

I FÓRUM NACIONAL DE PÉ DIABÉTICO DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

O médico como protagonista do cuidado ao paciente com pé diabético

Brasília, 31 de julho de 2026.

Os participantes do I Fórum Nacional de Pé Diabético do Conselho Federal de Medicina, reunidos em 31 de julho de 2026, reconhecem que o pé diabético constitui grave problema de saúde pública, com relevantes repercussões humanas, familiares, sociais, assistenciais e econômicas.

O pé diabético não deve ser compreendido apenas como uma ferida nos membros inferiores. Trata-se de uma condição clínica complexa, geralmente associada à neuropatia, à doença arterial periférica, à infecção, à perda funcional, a hospitalizações prolongadas, a amputações e a elevada mortalidade.

Estudos internacionais demonstram que a mortalidade em cinco anos após uma úlcera do pé diabético é elevada e aumenta significativamente após amputações, especialmente as amputações maiores. Em determinados cenários, o prognóstico pode ser mais desfavorável do que o observado em neoplasias como os cânceres de mama e de próstata.

Embora essas doenças possuam características clínicas e epidemiológicas distintas, a comparação demonstra a necessidade de conferir ao pé diabético visibilidade pública e prioridade institucional compatíveis com sua gravidade.

Diante dos temas debatidos, o I Fórum Nacional de Pé Diabético do CFM propõe as seguintes diretrizes:

1. Ampliar a informação e a conscientização sobre o pé diabético

É necessária a criação de uma estratégia permanente de comunicação e educação em saúde, voltada às pessoas com diabetes, aos familiares, aos médicos, aos demais profissionais de saúde e à sociedade.

Propõe-se:

I – promover campanhas nacionais sobre prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e prognóstico do pé diabético;

II – divulgar os principais sinais de alerta, como perda de sensibilidade, dor, alterações de temperatura ou coloração, fissuras, bolhas, calosidades, deformidades, edema, feridas e secreções;

III – orientar as pessoas com diabetes sobre a inspeção diária dos pés, os cuidados com a pele e as unhas e a utilização de calçados adequados;

IV – esclarecer que lesões aparentemente simples podem evoluir rapidamente para infecção, necrose, internação, amputação e morte;

V – combater a percepção equivocada de que a amputação constitui consequência inevitável do diabetes;

VI – incentivar a participação do CFM, dos Conselhos Regionais de Medicina, das sociedades médicas, das instituições de ensino e dos gestores de saúde nas ações educativas.

2. Reconhecer a elevada morbimortalidade do pé diabético

O pé diabético deve ser tratado como uma das complicações mais graves do diabetes mellitus e como prioridade nas políticas de prevenção das doenças crônicas.

Propõe-se:

I – ampliar a produção e a divulgação de dados nacionais sobre úlceras, infecções, internações, amputações e mortalidade;

II – acompanhar as taxas de amputações menores e maiores em cada região do país;

III – identificar desigualdades territoriais e vazios assistenciais;

IV – estabelecer metas progressivas para a redução das amputações evitáveis;

V – acompanhar a mortalidade após ulceração, internação e amputação;

VI – estimular pesquisas nacionais sobre prevalência, incidência, custos assistenciais, qualidade de vida e prognóstico;

VII – conferir ao tema visibilidade semelhante à destinada a outras doenças de alta morbimortalidade, inclusive às doenças cardiovasculares e oncológicas.

3. Reafirmar o médico como protagonista do cuidado

O cuidado multiprofissional é indispensável, mas não substitui a responsabilidade médica na avaliação clínica, no diagnóstico, na definição do prognóstico, na indicação terapêutica e na coordenação das decisões assistenciais.

O protagonismo médico não significa atuação isolada. Significa capacidade de reconhecer riscos, integrar informações, estabelecer diagnósticos, definir condutas e conduzir o paciente ao ponto adequado da rede de atenção.

Propõe-se:

I – reforçar o ensino do pé diabético nos cursos de graduação em Medicina;

II – incorporar o tema às competências essenciais dos programas de residência médica relacionados ao cuidado da pessoa com diabetes;

III – valorizar o exame físico completo e sistemático dos pés como parte da consulta médica de rotina;

IV – estimular o registro, no prontuário, da avaliação neurológica, vascular, dermatológica, musculoesquelética e infecciosa dos pés;

V – capacitar o médico para reconhecer neuropatia, isquemia, deformidades, infecções, ulcerações e risco de amputação;

VI – fortalecer a formação em estratificação de risco, prevenção, diagnóstico precoce e encaminhamento oportuno;

VII – promover programas permanentes de educação médica continuada;

VIII – incluir o tema em avaliações de competências na graduação e na residência médica.

Todo médico que acompanha pessoas com diabetes deve possuir competências mínimas para examinar os pés, reconhecer sinais de gravidade e adotar ou indicar as medidas necessárias.

4. Organizar a rede, a regulação e a assistência

A redução das amputações depende de uma rede assistencial organizada, com fluxos definidos, comunicação entre os serviços e acesso oportuno aos diferentes níveis de complexidade.

Propõe-se:

I – estruturar linhas regionais de cuidado para o pé diabético;

II – integrar a atenção primária, a atenção especializada, os serviços de urgência, os hospitais, a cirurgia vascular, a endocrinologia, a infectologia, a ortopedia, a cirurgia, a reabilitação e a assistência domiciliar;

III – definir protocolos claros de referência e contrarreferência;

IV – estabelecer critérios de prioridade regulatória para pacientes com úlcera ativa, infecção, isquemia, gangrena, necrose ou suspeita de osteomielite;

V – assegurar atendimento imediato nos casos de sepse, infecção grave, isquemia aguda ou ameaça de perda do membro;

VI – criar centros ou equipes regionais de preservação de membros, conforme as necessidades epidemiológicas e territoriais;

VII – garantir acesso oportuno a exames laboratoriais, culturas, métodos de imagem, avaliação vascular e procedimentos de revascularização;

VIII – estabelecer comunicação efetiva entre os diferentes níveis assistenciais;

IX – assegurar acompanhamento após a alta hospitalar e após a cicatrização da lesão;

X – desenvolver indicadores de acesso, qualidade, segurança e desfecho.

A regulação não deve funcionar apenas como mecanismo administrativo de distribuição de vagas. Deve assegurar que o paciente seja encaminhado ao serviço adequado no tempo clinicamente necessário.

5. Assegurar acesso às terapias convencionais e às condições adequadas de tratamento

O avanço tecnológico não substitui os fundamentos do cuidado clínico bem executado.

O tratamento do pé diabético deve contemplar, conforme a condição de cada paciente:

I – controle glicêmico e metabólico;

II – controle da pressão arterial, do perfil lipídico e dos demais fatores de risco cardiovascular;

III – avaliação da neuropatia e da doença arterial periférica;

IV – diagnóstico e tratamento oportuno das infecções;

V – avaliação da necessidade de internação;

VI – desbridamento, quando indicado, realizado por profissional habilitado e dentro de suas competências;

VII – redução adequada da pressão sobre a área lesionada;

VIII – escolha de coberturas e tratamentos locais conforme as características da ferida;

IX – avaliação vascular e revascularização, quando indicadas;

X – avaliação nutricional, funcional e psicossocial;

XI – acesso a órteses, palmilhas, calçados terapêuticos, próteses e reabilitação;

XII – prevenção de novas ulcerações após a cicatrização;

XIII – acompanhamento longitudinal do paciente.

A ausência de materiais, profissionais, exames, dispositivos de descarga, acesso vascular ou retaguarda hospitalar compromete a efetividade do tratamento e aumenta o risco de amputação.

Os serviços de saúde devem garantir condições estruturais, materiais e humanas compatíveis com a complexidade do cuidado.

6. Avaliar com rigor as terapias promissoras e experimentais

A inovação deve ser estimulada, mas não pode ser confundida com a utilização indiscriminada de tratamentos sem evidência suficiente.

Novas tecnologias, produtos biológicos, terapias celulares, dispositivos, coberturas avançadas, oxigenoterapia e outras modalidades adjuvantes podem representar alternativas promissoras em situações selecionadas. Entretanto, devem ser avaliadas com rigor científico, ético e regulatório.

Propõe-se:

I – diferenciar claramente tratamento convencional, tratamento adjuvante, terapia promissora e procedimento experimental;

II – impedir que terapias adjuvantes sejam apresentadas como substitutas do controle da infecção, da retirada de carga, da avaliação vascular, da revascularização ou do desbridamento;

III – exigir evidências de eficácia, segurança, custo-efetividade e aplicabilidade antes da incorporação em larga escala;

IV – assegurar que o paciente seja informado sobre benefícios esperados, limitações, riscos, custos e grau de evidência;

V – restringir procedimentos experimentais a protocolos de pesquisa devidamente aprovados;

VI – exigir consentimento livre e esclarecido nos tratamentos experimentais;

VII – combater promessas de cura, publicidade enganosa e exploração comercial da vulnerabilidade dos pacientes;

VIII – estimular estudos multicêntricos nacionais e registros clínicos de resultados;

IX – promover avaliação periódica das novas tecnologias pelas autoridades sanitárias, sociedades médicas e instituições científicas.

A inovação deve estar subordinada à evidência científica, à segurança do paciente e aos princípios da ética médica.

7. Delimitar o ato médico e as responsabilidades profissionais

A assistência ao paciente com pé diabético deve ser multiprofissional, integrada e centrada no paciente, respeitando as competências legais e técnicas de cada profissão.

A atuação em equipe não autoriza a transferência indevida de atribuições privativas do médico.

Devem permanecer sob responsabilidade médica:

I – a elaboração do diagnóstico médico;

II – a avaliação etiológica da lesão;

- III – a determinação do prognóstico clínico;
- IV – a indicação de internação e de alta médica;
- V – a prescrição de medicamentos e tratamentos médicos;
- VI – a indicação de exames necessários ao diagnóstico e à condução clínica;
- VII – a indicação e a realização de intervenções cirúrgicas e procedimentos invasivos privativos;
- VIII – a avaliação da necessidade de desbridamento cirúrgico;
- IX – a indicação de revascularização ou de amputação;
- X – a condução das infecções complexas e das condições sistêmicas associadas;
- XI – a coordenação das decisões clínicas de maior complexidade.

Propõe-se:

- I – elaborar orientações nacionais sobre competências e responsabilidades profissionais no cuidado ao pé diabético;
- II – assegurar que protocolos institucionais não eliminem a avaliação médica;
- III – impedir que decisões diagnósticas, prognósticas ou terapêuticas privativas sejam transferidas a profissionais não habilitados;
- IV – reconhecer e preservar as competências próprias dos demais integrantes da equipe;
- V – estimular práticas colaborativas e comunicação efetiva entre os profissionais;
- VI – assegurar supervisão médica nos serviços que realizem procedimentos invasivos ou atendam pacientes com risco de perda do membro;
- VII – responsabilizar tecnicamente os serviços pela manutenção de equipes, estrutura, protocolos e condições adequadas de atendimento.

A delimitação das competências não deve ser compreendida como obstáculo à atuação multiprofissional, mas como instrumento de segurança, clareza de responsabilidades e proteção do paciente.

8. Propostas de encaminhamento institucional

Como resultado do I Fórum Nacional de Pé Diabético, propõe-se que o Conselho Federal de Medicina:

- I – mantenha o tema como agenda permanente do Grupo de Trabalho sobre Questões Relacionadas ao Pé Diabético;

II – elabore documento técnico com competências essenciais para o médico no cuidado à pessoa com diabetes;

III – promova campanhas nacionais de conscientização;

IV – incentive os Conselhos Regionais de Medicina a realizar atividades educativas e fiscalizatórias;

V – articule-se com as sociedades médicas para desenvolver programas de capacitação;

VI – proponha parâmetros mínimos para a organização da assistência e das linhas de cuidado;

VII – acompanhe as condições oferecidas pelos serviços públicos e privados;

VIII – promova debates sobre incorporação de novas tecnologias;

IX – incentive a produção de indicadores nacionais sobre amputações e mortalidade;

X – estimule a inclusão do tema na graduação, na residência médica e na educação continuada;

XI – avalie a necessidade de regulamentação específica sobre as responsabilidades médicas na assistência ao pé diabético;

XII – encaminhe as conclusões do Fórum aos órgãos gestores, instituições de ensino, sociedades médicas e entidades representativas;

XIII - defenda a autonomia médica na definição do tempo de consulta, internamento e tratamento.

Compromisso final

O I Fórum Nacional de Pé Diabético do Conselho Federal de Medicina reafirma que preservar um membro significa preservar mobilidade, autonomia, capacidade laboral, convivência social, dignidade e vida.

A redução das amputações evitáveis exige informação, prevenção, exame clínico, diagnóstico precoce, tratamento adequado, acesso oportuno, redes assistenciais organizadas, equipes qualificadas, respeito às competências profissionais e avaliação rigorosa das novas tecnologias.

O médico deve assumir seu papel de protagonista, não para atuar isoladamente, mas para integrar conhecimentos, coordenar decisões clínicas e garantir que o paciente receba o cuidado adequado no tempo adequado.

O enfrentamento do pé diabético deve deixar de ser uma resposta tardia à infecção, à necrose e à amputação e passar a constituir uma política permanente de prevenção, cuidado integral e preservação de membros.

