

UTILIZAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM DIABÉTICOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DE CORONEL FABRICIANO, MINAS GERAIS

The use of nursing assistance systematization for diabetic patients in health unities of coronel Fabriciano, Minas Gerais

Artigo original

RESUMO

O processo de enfermagem é um método científico com a finalidade de identificar e auxiliar na solução dos problemas de saúde dos clientes. O objetivo deste estudo foi avaliar a utilização do processo de enfermagem no atendimento de pacientes diabéticos em duas Unidades Básicas de Saúde da Família e um Hospital Geral de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, durante o ano de 2005. O estudo retrospectivo e documental foi realizado por meio da análise dos registros contidos nos prontuários de 45 pacientes, 15 internados e 30 em seguimento nas Unidades Básicas de Saúde. Os dados obtidos foram divididos de acordo com as etapas de processo de enfermagem: histórico, diagnóstico, plano de cuidados, implementação e avaliação ou evolução de enfermagem. Os resultados indicam que na amostra estudada, os enfermeiros registravam de maneira incompleta suas ações de saúde e não utilizavam o processo de enfermagem. Vale ressaltar a necessidade de se estimular a aplicação do processo de enfermagem e do registro das ações de controle, prevenção de complicações tratamento e evolução do Diabetes pela equipe de enfermagem, visando a melhoria da qualidade do serviço prestado.

Descritores: Cuidados de enfermagem; Diabetes Mellitus; Registros.

ABSTRACT

Nursing assistance systematization is a scientific method with the aim of identifying and solving the clients' health problems. The goal of the study was to evaluate the use of systematic nursing assistance for diabetic patients in two Family Primary Care Health Unities and in a General Hospital of Coronel Fabriciano, Minas Gerais state, Brazil, during the year of 2005. A retrospective and documental study was carried out by gathering the information contained in medical records of 45 patients, 15 interned and 30 followed-up at the Primary Care Health Unities. The obtained data were divided according to the stages of nursing assistance systematization: case history, diagnoses, care plan, implementation, and nursing evaluation or evolution. The results indicate that in the studied sample, the nurses incompletely registered their health actions and did not use nursing assistance systematization. It is worth to point out the need of stimulating the assistance systematization and the registering of control actions, prevention of complications, treatment and evolution of the Diabetes by the nursing team, aiming at increasing the quality of the rendered assistance.

Descriptors: Nursing Care; Diabetes mellitus; Records.

Paula Lage Barreto⁽¹⁾
Flávia Márcia Oliveira⁽²⁾
Ricardo Coelho Perez da Silva⁽³⁾

1) Acadêmica de Enfermagem do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais, Campus III - Ipatinga (UnilesteMG/Ipatinga)

2) Bióloga, Doutora em Bioquímica e Imunologia, Professora Adjunta do Unileste MG/ Ipatinga.

3) Enfermeiro, Professor Assistente Especialista do UnilesteMG/Ipatinga

Recebido em: 20/06/2006

Revisado em: 18/10/2006

Aceito em: 10/11/2006

INTRODUÇÃO

O Processo de Enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano⁽¹⁾. O processo de enfermagem apresenta-se como um método específico de aplicabilidade no ato de cuidar, através de uma abordagem científica, ou como um instrumento de soluções aos problemas encontrados na prática de enfermagem⁽²⁾. A valorização e a aplicação dessa metodologia de assistência têm sido foco de várias pesquisas nacionais⁽³⁻⁶⁾. No Brasil, Wanda Horta constituiu um importante marco no sentido de propor uma assistência sistematizada, a partir dos estudos iniciados em 1973⁽¹⁾.

A construção do processo de enfermagem consiste em uma seqüência de etapas, que varia de acordo com a fundamentação teórica, identificada, geralmente, como levantamento de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação/evolução. As etapas são utilizadas pelos enfermeiros para solucionar os problemas de saúde dos clientes, sejam eles, o indivíduo, a família ou a comunidade, uma vez que oferecem um esquema subjacente para facilitar a organização e o direcionamento das ações e, conseqüentemente, possibilitam a melhoria da assistência⁽⁶⁻¹²⁾.

Esse método de assistência beneficia tanto os profissionais de enfermagem quanto os clientes aos quais se aplica. A implantação do processo de enfermagem demonstrou ser capaz de: aumentar a satisfação no trabalho, promover o pensamento independente, incrementar o desenvolvimento e a valorização profissional⁽¹³⁾.

O registro dos fatos observados e das ações executadas é um instrumento fundamental para a implantação do processo de enfermagem e fator indispensável para a sistematização da assistência. Constitui um importante meio de comunicação entre as equipes de enfermagem e multidisciplinar, contribuindo também com outros setores da instituição. Os registros podem ser encontrados no histórico, no diagnóstico, na prescrição, na anotação e na evolução de enfermagem⁽¹⁴⁾.

Considerando que a sistematização da assistência de enfermagem é uma atividade do enfermeiro e a utilização desta proporciona um instrumento prático e pragmático, possibilitando-lhe prestar uma assistência de qualidade, a Resolução do COFEN – 272/2002, no artigo 2º, incumbe ao enfermeiro a implementação da sistematização deve ocorrer em toda instituição da saúde, pública e privada, e, no artigo 3º, dispõe que a implementação deverá ser registrada formalmente no prontuário do paciente/cliente/usuário. Deve ser composta por: Histórico de Enfermagem, Exame Físico, Diagnóstico de Enfermagem, Prescrição da Assistência de Enfermagem, Evolução da Assistência de Enfermagem e Relatório de Enfermagem. O processo de

enfermagem deve ser implementado a qualquer tipo de assistência⁽¹⁵⁾.

O *Diabetes mellitus* (DM) é uma doença crônica que vem afetando a população de forma crescente e constituindo um importante problema de Saúde Pública, especialmente nos países em desenvolvimento⁽¹⁶⁾. O DM é um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia – aumento dos níveis sanguíneos de glicose decorrente da produção, secreção ou utilização deficientes de insulina. O descontrole metabólico acarreta agravos à saúde entre os quais, a retinopatia diabética, a macro e microangiopatia, a nefropatia diabética, a neuropatia diabética, podendo complicar e resultar em óbito⁽¹⁷⁾. A detecção precoce e o controle metabólico dos indivíduos portadores de DM consistem em um dos maiores desafios dos serviços de saúde pública em todo o mundo⁽¹⁸⁾.

Diante do exposto, fica clara a importância dos registros nos prontuários dos clientes, com a finalidade de viabilizar a implantação do processo de enfermagem e melhorar a qualidade da assistência aos pacientes diabéticos. A partir disso, viu-se a necessidade de realizar este estudo para avaliar a utilização do processo de enfermagem no atendimento de pacientes portadores de diabetes em Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) e Hospitalar, por meio da análise dos registros em prontuários e/ou fichas de acompanhamento.

MÉTODOS

A pesquisa constituiu de um estudo retrospectivo, do tipo documental e de análise de serviço, uma vez que procura identificar e descrever parâmetros do registro das ações de enfermagem que caracterizam a utilização do processo de enfermagem.

A coleta de dados foi realizada em duas Unidades Básicas de Saúde da Família – localizadas no setor 5 e 6 - e um Hospital Geral – localizado no setor 1 - do Município de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, durante o ano de 2005. Foram selecionados os primeiros prontuários e fichas de acompanhamento, identificados pelo sistema de cadastro das instituições. Como critério de inclusão, foram analisados apenas os documentos que possuíam registros de enfermagem referentes ao ano de 2005. As amostras foram coletadas até o momento da saturação dos dados, ou seja, até o ponto em que nenhuma informação nova foi obtida, totalizando 45 documentos – 30 referentes às UBSF e 15 referentes ao Hospital. Os documentos analisados continham registros realizados por todos os profissionais de enfermagem das instituições.

Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado um formulário constituído de sistemas de categorias referentes

às ações executadas e registradas em cada etapa do processo de enfermagem e o profissional responsável.

Foi solicitada aos gerentes das instituições, por meio do Termo de Autorização, a permissão para a realização da pesquisa e o livre acesso dos prontuários dos pacientes diabéticos, seguindo os princípios éticos das pesquisas biomédicas que envolvem seres humanos – de acordo com a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde – respeito pela pessoa, beneficência e justiça. Todos os cuidados éticos foram respeitados, não sendo revelados os locais onde a pesquisa foi realizada, o nome dos pacientes e nem dos profissionais que realizaram a assistência.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliados 45 prontuários e fichas de pacientes portadores de *Diabetes mellitus*, sendo 15 de pacientes internados no Hospital e 30 de pacientes que realizavam consultas em duas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF). Dos 15 prontuários e fichas avaliados no Hospital, 10 eram de pacientes internados na Clínica Médica e 5 no Centro de Tratamento Intensivo (CTI).

Para melhor entendimento dos resultados, os dados foram divididos de acordo com as etapas do processo de enfermagem, ou seja, nas categorias: Histórico de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Plano de Cuidados (Planejamento); Implementação e Avaliação ou Evolução de Enfermagem.

Categoria 1: Histórico de Enfermagem

O histórico de enfermagem consiste em um roteiro sistematizado para o levantamento de dados referentes ao paciente e é constituído por duas ações: a entrevista e o exame físico.

Tanto no Hospital como na UBSF, foi possível observar que o enfermeiro não realiza a entrevista e o exame físico, sendo o médico o profissional responsável. A execução desta etapa pelo enfermeiro também é fundamental, pois visa à coleta de dados para determinar os diagnósticos de enfermagem, identificar os problemas de enfermagem e os colaborativos, bem como estabelecer o plano de cuidados.

Em relação aos conteúdos das entrevistas e dos exames físicos realizados na clínica médica, foram identificados dados referentes à identificação do paciente, ao diagnóstico médico, a sintomas, ao exame físico da pele, à presença de edema, a sinais vitais, como pressão arterial, frequências cardíaca e respiratória. Além desses parâmetros, no Centro de Terapia Intensiva (CTI), foram também descritos a ausculta respiratória, perfusão tissular e procedimentos invasivos realizados. Portanto, nos registros, não constam todos os elementos que deveriam ser descritos no histórico de enfermagem.

Destacam-se, na avaliação do paciente diabético, os sinais vitais, peso/altura, pressão arterial em duas posições: supina e ereta, pulsos arteriais periféricos e edema de membros inferiores, hidratação, presença de complicações como neuropatia e vasculopatia, exame da cavidade oral, palpação da tireóide, inspeção da pele e dos pés, exame de fundo-de-olho com pupila dilatada e estilo de vida⁽⁷⁾.

Em estudo realizado nas unidades básicas de saúde da zona urbana de Pelotas, também demonstrou-se que os dados referentes ao exame físico na consulta inicial de pacientes diabéticos eram incompletos. Os registros incluíam a aferição da pressão arterial em 80% dos documentos de todas as unidades pesquisadas, exame dos pés (69%), ausculta cardíaca (64%), aferição do peso (43%), exame de olhos (38%), exame da cavidade oral (21%), palpação da tireóide (12%) e aferição da altura (8%)⁽¹⁹⁾.

A qualidade do exame físico, da entrevista e do registro das informações obtidas também relacionou-se aos recursos disponíveis nas unidades de saúde, à existência de fichas específicas para atendimento ao diabético, à inclusão da instituição em programas específicos, bem como à capacitação dos profissionais de saúde⁽²⁰⁾.

O histórico de enfermagem incompleto pode comprometer a qualidade da assistência, uma vez que o levantamento de dados constitui a base para a realização das etapas subsequentes do processo de enfermagem. A partir da identificação de hábitos e parâmetros de saúde inadequados, através do histórico de enfermagem, o enfermeiro deve elaborar um plano de cuidados, visando ao melhor conhecimento do cliente sobre a sua doença e ao autocuidado. Portanto, a presença dessas informações nos registros possibilita a implementação da prática baseada em evidências, holística, humanizada e de qualidade.

Está comprovado que o exame sistemático dos membros inferiores, a orientação sobre cuidados com calçados, a vigilância das pequenas lesões e a realização de exercícios específicos para os pés e as pernas evitam amputações nos clientes⁽²¹⁾.

Categoria 2: Diagnóstico de Enfermagem

Conforme Nettina (1998), os diagnósticos de enfermagem devem ser descritos com base na lista da Associação Norte-Americana de Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)⁽²²⁾. O uso desses diagnósticos oferece aos enfermeiros uma linguagem comum para a identificação dos problemas atuais ou potenciais do paciente, auxilia na escolha das intervenções de enfermagem e oferece orientações para subsidiarem a avaliação.

Em relação ao diagnóstico de enfermagem, não foi encontrado nenhum registro nos prontuários e fichas do Hospital e da UBSF. Uma vez que os diagnósticos

proporcionam ao enfermeiro um enfoque individualizado e centrado no cliente⁽²³⁾, é importante que estes sejam registrados para que, após a intervenção da enfermagem, possam ser analisados e verificados os resultados da assistência⁽¹⁴⁾.

Os diagnósticos de enfermagem mais comuns para o paciente diabético compreendem: risco para déficit de volume de líquidos relacionado à poliúria e desidratação; nutrição alterada mais do que as necessidades corporais relacionadas à ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas; risco de lesão relacionado aos efeitos da insulina; déficit de conhecimento relacionado a informações sobre o autocuidado para o diabetes; risco para intolerância à atividade física relacionado ao medo de fraquezas e desmaios; ansiedade relacionada à perda do controle e medo das complicações do; risco para integridade da pele prejudicada relacionada à diminuição da sensibilidade e da circulação para as extremidades inferiores; déficit potencial de autocuidado relacionado a comprometimentos físicos ou fatores sociais; risco para padrão de sono prejudicado relacionado à ansiedade e fadiga; risco para infecção relacionado a doença crônica^(12,24).

Algumas instituições adotam o processo, de enfermagem, mas de forma parcial, ou seja, não consideram uma etapa importante do processo que é a fase diagnóstica⁽¹¹⁾. Um dos motivos apontados para a não adesão a essa etapa consiste na resistência das enfermeiras em adotar um novo método e terminologias, o que exerce impacto sobre toda a equipe de enfermagem.

Franco (1999) realizou um estudo com a finalidade de analisar as etapas de levantamento de dados e diagnóstico⁽²⁵⁾. Os resultados mostraram que nenhuma das enfermeiras conhecia o processo de enfermagem por completo. É importante ressaltar que, de maneira similar aos registros avaliados, o autor também identificou que as etapas realizadas com menor frequência pelos enfermeiros consistiam na coleta de dados e no diagnóstico. Foi destacado que as dificuldades para o desempenho dessas etapas estavam relacionadas à relação enfermeiro paciente, ao déficit de conhecimento do pessoal de enfermagem e à falta de uma folha de registro de enfermagem.

Portanto, é necessário que as instituições realizem programas de educação continuada, promovendo o estudo e a discussão dos diagnósticos de enfermagem de acordo com a taxonomia da NANDA, uma vez que é responsabilidade individual do enfermeiro a aplicação do diagnóstico de enfermagem com cautela e cuidado⁽¹¹⁾.

Categoria 3: Plano de Cuidados (Planejamento)

O planejamento inclui o estabelecimento de prioridades, anotação dos objetivos, ou as respostas esperadas, e

descreve as atividades de enfermagem⁽²⁶⁾. As prescrições consistem na recomendação dos cuidados que devem ser dispensados pelo enfermeiro e sua equipe, com base na determinação prévia das necessidades básicas afetadas. Não foi encontrado nenhum registro sobre esta etapa, que é contínua e interativa com os outros elementos do processo de enfermagem.

Os principais cuidados que devem constar no plano de cuidados do paciente diabético incluem a manutenção do equilíbrio hidroeletrólítico; reversão da perda de peso, no caso de diabetes tipo 1; estímulo atividades de autocuidado; bom controle dos níveis sanguíneos de glicose; manutenção da integridade cutânea, avaliação dos membros inferiores quanto ao risco de lesão; orientação quanto a uma dieta balanceada e à realização de atividade física; ensinar a auto-aplicação de insulina e orientação quanto à presença de complicações; proporcionar apoio emocional à família e o auxílio na participação dos cuidados^(3,12, 24,27).

Sem o planejamento, os acontecimentos ficam sujeitos ao acaso, não há rendimento do trabalho, há perda de tempo, esforço, energia e recursos materiais e financeiros⁽²⁸⁾.

Categoria 4: Implementação

A implementação consiste na realização do plano de cuidados propostos, considerando as condições e desejo da pessoa a ser cuidada, bem como os recursos materiais e humanos disponíveis na instituição. Esta etapa possibilita ao enfermeiro a reavaliação do paciente, modificação do plano de cuidados e reescrita dos resultados esperados, conforme o necessário.

Tanto na unidade básica de saúde da família quanto no hospital, foram encontrados dados referentes ao acompanhamento da dieta, higiene, do curativo, padrão de sono e repouso, da aferição de PA, temperatura, FC, ausculta respiratória, glicemia capilar e medicação, tudo feito pelos médicos, auxiliares e técnicos de enfermagem.

Um estudo sobre a avaliação da assistência a diabéticos na atenção primária demonstrou que a 85% dos profissionais de saúde prescrevem dieta, e 72% exercícios físicos⁽²⁰⁾. Evidências epidemiológicas provenientes de estudos prospectivos sugerem um efeito protetor para o *Diabetes Mellitus* por intermédio de um estilo de vida saudável. A manutenção do peso e do padrão alimentar habitual rico em fibras, ácidos graxos poliinsaturados e alimentos com baixo índice glicêmico associados à atividade física regular e ausência de tabagismo reduz o risco de desenvolver *Diabetes Mellitus*⁽²⁹⁾.

O registro dessas informações possibilita que o enfermeiro execute o que foi planejado, junto com o paciente, de maneira individualizada, ética e segura. Durante o cuidado proporcionado, devem-se coletar informações

sobre a reposta do paciente frente às ações realizadas para possibilitar a avaliação do plano de cuidados.

Categoria 5: Avaliação ou Evolução de Enfermagem

Nessa etapa, o enfermeiro avalia a evolução do cliente, a efetividade das intervenções e institui, caso necessário, alterações no planejamento⁽³⁰⁾. Na evolução, são anotados os dados que permitam ajuizar o resultado favorável ou negativo, ou seja, como a pessoa reagiu ao tratamento⁽²⁶⁾. A evolução, atividade exclusiva do enfermeiro, deverá ser realizada diariamente, registrada em impresso próprio e conter a assinatura e o número do Conselho Regional de Enfermagem (Coren) do profissional⁽¹⁴⁾.

Foram encontradas duas anotações do enfermeiro na UBSF, sendo uma encaminhando o paciente para a nutricionista, a fim de receber orientações quanto à dieta, e outra solicitando exames de controle e informando que o usuário está cadastrado no programa de Diabetes.

No Hospital, não foi observado nenhum registro do enfermeiro. No entanto, foi possível verificar que, tanto no Hospital como na UBSF, existiam registros referentes às queixas do paciente, à presença de procedimentos invasivos, a patologias, a pedido de exames, à perfusão tissular, a eliminações, ao estado hepático, aos resultados dos exames e estado geral do paciente realizados pelos médicos, auxiliares e técnicos de enfermagem. Foi encontrada também uma anotação de acadêmico de enfermagem na UBSF, na qual estavam registrados o resultado de exames, PA, dieta, pulso e anamnese do paciente.

A evolução compreende a verificação da qualidade do cuidado de enfermagem prestado no setor de saúde. Segundo Kozier (1993), o Processo de Enfermagem como método sistemático e organizado de administrar cuidados tem várias vantagens, dentre as quais podem-se mencionar as seguintes: favorece a comunicação e a continuidade dos cuidados⁽³¹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados, foi possível observar que, nas Unidades de Saúde de Coronel Fabriciano, há a necessidade de estimular a utilização e o registro do processo de enfermagem. Além disso, ressalta-se a importância e a responsabilidade da realização de consultas de enfermagem mensais com os pacientes diabéticos nas Unidades de Saúde da Família.

O enfermeiro que exerce suas atividades profissionais em uma instituição hospitalar possui um papel fundamental no atendimento do paciente diabético, uma vez que a maioria destes pacientes está internada devido à presença

de doenças associadas ou a complicações do Diabetes, o que vem reforçar a importância de se realizar o processo de enfermagem para garantir a melhoria da assistência e da qualidade de vida desses clientes.

O profissional de enfermagem envolvido no Programa de Saúde da Família (PSF) também exerce um papel essencial no atendimento dos pacientes diabéticos, pois ele é quem realiza as consultas de enfermagem e promove o acompanhamento dos clientes, mantendo com eles um contato direto e contínuo. A Consulta de Enfermagem é um momento através do qual é possível ajudar na conscientização de pacientes diabéticos a respeito da doença e seu controle, tornando-os mais ativos no próprio tratamento⁽³²⁾.

É interessante ressaltar que é bastante preocupante o estado atual da assistência ao paciente diabético no Brasil⁽³³⁾. Falta informação sobre a doença e suas complicações, falta conscientização sobre a importância do Diabetes em saúde pública, falta qualificação adequada aos profissionais de saúde, faltam recursos, faltam medicamentos, enfim, falta mentalidade e vontade política para enfrentar o problema de forma eficaz.

Deste modo, torna-se necessário avaliar os fatores que dificultam a utilização do processo de enfermagem pelos profissionais, bem como utilizar programas de capacitação e incentivo à prática sistematizada. Alguns estudos mostram que a implantação do processo de enfermagem pode ser facilitada através do uso de fichas padronizadas, o que torna o registro ordenado e conciso, e as informações ficam mais rápidas para avaliação⁽¹¹⁾.

Salienta-se também a necessidade de melhorar a qualidade dos registros para viabilizar a implantação do processo de enfermagem. A apresentação escrita e bem detalhada de todo o período de consulta e internação do cliente representa um documento de extrema importância para a instituição e para os profissionais que prestam cuidados⁽¹⁴⁾.

REFERÊNCIAS

1. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
2. Alves VH, Souza IEO, Werneck V. Ensaio sobre os valores e o processo de enfermagem. *Enf Atual* 2002; 2(9):14-8.
3. Fernandes RAQ. Estudo da Influência do processo de enfermagem na qualidade e na quantidade das anotações no prontuário [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1989.
4. Maria VLR. Preparo de enfermeiras para a utilização de diagnóstico de enfermagem: relato de experiência

- [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1990.
5. Rossi LA. O processo de enfermagem em uma unidade de queimados: análise e reformulação fundamentadas na pedagogia da problematização [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1992.
 6. Arreguy-Sena C, Carvalho EC, Rossi LA, Caron-Ruffino M. Estratégias de implementação do processo de enfermagem para uma pessoa infectada pelo HIV. *Rev latino-am enfermagem* 2001; 9(1):27-38.
 7. Rossi LA, Dalri MCB. Processo de enfermagem numa unidade de queimados: análise e proposta de reformulação segundo o modelo conceitual de Horta e Taxonomia I dos diagnósticos de enfermagem da NANDA. *Rev Esc Enfermagem USP* 1993; 27(3):328-54.
 8. Oliveira EF, Fernandes MGM. Assistência de enfermagem a um paciente portador de leucemia linfocítica aguda. *CCS* 1994; 13(4):94-101.
 9. Lacerda MCN, Lima C, Meneses LBA. Processo de enfermagem aplicado a um paciente com pneumonia. *Rev Cien Saúde* 1997; 1:87-90.
 10. Vieira VB, Patine FS, Paschol VDA, Brandão, VZ. Sistematização da assistência de enfermagem em um ambulatório de hanseníase: estudo de caso. *Arq Ciênc Saúde* 2004; 11:80-7.
 11. Vaz AF, Macedo DD, Montagnoli ÉTL, Lopes MHBM, Grion RC. Implementação do processo de enfermagem em uma unidade de radioterapia: elaboração de instrumento para registro. *Rev Latino-am Enfermagem* 2002; 10:288-97.
 12. Fernandes WL, Modesto Filho J, Nóbrega MML. Assistência de enfermagem ao diabético jovem embasada no autocuidado. *Rev REME* 2000; 1:76-82.
 13. Marriner-Toney. Modelos y teorías en enfermería. Madrid: Mosby/Doyma libros; 1994.
 14. Tanji S. A importância do registro no prontuário do paciente. *Enf Atual* 2004; 24: 16-20.
 15. Resolução COFEN-272/2002. [acesso 2005 Ago 03]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br>.
 16. WHO Study group on diabetes mellitus. Geneva: World Health Organization; 1985. (WHO –Technical Report Series, 727).
 17. WHO Study Group on Diabetes Mellitus. Prevention of Diabetes Mellitus. Geneva: World Health Organization; 1994. (WHO – Technical Report Series, 844).
 18. Secretaria de Políticas Públicas(MS). Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: fase de detecção de casos suspeitos de DM. *Rev Saúde Pública* 2001; 35:490-3.
 19. Atkinson LD, Murray ME. Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1989.
 20. Assunção MCF, Santos IS, Gigante DP. Atenção primária em diabetes no sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. *Rev Saúde Pública* 2001; 35:88-95.
 21. Coelho JC. Prevenção de amputação de membros inferiores no paciente diabético. *J Bras Med* 2004; 87:11-6.
 22. Nettina SM. Prática de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
 23. Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.
 24. Azevedo SL. Diagnóstico de enfermagem: orientadores do cuidado ao cliente diabético. Rio de Janeiro, 2001.
 25. Franco CMBE. Factores que influyen en la aplicación del proceso de enfermería en la práctica clínica [disertación]. México: Facultad de Enfermería de Querétaro, Universidad Autónoma de Querétaro; 1999.
 26. Alfaro-Lefèvre R. Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.
 27. Jiménez S, Contreras F, Fouillieux C, Bolívar A, Ortiz H. Intervención de enfermería en el cuidado del paciente diabético. *Rev Fac Med* 2001; 24:33-41.
 28. Daniel LF. A Enfermagem planejada. São Paulo: EPU; 1981.
 29. Guimarães FPM, Takayanagui AMM. Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de *diabetes mellitus* tipo 2. *Rev Nut* 2002; 15(1):37-44.
 30. Mendes MA, Bastos MAR. Processo de enfermagem: seqüências no cuidar, fazem a diferença. *Rev Enf* 2003; 56(3):271-6.

31. Kozier B. Enfermería fundamental, conceptos y temas en la práctica de enfermería. México: Interamericana McGraw-Hill;1993.
32. Vasconcelos LB. Consulta de enfermagem como oportunidade de conscientização em diabetes. Rev Elet Enf [periódico on-line]. 2000 [acesso 2005 Ago 03]; 2(3). Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista>.
33. Gomes MB. Como está o controle da pressão arterial nos pacientes diabéticos hipertensos no Brasil. Sociedade Brasileira de Diabetes. [acesso 2005 Ago 03]. Disponível em: URL: <http://www.diabetes.org.br>.

Endereço para Correspondência:

Flávia Márcia Oliveira
Rua Amazonas 209, Professores
CEP: 35170-019 – Coronel Fabriciano – MG – Brasil
E-mail:flavia-marcia@uol.com.br / lab.saude@yahoo.com.br