

PRINCIPAIS FERIDAS CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

*Reconhecimento, avaliação e cuidados essenciais
para uma assistência segura e qualificada*





2026 Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Diretoria Executiva de Pessoas, Sustentabilidade e Responsabilidade Social. Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS. Projeto TeleNordeste.

Elaboração e informações

HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

Diretoria de Responsabilidade Social

Rua Treze de Maio, 1.815, Bela Vista, São Paulo/SP

Tel.: (11) 3549-1000

Site: www.hospitaloswaldocruz.org.br/

Diretoria Executiva de Pessoas, Sustentabilidade e Responsabilidade Social

Maria Carolina Lourenço Gomes

Gerência de Escritório de Projetos

Simone Rodrigues Faria

Coordenação do Projeto TeleNordeste

Fernanda Saks Hahne

Relatoria

Vanessa dos Santos Gonçalves Senra

Claudia Rocha Gonçalves

Adriana Miyauchi

André Felipe Martins de Araujo Silva

Aryane Lima Rolim

Carla Anita Pavan

Jéssica Fausto Soares Pommerening

Marcos Aurelio Maeyama

Ricardo Mendes de Matos

Tatiane Cifuentes

SUMÁRIO

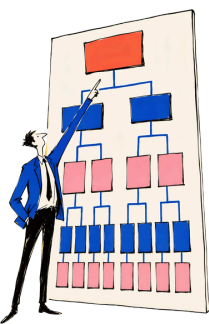
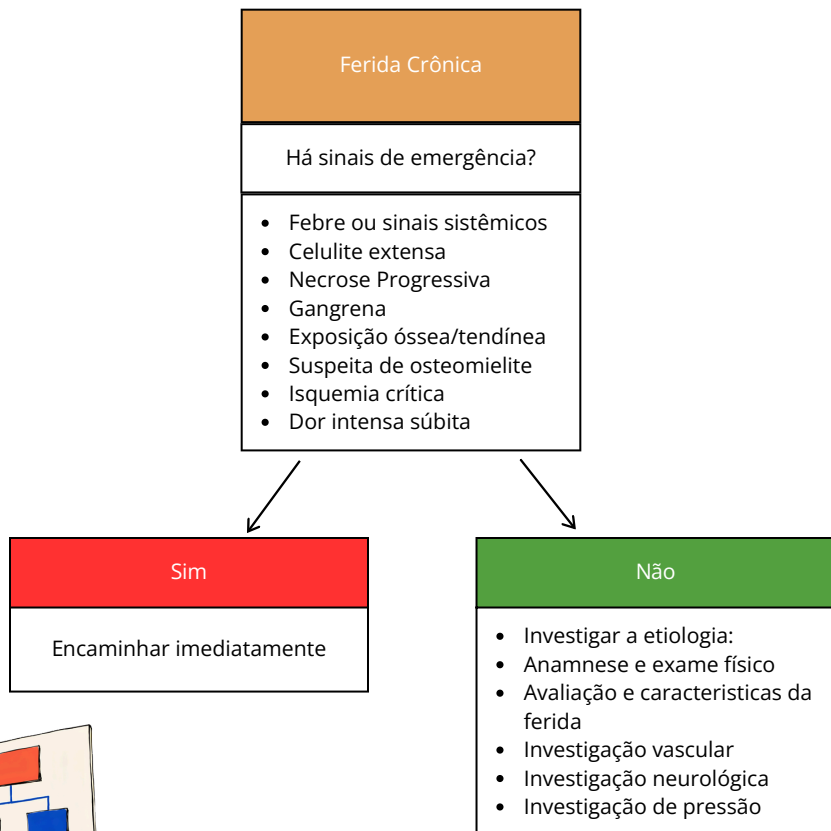
Introdução.....	4
1. Fluxograma de conduta	4
2. Investigação da etiologia.....	5
2.1. Avaliação das características da ferida.....	5
2.2. Investigação Vascular.....	6
2.2.1 Índice tornozelo braquial.....	7
2.2.2 Palpação de pulsos periféricos.....	9
2.2.3 Teste de Buerger.....	10
2.3. Investigação neurológica.....	11
2.4. Investigação de pressão.....	12
2.5. Tabela de classificação de feridas.....	12
3. Coberturas mais utilizadas em feridas crônicas.....	14
4. Passo a passo do curativo.....	15
5. Critérios de gravidade.....	19
6. Considerações gerais.....	19
7. Orientações ao paciente e cuidador.....	19
8. Critérios de Alta.....	20
Referências.....	21

INTRODUÇÃO

Ferida crônica é aquela que não evolui para cicatrização dentro do tempo esperado, geralmente após 4 a 6 semanas de tratamento adequado, ou que apresenta recorrência frequente.

Antes de escolher a cobertura ideal, é fundamental identificar e tratar a etiologia da ferida, pois a cicatrização efetiva depende do controle da causa subjacente.

1. FLUXOGRAMA DE CONDUTA:



2. INVESTIGAÇÃO DA ETIOLOGIA

A investigação da etiologia da ferida deve iniciar pela anamnese e exame físico completo.

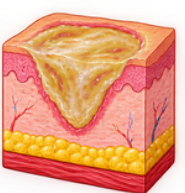
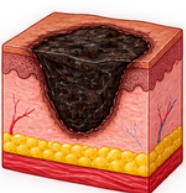
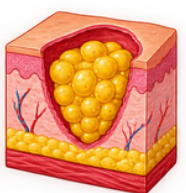
É importante identificar doenças de base, como diabetes mellitus, hipertensão arterial, insuficiência venosa, doença arterial periférica, hanseníase e doenças reumatológicas, além de hábitos de vida, uso de medicamentos, histórico de trauma e tempo de evolução da lesão.

O exame físico deve avaliar sinais vitais, estado nutricional, mobilidade, presença de edema e alterações na pele e nos membros afetados.

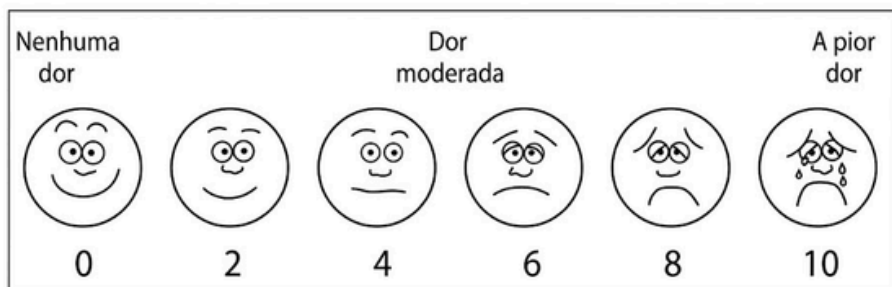
2.1 AVALIAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DA FERIDA

A análise detalhada da ferida fornece informações importantes sobre sua provável etiologia. Devem ser observados:

- localização e característica da lesão frequentemente auxiliam na diferenciação entre úlceras venosas, arteriais, neuropáticas, por pressão e feridas de etiologia atípica.
 - Mensuração da lesão (comprimento $\times$ largura $\times$ profundidade) em feridas com presença de túneis o ideal é mensurar com uma cateter/sonda, demarcar o tamanho do túnel no cateter, e após medir com uma régua de papel;
- tipo de tecido presente no leito:

Epitelização	Granulação	Esfacelo	Necrose	Outros tecidos
				
Tecido novo, fino e rosado	Tecido vermelho vivo, aspecto granular	Tecido desvitalizado, viçoso, amarelado	Tecido desvitalizado, escuro, endurecido	Gordura, ossos ou tendões, indicam atingimento profundo

- Quantidade, aspecto do exsudato;
- Odor;
- Condições da pele perilesional;
- Características das bordas;
- Registro fotográfico seriado quando disponível (Caso haja registro, lembre-se de aplicar termo de autorização de imagem LGPD);
- Escala de dor que pode ser analógica ou numérica, conforme os exemplos abaixo:



Fonte: Adaptado de Wong & Baker, 1988.



2.2 INVESTIGAÇÃO VASCULAR

A avaliação vascular é fundamental na investigação etiológica das feridas crônicas, pois permite identificar comprometimento venoso e arterial para auxiliar na definição da conduta terapêutica, especialmente quanto à indicação segura da terapia compressiva.

O ITB é um importante indicador de alterações vasculares.

Valores inferiores a 0,9 sugerem doença arterial periférica e indicam necessidade de avaliação mais aprofundada. Nos casos com confirmação de insuficiência venosa crônica em prontuário, avaliação vascular especializada ou exame Doppler, a terapia compressiva pode ser associada ao tratamento da ferida, respeitando os limites de segurança conforme o ITB encontrado.

2.2.1 ÍNDICE TORNOZELO BRAQUIAL

Método simples e não invasivo utilizado para rastrear doença arterial periférica e avaliar a perfusão dos membros inferiores. Seu resultado contribui para a definição do tratamento e para a segurança na utilização de bandagens e outras formas de compressão em pacientes com insuficiência venosa.

PREPARO DO PACIENTE E PROTOCOLO DE MEDIÇÃO

- O paciente deve permanecer em repouso por 5 a 10 minutos, em decúbito dorsal horizontal, antes da aferição.
- Não deve ter fumado nas duas horas anteriores ao exame.
- O manguito do esfigmomanômetro deve possuir largura correspondente a, pelo menos, 40% da circunferência do membro avaliado.
- Deve-se aferir a pressão arterial sistólica (PAS) em ambas as artérias braquiais.
- O manguito deve ser posicionado na perna, com a sua borda distal cerca de 2 cm acima do maléolo medial.
- Devem ser aferidas as pressões sistólicas das artérias tibial posterior (posteriormente ao maléolo medial) e pediosa (no dorso do pé).
- O método utilizado para detecção do fluxo arterial (Doppler portátil, estetoscópio ou equipamento eletrônico validado) deve ser o mesmo em todas as aferições.

Cálculo do ITB

O ITB é obtido dividindo-se a maior pressão sistólica do tornozelo pela maior pressão sistólica braquial.

Fórmula:

$$\text{ITB} = \text{Maior PAS do tornozelo} \div \text{Maior PAS braquial}$$

Interpretação de Resultados

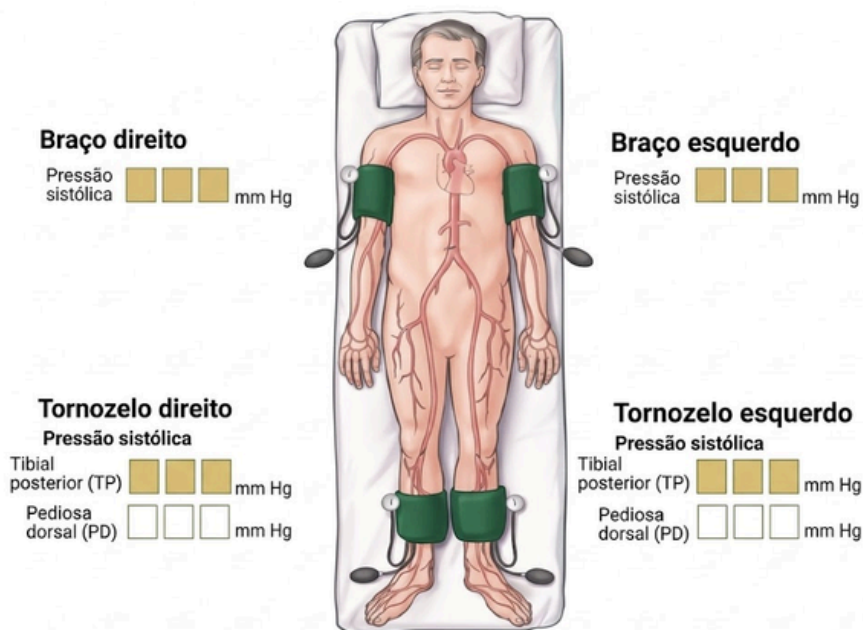
$\geq 0,90$ a $1,39$: perfusão arterial normal;

$0,71$ a $0,89$: comprometimento arterial discreto;

$0,41$ a $0,70$: comprometimento arterial moderado;

$\leq 0,40$: comprometimento arterial importante, sugerindo isquemia grave;

$\geq 1,40$: sugere calcificação arterial (esclerose de Mönckeberg), sendo recomendada avaliação complementar.



ITB direito é igual a razão de:

Maior pressão do tornozelo direito (TP ou PD)
Maior pressão do braço (direito ou esquerdo)

mm Hg = mm Hg

ITB esquerdo é igual a razão de:

Maior pressão do tornozelo esquerdo (TP ou DP)
Maior pressão do braço (direito ou esquerdo)

mm Hg = mm Hg

* O menor número é o Índice tornozelo-braquial geral do paciente. Índice tornozelo-braquial geral =

2.2.2 PALPAÇÃO DE PULSOS PERIFÉRICOS

A palpação dos pulsos periféricos auxilia na avaliação da perfusão dos membros inferiores. Devem ser examinados, bilateralmente, os pulsos pedioso e tibial posterior, observando-se sua presença, simetria e intensidade.

A palpação deve ser realizada conforme as imagens a seguir:



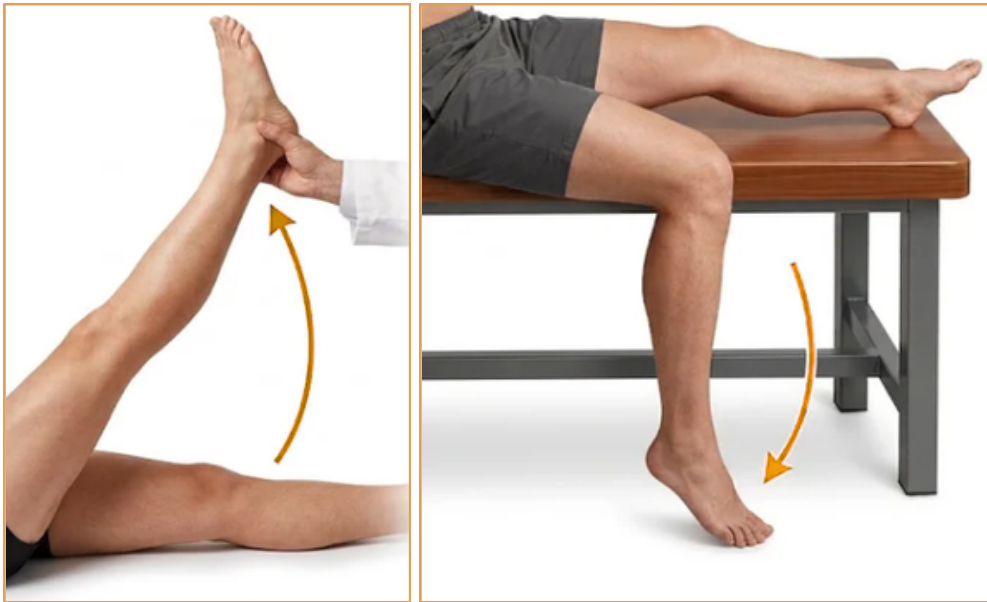
Pulsos diminuídos ou ausentes podem indicar comprometimento arterial e devem motivar investigação complementar.



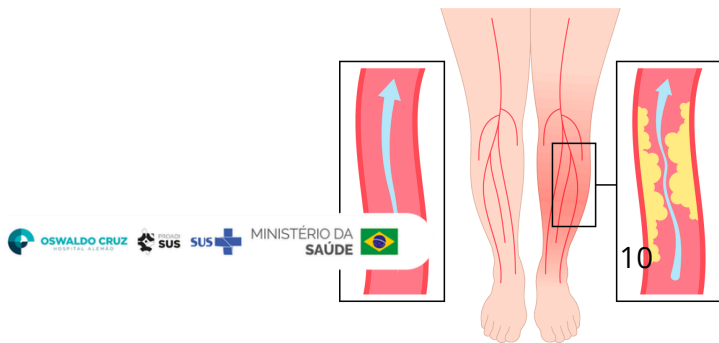
2.2.3 TESTE DE BUERGER

O teste de Buerger é uma manobra clínica utilizada para identificar sinais sugestivos de insuficiência arterial.

Com o paciente em decúbito dorsal, os membros inferiores são elevados entre 45° e 60° por aproximadamente 1 a 2 minutos, observando-se o aparecimento de palidez plantar, em seguida, o paciente coloca os membros em posição pendente, avaliando-se o tempo para retorno da coloração e a presença de rubor reacional.



O surgimento de palidez à elevação e rubor intenso quando o membro é colocado para baixo sugere comprometimento da circulação arterial.



2.3. INVESTIGAÇÃO NEUROLÓGICA

A avaliação neurológica do pé diabético é uma etapa essencial para detectar a perda da sensibilidade protetora.

O teste com monofilamento de 10 g permite identificar perda da sensibilidade protetora, fator de risco para úlceras neuropáticas. Aplicar o monofilamento em 10 pontos plantares padronizados, comparando os pés bilateralmente:



Também devem ser avaliadas deformidades dos pés, presença de calosidades, alterações da marcha e pontos de hiperpressão, que aumentam o risco de lesões e dificultam a cicatrização.

2.4 INVESTIGAÇÃO DE PRESSÃO

A investigação da pressão deve identificar fatores que favorecem o surgimento de lesões por pressão, como mobilidade reduzida, imobilização prolongada, uso de calçados inadequados, uso de cadeira de rodas e alterações cognitivas.

Deve-se avaliar a presença de proeminências ósseas expostas à pressão contínua e, quando possível, aplicar escalas de risco, como a Escala de Braden, para auxiliar na prevenção e no planejamento dos cuidados.

2.5 TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DE FERIDAS

Venosa		Localização: Entre panturrilha inferior e maléolo medial. Características: Úlcera com bordas irregulares, exudato moderado a intenso, predomínio de tecido de granulação e esfacelo Membro: Com edema, pode apresentar dermatite ocre.
Arterial		Localização: Pontos de pressão, dedos, pés, maléolo lateral. Características: Úlcera profunda, seca, com predominância de necrose e pouco exudato Membro: Pele fina, brilhante, fria, pulsos reduzidos ou ausentes

Neuropática		Localização: Planta dos pés, dedos, metatarsos. Características: Úlcera profunda, com caloidade, indolor. Membro: Pele seca, rachada, com perda de sensibilidade.
Lesão por Pressão		Localização: Proeminências ósseas, exemplo: calcâneo, trocânter, sacral. Características: Vermelhidão persistente ao teste dígito-pressão no 1º estágio e perda de pele e tecido nos demais estágios. Membro: Pele atrófica, perda de massa muscular, edema.
Não identificada	Sugestão de realização de biópsia. Investigar: Hanseníase, leishmaniose cutânea, úlcera de Marjolin, carcinomas, melanomas, tuberculose cutânea, micobacterioses atípicas, impetigo crônico, sífilis terciária, micoses profundas, hidradenite supurativa, pioderma gangrenoso, vasculites cutâneas, lúpus cutâneo crônico, úlceras reumatóides, entre outros.	

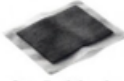
Quando a etiologia da ferida permanece indefinida ou não há evolução satisfatória após tratamento adequado, é necessária investigação complementar. Podem ser solicitados exames laboratoriais, exames vasculares especializados e avaliação de condições sistêmicas que interfiram na cicatrização.

Feridas atípicas, de longa duração ou com características suspeitas devem ser submetidas à avaliação especializada, podendo haver indicação de biópsia para afastar neoplasias, vasculites, doenças infecciosas ou outras causas menos frequentes.

3. COBERTURAS MAIS UTILIZADAS EM FERIDAS CRÔNICAS

A seguir há uma tabela com as coberturas mais utilizadas na atenção primária, ao lado da indicação de uso e sugestão de troca, que deve ser confirmada com o fabricante do produto utilizado ou em caso de saturação do curativo.

Material	Imagem ilustrativa	Indicação	Troca
Gaze + Soro Fisiológico 0,9% ou gaze não aderente		Feridas simples, limpas	Diária (24 h)
Algnato de Cálcio		Exsudato moderado/alto e sangramento	A cada 24–48 h ou antes, se saturado
Ácidos Graxos Essenciais (AGE)		Proteção e hidratação da pele/feridas	Diária (24 h)
Hidrogel		Necrose e feridas secas	A cada 24–72 h, conforme exsudato e cobertura secundária
Bota de Unna		Feridas venosas	Até 7 dias, conforme saturação
Hidrofibra		Exsudato moderado/alto	A cada 2–4 dias ou quando saturada

Material	Imagem ilustrativa	Indicação	Troca
Espuma de Poliuretano		Feridas com exsudato moderado/alto	A cada 2–4 dias
Carvão Ativado		Feridas infectadas/colonizadas e odor	A cada 24–72 h, conforme exsudato/odor
Cobertura com Prata	Alginate, hidrofibra, carvão ativado podem ser com prata	Feridas com carga microbiana elevada	A cada 24–72 h, conforme produto e condição da ferida
Colagenase		Tecido desvitalizado/necrose	Diária (24 h)
Papaína		Tecido desvitalizado/necrose	A cada 12–24 h, conforme concentração
Hidrocolóide		Feridas superficiais com pouco/moderado exsudato	A cada 3–7 dias, ou antes se houver saturação

4. PASSO A PASSO DO CURATIVO

- Higienizar as mãos.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Realizar a remoção do curativo anterior.
- Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos.
- Calçar um novo par de luvas de procedimento.
- Realizar limpeza da lesão com soro fisiológico 0,9% aquecido. A irrigação pode ser realizada com pressão variada, repetidas vezes, até a completa retirada de detritos e microrganismos. Utilizar seringa sem agulha, jato por pressão manual ou frasco de soro fisiológico (bolsa plástica) perfurado com agulha de grosso calibre (40×12 ou 25×8).

- Avaliar o leito da ferida (bordas, exsudato, descolamento, túneis, odor e sinais de infecção).
- Secar delicadamente a pele perilesional com gaze estéril.
- Trocar as luvas de procedimento, caso tenham sido contaminadas durante a limpeza da ferida, antes de manipular a cobertura.
- Aplicar a cobertura indicada, conforme avaliação da lesão.

Realizar a oclusão adequada e seguir o tratamento conforme a tabela a seguir:

Lesão por Pressão	Avaliação de risco, avaliação de pele e aplicação de escala de Braden em todos os atendimentos; Mudança de decúbito a cada 2 horas; Alívio da pressão sobre a lesão; Uso de superfícies de suporte (colchões/coxins); Manejo de umidade e fricção; Adequação nutricional e hidratação.	
Ferida Venosa	Terapia compressiva, preferencialmente bota de Unna. Na ausência da bota de Unna ou profissional capacitado, realizar fechamento com faixa crepe de 15cm, de forma compressiva Iniciar compressão acima dos dedos (região metatársica) até 3 cm abaixo do joelho. Usar fita crepe ou esparadrapo para ocluir a faixa Elevação dos MMII Controle do edema Curativos que mantenham ambiente úmido Incentivo à deambulação e exercícios da panturrilha	

Ferida Arterial

Rastreamento Cardiovascular Completo: Avaliação de fatores de risco (diabetes, hipertensão, tabagismo, dislipidemia).

Controle Rigoroso da Pressão Arterial e Glicemia.

Proteção e Aquecimento da Extremidade Afetada.

Avaliação de Sinais de Isquemia Crítica: Dor em repouso, pele fria e pálida, pulsos diminuídos ou ausentes.

Terapia de Deambulação Supervisionada (conforme tolerância e orientação).

Preparação para Avaliação Vascular Especializada (possível revascularização)



Ferida Neuropática

Alívio de Pressão e Descarga: Utilização de calçados terapêuticos específicos, sandálias de descarga antepé ou dispositivos de alívio para evitar pressão direta sobre o hálux.

Avaliação Vascular e Neurológica: Investigação da presença de neuropatia periférica ou doença arterial obstrutiva periférica concomitante.

Controle Glicêmico Rigoroso: Manutenção dos níveis de glicose no sangue dentro da meta estabelecida para favorecer o processo de cicatrização.

Limpeza e Desbridamento: Higienização da ferida com solução fisiológica e remoção de tecido desvitalizado ou calosidade periulcerar por profissional capacitado.

Cobertura Adequada: Uso de curativos interativos que mantenham o meio úmido e proteção oclusiva conforme a quantidade de exsudato.

Prevenção e Monitoramento de Infecção: Observação atenta para sinais flogísticos (calor, rubor, edema, dor ou odor fétido) e uso de antibioticoterapia apenas sob prescrição médica se houver infecção instalada.

Educação do Paciente: Instrução sobre inspeção diária dos pés, corte adequado das unhas e evitar andar descalço.



5. CRITÉRIOS DE GRAVIDADE



Se piora (aumento da área; exsudato purulento; eritema em expansão; dor aumentada; febre)

→ considerar antibioticoterapia sistêmica e encaminhamento.

Se suspeita de osteomielite (probe-to-bone positivo, Rx com alterações, secreção fétida e cronicidade)

→ encaminhar para ortopedia/infectologia/vascular.

Se isquemia evidente (pulsos ausentes, pele pálida/fria)

→ avaliar perfusão (ITB/ABI, pressão no tornozelo) e encaminhar para avaliação vascular; evitar desbridamento profundo enquanto isquemia não for avaliada e tratada.

Se sinais de infecção sistêmica (febre, taquicardia, sinais de sepse)

→ atendimento hospitalar imediato.

6. CONSIDERAÇÕES GERAIS

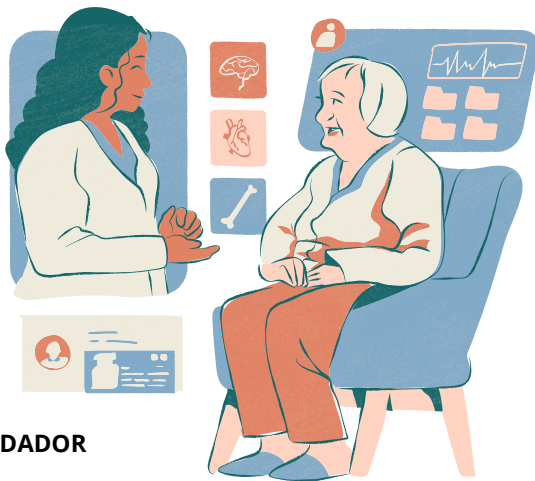
Considerar também:

Avaliação nutricional

Controle da dor

Controle de doenças de base

Atendimento psicológico



7. ORIENTAÇÕES AO PACIENTE E CUIDADOR

Cuidados gerais com a ferida:

- Realizar as trocas de curativo conforme orientação da equipe de saúde.
- Manter a ferida limpa e protegida.
- Não utilizar produtos caseiros (pó de café, pasta de dente, ervas, álcool, água oxigenada ou outros) sem orientação profissional.
- Observar diariamente alterações na ferida e na pele ao redor.
- Manter alimentação adequada, com ingestão suficiente de proteínas e líquidos.
- Não fumar e evitar consumo excessivo de álcool.
- Evitar caminhar descalço, especialmente pessoas com diabetes e perda da sensibilidade nos pés.

Quando procurar atendimento imediatamente?

- Aumento da dor de forma repentina.
- Vermelhidão se espalhando ao redor da ferida.
- Aumento do tamanho ou profundidade da lesão.
- Presença de pus ou secreção com mau cheiro.
- Febre ou calafrios.
- Escurecimento da ferida ou da pele ao redor.
- Sangramento persistente.
- Mudança de cor ou temperatura do membro afetado.



8. CRITÉRIOS DE ALTA

O paciente poderá receber alta do acompanhamento específico da ferida quando apresentar:

- Cicatrização completa da lesão (epitelização total).
- Ausência de sinais de infecção.
- Controle adequado da doença de base.
- Orientações de prevenção compreendidas pelo paciente e/ou cuidador.

Plano de acompanhamento definido para evitar recidivas.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus. Cadernos de Atenção Básica, n. 36. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_ca_b36.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Manual do Pé Diabético: Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica. Brasília; 2016. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2016/manual-do-pe-diabetico.pdf@@download/file>

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo para prevenção de úlcera por pressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/seguranca-do-paciente/publicacoes/protocolos-de-seguranca-do-paciente/protocolo-ulcera-por-pressao.pdf@@download/file>

BRASIL. Ministério da Saúde. Procedimentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Cadernos de Atenção Primária, n. 30). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_primaria_30_procedimentos.pdf

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA VASCULAR. Diretrizes brasileiras para o tratamento de úlcera venosa. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jvb/a/q89NXFY5P7x4PWTfDRykhSc/?format=pdf&lang=pt>

WONG, D. L.; BAKER, C. M. Pain in children: comparison of assessment scales. *Pediatr. Nurs.*, v.14, n. 1, p. 9-17, 1988.

Gornik HL, Aronow HD, Goodney PP, et al. 2024
ACC/AHA/AACVPR/APMA/ABC/SCAI/SVM/SVN/SVS/SIR/VES Guideline for the Management of Lower Extremity Peripheral Artery Disease: a Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2024;149(24):e1313–e1410. doi: 10.1161/CIR.0000000000001251. Disponível em :<https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/CIR.0000000000001251>

International Wound Infection Institute (IWII) . Therapeutic Wound and Skin Cleansing: Clinical Evidence and Recommendations. *Wounds International*; 2025. Disponível em: <https://sobest.com.br/wp-content/uploads/2025/11/Therapeutic-wound-and-skin-cleansing.pdf>

