

Belo Horizonte | 2021

GUIA DE CUIDADO INTEGRAL DA PESSOA COM

DIABETES

- CUIDADOS COM OS PÉS -



DIABETES

- CUIDADOS COM OS PÉS -

GUIA DE PERCURSO NA REDE SUS-BH

Atenção Primária à Saúde e
Ambulatório do Pé Diabético

Colaboradores

DIRETORIA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Christine Ferretti Santiago

GERÊNCIA DA REDE AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

Clarissa Moura de Paula

Danúbia Mendes e Torres

Eliana Márcia Peixoto Fortes

Elizabeth Geralda Rosa

Gilberto Coelho Byrro de Oliveira

Guilherme Henrique Gomes Moreira Cançado

Humberto Marcílio Clarindo Santos

Joyce Armany Queiroz Silveira

Maíra Faria Braga Pires

Magda de Miranda Ladeira

Sheyla Novaes Faria Sampaio

Simone Palmer

Thaís Mendes da Costa

André Luiz Menezes

DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Renata Mascarenhas Bernardes

GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E
INSUMOS ESSENCIAIS

Ana Emília de Oliveira Ahouagi

Debora Gontijo Braga

Isabela Vaz Leite Pinto

GERÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Adriana Cristina Camargos de Rezende

Alexandre Sampaio Moura

Ana Luísa Pereira Cardoso de Rezende

Anelise Nascimento Prates

Caroline Schilling Soares

Cristina dos Santos Fonseca

Fabiana Ribeiro Silva

Francieli Jamaica Pereira

Juliana Dias Pereira dos Santos

Klébio Ribeiro Silva de Martin

Michelle Cristina Mendonça Senhorini

Renata Figueiredo Cotta

GERÊNCIA DE INTEGRAÇÃO DO CUIDADO À SAÚDE

Edmundo Gustavo Cipriano de Araújo

COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
DO ADULTO E IDOSO

Ana Cândida Ferreira Lima Bracarense

Danielle Cunha de Souza Ramos

Luciana Reis da Silveira

Ludmilla Garcia Lacerda Dornellas

Roberta Viegas Magalhães

Simone de Moraes

Verônica Pedersane Nunes de Castro

Projeto Gráfico

Produção Visual - Assessoria de Comunicação Social

Secretaria Municipal de Saúde

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APD	Ambulatório do Pé Diabético
APS	Atenção Primária à Saúde
CREAB	Centro de Reabilitação
CS	Centro de Saúde
DAP	Doença Arterial Periférica
DM1	<i>Diabetes Mellitus</i> tipo 1
DM2	<i>Diabetes Mellitus</i> tipo 2
DM	<i>Diabetes Mellitus</i>
DMG	<i>Diabetes Mellitus</i> Gestacional
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
EVA	Escala Visual Analógica
HbA1c	Hemoglobina Glicada ou Glicohemoglobina
MMII	Membros inferiores
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OPMAL	Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PSP	Perda Sensibilidade Protetora
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SISREG	Sistema de Regulação e Marcação de Consultas
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	6
1.1 Avaliação Geral Do Pé Diabético.....	8
2. REDE DE CUIDADO SUS-BH	10
2.1 Papel e Atribuições dos Profissionais da Atenção Primária à Saúde no Cuidado ao Usuário com Pé Diabético.....	11
2.1.1. Plano de Cuidados	21
2.2 Papel e Atribuições dos Profissionais do Ambulatório do Pé Diabético no Cuidado ao Usuário.....	22
2.3 Fluxos	29
Referências Bibliográficas.....	33

APÊNDICES

Apêndice 1. Instrumentos para equipes NASF-AB.....	35
Apêndice 2. Indicação para encaminhamento para o Ambulatório do Pé Diabético.....	39
Apêndice 3. Registro Sistematizado de Avaliação Clínica do Ambulatório APD.....	41
Apêndice 4. Instrumento de contra referência do cuidado para o Centro de Saúde	47
Apêndice 5. Cartilha Cuidados com a Saúde dos Pés da Pessoa com Diabetes	49
Apêndice 6. Recomendações sobre calçados para pessoas com DM	51

ANEXOS

Anexo 1. Classificação do Risco de Ulceração	56
Anexo 2. Características das Feridas	57
Anexo 3. Avaliação da Gravidade e Conduas	58

1. APRESENTAÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) destaca-se atualmente como uma importante causa de morbidade e mortalidade. O envelhecimento da população, a crescente prevalência da obesidade e do sedentarismo relacionados aos processos de urbanização e mudança de hábitos alimentares são considerados os principais fatores responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do DM em todo o mundo (Flor, Campos, 2017). A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que a glicemia elevada é o terceiro fator em importância da causa de mortalidade prematura, superada apenas por pressão arterial aumentada e uso de tabaco (SBD, 2020).

A prevalência de DM em 2015 foi de 8,8% da população mundial entre 20 e 79 anos de idade (415 milhões de pessoas), sendo o número estimado de pessoas com essa condição em 2040 superior a 642 milhões, segundo a Federação Internacional de Diabetes (SBD, 2020).

Estima-se também que cerca de 50% dos casos de DM no mundo não são diagnosticados e que aproximadamente 84,3% destes casos sem diagnóstico se encontram nos países em desenvolvimento (SBD, 2020).

Em âmbito nacional o DM também representa um problema importante de saúde, sendo o Brasil o quarto país com maior número de pessoas de 20 a 79 anos com DM com cerca de 12,5 milhões de acometidos em 2017 e com a previsão de que em 2045 tenhamos 20,3 milhões de brasileiros acometidos pelo DM (SBD, 2020).

A pesquisa Vigitel 2019, (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) divulgada pelo MS (Ministério da Saúde) em abril de 2020, averiguou as seguintes prevalências de DM em maiores de 18 anos no país e em Belo Horizonte:

Tabela 1 - Comparativo entre pacientes maiores de 18 anos com DM segundo o sexo e população total no Brasil e em Belo Horizonte – VIGITEL Brasil 2019

	BRASIL	BELO HORIZONTE
MASCULINO	7,1% (IC 95% 6,4 - 7,8)	6,9% (IC 95% 5,1 - 8,7)
FEMININO	7,8% (IC 95% 7,3 - 8,3)	8,9% (IC 95% 7,3 - 10,6)
TOTAL	7,4% (IC 95% 7,0 - 7,9)	8,0% (IC 95% 6,8 - 9,2)

Fonte: Adaptado de Boletim Epidemiológico Vigitel Brasil 2019.

As complicações crônicas decorrentes do DM incluem alterações neurológicas (neuropatia), na microcirculação (retinopatia e nefropatia) e na macrocirculação (cardiopatia isquêmica, doença cerebrovascular e doença vascular periférica). Dentre as complicações consideradas graves e dispendiosas que afetam as pessoas com DM, as que ocorrem nos pés estão entre as mais frequentes (Borges, 2011).

Nesse contexto, este documento faz parte da linha de cuidado ao paciente com DM, destacando o cuidado com os pés. A OMS conceitua o “pé diabético” como infecção, ulceração e/ou destruição dos tecidos moles associados a alterações neurológicas e a vários graus de doença vascular periférica nos membros inferiores (Borges, 2011). Como o DM pode afetar a sensibilidade (neuropatia) e a circulação dos membros inferiores (vasculopatia), a avaliação frequente dos pés e as orientações de cuidado para prevenção de lesões são pontos fundamentais do cuidado, evitando assim complicações mais graves como as amputações.

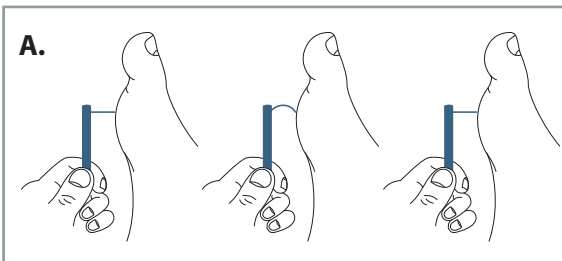
O objetivo deste documento é orientar os profissionais da rede SUS-BH para o adequado cuidado com os pés do paciente diabético, propiciando assistência qualificada e integrada, utilizando os recursos disponíveis de forma otimizada. A organização da assistência e as atribuições dos profissionais em cada um ponto de atenção relacionados a este cuidado são também apresentados neste documento.

1.1 Avaliação Geral Do Pé Diabético

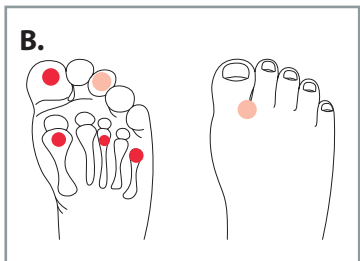
- Ao diagnóstico de DM, reforçar orientações quanto ao autocuidado dos pés e instituir instrumentos de envolvimento e monitoramento.
- Submeter todos os pacientes com DM a avaliação dos pés e ao teste com monofilamento de 10g (cor laranja).

RASTREAMENTO DA SENSIBILIDADE DOS PÉS COM MONOFILAMENTO DE SEMMES-WEINSTEIN (DE 10G):

A.



B.



1. Posicione o monofilamento de 10g perpendicularmente à pele, como na foto (A);
2. A pressão aplicada deve ser suficiente para dobrar o monofilamento, como na foto (A);
3. O tempo total de contato do monofilamento com a pele deve ser de 1,5 segundos;
4. O monofilamento não pode escorregar na pele nem ser aplicado repetidas vezes no mesmo ponto;
5. Os pontos a serem testados estão indicados na foto (B). Eles identificam 90% dos pacientes com sensibilidade dos pés alterada;
6. A ordem dos pontos testados deve ser aleatória, em ambos os pés;
7. O teste não deve ser feito em pontos com calosidade, úlcera, necrose ou cicatrização;
8. Considere o pé sob risco se não houver sensibilidade em qualquer um dos pontos testados.

- Rastrear angiopatia e polineuropatia simétrica distal:
 - Pacientes DM2 no momento do diagnóstico e anualmente;
 - Pacientes DM1 cinco anos após o diagnóstico.

- Identificar anormalidades:
 - Calosidades,
 - Artropatias,
 - Alterações na pele (temperatura, hidratação, fissuras, ulcerações, sinais de infecção);
- Avaliar Doença Arterial Périférica (DAP).
 - Encaminhar ao Ambulatório do Pé Diabético (APD) os usuários diabéticos com úlceras ativas neuropáticas, isquêmicas ou neuroisquêmicas, feridas cirúrgicas por amputação e/ou desbridamento.
 - Não encaminhar ao APD pacientes com úlceras de estase ou de outra etiologia não diabética.
- Encaminhar para APD conforme APÊNDICE 02. Indicação para encaminhamento para o Ambulatório do Pé Diabético
- Após avaliação inicial no APD, os pacientes são encaminhados para ortopedia, angiologia e CREAB para confecção de órteses, conforme necessidade.
- Qualquer infecção no pé diabético deve ser tratada de forma empírica e rápida, sem a necessidade da coleta do swab.

A resposta ao tratamento será avaliada clinicamente.

A equipe de Saúde da Família (eSF) e/ou Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica NASF-AB: Examinar os pés do usuário diabético com Perda Sensibilidade Protetora (PSP) e/ou deformidades	
Sem DAP	A cada 3 a 6 meses
Com DAP	A cada 2 a 3 meses
Com história de ulceração e/ou amputação prévia	Mensalmente ou a cada 2 meses

2. REDE DE CUIDADO SUS-BH

A rede de cuidado do SUS-BH conta com, aproximadamente, 340 serviços próprios de saúde, sendo destes cerca de 150 Centros de Saúde (CS). Um dos grandes desafios de uma rede desta magnitude é promover a integração do cuidado prestado aos usuários que circulam nestes diferentes pontos de atenção. A qualidade da atenção à saúde será mais efetiva e os recursos melhor otimizados se investirmos em ações coordenadas dos serviços oferecidos a uma mesma população definida.

Existem evidências de que a constituição e organização de redes de atenção à saúde podem melhorar a qualidade dos serviços, os resultados sanitários e a satisfação dos usuários, além de reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde (Mendes, 2011). A rede de saúde do SUS deve ter a Assistência Primária à Saúde (APS) como centro do cuidado e organizar os serviços de forma a manter permanente comunicação entre os pontos de atenção complementar e CS, coordenador do cuidado.

A porta de entrada do usuário com sinais e sintomas relacionados a DM deve ser, preferencialmente, o Centro de Saúde. É esperado que 85% dos problemas de saúde desse usuário sejam resolvidos na APS, entretanto, para efetivar o cuidado integral sempre que necessário e em tempo oportuno os pacientes deverão ser encaminhados para outro ponto de atenção da rede SUS. Pessoas com lesões ulceradas em pés e pernas podem necessitar de apoio especializado no APD da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) ou de atendimento nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) em situações de agudização do quadro clínico ou descompensação do DM.

O APD foi implantado pela SMSA em 1994 na Unidade de Referência Secundária (URS) Padre Eustáquio sendo composto por enfermeiros, técnicos de enfermagem, angiologista, endocrinologista, ortopedista, auxiliar administrativo e coordenador. Em 2019 foram atendidos mensalmente, em média, 270 pacientes e realizados 40 atendimentos

referentes a curativos por dia. Em 2020, no contexto da Pandemia de COVID-19, foram atendidos uma média de 230 pacientes por mês. Os profissionais interessados em conhecer o serviço podem solicitar à sua gerência imediata o agendamento de visita conforme a possibilidade do APD.

Na sequência, particularizaremos as atribuições esperadas aos diferentes profissionais que compõem esta rede de cuidado.

2.1 PAPEL E ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CUIDADO AO USUÁRIO COM PÉ DIABÉTICO

Para a integralidade do cuidado ao usuário com DM, destacamos atribuições comuns a todos os profissionais da APS:

- Promover o autocuidado apoiado, incentivar alimentação saudável, atividade física e cessação do tabagismo;
- Estimular a adesão ao tratamento medicamentoso, nutricional e controle da pressão arterial;
- Encaminhar para atividades coletivas ofertadas pelas eSF/ NASF-AB relacionadas à promoção da saúde;
- Reforçar as orientações quanto aos cuidados gerais com o DM e específicos com os pés e pernas para evitar a ulceração (APÊNDICE 05. Cartilha Cuidados com a Saúde dos Pés da Pessoa com Diabetes);
- Orientar o usuário sobre a importância do cuidado compartilhado em rede, sobre a manutenção do vínculo com o CS, mesmo quando em acompanhamento em outros pontos de atenção e auxiliá-lo a manter o vínculo com os mesmos profissionais;
- Acompanhar a situação de usuários faltantes aos atendimentos e atividades agendadas para que seja realizada busca ativa e ações para melhor adesão ao autocuidado.

Além das ações acima, apresentamos na sequência os cuidados a serem realizados pela eSF, NASF-AB e demais profissionais dos Centros de Saúde, no que diz respeito aos cuidados com os pés.

Agente Comunitário de Saúde (ACS)

Recomendações	Periodicidade sugerida
Perguntar aos usuários com DM se têm alguma alteração nos pés e pernas, tais como parestesia (dormência) calos, maceração, deformidades, feridas ou infestação por <i>Tunga penetrans</i> (bicho de pé) ou miíase;	Minimamente mensal
Informar à eSF os casos identificados de usuários com alterações nos pés e pernas;	
Identificar os usuários que apresentam baixa adesão ao acompanhamento no CS e consultas especializadas;	
Identificar e referenciar ao enfermeiro da eSF usuários que relatam sintomas ou dificuldades no cuidado das lesões em pernas, pés e outros locais ou que abandonaram ou não aderiram ao tratamento.	

Responsável pelo Agendamento e Avisos e Consultas Especializadas

Recomendações	Periodicidade sugerida
Realizar o agendamento das consultas, conforme prioridade clínica a ser definida pelo profissional solicitante;	Habitualmente
Buscar, sempre que possível, o agendamento da consulta especializada com o mesmo profissional, fortalecendo o vínculo e a longitudinalidade da assistência;	
Orientar o usuário a comunicar ao CS com antecedência, caso não possa comparecer à consulta, conscientizando que esta consulta poderá ser disponibilizada para outra pessoa;	
Acompanhar os dados dos faltosos, e informar à eSF e/ou gerente da unidade;	
Orientar o usuário sobre as recomendações descritas no APÊNDICE 02: Indicação para encaminhamento para o Ambulatório do Pé Diabético.	

Técnico ou Auxiliar de Enfermagem

Recomendações	Periodicidade sugerida
Verificar dados vitais;	Sempre que necessário
Perguntar aos usuários com DM se eles têm alguma alteração (de sensibilidade, presença de lesões, rachaduras, temperatura) nos pés e pernas;	
Realizar, sob supervisão do enfermeiro, a extração de miíase em feridas;	
Realizar curativos simples e com coberturas especiais sob a supervisão, avaliação e prescrição do enfermeiro;	
Realizar aferição da glicemia capilar;	
Realizar coleta de exames laboratoriais.	

Enfermeiro e Médico (atribuições comuns a ambos)

Recomendações	Periodicidade sugerida
Avaliar o equilíbrio e a mobilidade (deambula, deambula com auxílio ou não deambula);	A cada consulta
Verificar tipo e condições dos calçados comuns e meias, palmilhas, próteses ou órteses. Identificar se há comprometimento da circulação e integridade tissular;	
Verificar hidratação, cor, temperatura e integridade da pele, o tipo de corte da unha e se há retirada de cutícula, orientando se necessário;	
Verificar presença de patologias pré-ulcerativas (deformidades, calos, calosidade, rachaduras, infecções fúngicas de pele e unhas, unhas com deformidades grosseiras, unhas hipertróficas com queratose subungueal ou onicocriptose/unhas encravadas);	

Continua.

Continuação: Enfermeiro e Médico (atribuições comuns a ambos)

Pesquisar queixas neurológicas (dor em queimação, agulhadas, pontadas, choque, parestesia, alodinia ou outra sensação que piora à noite/repouso e melhora com o movimento) e vasculares (claudicação e dor em repouso);	A cada consulta
Avaliar a intensidade da dor neuropática utilizando Escala Visual Analógica (EVA);	
Pesquisar histórico de úlcera no pé ou amputação de extremidade inferior;	
Identificar o risco de ulceração, por meio de palpação dos pulsos pediosos e tibiais posteriores. Realizar teste de sensibilidade à pressão (utilizar o monofilamento de 10 gramas);	
Determinar a periodicidade de avaliação com base no risco clínico;	
Referenciar o usuário para a equipe do NASF-AB quando observar necessidade de apoio técnico-pedagógico ou atendimento específico individual ou coletivo dos profissionais desta equipe, dentro das atribuições descritas neste quadro para cada categoria;	Sempre que necessário
Manter o acompanhamento dos usuários com úlcera diabética/ferida operatória ainda que atendido em outros serviços.	Quando houver úlcera

Enfermeiro

Recomendações	Periodicidade sugerida
Avaliar e acompanhar feridas que eventualmente o usuário apresente e determinar a provável etiologia (ANEXO 2. Características das Feridas), localização, extensão em cm ² , tempo de evolução, presença de sinais flogísticos e isquemia associados à ferida, levantar se foi realizado algum tratamento;	A cada consulta

Continua.

Continuação: Enfermeiro

Solicitar exames e prescrever medicamentos conforme Manual de Enfermagem da APS;	A cada consulta
Avaliar os usuários com presença de <i>Tunga penetrans</i> e miíase realizando extração do parasita com instrumentos esterilizados (agulha ou lâmina de bisturi), conforme Manual de Enfermagem da APS;	
Realizar a avaliação da ferida e prescrever o tratamento mais adequado;	
Iniciar os cuidados tópicos com os usuários com úlceras diabéticas (neuropática, isquêmica ou neuroisquêmica), conforme o Protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas da SMSA/PBH;	
Realizar atendimento compartilhado sempre que necessário para os usuários egressos com ferida operatória de amputação ou desbridamento que inadvertidamente tenham sido encaminhados das unidades hospitalares diretamente para o CS;	
Realizar atendimento compartilhado sempre que necessário e referenciar para o médico da eSF os usuários com: <ul style="list-style-type: none"> • Sinais de infecção fúngica e outras distrofias de unha; • Dor neuropática; • Sinais de infecção na ferida aguda ou na úlcera; • Úlcera sem etiologia definida ou úlcera venosa para avaliar indicação de terapia compressiva. 	
Orientar a pessoa com DM e/ou cuidador sobre o autocuidado, prevenção e tratamento das calosidades, fissuras, rachaduras, lesões de pele, hidratação da pele, uso adequado de calçados;	
Em caso de usuário restrito ao leito orientar mudança de decúbito.	

Médico

Recomendações	Periodicidade sugerida
<p>Pesquisar a causa de calosidades e encaminhar os casos necessários;</p>	Sempre que necessário
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar e monitorar a realização dos cuidados para prevenção de ulcerações de acordo com o grau de risco, assim como os cuidados para prevenir recidivas de ulceração (APÊNDICE 05. Cartilha Cuidados com a Saúde dos Pés da Pessoa com Diabetes); ou cuidados com a úlcera ou ferida operatória ativa (Protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas da SMSA/PBH); 	
<p>Avaliar usuários com:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sinais de infecção fúngica e outras distrofias de unha; • Dor neuropática, com EVA maior ou igual a 4; • Sinais de infecção na ferida aguda ou na úlcera; • Úlcera sem etiologia definida para realizar prope-dêutica adequada ou úlcera venosa para avaliar uso de terapia compressiva (excluir insuficiência arterial e se necessário encaminhar para angiologista). 	

Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional

Recomendações	Periodicidade sugerida
<p>Avaliar os pés dos usuários com DM referenciados pelas eSF utilizando o instrumento de Avaliação Neurológica, Vascular e Biomecânica (APÊNDICE 1. Instrumentos para equipes NASF-AB);</p>	Na primeira avaliação e nas consultas subsequentes quando necessário
<p>Reavaliar e ofertar o cuidado ao paciente de acordo com periodicidade definida pelo risco clínico e realizar os encaminhamentos necessários (APÊNDICE 1. Instrumentos para equipes NASF-AB);</p>	

Continua.

Continuação: Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional

<p>Avaliar e orientar em relação ao:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equilíbrio e a mobilidade (deambula, deambula com auxílio ou não deambula); • Tipo e condições dos calçados comuns e meias, palmilhas, próteses ou órteses; • Circulação e integridade tissular; • Cuidados com os pés/coto; • Adaptações ambientais e de rotina que visem o favorecimento da autonomia e a independência; • Prevenção de quedas; • Prevenção de contraturas articulares. 	<p>Na primeira avaliação e nas consultas subsequentes quando necessário</p>
<p>Encaminhar para atendimento ambulatorial no CREAB de referência os casos com necessidade de cinesioterapia, treino de marcha e treino de equilíbrio que demandem as tecnologias da atenção especializada;</p>	
<p>Solicitar ao CREAB meios auxiliares de locomoção e avaliação da indicação de calçado adaptado, órtese, prótese de acordo com o fluxo vigente na SMSA-BH;</p>	
<p>Orientar o usuário e familiares/cuidador quanto ao uso de equipamento adaptativo, se prescrito.</p>	
<p>Realizar atendimento individual, compartilhado e/ou atividades coletivas aos usuários referenciados pelas eSF;</p>	
<p>Referenciar para a eSF os casos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usuários com patologias ou lesões pré-ulcerativas (calos, rachaduras, infecções fúngicas de pele e unha, unhas com deformidades grosseiras, unhas hipertróficas com queratose subungueal ou encravadas); • Usuários com ferida nos membros inferiores; • Comprometimento da circulação; • Usuários com alterações de pele não ulcerativas ou dor neuropática moderada ou escore ≥ 4 na EVA; • Usuários faltantes aos atendimentos agendados, para que seja realizada busca ativa. 	

Farmacêutico

Recomendações	Periodicidade sugerida
<p>Realizar atendimento e atividades coletivas preferencialmente compartilhada com outros profissionais;</p>	<p>Na primeira avaliação e sempre que necessário</p>
<p>Verificar se existe alguma dificuldade para acesso aos medicamentos e insumos, fornecendo orientações pertinentes para garantia da integralidade do tratamento por meio dos Componentes Básico e/ou Especializado da Assistência Farmacêutica;</p>	
<p>Para pacientes em uso de insulina, apoiar as equipes de saúde e usuários nas seguintes orientações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre os diferentes tipos de insulinas disponíveis na rede SUS; • Orientar sobre o armazenamento correto da insulina: não retirar da embalagem original, acondicioná-la na última prateleira da geladeira (acima da gaveta de verduras), nunca próxima ao congelador ou na porta; • Orientar o registro da data em que a insulina foi aberta pela primeira vez e o descarte após 30 dias ou outro informado pelo fabricante; • Orientar técnica correta de aplicação; • Orientar sobre descarte de material perfurocortante (agulhas, lancetas): colocar em recipientes rígidos, de boca larga, com tampa (ex: embalagem de amaciante, sabão em pó líquido) e entregar no CS para destinação adequada; • Orientar sobre o manejo de glicosímetros e demais insumos; • Informar sobre o registro dos valores glicêmicos, principalmente se os valores da hemoglobina glicada se apresentarem fora da meta desejada, na ocorrência de episódios de hipoglicemia ou alteração da farmacoterapia do paciente, bem como sobre a importância de levar os registros quando comparecer a uma consulta clínica com um profissional de saúde da unidade. 	

Continua.

Continuação: Farmacêutico

Orientar ao paciente que compareça aos atendimentos com as prescrições médicas e, sempre que possível, com os medicamentos em uso. Reforçar a importância da presença de um cuidador ou responsável nas consultas, caso o paciente não apresente autonomia na gestão de seus medicamentos;	Na primeira avaliação. Reforços subsequentes
Realizar a revisão da farmacoterapia buscando avaliar problemas relacionados aos medicamentos. Atentar para possível prática de automedicação, perguntando se não há utilização de medicamentos ou chás sem recomendação de profissional de saúde habilitado;	Na primeira avaliação e se alteração da farmacoterapia
Avaliar a possibilidade de otimização da farmacoterapia e propor intervenções à equipe de saúde que promovam a redução da complexidade do tratamento, tais como a redução do número de comprimidos;	Quando possível
Realizar a conciliação medicamentosa de pacientes que tenham sido recentemente admitidos em diferentes serviços de saúde;	Sempre que necessário
Promover a adesão à farmacoterapia esclarecendo os benefícios do tratamento, do seguimento e auxiliando na provisão de recursos facilitadores como calendários posológicos e materiais educativos.	A cada consulta

Profissional de Educação Física

Recomendações	Periodicidade sugerida
Realizar atendimento individual, compartilhado e/ou atividades coletivas para os usuários referenciados pelas eSF ou a partir da observação da demanda do território;	Sempre que necessário
Observar alterações ou intercorrências dos membros inferiores dos usuários das Academias da Cidade, referenciando para avaliação da eSF, caso necessário;	Habitualmente
Organizar nas Academias da Cidade dentro das ações educativas de promoção e prevenção relacionadas à temática de doenças crônicas abordagem específica ao DM, com especial atenção às questões do pé diabético.	Minimamente uma vez ao ano

Nutricionista

Recomendações	Periodicidade sugerida
Acompanhar, de forma individual ou coletiva e/ou compartilhada o usuário com o diagnóstico de DM nas seguintes situações: bom controle da doença, DM descompensado em função de alimentação inadequada; em situação de desnutrição ou excesso de peso; quando houver neuropatia ou retinopatia diabética; em caso de complicações crônicas com necessidade de reforço das orientações. São exemplos de DM descompensado: resultado de Glicohemoglobina (HbA1c) acima de 8 e/ ou ocorrências de hipoglicemias;	Sempre que necessário
Realizar o acompanhamento dos casos considerando: <ul style="list-style-type: none"> • Prescrição médica (medicamentos em uso) e resultados de exames; • Dados clínicos, bioquímicos, antropométricos (na avaliação de usuários com amputação, para estimativa de peso e altura considerar o desconto da parte amputada) e dietéticos; • Diagnóstico nutricional. 	
Elaborar e reavaliar, quando necessário, o plano alimentar e orientações nutricionais para sua condição de saúde, considerando o diagnóstico nutricional, hábitos alimentares saudáveis e condição sócio-econômica do usuário. Recomenda-se utilizar o "Instrutivo de Avaliação Nutricional e Cálculo das Necessidades Energético Proteicas", (https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/avaliacao-nutricional-final.pdf).	

Assistente Social

Recomendações	Periodicidade sugerida
Avaliar o contexto social e realizar medidas de apoio ao usuário/família, quando necessário, em caso de detecção pela equipe de situações indicativas de vulnerabilidade, insuficiência familiar ou financeira.	Sempre que necessário

Psicólogo

Recomendações	Periodicidade sugerida
Avaliar e acompanhar usuários com dificuldade de adesão ao tratamento, com perdas funcionais importantes ou situações complexas de adoecimento.	Sempre que necessário

Gerente do Centro de Saúde

Recomendações	Periodicidade sugerida
Acompanhar os processos de trabalho e contribuir para que cada profissional desempenhe sua função de acordo com as suas atribuições;	Habitualmente
Orientar usuários e profissionais a respeito dos serviços e fluxos de atendimento no CS e nos demais pontos da rede;	
Monitorar fila de espera e o processo de marcação de consultas.	

2.1.1. PLANO DE CUIDADOS

Elaborar um plano de cuidado integrado entre profissionais e pactuar metas terapêuticas para o tratamento com o paciente e equipe de saúde é tarefa a ser construída longitudinalmente, em conjunto com o usuário, incentivando o autocuidado. Esta ação é ainda mais importante nos casos mais complexos que necessitam de várias intervenções dos serviços e profissionais de saúde, buscando reduzir danos da doença e melhorar a qualidade de vida.

- Um aspecto importante a ser considerado no plano de cuidados do usuário com DM é a inclusão de um programa de exercícios físicos. Quando possível, a prática de exercícios físicos realizada nos Centros de Saúde, espaços da comunidade e Academias da Cidade, deverá ser estimulada.
- O exercício físico tem um importante papel na prevenção e no controle da resistência à insulina, do pré-DM gestacional (DMG), do DM tipo 2 e das complicações relacionadas ao DM. Tanto o exercício aeróbico quanto o anaeróbico melhoram a ação da insulina e podem contribuir no controle dos níveis glicêmicos, dos lipídios, da pressão arterial, do risco cardiovascular e na melhoria da qualidade de vida. O exercício físico realizado de forma regular promove a saúde, alcançando benefícios ainda mais duradouros.
- A maioria das pessoas com DM tipo 1 e tipo 2 podem praticar atividade física com segurança, desde que certas precauções sejam tomadas. Indivíduos com DM, sob treinamento físico supervisionado, apresentam maior compromisso, entusiasmo e melhor controle glicêmico que aqueles sem supervisão profissional.

Realizar referências ou contra referências do usuário a outros profissionais da APS, como equipe NASF-AB e Academias da Cidade, ou para outros serviços da rede é função de todos os envolvidos no cuidado, entretanto propõe-se que essa tomada de decisão seja discutida junto aos profissionais de nível superior da eSF (médico e enfermeiro). Para este encaminhamento, o usuário deverá estar sensibilizado para adesão a este acompanhamento adicional, pois a fragilidade de compromisso pode acarretar baixo aproveitamento dos recursos da rede, devido ao absenteísmo.

2.2 PAPEL E ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DO AMBULATÓRIO DO PÉ DIABÉTICO NO CUIDADO AO USUÁRIO

São atribuições comuns a todos os profissionais de saúde do APD envolvidos no cuidado das pessoas com DM, promover a educação em geral do paciente para fortalecer o autocuidado e prevenir as complicações do DM.

A seguir, destacamos os cuidados aos usuários a serem realizados especificamente por cada categoria profissional.

Auxiliar Administrativo

Recomendações	Periodicidade sugerida
Recepcionar os usuários agendados para consulta de enfermagem e agendar primeira consulta médica e retornos para os profissionais da equipe. A primeira consulta para o enfermeiro (admissão) deve ser solicitada pelo CS (via SISREG).	Sempre que necessário

Técnico ou Auxiliar de Enfermagem

Recomendações	Periodicidade sugerida
Verificar, quando indicado, dados vitais e glicemia capilar.	Sempre que necessário
Realizar curativos, sob supervisão do enfermeiro.	
Orientar os usuários quanto aos cuidados gerais e específicos com a úlcera ou ferida operatória.	
Identificar e informar ao enfermeiro: intercorrências clínicas ou específicas com a úlcera ou ferida operatória, assim como os usuários com critérios de alta do curativo.	
Realizar busca ativa dos usuários não aderentes ou faltosos.	

Atribuição comum a todos os profissionais médicos

Recomendações	Periodicidade sugerida
Avaliar os pacientes na sala de curativos do APD quando solicitado pela equipe de enfermagem devido à suspeita de infecção, presença de <i>Tunga penetrans</i> , maceração interdigital. Avaliar necessidade de antibioticoterapia;	Sempre que necessário
Realizar o primeiro atendimento e encaminhar a Urgência pacientes com intercorrência/instabilidade clínica.	

Endocrinologista

Recomendações	Periodicidade sugerida
Avaliar os usuários portadores de DM com ferida sem controle adequado da glicemia (HbA1c maior ou igual a 8%);	Sempre que necessário
Avaliação e manejo das complicações crônicas do DM: <ul style="list-style-type: none">• Avaliar e realizar tratamento compartilhado com ESF, sobretudo do usuário com neuropatia: dor e neuropatia autonômica;• Solicitar o acompanhamento regular com oftalmologia;• Encaminhar para outras especialidades da rede quando necessário.	

Ortopedista

Recomendações	Periodicidade sugerida
<p>Avaliar as lesões dos pés do usuário diabético que foi admitido pela enfermagem no APD, quanto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presença de deformidades nos pés e membros inferiores que possam afetar o padrão de marcha e consequentemente favorecer o aparecimento de calosidade e úlceras; • Presença de calosidades, protrusões e deformidades ósseas, potenciais indutoras de úlceras de pressão; • Presença de feridas de acometimento profundo (suspeita de osteomielite) ou em áreas de pressão dos pés; • Presença de artropatias diabéticas, principalmente a artropatia de Charcot; • Acometimento de possíveis fraturas por traumas não percebidos pelo paciente ou fraturas de stress. 	<p>Sempre que necessário</p>
<p>Solicitar exames de imagem (radiografia, tomografia computadorizada ou ressonância magnética conforme a suspeita clínica) e exames laboratoriais, quando necessário.</p>	
<p>Encaminhar para serviços terciários para realização de procedimentos mais complexos, quando indicado ou para serviços de urgência em casos não responsivos ao uso de antibióticos orais e a curativos regulares.</p>	
<p>Avaliar a necessidade de órteses para melhora de marcha e alívio de pressão em casos com deformidades dos pés, feridas plantares e dedos, além de próteses dos membros inferiores (MMII) para os pacientes submetidos a amputação.</p>	
<p>Encaminhar, quando indicado, os pacientes para reabilitação fisioterápica.</p>	
<p>Prescrever sapatos e palmilhas (pacientes portadores de deformidades dos pés, alterações de sensibilidade pela neuropatia diabética) com objetivo de prevenir úlceras recorrentes e melhorar o padrão de marcha.</p>	

Angiologista

Recomendações	Periodicidade sugerida
<p>Avaliar os MMII de pacientes diabéticos com situação de ulceração, infecção, destruição de tecidos profundos e/ou deformidades dos pés, associada a anormalidades neurológicas e vários graus de doença vascular e que tenham ameaça atual de viabilidade do membro acometido; e ainda, as feridas operatórias em MMII de pacientes diabéticos egressos hospitalares;</p>	<p>Sempre que necessário</p>
<p>Realizar exame vascular, determinar a presença e o grau de isquemia do membro, assim como a presença e a gravidade de infecção; presença de deformidades crônicas nos pés que aumentem o risco de surgimento ou evolução desfavorável de úlceras.</p>	
<p>Classificar os pacientes quanto ao risco de amputação maior do membro e grau de benefício de revascularização (neuropático x neuroisquêmico - classificação de WIFI).</p>	
<p>Realizar pequenos desbridamentos de tecidos desvitalizados ou hiperqueratose, e drenagem de abscessos (passíveis de serem realizados ambulatorialmente).</p>	
<p>Auxiliar na definição e orientação dos cuidados de curativo e coberturas mais adequadas.</p>	
<p>Orientar os pacientes quanto aos cuidados locais com a ferida e com os pés, e quanto a modificações dos hábitos de vida necessários ao tratamento adequado.</p>	
<p>Prescrever antibioticoterapia oral para pacientes que apresentam infecção não severa de feridas.</p>	
<p>Acompanhar a evolução das feridas.</p>	
<p>Identificar pacientes com indicação de revascularização de membro ou outros procedimentos eletivos e emitir Autorização de Internação Hospitalar (AIH)</p>	

Continua.

Continuação: Angiologista

<p>Encaminhar ao Pronto Atendimento pacientes com indicação de desbridamento, amputação e/ou revascularização de urgência, ou com indicação de Antibiótico-terapia venosa.</p>	<p>Sempre que necessário</p>
<p>Encaminhar para acompanhamento no CS e/ou com Angiologista/Cirurgião Vascular da Rede os pacientes que não apresentam fatores que ameaçam a viabilidade do membro no momento da avaliação (sem feridas/feridas epitelizadas em bom aspecto, DAP assintomática ou claudicação intermitente).</p>	
<p>Acompanhar a evolução de feridas operatórias dos pacientes egressos de hospitais e reencaminhar ao hospital de origem se evolução desfavorável e indicação de reinternação.</p>	

Enfermeiro

Recomendações	Periodicidade sugerida
<p>Realizar a consulta de enfermagem utilizando o instrumento padronizado APÊNDICE 03. Registro Sistematizado de Avaliação Clínica do Ambulatório APD.</p>	<p>Admissão</p>
<p>Verificar se os usuários apresentam critérios de admissão.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Na ausência destes critérios, realizar contrarreferência ao CS. 	
<p>Informar ao usuário as normas do serviço; orientar o paciente que o não seguimento do tratamento proposto pela equipe multiprofissional do APD é critério de desligamento.</p>	
<p>Solicitar avaliação do médico do APD, e/ou do coordenador médico de turno, em caso de: condições de gravidade e/ou desfecho desfavorável, queixa algica por parte do usuário, relacionada à úlcera ou ferida cirúrgica. Se necessário, encaminhar para urgência.</p>	

Continua.

Continuação: Enfermeiro

Realizar a limpeza e o desbridamento instrumental conservador da úlcera ou ferida operatória, quando indicado, somente até a fáscia.	Admissão
Definir e aplicar o tratamento tópico de acordo com o Protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas da SMSA/PBH.	
Solicitar avaliação de um médico do APD, quando: <ul style="list-style-type: none"> • O usuário apresentar sinais de infecção PEDIS 2 ou 3 (sem suspeita de osteomielite ou sinais flogísticos); • A ferida com evolução desfavorável (ex.: sugestiva de geração carcinomatosa - úlcera vegetante, friável). 	Sempre que necessário
Em caso de suspeita de osteomielite (exposição óssea no leito da ferida, sondagem óssea positiva e/ou dedo edemaciado - aspecto de "dedo em salsicha"), agendar avaliação ortopédica. Agendar avaliação do usuário com o ortopedista de acordo com a disponibilidade da agenda e previsão de resultados de exames solicitados.	
Avaliar os usuários com presença de <i>Tunga penetrans</i> e realizar, mediante prescrição médica, a extração do parasita com o uso de instrumentos esterilizados (agulha ou lâmina de bisturi).	
Encaminhar o usuário ao CS para avaliar a necessidade de vacina antitetânica.	
Avaliar a evolução da úlcera ou ferida operatória e a adequação do tratamento tópico proposto	Nos retornos
Verificar a necessidade de realizar novo desbridamento instrumental conservador da úlcera ou da ferida operatória.	
Avaliar os usuários que apresentam intercorrências clínicas ou relacionadas a úlcera ou ferida operatória durante os atendimentos subsequentes no APD e, se necessário, encaminhar para avaliação com médico do APD ou coordenador médico, ou para UPA, conforme a área de abrangência do CS do usuário. No caso de egressos hospitalares realizar o encaminhamento para o hospital de referência.	

Continua.

Continuação: Enfermeiro

Observar a adesão do usuário às orientações e agendamentos para o tratamento das úlceras/feridas operatórias. Alertar o paciente quanto à necessidade de adesão ao tratamento e compartilhar com a eSF os casos recorrentes.	Nos retornos
Reavaliar os pés dos usuários com epitelação da úlcera ou ferida cirúrgica e orientar os cuidados dos mesmos e a manutenção dos retornos com demais profissionais da equipe até a alta definitiva do APD e vínculo com a eSF.	Ao final do tratamento
Enviar, mensalmente, via e-mail, relação de usuário desligados e incluídos à SMSA em formulário próprio.	

2.3 FLUXOS

Enquanto coordenadora do cuidado a APS é o ponto de atenção responsável por organizar e acompanhar o percurso do usuário na rede. O APD configura-se como serviço complementar que avalia e apoia o cuidado aos casos de usuários diabéticos com úlcera.

Para otimização dos recursos disponíveis na rede e para que o usuário tenha a maior resolutividade possível e em tempo oportuno priorizando o acompanhamento na APS, os critérios de encaminhamento para o ambulatório especializado foram revisados.

É indicado acompanhamento no APD quando o usuário diabético apresentar lesão ativa neuropática, isquêmica ou neuroisquêmica, ou ferida cirúrgica de amputação ou desbridamento. Os usuários com alta hospitalar do Hospital Metropolitano Célio de Castro e do Hospital Municipal Odilon Behrens também são encaminhados para o referido ambulatório antes do retorno ao seu CS de referência.

O usuário deve ser avaliado na APS pela eSF e sempre que possível pelo Fisioterapeuta e/ou Terapeuta Ocupacional do NASF-AB, que realizará a Avaliação Neurológica, Biomecânica e Vascular do pé da pessoa com DM (APÊNDICE 1. Instrumentos para equipes NASF-AB).

O agendamento para o APD deverá ser feito pelo centro de saúde através do cadastro da solicitação no SISREG, via regulação, com a descrição do motivo do encaminhamento (Ex: Avaliação de sensibilidade protetora, pulsos e condições da lesão/ferida). As informações necessárias na Guia de Referência para o APD e as orientações para o usuário encaminhado estão descritas no APÊNDICE 2: Indicação para encaminhamento para o Ambulatório do Pé Diabético.

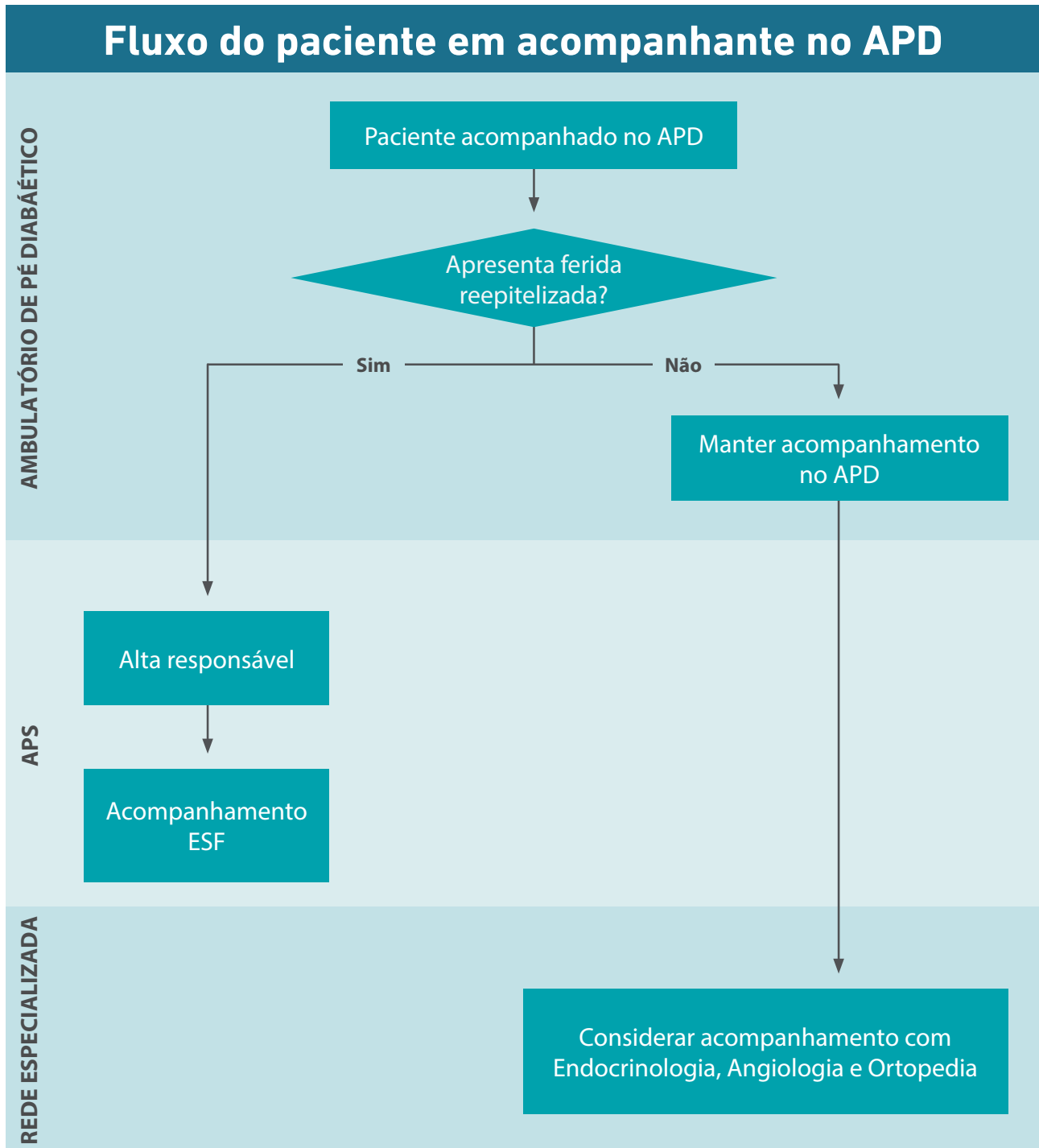
Caso o usuário apresente ferida cirúrgica infectada ou com necrose extensa, e tenha sido submetido a intervenção cirúrgica recente (<30 dias), o médico da eSF deverá fazer contato prévio com o hospital de internação para que o usuário seja encaminhado imediatamente para o hospital responsável pela intervenção.

FIGURA 1. Fluxo de tomada de decisão para o acompanhamento da pessoa com DM de acordo com seu risco e presença de ferida



* O usuário permanecerá em acompanhamento no APD enquanto a ferida não estiver epitelizada.

FIGURA 2. Fluxo do usuário em acompanhamento no APD



*Após conclusão do acompanhamento no APD, quando a ferida estiver epitelizada, o usuário será contra referenciado à APS, conforme fluxograma, por meio do Instrumento de contra referência do cuidado para o CS, apresentado no APÊNDICE 04. Instrumento de contra referência do cuidado para o Centro de Saúde.

Referências bibliográficas

Borges EL. Feridas. Úlceras de membros inferiores. 1.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koo-
gan; 2012. 216 p.

Boulton AJ, Armstrong DG, Albert SF, Frykberg RG, Hellman R, Kirkman MS, Lavery LA, Le-
master JW, Mills JL Sr, Mueller MJ, Sheehan P, Wukich DK; American Diabetes Association;
American Association of Clinical Endocrinologists. Comprehensive foot examination and
risk assessment: a report of the task force of the foot care interest group of the Ame-
rican Diabetes Association, with endorsement by the American Association of Clinical
Endocrinologists. *Diabetes Care*. 2008 Aug;31(8):1679-85. doi: 10.2337/dc08-9021. PMID:
18663232; PMCID: PMC2494620.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção
Básica. Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crô-
nica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção
Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise
em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2019: vigilância de
fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas
sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para
doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 3. 2019*
[recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departa-
mento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Minis-
tério da Saúde, 2020. 137p.

Flor LS, Campos MR. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na
população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. *Rev.
bras. epidemiol.* [Internet]. 2017 Mar [cited 2021 Apr 05]; 20(1): 16-29. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2017000100016&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700010002>.

Kendall HQ, Kendall FP, Wadsworth GE. *Músculos: pruebas y funciones*. 2.ed. Barcelona:
JIMS; 1979. 284 p.

Lipsky BA, Berendt AR, Cornia PB, Pile JC, Peters EJ, Armstrong DG, Deery HG, Embil JM, Joseph WS, Karchmer AW, Pinzur MS, Senneville E; Infectious Diseases Society of America. 2012 Infectious Diseases Society of America clinical practice guideline for the diagnosis and treatment of diabetic foot infections. *Clin Infect Dis*. 2012 Jun;54(12):e132-73. doi: 10.1093/cid/cis346. PMID: 22619242.

Magee DJ. Perna, tornozelo e pé. In: *Avaliação Músculo esquelética*. 4.ed. São Paulo: Manole; 2005: 761-841.

Moreira RO, Castro AP, Papelbaum M, Appolinário JC, Ellinger VCM, Coutinho WF, et al. Tradução para o português e avaliação da confiabilidade de uma escala para diagnóstico da polineuropatia distal diabética. *Arq Bras Endocrinol Metab* [Internet]. 2005 Dec [cited 2021 Apr 05]; 49(6): 944-950. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302005000600014&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0004-27302005000600014>.

Pedrosa HC, Tavares FS, Boulton AJM. *Neuropatias e pé diabético*. 1.ed. São Paulo: AC Farmacêutica; 2014. 328 p.

Belo Horizonte [página na internet]. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Manual de enfermagem - Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte [acesso em 05 de abril de 2021]. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2019/manual_enfermagem_ap.pdf.

Belo Horizonte [página na internet]. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas [acesso em 05 de abril de 2021]. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/protocolo_tratamento_feridas.pdf.

Sociedade Brasileira de DM. *Diretrizes Sociedade Brasileira de DM 2019-2020*. São Paulo: Editora Clannad; 2020. 455p.

APÊNDICE 1.

Instrumentos para equipes NASF-AB



Limpar

Imprimir

1 IDENTIFICAÇÃO

NOME

DATA DE NASCIMENTO

P - E

2 AVALIAÇÃO NEUROPÁTICA (1)

SERÁ PESQUISADA APENAS SE PACIENTE CONFIRMAR QUE EXPERIMENTA DOR OU DESCONFORTO NAS PERNAS E PÉS.

ASSINALE O ACHADO: **TRÊS ITENS EM NEGRITO INDICAM DOR NEUROPÁTICA ***

2.1 O(A) SENHOR(A) SENTE COM MAIOR FREQUÊNCIA

QUEIMAÇÃO, DORMÊNCIA OU FORMIGAMENTO FADIGA, CÂIMBRA OU DOR (FACADA, PONTADA, LANCINANTE)

2.2 O LOCAL DO SINTOMA É

NOS PÉS E/OU PERNAS OUTRO LOCAL

2.3 O SINTOMA

SURGE À NOITE SURGE DURANTE O DIA E À NOITE APENAS DURANTE O DIA

O SINTOMA JÁ O ACORDOU DURANTE A NOITE? SIM NÃO

O QUE ALIVIA O SINTOMA? ANDAR FICAR DE PÉ SENTAR OU DEITAR

3 AVALIAÇÃO DA INTENSIDADE DO SINTOMA NEUROPÁTICO / ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)

(0 SEM DOR -----10 PIOR DOR POSSÍVEL)

INTENSIDADE LEVE < 5 MODERADA > 5 GRAVE > 8

4 AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE PROTETORA (RISCO NEUROPÁTICO DE ULCERAÇÃO) (2)

SENSIBILIDADE AO MONOFILAMENTO DE 10g

PRESENTE AUSENTE *

SENSIBILIDADE VIBRATÓRIA

PRESENTE AUSENTE

SENSIBILIDADE DOLOROSA

PRESENTE AUSENTE

REFLEXO AQUILEU

PRESENTE AUSENTE

QUALQUER **UMA** DAS ÁREAS TESTADAS E SEM SENSIBILIDADE

PERDA DA SENSIBILIDADE PROTETORA (PSP): MONOFILAMENTO DE 10G ALTERADO + SENSIBILIDADE VIBRATÓRIA, DOLOROSA **OU** REFLEXO DE AQUILEU ALTERADO:

SIM NÃO

5 INSPEÇÃO E AVALIAÇÃO DOS PULSOS

5.1 INSPEÇÃO DOS PÉS E CALÇADOS

CALO PELOS AUSENTES CALÇADO INADEQUADO

PELE SECA, RACHADURA E/OU FISSURA ONICOMICOSE ÚLCERA ATIVA

COR DA PELE PÁLIDA OU CIANÓTICA MICOSE INTERDIGITAL AMPUTAÇÃO
NÍVEL: _____

5.2 IDENTIFICAÇÃO DE DEFORMIDADES

ATROFIA INTERÓSSEA DEDOS EM GARRA DEDOS CAVALGADOS DEDOS EM MARTELO

PÉ CAVO PÉ PLANO CABEÇAS DE METATARSOS PROEMINENTES HÁLUX VALGO

5.3 AVALIAÇÃO DE PULSOS DISTAIS

PULSO	PÉ ESQUERDO	PÉ DIREITO
PÉ DILOSO	<input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> DIMINUÍDO <input type="checkbox"/> AUSENTE	<input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> DIMINUÍDO <input type="checkbox"/> AUSENTE
TIBIAL POSTERIOR	<input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> DIMINUÍDO <input type="checkbox"/> AUSENTE	<input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> DIMINUÍDO <input type="checkbox"/> AUSENTE

ÚLCERA PRÉVIA SIM NÃO

6 AVALIAÇÃO DA BIOMECÂNICA**6.1 TESTE DE FORÇA MUSCULAR ^(5,6)****DORSIFLEXÃO** 0 – AUSÊNCIA DE CONTRAÇÃO MUSCULAR, VISÍVEL OU PALPÁVEL; 1 – CONTRAÇÃO MUSCULAR VISÍVEL OU PALPÁVEL, INCAPAZ DE MOVER O SEGMENTO POR TODA ADM; 2 – CONTRAÇÃO MUSCULAR CAPAZ DE MOVER O SEGMENTO POR TODA ADM, SEM A GRAVIDADE; 3 – CONTRAÇÃO MUSCULAR CAPAZ DE MOVER O SEGMENTO POR TODA ADM, CONTRA A GRAVIDADE; 4 – CONTRAÇÃO MUSCULAR CAPAZ DE MOVER O SEGMENTO POR TODA ADM, CONTRA RESISTÊNCIA MODERADA; 5 – CONTRAÇÃO MUSCULAR CAPAZ DE MOVER O SEGMENTO POR TODA ADM, CONTRA RESISTÊNCIA INTENSA.**FLEXÃO PLANTAR** 0 – AUSÊNCIA DE CONTRAÇÃO MUSCULAR, VISÍVEL OU PALPÁVEL; 1 – CONTRAÇÃO MUSCULAR VISÍVEL OU PALPÁVEL, INCAPAZ DE MOVER O SEGMENTO POR TODA ADM; 2 – CONTRAÇÃO MUSCULAR CAPAZ DE MOVER O SEGMENTO POR TODA ADM, SEM A GRAVIDADE; 3 – CONTRAÇÃO MUSCULAR CAPAZ DE MOVER O SEGMENTO POR TODA ADM, CONTRA A GRAVIDADE; 4 – CONTRAÇÃO MUSCULAR CAPAZ DE MOVER O SEGMENTO POR TODA ADM, CONTRA RESISTÊNCIA MODERADA; 5 – CONTRAÇÃO MUSCULAR CAPAZ DE MOVER O SEGMENTO POR TODA ADM, CONTRA RESISTÊNCIA INTENSA.**AMPLITUDE DE MOVIMENTOS**

SINAL DA PRECE

 NORMAL REDUZIDAGINIOMETRIA ^{5,6}

DORSIFLEXÃO (0-20°)

 NORMAL REDUZIDA

FLEXÃO-PLANTAR (0-45°)

 NORMAL REDUZIDA

EXTENSÃO DO HÁLUX (70 0 MF)

 NORMAL REDUZIDA

FLEXÃO DO HÁLUX (45 MF, 90 IF)

 NORMAL REDUZIDA**LOCOMOÇÃO** DEAMBULA CLAUDICANTE TIPO: _____ APOIADO POR TERCEIROS COM MEIOS DE AUXÍLIO BENGALAS MULETAS ANDADOR CADEIRA DE RODAS ANDA SOZINHO EMPURRADO POR TERCEIROS**ATIVIDADE FÍSICA**

7 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE ULCERAÇÃO DE CONDUTA			
RISCO	DEFINIÇÃO	RECOMENDAÇÃO DE TRATAMENTO	SEGUIMENTO
0	SEM PSP, SEM DAP SEM DEFORMIDADES	EDUCAÇÃO CALÇADOS APROPRIADOS	ANUAL (ESF)
1	PSP ± DEFORMIDADES	PRESCRIÇÃO DE OPMAL* (CREAB DE REFERÊNCIA) ** CIRURGIA PROFILÁTICA	A CADA 3 A 6 MESES (ESF, NASF-AB E ORTOPEDISTA PÉ)
2	DAP ± PSP	PRESCRIÇÃO DE OPMAL* (CREAB DE REFERÊNCIA) ** CONSULTA COM VASCULAR	A CADA 2 A 3 MESES (ESF E ANGIOLOGISTA).
3	HISTÓRICO DE ÚLCERA OU AMPUTAÇÃO	PRESCRIÇÃO DE OPMAL* (CREAB DE REFERÊNCIA) ** CONTROLE COM VASCULAR SE DAP PRESENTE	A CADA 1 A 2 MESES (ESF E ANGIOLOGISTA)

FONTE: ADA-AACC, 2008 - ADAPTADA

*PRESCRIÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MEIOS DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO (OPMAL).

** ENCAMINHAR PARA O CREAB DE REFERÊNCIA.

EQUIPAMENTOS FORNECIDOS PELO SUS DE ACORDO COM DESCRIÇÃO DA TABELA DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS

ESPECIAIS NÃO RELACIONADOS AO ATO CIRÚRGICO:

- MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO (ANDADOR, BENGALA, MULETA, CADEIRA DE BANHO E CADEIRA DE RODAS);

- ÓRTESES (PALMILHAS, CALÇADOS E TUTORES)

- PRÓTESES (MMSS E MMII)

RISCO: _____

8 CONDUTA

ORIENTAÇÃO / EDUCAÇÃO:

PRESCRIÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA:

PRESCRIÇÃO DE OPMAL:

ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO ESPECIALIZADO:

OUTRA:

DATA

ASSINATURA DO(A) RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

CARIMBO

APÊNDICE 2.
Indicação para encaminhamento para o
Ambulatório do Pé Diabético



**DEVERÃO SER ENCAMINHADOS AO AMBULATÓRIO DO PÉ DIABÉTICO:
PACIENTES DIABÉTICOS COM FERIDAS ATIVAS NEUROPÁTICAS, ISQUÊMICAS OU NEUROISQUÊMICAS, FERIDAS
CIRÚRGICAS POR AMPUTAÇÃO E/OU DESBRIDAMENTO.**

1 NA GUIA DE REFERÊNCIA DEVERÁ CONSTAR

- TEMPO DE EXISTÊNCIA DA LESÃO;
- CARACTERÍSTICAS DA LESÃO: EXTENSÃO (CM²), LOCALIZAÇÃO, LEITO, EXSUDATO, BORDAS, ÁREA ADJACENTE, ODOR, SINAIS DE INFECÇÃO (CONFORME CLASSIFICAÇÃO IDSA/PEDIS-ANEXO 03. AVALIAÇÃO DA GRAVIDADE E CONDUTAS);
- COBERTURAS UTILIZADAS ATÉ O MOMENTO;
- USO DE ANTIBIÓTICO (SE NECESSÁRIO) E PERÍODO DE TRATAMENTO;
- AVALIAÇÃO VASCULAR: PULSOS PEDIOSOS E TIBIAL POSTERIOR/ PRESENTES, AUSENTES OU DIMINUÍDOS;
- RESPOSTA AO TESTE COM O MONOFILAMENTO DE 10GR- SEMMES-WEINSTEIN: AUSENTE OU PRESENTE;
- MEDICAMENTOS EM USO E RESULTADOS DE EXAMES RECENTES RELEVANTES AO ATENDIMENTO (EX.: RAIOS X, DUPLEX SCAN, CONTROLE DA DM, FUNÇÃO RENAL).

2 O USUÁRIO DEVERÁ

- LEVAR DOCUMENTO DE IDENTIDADE COM FOTO;
- LEVAR EXAMES RECENTES (ÚLTIMOS 90 DIAS), QUANDO HOVER;
- LEVAR RECEITA ATUAL DOS MEDICAMENTOS EM USO;
- LEVAR SUMÁRIO DE ALTA, QUANDO HOVER;
- IR ACOMPANHADO;
- ALIMENTAR-SE NORMALMENTE ANTES DO ATENDIMENTO;
- TOMAR TODAS AS MEDICAÇÕES PRESCRITAS NO HORÁRIO HABITUAL;
- USAR ROUPAS LARGAS OU BERMUDA QUE PERMITAM O EXAME FÍSICO DOS MEMBROS INFERIORES.

APÊNDICE 3.

Registro Sistematizado de Avaliação Clínica do Ambulatório APD



Imprimir

Limpar

1 IDENTIFICAÇÃO E PERFIL SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO

NOME DO(A) REQUERENTE / REPRESENTANTE LEGAL

NOME SOCIAL (CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE QUE DISPÕE SOBRE O USO DE NOME SOCIAL DE PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS)

PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

DATA DE NASCIMENTO

IDADE

ANOS

NATURALIDADE

ENDEREÇO (RUA, AV., ETC.)

NÚMERO

COMPLEMENTO

BAIRRO

TELEFONE(S)

PROVENIENTE

CENTRO DE SAÚDE

HOSPITAL

UPA: _____

RESPONSÁVEL

CS REFERÊNCIA

EQUIPE

2 QUEIXA / MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO**3 DATA DA AVALIAÇÃO****4 HÁBITOS E DADOS CLÍNICOS**

STATUS DE FUMANTE

NUNCA FUMOU

EX-FUMANTE

FUMANTE

ETILISMO

NÃO

ABSTINÊNCIA TEMPO: _____

SIM

TIPO DE BEBIDA: _____ ml / DIA: _____

SEDENTARISMO

SIM

NÃO

TIPO DE DIAGNÓSTICO DE DM

DOENÇAS ASSOCIADAS

HIPERTENSÃO

DISLIPIDEMIA

OBESIDADE

OUTRA: _____

COMPLICAÇÕES DM

RETINOPATIA

NEFROPATIA

ANGINA

CORONARIOPATIA

AVC

NEUROPATIA

DAP

5 EXAME FÍSICO

GLICEMIA CAPILAR DO MOMENTO

_____ mg / dl

PA:

_____ mm / Hg

PESO

_____ kg

ALTURA

_____ cm

IMC

_____ (Kg / m²)

CLASSIFICAÇÃO

NORMAL: 18,5 A 24,9

BAIXO PESO: < 18,5

SOBREPESO: 25 A 29,9

OBESO >30

PERÍMETRO ABDOMINAL

_____ cm (MULHERES < 80 cm; HOMENS < 94 cm)

6 EXAMES LABORATORIAIS			
DATA	TIPO	VALOR REF.	RESULTADO
	GLICEMIA DE JEJUM ¹	< 110MG/DL	
	GLICOHEMOGLOBINA (HBA1C)	< 7%	
	HEMOGLOBINA ²	12 – 18G/DL	
	ALBUMINA ²	3,5 – 5G/DL	
	URÉIA ²	18 – 40 MG/D	
	CREATININA ²	0,4– 1,2 MG/DL	
	COLESTEROL TOTAL	< 200	
	COLESTEROL HDL ¹	> 40	
	COLESTEROL LDL ¹	< 100	
	TRIGLICÉRIDES ¹	< 150	
	TGO ²		
	TGP ²		

FONTE: 1. ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE DM (ALAD),2006. 2. CONFORME VALORES DE REFERÊNCIA PADRONIZADOS PELO LABORATÓRIO DE REFERÊNCIA PARA A SMSA/PBH

7 EXAMES COMPLEMENTARES (DOPPLER, RADIOGRAFIA, CULTURA E OUTROS)

8 AVALIAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES

MOBILIDADE

DEAMBULA DEAMBULA COM AUXÍLIO NÃO DEAMBULA

ÚLCERA ATIVA

SIM NÃO SIM NÃO

ÚLCERA PRÉVIA

FERIDA OPERATÓRIA

SIM NÃO

AMPUTAÇÃO PREVIA

NÃO SIM: MAIOR MENOR LOCAL: _____ REALIZADA HÁ: _____

PRÓTESE

NÃO SIM: TIPO: _____

ÓRTESE

NÃO SIM: TIPO: _____

PELE

HIGIENIZAÇÃO ADEQUADA SIM NÃO MACERAÇÃO INTERDIGITAL SIM NÃO

TEMPERATURA

NORMAL DIMINUÍDA AUMENTADA EDEMA ERITEMA

UNHAS

NORMAIS SIM NÃO HIPERTRÓFICAS / OUTROS: _____

9 AUTOCUIDADO

CALÇADOS ADEQUADOS	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	USO DE PALMILHAS	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
USO DE MEIAS	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	MEIAS DE ALGODÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
CORTE ADEQUADO DAS UNHAS	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	RETIRADA DE CUTÍCULAS	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
USO DE ESMALTE LEITOSO E ESCURO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	USO DIÁRIO DE HIDRATANTE	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

10 AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

QUEIXAS

 AUSENTES PRESENTES

EM FORMA DE

 QUEIMAÇÃO AGULHADAS PONTADAS CHOQUES ALODÍNEA OUTRAS: _____

DOR PIORA À NOITE/REPOUSO E MELHORA COM MOVIMENTO

 SIM NÃO FORMIGAMENTO DORMÊNCIA FRAQUEZA MUSCULAR CÂIBRAS SENSAÇÃO DE ESFRIAMENTO / AQUECIMENTO

DEFORMIDADE

 NENHUMA PÉ CAVUS ARCO DESABADO DEDOS EM GARRA HÁLUS VALGO
 ATROFIA INTERÓSSEA PROEMINÊNCIA DE METATARSOS CHARCOT

PELE SECA

 SIM NÃO

HIPERCERATOSE PLANTAR

 SIM NÃO

RACHADURAS

 SIM NÃO

FISSURAS

 SIM NÃO

CALOS

 NÃO SIM LOCAL: _____

RESPOSTA AO MONOFILAMENTO DE 10 GRAMAS

SENSIBILIDADE PRESENTE AUSENTE (EM QUALQUER UMA DAS ÁREAS TESTADAS)**11 AVALIAÇÃO VASCULAR**

CLAUDICAÇÃO

 SIM NÃO

DOR REPOUSO

 SIM NÃO

DOR ALIVIA COM MEMBRO PENDENTE

 SIM NÃO

PELOS ALTERADOS

 SIM NÃO

PULSOS

LEGENDA: P = PRESENTE / D = DIMINUÍDO / A = AUSENTE

PEDIOSO

 D E

TIBIAL POSTERIOR

 D E

POPLÍTEO

 D E

MEMBRO	ARTÉRIA BRAQUIAL	ARTÉRIA PEDIOSA	ARTÉRIA TIBIAL POSTERIOR	ITB DO MEMBRO
DIREITO				
ESQUERDO				

AVALIAÇÃO DA DOR OBSERVADA / RELATADA

ESCORE: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

INTERFERÊNCIA NAS ATIVIDADES DIÁRIAS

 NÃO SIM. EM QUE ASPECTO? SONO APETITE DEAMBULAÇÃO HUMOR**12 AVALIAÇÕES DA(S) LESÃO(ÕES)**

NÚMERO DE FERIDAS (EM CASO DE MAIS DE UMA, IDENTIFICÁ-LAS POR NÚMERO)

EXTENSÃO

F1 _____ cm² F2 _____ cm² F3 _____ cm² F4 _____ cm²

TEMPO DE EXISTÊNCIA

_____ DIAS

FATOR DESENCADEANTE

 TRAUMA ESPONTÂNEO

OCORRÊNCIA

 PRIMEIRA RECIDIVA SE RECIDIVA, HÁ QUANTO TEMPO SURTIU A 1ª LESÃO: _____ DIAS

TRATAMENTO PRÉVIO

USO DE ATB

 NÃO SIM SE SIM, QUAL?

ETIOLOGIA

 NEUROPÁTICA ISQUÊMICA NEUROISQUÊMICA CIRÚRGICA: DESBRIDAMENTO AMPUTAÇÃO AGUDA (≤ 4 SEMANAS) OUTRA: _____

13 CLASSIFICAÇÃO DE INFECÇÃO PEDIS / IDSA

NÃO INFECTADO LEVE MODERADA GRAVE

14 MEDICAMENTOS EM USO (PRESCRITOS E NÃO PRESCRITOS)

DOSE E POSOLOGIA. REGULARIDADE E ADEQUAÇÃO DO USO

15 RESULTADOS PRELIMINARES DAS AVALIAÇÕES NEUROLÓGICA E VASCULAR

INSENSIBILIDADE AO MONOFILAMENTO DE 10G DAP DEFORMIDADES ÚLCERA PRÉVIA
 AMPUTAÇÃO PRÉVIA ÚLCERA ATIVA FERIDA OPERATÓRIA RISCO 0: SEM PSP, SEM DAP E SEM DEFORMIDADES
 RISCO 1: PSP + DEFORMIDADES RISCO 2: PSP + DAP RISCO 3: HISTÓRICO DE ÚLCERA OU AMPUTAÇÃO

FONTE: DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DM, 2009

16 LOCALIZAÇÃO

PODODÁCTILO D E HÁLUX 2° 3° 4° 5°

FACE
 DORSAL PLANTAR MEDIAL LATERAL INTERDIGITAL

METATARSO D E 1° 2° 3° 4° 5°

SEGMENTOS FACE
 CABEÇA CORPO BASE DORSAL PLANTAR LATERAL MEDIAL

RETRO-PÉ D E FACE
 DORSAL PLANTAR MEDIAL LATERAL POSTERIOR

PERNA D E TERÇO
 DISTAL MÉDIO PROXIMAL

FACE
 ANTERIOR POSTERIOR MEDIAL LATERAL OUTRA LOCALIZAÇÃO (DESCREVER): _____

17 TIPO DE DECIDO / PERCENTUAL (DEVE TOTALIZAR 100%)

GRANULADO _____% HIPERGRANULADO _____% LIMPO, SEM GRANULAÇÃO _____%
 NECROSE ÚMIDA _____% NECROSE SECA _____% EPITELIZADO _____%

TESTE DE PALPAÇÃO ÓSSEA PERDA TECIDUAL
 POSITIVO NEGATIVO PARCIAL (EPIDERMIS E DERME) TOTAL (EXPOSIÇÃO DE SUBCUTÂNEO E/OU MÚSCULO, TENDÃO E OSSO)

18 EXSUDATO

QUANTIDADE

ESCASSA: LEITO DA LESÃO SECO OU EXSUDATO NÃO QUANTIFICADO PEQUENA: LEITO DA LESÃO POUCO ÚMIDO
 MODERADA: LEITO IMPREGNADO DE EXSUDATO GRANDE: LEITO BANhado POR FLUIDO, ALAGADO

ASPECTO

SEROSO SEROSSANGUINOLENTO SANGUINOLENTO PURULENTO PIOSANGUINOLENTO

ODOR RUIM

NÍVEL 5: SEM ODOR NÍVEL 2: O ODOR É EVIDENTE A UMA DISTÂNCIA DE APROXIMADAMENTE 0,5M DO DOENTE
 NÍVEL 4: O ODOR É DETECTADO NA REMOÇÃO DO CURATIVO NÍVEL 1: O ODOR É EVIDENTE QUANDO SE ENTRA NA SALA EM QUE SE ENCONTRA O DOENTE
 NÍVEL 3: O ODOR É EVIDENTE QUANDO SE EXPÕE A LESÃO

BORDA

EPITELIZADA ADERIDA DESCOLADA COM ERITEMA EPIBOLIA
 COM TUNELIZAÇÃO QUERATOSE MACERADA

PELE ADJACENTE

INTACTA HIPERCERATOSA MACERADA ERITEMATOSA DESCAMATIVA
 PRURIGINOSA COM BOLHAS

CLASSIFICAÇÃO EXCLUSIVA PARA ÚLCERAS DIABÉTICAS (NEUROPÁTICA, ISQUÊMICA OU NEUROISQUÊMICA)				
(CIRCULE NO QUADRO A CÉLULA QUE CORRESPONDE À CLASSIFICAÇÃO DO USUÁRIO NA SUA AVALIAÇÃO)				
GRAU / ESTÁGIO	GRAU 0	GRAU 1	GRAU 2	GRAU 3
ESTÁGIO A	LESÃO PRÉ- OU PÓS-ULCERATIVA EPITELIZADA	SUPERFICIAL, SEM COMPROMETER TENDÃO, CÁPSULA OU OSSO	PENETRA NO TENDÃO OU CÁPSULA	PENETRA NO OSSO
ESTÁGIO B	INFECÇÃO	INFECÇÃO	INFECÇÃO	INFECÇÃO
ESTÁGIO C	ISQUEMIA	ISQUEMIA	ISQUEMIA	ISQUEMIA
ESTÁGIO D	INFECÇÃO E ISQUEMIA	INFECÇÃO E ISQUEMIA	INFECÇÃO E ISQUEMIA	INFECÇÃO E ISQUEMIA

UNIVERSITY OF TEXAS HEALTH SCIENCE CENTER SAN ANTONIO (UT) FONTE: DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DM, 2009

19 CONDUTA

TRATAMENTO INDICADO PARA A(S) LESÃO(ÕES)

EXAMES SOLICITADOS

ENCAMINHAMENTO

OFTALMOLOGIA

URGENCIA

CENTRO DE SAÚDE

OUTRO: _____

20 AGENDAMENTOS (SE NECESSÁRIO)

ANGIOLOGIA: ____/____/____

NUTRIÇÃO: ____/____/____

DERMATOLOGIA: ____/____/____

ORTOPEDIA: ____/____/____

PSICOLOGIA: ____/____/____

ENDOCRINOLOGIA: ____/____/____

FISIOTERAPIA: ____/____/____

RETORNO PARA CURATIVO: ____/____/____

21 OBSERVAÇÕES / ORIENTAÇÕES

22 ASSINATURAS

DATA	ASSINATURA E CARIMBO DO(A) EXAMINADOR(A)
------	--

APÊNDICE 4.
**Instrumento de contra referência do cuidado
para o Centro de Saúde**



Limpar

Imprimir

1 IDENTIFICAÇÃO

NOME DO(A) REQUERENTE / REPRESENTANTE LEGAL

NOME SOCIAL (CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE QUE DISPÕE SOBRE O USO DE NOME SOCIAL DE PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS)

PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

DATA DE NASCIMENTO

IDADE

ANOS.

CS REFERÊNCIA

EQUIPE

NOME(S) DO(S) CUIDADOR(ES) EFETIVO(S)

VÍNCULO COM O PACIENTE

CONTATO DO CUIDADOR

2 CONTEXTO (SÍNTESE DA HISTÓRIA CLÍNICA DA PESSOA, COMORBIDADES, CONDIÇÃO DE SAÚDE INCLUINDO FATORES DE RISCO, CONTEXTO PSICOSSOCIAL E DE AUTONOMIA, DADOS RELEVANTES DO EXAME FÍSICO OU DE EXAMES COMPLEMENTARES).

LISTA DE PROBLEMAS / CONDIÇÕES

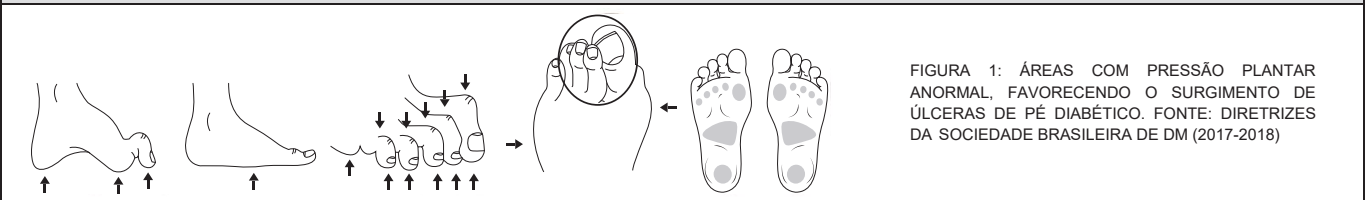
CLÍNICAS	FUNCIONAIS
<input type="checkbox"/> DM INSULINO DEPENDENTE <input type="checkbox"/> DM NÃO INSULINO DEPENDENTE <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> TROMBOSE	<input type="checkbox"/> BAIXA ACUIDADE VISUAL <input type="checkbox"/> NEFROPATIA DIABÉTICA: <input type="checkbox"/> DIALÍTICO <input type="checkbox"/> NÃO DIALÍTICO <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> AMPUTAÇÃO <input type="checkbox"/> OUTRO: _____ _____ _____

3 ASPECTOS AMBIENTAIS, COMPORTAMENTAIS, REDES DE APOIO FAMILIAR E SOCIAL

4 FATORES DE RISCO E FATORES DE PROTEÇÃO

<input type="checkbox"/> CONTROLE GLICÊMICO INSATISFATÓRIO <input type="checkbox"/> HISTÓRICO DE ÚLCERA OU AMPUTAÇÕES <input type="checkbox"/> TABAGISMO <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> IDADE AVANÇADA/ DEMÊNCIA	<input type="checkbox"/> MORA SÓ <input type="checkbox"/> DAOP <input type="checkbox"/> NEUROPATIA PERIFÉRICA <input type="checkbox"/> DEFORMIDADES DOS PÉS (FIGURA 1) <input type="checkbox"/> OUTRO: _____	<input type="checkbox"/> CUIDADOR COM VÍNCULO <input type="checkbox"/> FAMÍLIA PRESENTE <input type="checkbox"/> SITUAÇÃO FINANCEIRA <input type="checkbox"/> ADESAO AOS CUIDADOS DOS PÉS E CONTROLE DA DM <input type="checkbox"/> OUTRO: _____
---	--	--

4.1 FIGURA 1



5 RELATÓRIO DE ALTA DA SALA DE CURATIVOS

PACIENTE ENCAMINHADO AO APD PELO: _____ PERÍODO DE TRATAMENTO NO SETOR : _____

LOCALIZAÇÃO DA(S) FERIDA(S) EPITELIZADA(S): _____

MANTÉM ACOMPANHAMENTO COM:

DATA	<input type="checkbox"/> ANGIOLOGIA	DATA	<input type="checkbox"/> ENDOCRINOLOGIA
DATA	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	DATA ÚLTIMO RETORNO EM:	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA (CONTROLE NO MÍNIMO ANUAL)

PACIENTE RECEBE ALTA DA SALA DE CURATIVOS E SEGUIRÁ COM ALTA GRADATIVA DAS ESPECIALIDADES. SERÁ ACOMPANHADO PELA ESF E EM CASO DE SURTIMENTO DE NOVA FERIDA DEVERÁ SER REENCAMINHADO AO APD VIA SISREG (ESPECIALIDADE AVALIAÇÃO DOS PÉS DO DIABÉTICO). CONTATO: 3277-8986

DATA	NOME DO ENFERMEIRO (A) APD
------	----------------------------

APÊNDICE 5.
Cartilha Cuidados com a Saúde dos Pés da
Pessoa com Diabetes



Acesse a cartilha pelo link ou aponte a câmera do seu celular para o QR Code.



<https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2021/cartilha-fique-de-olho-nos-seus-pes-versao-final-4.pdf>

APÊNDICE 6.

Recomendações sobre calçados para pessoas com DM

GUIA GERAL PARA PRESCRIÇÃO DE CALÇADOS COM BASE NO ESTADO DE RISCO

	Nível de Atividade		
	Baixo	Moderado	Alto
Ausente	Calçado esportivo ou com altura profunda, com uma palmilha macia (confeção individualizada, preferencialmente).	Calçado esportivo ou com altura profunda, com uma palmilha espessa (confeção individualizada, preferencialmente).	Calçado esportivo ou com altura profunda, com uma palmilha espessa; considerar o calçado com solado em mata-borrão (rocker bottom).
Moderado	Calçado esportivo ou com altura profunda, com uma palmilha espessa.	Calçado esportivo ou com altura profunda, com uma palmilha espessa; considerar o calçado com solado em mata-borrão (rocker bottom).	Calçado esportivo ou com altura profunda, com uma palmilha espessa; considerar o calçado com solado em mata-borrão (rocker bottom); considerar calçados de confecção individualizada (sob medida) com palmilhas mais espessas; considerar a descarga.
Grave	Calçado de confecção individualizada (sob molde), com palmilhas espessas.	Calçado de confecção individualizada (sob molde), com palmilhas espessas, com descarga, com solado em mata-borrão (rocker bottom).	Calçado de confecção individualizada (sob molde), com palmilhas espessas, com descarga mais complexa, com solado em mata-borrão (rocker bottom).

Considerando que inexistente um consenso sobre calçados adequados para pessoas com DM e que a prescrição de calçados deve observar critérios clínicos e confecção dentro de normas padronizadas, a Sociedade Brasileira de DM (SBD) estabeleceu critérios globais mínimos para emissão do Selo SBD de Calçado Adequado e são os seguintes:

CRITÉRIOS GLOBAIS MÍNIMOS PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DOS PÉS DAS PESSOAS COM DIABETES COM INSENSIBILIDADE | CALÇADOS TERAPÊUTICOS E PALMILHAS SOB MEDIDA

1. Peso: ≤ 400 g – (máximo 480 g).
2. Parte anterior (caixa dos dedos): mínimo de 22 mm de altura com biqueira para a proteção de traumas externos, ampla e com altura e largura suficientes para acomodar os dedos e suas deformidades.
3. Parte externa: cabedal em couro natural macio – espessura resistente com ou sem material flexível (fibras de elastômeros) que se adapte às deformidades dos pés ou edemas, sendo transpirável ao meio ambiente.
4. Forração interna: ausência de costuras internas em couro de carneiro ou vacum aceitável, microfibras antialérgicas, transpirável e lavável, passível de absorção de umidade.
5. Lingueta: almofadada e prolongada em couro ou material flexível.
6. Gáspea: complacente com opções de materiais em couro ou material flexível (fibras de elastômero) para adaptação do dorso dos pés.
7. Contraforte: rígido no retropé para alinhamento e controle da articulação subtalar.
8. Colarinho: almofadado e macio.
9. Fechamento do cabedal: em velcro ou cadarço flexível com ou sem ilhoses, para melhor adaptação.
10. Palmilha de conforto: removível, se possível, com absorção de impacto e memória celular.

11. Entressola: palmilhado com fibras de densidades variáveis, que proporcione rigidez para a estabilidade do cabedal e rolamento da marcha.
12. Solado: não flexível, do tipo mata-borrão (rocker rígido ou semirrígido), com absorção de impacto e antiderrapante; resistente e de alta durabilidade (que não deforma em pouco tempo de uso), com espessura em retropé de cerca de 2 cm e antepé de 0,5 a 1 cm.
13. Para pés com deformidades acentuadas, amputações parciais e/ou pé de Charcot: os calçados devem ser confeccionados conforme modelagem em gesso com ou sem carga, respeitando em sua confecção os critérios acima, altura para alinhamento 1/2 cano ou cano alto; sempre com palmilha e/ou órtese sob medida adaptada conforme a necessidade do usuário.
14. Palmilhas sob medida: confeccionadas com material leve, lavável, antialérgico, antibacteriano, termo conformável, com densidades e materiais diferenciados por camada, conforme o peso do usuário sob molde de espuma/gesso. Devem ser compostas, idealmente, por três camadas:
 - 1ª camada: base em material semirrígido e/ou rígido;
 - 2ª camada: material de absorção de impacto, preferencialmente com memória;
 - 3ª camada: cobertura (forração) com material de termo conformável, lavável, antialérgico e antibacteriano em baixa densidade, que evite forças de cisalhamento e atritos indesejáveis.

As órteses plantares (palmilhas) devem promover o alívio de pressão na região selecionada, podendo ser adaptadas em sandálias de cicatrização com solado basculante prolongado, órteses imobilizadoras ou calçados terapêuticos. A fim de facilitar a aquisição de calçados para pessoas com diabetes e risco ou história de UPD ou de amputação (risco 3), que apresentem PSP e/ou DAP e/ou deformidades (riscos 1 e 2), a SBD sugere as seguintes descrições com base nas normas técnicas descritas anteriormente.

Calçados terapêuticos para pés neuropáticos:

- Calçados confeccionados em couro;
- Hiperprofundos, que acomodem as deformidades dos dedos;
- Gáspea em couro ou material flexível;
- Fechamento em velcro ou cadarço;
- Solado leve, antiderrapante, não flexível, tipo rocker, que absorva o impacto;
- Forração em couro e sem costura;
- Lingueta e colarinho macio, com contraforte rígido e palmilhas removíveis, podendo ser confeccionada sob medida termo conformável.

Fonte: Sociedade Brasileira de DM. Diretrizes Sociedade Brasileira de DM 2019-2020. São Paulo: Editora Clannad; 2020. 455p.

ANEXO 1. Classificação do Risco de Ulceração

Risco	Definição	Recomendação de tratamento	Seguimento
0	Sem PSP e Sem DAP e Sem deformidades	Educação Calçados apropriados	Anual ESF
1	PSP e/ou Deformidades	Prescrição de OPMAL (CREAB de referência) Cirurgia profilática	A cada 3 a 6 meses ESF, NASF-AB e considerar encaminhamento para ortopedista/pé.
2	PSP e DAP	Prescrição de OPMAL (CREAB de referência) Consulta com vascular	A cada 2 a 3 meses eSF e considerar encaminhar para angiologista como prioridade alta ou sob regulação.
3	Histórico de úlcera ou Amputação	Prescrição de OPMAL (CREAB de referência) Controle com vascular se DAP presente	A cada 1 a 2 meses eSF e considerar encaminhar para angiologista como prioridade alta ou sob regulação.

Fonte: ADA-AACC, 2008 - Adaptada.

- PSP: Perda da Sensibilidade Protetora: avaliada através do monofilamento 10g e um dos testes sensitivo-motores alterado: diapasão 128 Hz (sensibilidade vibratória), palito ou pino (sensibilidade dolorosa) e martelo (reflexo de Aquileu).
- DAP: Doença Arterial Periférica.
- Deformidades: (dedo em garra, proeminência de metatarso, pé cavo, pé plano e deformidades osteoarticulares - artropatia de Charcot)
- OPMAL: Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção

ANEXO 2. Características das Feridas

Características	Ferida Neuropática	Ferida isquêmica
Aspecto	Redonda ou elíptica, profunda, bordas uniformes e hiperkeratóticas	Forma irregular, leito pálido, necrose úmida ou seca
Localização	Região plantar e dorsal dos dedos, cabeças dos metatarsos arco do pé e calcanhar	Artelhos, interdigitais e calcaneares
Calo	Presente	Ausente
Deformidades	Dedo em garra, proeminência da cabeça do metatarso, arco plantar acentuado ou plano	Ausente
Dor	Nenhuma, disestesia ou hiperalgesia	Intensa, em repouso ou aumenta com elevação do membro
Pele	Seca, com rachaduras/fissuras	Sem pelos, fina e lustrosa
Temperatura	Quente	Fria
Cor da pele	Rósea	Pálida, cianótica ou rubor
Pulsos	Presentes	Diminuídos ou ausentes

- **Ferida neuroisquêmica:** geralmente é uma ferida desencadeada por um trauma em pé insensível cuja evolução torna-se mais complicada devido à insuficiência arterial associada. Há predominância de características de ferida neuropática e presença de necrose seca. Pele fria, com cianose e/ou eritrocianose.

ANEXO 3. Avaliação da Gravidade e Condutas

O sistema de classificação adotado foi desenvolvido pela Sociedade Americana de Doenças Infecciosas (Infectious Diseases Society of America-IDSA) e pelo Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé Diabético (International Working Group on the Diabetic Foot – IWGD) que elaborou a PEDIS. Essa classificação define a presença e a gravidade de uma infecção do pé em uma pessoa com DM e é aceita e recomendada pelas Diretrizes Brasileiras e Pan-americanas de Tratamento de Infecções em Úlceras Neuropáticas para uso rotineiro na avaliação clínica.

CLASSIFICAÇÃO IDSA/PEDIS (ADAPTADA)			
Manifestações clínicas da infecção	Gravidade IDSA	PEDIS	Opções terapêuticas e condutas
<ul style="list-style-type: none"> Ausência de sinais ou sintomas de infecção. 	Não infectada	1	Avaliar se tem critérios para encaminhamento para o ambulatório especializado (APD).
<ul style="list-style-type: none"> Infecção presente, definida pela presença de dois ou mais dos seguintes itens: inchaço ou induração no local, eritema, calor, sensibilidade ou dor local e secreção purulenta (espessa, opaca, branca ou sanguinolenta). Eritema/celulite > 0,5 cm e < 2 cm. Infecção limitada à pele ou ao subcutâneo. Ausência de complicações locais. Ausência de comprometimento sistêmico. Excluir outra causa de inflamação: trauma, gota, Charcot agudo, fratura, trombose ou estase venosa. 	Leve	2	<p>Iniciar antibioticoterapia, conforme orientação abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cefalexina 500 mg VO 6/6 h, 7 a 14 dias ou Amoxicilina 500mg/ Ac. Clavulânico 125 mg VO 8/8 h, 7 a 14 dias ou Sulfametoxazol/Trimetoprim 400/80mg 2 (dois) cp VO 12/12 h, 7 a 14 dias ou Clindamicina 300 mg VO 8/8 h, 7 a 14 dias ou Doxiciclina 100mg VO 12/12h, 7 a 14 dias. <p>Avaliar se tem critérios para encaminhamento para o APD.</p>

CLASSIFICAÇÃO IDSA/PEDIS (ADAPTADA)			
Manifestações clínicas da infecção	Gravidade IDSA	PEDIS	Opções terapêuticas e condutas
<ul style="list-style-type: none"> • Infecção presente (como definida acima). • Eritema/Celulite > 2 cm ou • Infecção mais profunda que pele e subcutâneo, comprometendo fáscia, músculos, tendões, articulações e ossos. • Abscessos, linfangite, gangrena. 	Moderada	3	<p>Encaminhar para Serviço de Urgência (UPA) com ortopedista para prope- dêutica complementar, avaliação osteomielite e início de antibioticoterapia de forma oportuna.</p> <p><u>Observação:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verificar grade de urgência de referência para a unidade encaminhadora. 2. Os antibióticos preconizados caso não seja confirmada a suspeita de osteomielite são: <ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilina 500/Ac. Clavulânico 125 mg VO 8/8 h, 14 a 21 dias; ou • Ciprofloxacino 500mg VO 12/12h + Clindamicina VO 300 mg 8/8 h, 14 a 21 dias. <p>Na suspeita de osteomielite, será realizado Rx na UPA e, se necessário, antibioticoterapia e internação para tratamento.</p> <p>Após finalizado o tratamento de urgência, avaliar se o paciente tem critérios de acompanhamento no Ambulatório conforme Fluxogramas: FIGURA 01. O usuário deverá ser encaminhado (sob regulação) para o APD para avaliação.</p>

CLASSIFICAÇÃO IDSA/PEDIS (ADAPTADA)			
Manifestações clínicas da infecção	Gravidade IDSA	PEDIS	Opções terapêuticas e condutas
<ul style="list-style-type: none"> • Infecção presente (como definido acima) MAIS sinais de SIRS manifestada por ≥ 2: • Temperatura $> 38^{\circ}\text{C}$ ou $< 36^{\circ}\text{C}$ • FC > 90 bpm • FR > 20 irpm ou PaCO₂ < 32 mmHg • Global de Leucócitos > 12.000 ou < 4.000 ou desvio à esquerda. • Comprometimento sistêmico pode se manifestar através de outros achados clínicos: hipotensão, confusão, vômitos ou evidência de distúrbio metabólicos como acidose, hiperglicemia grave ou uremia de início recente. 	Grave*	4	O paciente deverá ser encaminhado para a UPA de referência da Regional.

*Presença de isquemia aumenta a gravidade de qualquer infecção e a presença de isquemia que ameaça a viabilidade do membro sempre torna a infecção grave.

PEDIS (P- Perfusão / E- Extensão / D- Depth (profundidade) / I- Infecção / S- Sensibilidade. SIRS: Síndrome de resposta inflamatória sistêmica.

SUS·BH



PREFEITURA
BELO HORIZONTE
