UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM EM ESTOMATERAPIA

DENISE ALVES MOREIRA

FATORES ASSOCIADOS À PRESENÇA DE FERIDAS EM USUÁRIOS ACOMPANHADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Belo Horizonte
2025

DENISE ALVES MOREIRA

FATORES ASSOCIADOS À PRESENÇA DE FERIDAS EM USUÁRIOS ACOMPANHADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Monografia apresentada ao curso de Especialização Enfermagem em Estomaterapia da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção do título de Estomaterapeuta.

Orientador: Prof. Assis do Carmo Pereira Júnior, PhD

Belo Horizonte

2025

FICHA CATALOGRÁFICA

Moreira, Denise Alves.
M838f Fatores associados à presença de feridas em usuários acompanhados na Atenção Primária à Saúde [recursos eletrônicos]. / Denise Alves Moreira. - - Belo Horizonte: 2025.
72 f.: il.
Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador(a): Assis do Carmo Pereira Júnior.
Área de concentração: Estomaterapia.
Monografia (Especialização): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Ferimentos e Lesões. 2. Cicatrização. 3. Cuidados de Enfermagem. 4. Perfil de Saúde. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Pereira Júnior, Assis do Carmo. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WO 700

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697

FOLHA DE APROVAÇÃO/ATA DE DEFESA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ENFERMAGEM EM ESTOMATERAPIA

FOLHA DE APROVAÇÃO

DENISE ALVES MOREIRA

Monografia submetida à banca examinadora designada pelo Curso de Especialização Enfermagem em Estomaterapia, como requisito para obtenção de Título de Especialista Enfermagem em Estomaterapia. Defesa da Monografia Intitulada: ***"FATORES ASSOCIADOS À PRESENÇA DE FERIDAS EM USUÁRIOS ACOMPANHADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE"***.

Aprovada em 04de julho de 2025, pela banca constituída pelos membros.

Documento assinado digitalmente
gov.br
ASSIS DO CARMO PEREIRA JUNIOR
Data: 11/07/2025 14:51:08-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Prof. Dr Assis do Carmo Pereira Junior
Orientador: (Escola de Enfermagem UFMG)

Documento assinado digitalmente
gov.br
TAYSA DE FATIMA GARCIA
Data: 16/07/2025 23:21:38-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Prof.ª Dra. Taysa de Fátima Garcia
Avaliadora: (Escola de Enfermagem UFMG)

Documento assinado digitalmente
gov.br
THAIS BARREIROS TAVARES
Data: 17/07/2025 15:04:17-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Enfª Me. Thais Barreiros Tavares
Avaliadora:(Escola de Enfermagem UFMG)

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, meu sustento, meu refúgio e minha fortaleza. Sem Ele, nada disso seria possível. Em todos os momentos, pude sentir Sua mão me guiando, me fortalecendo e renovando minhas forças. Entrego a Ele toda honra e toda glória por esta conquista. E, como diz a Sua palavra: “Entregue ao Senhor os seus planos, e eles serão bem-sucedidos.” (Provérbios 16:3)

Aos meus amores, meu marido José e meus filhos Malu e Benjamin, que são minha base e minha motivação diária. Agradeço pela paciência, pelo amor, pela compreensão e por estarem ao meu lado em cada desafio, me incentivando a seguir e a acreditar no meu potencial.

À minha irmã Lorena, meu agradecimento especial pelo amor, apoio, pelas palavras de encorajamento e orações nos momentos em que mais precisei. Sua presença foi essencial nessa caminhada.

A minha mãe, por ser sempre meu apoio, acolhimento e amor incondicional.

A Eline pelo amparo, incentivo e conudução com primor dessa jornada acadêmica.

Aos meus professores, especialmente ao meu orientador Assis, que, com sabedoria me orientou e contribuiu de forma significativa para a construção deste trabalho.

Aos meus amigos que fizeram parte da minha jornada acadêmica, obrigada pela troca, pelo aprendizado e pelo companheirismo.

A cada um que, de alguma forma, fez parte desse caminho, meu sincero agradecimento.

E, por fim, agradeço a mim mesma, pela persistência, pela coragem e pela determinação em não desistir, mesmo diante dos desafios.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar os fatores associados à presença de feridas em usuários acompanhados na Atenção Primária à Saúde de um município mineiro. Trata-se de um estudo observacional, transversal e quantitativo, com base em análise secundária de um banco de dados institucional contendo 1.399 registros coletados entre julho de 2023 e julho de 2024. A análise dos dados envolveu estatística descritiva e testes de associação (qui-quadrado), com nível de significância de $p \leq 0,05$. Os resultados revelaram um perfil epidemiológico consonante com a literatura, com predomínio de homens (50,6%) na faixa etária de 61 a 80 anos (47,3%). As etiologias mais prevalentes foram a úlcera venosa (34,5%) e a lesão por pressão (22,1%), com hipertensão arterial (57,1%) e diabetes mellitus (34,9%) como principais comorbidades. Um achado central foi a elevada cronicidade, com 53,7% das lesões existindo há mais de três meses, um desafio para a Atenção Primária à Saúde.A análise inferencial demonstrou que determinantes sociais, como a condição de moradia ($p=0,035$) e a localização em regionais de maior vulnerabilidade em saúde ($p=0,011$), estão significativamente associados à duração das feridas. Este estudo quantifica a fragmentação do cuidado, onde a alta prevalência de procedimentos realizados por cuidadores ou técnicos de enfermagem sem a avaliação sistemática do enfermeiro está diretamente associada a um maior tempo de tratamento ($p<0,001$) e de existência da lesão ($p=0,015$). A ausência de tratamento com coberturas especiais também se mostrou significativamente associada a uma maior cronicidade ($p=0,030$), reforçando que a escolha terapêutica inadequada, muitas vezes decorrente da falta de conhecimento técnico aprofundado, contribui para piores desfechos. Conclui-se que a cronicidade das feridas na Atenção Primária à Saúde é um fenômeno complexo, ligada não apenas a fatores clínicos, mas também à organização do processo de trabalho e à qualificação profissional. A pesquisa evidencia que um modelo de cuidado focado na execução de tarefas e a ausência do contínuo raciocínio clínico do enfermeiro, é insuficiente para lidar com a complexidade desse cuidado. Os achados apontam para a necessidade de reestruturar os fluxos assistenciais, investir na educação permanente, fortalecer a autonomia do enfermeiro e integrar a expertise do especialista em estomaterapia para assegurar um manejo assertivo, integral e baseado em evidências, visando não apenas a cicatrização das feridas, mas a melhoria da qualidade de vida da população.

Palavras-chave*:* Cicatrização. Perfil de saúde. Cuidados de enfermagem. Ferimentos. Lesões

ABSTRACT

This study aimed to analyze the factors associated with the presence of wounds in users treated in Primary Health Care in a municipality in Minas Gerais. This is an observational, cross-sectional, and quantitative study, based on secondary analysis of an institutional database containing 1,399 records collected between July 2023 and July 2024. Data analysis involved descriptive statistics and association tests (chi-square), with a significance level of $p \leq 0.05$. The results revealed an epidemiological profile in line with the literature, with a predominance of men (50.6%) in the age group of 61 to 80 years (47.3%). The most prevalent etiologies were venous ulcer (34.5%) and pressure injury (22.1%), with arterial hypertension (57.1%) and diabetes mellitus (34.9%) as the main comorbidities. A central finding was the high chronicity, with 53.7% of the injuries existing for more than three months, a challenge for Primary Health Care. The inferential analysis demonstrated that social determinants, such as housing conditions ($p=0.035$) and location in regions with greater health vulnerability ($p=0.011$), are significantly associated with the duration of the wounds. This study quantifies the fragmentation of care, where the high prevalence of procedures performed by caregivers or nursing technicians without systematic evaluation by the nurse is directly associated with a longer treatment time ($p<0.001$) and the existence of the injury ($p=0.015$). The lack of treatment with special dressings was also significantly associated with greater chronicity ($p=0.030$), reinforcing that inadequate therapeutic choice, often resulting from a lack of in-depth technical knowledge, contributes to worse outcomes. It is concluded that the chronicity of wounds in Primary Health Care is a complex phenomenon, linked not only to clinical factors, but also to the organization of the work process and professional qualification. The research shows that a care model focused on the execution of tasks and the absence of continuous clinical reasoning by nurses is insufficient to deal with the complexity of this care. The findings point to the need to restructure care flows, invest in continuing education, strengthen the autonomy of nurses and integrate the expertise of specialists in enterostomal therapy to ensure assertive, comprehensive and evidence-based management, aiming not only at wound healing, but also at improving the quality of life of the population.

Keywords: Wound healing. Health profile. Nursing care. Wounds. Injuries

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos usuários com feridas, acompanhados na Atenção Primária à Saúde, de acordo com a condição de moradia e a etiologia das lesões. Belo Horizonte – Minas Gerais, 2025 (n=1.399) 27

Tabela 2 – Perfil epidemiológico dos usuários com feridas, acompanhados na Atenção Primária à Saúde, considerando as etiologias mais prevalentes. Belo Horizonte – Minas Gerais, 2025 (n=1.399)..... 28

Tabela 3 – Perfil epidemiológico dos usuários com feridas, acompanhados na Atenção Primária à Saúde, considerando as comorbidades associadas. Belo Horizonte – Minas Gerais, 2025 (n=1.399)..... 29

Tabela 4 – Perfil epidemiológico dos usuários com feridas, acompanhados na Atenção Primária à Saúde, considerando tempo de existência, tempo de tratamento, local, profundidade, presença de conteúdo bacteriano e nível de odor das lesões. Belo Horizonte – Minas Gerais, 2025 (n=1.399)..... 30

Tabela 5 – Perfil epidemiológico dos usuários com feridas, acompanhados na Atenção Primária à Saúde, considerando a quantidade de lesões apresentadas em um mesmo indivíduo, Belo Horizonte – Minas Gerais, 2025 (n=1.399)..... 31

Tabela 6 – Perfil epidemiológico dos usuários com feridas, acompanhados na Atenção Primária à Saúde, considerando o tamanho das lesões, Belo Horizonte – Minas Gerais, 2025 (n=1.399)..... 32

Tabela 7 – Perfil epidemiológico dos usuários com feridas, acompanhados na Atenção Primária à Saúde, considerando o tecido no leito das lesões, Belo Horizonte – Minas Gerais, 2025 (n=1.399)..... 33

Tabela 8 – Perfil epidemiológico dos usuários com feridas, acompanhados na Atenção Primária à Saúde, considerando a quantidade de exsudato no leito das lesões, Belo Horizonte – Minas Gerais, 2025 (n=1.399)..... 34

Tabela 9 – Caracterização dos usuários com ferida acompanhados na Atenção Primária à Saúde quanto ao tipo de tratamento aplicado, Belo Horizonte – Minas Gerais, 2025 (n=1.399) 34

Tabela 10 – Caracterização dos usuários com ferida acompanhados na Atenção Primária à Saúde quanto ao profissional responsável pela realização do curativo, Belo Horizonte – Minas Gerais, 2025 (n=1.399) 35

Tabela 11 – Distribuição dos indivíduos de acordo com o tempo de existência da lesão mais

antiga e a condição de moradia, Belo Horizonte – Minas Gerais, 2025 (n=1.399) 36
Tabela 12 – Distribuição dos indivíduos de acordo com o tempo de existência da lesão mais antiga e a regional de saúde, Belo Horizonte – Minas Gerais, 2025 (n=1.399).....36
Tabela 13 – Distribuição dos indivíduos de acordo com o tempo de existência da lesão mais antiga e a etiologia, Belo Horizonte – Minas Gerais, 2025 (n=1.399).....37
Tabela 14 – Distribuição dos indivíduos de acordo com o tempo de existência da lesão mais antiga e o tipo de tratamento, Belo Horizonte – Minas Gerais, 2025 (n=1.399).....38
Tabela 15 – Distribuição dos indivíduos de acordo com o tempo de existência da lesão mais antiga e a realização do curativo, Belo Horizonte – Minas Gerais, 2025 (n=1.399).....39
Tabela 16 – Distribuição dos indivíduos de acordo com o tempo de tratamento da lesão e o profissional responsável pela realização do curativo, Belo Horizonte – Minas Gerais, 2025 (n=1.399).....41
Tabela 17 – Distribuição dos usuários com feridas, acompanhados na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte, de acordo com a condição de moradia e o tipo de profissional responsável pelo curativo, Belo Horizonte – Minas Gerais, 2025 (n=1.399).....42

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CS	Centro de Saúde
ECM	Matriz Extracelular
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IVS	Índice de Vulnerabilidade da Saúde
LASER	Light Amplification of Stimulated Emissions of Radiation
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCUD	Termo de Compromisso de Uso de Dados

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....12
2. OBJETIVOS.....15
2.1. Objetivo Geral.....15
2.2. Objetivos Específicos.....15
3. REVISÃO DE LITERATURA 16
3.1 Estrutura da pele e a importância da sua integridade..... 16
3.2 Feridas: Processo de cicatrização, impacto e desafios no cuidado.....17
3.3 Fatores que influenciam a cicatrização de feridas.....18
3.4 O papel da Atenção Primária à Saúde na prevenção, manejo e tratamento das feridas....20
4. METODOLOGIA. 23
4.1 Delineamento do estudo.....23
4.2 Local do estudo….....23
4.3 População….....24
4.4 Critérios de inclusão e exclusão.....24
4.5 Aspectos éticos. 24
4.6 Coleta de dados.....25
4.7 Variáveis do estudo.....25
4.8 Análise dos dados 25
5. RESULTADOS 27
5.1 Caracterização do perfil sociodemográfico dos participantes do estudo 27
5.2 Caracterização do perfil epidemiológico e clínico dos participantes do estudo..... 27
5.3 Fatores associados à presença de feridas nos participantes do estudo 36
6. DISCUSSÃO.....45
7. CONCLUSÃO.....52
REFERÊNCIA.....53
APÊNDICE A - Carta de anuência 62
APÊNDICE B - Instrumento norteador da extração de dados 64
ANEXO A - Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) – UFMG..... 65
ANEXO B - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa. 67

INTRODUÇÃO

A pele é o maior órgão do corpo humano, representando cerca de 16% do peso corporal e cobrindo aproximadamente 2m² em adultos. Sua principal função é de barreira física contra o meio externo, além de desempenhar outras funções vitais de comunicação e controle que garantem a homeostase do organismo, tornando sua integridade algo essencial (Bernardo; Santos; Silva, 2019).

Durante a vida, existem períodos de maior vulnerabilidade da pele, o que torna os indivíduos mais suscetíveis ao desenvolvimento de lesões. As fases mais críticas são nos estágios iniciais da vida (quando a pele ainda não está completamente madura) e no final da vida, com a idade mais avançada, quando o indivíduo apresenta problemas dermatológicos, ou outras doenças crônicas, ou sistêmicas (Beeckman, 2020).

As feridas são alterações na integridade da pele que desvitalizam suas funções e podem ter variados graus de comprometimento de suas camadas e são classificadas de acordo com sua etiologia (vasculares, traumáticas, oncológicas, congênitas, cirúrgicas, por pressão, em pacientes diabéticos ou com doença falciforme), além do histórico decorrente, podendo ser relacionadas a fatores externos ou internos, assim como a condições associadas (Macedo et al. 2023).

A ferida pode ser classificada, ainda, conforme outros parâmetros, tais como tempo de duração. É aguda quando o tempo e as fases de cicatrização acontecem em um tempo previsto entre oito e 12 semanas, a depender da extensão da ferida e da perda tecidual. Já as feridas consideradas crônicas são aquelas que, mesmo recebendo tratamento adequado, sofrem falha no processo cicatricial em quatro semanas. Essas feridas demandam intervenções específicas para que a cicatrização aconteça (Borges; Lima, 2024).

As feridas crônicas acometem cerca de 5 milhões de brasileiros e representam um importante desafio para o sistema de saúde, com implicações como tempo prolongado de tratamento, necessidade de múltiplos tipos de cobertura e aumento dos custos com insumos, tanto em ambiente hospitalar quanto domiciliar (Silva et al., 2023).

Na atualidade, já se dispõe de uma vasta gama de recursos para o tratamento das feridas, como coberturas para curativos que potencializam a cicatrização com consequente diminuição do tempo de recuperação, com repercussões importantes na melhora da qualidade de vida das pessoas acometidas. O mercado oferece coberturas com funções hidratantes, absorventes, controladoras de odor, redutoras de microrganismos, sendo que a escolha da

cobertura deve ser direcionada pelas características da ferida, incluindo quantidade e odor do exsudato presente no leito da ferida (Borges; Lisboa; Rosa, 2023).

Além disso, algumas terapias adjuvantes têm sido indicadas no tratamento de determinadas feridas, especialmente aquelas que não respondem positivamente ao uso de coberturas interativas. Nesse grupo, encontram-se, por exemplo, a oxigenoterapia hiperbárica, Light Amplification of Stimulated Emissions of Radiation (Laser), terapia por pressão negativa e ozonioterapia. No entanto, a utilização de terapias adjuvantes, em conjunto com coberturas interativas, no tratamento de feridas, deve estar amparada na real necessidade e nas evidências científicas que apoiam essa conduta (Spira; Borges; Lisboa; Tonazio, 2023).

Nesse cenário, a Atenção Primária à Saúde (APS) exerce papel fundamental como porta de entrada dos usuários no SUS, promovendo ações territorializadas, integrais e continuadas. A APS é responsável por diagnosticar, tratar e acompanhar diversas condições, incluindo feridas de múltiplas etiologias, buscando resolutividade e qualidade de vida para a população (Azevedo; Santos, 2022).

Macedo et al. (2022) mostram que o papel do enfermeiro na APS está diretamente relacionado com uma atuação voltada para o cenário da Saúde Coletiva, com o intuito de cuidar dos indivíduos, conhecendo e interpretando a realidade de saúde de uma população, para nela intervir. O enfermeiro, sendo integrante da equipe de saúde da APS, realiza ações de prevenção e promoção da saúde, diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos

De acordo com a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) nº 567/2018, a atuação do enfermeiro se faz essencial no manejo do paciente com ferida, intervindo em prevenção, avaliação e identificação precoce da ferida, bem como instituindo os cuidados necessários para seu tratamento, visando reduzir o tempo de reparação tecidual e minimizar complicações. Isso torna o enfermeiro o profissional mais bem preparado para realizar o tratamento de feridas, podendo se especializar na área, dada a complexidade dessa problemática.

Conhecer os fatores associados à presença de feridas é fundamental para o planejamento de estratégias terapêuticas e preventivas. Esses dados auxiliam na identificação de padrões epidemiológicos e possibilitam ações mais assertivas diante do perfil da população acometida (Martins et al., 2021). Além disso, feridas crônicas impactam significativamente a vida dos pacientes e seus cuidadores, com repercussões sociais, emocionais e econômicas especialmente quando há dificuldades de acesso aos serviços de saúde (Atkin et al., 2019).

Assim, torna-se essencial compreender a realidade vivenciada pelos usuários com

feridas, inclusive aspectos psicossociais e funcionais que interferem no seguimento do plano terapêutico. Tais informações subsidiam a construção de um cuidado mais integral, centrado na pessoa, com potencial para melhorar os desfechos clínicos e otimizar o uso dos recursos públicos de saúde (Atkin et al., 2019).

Diante disso, este estudo tem como objetivo analisar os fatores associados à presença de feridas em usuários acompanhados na APS de um município mineiro. A questão norteadora da pesquisa é: Quais os fatores associados à presença de feridas em usuários acompanhados na APS em um município mineiro?

Espera-se, assim, contribuir com informações que possam apoiar as estratégias de intervenção e fortalecimento no que tange ao processo de acompanhamento desses usuários, favorecendo uma abordagem de cuidado integral, com potencial para beneficiar diretamente a qualidade de vida e otimizar o uso dos recursos de saúde pública.

1. OBJETIVOS

1.1 Objetivo geral

Analisar os fatores associados à presença de feridas em usuários acompanhados na Atenção Primária à Saúde em um município mineiro.

1.2 Objetivos específicos

- Identificar a prevalência de feridas entre os usuários da Atenção Primária à Saúde;
- Descrever as características sociodemográficas e clínicas dos usuários com feridas atendidos;
- Caracterizar o perfil epidemiológico dos usuários com feridas acompanhados na Atenção Primária à Saúde.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Estrutura da pele e a importância da sua integridade

A estrutura anatômica da pele é formada por três camadas, cada uma com diferentes funções, além de órgãos anexos como folículos pilosos, unhas, glândulas sudoríparas e sebáceas. Sendo que a secreção sebácea e a sudorreica determinam o pH, que, na pele normal, está em torno de 5,4 a 5,6 com variações topográficas (Giovanini, 2023).

A primeira camada da pele, a epiderme, é formada por um epitélio pavimentoso estratificado e queratinizado, sem vascularização, que passa por constante renovação. As células superficiais, já mortas, são eliminadas por descamação. Os queratinócitos são as células predominantes, mas também estão presentes as células de Langerhans, que integram o sistema imunológico e realizam fagocitose; os melanócitos, responsáveis pela produção de melanina, que protege a pele contra os raios UV; e as células de Merkel, situadas na base da epiderme, em contato com fibras nervosas, atuando como mecanorreceptoras (Silva et al.,2024).

A derme é a camada mais espessa da pele, situada abaixo da epiderme, e contém vasos sanguíneos e nervos que a nutrem. Divide-se em duas regiões: a papilar, mais superficial e composta por tecido conjuntivo frouxo, rica em matriz extracelular, vasos sanguíneos, linfáticos, células epiteliais, pequenos músculos e neurônios, fibroblastos e elementos essenciais à cicatrização, como fibronectina e ácido hialurônico. Já a região reticular é mais profunda, formada por tecido conjuntivo denso e menos celular. Essa camada possui uma rede de vasos sanguíneos e fibras de colágeno que conferem resistência à tração. Também contém fibroblastos e tecido fibroelástico (Lotfollahi, 2024).

A hipoderme é a camada da pele também conhecida como tecido subcutâneo. É a camada mais interna, que não é considerada pele. Essa camada é formada por vasos sanguíneos, fibras de colágeno e células de gordura cuja quantidade varia de acordo com a pessoa e a parte do corpo. A função do tecido subcutâneo é isolar o corpo das mudanças externas, une a derme à fáscia profunda subjacente, além de fixar a pele a órgãos e outras estruturas (Lima et al., 2023).

A integridade cutânea é fundamental para a preservação das funções protetora e homeostática do organismo. No entanto, a pele encontra-se constantemente exposta a agentes lesivos de natureza física, química ou biológica, os quais podem desencadear interrupções em sua estrutura, resultando em feridas de diferentes complexidades. Tais alterações favorecem a perda da barreira natural do corpo, predispondo-o a processos

infecciosos e a outras complicações clínicas (Ferreira et al., 2024).

As feridas são representadas não apenas pela ruptura da pele e do tecido celular subcutâneo, mas também, em alguns casos, músculos, tendões e ossos e podem ser classificadas quanto a etiologia, complexidade e tempo de evolução. Vale ressaltar que a evolução das feridas está diretamente relacionada aos fatores intrínsecos do paciente e aos cuidados que a ele serão prestados (Silva et al., 2021).

Nesse contexto, o entendimento dos mecanismos fisiopatológicos envolvidos na resposta tecidual às lesões, particularmente aqueles relacionados à cicatrização e à regeneração, é essencial para subsidiar intervenções terapêuticas baseadas em evidências no manejo de lesões cutâneas (Ferreira et al., 2024).

2.2 Feridas: Processo de cicatrização, impacto e desafios no cuidado

O início do reparo das feridas começa com a hemostasia, quando um tampão plaquetário previne a perda de sangue. A inflamação então ocorre para remover detritos e prevenir a infecção, começando com o influxo de neutrófilos. Durante a fase proliferativa, os ceratinócitos migram para fechar a lacuna da ferida, os vasos sanguíneos se reformam por meio da angiogênese e, finalmente, a matriz depositada é remodelada ainda mais pelos fibroblastos, os vasos sanguíneos regridem e os miofibroblastos causam a contração geral da ferida (Wilkinson, 2020).

No entanto, a cicatrização de uma ferida é um processo dinâmico e sistemático, cuja evolução depende da implementação de cuidados de qualidade e específicos para cada tipo de ferida. Sendo fundamental considerar fatores locais e sistêmicos, como idade, doenças crônicas, uso de medicamentos, presença de infecção, edema, tecidos desvitalizados, entre outros (Costa et al., 2021).

As feridas podem ter diversas causas, como diabetes e doenças vasculares. Elas se classificam em agudas e crônicas, conforme o tempo e o processo de cicatrização. Feridas agudas, como as traumáticas e cirúrgicas, seguem um processo normal de cicatrização com reparo organizado. Já as crônicas apresentam um reparo desordenado, com inflamação persistente. Nessas, os níveis elevados de protease superam os inibidores, levando à destruição da matriz extracelular e comprometendo as fases proliferativa e inflamatória da cicatrização. (Tottoli et al., 2020).

No entanto, as feridas crônicas merecem especial atenção, pois são um grande desafio terapêutico em todo o mundo ocidental e a sua ocorrência só aumenta à medida que nossas populações envelhecem, com a crescente incidência de diabetes, obesidade e distúrbios

vasculares (Martin; Nunan, 2015).

As feridas crônicas representam um problema para grande parte da população idosa em todo o mundo e seu impacto não é apenas econômico, afeta também significativamente a vida dos pacientes e suas famílias, causando angústia, constrangimento, isolamento social, depressão e distúrbios da imagem pessoal (Alam; Reed, 2021).

As pessoas que vivem com feridas crônicas podem apresentar efeitos físicos incluindo dor, alterações do sono e do repouso, déficit no autocuidado, incapacidade de realizar as atividades de vida diária, prejuízos na mobilidade e internações recorrentes, comprometendo a sua qualidade de vida (Dantas et al., 2022).

Estima-se que, nos Estados Unidos da América, aproximadamente 6 milhões de pessoas convivam com feridas crônicas. No Brasil, ainda são escassos os estudos epidemiológicos que possibilitem dimensionar com precisão a magnitude desse problema. No entanto, projeções baseadas em dados do sistema de saúde da Inglaterra sugerem que cerca de 570 mil brasileiros podem desenvolver novas feridas crônicas (Gomes; Galvão e Albuquerque, 2021).

Ainda segundo os autores, além da dimensão epidemiológica, é fundamental considerar a avaliação clínica individualizada desses pacientes. A atuação da equipe multiprofissional deve estar pautada no conhecimento aprofundado do processo de cicatrização, incluindo a identificação das etiologias subjacentes e comorbidades associadas, análise das características das lesões e o reconhecimento das possíveis complicações, de modo a assegurar um cuidado integral, seguro e baseado em evidências.

2.3 Fatores que influenciam a cicatrização de feridas

Borges e Lima (2024) destacam que a prevalência das feridas crônicas aumenta conforme surgem mais fatores de risco para seu desenvolvimento, entre eles a idade avançada (pessoas idosas), diabetes mellitus, obesidade, desnutrição e comprometimento do sistema vascular dos membros inferiores.

O envelhecimento é um processo natural caracterizado pela redução progressiva da funcionalidade celular e tecidual, influenciado por fatores genéticos e pelo estilo de vida (Silva et al., 2024).

No contexto cutâneo, as alterações fisiológicas associadas à idade impactam significativamente o desenvolvimento e a cicatrização de feridas, contribuindo para sua cronicidade. Entre essas mudanças se destacam as modificações na resposta inflamatória do organismo, redução nos níveis da matriz extracelular de sustentação e de fatores de

crescimento, atraso no processo de epitelização e diminuição da atividade angiogênica (Alam; Reed, 2021).

O diabetes *mellitus* é a doença sistêmica de maior relevância para a cicatrização de feridas, pois pode prejudicar o fornecimento de oxigênio para a ferida por meio de artérias de entrada estenóticas, diminuição da capacidade de evitar infecções por meio da diapedese de neutrófilos prejudicada, fagocitose e morte intracelular de bactérias (Eriksson et al., 2022).

O diabetes *mellitus* é o principal fator de causa da neuropatia periférica caracterizada pela perda da sensibilidade periférica, a qual tem forte relação com o acometimento de feridas crônicas, pois é considerada a complicação com diagnóstico tardio em mais de 50% dos diabéticos (Silva et al., 2023).

A obesidade, por se tratar de uma condição inflamatória crônica, interfere negativamente na cicatrização de feridas. Esse impacto ocorre devido à desproporção entre o aumento dos adipócitos e a formação de vasos sanguíneos, o que leva à redução da angiogênese e à hipóxia tecidual, comprometendo a regeneração capilar na ferida e favorecendo o surgimento de infecções (Frasca; Strbo, 2022).

A desnutrição é outro cenário sistêmico para a cicatrização prejudicada de feridas e ocorre quando o corpo é privado de vitaminas, minerais e outros nutrientes de que precisa para manter tecidos saudáveis e funções orgânicas. A síntese normal de colágeno, necessária para a formação de uma nova matriz extracelular, por exemplo, requer ingestão adequada de proteínas, cofatores como vitaminas A e C e zinco (Eriksson et al., 2022).

A doença venosa crônica ocorre devido à hipertensão venosa, causada por refluxo, obstrução venosa ou ambos. O refluxo venoso superficial representa cerca de 90% dos casos, estando ligado à falha das válvulas e da bomba muscular da panturrilha. As válvulas não conseguem impedir o refluxo após a contração muscular, provocando acúmulo de sangue nas veias. Esse acúmulo contínuo pode levar à formação de feridas. Pacientes com úlcera venosa costumam apresentar redução da mobilidade do tornozelo, disfunção muscular e menor oxigenação dos tecidos (Melo et al., 2024).

A doença arterial periférica é outro fator de risco que se caracteriza pela alteração na estrutura e função arterial devido a uma obstrução secundária à aterosclerose, acomete comumente os membros inferiores, acarretando hipóxia nos tecidos periféricos e facilitando o desenvolvimento de feridas, com forte tendência a cronicidade. A diminuição do fluxo sanguíneo leva ao aparecimento da claudicação intermitente, definida como dor ou desconforto em um grupo muscular específico, induzida pelo exercício e aliviada com o

repouso (Silva et al., 2023).

Quando se trata dos hábitos de vida, os tabagistas tem uma lentificação do processo de cicatrização, pois os efeitos da nicotina e outras toxinas presentes na fumaça do cigarro reduzem a proliferação de macrófagos e diminuem os níveis de oxigênio que chegam à periferia dos tecidos. Ademais, comumente, pessoas tabagistas associam o tabago ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas, o que contribui para disfunções cardíacas, imunológicas e déficits nutricionais, acarretando atrasos na migração de células e deposição de colágeno no local da ferida (Borges; Lima, 2024).

Diante desse cenário, é inegável a importância do acompanhamento integral e sistemático dos usuários da APS acometidos por feridas. Sendo o enfermeiro responsável por desempenhar um papel central no cuidado de feridas, como protagonista dessa assistência, levando em consideração que, quando esta é prestada de forma inadequada, pode resultar em complicações e prolongamento do tratamento (Anjos et al., 2022).

2.4 O papel da Atenção Primária à Saúde na prevenção, manejo e tratamento das feridas

A APS tem um papel estratégico ao promover a saúde, prevenir doenças e manejar condições crônicas. Atua no monitoramento regular, prevenção e controle clínico, contribuindo para a redução de complicações e melhora da qualidade de vida dos usuários. Nesse contexto, destaca-se o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares e respiratórias, associadas ao envelhecimento da população e às mudanças no estilo de vida. (Silva et al., 2025).

Esse nível primário de atenção se caracteriza por uma abordagem multiprofissional e integrada, que vai além do cuidado individual, abrangendo o trabalho em equipe com médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais, possibilitando um atendimento holístico, integral e biopsicossocial. Ao promover cuidado contínuo, próximo e adaptado às especificidades de cada território, contribuisignificativamente para a redução das desigualdades no acesso ao cuidado, promovendo uma abordagem adaptada às necessidades locais (Brito et al., 2022).

Sousa et al. (2019) descrevem que, com a reorganização da APS, houve a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), com equipes multiprofissionais, nas quais há presença dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e a inclusão da comunidade na organização dos serviços faz grande diferença. A vinculação do usuário a uma equipe acontece no Brasil por meio da lógica de georreferenciamento a um serviço de saúde, utilizando-se como parâmetro prioritário o endereço de moradia. Dessa forma, permite o planejamento e o desenvolvimento

de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território.

De acordo com Assis et al. (2022), no Brasil, o cuidado com pessoas que vivem com feridas tem início, predominantemente, na APS por ser o ponto de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) e por sua inserção territorial nas comunidades. Ainda que práticas baseadas no conhecimento cultural sejam amplamente utilizadas, sobretudo em contextos de vulnerabilidade e com acesso limitado aos serviços de saúde, é a APS o principal espaço para a promoção de atendimento para usuários com feridas, devido à sua proximidade com a realidade das comunidades. Fundamentada nos princípios do SUS, a APS garante um cuidado integral e de qualidade.

O cuidado de feridas na APS tem evoluído com o uso de novas tecnologias, capacitação profissional e políticas públicas fortalecidas. A abordagem interdisciplinar, com atuação conjunta de enfermeiros, médicos, agentes comunitários e outros profissionais, é fundamental para a construção de planos terapêuticos individualizados. A integração do cuidado, aliada à educação em saúde e ao envolvimento familiar, tem mostrado bons resultados na superação de barreiras culturais e sociais, como a baixa adesão ao tratamento e as dificuldades no autocuidado (Serra et al., 2025).

O atendimento a pessoas com feridas é um processo dinâmico, individualizado e de grande complexidade, exigindo certos requisitos para garantir a qualidade do cuidado. Entre eles, destacam-se a disponibilidade de infraestrutura adequada, materiais e coberturas apropriadas, capacitação contínua dos profissionais, além da existência de um serviço de referência para suporte. A presença desses fatores pode potencializar a efetividade do tratamento, enquanto sua ausência representa desafios e barreiras que precisam ser superados ao longo do processo de cuidado (Mohr et al., 2024).

Na APS, o enfermeiro exerce um papel essencial no cuidado de pacientes com feridas, conforme a Resolução nº 567/2018 do Cofen. É habilitado para prescrever coberturas, acompanhar e monitorar a cicatrização. Com formação generalista e conhecimento específico, pode intervir em intercorrências e orientar sobre o uso adequado de produtos. Além disso, realiza ações educativas, promove a prevenção de complicações e orienta a equipe e a comunidade, garantindo um cuidado integral e eficaz. (Oliveira et al., 2024).

A complexidade do cuidado com feridas exige do profissional de enfermagem um conhecimento aprofundado, atualizado e baseado em evidências. Nesse cenário, o enfermeiro especialista nessa área, conhecido como estomaterapeuta, é capacitado para o cuidado de pessoas com feridas agudas e crônicas, fístulas, drenos, estomias, cateteres, além

de condições relacionadas à incontinência anal e urinária, atuando de forma especializada e resolutiva, o que é essencial para o manejo dos pacientes portadores de feridas atendidos na ATP (Costa et al., 2021).

3. METODOLOGIA

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo observacional transversal, com abordagem quantitativa e de caráter correlacional descritivo, em que os dados sobre variáveis independentes e de resultados serão coletados em um mesmo desfecho. O aspecto correlacional do mesmo será determinado pela investigação sistemática da natureza das relações ou associações entre as variáveis, em vez de relações diretas de causa e efeito, resultando na descrição das variáveis e na verificação das relações que ocorrem entre as mesmas (Polit; Beck, 2019).

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em todos os centros de saúde da APS de um município mineiro, que, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2022), possui uma população de 2.315.560 habitantes e uma área de 331,35 4 km². Esse município tem uma rede de APS com 153 Centros de Saúde (CS), distribuídos em nove regionais de saúde, conforme mostra o Quadro 1.

Quadro 1. População cadastrada por regional de saúde.

Regionais	Centros de Saúde	População
Barreiro	20	292.660
Centro-Sul	12	95.179
Leste	14	207.203
Nordeste	22	275.444
Noroeste	16	230.216
Norte	20	231.086
Oeste	18	234.138
Pampulha	14	182.740
Venda Nova	17	271.712
Total	**153**	**2.020.378**

Fonte: IBGE, 2022

3.3 População

A população deste estudo foi constituída por um banco de dados pertencente à Secretaria Municipal de Saúde do município, registrado em um período de 12 meses, com informações sobre as características dos usuários com feridas atendidos na APS do município, coletados entre julho de 2023 e julho de 2024. Vale ressaltar que não foi possível a identificação de indivíduos por meio da análise do banco de dados.

O banco contempla informações de 1.399 pacientes registrados pelas equipes de saúde das nove regionais de saúde. Os dados foram sistematizados por profissionais enfermeiros, e organizados em blocos temáticos que reúnem variáveis clínicas, sociodemográficas, assistenciais e ambientais.

3.4 Critérios de inclusão e exclusão

Delimitaram-se como critérios de inclusão usuários, com feridas de qualquer etiologia (lesão por pressão, úlcera venosa, úlcera arterial, úlcera neuropática, úlcera mista, infectocontagiosa, hematológica, oncológica, por trauma, ou outra), de ambos os sexos, atendidos em qualquer unidade de APS, no período de julho de 2023 a julho de 2024. O critério de exclusão foram usuários com registros incompletos ou em duplicidade e menores de 19 anos.

3.5 Aspectos éticos

O estudo atende ao disposto na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos, e o projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde do Município e da Universidade Federal de Minas Gerais, conforme CAAE: 85626924.8.0000.5149.

Para a realização da pesquisa, antes que quaisquer dados sejam coletados, foi solicitada a anuência, por meio de carta, à Secretaria Municipal de Saúde do Município (APÊNDICE A) e o Termo de Compromisso de Uso de Dados (TCUD) foi assinado pelos pesquisadores e apresentado ao Comitê de Ética para apreciação e solicitação de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), uma vez que não serão coletados dados diretos do prontuário do paciente, mas do banco de dados institucional (ANEXO A). Os dados coletados foram tratados em conjunto, de maneira a representar um grupo, mantendo a anonimização dos dados. Ressalta-se que nenhum procedimento ou intervenção será realizado além do que é proposto pelo estudo.

3.6 Coleta de dados

O banco de dados foi desenvolvido a partir da identificação da necessidade do serviço em caracterizar o perfil dos usuários com lesões atendidos na APS. Para isso, foi elaborado um formulário on-line elaborado com propriedade em um e-mail institucional , que coletava informações como faixa etária, comorbidades, etiologia, tempo de existência, localização e características das feridas, além do tipo e local de tratamento. No que diz respeito ao tipo de tratamento, optou-se pela utilização do termo "cobertura especial" em substituição a "cobertura interativa", por se tratar de uma nomenclatura mais familiar aos profissionais responsáveis pelo preenchimento do formulário.

Também foram incluídas variáveis sobre carga bacteriana, exsudato, odor e tipo de tecido no leito das lesões. Cada equipe de referência foi responsável por inserir os dados dos usuários acompanhados em seu território. A coleta teve duração de 12 meses, no período de julho de 2023 a julho de 2024, com o objetivo de subsidiar o diagnóstico situacional e o planejamento de ações em saúde. Ao término do período, o formulário foi fechado, não tendo sido recolhidas mais respostas.

Esses dados foram consolidados em planilha armazenada no *drive* do *e-mail* institucional do setor responsável. Portanto, a equipe de pesquisa solicitou o banco de dados, em formato *xlsx,* proveniente dessa planilha. Esse banco foi tratado pela equipe de pesquisa, juntamente com o gerente do serviço responsável pela posse dos dados ou profissional indicado por ele a fim de garantir a verificação dupla e fidedigna dos dados. Esse tratamento tem por objetivo identificar a ausência de dados coletados *(missings)* e codificar os itens para oportunizar a análise estatística. Essa etapa utilizou um instrumento norteador para extração de dados (APÊNDICE B).

3.7 Variáveis do estudo

Como variável dependente determinou-se a presença de ferida e as variáveis independentes foram: características sociodemográficas; descrição da ferida; tipo de tratamento realizado; quem é o profissional responsável pela realização do curativo; onde se dá essa execução e as comorbidades preexistentes.

3.8 Análise dos dados

A análise descritiva consistiu na distribuição das frequências absoluta e relativa dos dados. As tabelas serão organizadas de forma a facilitar a visualização dos principais achados, incluindo a categorização das variáveis e a segmentação por grupos específicos,

facilitando a interpretação e a comparação dos resultados do estudo.

As análises estatísticas deste trabalho foram realizadas no *software* SPSS versão 25. Os dados foram expressos como frequências e percentuais. A frequência dos indivíduos foi distribuída cruzando-se as variáveis sexo, regional de atendimento, faixa etária, moradia, etiologia da lesão, tipo de cobertura do tratamento e profissional responsável pelo curativo com a variável tempo de existência da ferida e a variável profissional responsável pelo curativo com a variável tempo de tratamento. Foi realizado o teste de qui-quadrado de Pearson para avaliar a associação entre as variáveis, quando as frequências esperadas menores que cinco, nas tabelas de contingências maiores que 2x2, foram menores que 20% do total de caselas e nenhuma frequência esperada era igual a zero. Quando esse pré-requisito não foi atendido, utilizou-se o teste de qui-quadrado com simulação de Monte Carlo (10 mil repetições) (Pagano e Gauvreau, 2018).

4. RESULTADOS

4.1 Caracterização do perfil sociodemográfico dos participantes do estudo

A amostra contou com 1.399 respostas constantes no banco de dados, sendo a maioria dos participantes do sexo masculino (50,6%). Observou-se, na amostra, participação de usuários com faixa etária de 19 a 99 anos, com predominância da idade entre 61 e 80 anos (47,3%).

Quanto à distribuição dessa população por regionais de saúde, as com maior concentração de usuários com feridas foram Barreiro (15,8%), Nordeste (12,8%), Venda Nova (12%), Noroeste (11,1%), Leste (10,1%), Centro-Sul (9,8%), Oeste (9,7%), Pampulha (9,7%) e Norte (8,8%).

Destaca-se que a maioria dos pacientes com úlceras venosas (81,99%), lesões por pressão (89,32%) e úlceras neuropáticas (91,25%) residem com familiares. A presença de pacientes institucionalizados foi mais expressiva entre aqueles com lesões por pressão (4,85%). Os pacientes com feridas por trauma residem na sua maioria com familiares (63,24%), residem com outras pessoas que não compõem o núcleo familiar (16,76%) ou em situação de rua (10,27%).

4.2 Caracterização do perfil epidemiológico e clínico dos participantes do estudo

Entre os pacientes com mais de uma etiologia associada, nota-se a prevalência de convivência com familiares (36,53%) e uma pequena proporção de indivíduos vivendo sozinhos (6,04%). Casos de etiologias menos prevalentes, como oncológicas (94,87%), infecciosas (87,5%) e hematológicas (100%), mantiveram, em sua maioria, o padrão de residência com familiares (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos usuários com feridas, acompanhados na Atenção Primária à Saúde, de acordo com a condição de moradia e a etiologia das lesões. Belo Horizonte – Minas Gerais, 2025 (n=1.399).

Condição de moradia	**Reside com familiares**	**Reside com outras pessoas**	**Reside em instituição de longa permanência**	**Reside sozinho**	**Em situação de rua**	**Total**
Etiologia	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**
Úlcera venosa	396 (81,99)	17 (3,52)	4 (0,83)	64 (13,25)	2 (0,41)	483 (100)
Lesão por pressão	276 (89,32)	8 (2,59)	15 (4,85)	9 (2,91)	1 (0,32)	309 (100)
Trauma	117 (63,24)	31 (16,76)	1 (0,54)	17 (9,19)	19 (10,27)	185 (100)

Mais de 01 etiologia	92 (36,53)	7 (3,34)	1 (7,69)	20 (6,04%)	0 (0)	120 (100)
Úlcera neuropática	73 (91,25)	0 (0)	0 (0)	7 (8,75%)	0 (0)	80 (100)
Úlcera mista	39 (76,47)	1 (1,96)	0 (0)	10 (19,61)	1 (1,96)	51 (100)
Infecto contagiosas	42 (87,5)	3 (6,25)	0 (0)	1 (2,08)	2 (4,17)	48 (100)
Oncológicas	37 (94,87)	0 (0)	0 (0)	2 (5,13)	0 (0)	39 (100)
Úlcera arterial	20 (74,07)	2 (7,41)	0 (0)	5 (18,52)	0 (0)	27 (100)
Hematológica	3 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (100)

Legenda: n – frequência; % - percentual.

No que se refere à etiologia, verificou-se que a mais prevalente entre os usuários com feridas acompanhados pela APS foi a úlcera venosa, correspondendo a 34,5% dos casos, seguida pelas lesões por pressão (22,1%) e pelos traumas (13,2%), conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 - Perfil epidemiológico dos usuários com feridas, acompanhados na Atenção Primária à Saúde, considerando as etiologias mais prevalentes. Belo Horizonte – Minas Gerais, 2025 (n=1.399).

Variável	n	%
Úlcera venosa	483	34,52
Lesão por pressão	309	22,09
Trauma	185	13,22
Mais de uma etiologia	174	12,44
Úlcera neuropática	80	5,72
Úlcera mista	51	3,65
Infectocontagiosa	48	3,43
Oncológica	39	2,79
Úlcera arterial	27	1,93
Hematológica	3	0,21
Total	1.399	100

Legenda: n – frequência; % - percentual

Em relação às comorbidades, observa-se que as mais frequentes entre os usuários com feridas acompanhados pela APS são hipertensão arterial (57,1%) e diabetes mellitus (34,9%). Uma parcela menor dos usuários apresentou outras condições, como obesidade (12,8%), trombose venosa (7,1%) e anemia (5,5%). Destaca-se ainda que 14,2% dos usuários

não possuíam comorbidades registradas, conforme detalhado na Tabela 3.

Tabela 3 - Perfil epidemiológico dos usuários com feridas, acompanhados na Atenção Primária à Saúde, considerando as comorbidades associadas. Belo Horizonte – Minas Gerais, 2025 (n=1.399).

Variável			
Comorbidades	**Positivo n (%)**	**Negativo n (%)**	**Total n (%)**
Hipertensão Arterial	799 (57,1)	600 (42,9)	1.399 (100)
Diabetes Mellitus	488 (34,9)	911 (65,1)	1.399 (100)
Não possui comorbidade	198 (14,2)	1.201 (85,8)	1.399 (100)
Obesidade	179 (12,8)	1.220 (87,2)	1.399 (100)
Trombose Venosa	99 (7,1)	1.300 (92,9)	1.399 (100)
Anemia	77 (5,5)	1.322 (94,5)	1.399 (100)
Neoplasia	61 (4,4)	1.338 (95,6)	1.399 (100)
Imunossupressão	17 (1,2)	1.382 (98,8)	1.399 (100)
Trombose Arterial	12 (0,9)	1.387 (99,1)	1.399 (100)
Anemia Falciforme	5 (0,4)	1.394 (99,6)	1.399 (100)

Legenda: n – frequência; % - percentual.

No que tange às lesões em pacientes acompanhados na APS, ressalta-se que a maioria existia há mais de três meses, com 53,7%, e 19,6%, há mais de um ano. O tempo de tratamento também revelou persistência, com 28,7% em cuidado há mais de três meses e 18,5%, há mais de um ano.

Em relação à localização anatômica, predominam as lesões nos membros inferiores, especialmente no membro inferior direito (32,6%). Regiões como a sacral (17,1%) e os pés, direito e esquerdo (17,7%), também apresentaram frequência relevante. Quanto à profundidade das lesões, cerca de 49,2% apresentavam profundidade entre 1 e 2 cm, enquanto 31,7% eram superficiais. A presença de conteúdo bacteriano foi identificada em 57,6 dos casos, distribuída entre colonização (36,5%), colonização crítica (13,2%) e infecção (7,9%). A análise do odor revelou que 47,6% atingiam o nível 5 (sem odor), 29% nível 4 (odor detectado na remoção do curativo) e 14% nível 3 (odor evidente quando se expõe o curativo), conforme demostra a Tabela 4.

Tabela 4 - Perfil epidemiológico dos usuários com feridas, acompanhados na Atenção Primária à Saúde, considerando tempo de existência da ferida, tempo de tratamento, local, profundidade, presença de conteúdo bacteriano e nível de odor das lesões. Belo Horizonte – Minas Gerais, 2025 (n=1.399).

Variável			
Tempo de existência da lesão	**n**	**%**	**Total n (%)**
Maior que 3 meses	751	53,68	
Maior que 1 ano	274	19,59	
Maior que 3 anos	102	7,29	
Maior que 5 anos	97	6,93	1.399 (100)
Maior que 10 anos	101	7,22	
Maior que 20 anos	51	3,65	
Maior que 30 anos	23	1,64	
Tempo de tratamento das lesões			
Menor que 3 meses	422	30,2	
Maior que 3 meses	401	28,7	
Maior que 1 ano	259	18,5	
Maior que 3 anos	99	7,1	
Maior que 5 anos	81	5,8	
Maior que 10 anos	86	6,1	
Maior que 20 anos	38	2,7	
Maior que 30 anos	13	0,9	
Local das lesões			
Membro Superior Esquerdo	58	4,1	
Membro Inferior Direito	456	32,6	
Membro Superior Esquerdo	435	31,1	
Maléolo D	77	5,5	
Maléolo E	90	6,4	1.892 (100)
Pé D	132	9,4	
Pé E	116	8,3	
Sacral	239	17,1	
Outro local	227	16,2	

Profundidade			
Cavitária	41	2,9	
Profundidade de 1 a 2 cm	688	49,2	1.399 (100)
Profundidade de 3 a 5 cm	206	14,7	
Profundidade de 6 a 8 cm	21	1,5	
Presença de conteúdo bacteriano			
Colonização	511	36,53	
Colonização crítica	184	13,15	1.399 (100)
Infecção	110	7,86	
Nível de odor			
Nível 1	35	2,50	
Nível 2	55	3,93	
Nível 3	207	14,80	1.399 (100)
Nível 4	406	29,02	
Nível 5	666	47,61	

Legenda: n – frequência; % - percentual

No que se refere ao quantitativo de lesões por etiologia, observa-se que a maioria dos indivíduos apresentavam uma única lesão (56,4%), independentemente da etiologia. Essa condição foi particularmente observada entre os casos de úlcera venosa (19,1%), trauma (13,4%) e lesão por pressão (8,8%).

Entretanto, nota-se uma proporção significativa de usuários com duas e mais lesões, predominando as úlceras venosas, com 8,8% dos usuários apresentando duas lesões, 4,6% com três, e 3,3% com mais de cinco lesões. As lesões por pressão também demonstram comportamento semelhante, com 5,5% apresentando duas lesões e 1,4% com mais de cinco. Esses dados estão detalhados na Tabela 5.

Tabela 5 - Perfil epidemiológico dos usuários com feridas, acompanhados na Atenção Primária à Saúde, considerando a quantidade de lesões apresentadas em um mesmo indivíduo, Belo Horizonte – Minas Gerais, 2025 (n=1.399).

Quantidade de lesões	**1 lesão**	**2 lesões**	**3 lesões**	**4 lesões**	**5 lesões**	**Superior a 5 lesões**
	n (%)	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**

Úlcera venosa	267 (19,1)	123 (8,8)	65 (4,6)	38 (2,7)	23 (1,6)	46 (3,3)
Trauma	144 (13,4)	31 (2,9)	22 (2,1)	7 (0,7)	6 (0,6)	17 (1,6)
Lesão por pressão	123 (8,8)	77 (5,5)	70 (5)	40 (2,9)	16 (1,1)	19 (1,4)
Úlcera neuropática	63 (4,5)	17 (1,2)	9 (0,6)	9 (0,6)	1 (0,1)	7 (0,5)
Úlcera mista	43 (3,1)	25 (1,8)	12 (0,9)	7 (0,5%)	3 (0,2)	5 (0,4)
Infectocontagiosa	40 (2,9)	13 (0,9)	9 (0,6)	3 (0,2%)	8 (0,6)	13 (0,9)
Oncológica	32 (2,3)	5 (0,4)	3 (0,2)	3 (0,2%)	0 (0)	6 (0,4)
Úlcera arterial	27 (1,9)	4 (0,3)	8 (0,6)	3 (0,2%)	5 (0,4)	3 (0,2)
Hematológica	6 (0,4)	2 (0,1)	1 (0,1)	1 (0,1%)	1 (0,1)	2 (0,1)

Legenda: n – frequência; % - percentual

Ressalta-se que a maioria dos casos acompanhados na APS apresenta feridas menores que 50 cm², padrão observado principalmente nas úlceras venosas (21%), lesões por pressão (14,7%) e traumas (14,1%). Lesões de tamanho entre 50 cm² e 150 cm² também apresentaram frequência significativa, especialmente nas úlceras venosas (10,9%) e lesões por pressão (7%) (Tabela 6).

Tabela 6 - Perfil epidemiológico dos usuários com feridas, acompanhados na Atenção Primária à Saúde, considerando o tamanho das lesões, Belo Horizonte – Minas Gerais, 2025 (n=1.399).

Tamanho das lesões	**Pequena (< 50 cm²)**	**Média (> 50 cm² e < 150 cm²)**	**Grande (> 150 cm² e < 250 cm²)**	**Extensa (> 250 cm²)**
	n (%)	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**
Úlcera venosa	294 (21)	152 (10,9)	68 (4,9)	33 (2,4)
Lesão por pressão	205 (14,7)	98 (7)	22 (1,6)	9 (0,6)
Trauma	151 (14,1)	42 (3,9)	11 (1)	8 (0,7)
Úlcera neuropática	63 (4,5)	24 (1,7)	2 (0,1)	5 (0,4)
Úlcera mista	43 (3,1)	19 (1,4)	11 (0,8)	5 (0,4)
Infectocontagiosa	35 (2,5)	20 (1,4)	11 (0,8)	5 (0,4)
Oncológica	31 (2,2)	9 (0,6)	3 (0,2)	2 (0,1)
Úlcera arterial	28 (2)	12 (0,9)	5 (0,4)	2 (0,1)
Hematológica	5 (0,4)	2 (0,1)	1 (0,1)	1 (0,1)

Legenda: n – frequência; % - percentual

Constatou-se que, ao avaliar a caracterização do tipo de tecido no leito da lesão por etiologia, a predominância de tecido de granulação foi observada nas úlceras venosas (20%), seguidas pelas lesões por pressão (12,3%) e lesões traumáticas (9,7%). Os tecidos desvitalizados, como esfacelo, foram identificados em úlceras venosas (12,1%) e lesões por pressão (7,8%).

A epitelização, indicativa de fase final de cicatrização, foi menos prevalente, com destaque nas lesões traumáticas (4,9%) e nas úlceras venosas (6,9%), conforme demonstrado na Tabela 7.

Tabela 7 - Perfil epidemiológico dos usuários com feridas, acompanhados na Atenção Primária à Saúde, considerando o tecido no leito das lesões, Belo Horizonte – Minas Gerais, 2025 (n=1.399).

Tecido no leito das lesões	Granulação	Epitelização	Esfacelo	Escara
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Úlcera venosa	280 (20)	96(6,9)	169 (12,1)	23 (1,6)
Lesão por pressão	172 (12,3)	48(3,4)	109 (7,8)	17 (1,2)
Trauma	104 (9,7)	53 (4,9)	47(4,4)	8 (0,7)
Úlcera neuropática	40 (2,9)	15 (1,1)	36 (2,6)	7 (0,5)
Úlcera mista	36 (2,6)	23 (1,6)	23 (1,6)	6 (0,4)
Infectocontagiosa	33 (2,4)	11 (0,8)	23 (1,6)	3 (0,2)
Oncológica	21 (1,5)	8 (0,6)	13 (0,9)	3 (0,2)
Úlcera arterial	24 (1,7)	8 (0,6)	15 (1,1)	7 (0,5)
Hematológica	4 (0,3)	3 (0,2)	4 (0,3)	1 (0,1)

Legenda: n – frequência; % - percentual

Ao analisar o perfil do exsudato nas lesões cutâneas por etiologias, observou-se que as úlceras venosas apresentaram exsudato em quantidade moderada (15,2%) ou pequena (14,9%). Lesões por pressão também apresentaram proporções de exsudato moderado (7,8%) ou pequeno (10,6%). Lesões traumáticas, por sua vez, destacaram-se por casos com ausência de exsudato (6,3%).

No entanto, lesões de etiologias como úlceras mistas, neuropáticas e infectocontagiosas apresentaram quantidades variáveis de exsudato, com níveis moderados ou intensos. As lesões oncológicas e arteriais, apesar de menos prevalentes, também demonstraram presença de exsudato, em pequena quantidade (1,2%) ou grande quantidade (1%), conforme detalhado na Tabela 8.

Tabela 8 - Perfil epidemiológico dos usuários com feridas, acompanhados na Atenção Primária à Saúde, considerando a quantidade de exsudato no leito das lesões, Belo Horizonte – Minas Gerais, 2025 (n=1.399).

Exsudato no leito das lesões	Ausente	Pequeno	Moderado	Intenso
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Úlcera venosa	44 (3,1)	209 (14,9)	212 (15,2)	100 (7,1)
Lesão por pressão	49 (3,5)	148 (10,6)	109 (7,8)	40 (2,9)
Trauma	68 (6,3)	99 (9,2)	44 (4,1)	9 (0,8)
Úlcera neuropática	16 (1,1)	48 (3,4)	31 (2,2)	7 (0,5)
Úlcera mista	11 (0,8)	29 (2,1)	35 (2,5)	12 (0,9)
Infectocontagiosa	8 (0,6)	26 (1,9)	25 (1,8)	19 (1,4)
Oncológica	13 (0,9)	17 (1,2)	10 (0,7)	14 (1)
Úlcera arterial	13 (0,9)	18 (1,3)	17 (1,2)	9 (0,6)
Hematológica	6 (0,4)	5 (0,4)	6 (0,4)	1 (0,1)

Legenda: n – frequência; % - percentual

Referente ao tratamento das lesões, evidencia-se que a maioria dos pacientes utiliza coberturas especiais 77,5%. Em contrapartida, aqueles que não utilizam cobertura especial ou fazem apenas uso de tratamento tópico apresentaram uma proporção menor, com 19,2% e 15,4% respectivamente. Destaca-se que 2,1% dos usuários com feridas não realizam qualquer tratamento (Tabela 9).

Tabela 9 -Caracterização dos usuários com ferida acompanhados na Atenção Primária à Saúde quanto ao tipo de tratamento aplicado, Belo Horizonte – Minas Gerais, 2025 (n=1.399).

Variável Tratamento	Positivo n (%)	Negativo n (%)	Total n (%)
Cobertura especial	1.084 (77,5)	315 (22,5)	1.399 (100)
Sem cobertura especial	268 (19,2)	1.131 (80,8)	1.399 (100)
Tópico	216 (15,4)	1.183 (84,6)	1.399 (100)
Sem tratamento	30 (2,1)	1.369 (97,9)	1.399 (100)

Legenda: n – frequência; % - percentual

No que se refere à realização dos curativos e à participação da rede de cuidado, destaca-se a maior proporção de realização dos curativos por técnicos de enfermagem nas unidades de saúde (24,6%) e pelo próprio usuário ou cuidador (22,2%), representando juntos quase metade dos casos. No entanto, tem-se a atuação de enfermeiros em contexto domiciliar

(13,2%) e em unidades de saúde (10,8%).

Observaram-se também curativos realizados por enfermeiros e técnicos conjuntamente (8,1%), todas essas informações estão demonstradas detalhadamente na Tabela 10.

Tabela 10 - Caracterização dos usuários com ferida acompanhados na Atenção Primária à Saúde quanto ao profissional responsável pela realização do curativo, Belo Horizonte – Minas Gerais, 2025 (n=1.399).

Variável		
Realização do curativo	**n**	**%**
Unidade - Técnico de Enfermagem	344	24,6
Usuário ou cuidador	311	22,2
Domiciliar - Enfermeiro	185	13,2
Unidade - Enfermeiro	151	10,8
Unidade - Enfermeiro e Técnico	113	8,1
Acompanhado por outra instituição	56	4
Domiciliar - Técnico de Enfermagem	37	2,6
Demais combinações de realização do curativo	34	2,5
Domiciliar - Enfermeiro e cuidador	34	2,4
Unidade - Enfermeiro, Técnico e cuidador	29	2,1
Domiciliar - Enfermeiro, Técnico e cuidador	29	2,1
Unidade - Enfermeiro e cuidador	24	1,7
Unidade - Técnico e cuidador	22	1,6
Cuidador e outras instituições	16	1,1
Domiciliar - Enfermeiro e Técnico	14	1
Total	**1.399**	**100**

Legenda: n – frequência; % - percentual

4.3 Fatores associados à presença de feridas nos participantes do estudo

Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre a condição de moradia e o tempo de existência da lesão (p=0,035). Entre os indivíduos em situação de rua, 88% possuíam lesões com tempo de existência há mais de três meses. Em notável contraste, somando os percentuais que representam a existência da lesão acima de um ano, encontram-se os indivíduos que residem sozinhos, 59,42%, e os que residem com familiares, 45%, conforme detalhado na Tabela 11.

Tabela 11: Distribuição dos indivíduos de acordo com o tempo de existência da lesão mais antiga e a condição de moradia, Belo Horizonte – Minas Gerais, 2025 (n=1.399).

	Tempo de existência da lesão mais antiga																
Condição de moradia	**Maior que 3 meses**		**Maior que 1 ano**		**Maior que 3 anos**		**Maior que 5 anos**		**Maior que 10 anos**		**Maior que 20 anos**		**Maior que 30 anos**		**Total**		**p***
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Reside com familiares	625	54,6	218	19	81	7,07	80	6,99	82	7,16	40	3,49	19	1,66	1145	81,8	
Reside com outras pessoas	34	48,6	19	27,1	9	12,9	4	5,71	3	4,29	0	0	1	1,43	70	5	
Reside em instituição de longa permanência	14	66,7	3	14,3	1	4,76	2	9,52	1	4,76	0	0	0	0	21	1,5	**0,035**
Reside sozinho	56	40,6	32	23,2	10	7,25	11	7,97	15	10,9	11	7,97	3	2,17	138	9,86	
Em situação de rua	22	88	2	8	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	25	1,79	
Total	751	53,7	274	19,6	102	7,29	97	6,93	101	7,22	51	3,65	23	1,64	1399	100	

Legenda: n – frequência; % - percentual; * - teste de qui-quadrado com valor-p estimado via Monte Carlo. Valor de p considerado significativo sendo menor ou igual a 0,05

A análise da distribuição geográfica revelou uma associação estatisticamente significativa entre a regional de saúde do usuário e o tempo de existência da lesão (p=0,007). Observaram-se perfis distintos entre as regiões. Na regional Centro-Sul, por exemplo, houve uma maior concentração de casos com tempo de lesão há mais de três meses (69,6%). Por outro lado, a regional Norte apresentou o maior percentual de casos com cronicidade superior a um ano (56,9%), somando os percentuais das categorias acima de um ano (Tabela 12).

Tabela 12: Distribuição dos indivíduos de acordo com o tempo de existência da lesão mais antiga e a regional de saúde, Belo Horizonte – Minas Gerais, 2025 (n=1.399).

Regional	Tempo de existência da lesão mais antiga																
	Maior que 3 meses		Maior que 1 ano		Maior que 3 anos		Maior que 5 anos		Maior que 10 anos		Maior que 20 anos		Maior que 30 anos		Total		p*
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Oeste	72	52,94	37	27,21	10	7,35	12	8,82	4	2,94	1	0,74	0	0	136	9,72	
Norte	53	43,09	28	22,76	10	8,13	9	7,32	12	9,76	7	5,69	4	3,25	123	8,79	
Leste	81	57,04	23	16,2	12	8,45	8	5,63	10	7,04	4	2,82	4	2,82	142	10,15	
Centro-Sul	96	69,57	14	10,14	12	8,7	3	2,17	6	4,35	6	4,35	1	0,72	138	9,86	
Pampulha	84	61,76	24	17,65	8	5,88	3	2,21	9	6,62	6	4,41	2	1,47	136	9,72	**0,007**
Nordeste	85	47,49	38	21,23	13	7,26	14	7,82	17	9,5	10	5,59	2	1,12	179	12,79	
Venda Nova	89	52,98	35	20,83	6	3,57	13	7,74	17	10,12	6	3,57	2	1,19	168	12,01	
Barreiro	110	49,77	42	19	23	10,41	21	9,5	15	6,79	7	3,17	3	1,36	221	15,8	
Noroeste	81	51,92	33	21,15	8	5,13	14	8,97	11	7,05	4	2,56	5	3,21	156	11,15	
Total	751	53,68	274	19,59	102	7,29	97	6,93	101	7,22	51	3,65	23	1,64	1399	100	

Legenda: n – frequência; % - percentual; * - teste de qui-quadrado com valor-p estimado via Monte Carlo. Valor de p considerado significativo sendo menor ou igual a 0,05.

A etiologia da ferida demonstrou uma forte associação estatística com o tempo de existência (p<0,001). Quando somados os percentuais correspondentes a tempo maior que um ano, as úlceras venosas se destacaram como a etiologia com maior prevalência de cronicidade prolongada, com 68,12%. Em contrapartida, verificou-se que 80% das lesões de origem traumática existiam há mais de três meses (Tabela 13).

Tabela 13: Distribuição dos indivíduos de acordo com o tempo de existência da lesão mais antiga e a etiologia, Belo Horizonte – Minas Gerais, 2025 (n=1.399).

Etiologia	Tempo de existência da lesão mais antiga																
	Maior que 3 meses		Maior que 1 ano		Maior que 3 anos		Maior que 5 anos		Maior que 10 anos		Maior que 20 anos		Maior que 30 anos		Total		p*
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	

Lesão por pressão	208	67,3	51	16,5	23	7,44	10	3,24	10	3,24	7	2,27	0	0	309	22,1	
Úlcera venosa	154	31,9	113	23,4	43	8,9	57	11,8	64	13,3	36	7,45	16	3,31	483	34,5	
Úlcera neuropática	54	67,5	16	20	6	7,5	2	2,5	2	2,5	0	0	0	0	80	5,72	
Úlcera arterial	12	44,4	8	29,6	4	14,8	2	7,41	0	0	1	3,7	0	0	27	1,93	
Úlcera mista	26	51	11	21,6	2	3,92	3	5,88	6	11,8	3	5,88	0	0	51	3,65	
Infectocontagiosa	33	68,8	6	12,5	2	4,17	2	4,17	4	8,33	1	2,08	0	0	48	3,43	**<0,001**
Hematológica	2	66,7	0	0	0	0	1	33,3	0	0	0	0	0	0	3	0,21	
Oncológica	22	56,4	11	28,2	5	12,8	0	0	1	2,56	0	0	0	0	39	2,79	
Trauma	148	80	24	13	8	4,32	1	0,54	3	1,62	0	0	1	0,54	185	13,2	
Mais de uma etiologia ou não possui lesão	92	52,9	34	19,5	9	5,17	19	10,9	11	6,32	3	1,72	6	3,45	174	12,4	
Total	751	53,7	274	19,6	102	7,29	97	6,93	101	7,22	51	3,65	23	1,64	1399	100	

Legenda: n – frequência; % - percentual; * - teste de qui-quadrado com valor-p estimado via Monte Carlo. Valor de p considerado significativo sendo menor ou igual a 0,05.

Foi identificada uma associação estatisticamente significativa entre o uso de cobertura especial e o tempo de existência da lesão (p=0,045). Proporcionalmente, um maior número de indivíduos com lesões com mais de três meses de existência não fazia uso de cobertura especial (58,41%) em comparação com aqueles que utilizavam este tipo de cobertura (52,31%). A análise da ausência de cobertura especial e do tempo de existência da lesão (p=0,030) indicou que 55% dos indivíduos em tratamento com cobertura especial têm mais de três meses de existência da lesão e 51,9% dos indivíduos com lesões há mais de um ano não tinham acesso a essa tecnologia de tratamento. Não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre o tempo da lesão e o uso de tratamento tópico (p=0,384) ou a ausência total de tratamento (p=0,748), conforme exposto na Tabela 14.

Tabela 14: Distribuição dos indivíduos de acordo com o tempo de existência da lesão mais antiga e o tipo de tratamento, Belo Horizonte – Minas Gerais, 2025 (n=1.399).

Tipo de tratamento		Tempo de existência da lesão mais antiga																p*
		Maior que 3 meses		Maior que 1 ano		Maior que 3 anos		Maior que 5 anos		Maior que 10 anos		Maior que 20 anos		Maior que 30 anos		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Com cobertura especial	Não	184	58,4	54	17,1	29	9,21	19	6,03	17	5,4	5	1,59	7	2,22	315	22,5	0,045 *
	Sim	567	52,3	220	20,3	73	6,73	78	7,2	84	7,75	46	4,24	16	1,48	1084	77,5	
	Total	751	53,7	274	19,6	102	7,29	97	6,93	101	7,22	51	3,65	23	1,64	1399	100	
Sem cobertura especial	Não	622	55	227	20,1	72	6,37	79	6,98	76	6,72	37	3,27	18	1,59	1131	80,8	0,030 *
	Sim	129	48,1	47	17,5	30	11,2	18	6,72	25	9,33	14	5,22	5	1,87	268	19,2	
	Total	751	53,7	274	19,6	102	7,29	97	6,93	101	7,22	51	3,65	23	1,64	1399	100	
Tópico	Não	644	54,4	235	19,9	81	6,85	76	6,42	85	7,19	42	3,55	20	1,69	1183	84,6	0,384 **
	Sim	107	49,5	39	18,1	21	9,72	21	9,72	16	7,41	9	4,17	3	1,39	216	15,4	
	Total	751	53,7	274	19,6	102	7,29	97	6,93	101	7,22	51	3,65	23	1,64	1399	100	
Sem tratamento	Não	736	53,8	270	19,7	99	7,23	93	6,79	99	7,23	50	3,65	22	1,61	1369	97,9	0,748 **
	Sim	15	50	4	13,3	3	10	4	13,3	2	6,67	1	3,33	1	3,33	30	2,14	
	Total	751	53,7	274	19,6	102	7,29	97	6,93	101	7,22	51	3,65	23	1,64	1399	100	

Legenda: n – frequência; % - percentual; * - teste de qui-quadrado de Pearson; ** - teste de qui-quadrado com valor-p estimado via Monte Carlo. Valor de p considerado significativo sendo menor ou igual a 0,05.

A análise revelou uma associação estatisticamente significativa entre quem realiza o curativo e o tempo de existência da lesão (p=0,015). Lesões com maior tempo de existência, superior a um ano, tinham o compartilhamento da realização dos curativos entre o técnico de enfermagem e o cuidador (81,8%) ou entre cuidadores e outras instituições (68,5%). Já para as lesões existentes há mais de três meses, a realização do curativo foi executada pela parceria enfermeiro e cuidador (66,7%), conforme demonstra a Tabela 15.

Tabela 15: Distribuição dos indivíduos de acordo com o tempo de existência da lesão mais antiga e a realização do curativo, Belo Horizonte – Minas Gerais, 2025 (n=1.399).

Profissional responsável pela realização do curativo	Tempo de existência da lesão (mais antiga)																p*
	Maior que 3 meses		Maior que 1 ano		Maior que 3 anos		Maior que 5 anos		Maior que 10 anos		Maior que 20 anos		Maior que 30 anos		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Usuário ou cuidador	141	45	69	22	26	8,4	31	10	24	7,7	11	3,5	9	2,9	311	22	
Domiciliar - Enfermeiro	122	66	36	20	11	6	2	1,1	8	4,3	4	2,2	2	1,1	185	13	

Usuário ou cuidador	141	45	69	22	26	8,4	31	10	24	7,7	11	3,5	9	2,9	311	22	
Domiciliar - Enfermeiro	122	66	36	20	11	6	2	1,1	8	4,3	4	2,2	2	1,1	185	13	
Domiciliar - Técnico de Enfermagem	21	57	7	19	2	5,4	3	8,1	3	8,1	1	2,7	0	0	37	2,6	
Unidade - Enfermeiro	76	50	25	17	9	6	11	7,3	19	13	7	4,6	4	2,7	151	11	
Unidade - Técnico de Enfermagem	202	59	57	17	27	7,9	19	5,5	23	6,7	13	3,8	3	0,9	344	25	
Acompanhado por outra instituição	22	39	11	20	10	18	7	13	3	5,4	3	5,4	0	0	56	4	
Domiciliar - Enfermeiro e cuidador	19	58	6	18	2	6,1	1	3	2	6,1	3	9,1	0	0	33	2,4	**0,015**
Unidade - Enfermeiro e cuidador	16	67	5	21	1	4,2	1	4,2	1	4,2	0	0	0	0	24	1,7	
Unidade - Técnico e cuidador	4	18	7	32	1	4,6	3	14	4	18	2	9,1	1	4,6	22	1,6	
Cuidador e outras instituições	5	31	4	25	1	6,3	3	19	3	19	0	0	0	0	16	1,1	
Domiciliar - Enfermeiro e Técnico	8	57	1	7,1	1	7,1	2	14	0	0	1	7,1	1	7,1	14	1	
Unidade - Enfermeiro e Técnico	61	54	27	24	7	6,2	9	8	4	3,5	4	3,5	1	0,9	113	8,1	
Domiciliar - Enfermeiro, Técnico e cuidador	19	66	7	24	0	0	1	3,5	1	3,5	0	0	1	3,5	29	2,1	

Unidade - Enfermeiro, Técnico e cuidador	15	52	5	17	1	3,5	4	14	3	10	0	0	1	3,5	29	2,1
Demais combinações de realização do curativo	20	57	7	20	3	8,6	0	0	3	8,6	2	5,7	0	0	35	2,5
Total	751	54	274	20	102	7,3	97	6,9	101	7,2	51	3,7	23	1,6	1399	100

Legenda: n – frequência; % - percentual; * - teste de qui-quadrado de Pearson; ** - teste de qui-quadrado com valor-p estimado via Monte Carlo. Valor de p considerado significativo sendo menor ou igual a 0,05.

Encontrou-se associação estatisticamente significativa entre o responsável pela realização do curativo e a duração do tratamento da lesão (p<0,001). A análise aponta que tratamentos superiores a três meses estão associados à realização do curativo compartilhada entre o cuidador e outras instituições (93,8%), técnico de enfermagem e cuidador (90,9%), ou quando executada por técnico de enfermagem (81,0%). Por outro lado, em tratamentos com duração inferior a três meses, o envolvimento de enfermeiro e cuidador na realização do curativo correspondeu a 45,9% dos casos (Tabela 16).

Tabela 16: Distribuição dos indivíduos de acordo com o tempo de tratamento da lesão e o profissional responsável pela realização do curativo, Belo Horizonte – Minas Gerais, 2025 (n=1.399).

Profissional responsável pela realização do curativo	**Tempo de tratamento da lesão**																		**p***
	Menor que 3 meses		**Maior que 3 meses**		**Maior que 1 ano**		**Maior que 3 anos**		**Maior que 5 anos**		**Maior que 10 anos**		**Maior que 20 anos**		**Maior que 30 anos**		**Total**		
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Usuário ou cuidador	71	23	80	26	71	23	22	7,1	28	9	20	6,4	13	4,2	6	1,9	311	22	
Domiciliar - Enfermeiro	72	39	64	35	26	14	9	4,9	5	2,7	7	3,8	1	0,5	1	0,5	185	13	
Domiciliar - Técnico de Enfermagem	7	19	14	38	11	30	3	8,1	0	0	1	2,7	1	2,7	0	0	37	2,6	**< 0,001**
Unidade - Enfermeiro	43	28	43	29	23	15	10	6,6	9	6	19	13	2	1,3	2	1,3	151	11	
Unidade - Técnico de Enfermagem	129	38	93	27	54	16	21	6,1	13	3,8	22	6,4	11	3,2	1	0,3	344	25	
Acompanhado por outra instituição	11	20	11	20	12	21	12	21	4	7,1	3	5,4	3	5,4	0	0	56	4	

Domiciliar - Enfermeiro e cuidador	7	21	13	39	5	15	4	12	1	3	1	3	2	6,1	0	0	33	2,4
Unidade - Enfermeiro e cuidador	11	46	7	29	4	17	1	4,2	1	4,2	0	0	0	0	0	0	24	1,7
Unidade - Técnico e cuidador	2	9,1	3	14	7	32	2	9,1	2	9,1	4	18	2	9,1	0	0	22	1,6
Cuidador e outras instituições	1	6,3	4	25	4	25	2	13	2	13	3	19	0	0	0	0	16	1,1
Domiciliar - Enfermeiro e Técnico	5	36	3	21	1	7,1	1	7,1	4	29	0	0	0	0	0	0	14	1
Unidade - Enfermeiro e Técnico	37	33	32	28	24	21	7	6,2	6	5,3	4	3,5	2	1,8	1	0,9	113	8,1
Domiciliar - Enfermeiro, Técnico e cuidador	8	28	13	45	5	17	1	3,5	1	3,5	0	0	0	0	1	3,5	29	2,1
Unidade - Enfermeiro, Técnico e cuidador	9	31	9	31	4	14	1	3,5	4	14	1	3,5	0	0	1	3,5	29	2,1
Demais combinações de realização do curativo	9	26	12	34	8	23	3	8,6	1	2,9	1	2,9	1	2,9	0	0	35	2,5
Total	422	30	401	29	259	19	99	7,1	81	5,8	86	6,2	38	2,7	13	0,9	1399	100

Legenda: n – frequência; % - percentual; * - teste de qui-quadrado de Pearson; ** - teste de qui- quadrado com valor-p estimado via Monte Carlo. Valor de p considerado significativo sendo menor ou igual a 0,05.

Houve uma associação estatisticamente significativa entre a condição de moradia e o profissional responsável pela realização do curativo (p=0,006). Cuidados como o curativo realizados por técnico de enfermagem (97,3%) e pela combinação cuidador e outras instituições (93,8%) concentraram-se quase exclusivamente em indivíduos que residem com familiares. Em contraste, a realização do curativo por outras instituições teve a maior proporção em pacientes de instituições de longa permanência (16,1%). Adicionalmente, a realização de curativos em unidade de saúde, por enfermeiro e técnico de enfermagem, atendeu a uma proporção de indivíduos que residem sozinhos (15,9%), conforme detalhado na Tabela 17.

Tabela 17: Distribuição dos usuários com feridas, acompanhados na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte, de acordo com a condição de moradia e o tipo de profissional responsável pelo curativo, Belo Horizonte – Minas Gerais, 2025 (n=1.399).

Profissional responsável pelo curativo	Condição de moradia												
	Reside com familiares		Reside com outras pessoas		Reside em instituição de longa permanência		Reside sozinho		Em situação de rua		Total		p*
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Usuário ou cuidador	284	91,32	6	1,93	4	1,29	16	5,14	1	0,32	311	100	
Domiciliar - Enfermeiro	158	85,41	9	4,86	3	1,62	15	8,11	0	0	185	100	
Domiciliar - Técnico de Enfermagem	36	97,3	0	0	0	0	1	2,7	0	0	37	100	
Unidade - Enfermeiro	131	86,75	1	0,66	2	1,32	15	9,93	2	1,32	151	100	**0,006**
Unidade - Técnico de Enfermagem	234	68,02	39	11,34	0	0	49	14,24	22	6,4	344	100	
Acompanhado por outra instituição	42	75	2	3,57	9	16,07	3	5,36	0	0	56	100	
Domiciliar - Enfermeiro e cuidador	30	90,91	0	0	1	3,03	2	6,06	0	0	33	100	
Unidade - Enfermeiro e cuidador	20	83,33	2	8,33	1	4,17	1	4,17	0	0	24	100	
Unidade - Técnico e cuidador	18	81,82	1	4,55	0	0	3	13,64	0	0	22	100	
Cuidador e outras instituições	15	93,75	0	0	1	6,25	0	0	0	0	16	100	
Domiciliar - Enfermeiro, Técnico e cuidador	25	86,21	0	0	0	0	4	13,79	0	0	29	100	
Unidade - Enfermeiro e Técnico	86	76,11	9	7,96	0	0	18	15,93	0	0	113	100	
Unidade - Enfermeiro, Técnico e cuidador	25	86,21	0	0	0	0	4	13,79	0	0	29	100	
Domiciliar - Enfermeiro e Técnico	12	85,71	0	0	0	0	2	14,29	0	0	14	100	

Demais combinações de realização do curativo	29	82,85	1	20	0	0	5	14,28	0	0	35	100
Total	1145	81,84	70	5	21	1,5	138	9,86	25	1,79	1399	100

Legenda: n – frequência; % - percentual; * - teste de qui-quadrado de Pearson; ** - teste de qui- quadrado com valor-p estimado via Monte Carlo. Valor de p considerado significativo sendo menor ou igual a 0,05.

5. DISCUSSÃO

A literatura cientifica aponta uma predominância de lesões em pacientes do sexo masculino e com idade superior aos 60 anos (Sergio, Silveira e Oliveira, 2021), o que se confirma neste estudo, que identificou maior incidência em homem com faixa etária entre 61 e 80 anos. A população idosa apresenta maior suscetibilidade ao desenvolvimento de lesões devido ao processo natural de envelhecimento, que inclui fatores como desidratação da pele, diminuição de sua espessura e redução na produção de colágeno.

Estima-se que de 2% a 6% da população mundial sofra com lesões relacionadas ao envelhecimento, sendo que indivíduos com 65 anos ou mais têm maior risco de desenvolver feridas de difícil cicatrização (Andrade, Machado e Araújo, 2022; Falanga et al., 2022).

Quanto à distribuição dessa população por regional de saúde, vê-se maior concentração de usuários com feridas nas regionais: Barreiro, Nordeste e Venda Nova. Esse achado pode estar associado ao fato de essas regiões terem um maior Índice de Vulnerabilidade da Saúde (IVS). Destaca-se que, no município do estudo, utiliza-se esse indicador com o objetivo de estratificar situações espacialmente determinadas de risco à saúde (Belo Horizonte, 2013).

A vulnerabilidade é multifacetada e engloba não apenas o acesso limitado e dificultado aos serviços de saúde, tanto para prevenção quanto para tratamento, mas também determinantes sociais de saúde desfavoráveis, como baixos níveis de escolaridade e renda, condições precárias de moradia e saneamento, insegurança alimentar e maior exposição a fatores de risco comportamentais (Borges; Nascimento Filho; Pires Júnior, 2018; Parrilha et al., 2022).

No presente estudo, a maioria das pessoas portadoras de feridas, independentemente da etiologia, reside com seus familiares, especialmente aquelas com úlceras venosas e lesões por pressão. Esse achado é particularmente relevante ao considerar que, na dinâmica do cuidado domiciliar, os familiares frequentemente emergem como os principais provedores de assistência, especialmente para indivíduos na faixa etária de 60 anos ou mais, assumindo uma parcela substancial das responsabilidades inerentes ao manejo dessas condições crônicas (Oliveira; Silva, 2020; Costa et al., 2020).

Nesse contexto, a literatura define o cuidador familiar como o indivíduo que assiste um familiar acometido por alguma condição de doença, incapacidade ou deficiência e lhe presta cuidados. O suporte dispensado por esses cuidadores é um fator de extrema importância, influenciando positivamente, inclusive, a adesão do paciente ao tratamento proposto (Santos et al., 2023; Martins et al., 2022; Araújo et al., 2020).

A úlcera venosa foi identificada como a etiologia mais prevalente entre os usuários acompanhados pela APS. Esse achado é consonante com a literatura, que descreve as úlceras venosas como as lesões crônicas de maior ocorrência nos membros inferiores (Ruiz, Poletti e Lima, 2022). A patogênese dessas lesões está associada à insuficiência venosa crônica, uma condição que reflete disfunções morfológicas e/ou funcionais no sistema venoso dos membros inferiores, como incompetência venosa ou valvar ou obstrução venosa.

A obstrução venosa pode resultar de trombose venosa profunda e pode levar à hipertensão venosa. Com o tempo, isso pode resultar em vazamento de proteínas e fluidos nos espaços do tecido intersticial, o que causa inflamação e, eventualmente, rompimento desse tecido, levando à ulceração venosa. Adicionalmente, a literatura aponta fatores como histórico familiar, obesidade, ocorrência prévia de trombose venosa profunda e aumento da idade como fatores para o desenvolvimento de úlceras venosas (Kikuchi et al., 2023; Phillips et al., 2020; Mosti et al., 2024).

Este estudo demonstrou que a segunda etiologia mais prevalente foram as lesões por pressão. No que tange a essas lesões, observa-se na literatura uma predominância de estudos conduzidos em contextos de Atenção Terciária (Borges, Nascimento e Pires, 2018; Kreling et al., 2021). Essa concentração pode ser atribuída à maior prevalência e à complexidade dessas lesões em pacientes hospitalizados, frequentemente acamados, com mobilidade reduzida e com múltiplas comorbidades, tornando-os um foco natural para investigações sobre o tema. Tal cenário, contudo, impõe dificuldades à comparação direta com os resultados obtidos no presente estudo, realizado em um contexto assistencial distinto (Costa et al., 2020).

Reconhece-se que a identificação e a classificação das lesões por pressão constituem atribuições centrais da prática do enfermeiro. Entretanto, este estudo enfrenta uma limitação relacionada à classificação dessas lesões, sendo esta dependente do conhecimento técnico de cada profissional, variáveis que não foram mensuradas nesta pesquisa. Consequentemente, a identificação e a categorização das lesões ficaram sujeitas à subjetividade inerente à avaliação individualizada, o que pode ter influenciado os dados coletados (Tomio e Batista, 2023; Moura et al., 2021).

Em relação às comorbidades associadas, o presente estudo identificou a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus como as condições mais prevalentes entre os usuários com feridas, achado corroborado pela literatura, como demonstrado por Mola et al. (2024). A predominância dessas comorbidades é particularmente relevante, visto que ambas interferem negativamente no processo de reparo tecidual.

No diabetes mellitus, a hiperglicemia persistente, o aumento da formação de produtos finais de glicação, o aumento do estresse oxidativo, a inflamação crônica, a disfunção endotelial e as deficiências na resposta imune interferem negativamente na neovascularização e proliferação celular adequada. Paralelamente, também a hipertensão arterial sistêmica interfere devido a complicações vasculares que contribuem para dificuldades circulatórias no local da lesão e interferem nos fatores de coagulação como também no aporte de oxigênio tecidual (Fuhr et al., 2022; Bernardo et al., 2021).

A maioria das lesões caracterizadas por este estudo existiam há mais de três meses, como também o tempo de tratamento persistiu por mais de três meses. Estudos anteriores indicam que muitos pacientes possuem feridas há vários anos, sugerindo uma associação entre o tempo da lesão e a dificuldade na cicatrização. Ressalta-se que o tratamento não deve se limitar ao cuidado com a ferida, negligenciando fatores sistêmicos essenciais (Gomes, Galvão e Albuquerque, 2021).

Esse perfil de cronicidade configura um achado preocupante, uma vez que as feridas crônicas representam um desafio terapêutico significativo e acarretam elevados custos para os sistemas de saúde. A complexidade do processo de cicatrização, frequentemente agravada por infecções e alterações metabólicas no microambiente da ferida, compromete a qualidade de vida dos indivíduos acometidos. Esses agravos repercutem negativamente no bem-estar físico e emocional dos pacientes, impactando sua autoestima, autoimagem e provocando sentimentos de dor, angústia e vergonha (Silva et al., 2023; Ribeiro, 2020).

No que se refere à localização, este estudo identificou que as lesões se localizavam predominantemente nos membros inferiores, especialmente no membro inferior direito. Achado corroborado pelo estudo realizado por Barata et al. (2025), que destaca o membro inferior direito (MID) (54,2%) como local mais frequente de aparecimento de lesões.Essas lesões podem causar comprometimento da capacidade do indivíduo, como redução da mobilidade, gerando desconforto e dependência de terceiros para a realização das atividades diárias básicas, provocando um impacto socioeconômico (Santos; Plais; Ribeiro, 2021).

A maioria dos indivíduos deste estudo apresentavam uma única lesão, independentemente da etiologia. O estudo de Donoso et al. (2022) corrobora com os dados encontrados, sendo que, em relação ao número de feridas, 86% apresentavam uma única ferida, enquanto 14% tratavam mais de uma lesão. Também o estudo de Ribeiro et al. (2019) evidenciou que 73,3% dos participantes da pesquisa apresentavam uma única lesão.

No entanto, mesmo quando única, a presença de uma ferida crônica representa um

problema relevante de saúde pública, que demanda recursos significativos dos sistemas de saúde, envolvendo cuidados domiciliares, terapias de alta complexidade, além de estar associado a internações prolongadas e elevados índices de recorrência (Oliveira et al., 2019; Oliveira; Rocha, 2022).

Os achados deste estudo indicam uma prevalência de feridas menores que 50 cm^2, com predominância de tecido de granulação no leito das lesões, exsudato em volume moderado, profundidade entre 1 a 2 cm e colonização bacteriana sem impacto negativo na cicatrização ou dano tecidual aparente, refletindo um perfil de lesões frequentemente gerenciável no âmbito da APS (Santos et al., 2023; Ruiz, Polleti e Lima, 2022).

Adicionalmente, a ausência de odor foi uma característica comum na maioria das feridas. Esses achados se alinham com a literatura quanto ao processo de cicatrização em úlceras venosas, que também reporta variações no volume de exsudato (de moderado a grande) e a ausência ou presença discreta de odor, bem como a prevalência de tecido de granulação (Santos et al., 2023; Ruiz, Polleti e Lima, 2022).

A predominância de tecido de granulação, conforme observado, é um indicador positivo do processo de reparo tecidual. Esse aspecto, juntamente com a ausência de odor na maioria dos casos, sugere um ambiente de ferida equilibrado, em que a carga bacteriana, embora presente, não evoluiu para uma infecção clinicamente significativa que pudesse retardar a cicatrização (Almeida; Marinho, 2022; Borges, 2017; Swanson et al., 2022).

A profundidade das lesões observadas neste estudo, majoritariamente entre 1 e 2 cm, indica que, em sua maioria, não havia acometimento de estruturas profundas como fáscia muscular ou tecido ósseo. Essa característica é compatível com úlceras venosas que são geralmente superficiais (Mosti et al., 2024).

É oportuno ressaltar que a classificação das lesões em relação a etiologia, tamanho, quantidade de exsudato, tecido no leito, conteúdo bacteriano, profundidade e odor exige dos profissionais conhecimento científico, habilidades técnicas e competências assistenciais para prevenção, avaliação e tratamento de uma lesão. Isso demonstra a importância da educação permanente dos profissionais de saúde, profissionais bem treinados identificam com maior facilidade as diferentes fases da cicatrização e tomam decisões terapêuticas adequadas (Costa et al., 2020; Serra et al., 2025).

Os resultados deste estudo evidenciaram a predominância no uso de coberturas especiais, também denominadas interativas, no tratamento das lesões. Tais coberturas atuam diretamente sobre o leito da ferida, com promoção da remoção do exsudato, proporcionam

um ambiente úmido no leito da ferida e atuam na prevenção de infecções, consequentemente, podem otimizar o processo de cicatrização. Esse mecanismo de ação as diferencia substancialmente das coberturas tradicionais (passivas), as quais não possuem a mesma capacidade de modular ativamente o processo de regeneração tecidual (Vivcharenko; Przekora, 2021).

Neste estudo, os curativos, por sua vez, foram realizados nas unidades de saúde por técnicos de enfermagem, mas também há uma expressiva participação do próprio usuário ou cuidador e, somados, representam quase metade dos casos. Contudo, a transferência da realização de um procedimento técnico complexo para indivíduos que, frequentemente, carecem de formação e supervisão contínua eleva o risco de práticas inadequadas (Costa et al., 2022).

Nesse sentido, a originalidade desta pesquisa não está em apontar a existência dessa divisão, já sugerida na literatura qualitativa, mas em fornecer uma evidência quantitativa que dimensiona o fenômeno. Adicionalmente, é preciso destacar que a atuação isolada do técnico de enfermagem, embora hábil na execução, também se mostra insuficiente quando desprovida da avaliação e do raciocínio clínico do enfermeiro (Gomes et al., 2024; Lima et al., 2022; Tolfo et al., 2020).

Consequentemente, um tratamento bem gerenciado resulta em menor absenteísmo laboral para o paciente e menor custo global para as unidades de saúde. A concretização desses benefícios, no entanto, é diretamente proporcional ao conhecimento que os enfermeiros possuem sobre as tecnologias disponíveis e a capacidade de fazer escolhas baseadas em evidências (Gomes et al., 2024; Lima et al., 2022; Tolfo et al., 2020).

O papel central do enfermeiro, profissional responsável pela avaliação das feridas, definição da conduta terapêutica e supervisão das ações da equipe de enfermagem, torna-se imprescindível, tendo em vista que o enfermeiro possui conhecimento técnico e científico fundamentado em evidências para garantir a qualidade da assistência prestada, bem como prevenir complicações e novas lesões (Aguiar et al., 2020; Assis et al., 2022).

A escolha das coberturas deve considerar as características dinâmicas da lesão, exigindo avaliações contínuas e ajustes conforme a evolução do processo cicatricial. Um curativo mal indicado pode não apenas atrasar a cicatrização, mas também agravar o quadro, especialmente quando realizado por profissionais sem formação técnica e sem a devida supervisão profissional especializada (Brasileiro, 2022; Stefanello et al., 2024; Rodrigues et al., 2021; Oliveira et al., 2024).

A complexidade inerente ao processo de cicatrização, as etiologias, as características

das feridas, a integralidade do indivíduo e a assertividade no tratamento demandam um nível de conhecimento que transcende, muitas vezes, a formação generalista. Nesse contexto, a figura do enfermeiro com formação especializada, como o enfermeiro estomaterapeuta emerge como um diferencial estratégico para a qualificação do cuidado. Sendo um profissional que possui expertise para realizar avaliações abrangentes e diagnósticos de enfermagem precisos relacionados às condições da pele e tecidos, selecionar as terapias tópicas mais adequadas com base nas melhores evidências científicas (Magalhães; Sportitsch; Abreu, 2024; Costa et al., 2020).

A análise dos fatores associados ao tempo de existência das lesões revela que a cronicidade é influenciada por determinantes sociais da saúde, etiologia da ferida, pelo modelo de cuidado e tratamento adotado, o que corrobora com a visão de que o manejo de feridas crônicas exige envolvimento multiprofissional e, entre eles, o enfermeiro destaca-se como parte fundamental, portanto, deverá ter o conhecimento necessário para embasar a sua prática em evidências científicas, levando sempre em consideração o cuidado de forma integral (Aguiar et al., 2020).

As características sociodemográficas, das lesões, do cuidado e do indivíduo sugerem existência de associações estatisticamente relevantes. A condição de moradia (p=0,035) mostrou-se significativamente associada ao tempo de existência das feridas. Indivíduos em situação de rua apresentaram uma concentração de lesões mais recentes, porém crônicas (mais de três meses), o que pode estar relacionado às barreiras de acesso e à fragmentação do cuidado, características marcantes da assistência a essa população (Couto et al., 2023).

Em contrapartida, indivíduos que residem sozinhos ou com familiares demonstraram uma prevalência de lesões com mais de um ano de existência, 59,42% e 45% respectivamente. Esse achado pode sugerir que, no ambiente domiciliar, o cuidado pode se tornar insuficiente devido à sobrecarga e à falta de conhecimento técnico dos cuidadores, um desafio documentado na literatura (Lima et al., 2022; Gomes et al., 2024).

Complementarmente, as disparidades geográficas dentro do município podem estar associadas à heterogeneidade do acesso e da qualidade dos serviços de saúde (p=0,007). A variação no perfil de cronicidade entre as regionais pode refletir diferenças na organização dos serviços de saúde e no perfil socioeconômico da população, fatores que podem impactar os desfechos em saúde (Cabral et al., 2024).

Além disso, um estudo realizado em outubro de 2022 demonstrou que as regionais Centro-Sul e Leste têm a maior concentração de pessoas em situação de rua do município (Universidade Federal de Minas Gerais, 2024).

Conforme esperado e em consonância com a literatura, a etiologia da lesão mostrou-se

um dos fatores significativamente associados à cronicidade (p<0,001). As úlceras venosas, concentraram a maior proporção de casos com mais de um ano de existência e são mais prevalentes em idade avançada, o que afeta negativamente sua cicatrização e recorrência. A maioria (até 80%) dos pacientes desenvolve recorrência em até três meses (Krizanova et al., 2023).

Em contraste, lesões de origem traumática tendem a se concentrar em período de existência menor, possivelmente refletindo a busca por atendimento precoce, tendo como porta de entrada a APS; como também podem ser feridas com menor complexidade e com uma resposta mais favorável às intervenções quando aplicadas corretamente (Tolfo et al., 2020).

Um ponto relevante desta análise reside na associação entre o tipo de tratamento e a cronicidade (p=0,030), a ausência de tratamento com coberturas especiais (interativas) mostrou-se significativamente associada a um maior tempo de lesão. Destaca-se que o conhecimento técnico do enfermeiro sobre as diversas opções de coberturas disponíveis na rede pública é essencial para a escolha do curativo mais adequado, considerando o quadro clínico sistêmico do paciente (Tolfo et al., 2020; Valderrama-Sanabria e Clavijo-Alvarez, 2019).

Ademais, as análises dos resultados indicam que a pessoa responsável pelo curativo tem associação relevante entre o tempo de tratamento da lesão (p<0,001), o tempo de existência da lesão (p = 0,015) e a condição de moradia (p = 0,006). Tais achados evidenciam, de forma consistente, a importância da qualificação profissional no manejo de feridas.

Destaca-se que o enfermeiro no contexto na APS, desempenha uma função estratégica na identificação precoce das lesões, sendo responsável por executar as etapas do tratamento de feridas. Dessa forma, pode realizar desde acolhimento do paciente, avaliação da ferida, escolha do tratamento adequado e acompanhamento sistemático até a cicatrização da ferida. No entanto, a assistência a feridas na APS ocorre, em sua maioria, por demanda espontânea, sem planejamento e com ausência de continuidade do cuidado, sendo os curativos muitas vezes realizados por diferentes profissionais (Ferranti; Santos; Pittella, 2024; Costa et al., 2021).

Nesse contexto, os profissionais envolvidos nos cuidados de feridas devem estar capacitados, tanto em suas vivências práticas como em seu conhecimento teórico científico. Sendo assim, o enfermeiro estomaterapeuta exerce um papel estratégico e especializado no cuidado a pessoas com feridas, particularmente as crônicas ou de difícil cicatrização. A presença do estomaterapeuta contribui para qualificação da assistência, sendo, portanto, um componente essencial nas redes de atenção à saúde, inclusive na Atenção Primária (Costa et al., 2020; De Souza et al., 2023).

6. CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou um perfil clínico e sociodemográfico dos usuários com feridas acompanhados na Atenção Primária à Saúde de um município de grande porte. Observou-se a predominância de indivíduos idosos, do sexo masculino, portadores de comorbidades, como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, e residentes em territórios com maior vulnerabilidade de saúde. As úlceras venosas se destacaram como principal etiologia encontrada, seguidas pelas lesões por pressão, sendo estas frequentemente associadas à dependência funcional e à necessidade de cuidado domiciliar.

Entretanto, este estudo apresenta limitações quanto à acurácia das informações sobre a classificação etiológica e as características das feridas que foram registradas com base na percepção individual dos profissionais. Tal conhecimento não foi mensurado no estudo.

A elevada proporção de feridas crônicas com tempo de existência superior a três meses, reflete a complexidade clínica das lesões, limitações no modelo assistencial utilizado, que ainda enfrenta desafios relacionados às barreiras de acesso, desigualdades territoriais, sobrecarga dos cuidadores e insuficiência de acompanhamento especializado. A análise das características das lesões revelou que, embora muitas lesões apresentem condições passíveis de manejo na APS, a condução do tratamento nem sempre está baseada nas melhores práticas ou com supervisão adequada, o que pode comprometer os desfechos clínicos.

A complexidade dos arranjos de cuidado, que envolve a atuação de diferentes profissionais e cuidadores, evidencia a necessidade de qualificar os processos de trabalho na APS. Isso requer a adoção de protocolos assistenciais bem estruturados, a organização de fluxos de cuidado eficientes e o fortalecimento do papel do enfermeiro.

As associações estatisticamente significativas entre a cronicidade e fatores como condição de moradia, região de residência, etiologia e tipo de tratamento reforçam a necessidade de um cuidado integral e sensível às especificidades dos territórios e dos usuários. Nessa perspectiva, torna-se imprescindível investir na formação especializada dos profissionais, sobretudo enfermeiros, e na educação permanente das equipes.

Dessa forma, este estudo contribui ao evidenciar que o cuidado às pessoas com feridas na APS deve ser compreendido como um fenômeno multifatorial, que demanda integração entre competências clínicas, compreensão dos determinantes sociais e fortalecimento da rede de serviços.

REFERÊNCIAS

1. AGUIAR, L. L. de et al. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com feridas crônicas atendidos na Atenção Primária à Saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, p. e20190113, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190113.

2. ALAM, W.; REED, M. Abordagem clínica para o tratamento de feridas crônicas em idosos. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 69, n. 8, p. 2327–2334, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1111/jgs.17177.

3. ALMEIDA, V. K. F. M.; MARINHO, P. H. C. Feridas crônicas: dificuldades e facilidades encontradas pela enfermagem na execução do tratamento. **Revista Multidisciplinar do Sertão**, v. 4, n. 3, p. 303-311, 30 set. 2022. Disponível em: https://doi.org/10.37115/rms.v4i3.442.

4. ANDRADE, C. V. G. de; MACHADO, B. M. M.; ARAÚJO, M. R. de. Enfermagem e cuidado no tratamento de lesão por pressão em idoso. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 16, p. e417111638587, 2022. Disponível em: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i16.38587.

5. ANJOS, M. da S. dos et al. Análise técnico científico do enfermeiro no tratamento de feridas: relato de experiência. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 11, n. 17, p. e86111737331, 2022. Disponível em: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i17.37331.

6. ARAÚJO, W. A. et al. Significados de viver com ferida crônica: estudo de metassíntese. **Estima, Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, v. 18, p. e2420, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.30886/estima.v18.936_PT.

7. ASSIS, B. F. de et al. Desafios da enfermagem no cuidado de feridas na atenção primária à saúde. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 13, n. 2, p. 29–32, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.21727/rpu.v13i2.3120.

8. ATKIN, L. et al. Implementing TIMERS: the race against hard-to-heal wounds. **Journal of Wound Care**, v. 28, sup. 3a, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.12968/jowc.2019.28.Sup3a.S1.

9. AZEVEDO, C.; SANTOS, R. P. de O. O médico de família no cuidado integrado de feridas crônicas na APS: um relato de experiência. **APS em Revista**, v. 4, n. 2, p. 156–163, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.14295/aps.v4i2.223.

10. BARATA, K. M. et al. Feridas complexas e a população masculina na atenção primária à saúde. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 99, n. 1, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.31011/reaid-2025-v.99-n.1-art.2366.

11. BEECKMAN, D. et al. Best practice recommendations for holistic strategies to promote and maintain skin integrity. **Wounds International**. London, 2020. Disponível

em: https://sobest.com.br/wp-content/uploads/2022/12/Recomendacoes-de-Melhores-Praticas-ISTEP-2020.pdf. Acesso em: 19 nov. 2024.

12. BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal.Índice de Vulnerabilidade da Saúde: relatório técnico. **Secretaria Municipal de Saúde**. Belo Horizonte, 2013. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/publicacaoes-davigilancia-em-saude/indice_vulnerabilidade2012.pdf. Acesso em: 6 maio 2025.

13. BERNARDO, M. A. F.; SANTOS, K. dos; SILVA, D. P. da. Pele: alterações anatômicas e fisiológicas do nascimento à maturidade. **Revista Saúde em Foco**, n. 11, 2019. Disponível em: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/11/pele-altera%c3%87%c3%95es-anat%c3%94micas-e-fisiol%c3%93gicas-do-nascimento-%c3%80-maturidade.pdf. Acesso em: 23 set. 2024.

14. BERNARDO, R. G. Q. et al. Perfil clínico do portador de úlcera venosa: uma revisão integrativa da literatura 2010-2018. **Revista Feridas**, v. 9, n. 48, p. 1760–1769, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.36489/feridas.2021v9i48p1760-1769.

15. BORGES, Eline Lima. Modelo ABC para o manejo da úlcera venosa de perna. **Estima – Revista Brasileira de Estomaterapia**, v. 15, n. 3, p. 161-168, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.5327/Z1806-3144201700030010.

16. BORGES, E. L.; LIMA, V. L. A. N. Feridas: como tratar. 3. ed. **Rubio**. Rio de Janeiro, 2024.

17. BORGES, E. L.; LISBOA, C. R.; ROSA, E. G. Tratamento da ferida com coberturas interativas. *In*: CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. **Cuidado à pessoa com ferida cutânea**: manual de orientações quanto à competência técnico-científica, ética e legal dos profissionais de enfermagem. 2. ed. Belo Horizonte: COREN-MG, 2023. cap. 7, p. 78-88. Disponível em: https://www.corenmg.gov.br/wp-content/uploads/2023/09/manual_cuidadoapessoa-2.pdf. Acesso em: 23 set. 2024.

18. BORGES, E. L.; NASCIMENTO FILHO, H. M.; PIRES JÚNIOR, J. F. Prevalência de lesões crônicas de município da Zona da Mata Mineira (Brasil). **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 22, p. e-1143, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.5935/1415-2762.20180074.

19. BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 567, de 7 de fevereiro de 2018. Regulamenta a atuação da Equipe de Enfermagem no Cuidado aos pacientes com feridas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 26, 6 fev. 2018. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofenno-567-2018/. Acesso em: 23 set. 2024.

20. BRASILEIRO, A. L. Importância do uso da luva estéril pelo enfermeiro na realização de curativos no ambiente hospitalar: revisão integrativa. **Pesquisa, Sociedade e**

Desenvolvimento, v. 11, n. 11, p. e337111133769, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.33448/rsd-v11i11.33769.

21. BRITO, J. D. Q. et al. Percepção de enfermeiros sobre as práticas colaborativas interprofissionais na atenção básica em Palmas (TO). **Saúde e Pesquisa**, v. 15, n. 4, p. e10737, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.17765/2176-9206.2022v15n4.e10737.

22. CABRAL, Y. A. D. et al. O papel da atenção primária na redução das desigualdades no acesso à saúde no brasil: desafios e perspectivas. **RICS - Revista Interdisciplinar das Ciências da Saúde**, v. 1, n. 1, p. 1–19, 2024.

23. COSTA, A. F. da et al. Quality of life and burden of caregivers of elderly people. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 29, p. e20190043, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0043.

24. COSTA, C. C. P. da et al. Os sentidos de ser enfermeiro estomaterapeuta: complexidades que envolvem a especialidade. **Estima, Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, v. 18, p. e825, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.30886/estima.v18.825_PT.

25. COSTA, C. C. P. da et al. Estomaterapeutas no mundo do trabalho: facilidades e dificuldades para o exercício profissional. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 2, p. e20200262, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0262.

26. COSTA, C. V. et al. Conhecimento de enfermagem no tratamento de feridas. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 15, p. e9221, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.25248/reaenf.e9221.2021.

27. COSTA, I. M. B. et al. Percepção dos enfermeiros sobre os cuidados e a utilização de hidrogel em lesões por pressão. **Enfermería Actual de Costa Rica**, n. 39, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i39.39530.

28. COSTA, J. A.S. et al. Conhecimento dos enfermeiros sobre tratamento de feridas crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Revista Enfermagem Atual In Derme** , v. 37, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.31011/reaid-2022-v.96-n.37-art.1282

29. COUTO, J. G. de A. et al. Saúde da população em situação de rua: reflexões a partir da determinação social da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 32, n. 2, p. e220531pt, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220531pt.

30. DANTAS, J. S. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com feridas crônicas e fatores associados. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 31, p. e20220010, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0010pt.

31. DE SOUZA, É. M. M. et al. O cuidado e atuação do enfermeiro estomaterapeuta com pacientes submetidos a terapia de feridas. **Zenodo**, 2023. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5281/ZENODO.8034676. Acesso em: 13 maio 2025.

32. DONOSO, M. T. V. et al. Pacientes com lesões crônicas em membros inferiores, atendidos em hospital particular: estudo de prevalência. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 11, n. 2, p. e5388, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.18554/reas.v11i2.5388.

33. ERIKSSON, E. et al. Feridas crônicas: consenso de tratamento. **Wound Repair and Regeneration**, v. 30, n. 2, p. 156–171, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1111/wrr.12994.

34. FALANGA, V. et al. Chronic wounds. **Nature Reviews Disease Primers**, v. 8, n. 1, p. 50, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1038/s41572-022-00377-3.

35. FERRANTI, R. L. da C.; SANTOS, K. B. dos; PITTELLA, C. Q. P. A laserterapia na cicatrização de feridas na atenção primária à saúde: estudo piloto. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 98, n. 1, e024259, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.31011/reaid-2024-v.98-n.1-art.259.

36. FERREIRA, A. C. G. R. et al. Cicatrização cutânea: uma revisão da literatura. **Archives of Health**, v. 5, n. 3, p. e2004, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.46919/archv5n3espec-319.

37. FRASCA, D.; STRBO, N. Effects of obesity on infections with emphasis on skin infections and wound healing. **Journal of Dermatology and Skin Science**, v. 4, n. 3, p. 5–10, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.29245/2767-5092/2022/3.1157.

38. FUHR, J. C. et al. Relationship of advanced glycation end-products in hypertension in diabetic patients: a systematic review. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 44, n. 4, p. 557–572, dez. 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2022-0006pt.

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

40. GOMES, L. S. et al. Experiências de cuidadores familiares no cuidado domiciliar a pessoas com lesão por pressão. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 13, n. 1, p. e4698, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.26694/reufpi.v13i1.4698.

41. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Brasileiro de 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/belo-horizonte.html. Acesso em: 24 nov. 2024.

42. KIKUCHI, R. et al. Brazilian guidelines on chronic venous disease of the Brazilian Society of Angiology and Vascular Surgery. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 22, p. e20230064, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1677-5449.202300641.

43. KRELING, M. C. G. D. et al. Perfil de portadores de feridas crônicas sob a ótica da enfermagem assistencial. **CuidArte Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 67-73, 2021. Disponível em: http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2021v1/p.67-73.pdf. Acesso em: 7 maio 2025.

44. KRIZANOVA, O. et al. Chronic venous insufficiency and venous leg ulcers: Aetiology, on the pathophysiology-based treatment. **International Wound Journal**, v. 21, n. 2, p. e14405, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1111/iwj.14405.

45. LEBLANC, K. et al. Best practice recommendations for the prevention and management of skin tears in aged skin. **Wounds International.** London, 2018. Disponível em: https://sobest.com.br/wp-content/uploads/2020/10/ISTAP-BPR-2018-.pdf. Acesso em: 19 nov. 2024.

46. LIMA, J. C. de et al. A importância do cuidado diário na saúde da pele. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 5, p. e41571, 2023. Disponível em: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i5.41571.

47. LIMA, T. R. et al. Cuidados de familiares às pessoas com feridas neoplásicas malignas em domicílio. **Estima, Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, v. 20, p. e1222, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.30886/estima.v20.1222_PT.

48. LOTFOLLAHI, Z. The anatomy, physiology and function of all skin layers and the impact of ageing on the skin. **Wound Practice & Research**, v. 32, n. 1, p. 6-10, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.33235/wpr.32.1.6-10.

49. MACEDO, E. R. et al. Fatores que dificultam a aplicação do processo de enfermagem pelos enfermeiros da atenção primária à saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 2, p. e9584, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.25248/reas.e9584.2022.

50. MACEDO, L. F. R. et al. Conhecimentos de concluintes de graduação em Enfermagem sobre cuidados gerais com feridas: Estudo observacional. **Estima, Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, v. 21, p. e0823, 2023. Disponível em: https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/1323/607. Acesso em: 23 set. 2024.

51. MAGALHÃES, A. R.; SPORTITSCH, A. B.; ABREU, A. M. Autonomia do enfermeiro no tratamento de feridas: uma revisão integrativa. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 98, n. 2, p. e0241635, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.31011/reaid-2024-v.98-n.2-art.1635.

52. MARTIN, P.; NUNAN, R. Cellular and molecular mechanisms of repair in acute and chronic wound healing. **The British Journal of Dermatology**, v. 173, n. 2, p. 370–378, 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1111/bjd.13954.

53. MARTINS, A. F. M. et al. Perfil epidemiológico de lesões cutâneas crônicas de pacientes internados. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 15, n. 1, p. e244519, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.244519.

54. MARTINS, G. M. M. et al. Cuidados de enfermagem aos familiares, cuidadores e portadores de lesões cutâneas em ambiente domiciliar e ambulatorial. **Enfermagem Brasil**, v. 21, n. 1, p. 92–106, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.33233/eb.v21i1.4941.

55. MELO, L. G. de et al. Influência de um protocolo de exercícios na redução da área de úlcera venosa: estudo de caso. **Cuadernos de Educación y Desarrollo**, v. 16, n. 10, p. e6168, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.55905/cuadv16n10-207.

56. MOHR, H. S. S. et al. Cuidado de enfermagem à pessoa com ferida na Atenção Primária à Saúde: desafios e potências. **Estima, Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, v. 22, p. e0524, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.30886/estima.v22.1437_PT.

57. MOLA, R. et al. Reflexo de hipertensão e diabetes na ocorrência de lesões não traumáticas de pacientes atendidos em um ambulatório de feridas. *In*: **Enfermagem em Foco: educação, competências e práticas avançadas**. Ponta Grossa: Editora Científica Digital, 2024. Disponível em: https://dx.doi.org/10.37885/240616867.

58. MOREIRA, A. L. B. et al. Biofilme e higiene em feridas de difícil cicatrização: reflexões sobre os cuidados de enfermagem. **Nursing (Edição Brasileira)**, v. 28, n. 317, p. 10202–10207, 2024.

59. MOSTI, G. et al. Ulceração de perna em insuficiência venosa e arteriovenosa: avaliação e tratamento com terapia compressiva. **Journal of Wound Care**, v. 33, out. 2024. Disponível em: https://sobest.com.br/wp-content/uploads/2024/11/Consenso-Ulceracao-Perna-2024.pdf. Acesso em: 7 jun. 2026.

60. MOURA, V. L. L. de et al. Conhecimento dos enfermeiros sobre o protocolo de lesão por pressão em hospital privado e acreditado. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 95, n. 36, p. e0211231, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.36-art.1231.

61. OLIVEIRA, A. C. et al. Qualidade de vida de pessoas com feridas crônicas. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 2, p. 194–201, mar. 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1982-0194201900027.

62. OLIVEIRA, A. M. C.; ROCHA, P. S. S. Diagnóstico situacional do tratamento de feridas na Atenção Primária no município de Belém-PA. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 96, n. 38, p. e0221327, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.31011/reaid-2022-v.96-n.38-art.1327.

63. OLIVEIRA, S. X. et al. Conhecimento de enfermeiros no tratamento de feridas na atenção primária à saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 3, p. e15921,

2024. Disponível em: https://doi.org/10.25248/REAS.e15921.2024.

64. OLIVEIRA, W. S.; SILVA, T. B. L. Centro-dia para idosos: pessoas idosas com dependência e cuidadores familiares com sobrecarga. **Revista Kairós-Gerontologia**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 71-88, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.23925/2176- 901X.2020v23i3p71-88.

65. PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios de Bioestatística**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2018.

66. PARRILHA, V. et al. Vulnerabilidade social e erisipela: um estudo de caso a partir do Programa Melhor em Casa no Sudeste do Pará. **Concílio**, v. 22, n. 7, p. 29–50, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.53660/CLM-647-711.

67. PHILLIPS, C. J. et al. Custo do tratamento de pacientes com úlceras venosas de perna. **International Wound Journal**, v. 17, n. 4, p. 1074–1082, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1111/iwj.13366.

68. POLIT, D. F.; BECK, C. T. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem. 9. ed. **Artmed**. Porto Alegre, 2019.

69. RIBEIRO, G. S. C. et al. Pacientes internados com feridas crônicas: um enfoque na qualidade de vida. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 2, p. 58-63, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n2.1740.

70. RIBEIRO, L. M. G. Sentimentos do paciente que convive com lesão crônica de pele em membros inferiores. **Enfermagem Brasil**, v. 19, n. 4, p. 208-212, 2020.

71. RODRIGUES, M. E. L. S. et al. Importância da atuação de enfermagem nos cuidados das feridas. **Revista InterSaúde**, v. 1, n. 4, 2021. Disponível em: http://revista.fundacaojau.edu.br:8078/journal%20-%20Copia/index.php/revista_intersaude/article/view/177. Acesso em: 12 maio 2025.

72. RODRIGUES, M. R.; SOUSA, M. F. de. Integralidade das práticas em saúde na atenção primária: análise comparada entre Brasil e Portugal por meio de revisão de escopo. **Saúde em Debate**, v. 47, n. 136, p. 242–252, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042022313616.

73. RUIZ, P. B. O.; POLETTI, N. A. A.; LIMA, A. F. C. Perfil dos pacientes atendidos em uma unidade de tratamento integral de ferida. **Cogitare Enfermagem**, v. 27, p. e82948, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.82948.

74. SANTOS, C. A.; PLAIS, K.; RIBEIRO, C. V. A contribuição da laserterapia no processo de cicatrização das úlceras venosas nos membros inferiores. **Revista Ibero-Americana de Podologia**, v. 3, n. 1, p. e5, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.36271/iajp.v2i3.5.

75. SANTOS, J. C. et al. Perfil de pacientes com úlceras venosas submetidos à telenfermagem em uma clínica de estomaterapia. **Revista Enfermagem Atual In**

Derme, v. 97, n. 4, p. e0231661, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.31011/reaid-2023-v.97-n.4-art.1661.

76. SANTOS, N. M. et al. Assistência de enfermagem a pacientes com feridas crônicas: revisão de literatura. **Revista Foco**, v. 16, n. 11, p. e3391, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n11-134.

77. SERGIO, F. R.; SILVEIRA, I. A.; OLIVEIRA, B. G. R. B. de. Avaliação clínica de pacientes com úlceras de perna acompanhados em ambulatório. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 1, p. e20200139, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0139.

78. SERRA, N. de A. et al. Práticas e perspectivas no manejo de feridas na Atenção Primária à Saúde: uma análise exploratória no contexto da saúde coletiva. **Research, Society and Development**, v. 14, n. 1, p. e3214147977, 2025. Disponível em: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v14i1.47977.

79. SHOJI, S. et al. O cuidado de enfermagem em Estomaterapia e o uso das tecnologias. **Revista Estima**, v. 15, n. 3, p. 169–177, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.5327/Z1806-3144201700030008.

80. SILVA, A. A. da et al. O papel da atenção primária à saúde (APS) na prevenção e gestão de doenças crônicas. **Lumen et Virtus**, v. 16, n. 45, p. e025, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.56238/levv16n45-025.

81. SILVA, M. T. et al. Os desafios na conduta terapêutica em pacientes acometidos com feridas crônicas. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 27, n. 3, p. 1242–1268, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.25110/arqsaude.v27i3.2023-013.

82. SILVA, N. C. da et al. Morfofisiologia da pele e o processo de envelhecimento cutâneo. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 4, p. e16051, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.25248/REAS.e16051.2024.

83. SILVA, N. S. da et al. Feridas de difícil cicatrização: teoria e prática à luz da literatura. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, ano 8, ed. 9, v. 2, p. 115–130, 2023. Disponível em: https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/dificil-cicatrizacao. Acesso em: 26 set. 2024.

84. SILVA, P. C. da et al. A atuação do enfermeiro no tratamento de feridas. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 4815–4822, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-066.

85. SOUSA, M. F. de et al. Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe5, p. 82–93, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042019S507.

86. STEFANELLO, L. et al. Perfil epidemiológico e qualidade de vida de pacientes com feridas crônicas. **Evidências de Promoção da Saúde**, v. 1, n. 3, p. e0012, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.71334/3085-6531.2024v1n3.e0012.

87. SWANSON, T. et al. Wound infection in clinical practice: an international consensus. **Wounds International**. London, 2022. Disponível em: https://www.sobenfee.org.br/_files/ugd/29b632_dbe0b0fcccaa4af88f7577646713dfd2.pdf. Acesso em: 7 jun. 2025.

88. TOLFO, G. R. et al. Atuação do enfermeiro no cuidado de feridas crônicas na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 9, n. 7, p. e489974393, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4393.

89. TOMIO, F. C. dos S.; BATISTA, J. Conhecimento de enfermeiros docentes acerca da avaliação, classificação e prevenção de lesões por pressão. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 97, n. 2, p. e0231639, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.31011/reaid-2023-v.97-n.2-art.1639.

90. TOTTOLI, E. M. et al. Skin wound healing process and new emerging technologies for skin wound care and regeneration. **Pharmaceutics**, v. 12, n. 8, p. 735, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.3390/pharmaceutics12080735.

91. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. IV Censo de População em Situação de Rua de Belo Horizonte, 2022: relatório final. Belo Horizonte, 2023. Disponível em: https://www.medicina.ufmg.br/wp-content/uploads/sites/7/2024/06/IV-Censo-de-Populacao-em-Situacao-de-Rua-de-Belo-Horizonte-2022_DIGITAL.pdf. Acesso em: 17 de junho de 2025.

92. VALDERRAMA SANABRIA, M. L.; CLAVIJO ALVAREZ, L. M. Artistas do nosso trabalho no cuidado de feridas. **Revista Ciencia y Cuidado**, v. 16, n. 3, p. 46–58, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.22463/17949831.1413.

93. VIVCHARENKO, V.; PRZEKORA, A. Modifications of Wound Dressings with Bioactive Agents to Achieve Improved Pro-Healing Properties. **Applied Sciences**, v. 11, n. 9, p. 4114, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.3390/app11094114.

94. WILKINSON, H. N.; HARDMAN, M. J. Wound healing: cellular mechanisms and pathological outcomes. **Open Biology**, v. 10, n. 9, p. 200223, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1098/rsob.200223.

APÊNDICE A - CARTA DE ANUÊNCIA

Prezada gerente,

Vimos por meio desta convidar a Gerência de Integração do Cuidado à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, para participação na pesquisa: Fatores associados à presença de feridas em usuários acompanhados na Atenção Primária À Saúde, desenvolvida sob coordenação do Prof. Dr. Assis do Carmo Pereira Júnior, vinculado ao Departamento de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Esta pesquisa tem como objetivo geral analisar os fatores associados à presença de feridas em usuários acompanhados na Atenção Primária à Saúde em um município mineiro. E como objetivos específicos: caracterizar o perfil epidemiológico dos usuários com feridas acompanhados na Atenção Primária à Saúde de um município mineiro, escrever as características sociodemográficas e clínicas dos usuários com feridas atendidos na Atenção Primária à Saúde de um município mineiro, quantificar a prevalência de feridas entre os usuários da Atenção Primária à Saúde em um município mineiro.

A participação da Gerência de Integração do Cuidado à Saúde na pesquisa envolve o acesso ao banco de dados do setor que se refere à caracterização dos usuários com feridas atendidos na Atenção Primária à Saúde do município, em um período de 12 meses. Esses dados foram consolidados pelo setor, em uma planilha on-line com propriedade do e-mail institucional do setor. Portanto, a equipe de pesquisa solicitará o banco de dados, em formato *xlsx*, provenientes dessa planilha.

Esse banco será tratado pela equipe de pesquisa, juntamente com o gerente da unidade ou profissional indicado por ele a fim de garantir a verificação dupla e fidedigna dos dados. Este tratamento tem por objetivo identificar a ausência de dados coletados (*missings*) e codificar os itens para oportunizar a análise estatística. Esta etapa utilizará de um instrumento norteador da extração de dados.

Os dados serão analisados por estatística descritiva, frequências absoluta e relativa e análises de associação como teste qui-quadrado e modelos de regressão no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

É fundamental esclarecer que os dados coletados nesta pesquisa mantém preservada a identidade dos profissionais participantes, ou seja, ao serem divulgados, os resultados desta pesquisa serão apresentados de forma a representar um grupo e não uma pessoa.

• Riscos, desconfortos e benefícios:

Os riscos deste estudo são mínimos, entretanto ao acessar o setor para recepção e extração dos dados, os profissionais responsáveis podem sentir-se incomodados a depender do fluxo do setor. Para mitigar este risco, será agendado, previamente, os horários para que as dúvidas e conferências sejam sanadas entre os pesquisadores e os profissionais do setor a fim de não atrapalhar as atividades e rotinas administrativas do setor.

É importante esclarecer que à instituição e ao setor fica reservado o direito de retirar a anuência em continuar na pesquisa, a qualquer momento, caso ocorram constrangimentos ou incômodos decorrentes da pesquisa.

O benefício deste estudo é contribuir para a identificação e análise do banco de dados. Este estudo propiciará uma avaliação do perfil dos usuários com feridas e de possíveis fatores

associados. Além de possibilitar a avaliação de intervenções e estratégias educativas que permitam o fortalecimento e autonomia da equipe de enfermagem na implementação de medidas e plano de cuidados impactando, positivamente, a qualidade do atendimento prestado

• **Custos e reembolso:**

A participação da Gerência de Integração do Cuidado à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte neste estudo é voluntária, ou seja, a instituição não terá gasto ou receberá qualquer tipo de benefício financeiro (como pagamento, remuneração ou brindes). Portanto, a decisão em participar deste estudo deve ser totalmente voluntária. Destacamos que este documento foi elaborado de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Consentimento:

Enfim, eu … , tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo desta pesquisa, manifesto a livre anuência em conceder acesso ao banco de dados do setor, estando totalmente ciente de que não há valor econômico, a receber ou a pagar, pela participação deste serviço, e que poderemos retirar esta autorização a qualquer momento sem qualquer penalidade.
Diante do exposto e após esclarecimentos de dúvidas, assino o documento e rubrico as páginas.

Gestor responsável pelo serviço *(Esta pessoa deve assinar e datar de próprio punho)*

_____
(Gestor)

_____
(Documento identidade)

Belo Horizonte, _____/_____/_____

_____
Carimbo

Nós agradecemos imensamente sua confiança, participação e exímia colaboração no desenvolvimento deste estudo.

Em caso de dúvidas, informações acerca do estudo, são disponíveis os contatos:

Pesquisadora: Denise Alves Moreira - (31) 97569-3204, e-mail denise_alves7@hotmail.com.
Coordenador da pesquisa: Professor Dr. Assis do Carmo Pereira Júnior
Escola de Enfermagem da UFMG. Endereço: Av. Alfredo Balena 190, Santa Efigênia. Belo Horizonte, MG. CEP 30130100. Telefone: (31) 3409-9855.

APÊNDICE B - Instrumento norteador da extração de dados

1. Dados Sociodemográficos		
Variável	**Detalhes**	**Resposta**
Faixa Etária	Idade do paciente, agrupada em faixas	0-5 anos, 6-12 anos, ..., >90 anos
Gênero	Identidade de gênero	Masculino ou feminino
Condição Sócio-Ambiental	Tipo de residência	Reside sozinho, com familiares, etc.
2. Condição clínica		
Variável	**Detalhes**	**Resposta**
Comorbidades	Doenças ou condições associadas	Lista múltipla (permite seleção múltipla)
Classificação da Lesão	Tipo de lesão predominante	Lesão por pressão, úlcera venosa, etc.
Tempo de Existência	Duração da lesão mais antiga	<3 meses, >3 meses, ..., >30 anos
Localização da Lesão	Área do corpo afetada	MSD, MSE, sacral, outro (especificar)
3. Tratamento		
Variável	**Detalhes**	**Resposta**
Tratamento Realizado	Tipo de intervenção	Com cobertura especial, tópico, sem tratamento
Tempo de Tratamento	Duração do cuidado para a lesão	<3 meses, >3 meses, ..., >30 anos
Realização do Curativo	Profissional/cuidador responsável	Enfermeiro, técnico de enfermagem, cuidador, etc.
5. Características da Lesão		
Variável	**Detalhes**	**Resposta**
Tamanho da Lesão	Área estimada	Pequena (<50cm²), Média (50-150cm²), etc.
Estadiamento	Estágio da lesão	Estágio I-IV, Não estadiável
Profundidade	Profundidade da lesão mais severa	Superficial, 1-2cm, ..., Cavitária
Tecido no Leito	Tecido predominante	Granulação, epitelização, necrose
Conteúdo Bacteriano	Nível de contaminação	Limpa, colonização, infecção, etc.
Nível de Exsudato	Quantidade de secreção	Ausente, pequeno, moderado, intenso
Nível de Odor	Odor percebido	Sem odor (Nível 5) a Nível 0 (odor intenso)

ANEXO A - Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) - UFMG

1. Identificação dos membros do grupo de pesquisa

Nome completo (sem abreviação)	RG	Assinatura
Denise Alves Moreira	MG 16.635.922	
Assis do Carmo Pereira Júnior	MG11.432.455	

1. Identificação da pesquisa

a) Título do Projeto:

Fatores associados à presença de feridas em usuários acompanhados na Atenção Primária à Saúde.

b) Departamento/Faculdade/Curso:

Escola de Enfermagem/ Universidade Federal de Minas Gerais/ Especialização em Estomaterapia

c) Pesquisador Responsável:

Prof. Dr. Assis do Carmo Pereira Júnior

2. Descrição dos Dados

Os dados serão coletados após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (CEP-UFMG) e (comitês de ética coparticipantes, se aplicável): Trata-se de pesquisa documental em um banco de dados já construído pelo setor da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado. Para dúvidas de aspecto ético, pode ser contactado o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (CEP/UFMG): Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte - MG - CEP 31270-901 Unidade Administrativa II - 2º Andar - Sala: 2005 Telefone: (031) 3409-4592 - E-mail: coep@prpq.ufmg.br.

3. Declaração dos pesquisadores

Os pesquisadores envolvidos no projeto se comprometem a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos do local do banco ou instituição de coleta, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconiza a Resolução 466/12, e suas complementares, do Conselho Nacional de Saúde.

Declaramos entender que a integridade das informações e a garantia da confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas estão sob nossa responsabilidade. Também declaramos que não repassaremos os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa. Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para este projeto. Todo e qualquer outro uso que venha a ser planejado, será objeto de novo projeto de pesquisa, que será submetido à apreciação do CEP UFMG.

Devido à impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os sujeitos, assinaremos esse Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados, para a salvaguarda dos direitos dos participantes.

Nome completo (sem abreviação)	Assinatura
Denise Alves Moreira	
Assis do Carmo Pereira Júnior	

4. Autorização da Instituição

Declaramos para os devidos fins, que cederemos aos pesquisadores apresentados neste termo, o acesso aos dados solicitados para serem utilizados nesta pesquisa. Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se o(a) mesmo(a) a utilizar os dados dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Belo Horizonte, _____/ _____de 2024.

_____

Nome legível/assinatura e carimbo do responsável pela anuência da Instituição

ANEXO B - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES ASSOCIADOS À PRESENÇA DE FERIDAS EM USUÁRIOS ACOMPANHADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisador: Assis do Carmo Pereira Júnior

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 85626924.8.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.347.274

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo retrospectivo, transversal, de análise documental, com abordagem quantitativa e de caráter correlacional descritivo, em que
os dados sobre variáveis independentes e de resultados serão coletados em um mesmo desfecho. A população deste estudo será constituída por
um banco de dados pertencente à Secretaria Municipal de Saúde do município, coletados em um período de 12 meses, com informações sobre as
características dos usuários com feridas atendidos na APS do município, coletados entre julho de 2023 à julho de 2024. Vale ressaltar que não será
possível a identificação de indivíduos por meio da análise do banco de dados.Delimitou-se como critérios de inclusão, usuários adultos, com feridas
de qualquer etiologia (lesão por pressão, úlcera venosa, úlcera arterial, úlcera neuropática, úlcera mista, infectocontagiosas, hematológica,
oncológica, por trauma, ou outra), de ambos os sexos, atendidos em qualquer unidade de APS, no período de de julho de 2023 à julho de 2024.
Como critério de exclusão, usuários com registros incompletos ou em duplicidade. A estimativa inicial é de que o banco de dados contenha registros
de aproximadamente 1.500 pacientes. O estudo segue a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da pesquisa envolvendo

seres humanos e o projeto será submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP) e ao Comitê de Ética em Pesquisa
(CEP) da Secretaria Municipal de Saúde do município. A coleta de dados deste estudo será por meio de consulta ao banco de dados gerado
previamente pelo setor da Secretaria Municipal de Saúde do município. Este banco foi construído por meio do preenchimento de um formulário online elaborado com propriedade em um e-mail institucional e preenchido pelos profissionais de saúde enfermeiros, no período de julho de 2023 a
julho de 2024, após esse período o formulário foi fechado não recolhendo mais respostas. A análise descritiva consistirá na distribuição das
frequências absoluta e relativa dos dados, bem como em média e mediana, quando aplicável, e em medidas de desvio padrão. As tabelas serão
organizadas de forma a facilitar a visualização dos principais achados, incluindo a categorização das variáveis e a segmentação por grupos
específicos, facilitando a interpretação e a comparação dos resultados do estudo. A análise inferencial será conduzida para identificar a existência
de associações estatisticamente significativas entre variáveis categóricas. Para essa análise será utilizado o teste qui-quadrado (¿²), um método
estatístico utilizado para verificar se há uma associação significativa entre duas variáveis categóricas. Ele compara as frequências observadas em
uma amostra com as frequências esperadas sob a hipótese de que não há relação entre as variáveis (hipótese nula). Para existir uma associação
significativa entre as variáveis, o valor de p (derivado do valor de ¿²) deve ser menor que 0,05, rejeitando a hipótese nula.

Objetivo da Pesquisa:
Analisar os fatores associados à presença de feridas em usuários acompanhados na Atenção Primária à Saúde em um município mineiro. Objetivo Secundário:
Caracterizar o perfil epidemiológico dos usuários com feridas acompanhados na APS de um município mineiro; Descrever as características
sociodemográficas e clínicas dos usuários com feridas atendidos na APS de um município mineiro; Quantificar a prevalência de feridas entre os
usuários da APS em um município mineiro.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos deste estudo são mínimos, entretanto ao acessar o setor para recepção e extração dos dados, os profissionais responsáveis podem sentirse incomodados a depender do fluxo do setor. Para mitigar este risco, será agendado, previamente, os horários para que as dúvidas e conferências sejam sanadas entre os pesquisadores e os profissionais do setor a fim de não atrapalhar as atividades e rotinas administrativas do setor.É importante esclarecer que à instituição e ao setor fica reservado o direito de retirar a anuência em continuar na pesquisa, a qualquer momento, caso ocorram constrangimentos ou incômodos decorrentes da pesquisa.

Benefícios:

O benefício deste estudo é contribuir para a identificação e análise do banco de dados. Este estudo propiciará uma avaliação do perfil dos usuários com feridas e de possíveis fatores associados. Além de possibilitar a avaliação de intervenções e definição de estratégias educativas que permitam o fortalecimento e autonomia da equipe de enfermagem na implementação de medidas e plano de cuidados impactando, positivamente, a qualidade do atendimento prestado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

1) O projeto possui coparticipante: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/ SMSA-BH

2) Projeto da Pós Enfermagem em Estomaterapia

3) Orçamento de R$ 3.900,00, mas não foi mencionada a fonte do recurso.

4) O pesquisador solicita dispensa de TCLE e justifica que não haverá contato com nenhum paciente. O contato será apenas com o banco de dados que contem as informações sobre esses pacientes. Dessa forma será apresentado a instituição responsável pelo banco de dados o Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD). Vale destacar também que com as informações presentes no banco de dados, não é possível identificar nenhum paciente. Ademais os dados coletados serão tratados em conjunto, de maneira a representar um grupo, mantendo a anonimização dos dados.

5) O estudo será realizado mediante a análise de banco de dados pertencente à Secretaria Municipal de Saúde do município, coletados em um período de 12 meses, com informações

sobre as características dos usuários com feridas atendidos na APS do município, coletados entre julho de 2023 à julho de 2024. Vale ressaltar que não será possível a identificação de indivíduos por meio da análise do banco de dados.

6) A pesquisa terá como desfecho primário Identificar os fatores associados à presença de feridas em usuários acompanhados na atenção primária à saúde de um município mineiro, assim como caracterizar o perfil epidemiológico dos usuários com feridas acompanhados na atenção primária à saúde de um município mineiro; descrever
as características sociodemográficas e clínicas dos usuários com feridas atendidos na APS de um município mineiro e quantificar a prevalência de
feridas entre os usuários da APS em um município mineiro.

7) Segundo o parecer da câmara departamental o projeto é relevante, produzirá conhecimentos novos sobre cuidados de feridas em unidades de APS e certamente os resultados contribuirão para melhores práticas, definição de estratégias educativas e aprimoramento da qualidade do atendimento prestado. Além disso, está alinhado com os projetos do Departamento de Enfermagem Básica, voltados para o Cuidado de Enfermagem eficaz e eficiente.

8) A coleta de dados deste estudo será por meio de consulta ao banco de dados gerado
previamente pelo setor da Secretaria Municipal de Saúde do município. Os dados estão anonimizados. O pesquisador apresentou o TCUD.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os seguintes termos estão presentes:

-Brochura Pesquisa
-Cronograma
-Folha de Rosto
-Outros
-Orçamento
-TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência
-TCUD
-Projeto Detalhado / Brochura Investigador

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências/inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2478061.pdf	20/12/2024 16:55:20		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	20/12/2024 16:54:54	Assis do Carmo Pereira Júnior	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCUD.pdf	20/12/2024 16:53:46	Assis do Carmo Pereira Júnior	Aceito
Outros	SEI_3843875_Decisao_50.pdf	20/12/2024 16:51:03	Assis do Carmo Pereira Júnior	Aceito
Outros	SEI_3841545_Parecer_65.pdf	20/12/2024 16:49:51	Assis do Carmo Pereira Júnior	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	20/12/2024 16:48:36	Assis do Carmo Pereira Júnior	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	20/12/2024 16:47:41	Assis do Carmo Pereira Júnior	Aceito
Folha de Rosto	SEI_3836528_Folha_de_Rosto_Pesquisa_Envolvendo_Seres_Humanos.pdf	20/12/2024 16:42:31	Assis do Carmo Pereira Júnior	Aceito

Situação do Parecer:

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Continuação do Parecer: 7.347.274

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

BELO HORIZONTE, 27 de Janeiro de 2025

Assinado por:
Corinne Davis Rodrigues
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br