

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	POP 57	Versão:01
Título do Documento	Encaminhamento ao Programa de Apoio Matricial no Cuidado a Pacientes com Feridas	Emissão: 06/04/2026	Próxima revisão: 06/04/2029

## OBJETIVO(S)

Padronizar e orientar o processo de encaminhamento de pacientes com feridas para o Programa de Apoio Matricial no Cuidado a Pacientes com Feridas , estabelecendo critérios técnicos, fluxos assistenciais e responsabilidades dos profissionais, a fim de garantir acesso oportuno, continuidade do cuidado, qualificação da assistência, uso racional de recursos e segurança do paciente na rede de atenção à saúde .

## RESPONSABILIDADE

**Enfermeiro:** Responsável pela avaliação clínica da ferida, aplicação de critérios técnicos para indicação de encaminhamento, preenchimento da documentação necessária e efetivação do encaminhamento ao Programa de Atenção à Pessoa com Feridas.

## MATERIAL

- Computador
- Acesso a internet
- Prontuário eletrônico

## DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

### 1. O QUE FAZER ANTES DE SOLICITAR O APOIO MATRICIAL

#### 1.1 Consulta de enfermagem – Avaliação inicial na UBS

A avaliação inicial é atribuição privativa do enfermeiro e deve ser realizada por meio da Consulta de Enfermagem, contemplando:

- a) Avaliação clínica integral
- b) Anamnese
- c) Avaliação técnica da ferida

d) Definição etiológica sempre que possível

*Em casos de incerteza diagnóstica, o caso deve ser discutido com o médico da equipe e avaliada necessidade de encaminhamento para especialidade.*

### **1.2 Avaliação inicial e critérios de urgência**

Confirmar se a condição da pessoa com ferida exige encaminhamento imediato para serviços de urgência/emergência. Em casos de risco imediato à vida ou condição que necessite cuidados no mesmo dia, acionar a rede de urgência e encaminhar para a porta de entrada mais próxima.

### **1.2 Verificação das ações realizadas na APS**

Assegurar que todas as investigações, intervenções e tratamentos possíveis na APS foram devidamente realizados antes do encaminhamento.

### **1.3 Encaminhamento ao profissional apropriado**

Certificar-se de que o matriciamento está sendo direcionado ao profissional adequado para o tipo de necessidade apresentada.

### **1.4 Responsabilidade do profissional solicitante**

Garantir que a solicitação seja correta, completa e contenha todos os dados clínicos necessários.

## **2. COMO ACESSAR O PROGRAMA**

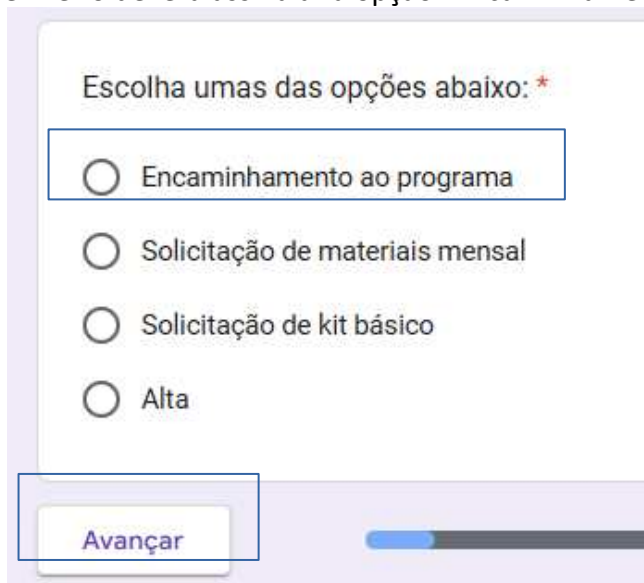
A solicitação de inclusão do paciente no Programa deverá ser realizada exclusivamente por meio de formulário eletrônico disponibilizado em plataforma online <<https://forms.gle/3YSSAxCiK6WfxySP7>>. O link será encaminhado aos e-mails institucionais das unidades de saúde, assim como código QR disponibilizado abaixo:



### **2.1 Preenchimento do formulário**

O enfermeiro da unidade de origem é responsável pela abertura e preenchimento do formulário, inicialmente os dados solicitados são: Nome do enfermeiro solicitante, e-mail da unidade solicitante e a unidade de saúde do requerente (no formulário estão listadas todas as unidades de saúde,

devendo o enfermeiro assinalar a unidade correspondente). . Conforme imagem abaixo: Nessa mesma página o enfermeiro deverá assinalar a opção “Encaminhamento ao Programa”:



Escolha umas das opções abaixo: \*

- Encaminhamento ao programa
- Solicitação de materiais mensal
- Solicitação de kit básico
- Alta

Avançar

Ao assinalar a opção **ENCAMINHAMENTO AO PROGRAMA** e clicar no botão **AVANÇAR**, e abrirá uma outra página, onde o enfermeiro deverá responder questões referentes a ferida, todas as questões são obrigatórias serem respondidas, pois são essas perguntas que nortearão a tomada de decisão do enfermeiro do programa. Ao término do questionário, clicar no botão **ENVIAR**.

Obs: O questionário não solicita o nome do paciente, somente o número do prontuário que consta no cadastro no G-MUS, visando a menor exposição possível do paciente, indo de encontro com o Art. 6º, III da LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais).

## 2.2 Recebimento e análise pelo Programa

Após o envio, o formulário será analisado pelo enfermeiro do Programa, que realizará triagem técnica. A devolutiva será enviada em até 72 horas para o e-mail institucional da unidade solicitante, contendo:

- a) Confirmação do recebimento
- b) Orientações iniciais
- c) Definição da modalidade de atendimento

## 2.3 Definição da modalidade de atendimento

A classificação será realizada conforme critérios clínicos e complexidade da ferida:

- a) Consultoria online — quando o caso puder ser conduzido remotamente sem prejuízo à segurança do paciente.
- b) Avaliação presencial — quando houver necessidade de exame clínico direto ou avaliação aprofundada. Mediante disponibilidade da equipe do programa.

#### **2.4 Registro técnico das condutas**

Todas as orientações clínicas serão registradas em prontuário, contemplando obrigatoriamente:

- a) Objetivo terapêutico
- b) Indicação técnica de coberturas
- c) Manejo clínico e intervenções necessárias
- d) Técnicas, produtos e protocolos recomendados

O enfermeiro solicitante deverá registrar no prontuário a consulta que originou a solicitação e, posteriormente, a conduta adotada conforme orientações recebidas.

#### **2.5 Responsabilidade das unidades**

O paciente permanece sob responsabilidade assistencial da unidade de origem, que deverá executar os curativos, monitorar a evolução e manter comunicação com o Programa quando necessário.

### **3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

#### **3.1 Feridas de alta complexidade**

- a) Úlceras vasculares
- b) Úlceras neuropáticas
- c) Feridas cavitárias ou com grande perda tecidual
- d) Exposição de estruturas

#### **3.2 Feridas crônicas ou de difícil cicatrização**

- a) Evolução  $\geq$  4 a 6 semanas
- b) Ausência de melhora clínica
- c) Recidivas frequentes

#### **3.3 Necessidade de tecnologias avançadas**

- a) Coberturas especiais
- b) Terapias avançadas

#### **3.4 Feridas com complicações**

- a) Infecções recorrentes
- b) Necrose ou tecido desvitalizado Exsudato abundante

- c) Odor persistente
- d) Dor intensa

### **3.5 Necessidade de monitoramento especializado**

- a) Avaliação periódica
- b) Ajustes frequentes
- c) Prevenção de complicações

### **3.6 Comorbidades associadas**

- a) Diabetes descompensado
- b) Insuficiência vascular
- c) Estado nutricional inadequado
- d) Doenças crônicas descompensadas.

## **4. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

- Inadequação aos critérios (Feridas de baixa complexidade, Casos resolutivos na APS)
- Cicatrização da ferida
- Possibilidade de manejo exclusivo na APS
- Não adesão ao tratamento
- Condições clínicas ou sociais impeditivas
- Solicitação do usuário
- Encaminhamento para outro nível de atenção
- Cuidados paliativos

## **5- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é indispensável para a inclusão do paciente no Programa de Apoio Matricial no Cuidado a Pacientes com Feridas, considerando que haverá compartilhamento de dados clínicos e registro de imagens da lesão para fins assistenciais. O consentimento formal garante transparência, autonomia do paciente e conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, assegurando que o tratamento das informações ocorrerá de forma ética, segura e restrita à finalidade clínica. Assim, no ato do encaminhamento ao Programa, o paciente ou seu responsável legal deverá assinar o referido Termo, o qual deverá ser devidamente anexado ao prontuário, compondo o registro documental da assistência prestada. O referido termo encontra-se em anexo a este POP.

## ANEXO 1

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Programa de Apoio Matricial no Cuidado a Pacientes com Feridas  
Secretaria Municipal de Saúde de Brusque/SC.

Eu, \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, prontuário nº \_\_\_\_\_, declaro que fui devidamente informado(a) pela equipe de saúde da Unidade \_\_\_\_\_ sobre:

#### 1. Finalidade do Programa

O Programa de Apoio Matricial no Cuidado a Pacientes com Feridas tem como objetivo qualificar a avaliação, conduta terapêutica e acompanhamento clínico de pessoas com feridas, por meio do suporte técnico especializado às equipes da Atenção Primária à Saúde.

#### 2. Compartilhamento de Informações

Para viabilizar a avaliação técnica pelo programa, poderão ser compartilhadas com a equipe matriciadora as seguintes informações:

- Dados clínicos pertinentes ao caso;
- Histórico de saúde relacionado à ferida;
- Condutas já realizadas;
- Registro fotográfico da

lesão. Declaro estar ciente de que:

- As informações compartilhadas serão utilizadas exclusivamente para fins assistenciais;
- Será adotada a minimização de dados, compartilhando-se apenas as informações estritamente necessárias;
- O tratamento dos dados ocorrerá conforme a Lei nº 13.709/2018 (LGPD), garantindo sigilo, confidencialidade e segurança das informações;
- As imagens da ferida não terão identificação facial ou qualquer elemento que permita reconhecimento pessoal, salvo necessidade clínica devidamente justificada, e poderão ser utilizadas para fins educativos, científicos.

#### 3. Registro de Imagens

Autorizo a realização de fotografias da ferida exclusivamente para:

- Avaliação técnica especializada;
- Monitoramento da evolução clínica;
- Registro em

prontuário. As imagens:

- Serão armazenadas em meio seguro;



- Poderão ser descartadas conforme normas institucionais de guarda documental.
- Poderão ser utilizadas estritamente para fins educativos e científicos.

#### 4. Direitos do Paciente

Fui informado(a) de

que:

- Posso recusar o compartilhamento de imagens, ciente de que isso poderá limitar a avaliação técnica;
- Posso revogar este consentimento a qualquer momento, mediante solicitação formal;
- Posso solicitar informações sobre o tratamento dos meus dados pessoais;
- Meu atendimento na unidade não será prejudicado em caso de recusa.

Declaro que compreendi as informações prestadas, tive oportunidade de esclarecer dúvidas e concordo de forma livre e voluntária com minha inclusão no Programa de Apoio Matricial no Cuidado a Pacientes com Feridas.

Local e data: \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal:

\_\_\_\_\_

Nome do(a) responsável (se aplicável):

\_\_\_\_\_

Assinatura e registro do(a) profissional responsável:

\_\_\_\_\_

Nome e registro profissional:

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Cuidados com ostomias intestinais e urinárias - Orientação ao usuário**. 2 a edição. Rio de Janeiro: INCA, 2018. Disponível em:

<<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//livro-cuidados-com-asua-estomia.pdf>>. Acesso em: 20/02/2026

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada em Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Guia de atenção à saúde da pessoa com estomia** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada em Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021.

STEFFENS, Edina; SPANHOL, Fabiele Carloto; GALINA, Tauane; SCHNEIDER, Camile Ronsoni; MIN-GOTTI, Catia Regina; SILVA, Francieli Alves da; NOGARO, Arnaldo; CASTANHO, Alison Roberto. **Guia para ostomizados: cuidando da sua saúde e confiança**. Erechim, RS: Edifapes, 2024. Recurso eletrônico. ISBN 978-65-88528-70-9. Disponível em: <[https://uricer.edu.br/cursos/arq\\_trabalhos\\_usuario/5092.pdf](https://uricer.edu.br/cursos/arq_trabalhos_usuario/5092.pdf)>. Acesso em: 20/02/2026.

## HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

<b>Elaboração: Viviane Strapasson Vantzen, Enfermeira</b>	Data: 20/02/2026
<b>Revisão Grazielle dos Santos, ERT</b>	Data: 20/02/2026
<b>Validação e Aprovação Grazielle dos Santos, ERT</b>	Data: 20/02/2026



## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: F514-2F2F-BA52-192F

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ GRAZIELLE DOS SANTOS (CPF 047.XXX.XXX-47) em 06/04/2026 11:17:07 GMT-03:00  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
  
- ✓ VIVIANE STRAPASSON VANTZEN (CPF 066.XXX.XXX-78) em 07/04/2026 13:38:33 GMT-03:00  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Esta versão de verificação foi gerada em 07/04/2026 às 13:38 e assinada digitalmente pela MUNICIPIO DE BRUSQUE:83102343000194 para garantir sua autenticidade e inviolabilidade com o documento que foi assinado pelas partes através da plataforma 1Doc, que poderá ser conferido por meio do seguinte link:

<https://brusque.1doc.com.br/verificacao/F514-2F2F-BA52-192F>