

Instrumento de Coleta de Dados de Enfermagem à Pessoa com Pé Diabético no contexto da Atenção Primária à Saúde  
Fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas

**Identificação e informações sociodemográficas :**

Nome: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
Orientação sexual: ( ) Heterossexual ( ) Homossexual ( ) Bissexual ( ) Outra: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Raça/Etnia: ( ) Amarela ( ) Branca ( ) Parda ( ) Preta ( ) Indígena  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Ocupação/Profissão: \_\_\_\_\_  
Renda familiar (salários mínimos): ( ) 1 a 2 ( ) 3 a 5 ( ) 5 a 10 ( ) > 10  
Benefícios: ( ) bolsa família ( ) Benefício de Prestação Continuada  
Reside: ( ) Sozinho ( ) Conjugê ( ) Outros: \_\_\_\_\_. N° de pessoas na casa: \_\_\_\_

**História Progressiva:**

Tipo de DM: ( ) DM1 ( ) DM2 . Tempo de Diagnóstico em anos: \_\_\_\_\_  
Comorbidades e complicações do DM: ( ) HAS ( ) IAM ( ) AVE ( ) Doença Arterial Periférica  
( ) Dislipidemia ( ) Retinopatia diabética ( ) Doença renal diabética ( ) Neuropatia diabética  
( ) Cetoacidose ou coma hiperosmolar ( ) hipoglicemias 70 a 54 mg/dl ( ) hipoglicemias < 54 mg/dl  
( ) Tireoidite de Hashimoto ( ) Hipertireoidismo ( ) Hipotireoidismo ( ) Outra(s). Qual(s)? \_\_\_\_\_  
( ) Alergias: \_\_\_\_\_. ( ) Cirurgia ou internações no último ano. Motivo? \_\_\_\_\_  
( ) Amputação. Onde? \_\_\_\_\_  
( ) Tabagista? ( ) Não ( ) Sim. Se sim, número de cigarros/dia: \_\_\_\_\_ Há quanto tempo fuma: \_\_\_\_\_ Já tentou diminuir ou cessar? ( ) Não ( ) Sim. Se sim, durante quanto tempo? \_\_\_\_\_ Parou de fumar: ( ) Não ( ) Sim. Tempo: \_\_\_\_ anos  
( ) Etilista? ( ) Não ( ) Sim. Se sim, qual a última vez que ingeriu bebidas alcoólicas e em qual quantidade? \_\_\_\_\_ Parou de beber: ( ) Não ( ) Sim. Tempo: \_\_\_\_ anos

**NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS**

**Regulação neurológica**

( ) Orientado no tempo/espço ( ) Calmo ( ) Confuso ( ) Agitado. Outro: \_\_\_\_\_

**Percepção dos órgãos do sentido**

**Olhos:** Acuidade visual diminuída? ( ) Não ( ) Sim; ( ) olho direito ( ) olho esquerdo.

Faz uso de óculos/lentes de contato? ( ) Não ( ) Sim.

**Ouvido:** Acuidade auditiva diminuída? ( ) Não ( ) Sim; ( ) sujidades ( ) secreção ( ) hiperemia.

**Nariz:** ( ) desvio de septo ( ) sujidades ( ) secreções.

**Fala:** Possui alterações na fala? ( ) Não ( ) Sim. Se sim, qual (is)? \_\_\_\_\_

**Tato:** ( ) Sem alterações ( ) Percepção dolorosa diminuída ( ) Percepção térmica diminuída ( ) Percepção tátil diminuída.

**Risco de quedas?** ( ) Não ( ) Sim

**Hidratação**

( ) Pele hidratada ( ) Mucosa hidratada ( ) Pele xerótica ( ) Xerostomia em cavidade bucal ( ) Outro: \_\_\_\_\_

Volume de líquido diário: ( ) mais de 2 litros ( ) 1.6 a 2 litros ( ) 1 a 1.5 litros ( ) Menos de 1 litro

**Nutrição**

Refeições diárias: ( ) Café da manhã ( ) Colação ( ) Almoço ( ) Lanche da tarde ( ) Jantar ( ) Ceia

Principais refeições (lugar): ( ) Em casa ( ) Na escola ( ) No trabalho ( ) Outro: \_\_\_\_\_

Preferências alimentares: \_\_\_\_\_

Maior consumo de: ( ) Alimentos *in natura* ou minimamente processados ( ) Alimentos processados

( ) Alimentos ultraprocessados.

Restrições alimentares: ( ) Não ( ) Sim, Qual(s)? : \_\_\_\_\_

**Sono e Repouso**

Horário de dormir: às \_\_\_\_\_ h. Dorme durante o dia: ( ) Não ( ) Sim. Por quanto tempo \_\_\_\_ min/h.

Qualidade do sono: ( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim

Problemas relacionados ao sono: ( ) Não ( ) Sim, Qual(s)? ( ) Insônia ( ) Sono agitado ( ) Pesadelos

( ) Ronco ( ) Sono interrompido ( ) Dificuldade de iniciar o sono

Utilização de medicamentos para dormir, Quais? \_\_\_\_\_

**Exercícios e atividade física**

Atividades físicas: ( ) Não realiza ( ) Realiza

Atividades físicas mais frequentes: \_\_\_\_\_

Exercícios físicos: ( ) Não realiza. Motivo \_\_\_\_\_ ( ) Realiza, quais? \_\_\_\_\_

Frequência: ( ) Diariamente ( ) 1 x/sem ( ) 2x/sem ( ) 3x/sem ( ) Outra:  
Duração: ( ) Mais de 30 min ( ) 30 min ( ) Menos de 30 min

### Abrigo

Zona de Moradia: ( ) Urbana ( ) Rural ( ) Institucionalizado ( ) Situação de rua  
Luz Pública: ( ) Não ( ) Sim Coleta de lixo: ( ) Não ( ) Sim Água tratada: ( ) Não ( ) Sim  
Rede de Esgoto: ( ) Pública ( ) Fossa ( ) Céu aberto Presença de animais domésticos: ( ) Não ( ) Sim

### Regulação hormonal

Altura: \_\_\_\_\_ cm Peso: \_\_\_\_\_ kg  
IMC: \_\_\_\_\_ ( ) Baixo peso ( ) Eutrofia ( ) Sobrepeso ( ) Obesidade grau 1 ( ) Obesidade grau 2  
Circunferência abdominal: \_\_\_\_\_ cm Glicemia capilar em jejum: \_\_\_\_\_ mg/dl

### Oxigenação

Tempo de enchimento capilar: ( ) < 2s ( ) > 2s Frequência respiratória: \_\_\_\_\_ irpm SatO2 \_\_\_\_\_ %  
MMVV: ( ) Presentes ( ) Diminuídos ( ) Ausentes  
Ruídos Adventícios: ( ) Ausentes ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Creptantes ( ) Subcreptantes

### Regulação térmica

( ) Afebril \_\_\_\_\_ °C ( ) Subfebril \_\_\_\_\_ °C ( ) Febril \_\_\_\_\_ °C ( ) Hipotérmico \_\_\_\_\_ °C

### Eliminações

Eliminação urinária - Frequência: \_\_\_\_\_ Coloração: \_\_\_\_\_ Odor? ( ) Não ( ) Sim .  
Dor ao urinar? ( ) Não ( ) Sim. Incontinência? ( ) Não ( ) Sim  
Eliminação do Trato Gastrointestinal - Frequência: \_\_\_\_\_ Coloração: \_\_\_\_\_  
Dor? ( ) Não ( ) Sim. Incontinência? ( ) Não ( ) Sim. Constipação? ( ) Não ( ) Sim. Diarreia? ( ) Não ( ) Sim  
Uso de laxante: ( ) Não ( ) Sim, Qual(s)? \_\_\_\_\_  
Uso de equipamento coletor ou dispositivo externo: ( ) Não ( ) Sim, Tipo: \_\_\_\_\_

### Sexualidade

Vida sexual ativa: ( ) Não ( ) Sim  
Distúrbio sexual: ( ) Não ( ) Sim, **Se sim:** ( ) Alteração da libido ( ) Disfunção erétil ( ) Dispaurenia  
( ) Ressecamento vaginal ( ) Outros: \_\_\_\_\_

### Locomoção, mecânica corporal e motilidade (marque mais de uma opção se necessário)

( ) Deambula ( ) Força motora preservada ( ) Deambula com dispositivo de marcha ( ) Deambula com dificuldade ( ) Não deambula ( ) Fadiga ( ) Paralisia ( ) Paresia ( ) Parestesia ( ) Atrofia muscular ( ) Amputação de membro inferior  
( ) Deformidade em membro inferior ( ) Uso de cadeira de rodas ( ) Mobilidade limitada das articulações pé e tornozelo.  
Sapato adequado: ( ) Sim ( ) Não Sapato corretivo/ortopédico: ( ) Não ( ) Sim

### Regulação vascular

PA: \_\_\_\_\_ mmHg; Frequência Cardíaca: \_\_\_\_\_ bpm

<b>Pé Direito</b>	Pulso Arterial Pedioso	( ) Presente	( ) Diminuído ou Ausente
	Pulso Arterial Tibial	( ) Presente	( ) Diminuído ou Ausente
<b>Pé Esquerdo</b>	Pulso Arterial Pedioso	( ) Presente	( ) Diminuído ou Ausente
	Pulso Arterial Tibial	( ) Presente	( ) Diminuído ou Ausente

Calcule o Índice Tornozelo – Braço (ITB): Pressão Sistólica Máxima MMII ÷ Pressão Sistólica Braquial Máxima ( Normal 0.9 – 1.30)

ITB	Pressão Sistólica Arteria Tibial Posterior	Pressão Sistólica Arteria Pediosa	Pressão Sistólica Artéria Braquial	Resultado
<b>Direito</b>				<b>ITB D:</b>
<b>Esquerdo</b>				<b>ITB E:</b>

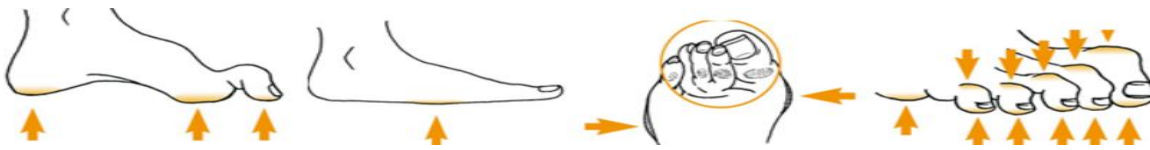
		ITB > 1.30*	Calcificação (risco de DCV)
		ITB 0.90 – 130	Normal
		ITB < 0.90*	Anormal (Sugestivo de DAP)
		ITB < 0.60*	Isquemia significativa

Fonte: Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé diabético, 2023.

**Sensopercepção (Marque mais de uma opção se necessário)**

Apresenta: ( ) Dor na perna em repouso ( ) Gangrena ( ) Rubor dependente ( ) Palidez com a perna elevada  
 ( ) Perda de pelos sobre o dorso do pé ( ) Unhas do hálux espessadas ( ) Pele brilhante/descamativa  
 ( ) Presença de hematomas ( ) Claudicação ( ) Cianose

Deformidades (assinale o achado positivo ou negativo):



Pé Neuropático (Cavus)  
 ( ) Não ( ) Sim

Arco Desabado (Charcot)  
 ( ) Não ( ) Sim

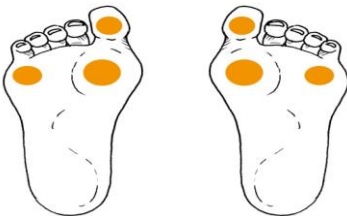
Valgismo  
 ( ) Não ( ) Sim

Dedos em Garra  
 ( ) Não ( ) Sim

Fonte: Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé diabético, 2023.

Unhas: ( ) Sem alterações ( ) Onicomicoses ( ) Onicogrifoses ( ) Onicocriptoses  
 Corte das unhas correto? ( ) Sim ( ) Não Calosidades: ( ) Não ( ) Sim

**Percepção da sensibilidade protetora - Monofilamento de Semmes-Weinstein 10 g**

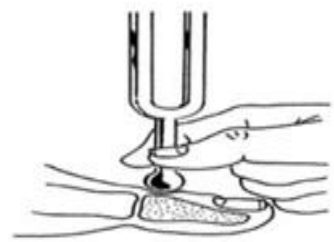


**Resultado**

( ) Percepção presente (responder corretamente em duas das três aplicações).  
 ( ) Percepção ausente (responder corretamente em duas das três aplicações).

Fonte: Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé diabético, 2023.

**Sensibilidade vibratória – Teste: Diapasão de 128 Hz**



**Resultado**

( ) Percepção presente (responder corretamente em duas das três aplicações).  
 ( ) Percepção ausente (responder corretamente em duas das três aplicações).

Fonte: Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé diabético, 2023.

**Ipswich Touch Test- Teste de toque leve** (Este teste pode ser usado para rastrear a perda de sensibilidade quando o monofilamento de 10 g ou o diapasão de 128 Hz não estiverem disponíveis)

**Resultado**

Pé direito ( ) Percepção presente ( ) Percepção ausente (toque não é detectado em 2 ou mais locais).

Pé Esquerdo ( ) Percepção presente ( ) Percepção ausente (toque não é detectado em 2 ou mais locais).

**Integridade cutâneo – mucosa**

Pé Direito

Localização Anatômica da lesão: ( ) Antepé ( ) Mediopé ( ) Retropé

Região : ( ) Plantar ( ) Interdigital ( ) Medial ( ) Lateral ( ) Dorsal

Comprimento da lesão: \_\_\_\_\_ cm Largura da lesão: \_\_\_\_\_ cm Profundidade \_\_\_\_\_ cm

Pé Esquedo

Localização Anatômica da lesão: ( ) Antepé ( ) Mediopé ( ) Retropé

Região : ( ) Plantar ( ) Interdigital ( ) Medial ( ) Lateral ( ) Dorsal

Comprimento da lesão: \_\_\_\_\_ cm Largura da lesão: \_\_\_\_\_ cm Profundidade \_\_\_\_\_ cm

Bordas da ferida: ( ) Aderidas ( ) Epitelizada ( ) Regulares ( ) Irregulares ( ) Descoladas ( ) Macerada ( ) Fibróticas/Rígida ao toque ( ) Hiperqueratose/tecido caloso ( ) Epibolia

Edema: ( ) Não ( ) Sim

Quantidade de exudato: ( ) Ausente ( ) Pouco ( ) Moderado ( ) Encharcado

Odor do exudato: ( ) Ausente ( ) Discreto ( ) Moderado ( ) Fétido

Aspecto do exudato: ( ) Nenhum ( ) Fibrinoso ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serosanguinolento ( ) Purulento ( ) Piosanguinolento

Consistência do exsudato: ( ) Fluído ( ) Fino ( ) Denso ( ) Espesso ( ) Brilhante

Tipo de tecido no leito da ferida: ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Necrose seca (escara)

( ) Necrose úmida (esfacelo)

Sinais de infecção: ( ) Ausente ( ) Edema ( ) Aumento da temperatura ( ) Hiperemia ( ) Aumento da dor

( ) Aumento de tecido necrosado ( ) Aumento do tamanho da ferida

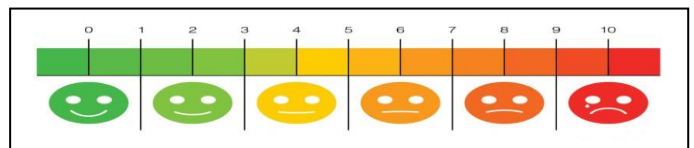
Profundidade: ( ) Plana ( ) Túneis

Pele periférica: ( ) Íntegra ( ) Hiperqueratosa ( ) Eritematosa ( ) Hiperemiada ( ) Macerada ( ) Descamativa

( ) Pruriginosa ( ) Hiperpigmentada ( ) Outras:

Outras lesões pré-ulcerativas/ alterações: ( ) Micoses interdigitais ( ) Rachaduras ( ) Bromidrose

Dor: ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) 8 ( ) 9 ( ) 10



**Terapêutica**

MEDICAMENTOS EM USO (INCLUSIVE INSULINA)	VIA	DOSE	HORÁRIO	RESULTADOS DE EXAMES RECENTES (< 3MESES)

Automedicação: ( ) Não ( ) Sim. Se sim, quais: \_\_\_\_\_

Glicemia capilar na Unidade de Saúde: ( ) Sim ( ) Não

Automonitoramento da glicemia capilar: ( ) Sim ( ) Não. Se não, quem auxilia: \_\_\_\_\_

Frequência (nº de vezes, dia ou semana): \_\_\_\_\_

**CUIDADOS COM A FERIDA ( Aponte aqui , qual terapêutica tem sido aplicada na lesão)**

Limpeza da lesão: ( ) Soro fisiológico ( ) Água destilada ( ) PHMB

Tipo de Desbridamento: ( ) Não se aplica ( ) Mecânico ( ) Cirúrgico ( ) Enzimático ( ) Autolítico

Coberturas: ( ) Carvão ativado com prata ( ) Alginato de cálcio ( ) Alginato de cálcio com prata ( ) Espuma de poliuretano ( ) Espuma de poliuretano com prata ( ) Hidrofibra ( ) Hidrofibra com prata ( ) Tela não aderente ( ) Papaína % ( ) Colagenase ( ) Ácido Graxo Essencial Outras: \_\_\_\_\_

Renovação da cobertura primária: ( ) Diária ( ) 2x semana ( ) 3x semana ( ) Outra: \_\_\_\_\_

Retorno: ( ) 7 dias ( ) 15 dias ( ) 30 dias ( ) mais de 30 dias ( ) Não se aplica ( ) Outra: \_\_\_\_\_

Dispositivos de Descarga do peso (offloading): ( ) Não ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_

Aplicação de Laserterapia : ( ) Não ( ) Sim

**NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS**

**Aprendizagem ( Educação a Saúde )**

Foi orientado sobre autocuidado com os pés e uso de sapatos adequados:( ) Sim ( ) Não

Compreende e executa o regime terapêutico adequadamente:( ) Sim ( ) Não

**Recreação /Lazer/ Criatividade**

( ) Televisão ( ) Música ( ) Computador ( ) Livros ( ) Trabalhos Manuais ( ) Outros ,Cite: \_\_\_\_\_

**Amor/Aceitação/ Atenção/ Gregária/ Auto estima/ Segurança**

Acompanhado (a) no momento da consulta:( ) Sim ( ) Não

Emocional: ( ) Estabilidade emocional preservada ( ) Ansiedade ( ) Choro ( ) Angústia ( ) Agitação ( ) Medo

Opiniões de si mesmo sobre sua lesão: ( ) Positiva/autoprovação ( ) Negativa/depreciação

Quem mais auxilia no seu tratamento: \_\_\_\_\_

**Comunicação e Gragária**

Possui apoio familiar/amigos:( ) Sim ( ) Não

Interação com as pessoas: ( ) Sim ( ) Não

**NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS**

**Religião/Espiritualidade**

( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_ ( ) Não

**Impressões do enfermeiro, observações ou intercorrências:**

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Enfermeiro responsável: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_