UNIVERSIDADE SANTO AMARO

CURSO DE FISIOTERAPIA

Maria Aparecida Costa Alfenas

PREVALÊNCIA DO PÉ DIABÉTICO EM UM GRUPO DE DIABÉTICOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

São Paulo

2022

Maria Aparecida Costa Alfenas

PREVALÊNCIA DO PÉ DIABÉTICO EM UM GRUPO DE DIABÉTICOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Fisioterapia da Universidade Santo Amaro-UNISA, como requisito parcial para obtenção do título Bacharel em Fisioterapia.
Orientador: Thuam Silva Rodrigues

São Paulo

2022

A376p Alfenas, Maria Aparecida Costa.

Prevalência do pé diabético em grupo de diabéticos em usuários da atenção primaria à saúde / Maria Aparecida Costa Alfenas. — São Paulo, 2022.

32 p.: il., P&B.

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Fisioterapia) — Universidade Santo Amaro, 2022.

Orientador: Prof.ª Me. Thuam Silva Rodrigues.

1.Doença crônica. 2. Diabetes Mellitus. 3. Pé diabético. I. Rodrigues, Thuam Silva, orient. II. Universidade Santo Amaro. III. Título.

Fernando Carvalho — CRB8/10122

Maria Aparecida Costa Alfenas

Prevalência do Pé Diabético em um grupo de Usuários da Atenção Primária à Saúde

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Fisioterapia da Universidade Santo Amaro – UNISA, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia . Orientador : Prof.ª Mestre Thuam Silva Rodrigues.

São Paulo, 09 de novembro de 2022

Dr. Thuam S. Rodrigues
CREFITO: 128[illegible]-F
Fisioterapeuta

Prof.ª Mestre Thuam Silva Rodrigues

(Orientador)

Conceito final: 10.0 (DEZ)

AGRADECIMENTOS

À Espiritualidade maior pela proteção e amparo constantes.

Aos meus familiares e amigos do estágio por tantas vivências extraordinárias.

Aos meus mestres por me motivarem na busca do conhecimento libertador.

RESUMO

Objetivo: O objetivo deste estudo foi determinar a prevalência de pé diabético dos usuários com diagnostico de diabetes mellitus tipo I ou II, atendidos pela Unidade Básica de Saúde Jardim Cliper, no ano de 2022. **Método:** Estudo epidemiológico, descritivo e transversal, todos os dados foram obtidos dos prontuários dos pacientes atendidos pela Unidade Básica de Saúde Jardim Clipper, no ano de 2022, localizada no município de São Paulo, SP, Brasil, amostra composta de 139 pessoas com diagnóstico de diabetes mellitus tipo I e II, sendo critérios de inclusão todas as avaliações do pé diabético das pessoas atendidas pela unidade e critério de exclusão avaliações que apresentaram incompletude dos dados. **Resultado:** Pelo escore sintomas neuropáticos foi possível constatar que 87 (62,59%) pessoas tinham algum comprometimento neuropatico, sendo, 43 (30,94%) apresentaram ausencia de sensibilidade vibratoria e 18 (12,95%) apresentaram ausencia do pulso tibial posterior. Dessa forma, a combinação dos escores permitiu diagnosticar 71 (52,25%) das pessoas apresentavam prevalência de pé diabético. Das 139 pessoas pesquisadas 57,66% são do sexo feminino (n=79) e 42,34% do sexo masculino (n=58); a média de idade encontrada foi de 65.5 com desvio padrão de 10.5, sendo idade mínima de 23 anos e máxima de 92 anos. 95% dos sujeitos da pesquisa apresentam diagnostico de diabetes tipo II e 65% dos sujeitos da pesquisa não receberam nenhum tipo de orientação para cuidados com os pés. **Conclusão:** O Pé diabético foi mais prevalente em pessoas do sexo feminino, com idade acima de 60 anos, portadores do diabetes tipo II, os resultados apresentados nesta pesquisa, embora com alguns limitantes metodológicos, apontam para a necessidade de se readequar as ações e medidas de controle das pessoas acompanhadas na atenção primária, sobretudo na promoção de saúde e prevenção das complicações da diabetes.

Palavras-chave: Doenças Crônicas. Diabetes Mellitus. Pé diabetico. Prevalência de pé diabetico.

ABSTRACT

Objective: The objective of this study was to determine a prevalence of diabetic foot among users diagnosed with type I or II diabetes mellitus, attended by the Jardim Cliper Basic Health Unit, in the year 2022. **Methodology:** Epidemiological, descriptive and cross-sectional study, all data were obtained from the medical records of patients treated at the Jardim Clipper Basic Health Unit, in the year 2022, located in the city of São Paulo, SP, Brazil, a sample composed of 139 people diagnosed with diabetes mellitus type I and II, with inclusion criteria being all assessments of the diabetic foot of people assisted by the unit and exclusion criteria being assessments that showed incomplete data. **Results:** The neuropathic symptoms score showed that 87 (62.59%) people had some neuropathic impairment, 43 (30.94) had no vibratory sensitivity and 18 (12.95) had no posterior tibial pulse. Thus, the combination of scores made it possible to diagnose 71 (52.25%) of the people with a prevalence of diabetic foot. Of the 139 people surveyed, 57,66% were female (n=79) and 42,34% were male (n=58); the mean age found was 65.5 with a standard deviation of 10.5, with a minimum age of 23 years and a maximum of 92 years. 95% of the research subjects have a diagnosis of type II diabetes and 65% of the research subjects have not received any type of foot care guidance. **Conclusion:** Diabetic foot was more prevalent in females, aged over 60 years, with type II diabetes, the results presented in this research, although with some methodological limitations, point to the need to readjust the actions and control measures of people monitored in primary care, especially in health promotion and prevention of diabetes complications.

Keywords: Chronic Diseases. Diabetes Mellitus. Diabetic Foot. Prevalence of diabetic foot.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO..... 7
1.1 Doenças Crônicas.....7
1.2 Diabetes Mellitus.....7
1.3 Pé Diabético..... 8
2. OBJETIVO.....10
2.1 Objetivo Geral.....10
2.2 Objetivos Específicos.....**10**
3. METODOLOGIA.....11
3.1 Desenho do estudo e aspectos éticos.....11
3.2 Local do Estudo, Amostragem e Participantes.....11
3.3 Amostra.....11
3.4 Análise de Dados.....12
3.5 Critério de Inclusão.....12
3.6 Critério de Exclusão..... 12
3.7 Variáveis de Pesquisa.....12
4.RESULTADOS.....15
5. DISCUSSÃO.....18
6. CONCLUSÃO..... 25
REFERÊNCIAS.....26
ANEXO A – Aprovação do Comitê de Etica.....29
ANEXO B – Comprovante de envio do projeto.....30
ANEXO C – Ficha de avaliação do pé diabetico.....31

1. INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus é uma doença crônica não transmissível (DCNT) relacionada a causas múltiplas, caracterizada por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresenta curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requer intervenções com o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura. A mortalidade apresenta forte carga de morbidades relacionadas, que são responsáveis por grande número de internações, bem como estão entre as principais causas de amputações e de perdas de mobilidade e de outras funções neurológicas. Envolvem também perda significativa da qualidade de vida, que se aprofunda à medida que a doença se agrava.[1]

1.1 Doenças Crônicas

As doenças crônicas constituem problema de saúde de grande magnitude, correspondendo a 72% das causas de mortes; em 2013 foram responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo, por 80% da carga de doenças dos países em desenvolvimento, sendo que, nesses países, a adesão aos tratamentos chegou a ser apenas de 20% da população.[1]

Os determinantes sociais que envolvem as desigualdades sociais, as diferenças no acesso aos bens e aos serviços, a baixa escolaridade e as dificuldades no acesso à informação, sempre impactaram fortemente na prevalência das doenças crônicas, por gerar falta de acesso à serviços de prevenção e ausência de ações de promoção da saúde, o que leva também a maior ocorrência dos agravos decorrentes da piora clínica.[1]

1. 2 Diabetes Mellitus

O termo “diabetes mellitus” (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina. O DM vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado condição sensível à atenção primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na atenção básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares.[2]

É estimado que o Brasil passe da 8ª. posição, com prevalência de 4,6%, em 2000, para a 6ª. posição, 11,3%, em 2030. Os fatores de risco relacionados aos hábitos alimentares e ao estilo de vida da população estão associados a este incremento na carga de DM global.[2] Em 2016 China, Índia e Estados Unidos eram os países com maior índice.[3]

Existem diversos fatores relacionados a essa patologia, mas, o aumento da prevalência do DM, está associado a rápida urbanização, transição epidemiológica, transição nutricional, maior frequência de estilo de vida sedentário, maior frequência de excesso de peso, crescimento e envelhecimento populacional, e até mesmo a maior sobrevida das pessoas com doenças crônicas, apesar dos recursos escassos e a alta demanda por atendimentos e por serviços de saúde.[3]

Outros dados epidemiológicos, registram maior prevalência da doença em alguns povos. Como por exemplo, em 2016, no Brasil, foi descrito uma alta taxa de prevalência de DM, cerca de 28,2%, na população indígena Xavante, no estado do Mato Grosso. Além disso, notou-se na população japonesa residente no país o aumento de 18,3% em 1993 para 34% em 2000, associado ao impacto produzido pelas alterações no estilo de vida entre os países, principalmente no que diz respeito à alimentação e nível de atividade física.[3]

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2016, a glicemia elevada correspondia ao terceiro maior fator de causa de morte prematura, atrás apenas do aumento da pressão arterial e do uso do tabaco.[3]

São necessárias medidas de prevenção primária, que busquem proteger o indivíduo para evitar o desenvolvimento da doença ao longo da vida. A respeito da prevenção da DM tipo 1, tem sido estudada a eficácia da estimulação do aleitamento materno nos primeiros três meses de vida.[4]

No mundo, em 2010, os gastos com DM foram estimados em 11,6% do total dos recursos para a atenção em saúde. Estudo realizado pela OMS, em 2013, mostrou que os custos governamentais de atenção ao DM variam de 2,5% a 15% dos orçamentos anuais de Saúde, e os custos de produção perdidos podem exceder, em até cinco vezes esse orçamento. Dados brasileiros sugerem valores semelhantes o que acarreta altos custos para o Sistema Único de Saúde (SUS).[2]

1.3 Pé Diabético

Denomina-se pé diabético a presença de infecção, ulceração e/ou destruição de tecidos profundos associados a anormalidades neurológicas e a vários graus de doença vascular periférica no pé das pessoas com DM.[5]

O pé neuropático é caracterizado pela perda progressiva da sensibilidade. Os sintomas mais frequentes são os formigamentos e a sensação de queimação, que podem melhorar com exercícios. A diminuição da sensibilidade pode apresentar-se como lesões traumáticas indolores ou a partir de relatos, como perder o sapato sem se notar.

O pé isquêmico caracteriza-se por história de claudicação intermitente e/ou dor à elevação do membro. Ao exame físico, pode-se observar rubor postural do pé e palidez à elevação do membro inferior. À palpação, o pé apresenta-se frio, podendo haver ausência dos pulsos tibial posterior e pedioso dorsal.[5]

As deformidades dos pés associadas com a neuropatia periférica (diminuição da sensibilidade) e com diminuição da mobilidade articular levam a um aumento da pressão em áreas de apoio e em proeminências ósseas, ocasionando dano tecidual. Essas lesões repetidas formam calos, bolhas, ferimentos superficiais e, em último caso, úlceras de pele.[2]

Polineuropatia simétrica distal: é a forma mais comum de neuropatia diabética periférica e apresenta três estágios: inicial, sintomático e grave. O estágio inicial é, em geral, assintomático, mas pode haver diminuição de sensibilidade. O período sintomático é caracterizado por perda de sensibilidade, dormência e, muitas vezes, parestesias e/ou dor. O estágio grave apresenta envolvimento motor com limitação funcional e com potencial para ulceração nos membros inferiores.[5]

O pé diabético está entre as complicações mais frequentes do DM e suas consequências podem ser sequelas altamente incapacitantes para a vida do indivíduo, inciando com feridas crônicas e infecções e, evoluindo para amputações de membros inferiores. O exame periódico dos pés propicia a identificação precoce e o tratamento oportuno das alterações encontradas, possibilitando assim a prevenção de um número expressivo de complicações no pé das pessoas com diagnóstico de DM.[5]

Entre as complicações crônicas do DM, as úlceras de pés, ou o pé diabético, e a amputação de extremidades são as mais graves e de maior impacto socioeconômico. Em 2008, as úlceras nos pés tinham uma incidência anual de 2%, tendo a pessoa com diagnóstico de DM um risco de 25% em desenvolver úlceras nos pés ao longo da vida.[2]

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Determinar a prevalência de pé diabético nos usuários com diagnóstico de DM tipo I ou II, atendidos pela Unidade Básica de Saúde Jardim Cliper, no ano de 2022.

2.2 Específico

Estudar a comparação da prevalência de pé diabético com os dados sociodemográficos: sexo, idade, nível de instrução, tipo de residência e profissão.

3. METODOLOGIA

3.1 Desenho do estudo e aspectos éticos

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, transversal e documental.

O projeto foi submetido ao Comitê de ética em Pesquisa e Ensino da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo (Anexo A) e ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Santo Amato (Anexo B). Tendo sido aprovado pelos respectivos Comitês de Ética, obtendo-se autorização para acessar as informações das fichas de avaliação do pé diabético (Anexo C), dos usuários com diagnóstico de DM, da UBS Jardim Cliper.

3.2 Local do estudo, amostragem e participantes

Pesquisa realizada na UBS Jardim Cliper, localizada na zona sul, do Município de São Paulo, SP, a partir da coleta de dados de fichas de avaliação do pé diabético, de usuários acompanhados no grupo de Hiperdia e com diagnóstico de DM, preenchidas no período de mês até mês, de 2022.

3.3 Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão: Fichas de avaliação do pé diabético das pessoas atendidas pela UBS do Jardim Cliper com diagnóstico médico de DM.

Critérios de exclusão: Fichas de avaliação do pé diabético que apresentaram incompletude dos dados.

3.4 Amostra

Das cento e quarenta (140) fichas de avaliação do pé diabético, apenas uma foi excluída. Portanto, a amostra deste estudo é composta por cento e trinta e nove (139) fichas de avaliação do pé diabético, de usuários com diagnóstico de DM, acompanhados no grupo de Hiperdia, da UBS Jardim Cliper.

3.5 Análise de dados

Como variável de resultado, considerou-se a prevalência de obesidade apresentada pelos usuários da UBS Jardim Cliper com diagnóstico de DM.

Na abordagem analítica, inicialmente foi realizada a organização dos dados em planilhas do Excel e análise estatística com o uso do software stata 14. Logo após foi feita estimativa de prevalência e calculadas as razões de prevalência, para obesidade com intervalo de confiança de 95%. Para a análise descritiva das variáveis qualitativas foram calculadas as frequências absolutas (n) e relativas (%). Para as variáveis quantitativas foram calculados: médias, desvios, valor mínimo e máximo.

3.6 Variáveis de pesquisa

O quadro 1 mostra a operacionalização e a dicotomização das variáveis dependentes e independentes das avaliações do pé diabético, a saber: (1) Variável dependente: pé diabético. (2) Variáveis independentes: dados demográficos dos pacientes; tipo de diabete; ano de diagnóstico; tipo de tratamento; dados antropométricos; dieta; doenças crônicas não transmissíveis associadas; etilismo; tabagismo; amputações; teste de monofilamento; sensibilidade vibratória nos pés; pulso tibial posterior; pulso pedioso.

Quadro 1 - Operacionalização e Dicotomização das variáveis dependentes e independentes das avaliações do pé diabético.

VARIÁVEL	OPERACIONALIZAÇÃO	TIPO	CLASSIFICAÇÃO	INDICADOR	MEDIÇÃO	DICOTOMIZAÇÃO
Sexo	Dados coletados das fichas de avaliação pé diabético; dados sociais	Independente	Qualitativa nominal	Gênero		
				Feminino	F	0
				Masculino	M	1
Idade	Dados coletados das fichas de avaliação pé diabético; dados sociais	Independente	Quantitativa discreta	Grupos etários de adultos e idosos		
				Adulto	21-59	0
				Idoso	Maior de 60	1
IMC Idoso	Dados coletados das fichas de avaliação pé diabético; dados sociais	Independente	Quantitativa continua	Magreza	< 21,9	0
				Eutrofia	22 a 26,9	1
				Obesidade	>27	2
Estado Civil	Dados coletados das fichas de avaliação pé diabético; dados sociais	Independente	Qualitativa nominal	Casado	-	0
				Solteiro	-	1
				Viúvo	-	2
Faz dieta	Dados coletados das fichas de avaliação pé diabético; dados sociais	Independente nominal	Qualitativa dicotômica	Não faz	Não	0
				Sim realiza dieta	Sim	1
Realiza Atividade Física	Dados coletados das fichas de avaliação pé diabético; dados sociais	Independente nominal	Qualitativa dicotômica	Não realiza	Não	0
				Sim realiza	Sim	1
Tipos de tratamentos: ADOS e/ou Insulina	Dados coletados das fichas de avaliação pé diabético; dados sociais	Independente nominal	Qualitativa dicotômica	Insulina	-	0
				ADOS	-	1
Tabagista	Dados coletados das fichas de avaliação pé diabético; dados sociais	Independente nominal	Qualitativa dicotômica	Não fumante	Não	0
				Fumante	Sim	1
Etilista	Dados coletados das fichas de avaliação pé diabético; dados sociais	Independente nominal	Qualitativa dicotômica	Não bebe	Não	0
				Sim bebe	Sim	1
IMC	Dados coletados das fichas de avaliação pé diabético; dados sociais	Independente	Quantitativa continua	Baixo peso	< 18,5	0
				Eutrofia	18,5 a 24,9	1
				Excesso de peso	25,0 a 29,9	2
				Obeso	>30	3
Escolaridade	Dados coletados das fichas de avaliação pé diabético; dados sociais	Independente	Qualitativa ordinal	Nível de Instrução		
				Nenhum	0	0
				Fundamental	1 a 5 anos	1
				Fundamental II	6 a 9	2
				médio	10 a 13	3
				Superior	Maior que 14	4
Moradia	Dados coletados das fichas de avaliação pé diabético; dados sociais	Independente	Qualitativa nominal	Imóvel	-	1
				Cedido	-	2
				Alugado	-	3
				Próprio	-	4
Teste monofilamento	Dados coletados das fichas de avaliação pé diabético; dados sociais	Independente	Qualitativa dicotômica	Quantitativa discreta		
				Não	Ausente	0
				Sim	Presente	1
Teste Diapasão	Dados coletados das fichas de avaliação pé diabético; dados sociais	Independente	Qualitativa dicotômica	Quantitativa discreta		
				Não	Ausente	0
				Sim	Presente	1
Amputações	Dados coletados das fichas de avaliação pé diabético; dados sociais	Independente	Qualitativa dicotômica	Quantitativa discreta		
				Não	Ausente	0
				Sim	Presente	1
Ocupação	Dados coletados das fichas de avaliação pé diabético; dados sociais	Independente	Qualitativa nominal	Ocupação		
				Aposentado	Quantitativa discreta	1
				Pensionista		2
				CLT		3
				Autônomo		4
				Desempregado		5
				Do lar		6
Tipo de diabetes	Dados coletados das fichas de avaliação pé diabético; dados sociais	Independente	Qualitativa nominal	Tipo de diabetes		
				Tipo I	0	0
				Tipo II	1	1
Anos do Diagnóstico	Dados coletados das fichas de avaliação pé diabético; dados sociais	Independente	Qualitativa ordinal	Tempo em dias		
				De 1 a 5 anos	0	0
				De 6 a 10 anos	1	1
				Mais de 10 anos	2	2
Apresenta doenças crônicas não transmissíveis: HAS e DPL	Dados coletados das fichas de avaliação pé diabético; dados sociais	Independente	Qualitativa nominal	Doenças cronicas associadas		
				HAS	0	1
				DLP	1	0
				Não apresenta	2	2

4 .RESULTADOS

Os sujeitos da pesquisa foram 139 pessoas, sendo que 57,66% são do sexo feminino (n=79) e 42,34% do sexo masculino (n=58); a média de idade encontrada foi de 65.5 com desvio padrão de 10.5, sendo idade mínima de 23 anos e máxima de 92 anos.

No quadro 2, inicialmente, identificamos nas 139 fichas que os sujeitos avaliados são 58,27% do sexo feminino (n=81); 41,73% do sexo masculino (n=58); a média de idade foi de 65.5 anos, o desvio padrão de 10.5 anos, a idade mínima de 23 anos e a máxima de 92 anos.

Quadro 2 **-** Análise descritiva (número e %) das variáveis qualitativas (nominal e ordinal)

Sexo		
Feminino	79	57,66%
Masculino	58	42,34%
Idade		
23-59	64	47,06%
60 mais	72	52,94%
Estado Conjugal		
Solteira	25	18,12%
Casada	78	56,52%
Viúvo (a)	32	23,19%
Separada	3	2,17%

Fonte: Coleta de dados da Avaliação do pé diabético, Unidade Básica de Saúde, Jardim Cliper SP, ano de 2022

No quadro 3 observamos que os registros das fichas informam que quanto ao tipo de tratamento para o DM, 15,38% (n 18) dos sujeitos avaliados não usam insulina; 47,86% (n 56) utilizam NPH; 16,24% (n 19) utilizam NPH e Regular e; 20,51% (n 24) utilizam Regular. A respeito de antidiabéticos orais (ADOs), 47,06% (n 64) não utilizam e; 52,94% (n 72) utilizam. Sobre fazer algum tipo de dieta e/ ou praticar atividade física: 70,80% (n 97) não fazem dieta e 29,20% (n 40) fazem; 72,99% (100) não praticam atividade física e 27,01% (n 37) praticam.

Quadro 3 - Tipos de Tratamentos.

Insulinas		
Não usa insulina	18	15,38%
NPH	56	47,86%
NPH/Regular	19	16,24%
Regular	24	20,51%
ADOS		
Não realiza	64	47,06%
Realiza	72	52,94%
Alimentação (DIETA)		
Não realiza	97	70,80%
Realiza	40	29,20%
Atividade Física		
Não prática	100	72,99%
Prática	37	27,01%

Fonte: Coleta de dados da Avaliação do pé diabético, Unidade Básica de Saúde, Jardim Cliper SP, ano de 2022

Dados expressos em frequência absoluta (n) e relativa (%).

Nas variáveis tipo de diabetes os resultados foram 4,32% (n 6) do tipo I, 94,96% (n 132) do tipo II e 0,70% (n 1) gestacional.

Quadro 4 - Tipo de Diabetes e Orientações

Tipo de Diabetes		
Tipo I	6	4,32%
Tipo II	132	94,96%
Gestacional	1	0,70%
Orientação sobre cuidados com o pé		
Recebeu	48	34,53%
Não recebeu	91	65,47%

Fonte: Coleta de dados da Avaliação do pé diabético, Unidade Básica de Saúde, Jardim Cliper SP, ano de 2022

Dados expressos em frequência absoluta (n) e relativa (%). Sócios demográfico

Pelo escore ESCORE DE SINTOMAS NEUROPÁTICOS foi possível constatar que 87 (62,59%) pessoas tinham algum comprometimento neuropatico, sendo, 43 (30,94) apresentaram ausencia de sensibilidade vibratoria e 18 (12,95) apresentaram ausencia do pulso tibial posterior. Dessa forma, a combinação dos escores permitiu

diagnosticar 71 (52,25%) das pessoas apresentavam neuropatia diabética, os dados estão descritos na tabela 4.

Quadro 5 - Escore de avaliação dos Sinais e Sintomas decorrentes da Neuropatia Periférica.

Escore de Sintomas Neuropáticos		
Ausência de comprometimento neurológico	52	37,41%
Leve	19	13,67%
Moderado	34	24,46%
Grave	34	24,46%
Sensibilidade Vibratória (diapasão 128hz)		
Sensibilidade presente	96	69,06%
Sensibilidade ausente	43	30,94%
Sensibilidade Tátil (monofilamento 10g)		
Sensibilidade presente	65	47,79%
Sensibilidade ausente	71	52,25%
Pulso Tibial Posterior		
Presente	121	87,05%
Ausente	18	12,95%
Pulso Pedioso		
Presente	122	87,77%
Ausente	17	12,23%

Fonte: Coleta de dados da Avaliação do pé diabético, Unidade Básica de Saúde, Jardim Cliper SP, ano de 2022

Dados expressos em frequência absoluta (n) e relativa (%). ECN: Escore de Comprometimento Neuropático. ESN: Escore de Sintomas Neuropático

5. DISCUSSÃO

Os sujeitos da pesquisa foram 139 pessoas, sendo que 58,27% são do sexo feminino e 41,73% do sexo masculino; a média de idade encontrada foi de 65.5.

O estudo ser constituído mais por mulheres do que por homens, é explicado devido à maior procura das mulheres pelos serviços de saúde sendo observado, muitas vezes, o homem, como provedor da família, na população estudada, o que lhe dificulta, a procura pelos serviços de saúde.[13]

Em outro estudo observou-se a predominância do sexo feminino. Tal fato pode estar relacionado, principalmente, à maior preocupação das mulheres com relação à saúde, bem como ao baixo comparecimento dos homens aos serviços de atenção primária à saúde, o que repercute no desenvolvimento de complicações crônicas das doenças, em especial o DM2, na sobrecarga da atenção secundária e terciária e na

elevação dos custos aos cofres públicos e ao sistema de saúde.[14]

Estudo desenvolvido no Sudeste brasileiro, com objetivo de identificar Sindrome Metabólica em pessoas com diabetes residentes da zona urbana e rural da cidade de Coimbra, Minas Gerais, revelou que o público feminino é três vezes mais propenso à síndrome que os homens. Tal fato pode ser justificado, uma vez que as mulheres apresentam maiores alterações na circunferência da cintura (fator condicionante para a SM), seja pela própria fisiologia e deposição de gordura localizada, seja pela inadequação dos hábitos alimentares e sedentarismo.[14]

A caracterização da amostra demonstrou predominância de pessoas do sexo feminino, com idade acima de 60 anos, que cursaram o ensino elementar e com mais de 10 anos de diagnóstico de DM. Em vários estudos esses fatores aparecem como fatores de risco para pé diabético.[18]

O presente estudo aponta que a maioria dos participantes são mulheres adultas e idosas. Num contexto social de dupla função, cuidam da família e trabalham fora para ajudar nas despesas diárias, estudos semelhantes também demonstram que as mulheres acessam mais as unidades de saúde do que os homens. Epidemiologistas explicam que a maior procura de mulheres ocorre em virtude de que as mulheres se preocupam mais com a saúde e procuram o serviço de saúde com maior frequência quando comparado com os homens. Este fato reafirma a necessidade da reflexão sobre a saúde do homem pela falta de aderência destes, às práticas de manutenção da saúde na área de abrangência da ESF, que os torna mais vulneráveis às complicações das DCNT, como o DM2 e consequentemente a perda de sua funcionalidade global. [20]

O presente estudo apresentou 95% dos sujeitos da pesquisa com diagnostico de diabetes tipo II e destes 65% dos sujeitos não recebeu nenhum tipo de orientação para cuidados com os pés, os estudos abaixo corrobaram com nossa percepção de que fatores ambientais e estilo de vida são determinantes para este elevado percentual de diagnóstivos de Diabetes tipo II, além do fator de que estes sujeitos após o diagnóstivo não receberam orientação sobre o autocuidado.

O envelhecimento da população, a crescente prevalência da obesidade e do sedentarismo e os processos de urbanização são considerados os principais fatores relacionados ao aumento da incidência e prevalência do diabetes mellitus tipo 2 em todo o mundo. Esse cenário tem gerado um alto custo social e financeiro ao paciente

e ao sistema de saúde, uma vez que o diabetes mellitus tipo 2 está associado, também, a complicações como insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira, doença cardiovascular, entre outras.[19]

As mudanças trazidas pela Era Industrial e atualmente Era digital, as pessoas passaram a ter acesso a bens materiais e máquinas que lhes proporcionaram mais facilidade e rapidez para a realização das atividades diárias, resultando, com isso, em uma redução na prática de atividade física da população em geral. O sedentarismo e a má alimentação têm se destacado como importante causa para o surgimento das principais doenças crônicas, em especial, o diabetes mellitus tipo 2.[20]

A prevalência de pessoas com diabetes em todo o mundo mais do que duplicou nos últimos 20 anos, mantendo níveis epidêmicos diferenciados. Uma das características mais preocupantes deste rápido aumento é o aparecimento de DM2 em crianças, adolescentes e adultos jovens. No Brasil, as regiões mais desenvolvidas economicamente apresentam maior prevalência de diabetes mellitus e são vários os fatores ambientais relacionados a esse aumento, dentre eles o sedentarismo e a obesidade.[20] Principalmente nos grandes centros urbanos que o que caso do nosso estudo.

Quando pensamos na orientação dos sujeitos com diagnótico de Diabetes e atendidos nas Unidades de Saúde, o estudo revela um percentual de 65% sem orientação alguma sobre cuidados com os pés.

Um bom cuidado ao paciente pressupõe exame dos pés em cada consulta de rotina, com emprego de técnicas simples para o reconhecimento de perda de sensibilidade e detecção precoce de lesões.[18]

Além disso, os pacientes precisam ser orientados quanto ao autoexame dos pés com especial atenção para o desenvolvimento de calos e perda de integridade da pele e de úlceras por pressão relacionadas a bolhas ou infecções. A educação ao paciente e seus familiares assume um papel primordial na prevenção.[18]

Quando observamos um resultado de 65% dos sujeitos não receberam nenhum tipo de orientação para cuidados com os pés, quais fatores levam a esta falta de orientação, sugestivo da necessidade de revisão dos protocolos de atendimentos das pessoas com DCNT usuárias da Unidade Basica de Saúde.

O MS atribuiu ao enfermeiro estratégias, com o objetivo de prevenir as DCNT e diminuir as possíveis complicações decorrentes do DM, a ele cabe desenvolver

atividades educativas com os pacientes diabéticos; realizar consulta de enfermagem a pessoas com maior risco para diabetes tipo II e contribuir para o rastreamento; abordar fatores de risco, estratificando risco cardiovascular; orientar mudanças no estilo de vida e tratamento não medicamentoso; verificar adesão e possíveis intercorrências ao tratamento; estabelecer, junto à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão da pessoa com DCNT, com os grupos de pessoas com DM, e avaliar os membros inferiores para identificação de potenciais sinais de risco, alerta para o desenvolvimento pé diabético, acrescido de orientações para o autocuidado.[20]

Ao comparar as respostas dos Enfermeiros com a avaliação dos pés dos 40 participantes, notou-se que, quando a orientação sobre o uso de calçados adequados é abordada, o Enfermeiro afirma que realiza esta orientação em 100% de seus encontros com os diabéticos. Entretanto, 85% dos participantes fazem uso de calçados inadequados, com bico fino, salto, sapatos secos, apertados ou muito frouxos, com destaque para o uso em grande escala de chinelos de dedo de borracha ou similar. Esse resultado leva à discussão da presença de duas hipóteses: a orientação não está sendo realmente realizada pelo Enfermeiro ou o usuário não tem acesso a outro tipo de calçado, independentemente da orientação que tenha recebido. [17] No presente estudo o resultado foi mais preocupante pois os sujeitos declararam não terem recebido orientação alguma.

Vale ressaltar que, apesar de em geral as linhas de cuidado ainda serem organizadas por doenças, é essencial que a equipe avalie seu paciente integralmente, já que comumente o DM está associado a outros fatores de risco/doenças. É importante lembrar que não há necessidade de organizar o cuidado na Atenção Básica também de forma fragmentada, por doenças, sendo fundamental garantir o acesso e o cuidado longitudinal para a pessoa independente de qual problema ela possui.[2]

No escore de Sintomas Neuropáticos Periféricos demostrou que 62,59% das pessoas apresentavam neuropátia diabética.

Após o advento da insulina na década de 1930 como tratamento do DM, a prevalência da ND apresentou significativo incremento, já que os pacientes diabéticos passaram a ter uma expectativa de vida maior.[15]

Diante de um número alarmante de pacientes com DM, a prevalência de ND vem acompanhando este crescimento e já desponta como a principal causa de NP

em países desenvolvidos. Destaca-se por ser a complicação microvascular mais prevalente, estimando-se que pelo menos metade dos pacientes diabéticos desenvolverá esta neuropatia em algum momento de sua evolução clínica [15]

A maioria dos pacientes sintomáticos experimentam sintomas sensitivos positivos (resposta excessiva a um estímulo ou espontaneamente), como parestesias e dor, porém, em alguns casos podem apresentar ataxia proprioceptiva. São referidas como sensações de dormência, formigamento, desequilíbrio e quedas, choques, picadas e principalmente queimação. Distribuem-se nas extremidades dos MMII, podendo evoluir para os MMSS e caracteristicamente os pacientes relatam piora noturna. Geralmente são sintomas brandos, porém podem ser intensos e incapacitantes. Já os sintomas sensitivos negativos (resposta reduzida a um determinado estímulo) são aqueles referidos como perda da sensibilidade no segmento envolvido. [15]

Ao exame neurológico, verifica-se a presença de hipoestesia/hiperestesia distal nos segmentos, inicialmente nas modalidades termoalgésicas da sensibilidade. Na presença de neuropatia dolorosa importante, pode-se observar a presença de hiperestesia (respostas exageradas aos estímulos táteis), hiperalgesia (sensibilidade exagerada a estímulos dolorosos), hiperpatia (persistência da dor mesmo após a remoção do estímulo doloroso) ou até mesmo alodínea (sensação dolorosa causada por estímulos não dolorosos). Pode evoluir para hipo/anestesia da sensibilidade profunda como a tátil, vibratória e proprioceptiva. Além disso, quando há comprometimento sensitivo de fibras grossas, observa-se hipo/arreflexia profunda, primariamente no reflexo aquiliano, podendo-se encontrar arreflexia global nos casos gravementes acometidos. [15]

O diagnóstico realizado precoce e corretamente possibilita o adequado tratamento, evitando-se a progressão da neuropatia e complicações graves. Para isso, é necessária a obtenção de cuidadosa história clínica, além de minucioso exame neurológico e exames complementares, a fim de identificar sinais de comprometimento de fibras nervosas. Seu tratamento depende do adequado controle glicêmico e quando presente, tratamento da dor neuropática. [15]

A neuropatia diabética (ND) é definida como o dano nervoso periférico, somático ou autonômico, atribuível apenas ao Diabetes Mellitus. Considerando o dano motor, sensorial e funcional causado por esse distúrbio, a atuação da fisioterapia

torna-se fundamental para promover um melhor tratamento para os pacientes, contribuindo de forma considerável para a reabilitação das alterações físicas e sensoriais, além da prevenção por meio de exercícios de alongamento, fortalecimento, treino na marcha, equilíbrio e adequação de próteses e órteses para diminuição de sequelas do pé, promovendo uma melhor qualidade de vida .[16]

As intervenções fisioterapêuticas surtem efeitos satisfatórios, uma vez que proporcionam uma melhora no fluxo sanguíneo para os membros inferiores de modo a contribuir na cicatrização de ferimentos, diminuição da hipóxia endoneural e no progresso de condução nervosa.[16]

Em relação ao exame clínico dos pés e ao número expressivo de pessoas que afirmaram nunca ter seus pés avaliados por um profissional da saúde, é perceptível uma possível falha no sistema de saúde, visto que o exame clinico dos pés é extremamente importante na prevenção da amputação dos membros inferiores em diabéticos. Esse exame fundamenta-se na identificação e classificação do risco de ulceração, no tratamento precoce e na adoção de medidas educativas. [21] Que corroboramos com este entendimento.

Quanto a sensibilidade, 30,93% das pessoas apresentaram ausencia de sensibilidade vibratória, 51,08% das pessoas ausencia de sensibilidade tatil e 12,94% das pessoas ausencia de pulso tibial posterior, até agora evidenciado que o exame dos pés nos sujeitos estudados esta sendo negligenciado.

No entanto, alguns estudos mostraram que esses achados são pouco valorizados e investigados pelos profissionais de saúde, especialmente da atenção primária. Ressalta-se ainda a importância da análise dos sintomas a fim de prevenir ulcerações e amputações de extremidades. [21]

Evidenciou-se que o exame clínico dos pés mostrou-se fator de proteção contra o desenvolvimento de ulceração, porém a maioria das pessoas com DM nunca foi submetida a esse exame. Ademais, as principais alterações ocorreram na percepção da vibração no hálux e no reflexo do tornozelo, os quais são ocasionados devido à deterioração das terminações nervosas periféricas, repercutindo em mais vulnerabilidade dessas pessoas a trauma nos pés. A perda da sensação de vibração e do reflexo do tornozelo é fator de risco significativo para o desenvolvimento de úlcera nos pés, pois essas manifestações clínicas estão associadas à neuropatia diabética. [22]

O objetivo primário da avaliação periódica dos pés das pessoas com DM é a prevenção da úlcera. Apesar disso, a evolução para o desenvolvimento de úlceras nos pés é comum: estima-se que o risco para ulceração dos pés ao longo da vida de um indivíduo com DM pode chegar a 25%. Nesses casos, portanto, o objetivo passa a ser a cicatrização da ferida (com prevenção de amputação) e prevenção de recorrência. [5]

O risco de desenvolver complicações crônicas graves é muitas vezes superior ao de pessoas sem diabetes – 30 vezes para cegueira, 40 vezes para amputações de membros inferiores, 2 a 5 vezes para IAM e 2 a 3 vezes para AVC.[2]

A avaliação regular dos pés da pessoa com DM deve ser realizada por profissionais de nível superior (o médico de família ou, preferencialmente, o enfermeiro), segundo a periodicidade recomendada. [5]

Entretanto, em situações nas quais a demanda da equipe inviabiliza a avaliação por esses profissionais de toda a população com DM no período adequado, a equipe deve avaliar a possibilidade de capacitação dos profissionais técnicos de enfermagem (a partir dos momentos de educação permanente da equipe) para a seleção de usuários que apresentam alterações do pé diabético, encaminhando os casos alterados ou suspeitos para os profissionais de nível superior. [5]

A abordagem educativa de pessoas com DM para prevenção da ocorrência de ulcerações nos pés e para estabelecer um cuidado diário adequado dos membros inferiores é fundamental para evitar internações desnecessárias e amputações. [2]

Considerando que 99% dos cuidados diários necessários ao tratamento do diabetes são realizados pela pessoa com DM ou seus familiares, o maior desafio dos profissionais de Saúde consiste em estabelecer um processo efetivo de educação em Saúde para promoção do desenvolvimento do autocuidado.

É essencial que a equipe multiprofissional amplie seu olhar sobre a pessoa com DM, buscando identificar elementos da vida cotidiana que possam configurar riscos e desencadear as complicações. Os elementos precursores dessas complicações, quando analisados, apontam as ações de educação e assistência em saúde que devem ser realizadas para a prevenção oportuna. [5]

Há evidências consistentes de que programas organizados de avaliação e acompanhamento de pessoas com DM para lesões de Pé Diabético reduzem as taxas de amputações, quando comparados ao cuidado convencional. Dadas a frequência e

a gravidade desta complicação na população com DM, torna-se, portanto, mandatório que a equipe de saúde da Atenção Básica se organize para prover este cuidado à sua comunidade.[5]

6. CONCLUSÃO

O Pé diabético foi mais prevalente em pessoas do sexo feminino 57,66%, com idade acima de 60 anos, portadores do diabetes tipo II, com 65,47% sem orientações dos cuidados com os pés, onde as medidas preventivas são essenciais para evitarmos complicações, deformidades e amputações. Embora com alguns limitantes metodológicos, os resultados apotam para a necessidade de se adequar as ações e medidas de controle das pessoas acompanhadas na atenção primária sobretudo na promoção de saúde e prevenção das complicações da diabetes.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com Doenças Crônicas nas redes de atenção à Saúde e nas linhas de cuidados prioritários. Ministério da Saúde, 2013.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença

crônica: diabetes mellitus. Ministério da Saúde, 2013.

3. Fernandes J , et al. IDF Diabetes Altlas estimates of 2014 global health expenditures on diabetes. Diabetes Res Clin Pract. 2016; 117:117-48.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de Condutas para Tratamento de úlceras em hanseníase e diabetes. Ministério da Saúde, 2008.
5. 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 crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
6. Neves S , Araújo W. Os efeitos terapêuticos da ozonioterapia ao portador de pé diabético: uma revisão integrativa da literatura. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Belém: Centro Universitário do Estado do Pará,2019.
7. Duncan, Bruce Bartholow et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. Revista de Saúde Pública [online]. 2012, v. 46, suppl 1 [Acessado 8 Outubro 2022] , pp. 126-134.
8. Brasileiro JL, Oliveira WTP, Monteiro LB, Chen J, Pinho EL, Sanos MA. Pé diabético: aspectos clínicos. Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular. 2005.
9. Senteio JS, Teston EF, Costa MAR, Soares VS, Spigolon DN. Prevalência de fatores de risco para o desenvolvimento de pé diabético. Rev Fun Care Online. 2018 out/dez; 10(4):919-925.
10. Batista IB, Pascoal LM, Gontijo PVC, Brito PS, Sousa MA, Santos Neto M, et al. Association between knowledge and adherence to foot self-care practices performed by diabetics. Rev Bras Enferm. 2020; 73(5):e20190430.
11. Nilson EAF, Andrade RCS, Brito DA, Oliveira ML. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e32.
12. Malta, Deborah Carvalho et al. Prevalência de diabetes mellitus determinada pela hemoglobina glicada na população adulta brasileira,

Pesquisa Nacional de Saúde. Revista Brasileira de Epidemiologia [online]. 2019, v. 22, n. Suppl 02 [Acessado 9 Outubro 2022]

13. Grillo, Maria de Fátima Ferreira e Gorini, Maria Isabel Pinto Coelho. Caracterização de pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2. Revista Brasileira de Enfermagem. 2007.
14. Lira, José Cláudio Garcia et al. Prevalência da síndrome metabólica e de seus componentes em pessoas com diabetes mellitus tipo 2. Texto & Contexto - Enfermagem [online]. 2018, v. 27, n. 3
15. Nascimento, Osvaldo José Moreira do, Pupe, Camila Castelo Branco e Cavalcanti, Eduardo Boiteux UchôaDiabetic neuropathy. Revista Dor [online]. 2016, v. 17.
16. Xavier, D., Umbelino, T., Alves, A., Lemos, L., Rabelo, L., Alexandre, K., & Rodrigues, G. (2021). Estratégias de reabilitação fisioterapêutica em pacientes com neuropatia diabética: uma revisão sistemática. *Revista Sustinere, 9*, 270 – 283
17. Cubas, Marcia Regina et al. Pé diabético: orientações e conhecimento sobre cuidados preventivos. Fisioterapia em Movimento [online]. 2013, v. 26, n. 3 [Acessado 1 Novembro 2022] , pp. 647-655
18. Dourado M Ângela, Santos ICRV. Artigo Original 2 - Adesão aos Cuidados de Prevenção do Pé Diabético. Estima [Internet]. 2016 Apr. 7
19. Costa, Amine Farias et al. Carga do diabetes mellitus tipo 2 no Brasil. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2017, v. 33, n. 2
20. Kolchraiber FC, Rocha JS, César DJ, Monteiro OO, Frederico GA, Gamba MA. Nível de atividade física em pessoas com diabetes mellitus tipo 2. Rev Cuid. 2018; 9(2):2105-16.
21. Ramos, TTO, Santos, MCQ dos, Lins, BS, Melo, Érick CA de, Santos, SMP dos, & Noronha, JAF (2020). Avaliação da perda da sensibilidade protetora da plantar como diagnóstico precoce da neuropatia diabética / Avaliação da perda da sensibilidade plantar protetora como diagnóstico precoce da neuropatia diabética. *Revista Brasileira de Desenvolvimento*
22. Lira Jefferson Abraão Caetano, Oliveira Bianca Maria Aguiar de, Soares Débora dos Reis, Benício Claudia Daniella Avelino Vasconcelos, Nogueira

Lídya Tolstenko. ANEXO A Avaliação do Risco de Ulceração nos pés em pessoas com diabetes mellitus na Atenção.Reme : Rev. Min. Enferm. [Internet]. 2020

PREFEITURA DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA SAÚDE

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE SUL

São Paulo, 25/05/22

Ao
Comitê de Ética de Pesquisa

A Coordenadoria Regional de Saúde Sul (CRS Sul) ratifica a presente pesquisa *"Prevalenci e principais fatores de risco associados ao desenvolvimento do pé diabético em usuários da UBS Jd.Cliper "* e orienta o presente pesquisador, que tem por responsabilidade atender aos requisitos necessários para este instrumento, devendo ter continuidade, respeitando o artigo 1º da Portaria SMS-G de Nº 2427/2013 de 12 de dezembro de 2013que diz:

"Todo projeto de pesquisa envolvendo seres humanos a se realizar no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, deve ser enviado ao CEP/SMS, devidamente instruído, de acordo com as normas vigentes e deve aguardar o parecer aprovado do CEP/SMS, para que sejam iniciados os procedimentos de pesquisa. Assim, o projeto deve ser entregue ao CEP para ser analisado."

Fica o pesquisador responsável por encaminhar ao CGP-Desenvolvimento da CRS-SUL, escaneado, o parecer do CEP de SMS.

O pesquisador tem o compromisso de redigir relatório final e apresentar o resultado de sua pesquisa em Reunião do Núcleo de Educação Permanente – NEP da CRS- Sul (segundo agendamento do serviço de Desenvolvimento-Gestão de Pessoas e EMS Sul) e, assim avaliado, em conformidade com a sua qualidade e finalidade e posteriormente indexado na Biblioteca Virtual de Saúde da Secretaria Municipal de São Paulo – BVS/SMS

Atenciosamente

Maria Aparecida C. Alfenas
Pesquisador/a

Nadia R. Ravani Gurgel
Coordenadoria Regional de Saúde Sul

ANEXO B

UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO - UNISA

COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS, NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisador: THUAM SILVA RODRIGUES

Versão: 1

CAAE: 59337922.6.0000.0081

Instituição Proponente: OBRAS SOCIAIS E EDUCACIONAIS DE LUZ

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 059197/2022

Patrocionador Principal: Financiamento Próprio

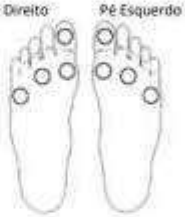
Informamos que o projeto DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS, NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE que tem como pesquisador responsável THUAM SILVA RODRIGUES, foi recebido para análise ética no CEP Universidade de Santo Amaro - UNISA em 06/06/2022 às 11:52.

Endereço: Rua Profª Enéas de Siqueira Neto, 340
Bairro: Jardim das Imbuias **CEP:** 02.450-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2141-8687 **E-mail:** pesquisaunisa@unisa.br

ANEXO C

FICHA DE AVALIAÇÃO PÉ DIABÉTICO	(Informações adicionais, utilizar o verso)
Nome: Idade: Sexo:	
Tipo de Diabetes:_____ Ano de diagnóstico:_____( ) HAS ( ) DLP ( ) outra: _____	
( ) Tabagista ( ) Etilista ( ) Frequenta grupo/instituição: _____	
Tratamento: ( ) Dieta ( ) Atividade física ( ) ADOs ( ) Insulina NPH ( ) Insulina Regular	
HÁBITOS / AUTOCUIDADO	
Já recebeu orientação quando aos cuidados com os pés? ( ) Sim ( ) Não Quem? _____ Apresenta dificuldade de examinar os pés? ( ) Sim ( ) Não	Examina os pés diariamente? ( ) Sim ( ) Não Seca entre os dedos após o banho? ( ) Sim ( ) Não
Como costuma corta as unhas dos pés? ( ) Reta ( ) Curva ( ) Retira as cuticulas ( ) Corta os cantos das unhas. Quem corta? _____	Usa o creme para hidratar os pés diariamente? ( ) Sim ( ) Não Entre os dedos? ( ) Sim ( ) Não
Verifica periodicamente o calçado em busca de elementos que possam ferir? ( ) Sim ( ) Não Costuma arejar ou limpar os sapatos? ( ) Sim ( ) Não	QP e HMA:
EXAME DOS PÉS – Caracteristicas da pele / Anexos / Deformidades	
Higiene dos pés: ( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim	Corte das unhas: ( ) Adequado ( ) Inadequado
Meia: ( ) Algodão ( ) Sintética ( ) Não Usa	
Pulso tibial posterior: ( ) Presente ( ) Ausente	Pulso pedioso: ( ) Presente ( ) Ausente
Parâmetros clínicos	**Parâmetros clínicos**
Presença de rachaduras: ( ) Sim ( ) Não	Cianose: ( ) Sim ( ) Não
Hiperemia local:_____	Hiperqueratose: ( ) Sim ( ) Não
Claudição: ( ) Sim ( ) Não	Padrão de marcha do paciente: _____
Pele macerada: ( ) Sim ( ) Não	Bolhas: ( ) Sim ( ) Não
Pele ressecada: ( ) Sim ( ) Não	Hálux Valgus (joanetes): ( ) Sim ( ) Não
Fissura interdigital-local:_____	Dedos em garra: ( ) Sim ( ) Não
Micose interdigital-local:_____	Onicomicose – Local: _____
Úlcera: ( ) Sim ( ) Não Local:_____ Caracteristica:_____	Amputação – Local:_____ Cicatriz de ferida anterior: ( ) Sim ( ) Não Local: _____

NOME:_____ CNS:_____ DATA:____/____/_____

TESTE DE SENSIBILIDADE COM MONOFILAMENTO DE Semmes-Weinstein 5.07	Sensibilidade Tátil:	Formato dos pés:	**Classificação de Risco**
Pé Direito Pé Esquerdo 	**Pé esquerdo** ( ) Preservado ( ) Alterada **Pé direito** ( ) Preservado ( ) Alterada	( ) Pé plano ( ) Pé cavo ( ) Dedo em Martelo ( ) Dedo sobrepostos ( ) Charcot ( ) Outros	Neuropatia ausente / Risco 0 ( ) VERDE / Sem Risco Neuropatia ausente / Risco 1 ( ) AMARELO / Risco Leve Neuropatia + deformidades + DVP / Risco 2 ( ) AMARELO / Risco Moderado Úlcera/amputação / Risco 3 ( ) VERMELHO / Risco Grave **Orientações:** Risco 0 – Avaliação anual Risco 1 – Avaliação Semestral Risco 2 – Avaliação Trimestral Risco 3 – Avaliação Bimestral

SINAIS E SINTOMAS DE POLINEUROPATIA

ESCORE DE SINTOMAS NEUROPÁTICOS

1	O(a) senhor(a) tem experimentado dor ou desconforto nas pernas?	○ Se NÃO, interromper a avaliação ○ Se SIM, continuar a avaliação	
2	Que tipo de sensação mais te incomoda? (descrever as manobras para o paciente se ele não citar nenhuma destas)	○ Queimação, dormência ou formigamento ○ Fadiga, câimbras ou prurido	2 pts 1 pt
3	Qual a localização ,ais frequente desse sintoma descrito?	○ Pés ○ Pernas ○ Outra localização	2 pts 1 pt 0 pt
4	Existe alguma hora do dia em que aumenta de intensidade?	○ Durante a noite ○ Durante o dia e a noite ○ Apenas durante o dia	2 pts 1 pt 0 pt
5	Este sintoma descrito já o(a) acordou durante a noite	○ Sim ○ Não	1 pt 0 pt
6	Alguma manobra que o(a) senhor(a) realiza é capaz de diminuir o sintoma descrito? (descrever as manobras para o paciente se ele não citar nenhuma delas)	○ Andar ○ Ficar de pé ○ Sentar ou deitar	2 pts 1 pt 0 pt

Escore total: _____ pontos. Classificação: Normal / Leve / Moderado / Grave

Um escore de 0 – 2: **Normal**; 3 – 4: **Leve**; 5 – 6: **Moderado**; 7 – 9: **Grave**

NOME:_____ CNS:_____ DATA:____/____/_____

1. Estado civil:	Casado ( )	Solteiro ( )		Outros ( ), qual?	
	viúvo(a) ( ), há quando tempo?				
2. Gênero/Orientação sexual: O Sr.(a) está satisfeito com sua sexualidade? Sim ( ) Não ( ) Gostaria de conversar sobre isso?					
3. Reside com quem? Sozinho ( ) cônjuge ( ) familiar ( ), quem? Outros ( ), quem?					
4. Caso esteja residindo sozinho: Porque o Sr.(a) está residindo sozinho(a)?					
5. Reside em:	Casa, apartamento ou sobrado ( ) Cômodo/Edícula ( ) Instituição de Longa Permanência ( ) República ( ) Residência terapêutica ( ) Locação social ( ) Centro de Acolhida ( ) Rua ( ) Outros ( ), qual?				
6. Imóvel: Próprio ( ) Alugado ( ) Cedido ( ) Público ( ) Outros ( ), qual?					
7. caso fique doente ou tenha algum problema, o Sr.(a) tem com quem contar? Não ( ) Sim ( ), quem?					
8. Possui suporte de alguma pessoa? Não ( )					
Sim ( )	Para: ABVD ( )	AIVD ( )	AAVD ( )		
	Quem?				
9. Tem alguma fonte de renda fixa? Não ( )					
Sim ( )	Aposentado ( )	Pensionista ( )	BPC/LOAS ( )	BOLSA FAMILIA ( )	
10. Mantem alguma atividade de trabalho com ou sem registro em carteira? Não ( ) Sim ( ) Atividade:					
11. Recebe ajuda financeira? Não ( )					
Sim ( )	Familiar ( )	Amigos ( )	Outros ( ), qual?		
	Instituição de Assistência ( )				
12.Frequentou escola? Não ( ) Sim ( ) Quantos anos?					
13. Possui religião ou credo/espiritualidade? Não ( ) Sim ( ) Qual?					
14. Meio de Transporte utilizado:	Ônibus ( )	Taxi/Aplicativo ( )	Veículo de conhecidos ( )	Metrô/Trem ( )	
	Motocicleta ( )	Bicicleta ( )	Outros ( ), Qual?		
15. Tem alguma dificuldade para sair de casa e andar nas redondezas? Não ( ) Sim ( ) Qual dificuldade e por quê?					
16. Atualmente algo ou alguém o(a) incomoda? Não ( ) Sim ( ) O quê ou quem?					
17.Já sofreu alguma situação de violência (física, psicológica, sexual, medicamentosa, emocional, social, negligência, abandono, abuso financeiro/econômico ou autonegligência)? Não ( ) Sim ( ) Gostaria de conversar sobre isso?					

DIÁRIO DE CAMPO

Conduta:

( ) Encaminhamentos _____

( ) Orientações com cuidado com os pés _____

( ) Outros _____

Nome Examinador (a)_____ _____

Assinatura do Professor