



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA-UnB  
FACULDADE DE CEILÂNDIA-FCE  
CURSO DE FISIOTERAPIA

RHANA FERNANDEZ P.M. CHAVES

# PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO DIABÉTICO ULCERADO NA RA DE CEILÂNDIA/DF

BRASÍLIA  
2014

RHANA FERNANDEZ P.M. CHAVES

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO DIABÉTICO  
ULCERADO NA REGIÃO ADMINISTRATIVA  
DE CEILÂNDIA/DF

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade de Brasília – UnB – Faculdade de  
Ceilândia como requisito parcial para obtenção do  
título de bacharel em Fisioterapia.

Orientador (a): Profª Drª Luísiane de Ávila Santana

BRASÍLIA  
2014

RHANA FERNANDEZ P.M. CHAVES

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO DIABÉTICO  
ULCERADO NA REGIÃO ADMINISTRATIVA DE  
CEILÂNDIA/DF

Brasília, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luísiane Ávila de Santa  
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB  
Orientadora

---

Prof.<sup>o</sup> Dr.<sup>o</sup> Rodrigo Luiz Carregaro  
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tatiana Ramos Lavich  
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB

*Dedicado a minha amada e saudosa avó Denair  
Pereira Fernandez, pelo exemplo, amor e sabedoria  
dedicados ao longo da vida.*

## **AGRADECIMENTOS**

*Ao longo desses cinco anos e meio passei por alguns momentos de tristeza e tantos outros de alegrias. Tais momentos estarão guardados em minha memória reconhecendo que “tudo tem um propósito debaixo dos céus” (Eclesiastes 3:1). E foi graças a esse propósito que alcanço mais essa conquista em minha vida.*

*Por tanto agradeço ao meu criador, que me deu a vida, a força para prosseguir e a família que tanto me apoia.*

*Agradeço à minha mãe, minha rainha, por ter me dado à vida e ao longo dela ter me instruído no caminho certo, sempre me socorrendo nos momentos mais difíceis.*

*Agradeço à minha irmã, que é a pessoa mais importante na minha vida, e que ao longo dessa pesquisa soube como enfrentar cada mudança de humor pelas quais eu tantas vezes passei.*

*Agradeço à minha orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Luisiane de Ávila Santana por ter aceitado o desafio, abraçado a causa e me norteado em cada linha de raciocínio.*

*Agradeço ao Prof<sup>o</sup> Wildo Navegantes de Araujo que enxergou as necessidades e possibilidades dentro da simples ideia que lhe apresentei.*

*Agradeço as minhas duas fieis companheiras de estágio e amigas Mariana Busche e Samira Azar, pelo apoio, incentivo e pelas boas gargalhadas que as nossas bagunças geraram ao longo desses semestres.*

*Agradeço à minha amiga de longa data, Elisa, que desde pequena dividiu bons momentos comigo.*

## RESUMO

CHAVES, Rhana Fernandez P.M., SANTANA, Luisiane de Ávila. Perfil Epidemiológico do Diabético Ulcerado na Região administrativa de Ceilândia/DF. 2014. 48f. Monografia (Graduação) - Universidade de Brasília, Graduação em Fisioterapia, Faculdade de Ceilândia. Brasília, 2014

**Objetivo:** Este estudo objetivou caracterizar o perfil do paciente grave (diabético, ulcerado) atendidos no programa de pé diabético do Hospital Regional da Ceilândia (HRC) e descrever o modelo de atenção básica prestado aos pacientes diabéticos na região administrativa de Ceilândia no Distrito Federal. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, retrospectivo de natureza quali-quantitativa realizado no ambulatório do pé diabético do Hospital Regional da Ceilândia/DF (HRC). Após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa foram selecionados pacientes em atendimento de Janeiro a Abril de 2014. O instrumento de coleta de dados foi baseado nas informações contidas no prontuário eletrônico e que respondessem à um questionário previamente elaborado para guiar a escolha das variáveis. **Resultados:** Dos 115 pacientes estudados, 54,8% (63) são homens e possuem em sua maioria entre 51 e 70 anos. Dentre os pacientes atendidos apenas 2,08% das mulheres e 1,88% dos homens apresentavam descrito na evolução a classificação em diabetes tipo 1. Apenas 24,75% dos pacientes não apresentam co-morbidades associadas ao diabetes. **Conclusão:** Os resultados encontrados na pesquisa, não corroboram com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, já que a pesquisa foi realizada no sistema de prontuário eletrônico, onde deveriam conter dados de diagnóstico, informação de uso de medicamentos, dados sócio demográficos entre outros. Como demonstrado nos resultados há escassez de tais informações, observa-se que apenas a idade e o sexo são variáveis encontradas em 100% dos registros, já as demais variáveis não são encontradas em todos os registros e inúmeras variáveis não são apontadas em nenhum dos registros estudado.

**Palavras-chave:** perfil epidemiológico, diabetes mellitus, atenção primária a saúde.

## ABSTRACT

CHAVES, Rhana Fernandez P.M., ARAÚJO, Wildo Navegantes, SANTANA, Luisiane de Ávila. Epidemiological profile of diabetic foot in Ceilândia. 2014. 48f. Monograph (Graduation) - University of Brasilia, undergraduate course of Physicaltherapy, Faculty of Ceilândia. Brasília, 2014.

**Objective:** This study aimed to characterize the profile of the critically ill patient (diabetic ulcers) attending the diabetic foot program of the Hospital Regional da Ceilândia (HRC) and describe the model of primary care provided to diabetic patients in the administrative region of Ceilândia the Federal District. **Methods:** This was a descriptive, exploratory study, a retrospective of qualitative and quantitative nature performed in the outpatient diabetic foot Hospital Regional da Ceilândia / DF (HRC). After approval by the Research Ethics Committee care patients were selected in January to April 2014. The instrument for data collection was based on information contained in electronic medical records and to respond to a previously prepared questionnaire to guide the choice of variables. **Results:** Of the 115 patients studied, 54.8 % (63) are men and have mostly between 51 and 70 years. Among the patients treated only 2.08 % of women and 1.88 % of the men had described evolution in the classification in type 1 diabetes. Only 24.75% of patients did not have comorbidities associated with diabetes. **Conclusion:** The findings of the study did not corroborate with the guidelines of the National Primary Care Policy, since the survey was conducted in the electronic medical record system, which should contain diagnostic data, information from drug use, socio-demographic data and other. As shown in the results is no dearth of such information, it is observed that only age and sex variables are found in 100% of records, since the other variables are not found in all records and numerous variables are not identified in any of the records studied .

**Keywords:** Epidemiological profile, diabetes, diabetic foot

**SUMÁRIO**

1-LISTA DE ABREVIATURAS.....	9
2-LISTA DE TABELAS E FIGURAS.....	11
3-INTRODUÇÃO.....	12
4- OBJETIVOS.....	18
5- METODOLOGIA.....	18
5.1-CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO.....	18
6-RESULTADOS.....	20
7-DISCUSSÃO.....	24
8- CONCLUSÃO.....	28
9-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29
10-ANEXOS.....	31
ANEXO A – NORMAS DA REVISTA CIENTÍFICA.....	31
ANEXO B- TERMO DE CONCORDÂNCIA.....	39
11-APÊNDICES.....	40
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO ORIGINAL.....	40
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO MODIFICADO.....	44
APÊNDICE C – FICHA DE AVALIAÇÃO (MOD.100.150 DE 2005).....	47



## **1-LISTA DE ABREVIATURAS**

DM – diabetes melito

ADA – associação americana de diabetes

DVC – doenças cardiovasculares

DAP – doença arterial periférica

OMS – organização mundial da saúde

DCNT – doença crônica não transmissível

IBGE – instituto brasileiro de geografia e estatística

PNAB – política nacional de atenção básica

RAS – redes de atenção à saúde

HRC – hospital regional da Ceilândia

RA – região administrativa

PDAD – pesquisa distrital por amostra de domicílios

UPA – unidade de pronto atendimento

CO-MORB – co-morbidades

SUS – sistema único de saúde

IMC – índice de massa corporal

COAP – contrato organizativo da ação pública da saúde

TrakCare – sistema de prontuário eletrônico da SES/DF

## **2-LISTA DE TABELAS E FIGURAS**

TABELA 1 – Distribuição de pacientes do sexo masculino e feminino de acordo com a idade. Ceilândia/DF – 2014

TABELA 2 – Associação entre o tipo de diabetes e as co-morbidades nos pacientes do sexo feminino e masculino em tratamento no ambulatório do pé diabético do HRC. Ceilândia/DF – 2014

FIGURA 1 – Diagrama de rastreamento e diagnóstico para DM tipo 2

### 3-INTRODUÇÃO

Diabetes melito (DM) é uma desordem metabólica de etiologia múltipla, uma condição crônico-degenerativa cuja manifestação está associada à falta e/ou à ação ineficiente do hormônio insulina, produzido pelas células beta das ilhotas de Langerhans do tecido endógeno do pâncreas. A presença de sintomas normalmente está associada à falta de controle da glicemia. Os valores atualmente preconizados de glicemia plasmática (açúcar no sangue), em jejum de 8 horas são de 70 a 99mg/dL. Considera-se por tanto, diagnóstico de Diabetes Melito, quando os valores para glicemia plasmática forem >126 mg/dL em jejum, > 140 mg/dL pós-prandial e/ou >180-200 mg/dL ao acaso. Os efeitos a longo prazo dessa condição, quando não tratada corretamente, são a falência de vários órgãos, neuropatias, nefropatias, retinopatias, isquemias, cardiopatias, hipertensão entre outras. As consequências dessas complicações podem ser amputações, necessidade de diálise, cegueira, perda de função e de sensibilidade, possibilidade de infecções frequentes, impotência sexual, acidentes cardíacos e/ou vasculares e morte súbita. Portanto, pode-se considerar o diabetes mal controlado um problema de saúde pública de grandes proporções e em crescimento.<sup>7</sup>

Essa doença metabólica heterogênea tem como manifestação principal a hiperglicemia. Com a alta concentração de glicose no sangue, a reabsorção no túbulo proximal do rim é incompleta e parte da glicose é excretada na urina, esse fenômeno é conhecido com glicosúria. Isto aumenta a pressão osmótica da urina, inibindo a reabsorção de água pelo rim, fato que resulta na produção aumentada de urina (poliúria) e na perda acentuada de líquido. O volume de sangue perdido será repostado osmoticamente da água armazenada nas células do corpo, causando desidratação e sede aumentada (polidipsia).<sup>13</sup>

Diabetes Melito (DM) não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam em comum o nível elevado de glicose no sangue, que é resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambos. A classificação atual do DM baseia-se na etiologia e não no tipo de tratamento, por tanto deve-se eliminar os termos

DM insulino dependente e DM insulino independente. A classificação proposta pela OMS e Associação Americana de Diabetes (ADA) inclui quatro classes clínicas: DM tipo 1, DM tipo 2, outros tipos específicos de DM e DM gestacional. Ainda há duas categorias, referidas como pré-diabetes, que são glicemia de jejum alterada e a tolerância á glicose diminuída. Tais categorias não são entidades clínicas, mas fatores de risco para o desenvolvimento de Diabetes Melito e doenças cardiovasculares (DVCs).<sup>16</sup>

Os problemas em extremidades inferiores comuns no diabetes, apresentam prevalência de cerca de 23-42% para neuropatia, 9-23% para doença vascular e 5-7% para ulceração do pé. A ulceração do pé diabético está associada à doença vascular periférica e neuropatia periférica, frequentemente em combinação. O pé diabético define-se como a entidade clínica de base etiopatogênica neuropática, induzida pela hiperglicemia sustentada, em que, com ou sem coexistência de doença arterial periférica (DAP), e com o prévio traumatismo desencadeante, se produz ulceração do pé. A “síndrome do pé diabético” engloba um número considerável de condições patológicas, incluindo a neuropatia, a DAP, a neuropatia de Charcot, a ulceração dos pés, a osteomielite e, finalmente e potencialmente prevenida, a amputação.<sup>6</sup>

Segundo Lopes<sup>9</sup> (2003), "Pé Diabético" é a infecção, ulceração e/ou destruição de tecidos profundos associados com anormalidades neurológicas e vários graus de doença vascular periférica no membro inferior. É causado pela tríade composta por neuropatia, doença vascular periférica e infecção que está relacionada com gangrena e amputação. As alterações neurológicas ainda são explicadas através de duas teorias: a teoria vascular, na qual a microangiopatia da *vasa nervorum* causaria uma isquemia com lesão do tecido nervoso. E a teoria bioquímica, na qual a ausência de insulina alteraria as células de Schwann através do efeito tóxico do sorbitol e da frutose que estão aumentadas no diabetes, e pela depleção do mioinositol. A neuropatia do pé diabético é na verdade uma pan-neuropatia, uma vez que acomete nervos sensitivos e motores é chamada de neuropatia sensitivo-motora e quando acomete nervos autônomos é chamada de neuropatia autonômica.

A neuropatia sensitivo-motora acarreta perda gradual da sensibilidade dolorosa, por exemplo, o paciente diabético poderá não mais sentir o incômodo da pressão repetitiva de um sapato apertado, a dor de um objeto pontiagudo no chão ou da ponta da tesoura durante o ato de cortar unhas. Isto o torna vulnerável a traumas e é denominado de perda da sensação protetora. Acarreta também a atrofia da musculatura intrínseca do pé causando desequilíbrio entre flexores e extensores, o que desencadeia deformidades ósteo-articulares (dedos em garra, dedos em martelo, proeminências das cabeças dos metatarsos, joanetes), que alteram os pontos de pressão na região plantar com sobrecarga e reação da pele com hiperqueratose local (calo), que com a contínua deambulação evolui para ulceração, que se constitui em uma importante porta de entrada para o desenvolvimento de infecções.<sup>14</sup>

A neuropatia autonômica através da lesão dos nervos simpáticos leva a perda do tônus vascular, promovendo uma vasodilatação com aumento da abertura de comunicações artério-venosas e conseqüentemente passagem direta do fluxo sanguíneo da rede arterial para a venosa, causando a redução da nutrição aos tecidos. E leva também a anidrose tornando a pele ressecada e com fissuras que também servem de porta de entrada para infecções.<sup>20</sup>

A neuropatia especial, que consiste principalmente em perda ou diminuição da sensibilidade dolorosa, da propriocepção e da atividade simpática, atinge principalmente as articulações. Esta entidade foi primeiramente descrita, em 1868, por Jean Martin Charcot, que a associou à sífilis terciária. No pé de Charcot, as articulações estão sujeitas às suas amplitudes extremas de movimento sem os benefícios dos mecanismos protetores normais, resultando em estiramento capsular e ligamentar, frouxidão articular, distensão e subluxação, que levarão a fraturas. O osso fraturado gera área de atrito, formando inicialmente calosidade plantar que irá ulcerar tornando-se foco de infecção, originando o pé diabético neuropático.<sup>18</sup>

Nos diabéticos, podemos encontrar alterações nos troncos arteriais ou arteríolas e capilares, caracterizando, respectivamente, a macroangiopatia e microangiopatia.<sup>1</sup> Alterações microvasculares são principal causa de morte em

pacientes com o Diabetes tipo 1. O acometimento microvascular está relacionado aos pequenos vasos, capilares e arteríolas, manifestando-se principalmente pelo espessamento da membrana basal capilar, sendo mais evidentes nos capilares da pele, músculos esqueléticos, retina, glomérulos renais e medula renal.<sup>19</sup>

As alterações macrovasculares, consideradas principal causa de morte, em pacientes com o DM tipo 2 é essencialmente uma forma acelerada da aterosclerose, que no paciente diabético, tem um comportamento peculiar: é mais comum, mais precoce e mais difusa, causando calcificação da camada média de artérias musculares, principalmente nas extremidades inferiores. Sendo responsável pela alta incidência de doenças cardiovasculares, que são responsáveis pelos maiores índices de mortalidade nessa população, e incluem o infarto do miocárdio, o acidente vascular cerebral e a gangrena periférica.<sup>15</sup>

O pé diabético representa um estado fisiopatológico multifacetado, caracterizado por úlceras que surgem nos pés da pessoa com diabetes e ocorrem como consequência de neuropatia em 90% dos casos. As úlceras decorrem geralmente de traumas e se complicam com gangrena e infecção, ocasionados por falhas na cicatrização e podem resultar em amputação, quando não se institui um tratamento precoce e adequado.<sup>20</sup>

No entanto as complicações crônicas destacam-se por proporcionarem às pessoas acometidas um alto índice de morbimortalidade, repercutindo em consequências socioeconômicas, psicológicas e, sobretudo, na qualidade de vida destas pessoas. Sendo o pé diabético, caracterizado pelo comprometimento tecidual, decorrente do mau controle glicêmico, da neuropatia diabética e da doença vascular periférica, é por sua vez, considerado um problema de saúde pública, por representar a principal causa de amputações de membros inferiores e internações recorrentes. Logo torna-se evidente que o impacto deste problema não atinge apenas o indivíduo, mas também sua família e o sistema de saúde, pelo significativo custo requerido para o tratamento das úlceras nos pés e das amputações. Portanto, torna-se

crucial e indispensável uma abordagem multidisciplinar dos profissionais de saúde na área de educação, para o acompanhamento desses pacientes.<sup>12</sup>

Segundo a OMS, o perfil sanitário mundial está se alterando rapidamente, especialmente nos países em desenvolvimento. Os conhecimentos sobre a natureza das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), sua ocorrência, seus fatores de risco e população sob risco também estão sob transformação. No Brasil as DCNT também representam um problema de saúde de grande magnitude. As DCNT atingem indivíduos em todas as camadas socioeconômicas, mas principalmente, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como idosos, pessoas com baixa escolaridade e/ou renda. Em 2007, 72% dos óbitos no país foram decorrentes dessas doenças, sendo o diabetes responsável por 5,2%.<sup>11</sup>

De acordo com o IBGE (Instituto Brasileiro de geografia e estatística) a prevalência de adultos com 35 anos ou mais que referiram ter diabetes é de 11,7%.<sup>8</sup> Estimava-se que em 2002 cerca de 173 milhões de adultos fossem diagnosticados com DM no mundo e cerca de 300 milhões no ano de 2030. Isso vem ocorrendo devido ao crescimento e envelhecimento populacional, à maior urbanização, à crescente prevalência de obesidade e sedentarismo, bem como maior sobrevida do paciente com diabetes melito.<sup>16</sup> Segundo os indicadores de mortalidade no site do DataSUS, a taxa de mortalidade específica por Diabetes Melito no Distrito Federal (DF) foi de 385 óbitos em 2008, 356 em 2009 e 449 óbitos em 2010, na população de 50 anos ou mais.<sup>4</sup> A porcentagem de portadores de doenças crônicas com 60 anos ou mais no DF foi de 73,8 em 2008, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios–PNAD.<sup>4</sup>

No Brasil, o Diabetes e a Hipertensão constituem a primeira causa de hospitalizações no sistema público de saúde. Para as DCNT (doenças crônicas não transmissíveis) existem ações de saúde bem estabelecidas que devem ser implementadas para um efetivo controle desses agravos e de seus fatores de risco, visando, sobretudo sua prevenção, diagnóstico e tratamento oportuno e de qualidade.<sup>11</sup>



De acordo com a PNAB-Política Nacional de Atenção Básica<sup>11</sup> instituída pela portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. O paragrafo único institui que a Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (SAS/MS), publicará manuais e guias com detalhamento operacional e orientações específicas desta política. Apresenta como disposições gerais que a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação da saúde e autonomia das pessoas, nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. E também define a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. Nesse sentido, a atenção básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, são elas: I) ser base; II) ser resolutive; III) coordenar o cuidado IV) ordenar as redes. Programando as ações da atenção básica a partir de sua base territorial e de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, utilizando instrumento de programação nacional ou correspondente local; Alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados que constam nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos; Organizar o fluxo de usuários visando à garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da atenção básica e de acordo com as necessidades de saúde dos usuários.<sup>11</sup>

#### **4-OBJETIVO**

Este estudo objetivou caracterizar o perfil do paciente grave (diabético, ulcerado) atendidos no programa de pé diabético do Hospital Regional da Ceilândia (HRC) e descrever o modelo de atenção básica prestado aos pacientes diabéticos na região administrativa de Ceilândia no Distrito Federal.

#### **5-MÉTODO**

Trata-se de um estudo descritivo realizado no ambulatório do pé diabético do Hospital Regional da Ceilândia/DF (HRC). Após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa foram selecionados pacientes em atendimento, de Janeiro a Abril de 2014, segundo a lista de atendimento disponibilizada pela equipe de enfermagem. O instrumento de coleta de dados foi baseado nas informações contidas no prontuário eletrônico e que respondessem à um questionário previamente elaborado para guiar a escolha das variáveis (APÊNDICE B). A coleta foi realizada no sistema de prontuários eletrônico da secretaria de saúde do Distrito Federal TrackKare ([www.portaldeexames.saude.df.gov.br/trakcare/web](http://www.portaldeexames.saude.df.gov.br/trakcare/web)). Os resultados obtidos foram analisado através de planilha no Microsoft<sup>®</sup> Excel e apresentados em forma de tabelas e gráficos.

##### **5.1-CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO:**

A Região Administrativa de Ceilândia (RA IX) surgiu em decorrência da Campanha de Erradicação de Invasões – CEI, que foi o primeiro projeto de erradicação de favelas realizado no Distrito Federal pelo governo local. As remoções de aproximadamente 80 mil pessoas para a nova cidade foram iniciadas em 27 de março de 1971.<sup>3</sup>

Segundo os dados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD)<sup>4</sup> 2013, a população urbana estimada de Ceilândia (RA IX) é de 449.592 habitantes enquanto no ano de 2011 era de 404.287. A maioria da população é constituída por mulheres, 51,78%. Os homens representam 71,35% dos responsáveis pelos domicílios na RA. Em relação a faixa etária, 62,98% tem entre 15-59 anos e 14,45% mais que 60 anos, além disso 97,37%

dos responsáveis pelos domicílios não frequentaram escola. Da população total, 70,66% não estudam. Entre os que estudam 23,33% frequentam a escola pública. De toda população 38,11% têm o nível fundamental incompleto. E 88,85% da população declararam que faz uso do hospital público/Unidade de Pronto Atendimento - UPA, e 87,55% o fazem na própria RA. Em relação à localização do posto de saúde utilizado pela população de Ceilândia, a pesquisa aponta que somente 8,87% declararam não utilizar esse serviço público. Dos que o utilizam, 98,60% procuram o posto de saúde da própria RA.<sup>3</sup>

## 6-RESULTADOS

De acordo com a lista de atendimento do HRC, 125 pacientes compareceram ao ambulatório entre o período de Janeiro a Abril de 2014 para realizar consulta e curativo. Dos 125 pacientes presentes na lista, 10 foram excluídos da pesquisa por não apresentarem dados suficientes que permitissem o acesso ao prontuário eletrônico via TrakCare. Afim de, responder aos objetivos optou-se por analisar apenas as variáveis que foram registradas no mínimo em 70% dos atendidos.

Para caracterizar o perfil do paciente atendido no HRC coletou-se dados como sexo, idade, tipo de diabetes e co-morbidades. Também buscou-se responder questões que incluíssem aspectos de saúde como tabagismo, sedentarismo e histórico familiar; histórico da lesão como início, recidiva e tratamento prévio e a avaliação da lesão atual, porém, tais variáveis não foram encontradas nas evoluções dos atendimentos.

Dos 115 pacientes estudados, 63 homens e 52 mulheres, possuem em sua maioria entre 51 e 70 anos. (Tabelas 1).

Tabela 1) Distribuição de pacientes do sexo masculino e feminino de acordo com a idade. Ceilândia/DF-2014

<b>IDADE</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>HOMENS</b>		
30 a 50 anos	11	17,46
51 a 70 anos	40	63,49
>71 anos	12	19,04
<b>MULHERES</b>		
30 a 50 nos	4	7,69
51 a 70 anos	27	51,92
>71 anos	21	40,38

Dos 63 homens atendidos no HRC, 9 foram excluídos do estudo por não apresentarem cadastro no TrakCare (sistema de prontuário eletrônico da Secretaria de Saúde do DF), 1 paciente foi excluído por não residir na R.A de

Ceilândia, totalizando 53 pacientes do sexo masculino. Em relação às mulheres 1 foi excluída do estudo por não apresentar cadastro no TrakCare, 1 paciente foi excluída por não residir na R.A de Ceilândia e 2 faleceram totalizando 48 pacientes do sexo feminino.

De acordo com as evoluções dos atendimentos no ambulatório, os pacientes são classificados pelo tipo de em DM, DM1(Diabetes tipo 1) e DM2 (Diabetes tipo 2), a classificação em DM ocorre quando o tipo, tempo de diagnóstico, controle glicêmico entre outros fatores não são especificados. Ainda há aqueles pacientes que não apresentam classificações quanto ao tipo de diabetes e não foram excluídos do estudo por estarem em atendimento no setor responsável por tal doença crônica e constarem na lista.

Dentre os pacientes atendidos apenas 2,08% das mulheres e 1,88% dos homens apresentavam descrito na evolução a classificação em diabetes tipo 1. Isso se dá pelo fato da população ser composta por um número maior de indivíduos idosos, já que a frequência do diabetes tipo 1 é menor na população diabética e normalmente é diagnosticada em crianças e adolescentes. Foram classificados com DM 2 39,58% das mulheres e 35,84% dos homens. Os pacientes não classificados quanto ao tipo de diabetes ou que apresentavam apenas a sigla DM em suas evoluções somam 58,33% mulheres e 35,84% homens. Totalizando 70,29% de pacientes atendido não classificados e 29,71% dos pacientes, homens e mulheres, devidamente classificados.

Apenas 24,75% dos pacientes não apresentam co-morbidades associadas ao diabetes. As co-morbidades encontradas foram: hipertensão arterial, doença arterial periférica, doença de Alzheimer, obesidade, AVC, hipotireoidismo, dislipidemia e insuficiência renal crônica.

Dentre os pacientes que apresentam co-morbidades 45,54% tem apenas uma, dentre as anteriormente citadas, associadas ao quadro de diabetes e lesão cutânea. E cerca de 8,91% tem associado duas co-morbidades ao quadro de diabetes e lesão cutânea. (Tabela 2)

Tabela 2) Associação entre o tipo de diabetes e as co-morbidades nos pacientes do sexo feminino e masculino em tratamento no ambulatório do pé diabético do HRC. Ceilândia/DF-2014

	<b>DM</b>	<b>DM 1</b>	<b>DM 2</b>	<b>TOTAL</b>
<b>MULHERES</b>				
S/ Co-Morb.	2	1	7	10
1 Co-Morb.	13	0	10	23
2 Co-Morb.	4	0	2	6
Não Classif.	-	-	-	9
				48
<b>HOMENS</b>				
S/ Co-Morb.	9	1	5	15
1 Co-Morb.	10	0	13	23
2 Co-Morb.	12	0	1	3
Não Classif.	-	-	-	12
				53

O atendimento prestado no ambulatório do pé diabético é realizado através da identificação da necessidade de acompanhamento da evolução da ferida e da realização constante de curativo na região atingida. Tal identificação é feita nos pacientes acompanhados previamente nos postos de saúde. Onde, os pacientes diabéticos tem acesso à consultas médicas, renovação da receita para os medicamentos de uso contínuo, palestras de cuidados com os pés e com a alimentação, recebem novas fitas de controle glicêmico e instruções quanto ao uso. Na maioria dos postos, esse modelo de atendimento é realizado apenas por um enfermeiro e um técnico em enfermagem. A necessidade, relatada pelos profissionais é o aumento da equipe, que deve ser formada por um médico, nutricionista, um fisioterapeuta e um odontologista. Essa equipe seria responsável pelas informações sobre todos os cuidados que o diabético deva ter com a sua saúde e mudanças de hábitos que o paciente deve realizar para que tenha qualidade de vida.

O ambulatório do pé diabético realiza atendimento em pacientes ulcerados recidivantes e/ou amputados que apresentem necessidade de

acompanhamento específico. Esse atendimento é realizado em pacientes encaminhados pelo Centro de Saúde ou por médicos do ambulatório do hospital. De acordo com a tabela 3, cerca de 72,91% dos pacientes do sexo feminino e 84,90% dos pacientes do sexo masculino que são atendidos no ambulatório do pé diabético, foram encaminhados pelo posto de saúde onde ainda realizam acompanhamento com outras especialidades médicas.

Tabela 3) Distribuição de pacientes de acordo com o local de iniciação ao tratamento de controle da glicemia e cuidados com os pés. Ceilândia/DF-2014

<b>Tratamento</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>SEXO FEMININO</b>		
Centro de Saúde (CSC)	35	72,91
Hosp. Reg. Ceilândia (HRC)	13	27,08
<b>SEXO MASCULINO</b>		
Centro de Saúde (CSC)	45	84,90
Hosp. Reg. Ceilândia (HRC)	8	15,09

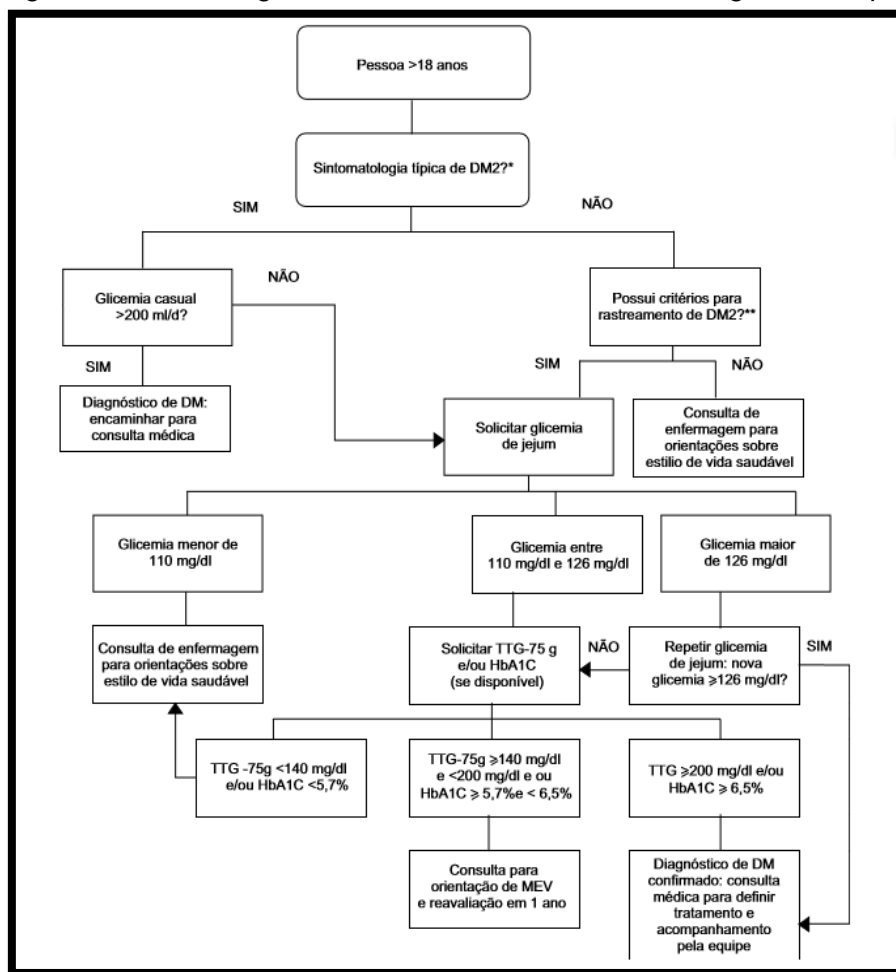
## 7-DISCUSSÃO

É determinado pela Lei nº 8080/90 que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. A Lei 8142/90 trata no Capítulo II, Seção II, artigo 8 sobre o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde que se iniciam pelas Portas de Entrada do SUS e se completam na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço. O Artigo 9 especifica que as portas de entrada são a atenção primária, atenção de urgência e emergência, atenção psicossocial e especiais de acesso aberto.

De acordo com Tabela 3 (Distribuição de pacientes de acordo com o local de iniciação ao tratamento de controle da glicemia e cuidados com os pés), 72,91% das mulheres e 84,90% dos homens atendidos, utilizaram um Centro de Saúde como porta de entrada ao sistema, corroborando com a diretriz do Caderno de Atenção básica número 35 de 2014.<sup>10</sup> a mesma, determina que o indivíduo que for identificado, independente do tipo de diabetes (figura 1) deve passar a ser assistido no processo de educação em saúde. Entretanto de acordo com a PNAB a identificação deve ocorrer junto ao Centro de Saúde que realiza o acompanhamento competente à sua complexidade<sup>11</sup>, porém isso, não é uma realidade dentro dos Centros de Saúde da RA de Ceilândia.



Figura 1 – Diagrama de rastreamento e diagnóstico para DM tipo 2



FONTE: CAB 35 – Ministério da Saúde, 2014<sup>10</sup>

Além dos pontos de Atenção à Saúde (centros de saúde e sedes do programa Saúde da Família), a estrutura operacional de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) é constituída por sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, assistencial-farmacêutico e de informação em Saúde; sistemas logísticos de identificação dos usuários, de prontuário clínico, de acesso regulado à atenção e de transporte em Saúde; e sistemas de governança da rede.<sup>11</sup>

A pesquisa foi limitada por ter sido traçada como metodologia a análise de prontuários digitais, e ter como objetivo buscar responder perguntas de um questionário elaborado a partir da literatura. Não era sabido previamente que o preenchimento do prontuário eletrônico, como forma de evolução para acompanhamento do paciente, não era realizado pelos funcionários dos centros de saúde responsáveis pelo atendimento do grupo de controle

glicêmico. Outra questão observada que limitou a pesquisa foi a falta de dados básicos sobre o paciente nas fichas de registro dos centros de saúde e ambulatório. É válido ressaltar que apesar da escassez de dados e ausência de protocolo de atendimento, o ambulatório do HRC ainda representa o atendimento mais protocolado da região em se tratando de pacientes diabéticos ulcerados.

Os resultados encontrados na pesquisa, não corroboram com as diretrizes supracitadas, já que a pesquisa foi realizada no sistema de prontuário eletrônico, onde deveriam conter dados de diagnóstico, informação de uso de medicamentos, dados sócio demográficos entre outros. Como demonstrado nos resultados há escassez de tais informações, observa-se que apenas a idade e o sexo (tabela 2) são variáveis encontradas em 100% dos registros, já as demais variáveis (tabelas 3 e 4) não são encontradas em todos os registros e inúmeras variáveis não são apontadas em nenhum dos registros estudados. O diagnóstico referido deveria classificar o paciente em DM tipo 1, DM tipo 2, ou ainda diabetes gestacional ou estado pré-diabético. E de acordo com o observado nos resultados 28 mulheres e 43 homens não apresentam classificação quanto ao tipo de diabetes ou ainda não apresentam identificação do estado patológico.

Todos os pacientes atendidos apresentam ulceração e/ou amputação em pelo menos um dos membros inferiores (ou extremidades inferiores). Em sua maioria, 23 mulheres e 23 homens, que realizam tratamento para a ulceração apresentam uma co-morbidade associada que em geral foi a hipertensão arterial. Segundo Toscano M. C.<sup>17</sup> (2004) estudos recentes demonstraram que os benefícios da redução de fatores de risco para doenças cardiovasculares são significativos em indivíduos com diabetes melito. E que o controle intensivo da hipertensão arterial tem se mostrado eficaz na redução de complicações em pacientes com diabetes e hipertensão. No entanto, os registros deste estudo não permitem saber se o paciente atendido está sob cuidado com relação a sua co-morbidade.

Atualmente as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) representam uma grande preocupação na área da Saúde Pública. Para que seja possível monitorar os comportamentos de risco que levam a população a desenvolver DCNTs é preciso ter conhecimento do perfil de exposição populacional aos seus fatores de risco, ou seja, do seu estilo de vida. Estudos recentes sobre DCNTs elencam como fatores de risco sexo, idade, etnia, escolaridade, classe social ou nível sócio-econômico, estado civil, tabagismo, etilismo, IMC e obesidade, circunferência da cintura, abdômen e quadril, sedentarismo, alimentação e avaliação do estado de saúde.<sup>2</sup> Por não haver protocolo de coleta e/ou registro de dados completo sobre o paciente diabético atendido, não houve a possibilidade de traçar um perfil histórico e demográfico do paciente, baseado no questionário previamente elaborado. (APÊNDICE B)

É disponibilizado ao profissional pela secretaria de saúde uma ficha (APÊNDICE C) (Mod.100.150 de 2005) que permite o cadastro do hipertenso ou diabético cabendo ao responsável do setor identificar o usuário, local de moradia, preencher os dados clínicos do paciente e especificar o tratamento desempenhado, tendo por finalidade, permitir que o profissional de saúde conheça o detalhadamente as características do paciente e preste as orientações específicas das ações de promoção da saúde e prevenção de agravos que envolvam a atenção integral. No entanto, verificou-se que tal ficha não é utilizada no ambulatório.

Além disso, as altas prevalências obtidas nos estudos<sup>2 e 17</sup> indicam a necessidade de intervenções, visando à implementação de estratégias de prevenção e promoção da saúde para melhorar o perfil dos brasileiros no que diz respeito à exposição aos fatores de risco para as DCNTs. No entanto, vale lembrar que é necessário conhecer como se caracteriza essa população, e para isso, os registros de locais de atendimento a essa população devem seguir as orientações da secretaria de saúde.

É importante ressaltar que neste ano de 2014, segundo as diretrizes do Caderno de Atenção Básica, a implantação de redes de atenção às doenças crônicas nos diversos territórios deverá ser realizada por meio das linhas de

cuidado específicas. E esse processo será incorporado à organização do Coap (Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde: proposta de mecanismos de controle mais eficazes e criação instrumentos para pactuação e monitoramento das ações públicas realizadas nas três esferas de governo através de um instrumento jurídico contendo a formalização das responsabilidades de cada esfera) constituído de um regional, integrando-o às demais redes temáticas existentes no território<sup>10</sup>. No entanto, após debater sobre a atenção do paciente atendido no HRC de Ceilândia, fica nítido a necessidade de maior orientação e treinamento para os profissionais de saúde, em virtude, da necessidade de incorporar essas implantações do Ministério da Saúde de forma eficaz a população.

## 8-CONCLUSÃO

Conclui-se que, devido à falta de informações sobre o quadro de diabetes e a precariedade das evoluções nos prontuários eletrônicos dos pacientes atendido no ambulatório do HRC, não foi possível traçar um perfil epidemiológico.

Observou-se por tanto, que existe a necessidade de padronizar um protocolo de avaliação e classificação do paciente atendido tanto nos ambulatórios quanto nos centros de saúde, afim de seguir as diretrizes da PNAB e cadernos de atenção básica. Com o intuito de obter maior eficácia no atendimento e no registro do paciente, tendo em vista que os modelos de registro utilizados nos Centros de Saúde não são compatíveis com o modelo de registro utilizado pelo Programa de Pé Diabético do Ambulatório do HRC, e ambos, não demonstram organização e a resposta desejada.

Então propõem-se a padronização da utilização da ficha disponibilizada pela secretaria de saúde (Mod.100.150 de 2005) e a elaboração de um padrão de evolução inicial e demais evoluções das anamneses. Acreditando, ainda, que tal mudança proporcionaria *feedback* das causas e consequências das comorbidades associadas facilitando a organização do sistema e um melhor atendimento ao paciente, a fim, de minimizar as consequências da diabetes.

## 9-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 Carvalho VF, Coltro OS, Ferreira MC. Feridas em pacientes diabéticos. *Rev. Med. (São Paulo)*. 2010 jul-dez;89(3/4):164-9

2 Casado L, Viana LM, Thuler LCS. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. *Ver. Brasileira de Cancerologia*. 2009.

3 ceilandia.df.gov.br

Disponível em: <<http://www.ceilandia.df.gov.br/sobre-a-ra-ix/conheca-ceilandia-ra-ix.html>> Acesso: 14/05/2014

4 CODEPLAN. Pesquisa distrital por amostra de domicílios. Brasília/DF: setembro 2013

5 DATASUS Indicadores de fatores de risco e de proteção. Prevalência de diabetes melito.

Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabnet.exe?idb2012/g01.def>> Acesso: 14/05/2014

6 Duarte N, Gonçalves A. Pé diabético Artigo de Revisão. *Angiologia e Cirurgia vascular*. Volume 7 nº2 Junho 2011.

7 Dullius J. Diabetes mellitus: saúde, educação, atividades físicas cap. 1 O que é diabetes mellitus. Página 35-40. Brasília. Editora Universidade de Brasília: FINATEC, 2007.

8 IBGE. População recenseada e estimada, segundo as grandes regiões e as unidades da Federação. 2007

Disponível em:

<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem.pdf>> Acesso 14/05/2014

9 Lopes CF. Pé diabético. In: Pitta GBB, Castro AA, Burihan E. *Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado*. Maceió: UNCISAL/ECMAL & LAVA; 2003

- 10** Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica, nº35. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília 2014
- 11** Ministério da Saúde. Política Nacional de atenção Básica. Brasília, 2012
- 12** Moraes GFC, Soares MJGO, Costa MML, Santos IBC. Conhecimento e práticas dos diabéticos a cerca das medidas preventivas para lesões de membros inferiores. *Rev Baiana de Saúde Pública*. V33, nº3, p.361-371 jul/set 2009.
- 13** Moreira RFA. Bioquímica do diabetes cap 5 Tipos de Diabetes pg 41-46.
- 14** Najjar ECA, Najjar JÁ, Ferreira EAP, Albuquerque LC. Análise dos pés de pacientes diabéticos atendidos em unidade de saúde. *Fapespa*. 2010.
- 15** Pitta GBB, Castro AA, Soares AMMN, Maciel CJJ, SilvaJDM, Muniz VMT, Asmar SB. Perfil dos pacientes portadores de pé diabético atendidos no Hospital Escola José Carneiro e na Unidade de Emergência Armando Lages. *J. Vasc. Br*. 2005.
- 16** Sociedade brasileira de diabetes. Tratamento e acompanhamento do *Diabetes Mellitus*. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Pagina 8-10, Volume 1, 2006.
- Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/educacao/docs/diretrizes.pdf> >  
Acesso em: 04 nov. 2013.
- 17** Toscano CM. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2004.
- 18** Vedolin AC, Schimitt CMDA, Bredt CFG, Barros MB, França LHG, Branco RG, Júnior HJS. Pé diabético: estudo comparativo entre diferentes formas de apresentação clínica e tratamentos. HC Paraná.2003
- 19** Viana MR, Rodriguez TT. Complicações cardiovasculares e renais do diabetes mellitus. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*. 2010.
- 20** Vigo KO, Torquato MTCG, Silvério IAS, Queiroz FA, Guanilo MCDLTU, Pace AE. Caracterização de pessoas com diabetes em unidades de atenção primária e secundária em relação a fatores desencadeantes do pé diabético. *Acta Paul Enfem*. 2006.

## 10-ANEXOS

### ANEXO A – NORMAS DA REVISTA



### INSTRUÇÕES AOS AUTORES

ISSN 0034-8910 versão impressa

ISSN 1518-8787 versão on- line

#### Categorias de Artigos

##### Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo- efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar os leitores quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Recomenda-se ao autor que antes de submeter seu artigo utilize o "check list" correspondente:

CONSORT check list e fluxograma para ensaios controlados e randomizados  
STARD check list e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica  
MOOSE check list e fluxograma para meta-análise  
QUOROM check list e fluxograma para revisões sistemáticas  
STROBE para estudos observacionais em epidemiologia

Informações complementares:

Devem ter até 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências.



As tabelas e figuras, limitadas a 5 no conjunto, devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas. As figuras não devem repetir dados já descritos em tabelas.

As referências bibliográficas, limitadas a cerca de 25, devem incluir apenas aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (teses, relatórios e outros) devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas nos rodapés das páginas onde estão citadas.

Os resumos devem ser apresentados no formato estruturado, com até 300 palavras, contendo os itens: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Excetuam-se os ensaios teóricos e os artigos sobre metodologia e técnicas usadas em pesquisas, cujos resumos são no formato narrativo, que, neste caso, terão limite de 150 palavras.

A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A Introdução deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. As fontes de dados, a população estudada, amostragem, critérios de seleção, procedimentos analíticos, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção de Resultados deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. A Discussão deve incluir a apreciação dos autores sobre as limitações do estudo, a comparação dos achados com a literatura, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. Trabalhos de pesquisa qualitativa podem juntar as partes Resultados e Discussão, ou mesmo ter diferenças na nomeação das partes, mas respeitando a lógica da estrutura de artigos científicos.

Comunicações Breves - São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego. Informações complementares: Devem ter até 1.500 palavras (excluindo resumos tabelas, figuras e referências) uma tabela ou figura e até 5 referências. Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais, exceto quanto ao resumo, que não deve ser estruturado e deve ter até 100 palavras.

## ARTIGOS DE REVISÃO

Revisão sistemática e meta-análise - Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder à pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de meta-análise).

Revisão narrativa/crítica - A revisão narrativa ou revisão crítica apresenta caráter descritivo-discursivo, dedicando-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da Saúde Pública. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber. Informações complementares: Sua extensão é de até 4.000 palavras. O formato dos resumos, a critério dos autores, será narrativo, com até 150 palavras. Ou estruturado, com até 300 palavras. Não há limite de referências.

## COMENTÁRIOS

Visam a estimular a discussão, introduzir o debate e "oxigenar" controvérsias sobre aspectos relevantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens destacando na Introdução o assunto e sua importância. As referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados

no artigo. Informações complementares: Sua extensão é de até 2.000 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências. O formato do resumo é o narrativo, com até 150 palavras. As referências bibliográficas estão limitadas a cerca de 25.

Publicam-se também Cartas Ao Editor com até 600 palavras e 5 referências.

#### Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em declaração para esta finalidade. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima. A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é limitada a 12; acima deste número, os autores são listados no rodapé da página.

Os manuscritos publicados são de propriedade da Revista, vedada tanto a reprodução, mesmo que parcial, em outros periódicos impressos. Resumos ou resenhas de artigos publicados poderão ser divulgados em outros periódicos com a indicação de links para o texto completo, sob consulta à Editoria da RSP. A tradução para outro idioma, em periódicos estrangeiros, em ambos os formatos, impresso ou eletrônico, somente poderá ser publicada com autorização do Editor Científico e desde que sejam fornecidos os respectivos créditos.

#### Processo de julgamento dos manuscritos

Os manuscritos submetidos que atenderem às "instruções aos autores" e que se coadunem com a sua política editorial são encaminhados para avaliação.

Para ser publicado, o manuscrito deve ser aprovado nas três seguintes fases:

Pré-análise: a avaliação é feita pelos Editores Científicos com base na originalidade, pertinência, qualidade acadêmica e relevância do manuscrito para a saúde pública. Avaliação por pares externos: os manuscritos

selecionados na pré-análise são submetidos à avaliação de especialistas na temática abordada. Os pareceres são analisados pelos editores, que propõem ao Editor Científico a aprovação ou não do manuscrito. Redação/Estilo: A leitura técnica dos textos e a padronização ao estilo da Revista finalizam o processo de avaliação.

O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento. Manuscritos recusados, mas com a possibilidade de reformulação, poderão retornar como novo trabalho, iniciando outro processo de julgamento.

#### Preparo dos manuscritos

Devem ser digitados em extensão .doc, .txt ou .rtf, com letras arial, corpo 12, página em tamanho A-4, incluindo resumos, agradecimentos, referências e tabelas. Todas as páginas devem ser numeradas. Deve-se evitar no texto o uso indiscriminado de siglas, excetuando as já conhecidas. Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Para tanto os autores devem explicitar em Métodos que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovada pela comissão de ética da instituição onde a pesquisa foi realizada.

#### Idioma

Aceitam-se manuscritos nos idiomas português, espanhol e inglês. Para aqueles submetidos em português oferece-se a opção de tradução do texto completo para o inglês e a publicação adicional da versão em inglês em meio eletrônico. Independentemente do idioma empregado, todos manuscritos devem apresentar dois resumos, sendo um em português e outro em inglês. Quando o manuscrito for escrito em espanhol, deve ser acrescentado um terceiro resumo nesse idioma.

#### Dados de identificação

a) Título do artigo - deve ser conciso e completo, limitando-se a 93 caracteres, incluindo espaços. Deve ser apresentada a versão do título em inglês.

- b) Título resumido - com até 45 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas.
- c) Nome e sobrenome de cada autor, seguindo formato pelo qual é indexado.
- d) Instituição a que cada autor está afiliado, acompanhado do respectivo endereço (uma instituição por autor).
- e) Nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.
- f) Se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.
- g) Se foi baseado em tese, indicar o nome do autor, título, ano e instituição onde foi apresentada.
- h) Se foi apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e data da realização.

Descritores - Devem ser indicados entre 3 e 10, extraídos do vocabulário "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS), quando acompanharem os resumos em português, e do Medical Subject Headings (MeSH), para os resumos em inglês. Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

Agradecimentos - Devem ser mencionados nomes de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, desde que não preencham os requisitos para participar da autoria. Deve haver permissão expressa dos nomeados. Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições quanto ao apoio financeiro ou logístico.

Referências - As referências devem ser ordenadas alfabeticamente, numeradas e normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Index Medicus, e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até 6

autores, citam-se todos; acima de 6, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina "et al".

Comunicação pessoal, não é considerada referência bibliográfica. Quando essencial, pode ser citada no texto, explicitando em rodapé os dados necessários. Devem ser evitadas citações de documentos não indexados na literatura científica mundial e de difícil acesso aos leitores, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento; quando relevantes, devem figurar no rodapé das páginas que as citam. Da mesma forma, informações citadas no texto, extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, não devem fazer parte da lista de referências, mas podem ser citadas no rodapé das páginas que as citam.

Citação no texto: Deve ser indicado em expoente o número correspondente à referência listada. Deve ser colocado após a pontuação, nos casos em que se aplique. Não devem ser utilizados parênteses, colchetes e similares. O número da citação pode ser acompanhado ou não do(s) nome(s) do(s) autor(es) e ano de publicação. Se forem citados dois autores, ambos são ligados pela conjunção "e"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor seguido da expressão "et al".

Tabelas - Devem ser apresentadas separadas do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização da revista que a publicou, por escrito, para sua reprodução. Esta autorização deve acompanhar o manuscrito submetido à publicação.

Quadros são identificados como Tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

Figuras - As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc), devem ser citadas como figuras. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto; devem ser identificadas fora do texto, por número e título abreviado do trabalho; as legendas devem ser apresentadas ao final da figura; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, com resolução mínima de 300 dpi.

Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Figuras coloridas são publicadas excepcionalmente. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução. Estas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

## ANEXO B – TERMO DE CONCORDÂNCIA

### TERMO DE CONCORDÂNCIA

A **Dr. Lucimar Gonçalves da Costa Zero** coordenadora geral do **Hospital Regional da Ceilândia** e **Enfermeira Dayse Lucia Moreira Rocha** chefe do ambulatório do **Hospital Regional da Ceilândia** estão de acordo com a realização, neste Setor, da pesquisa **Perfil epidemiológico do diabético ulcerado na Região Administrativa de Ceilândia/DF**, de responsabilidade do(a) pesquisador(a) **Profª. Dra. Luísiane de Ávila Santana**, para **Analisar os dados de prontuários dos pacientes diabéticos ulcerados atendidos na Região Administrativa de Ceilândia**, através de um estudo epidemiológico, com o objetivo de traçar um perfil, considerando aspectos biopsicossociais (fatores ambientais, sociais, culturais, financeiros), após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – CEP – SES/DF.

O estudo envolve **análise de prontuários, aplicação de questionário e realização de entrevistas em pacientes atendidos na Região Administrativa de Ceilândia/DF**. Tem duração de **um ano**, com previsão de início para **Março de 2014**.

Brasília, 25 / 11 / 2013

Diretor responsável do Hospital: \_\_\_\_\_



Assinatura/carimbo

Chefia responsável pela Unidade Clínica: \_\_\_\_\_

**Dayse Lúcia Moreira Rocha**  
Enfermeira  
Mat. SES 1650700-0  
COPREC-DF 203844

Assinatura/carimbo

Pesquisador Responsável pelo protocolo de pesquisa: \_\_\_\_\_

Assinatura



## 11-APÊNDICE

### APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO ORIGINAL

#### Histórico do paciente – 1ª consulta

##### Identificação do paciente

Unidade de Saúde: CST_____ ambulatório de curativo outro:_____
Nome: _____
Registro: _____
Data de nascimento: __/__/__ Idade: _____ Sexo: Masc. Fem.
Etnia: branca negra parda indígena amarela
Situação conjugal: solteiro casado viúvo divorciado convive maritalmente
Profissão/Ocupação: _____
Escolaridade: fundamental médio superior
Endereço: _____ Cidade: _____
Telefone(s) de contato: _____

##### Dados gerais de saúde

Doenças pré-existentis: _____
Antecedentes familiares: diabetes hipertensão doenças cardíacas outros: _____
Cirurgias prévias: _____ Alergias: _____
Tabagismo: sim não Etilismo: sim não Atividade física: sim não
Qual? _____ A quanto tempo? _____ Frequência semanal? _____
Medicamento em uso: _____
Ingestão hídrica (ml): _____
Preferência alimentar: _____ Nº de refeições: << 3 >> 3
Higiene corporal: boa regular ruim
Obs: _____

##### Histórico da lesão

Como iniciou? _____
Quando? _____ Nº de lesões: _____
Tratamentos efetuados: _____

##### Avaliação física

Peso (Kg): _____ Altura: _____ PA _____ x _____ mmhg FC: _____ bat/min FR: _____ /inc./min
Temperatura axilar: _____ °C Cabeça e pescoço: _____
Tórax/abdômen: _____
MMSS: _____
_____

MMII: _____
Diagnóstico de enfermagem: _____
Prescrição de enfermagem: _____

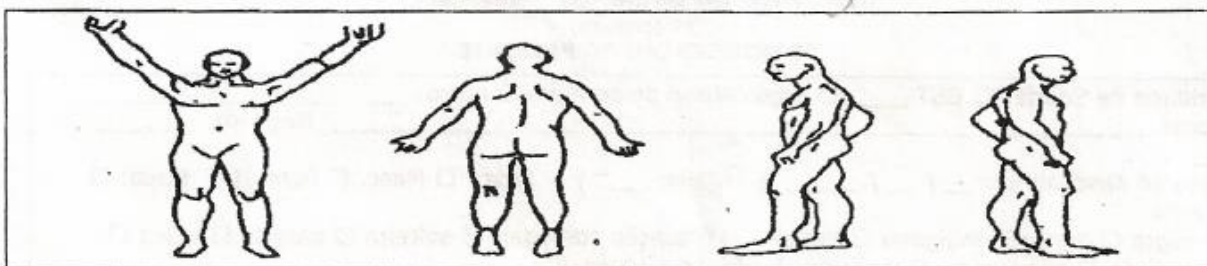
### Exames laboratoriais

Data	Amostra do material	Microorganismo isolado	ATB

### Avaliação da lesão

Causa: _____	Tipo de lesão: _____
Localização: _____	
Mensuração: Comprimento: ___cm    Largura: ___cm    Profundidade: ___cm	
Tipo de tecido da ferida:    epitelizado    granulado    esfacelo    necrose	
Tipo de borda:    macerada    regular    irregular    contraída    rósea    esbranquiçada hipermeada    hiperqueratosa    hiperpigmentada	
Exsudato:    seroso    serosanguinolento    sanguinolento    piosanguinolento purulento	
Volume do exsudato:    nenhum    pouco    moderado    abundante	
Odor:    nenhum    sui generis    fétido	
Estava em tratamento:    sim    não	
Onde: _____	
Duração do tratamento: _____	
O que foi realizado? _____	
Já obteve outras ulcerações?    sim    não.    Realizou algum tratamento?    sim    não	
Qual intervenção: _____	
Quando: _____	
Houve cicatrização?    sim    não    diminuiu	
Quantas Recidivas? _____	

### Localização da ferida



### Estadiamento da ferida

**Úlcera por pressão:** Estágio I (hiperemia em pele íntegra)

Estágio II (epiderme / derme rompida)

Estágio II (subcutâneo / fáscia muscular)

Estágio IV (músculo / osso / sem articulação)

**Pé diabético – Texas 1998\*:** grau / profundidade / Estágios / comorbidades

<u>E</u>	Grau 0	Grau 1	Grau 2	Grau 3
A	Lesão pré ou pós ulcerativa completamente epitelizado	Úlcera superficial, que não envolve tendão, cápsula ou osso.	Úlcera penetra tendão ou cápsula.	Úlcera penetra osso ou articulação
B	Com infecção	Com infecção	Com infecção	Com infecção
C	Com isquemia	Com isquemia	Com isquemia	Com isquemia
D	Com infecção e isquemia	Com infecção e isquemia	Com infecção e isquemia	Com infecção e isquemia

**Queimadura:** Grau I (epiderme, hiperemia, s/ bolhas, flictemas);

Grau II (epiderme, parte da derme, bolhas, flictemas);

Grau III (epiderme, derme, outros tecidos).

### Avaliação da dor

<b>Sente dor</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Intensidade da dor, avaliação do paciente: 0 ausente a 10 intensa 0 ____ 10	Horário do dia: <input type="checkbox"/> manhã <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> noite <input type="checkbox"/> todos	Tipo de dor: <input type="checkbox"/> arde <input type="checkbox"/> lateja
--	--	---	--

Toma medicamentos:    Não    Sim

Qual: \_\_\_\_\_

### Identificação do avaliador

Nome: \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_

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

~ Classificação da Universidade do Texas para úlcera do pé diabético. Fonte: Armstrong DG, Lavery LA, Arkless LB. Diabetes Care 21: 855-859, 1998. Lavery LA, Arkless, Armstrong DG, Arkless LB. J Foot Ankle Sug. 35: 528-531, 1996.

## APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO MODIFICADO

### Histórico do paciente

<b>Identificação do paciente</b>	
Nºprontuário: Data://	
Unidade de Saúde:	
Nome: _____	
Registro: _____	
Data de nascimento: // Idade: Sexo: ( )Masc. ( )Fem.	
Etnia: ( )branca ( )negra ( )parda ( )indígena ( )amarela	
Situação conjugal: ( )solteiro ( )casado ( )viúvo ( )divorciado ( )convive maritalmente	
Moradores da casa: adut. crianças dependentes	
Escolaridade: ( )fundamental ( )médio ( )superior	
Profissão/Ocupação: _____	
Renda pessoal:	
Renda familiar:	
Custos com a diabetes (clínica e úlcera):	
Endereço: _____	Cidade: _____
Telefone(s) de contato:	

### **Dados gerais de saúde**

Diabete tipo: ( )1 ( )2 tempo de diagnóstico: uso de insulina: ( )sim ( )não quantidade/dia: _____ Controle da glicemia: Doenças pré-existentes: _____
Histórico familiar: ( )diabetes ( )hipertensão ( )doenças cardíacas outros: _____ Cirurgias prévias: _____ Alergias: _____
Tabagismo: ( )sim ( )não Etilismo: ( )sim ( )não Atividade física: ( )sim ( )não Qual? A quanto tempo? _____ Frequência semanal? _____ Medicamento em uso: _____ Ingestão hídrica (ml): _____
Dieta: _____ Nº de refeições: ( ) - 3 ( ) +3 Higiene corporal: ( )boa ( )regular ( )ruim Obs: _____ Participa de algum grupo de educação em diabetes: Informações recebidas sobre a diabetes: _____

### **Avaliação física**

Peso (Kg): Altura: _____ PA _____ x _____ mmHg] FC: _____ bat/min FR: _____ /inc./min Temperatura axilar: _____ °C MMII: deformidade/marcha _____ Diagnóstico de enfermagem: _____ Prescrição de enfermagem: _____
--

### Histórico da lesão

Como iniciou?  
 Quando? Nº de lesões:  
 Tratamentos efetuados: \_\_\_\_\_  
 Onde: \_\_\_\_\_  
 Há infecção/bactéria: ( )sim ( )não Já existiu infecção/bactéria: ( )sim ( )não  
 Já obteve outras ulcerações? ( )sim ( )não Realizou algum tratamento? ( )sim ( )não  
 Qual intervenção: \_\_\_\_\_  
 Quando: (1ª/2ª...)  
 Já existiu infecção/bactéria: ( )sim ( )não

### Avaliação da lesão

Causa: \_\_\_\_\_ Tipo de  
 lesão: \_\_\_\_\_  
 Localização: \_\_\_\_\_  
 Mensuração: Comprimento: cm Largura: cm Profundidade: cm  
 Tipo de tecido da ferida: ( )epitelizado ( )granulado ( )esfacelo ( )necrose  
 Tipo de borda: ( )macerada ( )regular ( )irregular ( )contraída ( )rósea ( )esbranquiçada  
 ( )hipermeada ( )hiperqueratosa ( )hiperpigmentada  
 Exsudato: ( )seroso ( )serosanguinolento ( )sanguinolento ( )piosanguinolento ( )purulento  
 Volume do exsudato: ( )nenhum ( )pouco ( )moderado ( )abundante  
 Odor: ( )nenhum ( )sui generis ( )fétido

### Pé diabético – Texas 1998\*: grau / profundidade / Estágios / comorbidades

<u>E</u>	Grau 0	Grau 1	Grau 2	Grau 3
A	Lesão pré ou pós ulcerativa completamente epitelizado	Úlcera superficial, que não envolve tendão, cápsula ou osso.	Úlcera penetra tendão ou cápsula.	Úlcera penetra osso ou articulação
B	Com infecção	Com infecção	Com infecção	Com infecção
C	Com isquemia	Com isquemia	Com isquemia	Com isquemia
D	Com infecção e isquemia	Com infecção e isquemia	Com infecção e isquemia	Com infecção e isquemia

**Avaliação da dor**


<b>Sente dor</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Intensidade da dor, avaliação do paciente:  0 ausente a 10 intensa  0____10	Horário do dia: <input type="checkbox"/> manhã <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> noite <input type="checkbox"/> todos	Tipo de dor: <input type="checkbox"/> arde <input type="checkbox"/> lateja
--	--	---	--

Toma medicamentos:  Não  Sim

Qual: \_\_\_\_\_

**Identificação do enfermeiro****Nº prontuário:**

## APÊNDICE C – FICHA DE AVALIAÇÃO (MOD.100.150 DE 2005)

 <b>GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL</b> SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS		2ª Via: Arquivar no Prontuário <b>CADASTRO DO          HIPERTENSO E/OU          DIABÉTICO</b>					
Nome da Unidade de Saúde (*)		Cód. SIA/SUS ou CNES (EAS) (*)	Número do Prontuário				
<b>IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO (*)</b>							
Nome (com letra de fôrma e sem abreviaturas)		Data Nascimento / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
Nome da Mãe (com letra de fôrma e sem abreviaturas)		Nome do Pai					
Raça/Cor (TV)	Escolaridade (TV)	Nacionalidade <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira	Pais de Origem				
		Data Naturalização / /					
Nº Portaria	UF Munic. Nasc.	Nome Munic. Nascimento	Sit. Familiar/Conjugal (TV) Nº Cartão SUS (***)				
<b>DOCUMENTOS GERAIS</b>							
Título de Eleitor	Número	Zona	Série				
CTPS	Número	Série	UF Data de Emissão / /				
CPF	Número	PIS/PASEP	Número				
<b>DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS (**)</b>							
Identidade	Número	Complemento	Órgão (TV) UF Data de Emissão / /				
Certidão (TV)	Tipo	Nome do Cartório Livro					
	Folha	Termo Data de Emissão / /					
<b>ENDEREÇO (*)</b>							
Tipo de Logradouro	Nome do Logradouro		Número Complemento				
Bairro	CEP	DDD	Telefone				
<b>DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE</b>							
Pressão Arterial Sistólica (*)	Pressão Arterial Diastólica (*)	Cintura (cm)	Peso (Kg) (*)				
Altura (cm) (*)	Glicemia Capilar (mg/dl)		<input type="checkbox"/> Em jejum <input type="checkbox"/> Pós prandial				
Fatores de risco e Doenças concomitantes (*)		Não	Sim				
Antecedentes Familiares - cardiovasculares							
Diabetes Tipo 1			Infarto Agudo Miocárdio				
Diabetes Tipo 2			Outras coronariopatias				
Tabagismo			AVC				
Sedentarismo			Pé diabético				
Sobrepeso/Obesidade			Amputação por diabetes				
Hipertensão Arterial			Doença Renal				
<b>TRATAMENTO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS</b>							
Não Medicamentoso: <input type="checkbox"/>							
<b>Medicamentoso</b>							
Tipo	Comprimidos/dia						Unidade/dia
	½	1	2	3	4	5	
Hydroclorotiazida 25mg							
Propranolol 40mg							
Captopril 25mg							
Glibenclâmida 5mg							
Metformina 850mg							
Gliclazida 30mg							
Enalapril 10mg							
Atenolol 50mg							
Nifedipina Retard 20mg							
Insulina		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
Outros Medicamento		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Data da Consulta (*)		Assinatura do Responsável pelo atendimento (*)					
Legenda: - (*) Campos obrigatórios, com exceção: nome pai, naturalização e nº portaria, se nacionalidade brasileira (nascido no Brasil) complemento, DDD e telefone. (**) Pelo menos um dos documentos é obrigatório. TV= Tabela no verso do formulário. (***) Em caso de possuir o cartão SUS, preencher somente o número e o nome do paciente							



**Risco Estratificado e Quantificação de Prognóstico  
Pressão Arterial (mmHg)**

Outros fatores de risco ou doença	Grau 1 Hipertensão leve PAS 140-159 ou PAD 90-99	Grau 2 Hipertensão moderada PAS 160-179 ou PAD 100-109	Grau 3 Hipertensão grave PAS $\geq$ 180 ou PAD $\geq$ 110
I - Sem outros fatores de risco	Risco baixo	Risco médio	Risco alto
II - 1-2 fatores de risco	Risco médio	Risco médio	Risco muito alto
III - 3 ou mais fatores de risco ou lesões nos órgãos-alvo ou diabetes	Risco alto	Risco alto	Risco muito alto
IV - Condições clínicas associadas, incluindo doença cardiovascular ou renal	Risco muito alto	Risco muito alto	Risco muito alto

**Diabetes Tipo 1** - ocorre principalmente em crianças, jovens e adultos jovens. Precisam usar insulina para controlar a glicose no sangue desde o momento do diagnóstico.

**Diabetes Tipo 2** - aparece geralmente após os 40 anos de idade, freqüentemente em pessoas que têm excesso de peso.

**Tabagismo** - é igual ao consumo de 01(um) ou mais cigarros por dia.

**Sedentarismo** - quem realiza menos que 30 (trinta) minutos de exercício, 03 (três) vezes por semana e não faz esforço físico pesado em casa ou no trabalho. Ex. Faxina, lavagem manual de roupas, carrega carga pesada, movimentação britadeira etc.

**Sobrepeso ou Obesidade - classificação de acordo com a tabela:**

Classificação	IMC (peso em Kg/altura ao quadrado)	Risco de co-morbidade
Normal	18,5-24,9	Baixo
Sobrepeso	25,0-29,9	Pouco aumentado
Obeso Classe I	30,0-34,9	Moderado
Obeso Classe II	35,0-39,9	Grave
Obeso Classe III	$\geq$ 40,0	Muito grave

**TABELAS DE REFERÊNCIAS**

Raça/Cor	
Código	Descrição
1	Branca
2	Preta
3	Amarela
4	Parda
5	Indígena

Certidão/Tipo	
Código	Descrição
1	Nascimento
2	Casamento
3	Separação/Divórcio

Situação familiar/Conjugal	
Código	Descrição
1	Convive c/ companheira(o) e filho(s)
2	Convive c/ companheira(o) c/ laços conjugais e s/ filhos
3	Convive c/ companheira(o) filhos e/ou outros familiares
4	Convive c/ familiares, sem companheira (o)
5	Convive c/ outra(s) pessoa(s), sem laços consanguíneos e/ou laços conjugais
6	Vive só

Mod. 100.150 Verso (2ª via)

Escolaridade	
Código	Descrição
01	Não sabe ler/escrever
02	Alfabetizado
03	Fundamental incompleto (1º grau incompleto)
04	Fundamental completo (1º grau completo)
05	Médio incompleto (2º grau incompleto)
06	Médio completo (2º grau completo)
07	Superior incompleto
08	Superior completo
09	Especialização/Residência
10	Mestrado
11	Doutorado

Órgão Emissor	
Código	Descrição
10	SSP
41	Ministério da Aeronáutica
42	Ministério do Exército
43	Ministério da Marinha
44	Polícia Federal
60	Carteira de Ident. Clássica

61	Cóns. Reg.de Administração
62	Cons. Reg.de Ass. Social
63	Cons. Reg.de Biblioteconomia
64	Cons. Reg.de Contabilidade
65	Cons. Reg.de Corretores de Imóveis
66	Cons. Reg.de Enfermagem
67	Cons. Reg.de Engenharia, Arquitetura e Agronomia
68	Cons. Reg.de Estatística
69	Cons. Reg.de Farmácia
70	Cons. Reg.de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
71	Cons. Reg.de Medicina
72	Cons. Reg.de Med. Veterinária
73	Cons. Reg.de Músicos do Brasil
74	Cons. Reg.de Nutrição
75	Cons. Reg.de Odontologia
76	Cons. Reg.de Prof. Relações Públicas
77	Cons. Reg.de Psicologia
78	Cons. Reg.de Química
79	Cons. Reg.de Repr. Comerciais
80	Cons. Reg.de Advogados do Brasil
81	Outros Emissores
82	Documento Estrangeiro