



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE
SUBSECRETARIA DE ATENCAO PRIMARIA A SAUDE
DIRETORIA DE ATENCAO PRIMARIA A SAUDE
GERENCIA DE AREAS PROGRAMATICAS E ESTRATEGICAS
PROGRAMA DE EDUCACAO E CONTROLE DO DIABETES



PROTOCOLO DE ENFERMAGEM
Diabetes Mellitus



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE
SUBSECRETARIA DE ATENCAO PRIMARIA A SAUDE
DIRETORIA DE ATENCAO PRIMARIA A SAUDE
GERENCIA DE AREAS PROGRAMATICAS E ESTRATEGICAS
PROGRAMA DE EDUCACAO E CONTROLE DO DIABETES



Brasília, janeiro de 2012

PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM

Diabetes Mellitus

Introdução:

O Diabetes Mellitus é uma doença frequente e de incidência crescente no Brasil e no mundo, e que hoje se configura como uma importante causa de morbimortalidade e incapacidades, que atinge as pessoas em plena vida produtiva, sendo responsável por um alto custo para o sistema de saúde, bem como para a sociedade, famílias e indivíduos. Está elencada entre as principais causas de amputações de membros inferiores não traumáticas, insuficiência renal crônica, cegueira irreversível, além de representar um risco de duas a quatro vezes maior para ocorrência de doença cardiovascular e acidente vascular cerebral e reduzir a expectativa de vida em média em 15 anos para os portadores de diabetes tipo I. Em virtude disso, a prevenção do diabetes e suas complicações é hoje uma prioridade em saúde pública.

O objetivo das intervenções junto aos pacientes diabéticos é obtenção de bom controle metabólico ao longo da vida, porém isso representa um grande desafio, por tratar-se de uma condição crônica, que exige modificação de estilo de vida que por sua vez está intrinsecamente ligado à vida de familiares e amigos, mais do que uma escolha individual. Assim sendo, e, considerando que 99% dos cuidados diários necessários ao tratamento do diabetes são realizados pelo paciente ou familiar, a educação assume importância fundamental na terapêutica e na integração do diabético na sociedade, como reconhece a Organização Mundial da Saúde.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE
SUBSECRETARIA DE ATENCAO PRIMARIA A SAUDE
DIRETORIA DE ATENCAO PRIMARIA A SAUDE
GERENCIA DE AREAS PROGRAMATICAS E ESTRATEGICAS
PROGRAMA DE EDUCACAO E CONTROLE DO DIABETES



O tratamento e acompanhamento do portador de diabetes deve ser feito por equipe multiprofissional, de forma longitudinal por meio do vínculo e responsabilidade compartilhada equipe de saúde, por meio de planos terapêuticos individualizados, que promovam o auto cuidado apoiado, na visão de cuidado integral centrado na pessoa, levando-se em conta aspectos culturais, familiares e vulnerabilidade dos indivíduos.

O presente protocolo visa orientar as ações dos enfermeiros integrantes das equipes de Atenção Primária à Saúde no cuidado ao portador de diabetes. Um resumo de suas atribuições na equipe encontra-se no anexo I.

Classificação do Diabetes:

- Diabetes tipo 1

Resultado da destruição das células beta pancreáticas produtoras de insulina por mecanismos autoimunes, levando à deficiência absoluta de insulina, que necessita de reposição para evitar cetoacidose, coma e morte. Também conhecido como diabetes insulino dependente, seu pico de incidência é entre dez e quatorze anos de idade.

- Diabetes tipo 2

Representa 90% dos casos de diabetes, em geral manifesta-se mais tardiamente em relação ao tipo 1 e seu risco aumenta com a idade. Sua prevalência chega a 8% da população maior de trinta anos. Designa uma deficiência relativa de insulina, geralmente relacionada à resistência do organismo à ação da insulina que manifesta-se a partir da incapacidade do organismo de aumentar a produção de forma compensatória.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE
SUBSECRETARIA DE ATENCAO PRIMARIA A SAUDE
DIRETORIA DE ATENCAO PRIMARIA A SAUDE
GERENCIA DE AREAS PROGRAMATICAS E ESTRATEGICAS
PROGRAMA DE EDUCACAO E CONTROLE DO DIABETES



- Diabetes Gestacional e outras formas

Decorrente das alterações de glicemia relacionadas ao período gestacional, pode se manifestar desde a fase precoce da gravidez, com pico de manifestação de 25 semanas, ou em qualquer fase. Gestantes com Glicemia de jejum > 85mg/dl, na primeira avaliação pré natal deverão ser orientadas ao aconselhamento médico especializado, e com Glicemias >110 mg/dl, deverão ter solicitação de nova glicemia de jejum e ser encaminhada ao médico endocrinologista e ou obstetra de alto risco.

As outras formas de Diabetes referem-se a defeitos genéticos, doenças do pâncreas exócrino e associado a endocrinopatias ou induzido por drogas.

Diagnóstico e Rastreamento:

De acordo com o Caderno 26 do Ministério da Saúde é recomendado o rastreamento de diabetes em adultos assintomáticos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg. Para essa população, o enfermeiro deverá **solicitar uma glicemia de jejum** de oito a doze horas. Caso o resultado seja superior a 126 mg/dl (ALTO RISCO DE DM), deve ser realizado o encaminhamento para a consulta médica, já com a solicitação de um novo exame de glicemia de jejum que será avaliado nessa ocasião. Resultados entre 101 e 125 mg/dl deverão ser encaminhados para consulta médica para avaliação da necessidade de novos exames (TOTG e A1C, entre outros).

Fatores de Risco:

Entre os fatores de risco para o desenvolvimento do diabetes encontram-se:

- Idade superior a quarenta e cinco anos;
- Sobrepeso (IMC \geq 25);
- Obesidade central (cintura abdominal > 94 para homens e > 80 cm para mulheres, medida na altura das cristas ilíacas);
- Antecedente familiar de diabetes;
- Dislipidemia;



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE
SUBSECRETARIA DE ATENCAO PRIMARIA A SAUDE
DIRETORIA DE ATENCAO PRIMARIA A SAUDE
GERENCIA DE AREAS PROGRAMATICAS E ESTRATEGICAS
PROGRAMA DE EDUCACAO E CONTROLE DO DIABETES



- História de macrossomia ou diabetes gestacional;
- Diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos;
- Doença cardiovascular;
- Cerebrovascular ou vascular periférica definida.

Embora o rastreamento do diabetes não esteja indicado nessas situações em indivíduos assintomáticos, devem ser intensificadas as ações de promoção e prevenção e feita à orientação dos usuários com relação aos sintomas da doença e procura do serviço de APS caso eles venham a se manifestar.

Sintomatologia:

Os sintomas clássicos de diabetes são:

- poliúria,
- polidipsia,
- polifagia
- perda involuntária de peso.

Na presença de todos eles, o enfermeiro poderá **solicitar a glicemia** de jejum e proceder da mesma forma como no rastreamento. Deverá, ainda, ser realizada a glicemia capilar, e valores superiores a 200 mg/ml são indicativos de Diabetes demandando marcação de consulta médica de imediato, com solicitação da glicemia de jejum para ser avaliada quando desta consulta. Valores inferiores devem ser acompanhados de solicitação da glicemia de jejum pelo enfermeiro e avaliação do resultado da mesma forma como no rastreamento.

Outros sintomas que levantam a suspeita clínica são: fadiga, letargia, prurido cutâneo e vulvar, balanopostite e infecções de repetição. Nesses casos, especialmente quando associado a um ou mais fatores de risco, o usuário poderá ser encaminhado para avaliação médica para posterior investigação, com prévia solicitação de glicemia de jejum.

FLUXOGRAMA DE RASTREAMENTO

Consulta de Enfermagem



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE
SUBSECRETARIA DE ATENCAO PRIMARIA A SAUDE
DIRETORIA DE ATENCAO PRIMARIA A SAUDE
GERENCIA DE AREAS PROGRAMATICAS E ESTRATEGICAS
PROGRAMA DE EDUCACAO E CONTROLE DO DIABETES



•
Apresenta Fatores de Risco sem sintomas de DM.

Apresenta:
PA \geq 135/80mmHg ou
Sintomatologia Clássica

Ações de Promoção e Prevenção e orientar para retornar a UBS em caso de sintomas. Solicitar Glicemia de Jejum Realizar Glicemia Capilar na hora

Glicemia Capilar $<$ 200mg/dl. Esperar glicemia de jejum Glicemia Capilar \geq 200mg/dl

Glicemia de Jejum \leq 100 mg/dl Glicemia de Jejum entre 101 e 125 mg/dl Glicemia de Jejum \geq 126mg/dl

Repetir Glicemia de Jejum

Ações de Promoção e Prevenção e orientar para retornar a UBS em caso de sintomas.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE
SUBSECRETARIA DE ATENCAO PRIMARIA A SAUDE
DIRETORIA DE ATENCAO PRIMARIA A SAUDE
GERENCIA DE AREAS PROGRAMATICAS E ESTRATEGICAS
PROGRAMA DE EDUCACAO E CONTROLE DO DIABETES



Consulta Médica

Consulta Médica

Consulta Médica

Avaliação do Paciente Diabético:

A **avaliação inicial** do paciente diabético deve ser feita pelo médico a partir do diagnóstico, visando classificar o tipo de diabetes, avaliar risco e vulnerabilidade, identificar ou investigar complicações ou condições associadas, e instituição da terapêutica inicial. No caso do encaminhamento pelo enfermeiro já deve ser solicitado os exames laboratoriais [hemograma, glicemia de jejum, creatinina sérica, frações do colesterol, triglicerídeos, ácido úrico, TGO, TGP, hemoglobina glicada (HbA1C), EAS].

Nas consultas subsequentes os pacientes de **baixo/médio** risco controlados poderão ser acompanhados pelo enfermeiro, respeitada a necessidade de pelo menos **uma consulta médica anual**. Nos casos mais graves, descompensados ou em tratamento em serviços de média e alta complexidade o enfermeiro poderá apoiar de forma adjuvante por meio de consultas ou visitas domiciliares no intervalo entre as consultas médicas programadas. O que tem por objetivo reforçar a adesão ao plano terapêutico e identificação das complicações e intercorrências, sem encarregar-se da prescrição ou solicitação de exames, com exceção da glicemia capilar.

Periodicidade de Consultas

- DM 2 em insulinoterapia – 3 em 3 meses*
- DM2 em uso de ADO estáveis - 4 em 4 meses*

**Sendo que pelos menos uma consulta deve ser realizada com o médico.*



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE
SUBSECRETARIA DE ATENCAO PRIMARIA A SAUDE
DIRETORIA DE ATENCAO PRIMARIA A SAUDE
GERENCIA DE AREAS PROGRAMATICAS E ESTRATEGICAS
PROGRAMA DE EDUCACAO E CONTROLE DO DIABETES



A anamnese deve contemplar:

- queixas, sintomas e intercorrências desde a última consulta;
- história ponderal e alimentação;
- avaliação do risco cardiovascular
- atividade física e outras questões relacionadas ao estilo de vida;
- uso de medicamentos incluindo automedicação, medicações de uso contínuo e esporádico;
- infecções prévias e atuais;
- adesão ao tratamento e alcance de metas estabelecidas em seu plano terapêutico em especial com relação à alimentação e atividade física;
- dúvidas, crenças com relação à doença e dificuldades com relação ao tratamento;
- fatores sociais e ocupacionais relevantes;
- aparecimento ou persistência de efeitos colaterais relacionados às medicações em uso;
- necessidade de atendimento em outro serviço de saúde no intervalo entre as consultas (pronto atendimento, internação hospitalar etc.)
- resultados de exames;

Exame físico:

- peso, altura e circunferência abdominal;
- aferição da PA conforme orientações contidas no **protocolo de hipertensão**;
- frequência cardíaca e pulsos periféricos;
- edema;
- presença de lesões de pele;
- exame genital;
- exame dos pés conforme orientações em anexo;



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE
SUBSECRETARIA DE ATENCAO PRIMARIA A SAUDE
DIRETORIA DE ATENCAO PRIMARIA A SAUDE
GERENCIA DE AREAS PROGRAMATICAS E ESTRATEGICAS
PROGRAMA DE EDUCACAO E CONTROLE DO DIABETES



Avaliação laboratorial:

O objetivo da avaliação laboratorial é o acompanhamento do controle metabólico e o monitoramento para detecção precoce de complicações. O enfermeiro deverá solicitar os seguintes exames:

- cada quatro meses: hemograma, glicemia de jejum, creatinina sérica, frações do colesterol, triglicerídeos, ácido úrico, TGO, TGP, hemoglobina glicada (HbA1C), EAS
- Em pacientes que atingiram as metas terapêuticas, com boa aderência ao seu plano de tratamento, e não apresentaram intercorrências clínicas no intervalo entre as consultas, os exames podem ser solicitados com intervalos de até seis meses, mantendo-se a periodicidade quadrimestral de realização de consultas médicas ou de enfermagem.
- Para usuários realizando acompanhamento em serviços especializados, solicitar exames apenas com orientação da equipe de referência.
- Em caso de alteração em qualquer resultado dos exames, deve-se efetuar encaminhamento médico, com exceção dos exames de monitorização glicêmica para os quais os critérios de encaminhamento médico são a presença de uma ou mais das situações abaixo:
 - HbA1c maior que 7% por período superior a seis meses;
 - Glicemia de jejum superior a 140 mg/dl em paciente realizando tratamento medicamentoso;
 - Resultados de HbA1C ou glicemia de jejum maiores do que a meta estabelecida no projeto terapêutico singular do paciente por mais de seis meses*;

** Observar as diretrizes para os pacientes idosos e portadores de necessidades especiais, pelo risco de hipoglicemia, tais critérios devem ser acordados como médico assistente.*



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE
SUBSECRETARIA DE ATENCAO PRIMARIA A SAUDE
DIRETORIA DE ATENCAO PRIMARIA A SAUDE
GERENCIA DE AREAS PROGRAMATICAS E ESTRATEGICAS
PROGRAMA DE EDUCACAO E CONTROLE DO DIABETES



Monitorização Glicêmica

Para ajustes do tratamento baseado em metas:

Glicemia de jejum - $>90 < 120$ mg/dl

GPP – 2 horas após refeições - < 140 mg/dl

Os pacientes devem ser encorajados a verificar as glicemias capilares, e ao comparecerem na APS, levar o aparelho de glicemia capilar, para que seja descarregado no computador, para realização de gráficos de perfis glicêmicos para análise, quando houver *hardware* disponível e *software* instalado, na impossibilidade destes recursos, estimular o paciente a registrar os resultados em fichas próprias, ou realizar a leitura da memória do equipamento.

Frequência de verificações:

- DM1 - 4 x/dia
- DM2 em insulinoterapia - 2 x/dia
- DM2 com ADO - 4 x/semana
- Gestantes com DM e DM 1 ou 2 descompensados – 6 x/dia

Tratamento medicamentoso:

A partir da anamnese, exame físico e avaliação laboratorial, os enfermeiros poderão realizar a prescrição, renovando a receita médica até a próxima consulta, dos pacientes controlados, que já fazem uso habitual de hipoglicemiantes orais e outros que não terão necessidades de ajuste de dose ou substituição do medicamento em uso devido a efeitos colaterais dele provenientes ou outras condições clínicas.

As medicações adotadas pela SES que poderão ter a prescrição renovada pelo enfermeiro, **respeitadas as condições acima são:**



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE
SUBSECRETARIA DE ATENCAO PRIMARIA A SAUDE
DIRETORIA DE ATENCAO PRIMARIA A SAUDE
GERENCIA DE AREAS PROGRAMATICAS E ESTRATEGICAS
PROGRAMA DE EDUCACAO E CONTROLE DO DIABETES



a) Hipoglicemiantes orais:

- **Metformina:** 850 mg fracionada em uma a três vezes ao dia após as refeições – dose máxima de 2,5g.
 - Paciente em monoterapia por mais de três meses, com boa adesão à medicação e HBA1c superior a 7% deve ser encaminhado ao médico para reavaliação do tratamento.

Contra indicações:

- DM tipo 1 ou DM pancreático;
- Gravidez;
- Grandes cirurgias, infecções severas, estresse e trauma;
- .Insuficiência renal (creatinina maior que 1,5mg/dl em homens e 1,4 mg/dl em mulheres);
- .Acidose ou estado pré-acidótico.

- ***Glibenclamida:** 5 mg, 1 a 3 vezes ao dia nas refeições (dose máxima 20mg).

A hipoglicemia é o efeito adverso mais comum;

Contra indicações:

- DM tipo 1 ou DM pancreático;
- Gravidez;
- Grandes cirurgias, infecções severas, estresse e trauma;
- História de reação alérgica às sulfoniluréias;
- .Predisposição a hipoglicemias severas e com diminuição da função hepática ou renal;

**Não deve ser utilizado em pacientes idosos e portadores de doença cardiovascular*

- **Gliclazida MR:** 30mg uma vez ao dia de 1 a 4 comprimidos (dose máxima 120 mg).



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE
SUBSECRETARIA DE ATENCAO PRIMARIA A SAUDE
DIRETORIA DE ATENCAO PRIMARIA A SAUDE
GERENCIA DE AREAS PROGRAMATICAS E ESTRATEGICAS
PROGRAMA DE EDUCACAO E CONTROLE DO DIABETES



Contra indicações:

- DM tipo 1 ou DM pancreático;
- Gravidez;
- Insuficiência renal e hepática;
- História de reação alérgica às sulfoniluréias;

b) Estatinas:

- **Sinvastatina:** 20 e 40mg uma vez ao dia, na refeição noturna ou ao deitar;

Diabéticos adultos devem avaliar alterações lipídicas ao diagnóstico e a partir daí anualmente. Caso seja necessário, avaliar com maior frequência até se atingirem os alvos lipídicos: sem Doença Cardiovascular (DCV) – LDL-C < 100 mg/dl, e com DCV prévia (alto risco) – LDL-C < 70 mg/dl;

Contra indicações:

- Paciente HIV positivo;
- Hepatopatias crônicas;
- Gravidez.

Pravastatina, Atorvastatina e Fibratos disponíveis na Farmácia de Alto Custo (prescrito pelo médico)

c) Anti Hipertensivos;

Pacientes portadores de HAS conforme protocolo específico, em tratamento de proteinúria/microalbuminúria, e/ou alto risco cardiovascular (SEGUIR PROTOCOLO DE HIPERTENSÃO);

Diuréticos:

- **Hidroclorotiazida:** 25 mg



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE
SUBSECRETARIA DE ATENCAO PRIMARIA A SAUDE
DIRETORIA DE ATENCAO PRIMARIA A SAUDE
GERENCIA DE AREAS PROGRAMATICAS E ESTRATEGICAS
PROGRAMA DE EDUCACAO E CONTROLE DO DIABETES



- **Idapamida:** 1,5 mg

Inibidores da Enzima conversora de Angiotensina:

- **Captopril:** 25 mg
- **Enalapril:** 5 e 20 mg.

Antagonistas da Angiotensina II

- **Losartana:** 50 mg

Bloqueadores de canais de cálcio:

- **Amlodipino:** 5 mg
- **Verapamil:** 80 mg

Betabloqueadores:

- **Atenolol:** 50mg

e) Agentes anti-plaquetários: Pacientes diabéticos com DCV

- **Aspirina:** 100 mg/dia

Fonte: Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2009



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE
SUBSECRETARIA DE ATENCAO PRIMARIA A SAUDE
DIRETORIA DE ATENCAO PRIMARIA A SAUDE
GERENCIA DE AREAS PROGRAMATICAS E ESTRATEGICAS
PROGRAMA DE EDUCACAO E CONTROLE DO DIABETES



ANEXO A

Atribuições do enfermeiro na equipe de atenção primária à saúde

- 1)** Desenvolver atividades educativas, por meio de ações individuais e/ou coletivas, de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade; desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes diabéticos.
- 2)** Capacitar os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários e supervisionar, de forma permanente, suas atividades.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE
SUBSECRETARIA DE ATENCAO PRIMARIA A SAUDE
DIRETORIA DE ATENCAO PRIMARIA A SAUDE
GERENCIA DE AREAS PROGRAMATICAS E ESTRATEGICAS
PROGRAMA DE EDUCACAO E CONTROLE DO DIABETES



- 3) Realizar consulta de enfermagem com pessoas com maior risco para diabetes tipo 2 identificadas pelos agentes comunitários, definindo claramente a presença do risco e encaminhado ao médico da unidade quando necessário.
- 4) Realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, estratificando risco cardiovascular, orientando mudanças no estilo de vida e tratamento não medicamentoso, verificando adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário.
- 5) Estabelecer, junto à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão (grupos de pacientes diabéticos).
- 6) Programar, junto à equipe, estratégias para a educação do paciente.
- 7) Solicitar, durante a consulta de enfermagem, os exames de rotina definidos comonecessários pelo médico da equipe ou de acordo com protocolos ou normastécnicas estabelecidas pelo gestor municipal.
- 8) Orientar pacientes sobre automonitorização (glicemia capilar) e técnica de aplicação de insulina.
- 9) Renovar a prescrição de indivíduos controlados e sem intercorrências, conforme protocolo.
- 10) Encaminhar os pacientes portadores de diabetes, seguindo a periodicidade descrita neste manual, de acordo com a especificidade de cada caso (com maior frequência para indivíduos não aderentes, de difícil controle, portadores de lesões em órgãos alvo ou com co-morbidades) para consultas com o médico da equipe.
- 11) Acrescentar, na consulta de enfermagem, o exame dos membros inferiores para identificação do pé em risco. Realizar, também, cuidados específicos nos pés acometidos e nos pés em risco.
- 12) Perseguir, de acordo com o plano individualizado de cuidado estabelecido junto ao portador de diabetes, os objetivos e metas do tratamento (estilo de vida saudável, níveis pressóricos, hemoglobina glicada e peso).



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE
SUBSECRETARIA DE ATENCAO PRIMARIA A SAUDE
DIRETORIA DE ATENCAO PRIMARIA A SAUDE
GERENCIA DE AREAS PROGRAMATICAS E ESTRATEGICAS
PROGRAMA DE EDUCACAO E CONTROLE DO DIABETES



- 13)** Organizar junto ao médico, e com a participação de toda a equipe de saúde, a distribuição das tarefas necessárias para o cuidado integral dos pacientes portadores de diabetes.
- 14)** Usar os dados dos cadastros e das consultas de revisão dos pacientes para avaliar a qualidade do cuidado prestado em sua unidade e para planejar ou reformular as ações em saúde.
- 15)** Demais atribuições presentes nas políticas nacionais e estaduais de atenção básica.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE
SUBSECRETARIA DE ATENCAO PRIMARIA A SAUDE
DIRETORIA DE ATENCAO PRIMARIA A SAUDE
GERENCIA DE AREAS PROGRAMATICAS E ESTRATEGICAS
PROGRAMA DE EDUCACAO E CONTROLE DO DIABETES



Fonte: Cadernos de Atenção Básica – nº16. Brasil, Ministério da Saúde 2006.

ANEXO B

Avaliação do Pé Diabético

O objetivo é a prevenção de úlceras e amputações de extremidades através do monitoramento do conjunto de fatores de risco, periodicamente.

1- Avaliação anual para identificação de:

- História de úlcera ou amputação prévia, sintomas de doença arterial periférica, dificuldades físicas ou visuais no cuidado dos pés;
- Deformidades dos pés (pé em martelo ou dedos em garra, proeminências ósseas) e adequação dos calçados; evidencia visual de neuropatia (pele seca, calosidade, veias dilatadas) ou isquemia incipiente; deformidades ou danos de unhas;
- Detecção de neuropatia por monofilamento de 10g (ou diapasão de 128Hz); sensação tátil ou dolorosa;
- Palpação de pulsos periféricos (pediosa e tibial posterior); tempo de enchimento venoso superior a 20 segundos e razão tornozelo braquial por Doppler < 0.9 permitem quantificar a anormalidade quando os pulsos estiverem diminuídos;

2- Discutir a importância dos cuidados dos pés como parte de programa educativo para prevenção de úlcera e amputação:

CUIDADOS BÁSICOS - orientações educacionais:

- Examinar os pés diariamente. Se necessário, pedir ajuda familiar ou usar espelho.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE
SUBSECRETARIA DE ATENCAO PRIMARIA A SAUDE
DIRETORIA DE ATENCAO PRIMARIA A SAUDE
GERENCIA DE AREAS PROGRAMATICAS E ESTRATEGICAS
PROGRAMA DE EDUCACAO E CONTROLE DO DIABETES



- Avisar o médico se tiver calos, rachaduras, alterações de cor ou úlceras.
- Vestir sempre meias limpas, preferencialmente de lã, algodão, sem elástico.
- Calçar sapatos que não apertem, de couro macio ou tecido. Não usar sapatos sem meias.
- Sapatos novos devem ser usados aos poucos. Usar inicialmente, em casa, por algumas horas por dia.
- Nunca andar descalço, mesmo em casa.
- Após lavar os pés, usar um creme hidratante á base de lanolina, vaselina líquida ou glicerina. Não usar entre os dedos.
- Cortar as unhas de forma reta, horizontalmente.
- Não remover calos ou unhas encravadas em casa: procurar equipe de saúde para orientação.

3- Oferecer apoio educativo para cuidados dos pés com as necessidades individuais e orisco de úlcera e amputação;

4- Avaliar o risco do paciente de acordo com os achados clínicos:

Classificação do risco do pé diabético:

Classificação	Achados	Manejo
Sem risco adicional	Sem perda de sensibilidade Sem sinais de doença arterial periférica Sem outros fatores de risco	Elaborar um plano individualizado de manejo que inclua sobre cuidados com os pés.



Em risco	Presença de neuropatia Um único outro fator de risco	Agendar consultas de revisão a cada 6 meses com uma equipe multidisciplinar capacitada para manejar o pé diabético. Em cada consulta deve-se: <ul style="list-style-type: none">• Inspeccionar ambos os pés- assegurar cuidado de problemas identificados quando indicado.• Avaliar os calçados que o paciente usa- fornecer orientações adequadas.• Aprimorar os conhecimentos do paciente sobre como cuidar do seu pé diabético.
Alto risco	Diminuição da sensibilidade associada à deformidade nos pés ou evidência de doença arterial periférica Ulceração ou amputação prévia (risco muito elevado)	Agendar consultas de revisão a cada 3-6 meses com uma equipe multidisciplinar capacitada para manejar o pé diabético. Em cada consulta deve-se: <ul style="list-style-type: none">• Inspeccionar ambos os pés- assegurar cuidado de problemas identificados quando indicado.• Avaliar os calçados que o paciente usa- fornecer orientações adequadas e, quando possível, palmilhas e sapatos especiais quando indicado.• Considerar a necessidade de avaliação vascular ou encaminhamento para especialista. Avaliar e assegurar o



		fornecimento de uma orientação mais intensiva sobre cuidados com o pé diabético.
Com presença de ulceração ou infecção	Ulceração presente	<p>Encaminhar para uma equipe multidisciplinar de atenção ao pé diabético em um prazo de 24 horas para manejar adequadamente os ferimentos, com curativo e desbridamento conforme indicado:</p> <ul style="list-style-type: none">• Avaliar a indicação de antibioticoterapia sistêmica (frequentemente a longo prazo) para celulite ou infecção óssea: o tratamento de primeira linha consiste em penicilinas genéricas, macrolídeos, clindamicina e/ou metronidazol, conforme indicado, e ciprofloxacina ou amoxicilina-clavulanato como antibióticos de segunda linha.• Otimizar a distribuição da pressão (imobilização se indicado e não contra indicado), investigação e tratamento(referência) para insuficiência vascular.• Sondar o comprometimento do osso para a suspeita de osteomielite, incluindo radiologia e imagens, ressonância magnética e biópsia quando



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE
SUBSECRETARIA DE ATENCAO PRIMARIA A SAUDE
DIRETORIA DE ATENCAO PRIMARIA A SAUDE
GERENCIA DE AREAS PROGRAMATICAS E ESTRATEGICAS
PROGRAMA DE EDUCACAO E CONTROLE DO DIABETES



		<p>indicados.</p> <ul style="list-style-type: none">• Assegurar um controle adequado de glicemia.• Encaminhar para cuidados especiais (podiatría, sapatos ortopédicos), e uma discussão individualizada sobre a prevenção de recorrência, após a úlcera ter cicatrizado.
--	--	---

Fonte: Cadernos de Atenção Básica – nº16. Brasil, Ministério da Saúde 2006.