

Quanto à aparência do exsudatoTM

O exsudato fornece informações importantes sobre o estágio da cicatrização e risco de infecção:

- SEROSO**
 - líquido claro, típico da fase inflamatória inicial.
- SEROSANGÜÍNEO**
 - rosado, com pequena quantidade de sangue.
- SANGÜÍNEO**
 - vermelho vivo, indica sangramento ativo.
- PURULENTO**
 - amarelado, esverdeado ou amarelado, geralmente com odor fétido, indicativo de infecção.

FASE INFLAMATÓRIA

Sob o nome inicial em que o corpo responde à lesão, o sistema imunológico age para controlar qualquer infecção. Essa fase é inflamatória, com células brancas do sangue combatendo bactérias e limpando a área.

FASE PROLIFERATIVA

Nessa fase, células como fibroblastos convertem o sangue e tecido danificado, criando uma matriz de colágeno. Isso ajuda a sustentar o novo tecido. Essas células também se tornam parte da rede vascular da pele.

FASE DE MATURAÇÃO

É quando o tecido cicatriza e se torna mais forte. O colágeno se reorganiza e a cicatriz se torna mais forte. Essa fase leva até seis meses ao ano e a cicatriz pode continuar a remodelar-se ao longo do tempo.

Na fase proliferativa, que pode estender-se por até três semanas, ocorre a formação do tecido de granulação, composto por fibroblastos, colágeno, angiogênese e deposição de matriz extracelular, além da reepitelização pela migração de queratinócitos das bordas da ferida. Esse processo é fundamental para o fechamento progressivo do defeito tecidual²⁴.

Por fim, a fase de remodelamento ou maturação pode perdurar por meses a anos e consiste na reorganização do colágeno, na diminuição da celularidade e da vascularização do tecido recém-formado, aumentando a resistência à tensão da cicatriz, que embora se fortaleça, nunca atinge 100% da força do tecido original. O entendimento dessas fases permite ao enfermeiro intervir de maneira assertiva, favorecendo um ambiente ideal para a reparação tecidual e prevenindo complicações²⁵.

FERIDAS DE DIFÍCIL CICATRIZAÇÃO

Segundo o consenso implementando WOUNDS (2016), feridas que não apresentem redução de 40 a 50% em seu tamanho após quatro semanas de cuidados adequados, são classificadas como de difícil cicatrização. É possível que a ferida esteja presente há um período significativamente maior, já que o paciente pode ter adiado a busca por cuidados ou acreditado que o tratamento não era necessário. No entanto, para fins de acompanhamento, considera-se como ponto de partida a primeira visita registrada no acatamento desta lesão²⁶.

A adoção de estratégias voltadas à prevenção e ao cuidado de pessoas com feridas como o fortalecimento da educação em saúde, o empoderamento dos pacientes e a melhoria no registro e na atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF), pode contribuir de forma significativa para a qualidade de vida dos pacientes, para a organização do trabalho dos profissionais de saúde e para o aprimoramento do sistema de saúde local²⁷.

Entre os fatores que contribuem para essa dificuldade no processo de cicatrização, destaca-se a presença do biofilme. O biofilme é uma comunidade microbiana organizada (bactérias e/ou fungos) envolta numa matriz polimérica autoproduzida que adere ao leito da ferida e protege os microrganismos da resposta imune e de muitos antimicrobianos. No ciclo fisiopatológico, o biofilme gera um microambiente pró-inflamatório, produz enzimas e toxinas que degradam matriz e fatores de crescimento, e favorece fenótipos microbianos mais resistentes a antimicrobianos sistêmicos e tópicos, contribuindo para multiresistência e insucesso terapêutico se abordado de forma isolada^{28,29}.

CICLO DO BIOFILME

1. Fixação e adesão
2. Formação de microcolônias e produção de matriz extracelular
3. Formação de microcolônias em multicolônias
4. Maturação do biofilme, com estabelecimento de uma rede de comunicação entre as células
5. Dependência crescente da comunicação para sobrevivência

As diretrizes e consensos internacionais reforçam que, na prática clínica, muitas feridas crônicas "potencialmente" hospedam biofilme e que o manejo deve priorizar procedimentos que removam e interrompam a formação do biofilme (preparo de leito: limpeza e debridamento) combinado com medidas que inibam a reconstituição (higiene da ferida, uso criterioso de antissépticos/curativos antimicrobianos, e vigilância/avaliação contínua)³⁰.

TRATAMENTO DE FERIDAS AGUDAS E CRÔNICAS

LESÃO POR PRESSÃO (LP)

Conceito

Em 10 de abril de 2006, o National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) comunicou a alteração do termo "úlceras por pressão" para "lesão por pressão" (LP), além de revisar a nomenclatura dos estágios em seu sistema de classificação³¹.

Lesão por pressão é um dano localizado que afeta a pele e/ou os tecidos moles subjacentes, geralmente desenvolvido sobre saliências ósseas ou em áreas em contato com dispositivos médicos ou outros objetos. Essas lesões podem surgir tanto em pele aparentemente intacta quanto como feridas abertas, e costumam ser dolorosas³².

TATETAMENTO DE FERIDAS AGUDES E CRNICAS

Desbridamento enzimático: utilização de enzimas exógenas. A escolha da enzima deve ser baseada no tipo de tecido presente e no pH da pele.

AUTOLÍTCOS



ENZIMÁTICOS

Para utilizar em pH entre 5 e 6 e sua ação é baseada no efeito de colágeno responsável pelo colapso do tecido necrótico da ferida de tecido.

A aplicação deve ser em pH de 5 a 6 e em temperatura entre 25 e 30°C. Concentração de 2 a 4% - Estende tecido de granulação. Concentração de 4 a 8% - Estimula. Concentração de 8 a 10% - Remoção de tecido.

10000 47

TATETAMENTO DE FERIDAS AGUDES E CRNICAS

Desbridamento mecânico: trata-se de método não seletivo, pois retira também o tecido viável.

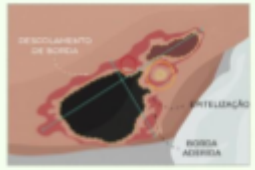
Desbridamento instrumental: procedimento realizado exclusivamente por médicos e enfermeiros, exige dos profissionais competência, conhecimentos das estruturas anatômicas e dos riscos.

RECONHECENDO OS TECIDOS

ASPECTO	TECIDO SANO	TECIDO SANGUE	TECIDO SANGUE	TECIDO SANGUE	TECIDO DE GRANULAÇÃO
COR	vermelho ou rosado	vermelho	vermelho	vermelho	vermelho
TEXTURA	lisa	amolecida e elástica	amolecida e elástica	amolecida e elástica	amolecida e elástica
ADERÊNCIA	aderência	aderência	aderência	aderência	aderência
EXEMPLO					

10000 48

TATETAMENTO DE FERIDAS AGUDES E CRNICAS



I - Infection / Inflammation

Infecção/Infecção

Objetivo: identificar e controlar infecção e biofilme.

- Verificar sinais locais (dor, calor, rubor, exsudato purulento, odor) e sinais sistêmicos.
- Utilizar diretrizes mais recentes do IDI 2022 para manejar biofilme e infecção tipo de limpeza, frequência, uso de antimicrobianos tópicos ou sistêmicos conforme gravidade⁽¹⁾.
- Existência de que -60% das feridas crônicas têm biofilme -> o protocolo deve assumir presença do biofilme quando ferida não cicatriza conforme esperado⁽²⁾.

10000 49

TATETAMENTO DE FERIDAS AGUDES E CRNICAS

M - Moisture

Umidade

Objetivo: manter o ambiente ideal (nem ressecado, nem macerado).

- Seleção de curativos modernos: hidrogéis para hidratação, alginatos e hidrocolóides para exsudato moderado, alginatos ou curativos superabsorventes para alto exsudato, conforme evidência recente⁽¹⁾.
- Monitoramento do exsudato: se saturando rápido, mudar curativo mais com frequência.
- Proteção da pele perilesional com creme barreira (evitar maceração).



10000 50

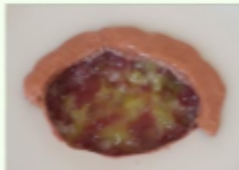
TATETAMENTO DE FERIDAS AGUDES E CRNICAS

E - Edge

Bordas

Objetivo: bordas ativas, promover migração epitelial.

- Avaliar bordas quanto a maceração, bordas enroladas ou estacionadas.
- Proceder ao desbridamento (aglutinação de bordas periféricas se bordas inativas).
- Uso de barreiras cutâneas para proteger a pele ao redor.
- Existência recente de biomateriais que auxiliam regeneração de bordas e migração epitelial (hidrogéis, nanofibras) está emergindo⁽²⁾.



10000 51

TATETAMENTO DE FERIDAS AGUDES E CRNICAS

R - Regeneration / Repair

Regeneração/Reparo

Objetivo: acelerar cura e reparo tecidual.

- Avaliar terapias adjuvantes disponíveis: por exemplo, compressão + eletroestimulação neuromuscular em úlceras venozas mostra redução do tempo para fechamento de ferida nos estudos recentes (2025) comparado a controles retrospectivos⁽¹⁾.

S - Social

Fatores sistêmicos

Objetivo: remover barreiras externas e cuidar da pessoa inteira.

- Avaliar adesão do paciente, acesso a curativos, higiene, nutrição, suporte familiar.
- Educação em saúde contínua.
- Identificar fatores de risco como mobilidade reduzida, incontinência, isolamento, que possam retardar cicatrização.

10000 52

TATETAMENTO DE FERIDAS AGUDES E CRNICAS

Protocolo na UBS

Use a abordagem TIMERS para guiar decisões: avaliação -> limpeza/desbridamento -> escolha do curativo -> revisão⁽¹⁾.

Mantém-se ambiente úmido, que favorece a cicatrização, selecionando curativos conforme o tipo de tecido e o volume de exsudato; nenhuma família de curativos é universalmente eficaz - a escolha deve ser baseada nas características da ferida⁽²⁾.

Técnica estéril versus limpa: em muitos cenários comunitários de feridas crônicas, a técnica limpa ou a prática aséptica adequada apresenta evidência aceitável; já procedimentos cirúrgicos, incisões recentes ou pacientes imunossuprimidos podem exigir técnica estéril. Sempre seguir normas locais⁽³⁾.

Controle de biocarga/biofilme e diagnóstico precoce de infecção são fundamentais: identificar sinais locais e sistêmicos e iniciar de forma decisiva (desbridamento + higiene + antimicrobiano tópico e/ou sistêmico quando indicado)⁽⁴⁾.

10000 53

TATETAMENTO DE FERIDAS AGUDES E CRNICAS

Passo a passo detalhado

(ferida crônica não infectada)

1. Preparação

- Verificar indicação e ordem médica. Conferir histórico (diabetes, anticoagulantes, AINEs, alergia).
- Reunir materiais, posicionar paciente e explicar procedimento. Avaliar dor; administrar analgesia prévia se necessário.
- Higienizar mãos e colocar EPI - medida mais eficaz na prevenção de infecção.

2. Avaliação antes da remoção

- Observar curativo externo (saturação, odor, sangramento).
- Avaliar sinais vitais se houver suspeita de infecção. Documentar.

3. Remoção do curativo antigo

- Técnica suave e atraumática; se aderido, umedecer com SF 0,9% para evitar trauma ao tecido viável.

10000 54

TATETAMENTO DE FERIDAS AGUDES E CRNICAS

4. Inspeção e mensuração da ferida

- Mensurar comprimento, largura, profundidade.
- Avaliar tecido do leito, exsudato, odor, dor, bordas e pele perilesional.
- Registrar em fotografia se permitido.
- Organizar achados segundo TIMERS.

5. Limpeza do leito

- Realizar com SF 0,9% ou solução surfactante recomendada.
- Evitar uso rotineiro de agentes clorados (ex: H₂O₂).
- Não recomenda higiene direcionada para reduzir biofilme.
- Utilizar solução de povidona quando houver sinais de infecção deixando agir por 5 minutos na ferida.

6. Desbridamento (quando indicado)

- Indicado em presença de tecido desvitalizado.
- Pode ser autolítico, estomático ou cirúrgico, sempre por profissional habilitado.

10000 55

TRATAMENTO DE FERIDAS AGUDAS E CRÔNICAS

7. Escolha e aplicação do curativo primário

Basear em tecido, exsudato, risco de infecção e dor:

- Ferida seca/necrose: hidrogel (hidratação).
- Pouco exsudato: hidrocolóide, hidrogel, ou gaze não aderente.
- Exsudato moderado: espuma absorvente.
- Exsudato alto: alginato ou superabsorventes.
- Infecção/biofilme: curativos antimicrobianos (graxa) por tempo limitado.

8. Curativo secundário e fixação

- Aplicar as gazes em cima da cobertura primária, e fixar sem comprometer a circulação.

9. Controle da dor e conforto

- Preferir coberturas não aderentes (silicone, filmes).
- Avaliar a dor antes, durante e após a troca.

10. Orientações e educação

- Informar sinais de alarme: febre, dor intensa, exsudato purulento, odor fétido, rubor progressivo.
- Orientar sobre pele perilesional, mudanças de decúbito, nutrição e glicemia.

capítulo 38

TRATAMENTO DE FERIDAS AGUDAS E CRÔNICAS

11. Registro

- Documentar: data, avaliador, medidas, tipo de curativo, analgesia e plano de seguimento.
- Fotos, se protocolo permitir.

12. Seguimento

- Troca conforme exsudato e tipo de curativo (24-48h em feridas muito exsudativas).
- Evitar trocas desnecessárias que atrasam a cicatrização.

Se houver infecção local ou biofilme

- Sinais locais: dor aumentada, exsudato purulento, calor, rubor, perda rápida de tecido.
- Sinais sistêmicos: febre, calafrios, taquicardia, hipotensão.
- Medidas: documentar, limpar, debridar se necessário, aplicar antisséptico apropriado, discutir antibiótico sistêmico e solicitar cultura conforme protocolo.



capítulo 40

TRATAMENTO DE FERIDAS AGUDAS E CRÔNICAS

Notas baseadas em evidência

1. Abordagem TIMERS organiza e prioriza intervenções.
2. Solução padrão da limpeza é o PPHS, quando não disponível utilizar o soro fisiológico 0,9%.
3. Nenhum curativo é universalmente superior; a seleção depende da ferida.
4. Técnica limpa pode ser suficiente em feridas crônicas comunitárias.
5. Controle de biofilme e identificação precoce de infecção melhoram resultados.

capítulo 38



PREVENÇÃO DE FERIDAS CRÔNICAS

LESÃO POR PRESSÃO (LP)

A lesão por pressão (LPP) é uma complicação evitável, relacionada principalmente à imobilidade, fricção, cisalhamento e umidade excessiva, que comprometem a integridade da pele e tecidos subjacentes. Sua ocorrência está associada ao aumento da morbimortalidade, prolongamento do tempo de internação e sobrecarga dos serviços de saúde. A prevenção, portanto, deve ser considerada prioridade nos protocolos de cuidado de enfermagem, tanto em atenção primária quanto em serviços de média e alta complexidade.

A avaliação do risco é o primeiro passo para a prevenção e pode ser realizada por meio de escalas validadas, como a **Escala de Braden**, que auxilia o enfermeiro a identificar pacientes com maior vulnerabilidade. A partir dessa avaliação, estratégias de intervenção devem ser aplicadas de forma individualizada⁽²⁾⁽³⁾.

capítulo 40

PREVENÇÃO DE FERIDAS CRÔNICAS

Escala de Braden

Avalia o risco de lesão por pressão

movimento físico	transferência	atividade	humidade	nutrição	percepção
com facilidade	com facilidade	normal	seca (normal)	adequada	sem risco
com dificuldade	com dificuldade	normal	seca (normal)	adequada	sem risco
com dificuldade	com dificuldade	normal	seca (normal)	adequada	sem risco
com dificuldade	com dificuldade	normal	seca (normal)	adequada	sem risco
com dificuldade	com dificuldade	normal	seca (normal)	adequada	sem risco

Classificação:

Risco alto < 12
Risco médio 13-15
Risco baixo 16-18
Sem risco >19

capítulo 41

PREVENÇÃO DE FERIDAS CRÔNICAS

As medidas preventivas incluem:

- **Mudança de decúbito regular** (de acordo com a necessidade do paciente).
- **Uso de superfícies de redistribuição de pressão** (colchões e almofadas especiais, quando disponíveis).
- **Manutenção da pele limpa, hidratada e seca**, com atenção especial à incontinência urinária e fecal.
- **Suporte nutricional adequado**, avaliando ingestão de proteínas, calorias, vitaminas e minerais essenciais à cicatrização.
- **Educação em saúde** para paciente, família e cuidadores sobre inspeção da pele, alívio de pressão e importância do autocuidado.
- **Registro sistemático da pele** e da evolução dos cuidados, garantindo continuidade da assistência.

capítulo 42

PREVENÇÃO DE FERIDAS CRÔNICAS

• A utilização de **coberturas de espuma de poliuretano** tem sido fortemente recomendada como estratégia complementar de prevenção em pacientes de alto risco, especialmente em áreas de proeminências ósseas (sacro, calcâneo, trocânteres, máléolos). Essas espumas atuam promovendo **redistribuição da pressão**, reduzindo fricção e cisalhamento, além de auxiliarem no controle da **umidade local**, o que favorece a manutenção da integridade cutânea⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾.

• O NPIAP/EPUP/PPPIA (2023) recomenda o uso de espuma de poliuretano profilática em pacientes críticos, acamados ou com mobilidade reduzida, em associação às demais medidas preventivas como reposicionamento, suporte nutricional e cuidados com a pele. Evidências demonstram que a aplicação dessas coberturas pode reduzir significativamente a incidência de lesão por pressão, sobretudo em unidades de internação prolongada e em domicílio quando bem orientado⁽²⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾.

capítulo 43

PREVENÇÃO DE FERIDAS CRÔNICAS

Na prática da Unidade Básica de Saúde (UBS) e em comunidades vulneráveis, a prevenção deve estar centrada na **educação do cuidador/família**, no incentivo ao **reposicionamento** e no uso de **recursos alternativos de baixo custo** (ex.: travesseiros, lençóis enrolados, almofadas de espuma) quando não houver dispositivos especializados. A identificação precoce de áreas de hiperemia persistente e a intervenção imediata são fundamentais para evitar a progressão da lesão.

capítulo 44

PREVENÇÃO DE FOMENTO CRÍTICO

DOENÇA DO PÉ RELACIONADA A DIABETES MELLITUS

Trata-se de uma condição que impacta diretamente a qualidade de vida do paciente e representa um importante desafio para os serviços de saúde, sobretudo na atenção primária. A prevenção é a estratégia mais eficaz para reduzir a incidência de complicações graves⁽¹⁾⁽²⁾.

As ações de prevenção primária incluem:

- **Avaliação clínica regular dos pés:** deve ser realizada pelo enfermeiro em toda consulta de acompanhamento do paciente com DM, utilizando ferramentas validadas (ex.: monofilamento de 10 g, diapasão 128 Hz, inspeção visual).
- **Educação em saúde:** orientar paciente e familiares sobre higiene diária dos pés, secagem adequada, hidratação da pele (evitando espaços interdigitais), corte correto das unhas e uso de calçados adequados.

104

PREVENÇÃO DE FOMENTO CRÍTICO

- **Identificação precoce de fatores de risco:** neuropatia, deformidades, pele ressecada, presença de calosidades, micoses, má circulação ou lesões prévias.
- **Controle glicêmico rigoroso:** manter níveis de glicemia, pressão arterial e perfil lipídico dentro das metas recomendadas reduz o risco de complicações micro e macrovasculares.

As medidas de prevenção secundária devem focar no paciente que já apresenta fatores de risco ou lesões prévias, sendo indicadas:⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾

- **Encaminhamento precoce ao especialista** quando identificados sinais de isquemia ou ulceração.
- **Uso de calçados ortopédicos ou palmilhas personalizadas** em casos de deformidades estruturais.
- **Monitoramento mais frequente da integridade da pele e de possíveis áreas de hiperemia persistente.**

105

PREVENÇÃO DE FOMENTO CRÍTICO

Por fim, a prevenção terciária visa evitar recidivas em pacientes com história de úlceras ou amputações, reforçando as práticas de autocuidado, acompanhamento multidisciplinar contínuo e suporte social para adesão ao tratamento.

O papel do enfermeiro na Unidade Básica de Saúde é essencial para coordenar essas ações, atuando de forma educativa, preventiva e preventiva, garantindo que as práticas sejam adaptadas à realidade do território, especialmente em comunidades vulneráveis e ribeirinhas, onde o acesso a recursos especializados pode ser limitado.

106

QUAL CURATIVO UTILIZAR?

A ESCOLHA DO CURATIVO

• A definição do curativo é apenas uma parte do processo de tratamento das feridas;

• Não existe solução mágica para o cuidado das lesões. O tratamento é constituído por uma sequência de condutas, orientações e cuidados contínuos;

• Cada ferida e cada paciente devem ser avaliados de maneira individualizada;

• Nem todo tipo de cobertura é adequado para todas as lesões ou para todas as etapas do processo cicatricial, sendo necessário escolher conforme a fase de cicatrização;

• Para alcançar bons resultados, o profissional precisa elaborar um plano de cuidados personalizado, alinhado ao protocolo assistencial;

107

QUAL CURATIVO UTILIZAR?

Os princípios fundamentais de cuidado com feridas devem guiar todas as intervenções.

O curativo ideal deve cumprir, sempre que possível, as seguintes funções:

- Estimular o desbridamento autolítico;
- Manter o equilíbrio da umidade no leito da ferida;
- Favorecer a angiogênese;
- Estimular a formação de tecido de granulação;
- Proteger as terminações nervosas, reduzindo a dor;
- Facilitar a reepitelização sem causar trauma ou maceração das bordas;
- Servir como barreira contra microrganismos;
- Ser impermeável à água;
- Permitir a troca gasosa, sendo permeável ao vapor;
- Possibilitar remoção fácil, sem danificar o tecido recém-formado.

108

QUAL CURATIVO UTILIZAR?

GUIA DE AVALIAÇÃO E ESCOLHA DO PRODUTO

Situação Clínica	Condições Locais das Feridas	Características de Cuidados	Indicação Clínica de Produtos
FERIDA DE RECÉM	Exposição total da ferida, limpeza e desbridamento, controle de dor, controle de infecção, controle de hemorragia e controle de edema.	A escolha do curativo deve estar baseada no tipo de ferida, no estado da ferida, no tipo de tecido que precisa ser protegido, no tipo de tecido que precisa ser removido, no tipo de tecido que precisa ser protegido, no tipo de tecido que precisa ser removido.	Hidrogel, hidrocolóide, espuma, carvão ativo, alginato.
INFECÇÃO LOCAL	Características locais: dor, vermelhidão, calor, inchaço, pus, odor, febre.	O manejo da ferida deve ser baseado no tipo de infecção, no tipo de tecido que precisa ser protegido, no tipo de tecido que precisa ser removido, no tipo de tecido que precisa ser protegido, no tipo de tecido que precisa ser removido.	Antibiótico tópico, antisséptico, hidrogel, hidrocolóide, espuma, carvão ativo, alginato.
PROLONGADA	Características locais: dor, vermelhidão, calor, inchaço, pus, odor, febre.	O manejo da ferida deve ser baseado no tipo de infecção, no tipo de tecido que precisa ser protegido, no tipo de tecido que precisa ser removido, no tipo de tecido que precisa ser protegido, no tipo de tecido que precisa ser removido.	Hidrogel, hidrocolóide, espuma, carvão ativo, alginato.

109

QUAL CURATIVO UTILIZAR?

Situação Clínica	Condições Locais das Feridas	Características de Cuidados	Indicação Clínica de Produtos
FERIDA DE RECÉM	Exposição total da ferida, limpeza e desbridamento, controle de dor, controle de infecção, controle de hemorragia e controle de edema.	A escolha do curativo deve estar baseada no tipo de ferida, no estado da ferida, no tipo de tecido que precisa ser protegido, no tipo de tecido que precisa ser removido, no tipo de tecido que precisa ser protegido, no tipo de tecido que precisa ser removido.	Hidrogel, hidrocolóide, espuma, carvão ativo, alginato.
INFECÇÃO LOCAL	Características locais: dor, vermelhidão, calor, inchaço, pus, odor, febre.	O manejo da ferida deve ser baseado no tipo de infecção, no tipo de tecido que precisa ser protegido, no tipo de tecido que precisa ser removido, no tipo de tecido que precisa ser protegido, no tipo de tecido que precisa ser removido.	Antibiótico tópico, antisséptico, hidrogel, hidrocolóide, espuma, carvão ativo, alginato.
PROLONGADA	Características locais: dor, vermelhidão, calor, inchaço, pus, odor, febre.	O manejo da ferida deve ser baseado no tipo de infecção, no tipo de tecido que precisa ser protegido, no tipo de tecido que precisa ser removido, no tipo de tecido que precisa ser protegido, no tipo de tecido que precisa ser removido.	Hidrogel, hidrocolóide, espuma, carvão ativo, alginato.

110

QUAL CURATIVO UTILIZAR?

Padronização de curativos avançados do Sistema Único de Saúde (SUS)

Os produtos foram selecionados de maneira estratégica para abranger todas as fases do processo de cicatrização, garantindo suporte adequado desde a avaliação inicial até as etapas avançadas do tratamento. A distribuição dos recursos ocorrerá de acordo com a demanda específica de cada unidade de saúde, considerando o perfil epidemiológico local e as características clínicas dos pacientes em acompanhamento.

Recomenda-se que cada equipe realize uma análise situacional das necessidades da unidade, identificando os tipos de feridas mais prevalentes, os recursos disponíveis e possíveis lacunas assistenciais. A partir desse diagnóstico, deve-se definir quais produtos são essenciais e em quais condições clínicas devem ser solicitados.

todas as requisições de materiais devem ser formalizadas e submetidas à aprovação do gerente da unidade e/ou do profissional responsável pelo manejo de feridas, assegurando que o uso dos produtos seja racional, padronizado e alinhado às diretrizes assistenciais.

111

TABELA DE PADRONIZAÇÃO DE CURATIVOS DISPONÍVEIS NA REDE			
Categoria de Produto	Características Principais	Indicações de Uso	Condições de Uso do Produto
Antimicrobianos	Ativação	Indicação de feridas	Antimicrobianos devem ser aplicados apenas em feridas abertas, com risco de infecção, para feridas com lesões, abrasões ou queimaduras superficiais e com infecção. Não devem ser usados em feridas com tecido necrótico, pois isso pode aumentar o risco de infecção.
Agentes de Célula	Ativação	Indicação de feridas	Agentes de célula devem ser aplicados em feridas com tecido necrótico, para remover o tecido morto e promover a cicatrização.
Curativos Adesivos	Ativação	Indicação de feridas	Curativos adesivos devem ser aplicados em feridas com tecido saudável, para proteger a ferida e promover a cicatrização.
Curativos Não Adesivos	Ativação	Indicação de feridas	Curativos não adesivos devem ser aplicados em feridas com tecido saudável, para proteger a ferida e promover a cicatrização.

QUIL CURATIVO UTILIZAR?
Observações adicionais sobre os produtos para tratamento de feridas ANTIMICROBIANOS • Usado para controlar ou reduzir bactérias localizadas no leito das feridas, sejam contaminadas e/ou infectadas; • Os curativos contêm prata ou PHMB que diminuem o nível microbiano na ferida; • Não substitui antibióticos sistêmicos para infecção em tecidos mais profundos; • Não deve ser usado se houver hipersensibilidade à prata ou PHMB. ESPUMAS COM OU SEM SILICONE • Promovem o equilíbrio da umidade e reduzem a troca de curativos – bloqueiam o exsudado para evitar vazamento e maceração do leito e bordas da ferida; • Usadas em feridas com exsudação moderada ou intensa; • Preencha o espaço morto com uma espuma; • As espumas são à prova d'água;

QUIL CURATIVO UTILIZAR?
• Algumas espumas possuem tecnologia amidiante ao leito da ferida, com camada de silicone suave, que aderem suavemente e com segurança na pele intacta, não aderindo ao leito da ferida; • Espumas são atraumáticas para o leito da ferida; • Não use creme barreira ao redor da lesão antes de aplicar a espuma. HIDROFIBRA • Uso: Converte em um gel quando ativado com umidade e estimula desbridamento autolítico; • Usar quando houver quantidades moderadas de exsudado; • Não deve ser usado em feridas secas; • Requer um curativo secundário. HIDROGEL • Uso: É um hidrogel amolecido, com propriedade hidratante; • Adiciona umidade (tecido necrosado reidratado), absorve uma pequena quantidade de exsudado e evita o ressecamento do leito da ferida, criando um ambiente úmido e favorecendo assim o desbridamento autolítico;

QUIL CURATIVO UTILIZAR?
• A pele peri-ferida deve ser protegida da maceração, com uso de creme/água barreira; • Requer um curativo secundário e mudar pelo menos a cada 24h dias. CURATIVOS NÃO ADERENTES • Uso: Curativos não aderentes, flexíveis e porosos com baixa adesão ao tecido evita que o curativo grude na ferida; • Serve como uma camada de contato que permite a transferência de exsudado para curativo secundário; • Indicado para feridas que são dolorosas ou friáveis; • Reduz a dor durante as trocas de curativos; • Pode ser composto de silicone, lã, malha; • Facilita a aplicação de produtos tópicos.

QUIL CURATIVO UTILIZAR?
PROTETORES CUTÂNEOS/CREME BARREIRA • Protege a pele peri-ferida de maceração, irritação ou ferimento causados pelos adesivos; • Na apresentação líquida, de secagem rápida deve ser usado para fornecer uma fina camada de proteção na pele; aumenta a adesão aos curativos de cobertura; • Na apresentação creme, deve ser usado em áreas de risco de maceração, como bordas de lesões exsudativas, peri gastrostomia, peri ileostomia, área glútea urinária, quando uso de fraldas e/ou presença de lesão.

REFERÊNCIAS
1. Rodriguez AM, Rodriguez J, Rodriguez J, Gonzalez S. Paracetamol of drugs (paracetamol), a complete non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAID) in the treatment of rheumatoid arthritis (RA). <i>Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics</i>. 2000; 25(1): 1-10. Disponível em: https://doi.org/10.1046/j.1365-2710.2000.00100.x 2. Carreira JMBM. <i>Medicina de Farmacologia e a pele</i>. 1994. Rev. 1994. 1994. 1994. 1994. 3. Avelar ME. <i>Desenvolvimento de formas farmacêuticas</i>. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2000. 4. Figueiredo C, Oliveira M. <i>Atividade anti-inflamatória e analgésica de curativos adesivos</i>. 2000; 25(1): 1-10. Disponível em: https://doi.org/10.1046/j.1365-2710.2000.00100.x 5. Sandoval-Rodriguez A, et al. International Surgical Wound Complications Advisory Panel. <i>Journal of Wound Care</i>. 2000; 10(1): 31-33. Disponível em: https://doi.org/10.1054/joc.2000.3100 6. Santos WCC, et al. Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem. São Paulo: Manole, 2016. 7. Avelar ME, Borges JI. Feridas: fundamentos e práticas em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. 8. Sandoval-Rodriguez A, Rodriguez J, Rodriguez J, Gonzalez S. <i>Desenvolvimento de curativos para o tratamento clínico das feridas</i>. <i>Revista Brasileira de Cirurgia - Medicina</i>. 2002; 27(4): 420-425. Disponível em: https://doi.org/10.1054/rbcm.2002.31000

Figura 4 - Produto final: Protocolo de enfermagem: tratamento e prevenção – lesões dermatológicas agudas e crônicas

Fonte: elaborado pela autora (2025)

6.2.1 Categoria 1: Trajetória formativa e primeiros contatos com feridas

A trajetória formativa dos profissionais entrevistados revela que o primeiro contato com o cuidado de feridas ocorreu principalmente em contextos práticos, tendo como destaque estágios supervisionados, em hospitais de referência e territórios ribeirinhos. Essa constatação emergiu de forma recorrente nas falas, como expressa por ENF 3: “*No estágio e dentro do hospital... aqui no interior a gente viajava, no Rio Arari, Rio Amazonas.*” Da mesma forma, ENF 6 reforça a centralidade dos estágios ao afirmar que “*Meu foi no CECON. No primeiro estágio da clínica.*”.

Esse padrão formativo está alinhado ao que Delgado *et al.* (2023) identificaram em seu estudo no qual a construção de competências clínicas depende intensamente de experiências situadas em cenários reais de cuidado, que ampliam a percepção de impacto da formação e fortalecem a autonomia profissional. Para os autores, quanto maior a exposição prática, maior a capacidade do egresso de atuar com segurança em situações complexas, como relata ENF 7: *“Eu tive no melhor local pra ensinar, fui no 28 de Agosto.”*

Além disso, a literatura mostra que processos formativos não são homogêneos, mas resultam da articulação entre experiências, contextos e relações institucionais. Piatti, Gonçalves e Urt (2022) descrevem que trajetórias profissionais são marcadas por “ecologias de práticas”, nas quais o sujeito aprende de modo não linear, por meio da circulação em ambientes diversos. Esse achado é coerente com a fala de ENF 5, que destaca que a maior parte da sua experiência com feridas ocorreu no contexto laboral e não apenas na formação: *“Meu foi no estágio, mas principalmente no tempo que eu trabalhei com firma Acreditar, aí foi o tempo que eu mais peguei ferida”*.

Outro aspecto relevante da trajetória formativa diz respeito às influências familiares ou sociais na entrada na enfermagem e, posteriormente, no cuidado com feridas. Essa dimensão aparece nas falas, como quando ENF 4 diz: *“Minha irmã já era enfermeira.”* Embora esse elemento possa parecer distante, Rossit *et al.* (2018) discutem que a construção da identidade profissional envolve não apenas conteúdos formais, mas também interações, modelos de referência e redes de apoio, que moldam o modo como o sujeito vivencia suas primeiras experiências clínicas.

O estudo de Dantas (2024) contribui ao enfatizar que o manejo de feridas especialmente as de difícil cicatrização exige competências transicionais, isto é, a capacidade de integrar informação clínica, julgamento profissional e continuidade do cuidado. Segundo a autora, a formação inicial deve preparar o enfermeiro para atuar em diferentes pontos da rede, da admissão hospitalar ao cuidado pós-operatório. Essa necessidade aparece implicitamente nas falas quando profissionais relatam vivências em cenários muito distintos, como UBS, hospitais e comunidades ribeirinhas. Quando ENF 2 afirma apenas *“Estágio também”*, revela-se que o cuidado com feridas é aprendido de forma fragmentada, sem sistematização, reforçando a tese de Dantas de que o cuidado transicional exige base formativa estruturada.

Somado a isso, a formação em feridas ocorre, em grande parte, por exposição ao serviço, o que traz consigo variações importantes no domínio técnico. Bardin (2011) destaca

que categorias emergentes refletem “núcleos de sentido”, e, neste caso, evidenciou-se um núcleo robusto: o aprendizado prático como eixo central da trajetória formativa. As falas dos participantes — *“Estágio também”, “No estágio e dentro do hospital”, “Meu foi no CECON”* — demonstram que, embora esse contato seja valioso, ele ocorre muitas vezes sem supervisão sistemática ou metodologias estruturadas.

Essa heterogeneidade traz repercussões para o nível de segurança percebida pelos enfermeiros. Profissionais que tiveram contato precoce sob supervisão especializada, como ENF 7 no Hospital 28 de Agosto, relatam maior segurança; enquanto outros, com experiências fragmentadas, demonstram maior insegurança posteriormente, o que se confirma em categorias seguintes (sentimentos ambivalentes e dificuldades práticas).

Por fim, o **Protocolo de Prevenção e Tratamento de lesões dermatológicas** desenvolvido nesta pesquisa assume papel estratégico ao funcionar como um dispositivo formativo complementar, capaz de reduzir desigualdades formativas ao sistematizar conhecimentos, padronizar condutas e apoiar a tomada de decisão clínica, especialmente para enfermeiros que não tiveram ampla exposição prévia a cenários de alta complexidade.

Ao integrar conteúdos teóricos atualizados, ferramentas de avaliação clínica (como TIMERS, Wagner e SINBAD) e orientações práticas adaptadas à realidade da Atenção Primária no contexto amazônico. Dessa forma, amplia-se a capacidade dos profissionais de atuar com maior segurança, mesmo em contextos desafiadores, reafirmando o que Delgado et al. (2023) defendem: a prática qualificada, quando associada a instrumentos normativos e educativos, potencializa a autonomia profissional e qualifica o cuidado prestado.

6.2.2 Categoria 2 - Sentimentos e percepções sobre o cuidado de feridas

A análise das falas dos profissionais evidencia que o cuidado de feridas mobiliza um conjunto complexo de sentimentos ambivalentes, oscilando entre admiração, empatia e vocação, e, simultaneamente, medo, aversão, insegurança e sobrecarga emocional. Esse padrão aparece de forma explícita nas vozes dos participantes, como quando ENF 7 afirma: *“Hoje eu não escolho mais a parte das feridas.”*, revelando desgaste emocional associado à prática assistencial. Em contrapartida, ENF 1 expressa identificação e vínculo ao afirmar: *“Eu gosto muito de estar na ponta... criar vínculo.”*, enquanto ENF 5 reforça a ideia de predisposição subjetiva necessária: *“Quem gosta de ferida tem um dom.”*.

Essas percepções encontram forte ressonância na literatura contemporânea, o estudo de Lima *et al.* (2023), ao investigarem as percepções de enfermeiros no cuidado de feridas em pacientes paliativos, identificaram sentimentos mistos semelhantes: empatia, responsabilidade e dedicação coexistindo com frustração, medo de errar, sofrimento moral e impotência frente a feridas complexas. No estudo, os autores afirmam que o manejo de feridas “desencadeia um misto de envolvimento emocional, angústia e necessidade de conforto ao paciente” (Lima *et al.*, 2023). Tal achado dialoga diretamente com a fala de ENF 1, que destaca o vínculo como central, mas também com a resistência expressa por ENF 7, que demonstra esgotamento emocional diante do cuidado.

Além disso, o estudo de Çakar e Karadağ (2024), sobre atitudes de enfermeiros no cuidado centrado na pessoa para feridas complexas, indica que sentimentos de insegurança e ambivalência estão associados tanto à gravidade das lesões quanto às falhas organizacionais, como insuficiência de materiais e ausência de protocolos, o que intensifica a sensação de imprevisto e incerteza profissional. Esse aspecto também emerge nas falas: embora não diretamente vinculado a sentimentos na categoria anterior, ENF 5 aborda indiretamente o desgaste e o impacto da prática ao relatar situações de reincidência e dificuldade de adesão do paciente, o que retroalimenta a sensação de frustração profissional.

A dimensão afetiva do cuidado, especialmente no manejo de feridas crônicas e complexas, exige competências relacionais e emocionais específicas. Probst *et al.* (2025) reforçam essa perspectiva ao mostrar que a empatia clínica é um elemento estruturante da qualidade do cuidado, influenciando engajamento, adesão ao tratamento e satisfação do paciente. O estudo apresenta evidências de que profissionais que estabelecem relações empáticas não apenas melhoram a comunicação terapêutica, mas também vivenciam maior fardo emocional, especialmente quando estão expostos à dor persistente, mau odor, sofrimento psíquico e evolução lenta das lesões — cenário muito semelhante ao relatado pelos participantes.

Assim, quando ENF 1 declara “*gosto de estar na ponta... criar vínculo*”, evidencia-se a faceta positiva da empatia, destacada por Probst *et al.* (2025) como promotora de cuidado humanizado. Porém, quando ENF 7 afirma “*não escolho mais feridas*”, observa-se o contraponto descrito pelos mesmos autores: o desgaste emocional decorrente da sobrecarga afetiva e da ausência de apoio institucional.

Outro aspecto relevante é a relação entre sentimentos e suporte institucional. Tanto

Lima *et al.* (2023) quanto Çakar e Karadağ (2024) enfatizam que a insegurança dos profissionais está frequentemente associada à falta de capacitações formais, ausência de educação permanente, déficit de insumos e carência de protocolos estruturados. Esses fatores, segundo os autores, amplificam sentimentos de medo, estresse e frustração, pois o enfermeiro se vê obrigado a decidir “no improviso”, em contextos de incerteza e vulnerabilidade.

Esse ponto dialoga fortemente com a realidade dos profissionais entrevistados no presente estudo, que, em categorias subsequentes, relatam rotineiramente dificuldades técnicas e materiais — elementos que permeiam e intensificam a ambivalência percebida no cuidado.

Assim, os achados empíricos e teóricos convergem para a compreensão de que os sentimentos ambivalentes não resultam apenas de características individuais, mas também de contextos formativos desiguais, ambientes de trabalho sobrecarregados, exposição frequente a feridas graves e deficiências institucionais. Essas condições moldam a forma como os enfermeiros constroem sua identidade profissional no manejo de feridas, ora fortalecendo o vínculo e a vocação, ora produzindo esgotamento, medo e distanciamento.

Portanto, a análise indica que o cuidado de feridas é um campo que exige não apenas competência técnica, mas também competência emocional, sustentada por ações sistemáticas de educação permanente, protocolos organizacionais claros, suporte multiprofissional e espaços de discussão clínica. Esses elementos são indispensáveis para equilibrar a ambivalência emocional identificada nas falas e promover um cuidado seguro, ético e centrado no paciente.

Nesse cenário, o PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: TRATAMENTO E PREVENÇÃO – LESÕES DERMATOLÓGICAS AGUDAS E CRÔNICAS emerge como uma tecnologia assistencial estratégica para mitigar os efeitos da ambivalência emocional identificada entre os profissionais. Ao oferecer diretrizes claras, critérios objetivos de avaliação, fluxos decisórios padronizados e orientações baseadas em evidências para a escolha de coberturas e condutas, o protocolo contribui para reduzir a insegurança, o medo de errar e a sensação de improviso que permeiam o cuidado de feridas.

Dessa maneira, o protocolo não apenas qualifica tecnicamente o cuidado, mas também atua como dispositivo de apoio emocional e profissional, ao oferecer respaldo institucional para decisões complexas, contribuindo para a redução do desgaste emocional e para a promoção de um cuidado mais humanizado, ético e centrado na pessoa.

6.2.3 Categoria 3: Dificuldades práticas no cuidado e na cicatrização

A categoria “Dificuldades práticas no cuidado e na cicatrização” revela um conjunto de barreiras estruturais, organizacionais e formativas que impactam diretamente a qualidade do cuidado prestado a pessoas com feridas. As falas dos enfermeiros mostram que essas barreiras se manifestam tanto na ausência de materiais, quanto no uso inadequado de produtos e na insuficiência de conhecimento técnico, resultando em insegurança, atrasos no tratamento e piora clínica das lesões.

A primeira dificuldade emergente é a insuficiência de materiais, expressa de forma clara e direta por ENF 2 ao sintetizar: “*Material.*” Essa fala, ainda que breve, traduz um problema estrutural que permeia toda a lógica assistencial. Da mesma forma, ENF 5 relata: “*Quando ele volta... vem com o mesmo curativo.*”

Esse retorno com curativo não trocado evidencia falhas na continuidade terapêutica, frequentemente associadas não apenas ao comportamento do paciente, mas à escassez de insumos e orientações claras — fenômeno amplamente descrito por Bolton Saghdaouiet *al.* (2025), que identificaram que a falta de equipamentos, pressão de tempo e rotinas fragmentadas dificultam a avaliação inicial de feridas e atrasam encaminhamentos adequados.

No presente estudo, profissionais também mencionam diretamente o uso inadequado de produtos, como expresso por ENF 6: “*Por que está usando colagenase? Está errado.*” Essa fala revela um problema duplo: (1) erros técnicos na escolha de coberturas, e (2) lacunas no conhecimento sobre produtos, o que pode comprometer a cicatrização e agravar o quadro da ferida. Esse achado dialoga com os resultados de Fernández-Araque *et al.* (2024), que demonstraram baixo nível de conhecimento entre enfermeiros sobre o manejo de feridas crônicas, especialmente no tocante à escolha correta de coberturas e princípios ativos. Os autores apontam que muitos profissionais “atuam por tentativa e erro”, reforçando a necessidade de educação permanente.

Além disso, a fala de ENF 1 — “*Não sei, estou aprendendo o ABCD hoje.*” — revela uma dificuldade formativa importante: muitos enfermeiros não tiveram aprendizagem estruturada sobre classificação e avaliação de feridas durante a graduação, sendo expostos a esse conteúdo somente na prática cotidiana. Essa fragilidade formativa é corroborada pelo estudo de Shi *et al.* (2025), que identificaram que o conhecimento insuficiente e a ausência de

habilidades específicas são barreiras centrais para implementação de diretrizes clínicas em lesões por pressão. Os autores ressaltam que, sem formação contínua adequada, protocolos e guidelines não se traduzem em prática.

A experiência da equipe também evidencia dificuldade em avaliar corretamente a evolução das feridas e, consequentemente, definir a terapêutica adequada. A fala de ENF 5 — “*Quando ele volta... vem com o mesmo curativo.*” — sinaliza que o paciente não recebe orientação clara e que há falhas no acompanhamento, corroborando o que Bolton Saghdaoui *et al.* (2025) chamam de “barreiras ao fluxo assistencial”, em que atrasos na avaliação e reavaliação da ferida perpetuam tratamentos inadequados e retardam a cicatrização.

O conjunto dessas percepções também se relaciona com falhas de suporte institucional. Por exemplo, quando ENF 7 relata dificuldades associadas à rotina e aos materiais, isso reflete a mesma condição descrita por Shi *et al.* (2025), que identificaram que limitações de recursos, ausência de colaboração multiprofissional e falta de apoio organizacional são entraves críticos para a prática baseada em diretrizes. Os autores destacam que ambientes com estrutura deficitária produzem uma sensação contínua de impotência no enfermeiro, gerando erros técnicos e resultados clínicos insatisfatórios — exatamente o que se observa nos relatos do grupo.

Outro ponto importante é a insegurança clínica, expressa na frase de ENF 1: “*Estou aprendendo o ABCD hoje.*” Essa fala demonstra que, para muitos enfermeiros, a formação sobre feridas acontece “no serviço”, de maneira fragmentada, sem trilha estruturada, confirmando os achados de Fernández-Araque *et al.* (2024), que apontam que a graduação ainda oferece formação insuficiente em feridas e cuidados dermatológicos avançados.

Ao integrar essas narrativas com os estudos analisados, percebe-se que as dificuldades práticas relatadas pelos profissionais não constituem problemas individuais, mas sim barreiras sistêmicas, presentes em diferentes países e contextos de saúde. As evidências convergem para a necessidade de: Padronização de fluxos de atendimento (Bolton Saghdaoui *et al.*, 2025); Educação permanente estruturada e regular (Fernández-Araque *et al.*, 2024); Criação de protocolos e diretrizes claras (Shi *et al.*, 2025); Melhoria da infraestrutura e dos recursos materiais (todos os autores citados).

Em síntese, a categoria revela que as dificuldades práticas no cuidado de feridas estão relacionadas a um conjunto multicausal de fatores - estruturais, formativos e organizacionais - que influenciam diretamente a qualidade do cuidado e a evolução cicatricial. O alinhamento

entre as falas empíricas e a literatura demonstra a urgência de investir em protocolos clínicos, treinamento contínuo, provisão adequada de insumos e reorganização das rotinas assistenciais.

Diante desse conjunto de barreiras identificadas, o PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: TRATAMENTO E PREVENÇÃO – LESÕES DERMATOLÓGICAS AGUDAS E CRÔNICAS apresenta-se como uma resposta concreta às dificuldades práticas vivenciadas pelos enfermeiros no cuidado e na cicatrização das feridas. Ao sistematizar a avaliação clínica, orientar a escolha adequada de coberturas, definir critérios objetivos para reavaliação e padronizar a frequência de trocas, o protocolo reduz a dependência de decisões empíricas e minimiza erros decorrentes da falta de conhecimento ou da escassez de recursos.

6.2.4 Categoria 4: Fragilidades da Rotina Institucional de Curativos

A categoria “Fragilidades da rotina institucional de curativos” revela que os profissionais vivenciam um cotidiano de trabalho marcado pela ausência de padronização, falta de recursos, interrupções no cuidado e fragilidade na articulação entre níveis assistenciais. As falas dos enfermeiros mostram um sistema que opera de forma fragmentada, com lacunas estruturais que resultam em reincidência de lesões, cronificação e erros técnicos.

Logo nas primeiras falas, emergem indícios de assimetria entre a rotina ideal e a realidade prática. ENF 4 questiona diretamente a disparidade entre ambiente institucional e domiciliar ao afirmar: *“Na sua casa você tem a estrutura que tá aqui?”*. Essa declaração expõe que a continuidade do tratamento é prejudicada pela inexistência de fluxos claros e pela inadequação dos recursos domiciliares, um problema também destacado por Shi *et al.* (2025), que identificaram que a ausência de apoio organizacional e de infraestrutura adequada compromete a implementação de diretrizes clínicas para lesões por pressão. Os autores reforçam que, quando não há suporte institucional suficiente, a responsabilidade pelo cuidado recai de forma desigual sobre o profissional, resultando em variabilidade das práticas e risco aumentado para o paciente.

A reincidência de feridas e a falta de adesão ao tratamento também são expressões dessa fragilidade organizacional. Como relata o ENF 5: *“Vai embora e volta uma semana depois com o mesmo curativo”*. Essa fala evidencia ruptura na linha de cuidado e a inexistência de mecanismos que assegurem a educação efetiva do paciente e o

acompanhamento da evolução da lesão. Shi *et al.* (2025) identificam fenômeno semelhante: a ausência de fluxos normatizados e de equipes capacitadas leva a atrasos no tratamento, planos de cuidado inconsistentes e baixas taxas de adesão.

Além disso, a expressão de ENF 7 —“*Alguns já vão com material para 15 dias e nem usam correto*”— revela outra fragilidade institucional: a entrega de insumos sem orientação adequada, acompanhada da inexistência de protocolos impressos ou digitais que orientem pacientes e cuidadores sobre o uso correto dos materiais. Esse cenário reforça a necessidade de padronização e supervisão contínua, componentes fundamentais da segurança assistencial, como defendido por Chaboyer *et al.* (2024) em sua revisão sistemática sobre “*care bundles*” de prevenção de lesões por pressão. Os autores demonstram que intervenções complexas baseadas em protocolos rígidos reduzem significativamente os desfechos negativos, desde complicações até tempo de internação, justamente porque diminuem a variabilidade de condutas.

Outra dimensão crítica das falas refere-se à ausência de sistema institucional de monitoramento e organização dos curativos. Os dados indicam um modelo de cuidado baseado na reação e não na prevenção. Esse cenário contrasta com modelos organizacionais mais modernos, como o descrito por Barakat-Johnson *et al.* (2025), que avaliaram o *WoundCare Command Centre™*, um sistema digital centralizado que padroniza fluxos, supervisiona condutas e reduz internações relacionadas a feridas crônicas. No estudo, a adoção desse centro reduziu custos, aumentou a resolutividade e diminuiu complicações, resultados diretamente relacionados à organização do cuidado e não apenas à competência individual do enfermeiro.

Dessa forma, quando ENF 5 relata que pacientes retornam sem evolução “*Volta com o mesmo curativo.*”, evidencia-se um sistema que carece de rastreamento, telemonitoramento, educação estruturada e protocolos unificados. A literatura confirma que ambientes assistenciais sem fluxos digitalizados ou padronizados tendem a acumular erros e perdas de seguimento, principalmente em populações vulneráveis, como as que vivem em áreas ribeirinhas da Amazônia.

A fala de ENF 4 “*Na sua casa você tem a estrutura que tá aqui?*” também permite conectar a discussão ao conceito de equidade no cuidado. As práticas institucionais falham em reconhecer e adaptar fluxos para a realidade socioambiental dos usuários, produzindo um hiato entre o cuidado ofertado na unidade e o possível de ser mantido em casa. Esse

fenômeno, igualmente destacado por Shi *et al.* (2025), evidencia a necessidade de modelos de cuidado culturalmente sensíveis e centrados no território.

Diante disso, torna-se evidente que as fragilidades institucionais não são fruto apenas de limitações individuais, mas de falhas estruturais sistêmicas que impactam negativamente a evolução das lesões, a segurança do paciente e o desempenho do enfermeiro. A literatura analisada oferece caminhos concretos: protocolos padronizados, fluxos digitalizados, *care bundles*, capacitação contínua e suporte organizacional robusto, especialmente relevantes para o contexto amazônico, onde desafios territoriais acentuam a vulnerabilidade assistencial.

Nesse contexto institucional fragilizado, o PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: TRATAMENTO E PREVENÇÃO – LESÕES DERMATOLÓGICAS AGUDAS E CRÔNICAS apresenta-se como instrumento estruturante do cuidado, ao organizar fluxos, padronizar condutas e orientar o uso adequado de insumos. Ao estabelecer critérios claros de acompanhamento e educação do paciente, o protocolo fortalece a continuidade do cuidado entre a unidade e o domicílio. Dessa forma, reduz-se a fragmentação assistencial, a reincidência de lesões e os erros técnicos.

6.2.5 Categoria 5: Necessidade de Padronização e Orientação Técnica no Cuidado de Feridas

A categoria “Necessidade de padronização e orientação técnica” reflete um eixo crucial na organização da assistência a feridas, pois evidencia o quanto a ausência de diretrizes claras leva a condutas divergentes, insegurança e risco clínico. Nas falas dos profissionais, emerge o desejo por instrumentos normativos que orientem a tomada de decisão. ENF 2 sintetiza essa necessidade ao afirmar: “*Com o protocolo eu saberia o que usar.*” A fala, direta e objetiva, traduz um sentimento generalizado no grupo: a existência de um protocolo não apenas orientaria a escolha de coberturas, mas reduziria a variabilidade entre profissionais com diferentes níveis de experiência.

Esse reconhecimento da necessidade de padronização está alinhado à literatura recente. Chaboyer *et al.* (2024), em uma revisão sistemática e meta-análise sobre bundles de prevenção de lesão por pressão, demonstram que intervenções padronizadas, mesmo com evidências de baixa a moderada certeza, têm potencial para reduzir a incidência de lesões e aumentar a segurança clínica.

A padronização funciona como um “atalho cognitivo” que reduz a margem de erro,

principalmente entre profissionais menos experientes. Isso ecoa a fala de ENF 3: “*O material e o protocolo fazem diferença.*” Essa percepção mostra que, na prática cotidiana, a ausência de diretrizes obriga o enfermeiro a operar por tentativa e erro, aumentando a possibilidade de iatrogenias.

Ainda mais significativo é quando a equipe manifesta ansiedade por uniformidade. A declaração de ENF 2 “*Eu não sabia o que tinha lá... com o protocolo já saberia o que usar.*” evidencia uma lacuna que não é individual, mas estrutural: a falta de orientação sistematizada impede o desenvolvimento de raciocínio clínico sólido e compartilhado.

O mesmo fenômeno é descrito no estudo de Shi *et al.* (2025), que identificou que a ausência de suporte organizacional, capacitação contínua e fluxos bem definidos são barreiras críticas à implementação de diretrizes para o manejo de lesões por pressão. Segundo os autores, sem um plano estruturado de implementação, os protocolos permanecem como documentos formais que não transformam a prática.

Outro elemento central dessa categoria é a percepção de que a padronização traz segurança clínica. ENF 3 destaca que protocolos “fazem diferença”, enquanto ENF 2 reforça que um documento orientador “traria base para quem não tem prática diária”. Essas falas são coerentes com a literatura de sistemas avançados de cuidado. O’Shaughnessy e Kent (2024) descrevem um *pathway* assistencial padronizado para o manejo integrado de úlcera venosa, liderado pela enfermagem, que resultou em redução de internações, diminuição do tempo de espera e otimização do fluxo de encaminhamento. Esses resultados demonstram que protocolos robustos não apenas orientam a prática, mas organizam o sistema de cuidado, melhoram os desfechos e fortalecem a autonomia profissional.

Essa autonomia, inclusive, aparece implicitamente nos discursos do grupo. A fala de ENF 3 sobre “diferença na prática com o protocolo” indica que profissionais buscam mais do que um manual: desejam segurança para justificar suas condutas, especialmente quando atuam em unidades onde o cuidado de feridas é compartilhado por equipes com formação heterogênea. A padronização, portanto, atua como ferramenta de respaldo técnico e jurídico.

A literatura também reforça que os protocolos diminuem a variabilidade do cuidado. Chaboyer *et al.* (2024) destacam que bundles tornam práticas complexas mais previsíveis e reproduzíveis, reduzindo erros associados à experiência individual. Isso dialoga com o cenário amazônico do presente estudo, onde profissionais têm trajetórias formativas distintas, originadas em UBS, hospitais, áreas ribeirinhas e serviços privados. Nessa realidade, a

variabilidade de práticas é um risco real, como apontado por ENF 3: “*Tendo o material e o protocolo faz diferença.*”

Além disso, a falta de padronização compromete o processo de ensino-aprendizagem entre as equipes. Como relata a ENF 1 em outra categoria: “*Estou aprendendo o ABCD hoje.*” Essa frase evidencia como, na ausência de diretrizes, o ensino ocorre de forma improvisada e eventual, sem continuidade. Shi *et al.* (2025) discutem exatamente esse ponto ao afirmar que, em sistemas sem padronização, os profissionais constroem suas práticas com base em saberes tácitos e fragmentados.

Diante dessa demanda explícita por orientação técnica, o PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: TRATAMENTO E PREVENÇÃO – LESÕES DERMATOLÓGICAS AGUDAS E CRÔNICAS consolida-se como instrumento estruturante do cuidado ao incorporar tabelas de classificação de feridas, quadros comparativos de coberturas, fluxogramas decisórios para avaliação clínica e orientações padronizadas de frequência de troca. Transformando práticas empíricas em condutas sistematizadas e seguras.

6.2.6 Categoria 6: Importância percebida de um Protocolo de Feridas

A análise das falas revela que os enfermeiros reconhecem o protocolo de feridas como um instrumento central de segurança clínica, padronização de condutas e fortalecimento da autonomia profissional. As falas são claras ao expressar que a ausência de diretrizes formais gera insegurança, erros e variações técnicas significativas, enquanto a existência de protocolos estruturados amplia a capacidade de tomada de decisão fundamentada.

A percepção coletiva sobre a importância do protocolo aparece nas declarações:

“*Vai facilitar muito... conhecimento das técnicas.*” (ENF 1)

“*Já ia trazer uma base pra quem não tem prática diária.*” (ENF 2)

“*Faz diferença na troca.*” (ENF 4)

Essas falas evidenciam que os profissionais valorizam o protocolo como ferramenta de apoio clínico, especialmente para aqueles que não lidam diariamente com feridas ou que possuem formação fragmentada. Esse achado coincide diretamente com a crítica feita por Sen (2024), que avalia que o cuidado de feridas, na maior parte dos serviços de saúde, ainda ocorre de maneira “*patchwork*”, isto é, baseada em práticas desconexas, sem uniformidade e dependentes da experiência individual do profissional. O autor argumenta que a padronização

é essencial para reduzir a variabilidade e evitar erros, descrevendo protocolos como mecanismos que “criam um caminho comum para todos os profissionais”, o que dialoga com a fala de ENF 3 sobre a diferença que o protocolo faz no cotidiano assistencial.

Além disso, a literatura reforça que protocolos claros beneficiam especialmente profissionais não especialistas, como ENF 2 mencionou: “*Vai trazer base pra quem não tem prática diária.*” Essa perspectiva encontra apoio em Hoffmann *et al.* (2023), que desenvolveram *pathways* baseados em evidências para diferentes tipos de feridas, justamente com o objetivo de oferecer suporte técnico a enfermeiros sem especialização na área. Os autores afirmam que vias clínicas estruturadas reduzem a incerteza, organizam o raciocínio clínico e garantem maior coerência na escolha de produtos, classificação e frequência de trocas — elementos citados pelos enfermeiros analisados.

Outro ponto destacado pelos participantes é a importância de o protocolo indicar o produto certo para a ferida certa, um eixo fundamental para a efetividade terapêutica. Na análise, percebe-se que a falta de padronização era um problema recorrente, levando ao uso inadequado de coberturas e escolhas equivocadas, como evidenciado em outras categorias. Assim, o protocolo surge como solução prática, operacional e formativa. Esse entendimento reforça os achados de Hurd *et al.* (2025), que demonstraram que *Integrated Care Bundles (ICBs)* padronizados aumentam significativamente a performance clínica, reduzindo erros de manejo e aumentando a consistência entre diferentes profissionais.

Os enfermeiros também apontam o protocolo como recurso para padronizar sistemas de classificação, como Wagner, TIME/TIMERS e SINBAD. A organização desses esquemas em um único documento facilita o processo diagnóstico e diminui a heterogeneidade de interpretações. Essa necessidade emerge do relato de insegurança nas práticas avaliativas — insegurança esta que Hoffmann *et al.* (2023) descrevem como uma das maiores barreiras para condutas adequadas entre enfermeiros não especialistas. Seus protocolos clínicos foram projetados exatamente para resolver esse tipo de dificuldade.

Além do impacto técnico, a análise das falas revela que o protocolo fortalece a autonomia profissional, ao fornecer um corpo normativo que respalda decisões clínicas. ENF 2 sintetiza esse sentimento ao afirmar que o protocolo lhe daria “base” para atuar. Esse aspecto é amplamente defendido por Sen (2024), que afirma que protocolos robustos diminuem a dependência de hierarquias informais e devolvem autonomia ao enfermeiro, permitindo que decisões sejam tomadas de forma fundamentada e alinhadas às melhores

práticas.

Do ponto de vista sistêmico, a literatura mostra que protocolos também contribuem para melhorar os desfechos do paciente, reduzir retrabalho e otimizar recursos. No estudo de Hurd *et al.* (2025), a padronização via bundles resultou em melhor desempenho clínico, demonstrando que a implementação de protocolos é uma estratégia de alto impacto para serviços públicos de saúde, especialmente para regiões remotas e vulneráveis, como a Amazônia, onde a rotatividade de profissionais e a diversidade formativa são desafios significativos.

Assim, a categoria demonstra convergência entre as falas dos enfermeiros e a literatura: o protocolo representa não apenas um instrumento técnico, mas um componente essencial de segurança, autonomia, organização e qualidade assistencial. Seu valor percebido está ligado à redução da variabilidade, ao suporte para decisões complexas e à capacidade de garantir que o cuidado prestado seja equitativo, fundamentado e replicável.

6.2.7 Categoria 7: Avaliação do Protocolo Apresentado

A avaliação do protocolo realizada pelos profissionais revela uma percepção clara de que o documento é viável, aplicável e coerente com a realidade da atenção primária amazônica. As falas refletem reconhecimento do protocolo como ferramenta estruturante do cuidado, especialmente em um cenário onde predominam práticas heterogêneas e lacunas de formação técnica. Essa percepção encontra sólido respaldo na literatura recente, que evidencia o impacto positivo da padronização formal no cuidado de feridas.

Logo de início, observa-se aprovação explícita do grupo, como descrito por ENF 1: “*Está ótimo... bem explicado.*” Essa fala aponta para a dimensão didática do protocolo, sua organização e sua clareza, elementos críticos para a implementação bem-sucedida. A literatura confirma essa importância.

No estudo de van Rijswijk *et al.* (2025), que atualizou algoritmos de cuidado de feridas com base em evidências de 2015 a 2023, os autores enfatizam que a clareza estrutural e a organização lógica das etapas são fatores decisivos para que enfermeiros adotem protocolos na prática clínica. Eles destacam que algoritmos funcionam como “mapas cognitivos” que guiam decisões, especialmente em cenários complexos, reforçando a relevância de materiais claros e bem estruturados.

A adequação do protocolo à realidade local é fortemente reconhecida pelos profissionais. ENF 2 afirma: “*Ficou dentro da realidade... eu nem sabia que tinha certos produtos.*” Esse comentário revela dois pontos centrais: (1) o protocolo incorpora materiais acessíveis às UBS amazônicas, e (2) ele amplia o repertório técnico dos profissionais, apresentando coberturas e produtos que não eram plenamente conhecidos.

Essa ampliação de conhecimento é essencial para autonomia profissional aspecto corroborado por Ragavan Nair *et al.* (2025), que demonstraram que a implementação do protocolo *WoundHygiene* levou a melhora significativa nos leitos das feridas, redução de slough e, em alguns casos, cicatrização completa. Os autores explicam que o protocolo funciona como um catalisador de aprendizagem prática, ao orientar passo a passo (Cleanse, Debride, Refashion, Dress) a conduta do enfermeiro. Esse mesmo potencial educativo é percebido pelo ENF 3 ao afirmar que o documento é “bom para usar no dia a dia”.

Além disso, o reconhecimento da aplicabilidade do protocolo no contexto amazônico é um ponto de destaque. A região apresenta desafios próprios: distâncias geográficas, sazonalidade do acesso, limitações de estoque e diversidade de trajetórias formativas. Ter um documento que organiza cuidados com base em evidências e ao mesmo tempo respeita os recursos disponíveis é essencial. Esse equilíbrio é enfatizado por van Rijswijk *et al.* (2025), que defende que algoritmos de cuidado devem ser continuamente atualizados, mas sempre contextualizados à realidade local.

Outro aspecto importante é o impacto do protocolo na segurança clínica. A fala de ENF 2 — “*Vai trazer base pra quem não tem prática diária.*” — traduz uma preocupação recorrente entre enfermeiros de atenção primária: falta de uniformidade e insegurança na tomada de decisão. O protocolo surge como instrumento que não apenas padroniza, mas empodera. Experiência semelhante foi relatada na implementação do *WoundHygiene* no estudo de Ragavan Nair *et al.* (2025), onde os profissionais referiram maior confiança técnica ao seguir etapas prescritas, o que se refletiu diretamente nos resultados clínicos.

Dessa forma, observa-se que a avaliação do protocolo pelos profissionais não é apenas positiva, mas atribuída a fatores concretos: clareza, aplicabilidade, respaldo técnico e organização das condutas. Os dados empíricos se alinham completamente às evidências internacionais que demonstram que protocolos bem estruturados melhoram desfechos, padronizam práticas e reduzem custos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção de um protocolo assistencial para prevenção e tratamento de feridas agudas e crônicas nas Unidades Básicas de Saúde do contexto amazônico representa um avanço significativo na qualificação da assistência de enfermagem e na segurança do paciente. Este trabalho, desenvolvido de forma integrada entre a pesquisadora e os profissionais que atuam diretamente no cuidado, evidenciou a relevância de uma prática que considere não apenas os aspectos clínicos e técnicos da cicatrização, mas também as particularidades socioambientais, culturais e territoriais que influenciam o processo de adoecimento.

A opção pela Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) foi determinante para orientar a elaboração desta tecnologia, pois permitiu articular pesquisa e prática em um processo dialógico e construtivo. A PCA possibilitou uma imersão profunda no cotidiano dos enfermeiros, permitindo que o protocolo desenvolvido fosse não apenas embasado teoricamente, mas também coerente com as necessidades reais, com as limitações dos serviços de saúde e com as estratégias já utilizadas pelos profissionais na rotina assistencial. Essa imersão aproximou pesquisadora e equipe, garantindo que a tecnologia resultante fosse prática, contextualizada e socialmente pertinente.

O desenvolvimento da tecnologia reforça ainda mais a importância de compreender o contexto amazônico como um território singular, marcado por desafios de acesso, longas distâncias, condições climáticas adversas e diversidade sociocultural. Esses elementos tornam ainda mais necessária a existência de um protocolo que oriente intervenções seguras e resolutivas mesmo em cenários de recursos limitados. A eficácia do documento depende, portanto, não apenas de sua adoção formal, mas da capacidade de adaptação às diferentes realidades, da maturidade institucional em apoiar mudanças e da disposição dos profissionais em utilizá-lo como ferramenta de qualificação da prática.

O protocolo apresentado deve ser entendido como um instrumento dinâmico, sujeito à atualização permanente, acompanhando as mudanças nos produtos disponíveis, nas evidências científicas e nos desafios emergentes. Mais do que uma compilação de técnicas, trata-se de um guia assistencial que se propõe a fortalecer a tomada de decisão clínica, reduzir complicações evitáveis, melhorar os desfechos terapêuticos e promover um cuidado humanizado, ético e culturalmente sensível.

Espera-se que esta tecnologia assistencial contribua de forma efetiva para a prevenção

e o tratamento de feridas no âmbito da Atenção Primária, auxiliando os enfermeiros a desenvolver práticas mais críticas, reflexivas e baseadas em evidências. A longo prazo, pretende-se que sua implementação reduza reinternações, minimize agravos, fortaleça a autonomia profissional e garanta um cuidado mais seguro e qualificado à população amazônica. Assim, conclui-se que o protocolo representa não apenas um produto técnico, mas uma ferramenta estratégica para promoção da equidade, da segurança e da excelência no cuidado de enfermagem em pacientes com lesões.

REFERÊNCIAS

- AGBO, C. C.; MAHMOUD, Q. H.; EKLUND, J. M. Blockchain technology in healthcare: a systematic review. **Healthcare. Multidisciplinary Digital Publishing Institute**, 5:56-64, 2019. DOI: 10.3390/healthcare7020056.
- ALMEIDA, S. L. P.; et al. Guide for Systematization of Care and Nursing Process: educational technology for professional practice. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, p. e20210975, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0975>
- ALVES, A. B. R.; et al. Uma pesquisa convergente assistencial: potencialidades do método para implementação da sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, [S. l.], v. 97, n. (ed. esp), p. e023073, 2023. DOI: 10.31011/reaid-2023-v.97-n.(esp)-art.1750.
- ANDRADE, L. L de.; et al. Caracterização e tratamento de úlceras do pé diabético em um ambulatório. Revista online de pesquisa: **Cuidado é fundamental**, v. 11i1, p. 124-128, 2019. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.124-128>.
- ARAI, G. C.; et al. Protocolos na enfermagem: relato de experiência de uma disciplina sobre tecnologias em saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 8, p. e8380, 9 ago. 2021. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e8380.2021>
- BARAKAT-JOHNSON, M.; et al. Digitising wound care: a cost-consequence analysis of the Wound Care Command Centre™ in Australia. **BMC Health Services Research**, 25:873, 2025; DOI:10.1186/s12913-025-12969-2.
- BASEGIO, K. G.; Creation of an institutional protocol for palliative care in a general hospital: a convergent care research. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 7, p. e20811729708, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i7.29708.
- BOLTON SAGHDAOUI, L.; et al. A qualitative exploration of the barriers and facilitators to early lower limb assessment and onward referral for specialist treatment for patients with venous ulceration. **International Wound Journal**, 22(1):e70071, 2025. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11725366/>
- ÇAKAR, V.; KARADAĞ, A. Attitudes of nurses and physicians working in hard-to-heal wound management towards person-centred care. **J Wound Care**, 1;33(Sup10):S17-S28, 2024. DOI: 10.12968/jowc.2021.0187.
- CHABOYER, W.; et al. The effect of pressure injury prevention care bundles on pressure injuries in hospital patients: a complex intervention systematic review and meta-analysis. **International Journal of Nursing Studies**, 155:104768, 2024. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2024.104768
- CHEN, P.; et al. Guidelines on interventions to enhance healing of foot ulcers in people with diabetes. **International Working Group on the Diabetic Foot**, 2023. DOI:

10.1002/dmrr.3644.

COFEN (Conselho Federal de Enfermagem). Resolução nº 567 de 2018. Dispõe sobre atuação da Equipe de Enfermagem no Cuidado aos pacientes com feridas. Diário Oficial da União, nº 26, Seção 1, 6 de fev de 2018. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofenno-567-2018/> .Acessoem 04.nov.2024

COLE, W.; et al. Antimicrobial Resistance in Wound Care: Expert Panel Consensus Statements. **Wounds**, 37(5 Suppl):S1-S24, 2025. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40455938/>.

COSTA, C. V.; et al. Conhecimento da enfermagem no tratamento de feridas. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 15, p. e9221, 10 dez. 2021. DOI: <https://doi.org/10.25248/reaenf.e9221.2021>

DA SILVA, P. C.; et al. A atuação do enfermeiro no tratamento de feridas / The nurse's performance in the treatment of wounds. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 4, n. 2, p. 4815–4822, 2021. DOI: 10.34119/bjhrv4n2-066.

DANTAS, M. N. P. Gestão do cuidado transicional aos usuários com feridas de difícil cicatrização a partir da alta hospitalar, 2024.

DE OLIVEIRA, R.; et al. Quality of care in an intensive care unit for the prevention of pressure injuries. **Estima – Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, [S. l.], v. 18, 2021. DOI: https://doi.org/10.30886/estima.v18.947_IN

DELGADO, I. F.; et al. Trajetória profissional e impacto da formação em egressos da Especialização da Fiocruz. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 4, p. 1253-1264, 2023.

DISSEMOND, J.; et al. Implementation of the MOIST concept for the local treatment of chronic wounds into clinical practice. **WoundsInternational**, 13(4): 34-43. 2023. Disponível em: <https://woundsinternational.com/wp-content/uploads/2023/02/5aaaad865fdf557db4fe1d4b702c8da8.pdf>.

DOLZANE, R. DA S.; SCHWEICKARDT, J. C. Atenção básica no Amazonas: provimento, fixação e perfil profissional em contextos de difícil acesso. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, p. e00288120, 2020. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00288

DOWSETT, C.; et al. Fechando a lacuna entre a evidência e a prática clínica: um relatório de consenso sobre o manejo de exsudato. **WoundsInternational**, 11 (3): 64-8, 2020. Disponível em: <https://www.coloplastprofessional.com.br/globalassets/hcp/pdf-file/v2/brazil/fechando-a-lacuna-entre-a-evidencia-e-a-pratica-clinica-um-relatorio-de-consenso-sobre-o-manejo-de-exsudato-1.pdf>.

DUARTE, A.; FERREIRA, L.; CUNHA, M. Nursing care in the prevention of medical

adhesive–related skin injuries: a scoping review. **Millennium - Journal of Education, Technologies, and Health**, 2(9e), 101–112, 2021. DOI: <https://doi.org/10.29352/mill029e.24981>

DURO, C. L. M.; et al. Educação permanente em lesões crônicas de pele: relato de experiência. **Ciênc. cuid. saúde** [Internet], 21: e58953, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v21i0.58953>

ESTRELA, F. M.; et al. Elaboração de um protocolo assistencial multiprofissional para pessoas com feridas complexas na atenção primária à saúde / Preparation of a multiprofessional care protocol for people with complex wounds in primary healthcare. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 7, n. 8, p. 83118–83139, 2021. DOI: 10.34117/bjdv7n8-494

FERNÁNDEZ-ARAQUE, A.; et al. Assessment of nurses' level of knowledge of the management of chronic wounds. **Nurse Education Today**, 134:106084, 2024. DOI: 10.1016/j.nedt.2023.106084.

FERNANDEZ, R.; et al. Water for wound cleansing. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022 Sep 14;9(9):CD003861. DOI: 10.1002/14651858.CD003861.pub4.

FERRAZ, L.; et al. Ensino e aprendizagem da prática baseada em evidências nos cursos de Enfermagem e Medicina. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, v. 101, n. 257, p. 237–250, jan. 2020. DOI: <https://doi.org/10.24109/2176-6681.rbep.101i257.4424>

FERREIRA, I. R.; SANTOS, L. L.; MORAES, J. T.; CORTEZ, D. N. Validação aparente e de conteúdo de uma cartilha de autocuidado para prevenção de lesão por pressão. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, [S. l.], v. 10, 2020. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v10i0.3648>

FERREIRA, R. G. S.; et al. Pesquisa convergente assistencial: Contribuição à enfermagem em saúde mental. *Lumen Et Virtus, São José dos Pinhais*, Vol. XV Núm. XL, p.4304-4312, 2024. DOI: <https://doi.org/10.56238/levv15n40-014>

GALVÃO, N. S. Prevalência de feridas agudas e crônicas e fatores associados em pacientes de hospitais públicos em Manaus-AM. 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem na Saúde do Adulto) - Escola de Enfermagem, University of São Paulo, São Paulo, 2016. DOI: 10.11606/T.7.2017.tde-19052017-093929.

GENG, R. S. Q.; et al. Therapeutic Indices of Topical Antiseptics in Wound Care: A Systematic Review. **AdvSkin. WoundCare**, 38(1): 10-18. 2024. DOI: 10.1097/ASW.0000000000000233

GOMES, F. de P.; GALVÃO, N. S.; ALBUQUERQUE, A. D. Perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes com lesões agudas e crônicas em atendimento ambulatorial. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. e5196, 3 fev. 2021. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e5196.2021>

GRAVES, N.; PHILLIPS, C.J.; HARDING, K. A narrative review of the epidemiology and economics of chronic wounds. **British Journal of Dermatology**, 187; 2, 2022. DOI: 10.1111/bjd.20692

HERMAN, T. F.; POPOWICZ, P.; BORDONI, B. Wound Classification. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554456/>.

HOFFMANN, C.; et al. Paving the way for effective wound care education for the non-specialist — developing five evidence-based wound type specific pathways. **WoundsInternational**, vol 14(3):34-4, 2023. Disponível em: https://woundsinternational.com/wp-content/uploads/2023/09/WINT-14-3_34-42_Hoffman.pdf

HURD, T.; et al. Impact on management performance outcomes of standardizing wound care via integrated care bundles (ICBs). **Int Wound J**, 2025;[e-pub ahead]. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0965206X25000622>

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados. Manacapuru. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am/manacapuru.html>. Acesso em 06.nov.2024

ISABEL C. N.; et al. Diagnóstico e prevenção de úlceras no pé diabético. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2023. DOI: 10.29327/5412848.2024-11

IWII. InternationalWoundInfectionInstitute. Therapeutic wound and skin cleansing: Clinical evidence and recommendations. **WoundsInternational**, 2025. Disponível em: <https://woundsinternational.com/consensus-documents/therapeutic-wound-and-skin-cleansing-clinical-evidence-and-recommendations/>.

KRÜGER, C. M.; et al. Incision care and dressing selection in surgical incisions wounds: findings from an international meeting of surgeons from Northern Europe. **Wounds International**, 2022. Disponível em: <https://woundsinternational.com/consensus-documents/incision-care-and-dressing-selection-surgical-incisions-wounds-findings-international-meeting-surgeons-northern-europe/>.

LIMA, M. A.; et al. Percepções de enfermeiros acerca de cuidados com feridas em pacientes sob cuidados paliativos. **RevEnferm Atual In Derme**, 2023;97(1):e023009. DOI: 10.31011/raid-2023-v.97-n.1-art.1615.

LIMA, A. de O. .; SOUSA, A. T. S. de. The challenges of primary health care in Amazonas and proposals for improving health care: an integrative literature review. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 10, p. e333101017441, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i10.17441

LIMA, R. M. L. de S.; et al. Knowledge of nurses about the importance of the use of care

protocols: Collective subject discourse. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 10, n. 1, p. e15810111186, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i1.11186

LOUREIRO, K. I. J.; SOARES, A. G. J. F.; PAVELQUEIRES, S.; HIGA, D. F. R. E. O conhecimento da equipe de enfermagem no uso de protocolos para atendimento de paciente politraumatizado. **Nursing Edição Brasileira**, [S. l.], v. 24, n. 278, p. 5958– 5967, 2021. DOI: 10.36489/nursing.2021v24i278p5958-5967.

MACÊDO, S. DE M.; et al. Critérios de escolha de coberturas primárias no tratamento de lesões por pressão em pacientes hospitalizados. **Cogitare Enfermagem**, v. 26, p. e74400, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.74400>

MARANGHELLO, M. S.; DE QUADROS, A.; ROLOFF, A.; DOS SANTOS, L. T. V. O enfermeiro nos cuidados com a integridade da pele: Uma revisão integrativa / The nurse in skin integrity care: An integrative review. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 7, n. 10, p. 99422–99439, 2021. DOI: 10.34117/bjdv7n10-317.

MARTINENGO, L.; et al. Prevalence of chronic wounds in the general population: systematic review and meta-analysis of observational studies. **Ann epidemiol.**, 29:8-15, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2018.10.005>

MARTINS, A. F. M.; et al. Perfil epidemiológico de lesões cutâneas crônicas de pacientes internados. **Revista de Enfermagem da UFPE online**, v. 15, p. e244519, 2021. DOI: 10.5205/1981-8963.2021.244519

MOORE, Z.; et al. The prevalence of pressure ulcers in Europe, what does the European data tell us: a systematic review. **J Wound Care**, 2;28(11):710-719. 2019. DOI: 10.12968/jowc.2019.28.11.710.

NARIAN, B.; et al. Incision care and dressing selection in surgical wounds: findings from an international meeting in the APAC region. **Wounds International**, 2021. Disponível em: <https://woundsinternational.com/consensus-documents/incision-care-and-dressing-selection-in-surgical-wounds-findings-from-an-international-meeting-of-surgeons-from-australia/>.

O'SHAUGHNESSY, M. O.; KENT, S. Advancing nursing practice in Ireland: a pathway of care for nurse-led integrated venous leg ulcer management. **Journal of Vascular Nursing**, 42(2):110–114, 2024. DOI: 10.1016/j.jvn.2023.10.004.

OLIVEIRA, A. P. de; et al. Visão de enfermeiros sobre um protocolo de prevenção e tratamento de feridas. **Avances En Enfermería**, [S.L.], v. 39, n. 3, p. 345-355, 2021. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v39n3.87104>

OLIVEIRA, L. de S. B.; et al. Os efeitos da capacitação da equipe de enfermagem sobre avaliação e cuidado de pacientes com feridas. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 6, n. 5,

OROPALLO, A.; et al. An objective comparative study of non-surgical cleansing techniques

and cleanser types in bacterial burden management. **IntWound J**, 21(2): e14730. 2024. DOI: 10.1111/iwj.14730.

PIATTI, C. B.; GONÇALVES, J. P; URT, S. C. Processos formativos, práticas educativas, diferenças: diálogos em pesquisa. Processos formativos, práticas educativas, diferenças: diálogos em pesquisa, 2022.

PROBST, S.; et al. Empathy's role in chronic wound care: a qualitative study. **J Tissue Viability**. 2025. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0965206X25000580>

PURSSELL, E.; GALLAGHER, R.; GOULD, D. Aseptic versus clean technique during wound management? Systematic review with meta-analysis. **Int J Environ Health Res**, 34(3): 1580-1591. DOI: 10.1080/09603123.2023.2229758.

RAZIYEVA, K.; et al. Immunology of Acute and Chronic Wound Healing. **Biomolecules**, 8;11(5):700, 2021. DOI: 10.3390/biom11050700.

ROSSIT, R. A. S.; et al. Construção da identidade profissional na Educação Interprofissional em Saúde: percepção de egressos. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1399-1410, 2018.

SANDY-HODGETTS, K.; et al. Clinical innovation: the Sandy Grading System for Surgical Wound Dehiscence Classification—a new taxonomy. **Wounds International**, 2017. Disponível em: <https://woundsinternational.com/journal-articles/clinical-innovation-the-sandy-grading-system-for-surgical-wound-dehiscence-classification-a-new-taxonomy/>.

SANDY-HODGETTS, K.; et al. International Surgical Wound Complications Advisory Panel, **Journal of Wound Care**, vol. 34, Sup1a, pages S1-S19, 2025. DOI: 10.12968/jowc.2025.34.Sup1a.S1.

SCHAPER, N. C.; et al. Practical guidelines on the prevention and management of diabetes-related foot disease. The International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF). 2023. Disponível em: <https://iwgdfguidelines.org/wp-content/uploads/2023/07/IWGDF-2023-01-Practical-Guidelines.pdf>.

SEN, C. K. Standardized Wound Care: Patchwork Practices? **Adv Wound Care** (New Rochelle), 13(5):341-350, 2024. DOI:10.1089/wound.2024.0130.

SERAFIM RODRIGUES, M. E. L.; et al. IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM NOS CUIDADOS DAS FERIDAS. **Revista InterSaúde**, [S.l.], v. 1, n.4, p. 90-103, July 2021. ISSN 2674-869X. Disponível em: http://revista.fundacaojau.edu.br:8078/journal%20-%20Copia/index.php/revista_intersaude/article/view/177. Acesso em: 04 nov. 2024.

SHI, J.; et al. Barriers to implementing clinical practice guidelines for managing patients with pressure injuries in China: a qualitative study using the theoretical domains framework. **BMC Nursing**, 24:1144, 2025. DOI: 10.1186/s12912-025-03785-4.

TORRES, S. I.; et al. Centers for Disease Control and Prevention guideline for the prevention of surgical site infection. **JAMA Surg**, 152(8):784, 2017. DOI: 10.1001/jamasurg.2017.0904.

SILVA, C. C. R. da.; SEIXAS, M. A. da S. .; REIS, L. A. T. Lesão por pressão: conhecimento de enfermeiros do interior do Amazonas. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, [S. l.], v. 14, n. 42, p. 409–420, 2024. DOI: 10.24276/rrecien2024.14.42.409420

SILVA, D. R. V. P.; et al. Intervenção de enfermagem na avaliação e tratamento de feridas em uma estratégia de saúde da família. *Rev. Universidade Estadual do Piauí*; 20(4), 2019. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/14637/1/07-DENISE1.pdf>. Acesso 10.nov.2024

TORKINGTON-STOKES R.; et al. Improving outcomes for patients with hard-to-heal wounds following adoption of the Wound Hygiene Protocol: real-world evidence. **J Wound Care**, 33(5): 304-310, 2024. DOI: 10.12968/jowc.2024.33.5.304.

Trentini M.; et al. (Orgs.). Um giro pelo processo da pesquisa convergente assistencial. Curitiba: Editora CRV, 2022. DOI: 10.24824/978652512237.3

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. G. V da.; PERES, M. A de A. Convergentcareresearchand its qualification as scientificresearch. **RevBrasEnferm** [Internet]; 74(1):e20190657, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0657>

TRIVELLATO, M. L. M.; et al. Práticas avançadas no cuidado integral de enfermagem a pessoas com úlceras cutâneas. **Acta Paul Enferm**, 31(6):600-608, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800083>

VARGAS, R. G.; SANTOS, L. P. Prevenção de lesão por pressão em UTI - aplicabilidade da Escala de Braden. **Revista Pró-Univer SUS**, 10 (1), 162-165, 2019. DOI: 10.21727/rpu.v10i1.1731

VIANA DE SOUSA, M. B.; et al. Assistência de enfermagem no cuidado de feridas na atenção primária em saúde: revisão integrativa. **RevistaEletrônicaAcervoSaúde**, n. 48,

WEIR, D.; SWANSON, T. Ten top tips: wound cleansing. **Wounds International**, 10(4): 8-11. 2019. Disponível em: <https://woundsinternational.com/journal-articles/ten-top-tips-wound-cleansing/>.

WOUNDS. Best Practice Statement: Management of cavity wounds in practice. Londres, UK. 2025. Disponível em: <https://wounds-uk.com/best-practice-statements/management-of-cavity-wounds-in-practice>

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Prezado Sr (a) o/a objetivo deste termo é convidar você a participar da pesquisa: Construção de um protocolo de prevenção e tratamento de feridas para capacitação de enfermeiros no Amazonas, cuja pesquisadora responsável é Libini Cristini da Silveira Weiller, Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem no Contexto Amazônico – Mestrado Profissional (PPGENF-MP) da Escola de Enfermagem de Manaus/Universidade Federal do Amazonas, sob orientação da Profa. Dra. Nariani Souza Galvão.

O objetivo da pesquisa é construir um protocolo de prevenção e tratamento de feridas agudas e crônicas a fim de capacitar os enfermeiros assistenciais. E o objetivo específico sintetizar e reunir conteúdo sobre os tipos de prevenção e tratamento de lesões agudas e crônicas com evidências científicas para embasar a estruturação do instrumento, e analisar junto a equipe se o protocolo está de acordo com a sua realidade, tendo em vista sua utilização na prática;

A adesão ao estudo é voluntária e consiste em colaborar com a coleta de dados, conforme critérios de inclusão e exclusão desta pesquisa. Ao aderir, o(a) Sr.(a) estará contribuindo para a geração de conhecimento acerca da melhoria no atendimento de pacientes com lesões agudas e crônicas, além de fornecer dados para promover a condição ideal para o profissional de enfermagem reconhecer as suas necessidades específicas e na elaboração de protocolos assistenciais.

A escolha de sua participação se justifica pelo(a) Sr.(a) fazer parte da equipe de saúde, tendo contato direto com pacientes com lesões. O(a) Sr.(a) tem plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma para o tratamento que recebe neste serviço.

Caso o(a) Sr.(a) aceite participar, sua participação consistirá em:

1) Responder a um questionário, de 10 perguntas, com duração de, aproximadamente, 15 minutos. Neste questionário não há respostas certas ou erradas e o(a) Sr.(a) não é obrigado(a) a responder a todas as perguntas, podendo desistir de responder o questionário a qualquer momento, sem que seja prejudicado(a) por isso. Suas respostas serão coletadas, analisadas e discutidas para resultados desta pesquisa;

2) Participar de reuniões em dias e horários a serem definidos. As reuniões serão

conduzidas com base num roteiro de entrevista semiestruturada, com o intuito de discutir e elaborar, em conjunto, um instrumento protocolo de prevenção e tratamento de feridas para capacitação de enfermeiros no Amazonas, com base na Resolução Cofen no 736/2024, que será utilizada pela equipe de Enfermagem na atenção hospitalar. Na entrevista, não há respostas certas ou erradas e não há obrigação em responder a todas as perguntas, podendo-se desistir de participar da entrevista e até mesmo da reunião a qualquer momento, sem que haja prejuízos.

3) Caso o Sr.(a) concorde expressamente, sua entrevista será gravada em formato de áudio para posterior transcrição das informações na íntegra, garantindo-se a confidencialidade, a privacidade, a proteção da imagem, a não estigmatização, a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros. O Sr.(a) não é obrigado(a) a concordar com a gravação da entrevista e não será prejudicado(a) por isso.

Sua participação nesta pesquisa trará como benefício a sua contribuição para construção de um instrumento que possibilite a assistência de Enfermagem a pacientes submetidos a tratamento de lesões agudas e crônicas voltado à equipe de enfermagem. Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes. Os riscos relacionados a esta pesquisa, bem como as medidas para sua minimização são:

1) O(a) Sr.(a) poderá sentir-se incomodado(a) com algumas perguntas, visto que serão coletadas informações sobre sua vida profissional e pessoal. Neste caso, o(a) Sr.(a) tem a total liberdade para não responder a estas perguntas ou participar da pesquisa;

2) Em razão da possibilidade de contato físico com a pesquisadora, o(a) Sr.(a) corre o risco de transmissão do SARS-CoV-2, vírus causador da Covid-19, que ainda não está totalmente sob controle, embora esteja sendo implementada a vacinação por todo o país e tenha diminuído substancialmente o número de internações e óbitos. Como medida para diminuir este risco, serão adotados todos os protocolos de biossegurança (distanciamento mínimo, uso de máscaras, higienização das mãos com álcool em gel e evitar aglomerações) com vistas a evitar a transmissão do SARS-CoV-2;

3) Em relação ao risco de perda do sigilo das respostas, está garantida, desde já, a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados e uso da sua imagem e voz durante todas as fases da pesquisa, a sua privacidade e identidade e posteriormente na divulgação científica. Em razão dos riscos relacionados à esta pesquisa, é

garantido ao(à) participante:

1) O direito de assistência integral gratuita em decorrência de danos diretos/indiretos e imediatos/tardios em razão de sua participação neste estudo, pelo tempo que for necessário;

2) O direito de indenizações e cobertura material e ressarcimento das despesas para reparação à danos materiais e imateriais, caso estes sejam decorrentes de sua participação nesta pesquisa;

3) A manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica. Se julgar necessário, o(a) Sr.(a) dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-lo(a) na tomada de decisão livre e esclarecida. O(a) Sr.(a) poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável no endereço Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus, AM, CEP 69057-070; por meio do telefone (92) 994250896 ou pelo e-mail Libini.sbarrosos@gmail.com qualquer informação adicional a qualquer tempo.

O (a) Sr.(a) também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM), que consiste num colegiado multi e transdisciplinar, independente, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. O CEP/UFAM fica na Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM) - Sala 07, Rua Teresina, 495 – Adrianópolis – Manaus – AM, Fone: (92) 3305-1181 Ramal 2004, e-mail: cep@ufam.edu.br.

Além do CEP/UFAM, o(a) Sr.(a), também poderá contactar a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), quando pertinente. Este documento (TCLE) será elaborado em duas VIAS, que serão rubricadas em todas as suas páginas, exceto a com as assinaturas, e assinadas ao seu término pelo(a) Sr(a)., ou por seu representante legal, e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um (pesquisador e participante).

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____, fui informado (a) sobre o que a

_____ Pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração no estudo, compreendi o

objetivo da pesquisa e quais procedimentos serão realizados. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios da mesma. Entendi que sou livre para interromper a minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão, e que isso não me trará prejuízo. Confirmando também que recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por mim e pela pesquisadora. Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar desta pesquisa.

Assinatura do Participante da Pesquisa _____

Assinatura da Pesquisadora _____

Assinatura do Orientador _____

Data: _____ / _____ / _____

Li e concordo em participar da pesquisa. Manaus, _____ / _____ / _____

Assinatura do(a) Participante _____

Assinatura da Pesquisadora Responsável _____

APÊNDICE B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ (TAGV).

Eu, _____ nacionalidade _____, nascido (a) em _____, estado civil _____, profissão _____, portador (a) da Cédula de Identidade RG nº _____, inscrito (a) no CPF/MF sob nº _____, residente e domiciliado à Av/Rua: _____, nº _____, complemento _____, Bairro: _____, CEP: _____, município de _____, UF _____, AUTORIZO o uso de minha voz, em todo e qualquer material referente a pesquisa CONSTRUÇÃO DE UM PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS PARA CAPACITAÇÃO DE ENFERMEIROS DO AMAZONAS, documentos e outros meios de comunicação, físicos ou eletrônicos, para análise de dados da pesquisa realizada pela pesquisadora LIBINI CRISTINI DA SILVEIRA WEILLER, aluna do Programa de pós graduação em enfermagem - PPGENF/UFMS com sede no Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM) - Sala 07, Rua Teresina, 495 – Adrianópolis – Manaus – AM, Fone: (92) 3305-1181 Ramal 2004, Email: cep@ufam.edu.br. Podendo ser utilizada para análise dos dados desde que não haja desvirtuamento da sua finalidade.

A autorização cessará ao tempo em que for solicitada a descontinuidade da cessão dos direitos de voz, cuja utilização foi autorizada em outro momento. A autorização neste termo especificada é gratuita e por prazo indeterminado. Por ser esta a expressão de minha vontade, declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada seja reclamado a título de direitos conexos à minha voz, e assino a presente autorização.

Data: _____/_____/_____

Li e concordo em permitir a gravação da minha voz. Manaus, _____/_____/_____

Assinatura do(a) Participante

Assinatura da Pesquisadora Responsável

APÊNDICE C - TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO

SAÚDE

Prefeitura Municipal de Itacoatiara
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade de Emissão



TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTE: Unidade básica de saúde Bernadino Dessimoni, Unidade básica de saúde Paulo Gomes da Silva, Unidade básica de saúde Maria da Paz Rocha Litaiff

Nome da Instituição: Bernadino Dessimoni, Paulo Gomes da Silva, Maria da Paz Rocha Litaiff.

Como secretária de saúde do município de Itacoatiara representando as instituições acima, declaro para os devidos fins que a instituição está de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado **CONSTRUÇÃO DE UM PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS PARA CAPACITAÇÃO DE ENFERMEIROS DO AMAZONAS**, que tem como pesquisador responsável Libini Cristini da Silveira Weiller, com o objetivo de **Construir um protocolo de prevenção e tratamento de feridas agudas e crônicas a fim de capacitar os enfermeiros assistenciais.**

A instituição assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser totalmente realizada nas suas dependências e declara que apresenta infraestrutura necessária à sua realização.

Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial as Resoluções 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Informo que o acesso à instituição e início da coleta dos dados estão condicionados à apresentação do Parecer de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Atenciosamente,

Itacoatiara, 21 de Maio de 2025.

Itacoatiara
P R E F E I T U R A

Francieli dos Santos Lima

Francieli dos Santos Lima
Secretária de saúde do município de Itacoatiara

APÊNDICE D - ROTEIRO PARA AS REUNIÕES COM O GRUPO CONVERGENTE

ROTEIRO REUNIÃO GRUPO CONVERGENTE PRIMEIRO MOMENTO TEMA PARA REFLEXÃO:

Linha da Vida: uma reflexão de si, as experiências de vida profissional e aprendizado relacionados ao tratamento de lesões;

Perguntas para nortear as falas:

Qual foi a primeira vez que você teve contato com feridas na sua trajetória como enfermeiro?

O que levou você a fazer enfermagem?

Qual foi a maior experiência da sua vida como enfermeiro no tratamento de feridas? Tratar feridas te deixa com qual sentimento?

SEGUNDO MOMENTO TEMA PARA REFLEXÃO:

Feridas na prática: Processo de cicatrização, e práticas de curativos na instituição. Perguntas Para nortear as falas:

Qual é o processo de cicatrização adequado dentro do tratamento de feridas? É fácil realizar um curativo?

Qual sua maior dificuldade dentro do processo de cicatrização? Você conhece todos os materiais disponíveis para realizar curativo?

Como funciona a rotina dentro da instituição relacionado a troca de curativo?

APÊNDICE E- QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CULTURAL

1. IDENTIFICAÇÃO:

Número de ID: _____ Nome: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Bairro: _____ Cidade de Origem: _____

Raça: () branca () preta () parda () amarela () indígena Data de nascimento: _____

Estado Civil: () casado(a) () solteiro(a) () viúvo(a) ()

divorciado(a)/separado(a)/desquitado(a)

() união estável

() outro:

Nome da criança/adolescente: _____

Parentesco: _____

2. MERCADO DE TRABALHO

a) Qual é sua situação atual de trabalho?

() Empregado assalariado com carteira de trabalho assinada () Empregado assalariado sem carteira de trabalho assinada () Funcionário Público

() Conta própria ou autônomo () Aposentado () Desempregado

() Outra. Qual? _____

b) Quanto você recebe?

() até $\frac{1}{2}$ salário mínimo (R\$ 440)

() mais de $\frac{1}{2}$ salário até 1 salário mínimo (R\$ 440 a R\$ 880) () de 1 salário até 2 salários (R\$ 880 a R\$ 1.760)

() de 2 salários até 3 salários (R\$ 1.760 a R\$ 2.640)

() de 3 salários até 5 salários (R\$ 2.640 a R\$ 4.400) () acima de 5 salários (R\$ 4.400 ou mais)

c) Quantas horas por dia você costuma trabalhar?

() 4 horas/dia () 6 horas/dia () 8 horas/dia () Mais de 8 horas/dia () Só de vez em quando

d) Quanto tempo você leva da sua casa até o local de trabalho?

() até 1 hora () entre 1 e 2 horas () entre 2 e 3 horas () entre 3 e 4 horas () mais de 4 horas

e) Em caso de desocupada: Do que você e sua família vivem?

3. EDUCAÇÃO

Grau de instrução pessoal:

() sem estudo () primeiro grau incompleto (ensino fundamental) () primeiro grau completo (ensino fundamental) () segundo grau incompleto (ensino médio) () segundo grau completo (ensino médio) () ensino técnico incompleto () ensino técnico completo () superior incompleto (faculdade) () superior completo (faculdade)

4. FAMÍLIA

a) Qual a renda de sua família (soma dos salários de todos os membros/pessoas)? () até $\frac{1}{2}$ salário mínimo (R\$ 440)

() mais de $\frac{1}{2}$ salário até 1 salário mínimo (R\$ 440 a R\$ 880) () de 1 salário até 2 salários (R\$ 880 a R\$ 1.760)

() de 2 salários até 3 salários (R\$ 1.760 a R\$ 2.640)

() de 3 salários até 5 salários (R\$ 2.640 a R\$ 4.400) () acima de 5 salários (R\$ 4.400 ou mais)

b) Membros da família

Número de pessoas? _____

APÊNDICE F - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DA ENTREVISTA

- 1) Qual sua formação?
- 2) É pós-graduado, se sim em que área?
- 3) Quantos anos de formado?
- 4) Você sabe realizar um curativo?
- 5) Você conhece todos os materiais disponíveis na instituição para tratar lesões?
- 6) Qual o tipo de curativo você mais realiza?
- 7) Qual sua maior dificuldade no tratamento de lesões
- 8) O que você gostaria de aprender sobre cicatrização de feridas?
- 9) Você conhece as etapas da cicatrização de lesões?
- 10) Você conhece e entende os termos biofilme, esfacelo, necrose, feridas de difícil cicatrização?

ANEXOS

ANEXO A - COMITÊ DE ÉTICA DA UFAM - CEP/UFAM

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: UM PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS PARA CAPACITAÇÃO DE ENFERMEIROS NO INTERIOR DO AMAZONAS

Pesquisador: LIBINI CRISTINI DA SILVEIRA WEILLER

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 87238225.0.0000.5020

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Manaus

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.529.840

Apresentação do Projeto:

Segundo o(a) pesquisador(a) responsável no documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2506665.pdf, 24/02/2025 12:56:09": Introdução: A prevenção e o tratamento de feridas envolvem uma abordagem multidisciplinar, com enfermeiros desempenhando um papel central nos cuidados. O uso de protocolos assistenciais contribui para a qualificação do cuidado, ao orientar a tomada de decisão dos enfermeiros e direcionar a assistência para atender às necessidades do paciente. Considerando o protagonismo da Enfermagem no cuidado a pacientes com feridas, torna-se necessário a produção de estratégias que auxiliem esse profissional, com destaque para o cenário amazônico. Objetivo: Construir um protocolo de prevenção e tratamento de feridas agudas e crônicas a fim de capacitar os enfermeiros assistenciais. Metodologia: Trata-se de um estudo do tipo Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), tendo como base a metodologia de Trentini e Beltrame (2006). Resultados esperados: A criação deste protocolo possibilitará melhorias na qualidade do cuidado, uniformizando práticas de prevenção e tratamento com base em evidências científicas. Esse processo contribuirá para a redução de complicações, além de capacitar os profissionais com conhecimentos atualizados e habilidades específicas, aumentando sua competência técnica. Descritores: Ferimentos e Lesões; Ações Terapêuticas; Doença crônica; Complicações do Diabetes; Lesões Cirúrgicas; Capacitação Profissional; Protocolo de Tratamento.

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-4000

CEP: 69.057-070

E-mail: cep@ufam.edu.br

Tamanho da amostra: 20 participantes.

Crítérios de inclusão: Enfermeiros que atuam no hospital do município de Itacoatiara, Amazonas com mais de um ano diretamente no tratamento de lesões.

Crítérios de exclusão: Enfermeiros cujas funções no hospital do município de Itacoatiara, Amazonas não estão diretamente relacionadas ao tratamento de feridas, ou enfermeiros afastados do serviço por qualquer motivo no período da pesquisa.

O Cronograma de Execução está detalhado em "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2508865.pdf, 24/02/2025 12:58:09". O local da coleta dos dados será no Hospital Regional José Mendes, localizado no município de Itacoatiara, no Amazonas e será realizada no período de 17/04/2025 a 30/05/2025.

Foi indicado Financiamento Próprio e prevê um custo total de R\$ 3.280,00.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Construir um protocolo de prevenção e tratamento de feridas agudas e crônicas.

Objetivos Específicos

Reunir conteúdos sobre os tipos de prevenção e tratamento de lesões agudas e crônicas, como referências científicas para embasar a estruturação do Instrumento;

Analisar junto a equipe se o protocolo está de acordo com sua realidade, tendo em vista sua utilização na assistência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos relacionados a esta pesquisa, bem como as medidas para sua minimização são:

- 1) O(a) Sr.(a) poderá sentir-se incomodado(a) com algumas perguntas, visto que serão coletadas informações sobre sua vida profissional e pessoal. Neste caso, o(a) Sr.(a) tem a total liberdade para não responder a estas perguntas ou participar da pesquisa;
- 2) Em razão da possibilidade de contato físico com a pesquisadora, o(a) Sr.(a) corre o risco de transmissão do SARS-CoV-2, vírus causador da Covid-19, que ainda não está totalmente sob controle, embora esteja sendo implementada a vacinação por todo o país e tenha diminuído

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

Telefone: (92)3305-4000

E-mail: cep@ufam.edu.br

Continuação do Parecer: 7.529.840

substancialmente o número de internações e óbitos. Como medida para diminuir este risco, serão adotados todos os protocolos de biossegurança (distanciamento mínimo, uso de máscaras, higienização das mãos com álcool em gel e evitar aglomerações) com vistas a evitar a transmissão do SARS-CoV-2; 3) Em relação ao risco de perda do sigilo das respostas, está garantida, desde já, a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados e uso da sua imagem e voz durante todas as fases da pesquisa, a sua privacidade e identidade e posteriormente na divulgação científica. Em razão dos riscos relacionados à esta pesquisa, é garantido ao(à) participante: 1) O direito de assistência integral gratuita em decorrência de danos diretos/indiretos e imediatos/tardios em razão de sua participação neste estudo, pelo tempo que for necessário; 2) O direito de indenizações e cobertura material e ressarcimento das despesas para reparação à danos materiais e imateriais, caso estes sejam decorrentes de sua participação nesta pesquisa; 3) A manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica.

Benefícios:

Sua participação nesta pesquisa trará como benefício a sua contribuição para construção de um instrumento que possibilite a assistência de Enfermagem a pacientes submetidos a tratamento de lesões agudas e crônicas voltado equipe de enfermagem.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se da 1ª versão do projeto de dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem no Contexto Amazônico MESTRADO PROFISSIONAL - PPGENF-MP, da Universidade Federal do Amazonas - UFAM, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. ORIENTADORA: Profa. Dra. Nariani Souza Galvão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

FOLHA DE ROSTO: presente e assinada;

TERMO DE ANUÊNCIA: presente e assinado;

PROJETO DETALHADO: presente;

TCLE: presente e adequado;

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: presente (documento: "PROJETO_LIBINI.pdf, 24/02/2025 12:42:32");

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

Telefone: (92)3305-4000

E-mail: cep@ufam.edu.br

Continuação do Parecer: 1.529.840

Recomendações:

Vide campo de Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise dos documentos apresentados pelo pesquisador responsável, este colegiado é favorável ao parecer de APROVADO.

Salvo melhor juízo, é o parecer.

Considerações Finais a critério do CEP:

O(A) pesquisador(a) deve enviar por Notificação os relatórios parciais e final (item XI.d. da Res 466/2012-CNS), por meio da Plataforma Brasil e manter seu cronograma atualizado, solicitando por Emenda eventuais alterações antes da finalização do prazo inicialmente previsto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_2506665.pdf	24/02/2025 12:56:09		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	termodeanuenciainstitucional.pdf	24/02/2025 12:55:30	LIBINI CRISTINI DA SILVEIRA WEILLER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	24/02/2025 12:53:05	LIBINI CRISTINI DA SILVEIRA WEILLER	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostolibiniassinado.pdf	24/02/2025 12:49:34	LIBINI CRISTINI DA SILVEIRA WEILLER	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_LIBINI.pdf	24/02/2025 12:42:32	LIBINI CRISTINI DA SILVEIRA WEILLER	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	24/02/2025 12:41:07	LIBINI CRISTINI DA SILVEIRA WEILLER	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	24/02/2025 12:40:51	LIBINI CRISTINI DA SILVEIRA WEILLER	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-4000

CEP: 69.057-070

E-mail: cep@ufam.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 7.529.840

MANAUS, 27 de Abril de 2025

Assinado por:
Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-4000

CEP: 69.057-070

E-mail: cep@ufam.edu.br

Página 05 de 05