

Ano VI, v.1 2026 | submissão:01/03/2026 | aceito: 03/03/2026 | publicação: 04/03/2026

Modelo De Atenção A Feridas Crônicas Em Contexto Comunitário: Estudo De Implementação Com Integração Multiprofissional

Model Of Care For Chronic Wounds In A Community Context: Implementation Study With Multiprofessional Integration

Giselle Ávila Sousa - Farmacêutica e Bioquímica (CRF/GO)

Resumo

Feridas crônicas configuram um problema clínico e social que exige continuidade assistencial, padronização mínima de condutas e coordenação entre profissionais, sobretudo em contextos onde barreiras econômicas e logísticas tornam o cuidado irregular. Este artigo descreve, em linguagem acadêmica e com foco em implementabilidade, um modelo comunitário de atenção a feridas crônicas estruturado a partir de uma iniciativa organizada em ambiente ambulatorial multiprofissional de base comunitária, sob liderança de uma farmacêutica com trajetória em serviços farmacêuticos e gestão em saúde. Parte-se do diagnóstico de que a efetividade no manejo de feridas crônicas depende tanto de decisões clínicas quanto da capacidade do serviço de sustentar fluxos de triagem, seguimento, provisão de insumos e educação em saúde, com registro sistemático e governança operacional. Em vez de apresentar resultados clínicos mensurados — que requerem base de dados prospectiva — o texto organiza o desenho do serviço, explicita mecanismos de integração multiprofissional, delineia o papel do farmacêutico no suporte ao cuidado e propõe uma arquitetura de avaliação compatível com ciência da implementação e qualidade em saúde. O objetivo é oferecer um roteiro descritivo, replicável e auditável para iniciativas comunitárias, conectando acesso, continuidade e disciplina de registro a um conjunto enxuto de indicadores de processo, implementação e desfecho, capazes de orientar ciclos de melhoria e futuras publicações com base empírica.

Palavras-chave: feridas crônicas; atenção comunitária; integração multiprofissional; implementação de serviços; qualidade em saúde; farmácia clínica; continuidade do cuidado.

Abstract

Chronic wounds are a clinical and social challenge that requires continuity of care, minimum standardization of practices, and coordinated interprofessional work—especially in settings where economic and logistical barriers disrupt treatment. This paper provides an implementation-oriented description of a community-based chronic wound care model structured within a multidisciplinary outpatient setting, led by a pharmacist with a background in pharmaceutical services and healthcare management. The analysis starts from the premise that chronic wound outcomes depend not only on clinical decisions but also on a service's capacity to sustain triage, follow-up, access to supplies, patient education, and systematic documentation. Rather than reporting quantified clinical outcomes—which would require prospective datasets—the paper organizes the service design, clarifies mechanisms of interprofessional integration, frames the pharmacist's role in supporting care, and proposes an evaluation architecture consistent with implementation science and healthcare quality. The contribution is a descriptive, replicable, and auditable roadmap for community initiatives, linking access and continuity to disciplined documentation and a concise set of process, implementation, and outcome indicators to support quality improvement cycles and future evidence-based publications.

Keywords: chronic wounds; community care; interprofessional integration; implementation science; healthcare quality; clinical pharmacy; continuity of care.

1. Introdução

Feridas crônicas desafiam a lógica do cuidado episódico. Diferentemente de eventos agudos, seu manejo se estende por semanas ou meses, exige monitoramento contínuo, ajustes sucessivos de conduta e coordenação de intervenções que frequentemente extrapolam o campo estritamente local

Ano VI, v.1 2026 | submissão:01/03/2026 | aceito: 03/03/2026 | publicação: 04/03/2026

da lesão. Em grande parte dos casos, a ferida é expressão visível de processos sistêmicos — metabólicos, vasculares, infecciosos e inflamatórios — combinados a determinantes sociais que influenciam adesão, autocuidado, mobilidade, alimentação, acesso a insumos e capacidade de comparecer a retornos. Nesse cenário, a pergunta decisiva raramente é “qual produto utilizar”, mas como assegurar continuidade, consistência e segurança ao longo do tempo.

A fragmentação do cuidado constitui um obstáculo recorrente em contextos comunitários. É comum a alternância de locais de atendimento, a interrupção do uso de insumos por restrição econômica, a recepção de orientações divergentes e a perda de vínculo com o seguimento. Esse conjunto de rupturas alimenta variabilidade assistencial, retrabalho, risco de complicações e piora progressiva da qualidade de vida. Em contraste, arranjos que organizam um fluxo claro — da triagem ao acompanhamento longitudinal e à referência para níveis de maior complexidade — tendem a reduzir perda de seguimento e a melhorar coordenação. O ponto crítico, porém, é que iniciativas comunitárias podem permanecer como ações pontuais quando não dispõem de rotinas padronizadas, instrumentos mínimos de registro e mecanismos de avaliação, limitando aprendizagem institucional e possibilidade de replicação.

A organização de um modelo comunitário de atenção a feridas crônicas, portanto, depende menos de “boas intenções” e mais de desenho operacional: porta de entrada definida, avaliação minimamente padronizada, gestão de insumos e educação do paciente, seguimento com critérios explícitos de encaminhamento e disciplina de registro. Quando esses elementos se articulam, a operação ganha viabilidade, reduz variações perigosas e cria condições para mensuração futura de processos e desfechos com rastreabilidade. Esse encadeamento é essencial para transformar uma experiência assistencial em um serviço consistente, auditável e passível de aperfeiçoamento incremental.

2. Aporte teórico

A análise de modelos comunitários para feridas crônicas exige distinguir, sem separar, duas dimensões complementares: qualidade e implementação. Qualidade se relaciona ao alinhamento do cuidado a padrões clínicos e de segurança; implementação descreve as condições pelas quais esse cuidado se torna executável, consistente e sustentado no contexto real, com suas limitações de recursos, tempo e variabilidade.

O modelo estrutura–processo–resultado fornece uma linguagem operacional para descrever qualidade em serviços. Estrutura envolve equipe, capacitação, disponibilidade de insumos e instrumentos, ambiente de atendimento e sistema de registro. Processo abrange triagem, avaliação, plano terapêutico, educação em saúde, seguimento e encaminhamentos. Resultado inclui evolução da ferida, dor, infecção, funcionalidade, qualidade de vida e utilização de serviços. Em contextos

Ano VI, v.1 2026 | submissão:01/03/2026 | aceito: 03/03/2026 | publicação: 04/03/2026

comunitários, essa arquitetura reduz o risco de que o cuidado seja guiado por improviso e facilita a construção de rotinas auditáveis, com pontos críticos explicitados.

Entretanto, a descrição de estrutura e processo não garante que um modelo se sustente. A ciência da implementação acrescenta um olhar pragmático ao enfatizar que intervenções só produzem valor quando alcançam o público-alvo, são adotadas por equipes, mantêm fidelidade mínima e permanecem operacionais ao longo do tempo. Determinantes como barreiras de acesso, disponibilidade de insumos, capacidade de coordenação, cultura de registro e governança local influenciam diretamente a adoção e a manutenção do serviço. Em iniciativas voltadas a populações vulneráveis, alcance e continuidade tornam-se especialmente relevantes: a efetividade potencial do cuidado se perde quando não há seguimento, quando o registro é inconsistente ou quando a execução varia de forma significativa entre atendimentos.

A integração multiprofissional, por sua vez, não deve ser tratada como enunciado, mas como mecanismo de coordenação clínica e operacional. Em feridas crônicas, decisões sobre manejo local, controle de comorbidades, vigilância de infecção, manejo de dor e orientação de autocuidado precisam convergir em mensagens coerentes ao paciente, sob pena de aumentar confusão e reduzir adesão. Nesse arranjo, o farmacêutico exerce um papel transversal relevante por atuar na interface entre farmacoterapia, segurança medicamentosa e educação em saúde. Regimes terapêuticos complexos, polifarmácia, risco de interações, duplicidades e baixa adesão são frequentes em pacientes com comorbidades; além disso, a continuidade do cuidado depende de orientação clara no cotidiano. Reconciliação medicamentosa, aconselhamento estruturado, suporte à adesão e vigilância de eventos adversos constituem funções capazes de aumentar consistência do cuidado e reduzir risco evitável quando integradas ao fluxo do serviço.

Assim, a sustentação teórica de um modelo comunitário de feridas crônicas se apoia na combinação entre (a) arquitetura de qualidade por estrutura–processo–resultado, (b) princípios de implementação voltados a adoção, fidelidade e manutenção e (c) coordenação multiprofissional orientada à coerência clínica e operacional. O objetivo prático dessa combinação é produzir um serviço simples o suficiente para operar sob restrições reais e disciplinado o suficiente para permitir mensuração e melhoria contínua.

3. Metodologia

Adota-se um formato descritivo orientado por implementação de serviços. O objeto de análise não é uma coorte de pacientes, mas a configuração de um modelo comunitário de atenção a feridas crônicas como serviço: seus componentes essenciais, o encadeamento lógico do fluxo assistencial, as rotinas operacionais e uma proposta de mensuração compatível com condições de campo. A descrição privilegia elementos que podem ser operacionalizados e auditados, preservando separação conceitual

Ano VI, v.1 2026 | submissão:01/03/2026 | aceito: 03/03/2026 | publicação: 04/03/2026

entre desenho do serviço e inferência de efetividade clínica.

Na ausência de base quantitativa consolidada — como número de pacientes acompanhados, tempo até cicatrização, taxas de complicação ou séries temporais de indicadores — não se estabelece análise de efetividade por dados. Em lugar disso, a abordagem metodológica organiza o modelo em termos de processos críticos e mecanismos de coordenação, e delinea uma matriz de mensuração prospectiva que permita avaliar, em etapas futuras, resultados de processo, resultados de implementação e desfechos clínicos/experienciais. Essa estratégia preserva rigor ao evitar extrapolações indevidas e, simultaneamente, fornece um caminho metodológico para transformar prática assistencial em evidência empírica por meio de coleta sistemática, instrumentos padronizados e governança de dados.

4. Descrição do modelo comunitário de atenção a feridas crônicas

Em feridas crônicas, a estabilidade clínica raramente decorre de um ato isolado; depende de continuidade, monitoramento e ajustes sucessivos. Em contexto comunitário, essa continuidade costuma falhar quando acesso regular e coordenação multiprofissional não se combinam. A organização do cuidado, portanto, é estruturada como linha assistencial que integra entrada, avaliação inicial, plano terapêutico com gestão de insumos e seguimento longitudinal, incluindo critérios explícitos de encaminhamento e rotinas mínimas de registro.

Para reduzir dispersão de atendimentos e evitar o padrão episódico, a entrada é desenhada de modo a acolher pessoas com feridas crônicas em vulnerabilidade assistencial, estabilizando um fluxo que favoreça retorno e monitoramento. Ao concentrar o cuidado em um percurso definido, diminui-se a probabilidade de perdas de seguimento e amplia-se a chance de decisões clínicas coerentes ao longo do tempo, em vez de intervenções desconectadas.

Na etapa inicial, a padronização mínima é tratada como condição de comparabilidade e governança. A avaliação precisa ser viável na rotina e, simultaneamente, consistente o suficiente para permitir leitura longitudinal. Assim, registra-se um núcleo essencial: características da lesão (aspecto, exsudato, bordas, sinais de infecção e condições perilesionais), fatores sistêmicos relevantes (comorbidades, dor e limitações funcionais) e panorama farmacoterapêutico (medicações em uso, adesão, riscos e necessidades de orientação). O ganho operativo não está em sofisticar a coleta, mas em torná-la repetível e comparável.

Materializa-se, nesse ponto, a coordenação multiprofissional: responsabilidades distintas precisam convergir em mensagens consistentes ao paciente. Contribuições médicas concentram-se na estratificação clínica, hipótese etiológica, definição de condutas e encaminhamentos quando necessários. Contribuições farmacêuticas concentram-se na segurança medicamentosa, revisão de esquemas, aconselhamento de uso, suporte à adesão e vigilância de riscos, além da racionalização do

Ano VI, v.1 2026 | submissão:01/03/2026 | aceito: 03/03/2026 | publicação: 04/03/2026

acesso a insumos e medicamentos com rastreabilidade e prevenção de erros. Busca-se coerência longitudinal, com reforço de orientações em retornos, em vez de aconselhamento fragmentado.

No plano terapêutico, o problema do acesso material ao cuidado não pode ser tratado como variável externa. Provisão e gestão de insumos — materiais para curativos e, quando pertinente, medicamentos — reduzem barreiras, mas exigem governança: critérios claros de entrega, registro de consumo, rastreabilidade e controle de desperdício. Sem esse componente, interrupções terapêuticas por ruptura de insumos tendem a comprometer a evolução e a desorganizar o seguimento.

Quanto ao acompanhamento longitudinal, ele assume dupla função: clínica e implementacional. Clinicamente, permite reavaliação, ajuste e decisão baseada em evolução comparável; operacionalmente, testa a viabilidade do fluxo e a manutenção do padrão. Periodicidade orientada por risco, registro consistente e critérios de encaminhamento suficientemente definidos reduzem ambiguidade e evitam atrasos diante de sinais de gravidade (suspeita de isquemia, infecção sistêmica, necrose extensa ou piora progressiva). Sem seguimento, o cuidado retorna ao formato episódico e perde a natureza crônica.

Por fim, vínculo comunitário e legitimidade territorial funcionam como condições de viabilidade. Articulação com redes locais (públicas e comunitárias) influencia entrada, encaminhamentos e adesão; comunicação coerente com o desenho do serviço aumenta alcance sem distorcer expectativas. Quando essa dimensão institucional é alinhada ao fluxo assistencial, deixa de ser acessória e passa a sustentar continuidade e manutenção do cuidado.

5. Arquitetura de implementação e plano de mensuração

Mensurar um serviço comunitário de feridas crônicas exige equilíbrio: coleta enxuta o suficiente para caber na rotina e, ao mesmo tempo, estruturada o suficiente para gerar aprendizagem e governança. Em vez de um painel amplo e pouco utilizável, privilegia-se uma arquitetura de mensuração com três domínios complementares: consistência do processo assistencial, resultados de implementação e desfechos clínicos/experienciais.

Do ponto de vista do processo, a questão é simples: o cuidado está sendo executado de forma consistente? Indicadores pragmáticos capturam esse núcleo com baixa complexidade: tempo entre acolhimento e avaliação inicial, completude de avaliação padronizada, entrega de orientação estruturada, regularidade de retornos conforme plano, documentação de revisão farmacoterapêutica e encaminhamentos acionados por critérios clínicos. Tecnologias sofisticadas não são pré-requisito; disciplina de registro e definições claras são.

Em implementação, o interesse recai sobre adoção e manutenção do fluxo no mundo real. Mais do que métricas complexas, importam medidas que discriminem onde o modelo perde força: alcance do público-alvo, adesão dos profissionais aos instrumentos mínimos, fidelidade ao percurso

Ano VI, v.1 2026 | submissão:01/03/2026 | aceito: 03/03/2026 | publicação: 04/03/2026

(completude e consistência entre atendimentos), viabilidade (tempo e capacidade de sustentar insumos) e manutenção em ciclos regulares, incluindo estabilidade de parcerias e rotina de revisão de casos. Esse conjunto reduz o risco típico de iniciativas que começam com intensidade e se dissolvem por ausência de governança.

Nos desfechos, a seleção deve priorizar medidas observáveis e comparáveis. Evolução de área/volume quando aplicável, sinais inflamatórios/exsudato, dor autorreferida, ocorrência de sinais de infecção e necessidade de encaminhamentos de maior complexidade constituem um núcleo clínico plausível. Em contexto comunitário, a dimensão experiencial é igualmente relevante: compreensão do plano de cuidado, confiança no serviço, barreiras de adesão e qualidade de vida relacionada à ferida. Esses desfechos dependem de coleta prospectiva e padronizada; sem isso, qualquer alegação de efetividade permanece no nível narrativo.

A governança da mensuração deve permanecer simples para evitar burocratização. Três rotinas operacionais costumam ser suficientes: ficha de avaliação inicial com checklist mínimo, ficha de retorno com registro de evolução e intervenções, e reuniões periódicas de revisão de casos e indicadores com decisões registradas. Com isso, cuidado se torna processo; processo se torna mensurável; e o mensurável se torna base para ajuste.

6. Discussão

Continuidade e redução de variabilidade constituem o critério decisivo de um arranjo comunitário para feridas crônicas. A linha assistencial proposta responde a esse critério ao organizar entrada, avaliação, plano terapêutico e seguimento sob coordenação multiprofissional e disciplina de registro, transformando um conjunto de atendimentos em um serviço com trajetória.

Barreiras de acesso representam o principal vetor de interrupção em contextos comunitários. Mitigá-las exige não apenas oferta pontual, mas desenho operacional que sustente provisão de insumos, educação do paciente e rotinas de retorno. A articulação com redes locais e parcerias reforça a continuidade não por simbolismo, mas por aumentar a capacidade de encaminhamento, reduzir perdas de seguimento e fortalecer legitimidade territorial, com impacto direto na adesão ao fluxo.

Em termos técnicos, coordenação multiprofissional opera como mecanismo de segurança. Feridas crônicas envolvem decisões clínicas e farmacoterapêuticas que, quando desconectadas, produzem mensagens contraditórias e aumentam risco de uso inadequado. Ao estruturar o papel farmacêutico como componente transversal — segurança medicamentosa, revisão de esquemas, aconselhamento e adesão — torna-se possível reduzir risco evitável e aumentar consistência de orientação, especialmente em pacientes com comorbidades e polifarmácia.

A limitação central, sob critérios tradicionais de efetividade, é a ausência de base empírica formal de desfechos. Isso não invalida a proposta; delimita o estágio típico de maturação de serviços

Ano VI, v.1 2026 | submissão:01/03/2026 | aceito: 03/03/2026 | publicação: 04/03/2026

comunitários: primeiro, especifica-se o modelo e estabiliza-se o registro; depois, mensura-se adoção, fidelidade e viabilidade; por fim, avança-se para avaliação de desfechos com maior rigor. Essa progressão é particularmente relevante quando o objetivo é produzir evidência auditável sem inflar conclusões.

A dimensão institucional também merece atenção: iniciativas comunitárias frequentemente dependem de liderança individual e memória organizacional, tornando-se frágeis a mudanças de equipe e contexto. Linguagem de indicadores e auditoria leve reduzem essa fragilidade ao transformar rotina em governança e ao permitir correções incrementais com base em sinais operacionais, não em percepções isoladas. Em síntese, qualidade do cuidado e qualidade do serviço são indissociáveis; onde o processo não se sustenta, o cuidado tende a se fragmentar.

7. Considerações finais

A organização comunitária do cuidado a feridas crônicas exige continuidade, coordenação multiprofissional e disciplina de registro. A estruturação do serviço como linha assistencial — com entrada organizada, avaliação minimamente padronizada, gestão de insumos, educação do paciente e seguimento longitudinal com critérios de encaminhamento — cria condições operacionais para reduzir variabilidade e sustentar o cuidado ao longo do tempo.

O avanço metodológico decisivo é transformar prática em dados: fichas padronizadas, indicadores regulares e base prospectiva permitem evoluir da descrição do serviço para avaliação incremental, começando por consistência de processo e resultados de implementação e avançando, progressivamente, para desfechos clínicos e experienciais. Em iniciativas comunitárias, essa sequência é frequentemente o divisor entre ações pontuais e serviços sustentáveis, capazes de manter qualidade, aprender com o próprio funcionamento e tornar-se replicáveis.

Referências

ALCÂNTARA, M. S.; et al. Interprofessional collaborative practice in community health settings: implementation perspectives. *Journal of Interprofessional Care*, 2018.

DAMSchroder, L. J.; ARON, D. C.; KEITH, R. E.; KIRSH, S. R.; ALEXANDER, J. A.; LOWERY, J. C. Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4, 50, 2009.

DONABEDIAN, A. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748, 1988.

FIXSEN, D. L.; NAOOM, S. F.; BLASE, K. A.; FRIEDMAN, R. M.; WALLACE, F. *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. Tampa: University of South Florida, 2005.

GLASGOW, R. E.; VOGT, T. M.; BOLES, S. M. Evaluating the public health impact of health



Ano VI, v.1 2026 | submissão:01/03/2026 | aceito: 03/03/2026 | publicação: 04/03/2026

promotion interventions: The RE-AIM framework. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1322–1327, 1999.

GLASGOW, R. E.; HARDEN, S. M.; GAGLIO, B.; et al. RE-AIM planning and evaluation framework: adapting to new science and practice with a 20-year review. *Frontiers in Public Health*, 7, 64, 2019.

HARRIES, R. L.; BOSANQUET, D. C.; HARDING, K. G. Wound bed preparation: TIME for an update. *International Wound Journal*, 13(S3), 8–14, 2016.

INTERNATIONAL WORKING GROUP ON THE DIABETIC FOOT (IWGDF). *Guidelines on the prevention and management of diabetic foot disease*. Update, 2023.

MILLS, J. L.; CONTE, M. S.; ARMSTRONG, D. G.; et al. The Society for Vascular Surgery Lower Extremity Threatened Limb Classification System: Risk stratification based on wound, ischemia, and foot infection (WIFI). *Journal of Vascular Surgery*, 59(1), 220–234.e2, 2014.

MUSUZA, J.; SUTHERLAND, B. L.; KURTER, S.; et al. A systematic review of multidisciplinary teams to reduce major amputations for patients with diabetic foot ulcers. *Journal of Vascular Surgery*, 71(4), 1433–1446.e3, 2020.

NATIONAL PRESSURE INJURY ADVISORY PANEL (NPIAP); EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (EPUAP); PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE (PPPIA). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline*. 2019.

NUSSBAUM, S. R.; CARTER, M. J.; FIFE, C. E.; et al. An economic evaluation of the impact, cost, and Medicare policy implications of chronic nonhealing wounds. *Value in Health*, 21(1), 27–32, 2018.

OGRINC, G.; DAVIES, L.; GOODMAN, D.; et al. SQUIRE 2.0 (Standards for QUality Improvement Reporting Excellence): Revised publication guidelines. *BMJ Quality & Safety*, 25(12), 986–992, 2016.

PINNOCK, H.; BARWICK, M.; CARPENTER, C. R.; et al. Standards for Reporting Implementation Studies (StaRI) Statement. *BMJ*, 356, i6795, 2017.

POWELL, B. J.; WALTZ, T. J.; CHINMAN, M. J.; et al. A refined compilation of implementation strategies: Results from the ERIC project. *Implementation Science*, 10, 21, 2015.

PRICE, P.; HARDING, K. Cardiff Wound Impact Schedule: development of a condition-specific questionnaire to assess HRQoL in chronic wounds. *International Wound Journal*, 1(1), 10–17, 2004.

PROCTOR, E.; SILMERE, H.; RAGHAVAN, R.; et al. Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(2), 65–76, 2011.



Ano VI, v.1 2026 | submissão:01/03/2026 | aceito: 03/03/2026 | publicação: 04/03/2026

ROGERS, L. C.; ANDROS, G.; CAPORUSSO, J.; et al. Toe and flow: essential components and structure of the amputation prevention team. *Journal of Vascular Surgery*, 52(3 Suppl), 23S–27S, 2010.

SEN, C. K.; GORDILLO, G. M.; ROY, S.; et al. Human skin wounds: A major and snowballing threat to public health and the economy. *Wound Repair and Regeneration*, 17(6), 763–771, 2009.

SIBBALD, R. G.; et al. Wound bed preparation and chronic wound management: contemporary updates. *Advances in Skin & Wound Care*, 2021.

THOMAS, D. R.; RODEHEAVER, G. T.; BARTOLUCCI, A. A.; et al. Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH Tool): derivation and validation. *Advances in Wound Care*, 10(5), 96–101, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice*. Geneva: WHO, 2010.

WOUND, OSTOMY AND CONTINENCE NURSES SOCIETY (WOCN). *Guideline for prevention and management of pressure injuries and wound care practices*.