

Práticas e desafios na assistência à pessoa com ferida internada na Unidade de Pronto Atendimento**

Gismay Rodrigues de Freitas¹ , Melissa Godinho de Andrade² , Silmar Maria da Silva^{2*} 

RESUMO

Objetivo: Compreender a assistência prestada pelo enfermeiro à pessoa com ferida que, internada em Unidade de Pronto Atendimento (UPA), aguarda transferência para hospital de referência. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, realizada em ambiente virtual entre os meses de fevereiro e março de 2025, com enfermeiros de uma UPA. A coleta de dados foi conduzida por meio de entrevistas semiestruturadas, e a análise por meio do Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** Participaram do estudo 13 enfermeiros, sendo a maioria do sexo feminino, com média de 41 anos de idade, 15,9 anos de formação profissional e 6 anos de atuação no setor. A assistência à pessoa com ferida internada na UPA configurou-se como um fenômeno complexo e desafiador, influenciado por múltiplos fatores — superlotação, permanência prolongada dos pacientes, intensificação das demandas, sobrecarga do enfermeiro, realização de cuidados sem supervisão adequada, lacunas na capacitação profissional e descumprimento da legislação vigente —, os quais comprometem diretamente a qualidade e a segurança do cuidado oferecido. **Conclusão:** A permanência prolongada de usuários nas UPAs modifica o perfil assistencial e impõe desafios ao cuidado de enfermagem às pessoas com feridas de difícil cicatrização, em contexto de sobrecarga e limitações estruturais.

DESCRIPTORES: Ferimentos e lesões. Enfermagem em emergência. Serviço hospitalar de emergência. Processo de trabalho em saúde. Estomaterapia.

Practices and challenges in the care provided to hospitalized patients with wounds in an Emergency Care Unit

ABSTRACT

Objective: To understand the care provided by nurses to patients with wounds who, while hospitalized in an Emergency Care Unit (UPA), await transfer to a referral hospital. **Methods:** This was a qualitative, exploratory, and descriptive study conducted in a virtual environment between February and March 2025 with nurses working in a UPA. Data collection was carried out through semi-structured interviews, and data analysis was performed using the Collective Subject Discourse method. **Results:** Thirteen nurses participated in the study, most of whom were female, with a mean age of 41 years, 15.9 years of professional experience, and 6 years of experience in the sector. Care provided to patients with wounds hospitalized in the UPA was characterized as a complex and

¹Prefeitura Municipal de Ipatinga – Ipatinga (MG), Brasil.

²Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem – Belo Horizonte (MG), Brasil.

*Autora correspondente: silmarmaria@uol.com.br

Editor de Seção: Juliany Lino Gomes Silva 

Recebido: Setembro 17, 2025 | Aceito: Março 27, 2026

Como citar: Freitas GR, Andrade MG, Silva SM. Práticas e desafios na assistência à pessoa com ferida internada na Unidade de Pronto Atendimento. ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther., São Paulo, v24, e1847, 2026. https://doi.org/10.30886/estima.v24.1847_PT

**Origem do artigo: Extraído do trabalho de conclusão de curso “Percepção do enfermeiro sobre a assistência prestada à pessoa com ferida internada na Unidade de Pronto Atendimento”, apresentado ao curso de Especialização em Enfermagem em Estomaterapia, na Universidade Federal de Minas Gerais, em 2025.

challenging phenomenon influenced by multiple factors — overcrowding, prolonged patient stays, increased demands, nurses' workload burden, provision of care without adequate supervision, gaps in professional training, and noncompliance with current legislation — all of which directly compromise the quality and safety of the care provided. **Conclusion:** The prolonged stay of patients in UPAs changes the care profile and poses challenges to nursing care for individuals with hard-to-heal wounds, within a context of work overload and structural limitations.

KEYWORDS: Wounds and injuries. Emergency nursing. Emergency service, hospital. Healthcare work process. Stomatherapy.

Práticas y desafíos en la atención a la persona con heridas hospitalizada en la Unidad de Atención de Emergencia**

RESUMEN

Objetivo: Comprender la atención prestada por el enfermero a la persona con heridas que, hospitalizada en una Unidad de Atención de Emergencia (UPA), espera transferencia a un hospital de referencia. **Métodos:** Se trata de una investigación cualitativa, de carácter exploratorio y descriptivo, realizada en un entorno virtual entre los meses de febrero y marzo de 2025, con enfermeros de una UPA. La recolección de datos fue conducida mediante entrevistas semiestructuradas y el análisis mediante el Discurso del Sujeto Colectivo. **Resultados:** Participaron en el estudio 13 enfermeros, siendo la mayoría del sexo femenino, con una media de 41 años de edad, 15,9 años de formación profesional y 6 años de actuación en el sector. La atención a la persona con heridas hospitalizada en la UPA se configuró como un fenómeno complejo y desafiante, influenciado por múltiples factores —saturación de los servicios, permanencia prolongada de los pacientes, intensificación de las demandas, sobrecarga del enfermero, realización de cuidados sin supervisión adecuada, lagunas en la capacitación profesional e incumplimiento de la legislación vigente—, los cuales comprometen directamente la calidad y la seguridad del cuidado ofrecido. **Conclusión:** La permanencia prolongada de usuarios en las UPAs modifica el perfil asistencial e impone desafíos al cuidado de enfermería de las personas con heridas de difícil cicatrización, en un contexto de sobrecarga y limitaciones estructurales.

DESCRIPTORES: Heridas y lesiones. Enfermería de urgencia. Servicio de urgencia en hospital. Proceso de trabajo en salud. Estomaterapia.

INTRODUÇÃO

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) foram instituídas pela Portaria nº 1.020, de 13 de maio de 2009, e integram a Política Nacional de Atenção às Urgências, estabelecida pelo Ministério da Saúde em 2003, por meio da Portaria nº 1.863. Essas unidades compõem a rede intermediária entre a atenção primária e a hospitalar, sendo responsáveis pelo atendimento de condições agudas e pela estabilização clínica de usuários que necessitam de avaliação imediata. São classificadas em portes I, II e III, conforme cobertura populacional e capacidade instalada, atendendo áreas de 50 mil a 300 mil habitantes. Estima-se que realizem entre 150 e 350 atendimentos diários, a depender do porte da unidade^{1,2}.

De acordo com os parâmetros normativos, o tempo máximo de permanência de um usuário em uma UPA é de 24 horas. Nesse período, a equipe multiprofissional deve realizar avaliação clínica, instituir terapêutica e decidir pela alta ou transferência hospitalar. Contudo, a realidade dos serviços frequentemente diverge do preconizado, sendo comum a permanência prolongada de pacientes que aguardam vaga hospitalar³. Essa situação faz com que as UPAs passem a acompanhar usuários com maior complexidade clínica e necessidades contínuas de cuidado, aproximando-se, na prática, de funções assistenciais típicas de unidades de internação.

Estudo realizado por Regio³ identificou tempo médio de permanência de 3,16 dias nos setores de observação adulto, pediátrico e sala de estabilização, com variação de 2 a 12 dias entre os setores. Entre os diagnósticos registrados, 7,71%

dos pacientes apresentavam doenças de pele e do tecido subcutâneo. Esses dados indicam que, embora concebidas para atendimentos de curta permanência, as UPAs frequentemente assumem funções assistenciais semelhantes às de unidades de internação, acompanhando usuários com condições clínicas complexas⁴.

A baixa resolutividade percebida na atenção primária, somada à busca por atendimento imediato, tem contribuído para o aumento da demanda nas UPAs⁵. Esse cenário resulta em sobrecarga e superlotação das unidades, ultrapassando os limites assistenciais estabelecidos pela Portaria nº 1.601/2011². Como consequência, observa-se intensificação do trabalho da enfermagem e impacto na qualidade da assistência.

No Brasil, não há dados epidemiológicos consolidados que estimem com precisão a prevalência de feridas de difícil cicatrização. Ainda assim, calcula-se que cerca de 570 mil brasileiros desenvolvam essa condição anualmente, podendo alcançar prevalência de até 20 casos por 100 mil habitantes entre indivíduos com mais de 80 anos⁶. Em estudo com idosos acompanhados na atenção básica, a prevalência de feridas crônicas foi de 8% (IC95% 5,0–10,9), sendo mais frequentes lesão por pressão (5%), úlceras diabéticas (3,2%) e vasculogênicas (2,9%)⁷. Essas lesões apresentam curso prolongado e elevada complexidade terapêutica, frequentemente associadas a doenças crônicas e condições clínicas que dificultam a cicatrização⁸.

Nesse contexto, as UPAs passam a atender usuários com condições clínicas complexas, incluindo pessoas com feridas de difícil cicatrização, cujo manejo exige avaliação clínica sistemática e cuidados contínuos⁴. Grande parte das internações nas UPAs relaciona-se a lesões cutâneas de longa duração, com processo de cicatrização lento e desfavorável, frequentemente evoluindo com complicações que demandam internação⁹. O manejo dessas lesões em serviços de urgência impõe desafios adicionais às equipes de saúde, exigindo avaliação clínica cuidadosa, definição de condutas terapêuticas e monitoramento da evolução das feridas⁸.

O cuidado com feridas requer avaliação clínica sistemática por parte do enfermeiro, visando a assistência qualificada e condutas individualizadas conforme as características de cada lesão¹⁰. A Resolução nº 567/2018 do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen)¹¹ regulamenta a atuação da enfermagem nesse cuidado, atribuindo ao enfermeiro a responsabilidade pela avaliação, prescrição e execução de curativos, além da coordenação e supervisão da equipe. O técnico de enfermagem pode realizar curativos mediante prescrição e supervisão do enfermeiro.

A atribuição da execução do curativo ao técnico de enfermagem é permitida desde que o enfermeiro realize avaliação clínica prévia e prescrição do cuidado. Importa destacar que essa prática não isenta o enfermeiro da responsabilidade legal e ética sobre o procedimento, tornando-o corresponsável pelos desfechos assistenciais¹².

Apesar da elevada demanda assistencial nas UPAs e da presença frequente de pacientes com lesões cutâneas, permanecem escassos estudos que descrevam de forma sistemática como se organiza a assistência de enfermagem às pessoas com feridas nesse contexto. Essa lacuna é relevante diante da complexidade clínica desses pacientes e das exigências assistenciais impostas pelo manejo de feridas em serviços de urgência.

Nesse cenário, torna-se necessário compreender como se configura a assistência de enfermagem à pessoa com ferida internada em UPA. Assim, este estudo busca responder à seguinte questão de pesquisa: como se configura a assistência prestada pelo enfermeiro à pessoa com ferida internada na UPA? Compreender essa prática pode contribuir para qualificar o processo de trabalho da enfermagem e aprimorar o cuidado às pessoas com feridas nesse nível de atenção.

OBJETIVOS

Compreender a assistência prestada pelo enfermeiro à pessoa com ferida que, internada em Unidade de Pronto Atendimento, aguarda transferência para hospital de referência.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratória e descritiva, orientada pelo *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ), realizada em uma UPA de porte III, localizada no interior do estado de Minas Gerais, com abrangência assistencial a 13 municípios pertencentes à microrregião.

A população do estudo foi composta por enfermeiros que atuavam na assistência direta aos pacientes durante o período diurno — turno em que, predominantemente, são realizados os curativos — e que possuíam, no mínimo, seis meses de experiência na unidade pesquisada. Foram excluídos da amostra os profissionais afastados por motivo de licença médica superior a 15 dias, férias-prêmio, licença sem vencimento ou licença-maternidade durante o período da coleta de dados. A seleção dos participantes ocorreu por amostragem intencional, considerando profissionais que atendiam aos critérios de elegibilidade estabelecidos.

O número de participantes foi definido pelo critério de saturação teórica, quando as entrevistas passaram a apresentar repetição de conteúdos e ausência de novos elementos relevantes ao fenômeno investigado. Participaram do estudo 13 enfermeiros.

Para caracterização dos participantes, foram coletadas informações sociodemográficas e profissionais, incluindo sexo, idade, ano de formação em enfermagem, realização de pós-graduação e tempo de atuação na unidade investigada. Esses dados foram obtidos por meio de um formulário estruturado aplicado previamente à entrevista, contendo questões sobre características pessoais e trajetória profissional dos participantes.

A coleta de dados foi conduzida por uma pesquisadora externa ao serviço, sem vínculo profissional com a unidade investigada, previamente treinada para a condução de entrevistas qualitativas.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas individualmente em ambiente virtual reservado, por meio da plataforma *Google Meet*, garantindo privacidade e confidencialidade durante a participação, com gravação do áudio por meio do aplicativo da plataforma utilizada para posterior transcrição integral do material. Não foi utilizada ferramenta automática de transcrição, sendo os áudios transcritos manualmente pelas pesquisadoras.

Utilizou-se um roteiro-guia semiestruturado, composto por perguntas abertas, visando assegurar a cobertura de todos os aspectos pertinentes ao objeto de estudo, ao mesmo tempo que se encorajava os participantes a expressarem livremente suas percepções. O roteiro foi composto por seis questões norteadoras voltadas à compreensão do processo de trabalho dos enfermeiros na UPA e à assistência prestada a pacientes com lesões ou feridas.

As perguntas abordaram:

1. O processo de trabalho na unidade;
2. A assistência a pacientes que aguardam transferência hospitalar;
3. O cuidado prestado a pacientes com lesões ou feridas;
4. A realização de curativos pelos profissionais;
5. O acompanhamento da evolução das lesões; e
6. A disponibilidade de materiais e coberturas para realização de curativos.

As entrevistas foram realizadas entre os meses de fevereiro e março de 2025, com duração média de 20 minutos, variando conforme a disponibilidade e a profundidade das respostas dos participantes. Após a transcrição, os registros foram conferidos com os áudios originais, a fim de garantir fidelidade ao conteúdo das entrevistas.

A análise dos dados foi fundamentada na metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), conforme proposta por Lefèvre¹³, sendo conduzida em duas etapas.

A primeira etapa consistiu em cinco passos:

1. Análise individual das respostas por pergunta, com aplicação da técnica do DSC;
2. Identificação e marcação das Expressões-Chave (ECHs), compreendidas como trechos representativos da essência do discurso dos participantes;
3. Extração das Ideias Centrais (ICs), correspondentes aos sentidos contidos nas ECHs;
4. Agrupamento das ICs por similaridade ou complementaridade de sentido; e
5. Formulação de uma IC representativa para cada grupo identificado.

Na segunda etapa, foram realizados dois passos adicionais:

1. Construção de um novo formulário analítico, denominado Instrumento de Análise do Discurso 2, correspondente a cada grupo de ICs; e

2. Elaboração dos Discursos do Sujeito Coletivo propriamente ditos, redigidos em primeira pessoa do singular, com o intuito de dar voz ao coletivo, conforme os preceitos metodológicos de Lefèvre¹³.

A análise foi realizada por duas pesquisadoras de forma independente, seguida de discussão e consenso para definição das ideias centrais e construção dos discursos do sujeito coletivo.

Todos os preceitos éticos que regem pesquisas com seres humanos foram rigorosamente respeitados. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, com número de CAAE: 85687924.9.0000.5149. A participação dos profissionais foi voluntária, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Participaram do estudo 13 enfermeiros, sendo a maioria do sexo feminino (n=11). A faixa etária variou entre 29 e 52 anos, com média de 41 anos. O tempo de formação profissional variou de 7 a 23 anos (média de 15,9 anos), enquanto o tempo de atuação na UPA oscilou entre 7 meses e 11 anos, com média de 6 anos.

Após a transcrição para efetuar a análise do conteúdo das entrevistas, foram extraídas as ECHs, ou seja, os trechos mais significativos. Para cada expressão-chave, foi feita a identificação da IC que sintetiza o conteúdo discursivo manifestado nas ECHs. Com base nas ICs, foram construídos os discursos síntese, na primeira pessoa do singular, que são os DSCs, em que o pensamento de um grupo ou coletividade pode ser apresentado como um discurso individual.

Ao final de cada discurso, os participantes cujas ECHs contribuíram para a formulação do respectivo DSC foram identificados por meio de um código alfanumérico. Cada entrevistado foi designado pela letra “E” seguida de um número arábico, de 1 a 13, conforme a ordem de realização das entrevistas.

A IC 1 revela uma configuração emergente no cenário das Unidades de Pronto Atendimento: a permanência de pacientes internados, em contraste com a proposta original do serviço. Tal permanência prolongada decorre de fragilidades na articulação e na resolutividade da Rede de Atenção à Saúde (RAS), que inviabilizam o encaminhamento dos pacientes no tempo preconizado de 24 horas.

IC 1 – A realidade da UPA

DSC: “A UPA é um serviço de urgência e emergência, porta aberta, e teoricamente não teria que ser um serviço programado, com pacientes internados, pois deveriam ser encaminhados para o hospital de retaguarda” (E4, E5, E6, E8, E10, E13).

A UPA, originalmente concebida para atendimentos agudos e de curta permanência, não dispõe de estrutura física nem de recursos humanos em quantitativo e qualificação suficientes para responder às demandas advindas da permanência prolongada de pacientes internados. Esse descompasso compromete diretamente a segurança do paciente e a qualidade da assistência de enfermagem prestada no local.

IC 2 – Pacientes internados

DSC: “Tem os pacientes internados, como no setor de medicação e de observação, onde faço admissão dos pacientes que são internados, como se fosse enfermaria. Ficam aguardando transferência para o hospital municipal e os cirúrgicos, para o hospital [nome do estabelecimento], dois, às vezes três ou mais dias, porque o leito de retaguarda ainda não está disponível. A UPA já chegou, no auge do seu caos, a ter uns 70 internados. Aí fico na expectativa de uma transferência, mas, muitas vezes, os pacientes nem são transferidos. O que, para mim, pesa na assistência é o tempo que o paciente fica na UPA, essa morosidade para ser transferido. Além disso, a quantidade de leitos aqui é insuficiente para a demanda, porque todos estão aguardando transferência” (E1, E2, E3, E4, E5, E8, E9, E10, E12, E13).

Os cuidados aos pacientes internados e clinicamente estabilizados são, em geral, conduzidos pela equipe de enfermagem de nível médio, sendo o enfermeiro acionado apenas diante de dúvidas, intercorrências ou situações que exijam tomada de decisão mais complexa.

IC 3 – Avaliação da ferida

DSC: *“A equipe aborda inicialmente. Quando os meninos [técnicos de enfermagem] fazem o banho no leito e identificam a ferida, vêm me comunicar. Quando ele [técnico de enfermagem] vê uma certa gravidade, aí ele solicita a avaliação do enfermeiro do setor. Se a equipe técnica me chama e tem dúvida, eu consigo acompanhar melhor e avalio de acordo com meus conhecimentos técnicos”* (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E8, E9, E10, E12).

Diante da necessidade de realização de curativos, observa-se que a execução desse cuidado tem sido delegada ao técnico de enfermagem, frequentemente sem a supervisão direta do enfermeiro e, em muitos casos, sem que este realize previamente a avaliação clínica da lesão.

IC 4 – A realização do curativo

DSC: *“Normalmente, é o técnico que realiza, salvo um curativo de acesso central, que é o enfermeiro que faz. Os meninos [técnicos de enfermagem] não fazem por eles mesmos, pela experiência deles, que são técnicos com muitos anos de formação. Nem sempre o enfermeiro faz a avaliação. Nem sempre consigo fazer aquele curativo, por exemplo. Ser bem sincera, curativos de muitas feridas são realizados pelo técnico de enfermagem, ou seja, os técnicos de enfermagem que realizam o curativo. E, quando surge alguma dúvida, eu sempre oriento, porém fica mais a cargo do técnico de enfermagem o procedimento. Se, no momento, não posso estar fazendo, oriento a forma de fazer, tudo certinho, e os técnicos são orientados a procurar o enfermeiro para fazer o curativo junto com eles. Eu acompanho, sim, entretanto, vai ser realizado pelo técnico de enfermagem”* (E1, E3, E5, E6, E9, E11, E12, E13).

A sobrecarga vivenciada pelos enfermeiros na UPA é significativa, o que os obriga a estabelecer prioridades diante das múltiplas demandas assistenciais. O processo de trabalho, caracterizado por alta complexidade e limitação de recursos, impõe ao enfermeiro a necessidade de definir quais cuidados realizará diretamente e quais serão delegados à equipe de enfermagem de nível médio.

IC 5 – Inviabilidade da realização do curativo pelo enfermeiro

DSC: *“Tem vezes que estou acompanhando 50 internados, com escala desfalcada, e não tenho como parar para um curativo. Realmente, não tenho como atuar porque a demanda da Unidade de Pronto Atendimento é enorme, entendeu? No nível de pronto-socorro, UPA, eu não consigo. Além disso, para acompanhar a evolução da ferida, é muito difícil porque o paciente é muito rotativo. Então, eu não consigo acompanhar a lesão pela rotatividade e pelo tempo mesmo”* (E1, E3, E4, E5, E6, E7, E9, E12).

Além disso, evidencia-se a necessidade de capacitação contínua de toda a equipe de enfermagem, especialmente dos enfermeiros, no que se refere à avaliação clínica de feridas e à escolha adequada das coberturas e técnicas de curativo, de modo a qualificar a assistência prestada e promover a segurança do paciente.

IC 6 - Educação Permanente em Saúde

DSC: *“Eu fico ultrapassada e, como estou numa área que não utiliza tanto [coberturas], fica um conhecimento mais defasado, sabe? Mas é justamente por falta de capacitação que eu nem sei para que usar, pois nunca teve treinamento de feridas. Aliás,*

tivemos um, mas a falta de capacitação e dessa visão da importância do curativo lá dentro da UPA faz com que as práticas fiquem bem esquecidas lá. Aqui deveria ter um núcleo de educação permanente para poder saber de que forma tratar aquela ferida. A gente tem conhecimento das coberturas, mas é só na faculdade, é coisa vaga” (E4, E6).

DISCUSSÃO

A assistência ao paciente internado demanda acompanhamento rigoroso, com avaliações contínuas e prontidão da equipe de saúde para lidar com quaisquer intercorrências que surjam durante sua permanência¹⁴. Nesse contexto, a enfermagem assume papel central na UPA, por manter vigilância constante, prover cuidados ininterruptos e identificar precocemente alterações clínicas e sinais de instabilidade hemodinâmica¹⁵.

Para fornecer um cuidado de qualidade, é fundamental aplicar o Processo de Enfermagem (PE), composto pelas etapas de avaliação, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e evolução, que devem orientar sistematicamente a assistência prestada aos pacientes das UPAs, inclusive àqueles com feridas de difícil cicatrização¹⁶.

Entretanto, o PE não tem sido implementado de forma integral no cuidado a pacientes com feridas. Evidências apontam que as etapas do processo são registradas de maneira fragmentada, com predominância de prescrições genéricas e ausência de diagnósticos de enfermagem fundamentados e do planejamento individualizado^{17,18}. Esse cenário torna-se preocupante, visto que a atribuição da realização de curativos é uma prerrogativa do enfermeiro, baseada em julgamento clínico que considera a gravidade e complexidade da lesão¹⁹.

Assim, a avaliação criteriosa da ferida por este profissional é indispensável, pois orienta a decisão sobre o responsável pelo procedimento, a escolha da cobertura adequada e o monitoramento da evolução da lesão. Quando o PE não é aplicado de forma sistematizada e devidamente documentada, o raciocínio clínico que fundamenta essas decisões pode ficar fragilizado, comprometendo a individualização do cuidado e a qualidade da assistência prestada¹⁷.

Nesse contexto, a execução do procedimento pela equipe requer a supervisão ativa do enfermeiro, compreendida não como mera vigilância, mas como um instrumento qualificador da assistência, centrado nas necessidades do paciente e no aperfeiçoamento contínuo do cuidado²⁰. A supervisão, nesse sentido, desempenha papel estratégico na coordenação do processo assistencial, estabelecendo planos e metas individualizados ao longo do tratamento²¹.

Importa destacar que o tratamento de feridas vai além da técnica de curativo, exigindo uma avaliação abrangente do paciente e da lesão para subsidiar decisões clínicas. Tal aspecto ganha relevância diante do fato de que, frequentemente, o cuidado com feridas é iniciado na UPA e prossegue no hospital de referência.

Entretanto, embora as decisões devam considerar uma visão integral das necessidades dos pacientes internados, a alta demanda imposta ao enfermeiro o obriga a adotar uma lógica de priorização, frequentemente descrita como “apagar incêndios”, ou seja, lidar com múltiplas tarefas emergenciais²². As frequentes interrupções no processo de trabalho evidenciam a imprevisibilidade das atividades e a intensidade do ritmo assistencial, gerando descontinuidade e fragmentação do cuidado²².

A UPA, concebida para atendimentos de urgência e emergência de média complexidade, com permanência máxima de 24 horas para estabilização clínica e definição de conduta, vem sendo utilizada de forma prolongada como espaço de internação, em decorrência da indisponibilidade de leitos nos hospitais de retaguarda.

Essa permanência estendida compromete a qualidade da assistência, agrava o quadro clínico e impede o acesso oportuno a ambientes adequados para continuidade do cuidado²³.

A permanência prolongada em UPAs, aliada à precarização das condições de trabalho, como equipe insuficiente, ausência de protocolos e insumos, resulta em maior risco de complicações, prolongamento do tempo de internação e surgimento de comorbidades. A oferta de uma assistência segura e de qualidade exige estrutura física adequada, recursos materiais, dimensionamento correto de pessoal qualificado e organização de processos alinhados às boas práticas²⁴.

A inexistência de protocolos padronizados de tratamento de feridas, somada ao desconhecimento técnico por parte de alguns enfermeiros, contribui para a adoção de condutas divergentes, o que fragiliza o cuidado. Tal fragilidade se agrava quando práticas privativas do enfermeiro são delegadas a técnicos de enfermagem, sem respaldo legal ou competência técnica.

O cuidado com feridas é uma atribuição intrínseca à prática do enfermeiro. Reconhecer o tipo de ferida e suas características é imprescindível para a escolha adequada da cobertura, condição fundamental para o êxito terapêutico. O momento da internação pode marcar o início de um cuidado qualificado, visto que o fato de a ferida ter motivado a internação indica um processo de cicatrização interrompido. A cura, para muitos pacientes, é o desfecho de um processo prolongado e desafiador, no qual o enfermeiro tem papel protagonista²⁵.

Dessa maneira, é válido destacar que, apesar das limitações estruturais e organizacionais das UPAs, o PE deve ser realizado de forma deliberada, sistemática e contínua, conforme preconizado normativamente, constituindo instrumento para organização do cuidado, fundamentação do raciocínio clínico e registro das condutas adotadas¹⁶.

Neste estudo, o PE não emergiu como elemento central nas falas dos participantes, que centralizam na execução do curativo, atribuição do procedimento e atuação diante de intercorrências. Tal enfoque pode indicar que o cuidado esteja sendo desenvolvido sob uma lógica mais centrada na resposta às demandas imediatas do serviço, em detrimento de uma abordagem sistematizada. A possível fragilização do PE pode contribuir para dificuldades no acompanhamento das feridas de difícil cicatrização¹⁸.

Diante desse cenário, emerge a necessidade da implementação da Educação Permanente em Saúde (EPS), processo formativo integrado à rotina de trabalho, em que a aprendizagem ocorre por meio da problematização da prática e da construção coletiva de saberes²⁶. A EPS reconhece o processo de trabalho como espaço pedagógico, valorizando a investigação crítica, a reflexão sobre os desafios cotidianos e a construção compartilhada de soluções²⁷.

Assim, a assistência à pessoa com ferida internada em UPA configura-se como um fenômeno complexo, atravessado por múltiplas variáveis, como superlotação, intensificação do trabalho, desgaste físico e emocional dos profissionais, desrespeito à legislação, entre outras, que impactam diretamente a qualidade do cuidado prestado.

Limitações do estudo

Como limitação deste estudo, destaca-se o potencial viés de desejabilidade social, considerando que os participantes podem ter elaborado respostas mais condizentes com expectativas socialmente aceitáveis, sobretudo pela condição de uma das pesquisadoras integrar a equipe de enfermagem da UPA investigada. Embora todos os enfermeiros da unidade tenham participado, os achados refletem o contexto específico do serviço estudado, o que limita sua generalização a outros cenários com dinâmicas assistenciais distintas

Recomendações

Em termos de contribuição, os resultados deste estudo evidenciam que a sobrecarga de trabalho na UPA se constitui como um desafio relevante e um obstáculo importante para a prestação de cuidados seguros e resolutivos. Além disso, os achados reiteram a importância estratégica da educação permanente na padronização de práticas, como o tratamento de feridas, promovendo maior efetividade terapêutica e melhores desfechos clínicos para os usuários.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu compreender a assistência prestada pelo enfermeiro à pessoa com ferida internada em Unidade de Pronto Atendimento enquanto aguarda transferência para hospital de referência. Os resultados evidenciam que a permanência prolongada de pacientes, decorrente de fragilidades na articulação da RAS, altera o perfil assistencial das UPAs, que passam a assumir funções semelhantes às de unidades de internação, sem dispor, contudo, de estrutura e recursos compatíveis com essa demanda assistencial.

Nesse contexto, a assistência às pessoas com feridas ocorre em meio a elevada demanda assistencial, sobrecarga de trabalho e limitações organizacionais, dificultando a avaliação sistemática das lesões pelo enfermeiro e favorece a delegação da realização de curativos à equipe técnica de enfermagem. Além disso, a rotatividade dos pacientes e a intensidade do trabalho dificultam o acompanhamento da evolução das feridas.

Conclui-se que a assistência de enfermagem à pessoa com ferida nas UPAs é fortemente condicionada pela organização do processo de trabalho e pelas limitações estruturais desses serviços. Esses achados evidenciam a necessidade de fortalecer a articulação da rede assistencial, investir em educação permanente e qualificar as condições de trabalho da enfermagem, visando aprimorar o cuidado prestado às pessoas com feridas atendidas nas Unidades de Pronto Atendimento.

Agradecimentos: Não se aplica.

Contribuições dos autores:

GRF: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Supervisão, Validação, Visualização. **MGA:** Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Validação, Visualização. **SMS:** Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Metodologia, Supervisão, Validação, Visualização.

Disponibilidade de dados de pesquisa: Todos os dados foram gerados ou analisados no presente estudo.

Financiamento: Não se aplica.

Conflito de interesses: Nada consta.

Aprovação de comitê de ética em pesquisa: Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, parecer nº 7.370.956/2025, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 85687924.9.0000.5149.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 342, de 4 de março de 2013. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado em 29 março 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.html
2. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1601, de 7 de julho de 2011. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado em 29 março 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601_07_07_2011_rep.html
3. Regio GL. Características de pacientes com permanência superior a 24 horas em uma Unidade de Pronto Atendimento do Oeste do Pará. *Rev Cient Multidiscip Núcleo Conhec.* 2020;5(7):52-71. <https://doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/pacientes-com-permanencia>
4. O'Dwyer G, Konder MT, Reciputti LP, Lopes MGM, Agostinho DF, Alves GF. The process of implementation of emergency care units in Brazil. *Rev Saúde Pública.* 2017;4(51):125. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000072>
5. Aquino AE, Carbinatto FM, Coelho VHM, Bagnato VS. Feridas: um desafio para a saúde pública. São Carlos: Gráfica IFSC-USP; 2019.
6. Marcelo TG, João JGD, Fernandez GCG. Superlotação das unidades de pronto atendimento - um desafio da atenção básica: uma revisão bibliográfica. *Ensaio USF.* 2022;5(1):70-85. <https://doi.org/10.24933/eusf.v5i1.167>
7. Vieira CPB, Araújo TME. Prevalence and factors associated with chronic wounds in older adults in primary care. *Rev Esc Enferm USP.* 2018;52:e03415. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017051303415>
8. Silva Júnior JA, Dantas MB, Abreu RA. Assistência de enfermagem a pessoas com feridas crônicas: uma experiência na atenção primária à saúde. *Rev Enferm Atenção Saúde.* 2023;12(3):e2023104. <https://doi.org/10.18554/reas.v12i3.6102>
9. Ramos FT, Meira JRR, Colenci R, Alencar RA. Association between the orientation received during hospitalization and the occurrence of wound healing. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(2):e20190647. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0647>
10. Silva PC, Silva DM, Macedo TLS, Macedo TLS, Luna BMG. The nurse's performance in the treatment of wounds. *Braz J Health Rev.* 2021;4(2):4815-22. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-066>

11. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 567, de 7 de fevereiro de 2018. Regulamenta a atuação da equipe de enfermagem no cuidado aos pacientes com feridas [Internet]. Brasília: COFEN; 2018 [citado em 29 março 2025]. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofeno-567-2018/>
12. Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina. Decisão COREN-SC nº 1/2006. Atualiza e amplia as normas relativas à execução dos cuidados ou procedimentos de Enfermagem e os valores mínimos a serem cobrados pela prestação de serviços [Internet]. Santa Catarina: COREN-SC; 2006 [citado em 29 março 2025]. Disponível em: <http://www.corensc.gov.br/documentacao2/Dec00106.doc>
13. Lefevre F. Discurso do sujeito coletivo. Nossos modos de pensar, nosso eu coletivo. 1ª ed. São Paulo: Andreoli; 2017.
14. Santana HAC, Santos JO, Bessa LP. O papel da enfermagem na atenção ao paciente em estado crítico. Rev FT Enferm. 2024;28(139). <https://doi.org/10.69849/revistaft/th102410171145>
15. Braga RB, Moraes F, Silva CM, Veras LSM, Silva AMPP, Fonsêca W, et al. ICU nursing: essential care in direct patient care. Nursing (Ed. bras.). 2024;28(313):9333-9. <https://doi.org/10.36489/nursing.2024v28i313p9333-9339>
16. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Processo de enfermagem: guia para a prática [Internet]. São Paulo: COREN-SP; 2021.
17. Galdino Júnior H, Tipple AFV, Lima BR, Bachion MM. Processo de enfermagem na assistência a pacientes com feridas em cicatrização por segunda intenção. Cogitare Enferm. 2018;23(4):e56022. <https://doi.org/10.5380/ce.v23i4.56022>
18. Garcia TF, Alonso CS, Borges EL. Processo de enfermagem no paciente com ferida crônica na atenção primária e secundária: revisão de escopo. Enferm Bras. 2023;22(3):395-408. <https://doi.org/10.33233/eb.v22i3.5423>
19. Conselho Regional de Enfermagem do Pará. Parecer técnico sobre aplicação de curativo pela equipe de enfermagem [Internet]. Pará: COREN-PA; 2014 [citado em 29 março 2025]. Disponível em: <https://www.corenpa.org.br/wp-content/uploads/2014/06/Parecer-t%C3%A9cnico2.pdf>
20. Conselho Federal de Enfermagem. Parecer de Câmara Técnica nº 02/2018/CTLN/COFEN. Organização de enfermagem. Definição da supervisão de enfermagem [Internet]. Brasília: COFEN; 2018 [citado em 29 março 2025]. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/parecer-n-02-2018-cofen-ctln/>
21. Mendes DMD, Almeida MA, Andrade FM, Cardoso MCLR, Rodrigues SM, Grillo MG, et al. The supervision of the service in the view of the nursing team. Res Soc Dev. 2022;11(12):e480111229691. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i12.29691>
22. Rabelo SK, Lima SBS, Santos JLG, Costa VZ, Reisdorfer E, Santos TM, et al. Nurses' work process in an emergency hospital service. Rev Bras Enferm. 2020;73(5):e20180923. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0923>
23. Hermida PMV, Nascimento ERP, Malfussi LBH, Lazzari DD, Galetto SGS, Torres GM. Eases and hindrances of reference in an emergency care unit. Esc Anna Nery. 2022;26:e20210038. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0038>
24. Brasil. Ministério da Saúde. Segurança do paciente [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [citado em 29 março 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/seguranca-do-paciente>
25. Borges EL, Lima VLA. Feridas: como tratar. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio; 2024.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Educação permanente em saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde: agenda 2014 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado em 29 março 2025]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_saude_movimento_instituente.pdf
27. Jesus JM, Rodrigues W. Trajetória da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. Trab Educ Saúde. 2022;20:e01312. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs1312>