

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

WILLIAM DA SILVA COIMBRA

**IMPLANTAÇÃO DE UM *CHECK LIST* NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DA
CLÍNICA DA FAMÍLIA VICTOR VALLA NO TERRITÓRIO DE MANGUINHOS - RJ
PARA AVALIAÇÃO DO PÉ DIABÉTICO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

WILLIAM DA SILVA COIMBRA

**IMPLANTAÇÃO DE UM *CHECK LIST* NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DA
CLÍNICA DA FAMÍLIA VICTOR VALLA NO TERRITÓRIO DE MANGUINHOS - RJ
PARA AVALIAÇÃO DO PÉ DIABÉTICO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção Doenças Crônicas não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Tânia Silva Gomes Carneiro

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **IMPLANTAÇÃO DE UM *CHECK LIST* NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DA CLÍNICA DA FAMÍLIA VICTOR VALLA NO TERRITÓRIO DE MANGUINHOS - RJ PARA AVALIAÇÃO DO PÉ DIABÉTICO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM**, de autoria do aluno **WILLIAM DA SILVA COIMBRA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas não Transmissíveis.

Profa. Tânia Silva Gomes Carneiro

Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes

Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos

Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

DEDICATÓRIA

Gostaria de dedicar este trabalho a minha esposa, Laiza Lopes de Medeiros Coimbra, e meus filhos Guilherme e Gustavo Coimbra que sempre estiveram ao meu lado, dando força para continuar e chegar até aqui amo vocês.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer à Deus, por ter colocado este tema e me sustentado espiritualmente para chegarmos na conclusão do trabalho.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	01
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	05
3 MÉTODO.....	07
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	13
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	15
REFERÊNCIAS.....	16

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Mapa do Território de Maginhos coberto com a Estratégia Saúde da Família. Rio Janeiro. 2014	09
Figura 2. Clínica da Família Victor Valla (CFVV) Rio Janeiro. 2014	11

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Gráfico da distribuição por sexo dentro do Território de Maginhos.	10
Quadro 2. Gráfico do Território de Maginhos pela faixa etária. Rio Janeiro. 2014	10

RESUMO

A incidência e prevalência da Diabetes Mellitus tem vindo a aumentar nas últimas décadas e prevê-se que a tendência se mantenha. Esta doença tem um impacto importante na saúde dos moradores do território de Manguinhos - RJ, originando perda da qualidade de vida, morbidade e mortalidade relevantes. Também implica custos elevados, com consequências sócias econômicas não só para os pacientes e suas famílias, mas, para toda a sociedade. Estes efeitos da doença devem-se principalmente às suas complicações. O pé diabético consiste numa das complicações mais graves e dispendiosas da Diabetes Mellitus, tratando-se do principal motivo de hospitalização destes doentes, sendo responsável por cerca de metade das amputações do membro inferior por causas não traumáticas. Neste estudo, descreve-se a problemática do pé diabético dos pacientes em uma comunidade no RJ e a implantação de um *check list* para consulta do enfermeiro para formalizar como se deve proceder à avaliação do pé dos diabéticos e com que frequência, de acordo com o risco de ulceração que apresentarem. Pretende-se assim, incentivar a correta abordagem desta complicação da diabetes de forma a evitar os seus efeitos diretos e indiretos. Para a redação deste estudo foi utilizada uma bibliografia variada e observação das necessidades nas consultas dos Enfermeiros.

1 INTRODUÇÃO

O termo “diabetes mellitus” (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999). O DM vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009).

O diabetes mellitus (DM) é um dos problemas de saúde mais importantes da atualidade, por ser uma doença com elevada morbidade e mortalidade. É uma doença crônica e se caracteriza por uma variedade de complicações, entre as quais se destaca o pé diabético, considerado um problema grave e com consequências muitas vezes devastadoras diante dos resultados das ulcerações, que podem implicar em amputação de dedos, pés ou pernas (PEDROSA, 2001).

A prevalência de DM nos países da América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, em 2030. Nos países europeus e Estados Unidos (EUA) este aumento se dará, em especial, nas faixas etárias mais avançadas devido ao aumento na expectativa de vida enquanto que nos países em desenvolvimento este aumento ocorrerá em todas as faixas etárias, sendo que no grupo de 45 a 64 anos, a prevalência será triplicada e, duplicada nas faixas etárias de 20 a 44 anos e acima de 65 anos (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2012). No Brasil, dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), de 2011, mostram que a prevalência de diabetes autorreferida na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011.

Ao analisar os dados do Vigitel de acordo com o gênero, apesar do aumento de casos entre os homens, que eram 4,4%, em 2006, e passaram para 5,2%, em 2011, as mulheres apresentaram uma maior proporção da doença, correspondendo a 6% dessa população. Além disso, a pesquisa deixou claro que as ocorrências são mais comuns em pessoas com baixa escolaridade. Os números indicam que 7,5% das pessoas que têm até oito anos de estudo

possuem diabetes, contra 3,7% das pessoas com mais de 12 anos de estudo, uma diferença de mais de 50% (BRASIL, 2011). O levantamento apontou, também, que o DM aumenta de acordo com a idade da população: 21,6% dos brasileiros com mais de 65 anos referiram a doença, um índice bem maior do que entre as pessoas na faixa etária entre 18 e 24 anos, em que apenas 0,6% são pessoas com diabetes. Com relação aos resultados regionais da pesquisa, a capital com o maior número de pessoas com diabetes foi Fortaleza, com 7,3% de ocorrências. Vitória teve o segundo maior índice (7,1%), seguida de Porto Alegre, com 6,3%. Os menores índices foram registrados em Palmas (2,7%), Goiânia (4,1%) e Manaus (4,2%) (BRASIL, 2011).

As complicações agudas e crônicas do diabetes causam alta morbimortalidade, acarretando altos custos para os sistemas de saúde. Gastos relacionados ao diabetes mundialmente, em 2010, foram estimados em 11,6% do total dos gastos com atenção em saúde (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2012). Dados brasileiros sugerem valores semelhantes (ROSA, 2008; INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2012). Estudo realizado pela OMS mostrou que os custos governamentais de atenção ao DM variam de 2,5% a 15% dos orçamentos anuais de Saúde, e os custos de produção perdidos podem exceder, em até cinco vezes, os custos diretos de atenção à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). Estudos internacionais sugerem que o custo dos cuidados relacionados ao diabetes é cerca de duas a três vezes superior aos dispensados a pacientes não diabéticos e está diretamente relacionado com a ocorrência de complicações crônicas (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2009).

A análise epidemiológica, econômica e social do número crescente de pessoas que vivem com DM mostra a necessidade da implantação de políticas públicas de saúde que minimizem as dificuldades dessas pessoas e de suas famílias, e propiciem a manutenção da sua qualidade de vida. No Brasil, um estudo realizado em Cuiabá-MT (FERREIRA; FERREIRA, 2009) descreveu as características epidemiológicas de 7.938 pessoas com DM atendidas na rede pública entre 2002 e 2006. Os principais fatores de risco cardiovasculares identificados foram: sobrepeso, sedentarismo e antecedentes familiares cardiovasculares. Mais de 80% dessas pessoas também eram hipertensas. O infarto agudo do miocárdio (IAM) foi a complicação mais frequentemente observada. Outro resultado importante foi a identificação de que o usuário, quando chega na Unidade Básica de Saúde (UBS), já apresenta sinais de estágio avançado da doença, o que

demonstra, entre outros fatores, as dificuldades de diagnóstico precoce e ações de prevenção primária e secundária.

Entre as complicações crônicas do diabetes mellitus (DM), as úlceras de pés (também conhecido como pé diabético) e a amputação de extremidades são as mais graves e de maior impacto socioeconômico. As úlceras nos pés apresentam uma incidência anual de 2%, tendo a pessoa com diabetes um risco de 25% em desenvolver úlceras nos pés ao longo da vida (BOULTON, 2008).

Estudos estimam que essa complicação seja responsável por 40% a 70% das amputações não traumáticas de membros inferiores. Aproximadamente 20% das internações de indivíduos com diabetes ocorrem por lesões nos membros inferiores. Sendo 85 % das amputações de membros inferiores no portador de DM são precedidas de ulcerações, sendo que os principais fatores associados são a neuropatia periférica, deformidades no pé e os traumatismos (GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO, 2001).

A prevenção, por meio do exame frequente dos pés de pessoas com DM, realizado pelo médico ou pelo enfermeiro da Atenção Básica, é de vital importância para a redução das complicações. Há evidências sobre a importância do rastreamento em todas as pessoas com diabetes a fim de identificar aquelas com maior risco para ulceração nos pés, que podem se beneficiar das intervenções profiláticas, incluindo o estímulo ao autocuidado (SINGH; ARMSTRONG; LIPSKY, 2005).

JUSTIFICATIVA

A escolha do tema foi através de observações nas consultas com os pacientes diabéticos onde pude observar que não existe nenhum registro nos prontuários eletrônico sobre avaliação do pé dos diabéticos, dificultando o acompanhamento dos pacientes com relação à continuidade. Percebo nas consultas de enfermagem a falta de algo, que seria a necessidade da ferramenta padrão no prontuário eletrônico dos pacientes diabéticos, mais detalhes da situação atual dos seus pés; sendo assim seria de extrema importância esse cuidado no prontuário dos pacientes.

OBJETIVO GERAL

O objetivo deste trabalho foi relatar a implantação do *check list* na consulta de enfermagem dentro do prontuário eletrônico na Clínica da Família Victor Valla (CFVV), embasado na teoria de autocuidado a paciente com pé diabético.

OBJETIVOS ESPECÍFIVOS

- Relatar a experiência em aplicar o processo de enfermagem através do *check list*;
- Aprimorar o desenvolvimento de ações sobre a educação dos pacientes e autocuidados nas consultas dos pacientes CFVV;
- Caracterizar os pacientes diabéticos quanto às condições socioeconômicas (idade, sexo, cor, profissão, escolaridade), os aspectos físicos (altura, peso, circunferência abdominal e a condição clínica do pé).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Pé Diabético

Consenso Internacional sobre Pé Diabético realizado em 1999, o “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. Existem três processos patológicos básicos que constituem o tripé que justifica a ocorrência do PD: isquemia, neuropatia e infecção. A combinação dos efeitos destes processos, em graus variáveis de paciente para paciente, causam as deformidades, úlceras, infecções e gangrena, clinicamente reunidas sob o termo “Pé Diabético” (KOZAK et al, 1996).

O pé diabético representa uma das mais mutilantes complicações crônicas do diabetes, com elevado impacto social e econômico em todo o mundo. Estima-se que 15% dos diabéticos apresentarão úlceras nos membros inferiores em algum momento na evolução de sua doença e 85% das amputações das extremidades inferiores relacionadas ao diabetes são precedidas de uma ulceração nos pés (BRASIL, 2011).

A frequência de amputação não traumática é 10 vezes maior em diabéticos que não diabéticos, sendo que as taxas aumentam com a idade e são maiores no sexo masculino. Os diferentes estudos têm demonstrado que de 6% a 30% dos pacientes que sofrem uma primeira amputação necessitarão de uma segunda amputação nos próximos um a três anos. Além disso, a mortalidade pós-amputação é elevada relatando-se frequências de 39% a 68% em cinco anos, notadamente por doença cardiovascular ou renal. (Secretaria Municipal do Rio de Janeiro- SMS – RJ, 2012)

A maior parte das úlceras é passível de tratamento em nível ambulatorial, e a maioria dos problemas relacionados ao pé diabético é passível de prevenção através de medidas simples como a educação do paciente e seus familiares, bem como a conscientização da equipe de saúde no sentido de reconhecer o pé de risco e intervir precocemente em caso de lesões. (Secretaria Municipal de Saúde (SMS) - RJ / Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde SUBPAV / 2012).

O AUTOCUIDADO DOS PACIENTES DIABÉTICOS COM OS PÉS

A Teoria de Orem, como é também conhecida, apresenta como conceito básico a prática de atividades executadas pelo próprio indivíduo, em seu benefício, para manutenção da vida, da saúde e do bem-estar, nessa teoria, a Enfermagem tem a ação assistencial voltada para satisfazer as necessidades afetadas do indivíduo quando ele for incapaz. O autocuidado representa um comportamento voluntário, influenciado por fatores pessoais, ambientais e socioculturais, sendo assimilado nas interações humanas por meio da comunicação. Bons hábitos saudáveis são indispensáveis na manutenção da saúde. Mas a habilidade para mudar velhos hábitos e adquirir novos conhecimentos pode ser essencial (OREM, 1995).

A literatura relata outros elementos de avaliação dentro do exame físico, tais como: sinais e sintomas do paciente com pé diabético, dor em repouso, claudicação e presença de úlcera, devem ser valorizados e investigados para possível intervenção. A neuropatia diabética leva à insensibilidade do membro e, subsequentemente, às várias intercorrências que muitas vezes culminam com a amputação do pé (DONOSO; ROSA; BORGES, 2013). Uma das melhores maneiras de evitar a amputação, ainda é a prevenção. O diabético e seus familiares precisam reconhecer que o pé deve ser visto como “pé de risco para o desenvolvimento de úlceras” e ser devidamente orientados sobre os cuidados de rotina que deve ser adotado em casa. Alguns estudos relatam uma redução entre 44% a 85%, apenas com cuidados preventivos, efetivos e apropriados com os pés (HIROTA et al., 2008; AUDI et al., 2011).

3 MÉTODO

Voltando ao nosso objetivo - relatar a implantação do *check list* na consulta de enfermagem dentro do prontuário eletrônico na Clínica da Família Victor Valla (CFVV) - cabe explicar mais detalhadamente nossa opção em relação ao método.

Optamos para o desenvolvimento deste estudo a opção I, fundamentada no Módulo X do Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: desenvolvimento do processo de cuidar, que considera que o produto é o próprio projeto e plano de ação desenvolvido (REIBNITZ et al, 2013). Dessa forma, consideramos a tecnologia de concepção para caracterizar o produto deste estudo, em outras palavras, o produto é uma nova modalidade assistencial, tecnologia de cuidado ao paciente diabético, com aconselhamento e orientações no autocuidado ao portador de DM cadastrado na CFVV.

Cabe ressaltar que foi conduzido de acordo com a realidade vivenciada por mim.

Foi realizada revisão bibliográfica da literatura, que considerou artigos publicados em periódicos de Enfermagem e sobre o tema, indexados nas bases de dados LILACS e Scielo.

A coleta de dados para caracterização da situação dos diabéticos da CFVV foi feita através de relatórios do SIAB do ano de 2013 e extraído do sistema de informação ALERT.

Para a operacionalização do Plano de ação foi realizado os primeiros encaminhamentos, os quais foram: conversa com a gerente da clínica apresentando minha iniciativa (Plano de Ação), as minhas necessidades e dos colegas, os levantamentos dos registros de acompanhamento do DM cadastrados; encontro com o pessoal de montagem e que projetaram o prontuário eletrônico; Conversa com outros colegas para decidir tempo de reavaliação após implantação do *check list*, referências bibliográficas e outros itens.

Será avaliado após a implantação do *check list*. Avaliação dos atendimentos dos outros enfermeiros, análise na melhoria da assistência de enfermagem, na autoestima dos pacientes e em uma melhora na qualidade dos mesmos.

A realização de pesquisas por profissionais da área de saúde envolve, em grande parte, seres humanos, tornando necessária a avaliação dos projetos de pesquisa antes da sua fase de execução, objetivando avaliar, do ponto de vista ético, garantindo aos participantes da pesquisa integridade e dignidade.

Para tal, três princípios básicos são usados como norteadores: a beneficência, o respeito à pessoa e a justiça. Na área de saúde, esta avaliação está baseada na qualificação da equipe que desenvolverá o projeto, bem como no próprio projeto; na avaliação do risco-benefício; na utilização do consentimento livre e esclarecido e na avaliação e aprovação anterior à execução do projeto por um Comitê de Ética.

Porém a história da pesquisa envolvendo seres humanos percorreu caminhos perversos e duvidosos, apresentando episódios cercados de misticismo e crueldade. Apesar disto, houve momentos de lucidez e justiça humanitária, em que se tentou estabelecer padrões adequados para o estudo em humanos.

O consentimento livre e esclarecido consiste em instrumento para se tentar assegurar a autonomia do sujeito da pesquisa, através da obtenção da sua anuência à participação. Seu correto uso pressupõe a concordância, sem qualquer coerção, após fornecimento e compreensão da informação sobre os procedimentos. Tem como objetivo principal a proteção destes indivíduos, não sendo, como o consentimento informado usado no passado, um instrumento de defesa do pesquisador e instituição diante de consequências negativas da pesquisa. Não é infalível, principalmente em um país como o nosso em que a grande maioria dos sujeitos de pesquisa é extremamente vulnerável por suas condições sociais, culturais e econômicas desiguais. Apesar disto, foi um grande avanço e tem sido útil se utilizado da forma correta. Para tal é necessário que seja elaborado em linguagem acessível. (Comissão Nacional de ética em pesquisa – 1998).

Esse projeto, por não se tratar de pesquisa, o mesmo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais (apenas a tecnologia produzida).

O TERRITÓRIO DE MANGUINHOS

A partir de dados do censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – 2000, do Instituto Municipal Pereira Passos, do censo PAC Empresarial do Complexo de Manginhos (2009), Programa de Aceleração e Crescimento (PAC) e Domiciliar do Complexo de Manginhos (2009), ambos elaborados pelo Governo do Estado do Rio de Janeiro, além do cálculo da taxa média anual de crescimento populacional estipulada para o bairro, a ACS/ENSP//Fiocruz aponta hoje para, aproximadamente, 38.000 mil pessoas residindo no bairro de Manginhos e para, aproximadamente, 48.500 pessoas residindo no Complexo de

Manguinhos. Estando atualmente entre os sete piores no ranking do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município do Rio de Janeiro. O bairro de Manguinhos é um microcosmo da desigualdade brasileira. No território grande parte de sua extensão é classificada enquanto área “subnormais” pelo IBGE, aonde convivem também grandes empresas públicas e privadas, nacionais e transnacionais, com seus centros de desenvolvimento tecnológico produzindo pesquisa. Nas delimitações, tanto do complexo, quanto do bairro, os espaços para habitação em Manguinhos são, em sua grande maioria, territórios favelizados que apresentam diversas carências e necessidades. O bairro de Manguinhos contém atualmente, dez comunidades em território favelizado – CHP2, Conjunto Habitacional Nelson Mandela, Parque João Goulart, Vila Turismo, Parque Carlos Chagas – Varginha, Mandela de Pedra, Nova Embratel, Samora Machel, Parque Oswaldo Cruz – Amorim e Conab – Vitória de Manguinhos, CCPL, Vila União, Vila São Pedro e Comunidade Agrícola de Higienópolis. O Cotidiano nos territórios de favelas de Manguinhos se caracteriza por violento controle social exercido sobre a maioria de seus moradores; violação de direitos civis e políticos por aparelhos de coerção públicos e privados; pouco acesso a direitos sociais (acesso à educação, saúde/ambiente, habitação, etc.); alto desemprego e precarização acentuada do trabalho; baixa escolaridade acesso restrito à saúde pública; condições ambientais deterioradas; população empobrecida, desprovida também de capital cultural e social; criminalização do território.

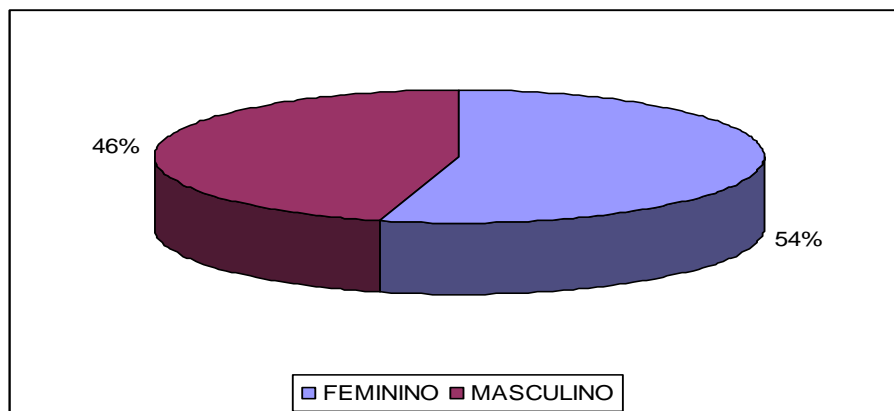
Figura1: Mapa do Território de Maguinhos coberto com a Estratégia Saúde da Família. Rio Janeiro. 2014



Fonte: www.google.com.br

A área desta pesquisa é o território de Manguinhos - RJ, cujo nome se da devido, uma enchente em 1988, aonde deixa várias família desabrigadas na região de Manguinhos/Jacaré. Utilizando recurso do BID (Banco Internacional do Desenvolvimento), o governo municipal constrói os Conjuntos Habitacionais.

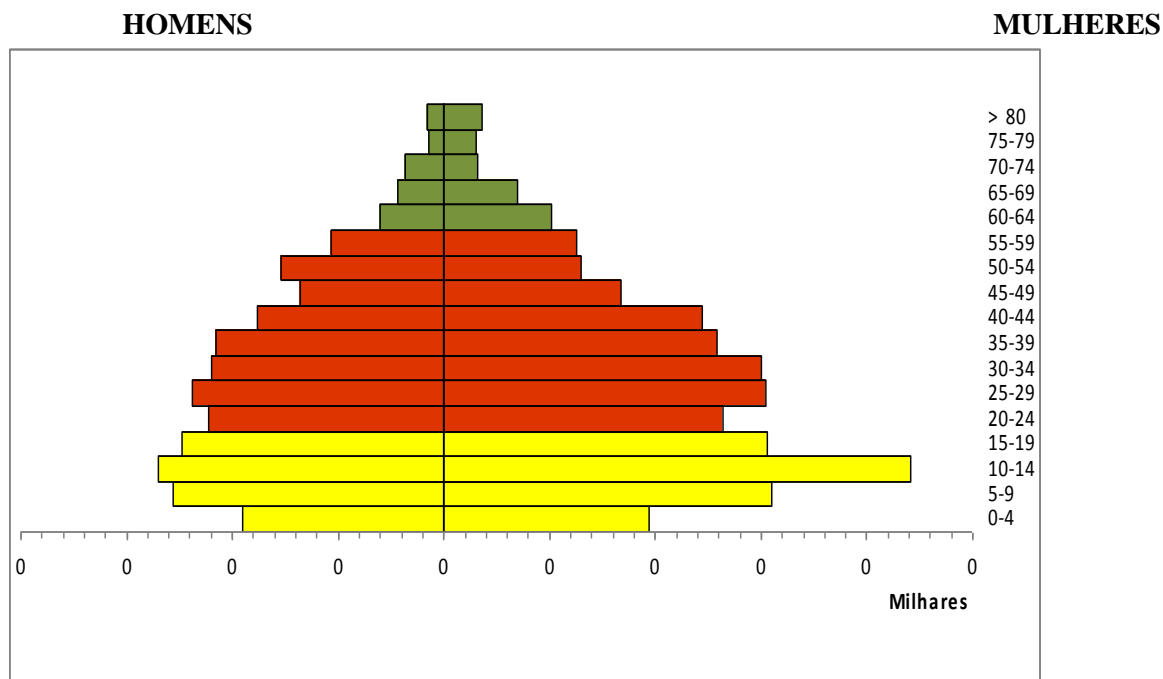
Figura 2: Gráfico da distribuição por sexo dentro do Território de Maguinhos. Rio Janeiro. 2014



Fonte: Fichas B do Sistema de Informação da Atenção Básica do território.

Figura 3: Gráfico do Território de Manguinhos pela facha etária. Rio Janeiro. 2014

Pirâmide Etária da Área:



Fonte: Fichas B do Sistema de Informação da Atenção Básica do território (SIAB).

Manguinhos vive um momento inédito da sua história urbana. Esse território que é formado, em sua maior parte, por conjunto de favelas com origem em períodos muito diferenciados, está sofrendo profundas modificações a partir de intervenções de projetos de diversas naturezas, que não só mexem com a infra-estrutura urbana, mas também alteram relações de poder e mobilizam sujeitos individuais e coletivos inteiros em sua vida e subjetividade. Desde o anúncio das obras do (PAC) em 2006, a vida das pessoas do lugar tem sido afetada por promessas, boatos desmentidos, informações distorcidas e muitas vezes a ausência total de informações.

Figura 4: Clínica da Família Victor Valla. (CFVV); Rio Janeiro. 2014



Fonte: Arquivo da (CFVV)

Em relação à estrutura física temos: recepção e espaço de acolhimento; 11 consultórios; 3 consultórios de Odontologia e 1 escovário; farmácia; sala para vacinação; sala para curativos; sala de coleta de exames; sala de reunião de grupo; sala de procedimentos; sala administrativo/gerente; sala dos agentes de saúde; Espaço de Educação Permanente (sala de reunião e laboratório de Informática com 12 computadores).

Quanto aos trabalhadores temos 6 equipes de saúde da família; 1 Consultório na Rua; 3 equipes de saúde bucal. Conta-se com a colaboração de alunos de graduação e pós-graduação inseridos no serviço. Este local onde será implantado o projeto piloto para iniciarmos o trabalho.

4 RESULTADO E ANÁLISE

Hoje temos dentro do território um número de 396 pacientes diabéticos segundo o Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB) no ano de 2013, sendo acompanhados pelas 6 equipes de Saúde da Família, em uma população cadastrada na área da CFVV é de 17.293 usuários de acordo com os dados do relatório SSA2 do SIAB, do mesmo ano. Em relação a estes pacientes diabéticos não temos nenhum relato formalmente nos prontuários se são verificados nas consultas de enfermagem e médica pareceres dos pés diabéticos.

Diante da proporção de diabéticos cadastrados na CFVV, do manual do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) de 2011, com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 2008, a prevalência de DM em maiores de 15 anos seria de 5,5%, no Estado do Rio de Janeiro.

Neste mesmo sentido, nos interessa para este estudo conhecer a situação da assistência de enfermagem prestada aos portadores de DM cadastrados na CFVV no ano de 2013 e/ou em anos anteriores. Verificamos nos registros do sistema da CFVV que 32,6% não tiveram nenhuma consulta para acompanhamento do diabetes e com relação avaliação dos pés dos diabéticos nenhum registro no sistema.

Mas, a média de atendimentos por diabéticos, segundo os resultados obtidos da base nacional do SIAB de 2013, a produção registrada de atendimentos médicos e de enfermeiros a pacientes diabéticos durante o ano de 2013 e o total de diabéticos cadastrados seria na CFVV de 1,5.

Frente a essa realidade, vamos relatar o desenvolvimento do Plano de Ação para a implantação de um *check list* nas consultas de Enfermagem na CFVV desde o início ao momento atual.

A implantação de um *check list* nas consultas de Enfermagem na CFVV surgiu a partir do ano passado, vendo a necessidade de um cuidado/assistência ou uma abordagem durante as consultas ao diabético em relação ao pé, pois foi presenciado, pacientes com necrose, dores e feridas nos pés, e relataram que não tinham informações de autocuidados nas consultas com os profissionais da clínica, específico com seus pés, resolvi escrever um projeto e aproveitar o momento da pós-graduação.

Iniciei o projeto, em uma conversa com a gerente da clínica explicando as minhas necessidades e as dos colegas, pois havia também conversado com os mesmos e ficaram muito felizes com a minha iniciativa. A gerente me apresentou o pessoal de montagem e que projetaram o prontuário eletrônico, me relataram que não teria nenhum problema para implantarem no prontuário eletrônico, bastava informá-los quais seriam as avaliações e quais os indicadores de saúde relacionado ao processo de cuidado eu gostaria que saísse nos relatórios.

Conversei com os colegas verificamos as nossas necessidades e percebemos alguns itens que achamos ideais e que após a implantação variamos uma reavaliação 6 meses após. Os itens que iremos iniciar são os mesmos do Caderno de Atenção Básica Nº 36 (BRASIL, 2013). Foram estes:

✚ Achados específicos no exame do pé de pessoas com DM e sugestões de manejo:

Úlcera, descoloração, edema, necrose

Ausência de pulsos

Avaliar sinais e sintomas de isquemia e encaminhar para avaliação especializada.

Calo Avaliar a necessidade de remoção do calo.

Infecção bacteriana

Unha encravada; Avaliar a necessidade de correção e orientar para que não tente corrigir o problema sozinho.

Deformidades em pés; Orientar calçado apropriado e considerar avaliação com ortopedista.

Higiene inadequada; Escuta para identificar fatores que não permitem a higiene adequada e orientações sobre o tema. Calçados e/ou meias inadequadas.

Implementar estratégias educativas e de apoio para realizar as orientações sobre calçados e meias adequados

Desconhecimento sobre autoavaliação e autocuidado

Orientar e anotar no prontuário a necessidade de avaliação frequente com reforço das orientações.

A implantação se dará em uma única unidade no mento, na qual trabalho que é um apêndice da FIOCRUZ, Clínica de Família Victor Valla, no qual será um projeto piloto, podendo posteriormente ser implantado nas outras unidades. Estamos na fase de reuniões inclusive com a presença dos profissionais médicos, para apresentação do projeto e iniciarmos os ajustes com o pessoal dos técnicos da informações.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dessa forma, espera-se dar continuidade a este Plano de Ação para que o *check list* seja incluído no prontuário eletrônico na Clínica da Família Victor Valla e dessa forma apoie a assistência de enfermagem ao portador de DM cadastrados nesta Clínica, abrangendo a avaliação do pé diabético, bem como aprimorando o desenvolvimento de ações de prevenção e estimulando o autocuidado.

Sugiro como ponto de partida, para melhoria do processo de enfermagem, uma avaliação melhor do pé do diabético, um melhor entendimento, interpretação dos resultados obtidos e orientações melhores ao cuidado com os pés e estimular o autocuidado com relação a sua doença.

Outro aspecto que se pretende alcançar com este Plano de Ação é a questão da melhoria nos registros de atendimento e acompanhamento do DM. Pois há a necessidade de que as equipes analisem melhor os seus indicadores relacionados aos pacientes com diabetes principalmente com o seu pé, e decidam os caminhos para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e a integralidade do atendimento aos usuários.

REFERÊNCIAS

Alfradique ME et al. 1338. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(6):1337-1349, jun,2009

Andrew J.M. Boulton, DIABETES CARE, VOLUME 31, NUMBER 8, AUGUST 2008.

Carvalho, Maria Alice Pessanha; O território integrado de atenção à saúde em Manguinhos: todos somos aprendizes. Editora: ENSP/FIOCRUZ – 1º edição – Rio de Janeiro – Ano 2012.

Center for Therapeutic Innovations in Diabetes and Center for Islet Biology and Regeneration, ... Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1999: 1–59.

DONOSO, M. T. V.; ROSA, E. G.; BORGES, E. L. Perfil dos pacientes com pé diabético de um serviço público de saúde. Revista Enfermagem UFPE on line, Recife, v. 7, n. 7, 2013, p. 4740-4746.

Donoso MTV, Rosa EG, Borges EL. Perfil dos pacientes com diabétes. J Enfermagem UFPE on-line. Recife, 7 (7) :4740-6, de julho., 2013 .4740.

Elyne Engstrom; A experiência do território Escola Manguinhos na Atenção Primária de Saúde- Editora: ENSP/FIOCRUZ – 1º edição – Rio de Janeiro – Ano 2012.

Foster, P.G; Bennett, A. M. Dorothea Orem. In: George JB. Teorias de enfermagem. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2000.

HIROTA, C. M. O.; HADDAD, M. C. L.; GUARIENTE, M. H. D. M. Pé diabético: o papel do enfermeiro no contexto das inovações terapêuticas. Revista Ciência, Cuidado e Saúde, Paraná. v. 7, 2008, p.114-120.

Orem, D.E. Concepts of practice. 5ª ed. ST Louis: Mosley; 1995

Pedrosa HC. Endocrinologia Clínica. p 307-314 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2001

Reibnitz, Kenya Schmidt; Amante, Lucia Nazareth; Ramos, Flavia Regina Souza et al. Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Desenvolvimento do processo de cuidar. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013. 49 p.

IDF DIABETES ATLAS 5ª edição, 2012 atualização. Mortes atribuíveis ao diabetes por idade (20-79 anos).

Ministério da Saúde: www.saude.gov.br/bvs.

Subsecretaria de atenção primária, Vigilância e promoção de Saúde/RJ. 2012.

DIABETES (20-79 YEARS) BY REGION. IDF DIABETES ATLAS 5th edition | 2012.

www.endocrino.org.br/vigitel-2011-diabetes

ROSA, 2008; INTERNATIONAL DIABETES.

(ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO, Sociedade brasileira de cardiologia; Sociedade brasileira de diabetes e Coordenação Nacional de Hipertensos e Diabéticos. 2001).

Singh, Armstrong, Lipsky, JAMA, 2005. Russo et al, AHRQ, 2006.

Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

(Secretaria Municipal de Saúde (SMS) - RJ / Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde SUBPAV / 2012).