

Perfil de diagnósticos de enfermagem em pessoas hipertensas e diabéticas

Profile of nursing diagnoses in people with hypertension and diabetes

Perfil de diagnósticos de enfermería en personas hipertensas y diabéticas

Fabiana de Castro Sampaio¹, Patrícia Peres de Oliveira^{2}, Luciana Regina Ferreira da Mata³, Juliano Teixeira Moraes⁴, Deborah Franscielle da Fonseca⁵, Vanete Aparecida de Sousa Vieira⁶*

RESUMO

Objetivo: Identificar o perfil de diagnósticos de enfermagem em pessoas hipertensas e diabéticas usuárias da Atenção Primária à Saúde. **Metodologia:** Estudo exploratório-descritivo, realizado com 175 indivíduos acompanhados em oito unidades básicas de saúde de Minas Gerais, Brasil. A coleta dos dados aconteceu através de entrevista e exame físico e a inferência diagnóstica foi feita de acordo com a Taxonomia II da NANDA-I. **Resultados:** A média de idade dos clientes foi de 62.1 anos e predominou o sexo feminino (66.9%). Foram identificados 26 diagnósticos, média de 16 por cliente (desvio padrão=3.9). Os diagnósticos de enfermagem com foco no problema mais frequentes foram: Controle Ineficaz da Saúde (98.9%), Perfusão Tissular Periférica Ineficaz (78.3%), Estilo de Vida Sedentário (74.3%), Obesidade (54.3%) e Insônia (51.4%). Com respeito às características definidoras e aos fatores relacionados a média por pessoa foi de 24 e 28, respectivamente. **Conclusão:** Neste grupo de clientes os diagnósticos mais frequentes foram do domínio atividade/repouso. Estes diagnósticos são a base para o planejamento das intervenções de enfermagem que conduzem ao melhoramento da qualidade de vida desses clientes.

Palavras-chave: Classificação, Hipertensão, Diabetes Mellitus, Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: Identify the profile of nursing diagnoses in people with hypertension and diabetes in basic health units. **Methodology:** A descriptive and cross-sectional study involving 175 individuals followed up in eight basic health units of Minas Gerais, Brazil. Data collection through the clinical history and physical examination and diagnostic inference was made according with the Taxonomy II of NANDA I. **Results:** The average age of the clients was 62.1 years and female predominated (66.9%). We identified 26 diagnoses, average of 16 per client (standard deviation=3.9). The most frequent problem-focused diagnosis were:

¹Enfermeira. Especialista modalidade Residência em Enfermagem na atenção básica/saúde da família. (UFESJ). Minas Gerais, Brasil. E-mail: fabianasampaio@hotmail.com

²Enfermeira. Doutora em Educação. Professora Adjunta da Universidade Federal de São João del-Rei UFESJ. Minas Gerais, Brasil. E-mail: pperesoliveira@ufsj.edu.br

³Enfermeira. Doutora e Mestre em Enfermagem. Professora Adjunta da UFESJ. Minas Gerais, Brasil. E-mail: luregbh@yahoo.com.br

⁴Enfermeiro. Doutor em Ciências da Saúde. Professor Adjunto da UFESJ. Minas Gerais, Brasil. E-mail: julianotmoraes@ufsj.edu.br

⁵Enfermeira. Especialista modalidade Residência em Enfermagem na atenção básica/saúde da família. (UFESJ). Minas Gerais, Brasil. E-mail: deborahfonseca@hotmail.com

⁶Enfermeira. Especialista modalidade Residência em Enfermagem na atenção básica/saúde da família. (UFESJ). Minas Gerais, Brasil. E-mail: vanetesousa@hotmail.com

Artículo vinculado a investigación: Análise dos diagnósticos de enfermagem na Atenção Primária a Saúde para pessoas hipertensas e/ou diabéticas

Subvenciones: ninguna.

Conflicto de intereses: ninguno.

*Correspondência: Patrícia Peres de Oliveira
Universidade Federal de São João del-Rei
Rua Sebastião Gonçalves Coelho, 400
35501-296 - Chanadour, Divinópolis, MG, Brasil

Ineffective Health Management (98.9%), Ineffective Peripheral Tissue Perfusion (78.3%), Sedentary lifestyle (74.3%), Obesity (54.3%) and Insomnia (51.4%). With respect to the defining characteristics and related factors the average per person was 24 and 28, respectively. **Conclusion:** In this group of clients the most frequent diagnoses were the domain activity/rest. These diagnoses are the basis for planning nursing interventions and provide improved quality of life for these clients.

Key words: Classification, Hypertension, Diabetes Mellitus, Public Health.

RESUMEN

Objetivo: Identificar el perfil de diagnósticos de enfermería en personas hipertensas y diabéticas usuarios de la atención primaria en salud. **Metodología:** Estudio exploratorio-descriptivo realizado con 175 clientes acompañados en ocho unidades básicas de salud Minas Gerais, Brasil. La recolección de los datos fue realizada a través de la historia clínica y exploración física y la inferencia diagnóstica fue hecha de acuerdo con la Taxonomía II de la NANDA-I. **Resultados:** El promedio de edad de los clientes estudiados fue de 62.1 años, predominó el sexo femenino (66.9%). Se identificaron 26 diagnósticos de enfermería, con un promedio de 16 por cliente (desviación estándar=3.9). Los diagnósticos enfermeros focalizado en el problema más frecuentes fueron: Gestión Ineficaz de la Salud (98.9%), Perfusión Tisular Periférica Ineficaz (78.3%), Estilo de Vida Sedentario (74.3%), Obesidad (54.3%) e Insomnio (51.4%). Con respecto a las características definitorias y a los factores relacionados el promedio por persona fue de 24 y 28, respectivamente. **Conclusión:** En este grupo de cliente los diagnósticos más frecuentes fueron del dominio actividad/reposo. Estos diagnósticos son la base para la planeación de las intervenciones de enfermería que conducen al mejoramiento de la calidad de vida de esos clientes.

Palabras clave: Clasificación, Hipertensión, Diabetes Mellitus, Salud Pública.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) são doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), ou seja, enfermidades que são persistentes e demandam cuidados permanentes.¹ Dados mundiais apontam que em 2015, 415 milhões de pessoas entre 20 e 79 anos de idade viviam com DM e, estima-se que, em 2040, haverá 642 milhões de pessoas com esta enfermidade, aumentando em 65% na América Central e do Sul.² Estudos epidemiológicos apontam que diabetes e hipertensão são condições comumente associadas.^{3,4}

A prevalência de hipertensão é de, aproximadamente, o dobro entre os diabéticos, em comparação com os não diabéticos. Estas informações alarmantes se devem sobretudo ao sedentarismo, à obesidade e ao envelhecimento da população mundial.⁴

Considerando-se a incidência crescente de novos casos de DCNT, observa-se a necessidade de ações preventivas e de controle, uma vez que representam um importante problema de saúde pública.⁵ No Brasil, o acompanhamento de indivíduos com diagnóstico de HAS e DM deve ser efetivado, prioritariamente, pela Atenção Primária à Saúde (APS).^{3,5} A APS é considerada a porta de entrada para o sistema de saúde, por estabelecer nível próprio de assistência, com a estruturação do serviço na dialética programática, na longitudinalidade do cuidado, integralidade e na coordenação das ações e serviços de saúde.^{3,5}

Apesar de já estabelecido, a mais de uma década, no Brasil, o padrão assistencial para atendimento a pessoas com HAS e DM pela APS, ou seja, o programa Hiperdia, que consiste no acompanhamento contínuo de tais indivíduos, junto às unidades básicas de saúde (UBS) do Sistema Único de Saúde (SUS) com o fornecimento de medicamentos e a promoção de hábitos de vida saudáveis, ainda se observa baixo percentual de acompanhamento dessas pessoas pelas equipes de profissionais das UBS.^{6,7}

Por conseguinte, torna-se imprescindível o desempenho de profissionais que mantenham o cuidado integral, efetivo e de excelente qualidade.^{1,3,4} Deste modo, é fundamental que além do atendimento curativo, os profissionais sejam capazes de concretizarem a detecção precoce dos fatores de risco das DCNT, assim como organizarem estratégias para sua prevenção.³

Destarte, a enfermagem, pode atuar de maneira expressiva, baseada em evidências, identificando respostas humanas e estabelecendo estratégias que proporcionem a recuperação da saúde e/ou a melhoria do bem-estar individual ou coletivo. Para isso, necessita usar ferramentas, como o Processo de Enfermagem (PE), que, quando executado com o uso de linguagens padronizadas,⁷ abarcando os diagnósticos de enfermagem NANDA International (NANDA-I)⁸, sistematiza a assistência prestada à pessoa, família ou comunidade tendo como foco a integralidade do cuidado e a interação entre profissional-cliente-família.^{7,8}

Os diagnósticos de enfermagem (DE) são julgamentos clínicos derivados de interpretações de informações/dados levantados durante a consulta de enfermagem.⁸ Compõem a síntese do raciocínio clínico e são primordiais na orientação do planejamento do cuidado de enfermagem, implementação de intervenções e avaliação da assistência oferecida.⁷ As situações/potencialidades dos diagnósticos de enfermagem são: com foco no problema, promoção de saúde e de risco.⁸ A elaboração de DE traz múltiplos benefícios como: uma avaliação objetiva dos cuidados, auxilia na determinação das prioridades na assistência de enfermagem, promove um contínuo desenvolvimento da profissão, contribui para melhorar a qualidade da assistência, além de facilitar a seleção das intervenções de enfermagem mais eficazes que levam a melhores resultados.^{10,11}

Em uma revisão sistemática sobre a evidência do uso de linguagem padronizada de enfermagem, os autores enfatizaram a importância da realização de estudos para vincular o uso de taxonomias com os resultados de saúde dos clientes.⁹ Dentro dessa perspectiva, este

estudo é de grande relevância para aprimorar o cuidado do enfermeiro que atua na APS. Diante disso, o objetivo deste estudo foi identificar o perfil de diagnósticos de enfermagem de pessoas hipertensas e diabéticas usuárias da Atenção Primária à Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, realizado em oito unidades básicas de saúde localizadas no estado de Minas Gerais, Brasil. Foram escolhidas essas UBS intencionalmente, devido receberem o profissional enfermeiro vinculado a um Programa de Residência na Atenção Básica/Saúde da Família. Trata-se de uma modalidade de pós-graduação *lato sensu*, com carga horária de 60 horas semanais, destinada ao ensino em serviço de profissões relacionadas à saúde, neste caso, enfermeiros e, um dos eixos estruturantes das residências deve ser a integralidade do cuidado com a adoção da prática baseada em evidências, portanto, o uso do PE é imprescindível.¹²

Adotou-se como critério de seleção, pessoas com *diabetes mellitus* tipo 2 e hipertensão, cadastrados no programa Hiperdia, nas unidades de saúde participantes. Os critérios de inclusão foram: clientes com idade superior a 18 anos e capacidade cognitiva preservada, verificada por meio da aplicação do Mini Exame do Estado Mental, que versa em um importante instrumento de rastreio de comprometimento cognitivo para uso em pesquisas e avaliação clínica, validado para a população brasileira.¹³ Os critérios de exclusão, incluíram os indivíduos com outros diagnósticos médicos e hospitalizados durante o período do estudo.

Os dados foram coletados no domicílio do participante ou em sua unidade de saúde de referência por duas das pesquisadoras, no período de setembro de 2015 a julho de 2016. Compuseram a população do estudo, 175 adultos com hipertensão e diabetes. Ressalta-se que o cálculo amostral foi definido por meio do teste estatístico Z, de distribuição normal, estimando-se uma proporção referente à população de interesse para um nível de significância de 5,0% e poder do teste estatístico de 80,0%.

Os dados foram obtidos por fonte primária diretamente com os clientes, mediante entrevista e exame físico. Para a avaliação clínica dos participantes e entrevista utilizou-se um formulário elaborado pelos autores, tendo como base dois estudos realizados anteriormente sobre a validação de um questionário com adultos com diabetes mellitus no Brasil e o outro a respeito de instrumento para consulta de enfermagem para hipertensos em saúde da família.^{14,15}

Este formulário continha dados referentes a data de nascimento, sexo, estado civil, número cartão SUS, profissão, religião, ocupação, moradia, informações sobre a doença e tratamento, medicações em uso, história familiar, hábitos de vida, dados psicossociais, além de sinais vitais e exame físico com informações relevantes sobre órgãos e sistemas.

Os dados coletados foram examinados com base no processo de raciocínio diagnóstico proposto por Gordon, que versa nos seguintes passos: coleta de informações, interpretação das informações, agrupamento das mesmas e denominação dos diagnósticos de enfermagem, neste caso, usando a Taxonomia da NANDA-I.⁸

Ressalta-se que as indicações e inferências obtidas, a partir da base científica de diagnósticos de enfermagem, foi realizada por dois autores de modo independente. Um dos pesquisadores foi o mesmo que coletou e preencheu os instrumentos junto aos clientes e o outro pesquisador, especialista em diagnóstico de enfermagem, membro da NANDA-I, realizou o processo de raciocínio diagnóstico a partir dos instrumentos preenchidos.

Na sequência, foram comparados os diagnósticos de enfermagem encontrados e, quando existiu desacordo, os dois pesquisadores debateram até o consenso. Os dados obtidos foram organizados em banco de dados construído no *software Excel* versão 2016 e a análise estatística por intermédio do *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 21.0 para *Windows®* e Programa Epi Info, versão 7, segundo medidas de frequência numérica absoluta e relativa, medidas de tendência central e de dispersão.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa de uma Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil (CAAE: 46439415.7.0000.5545 e Parecer nº 1.218.267/2015). Ressalta-se que os dados foram coletados após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo participante.

RESULTADOS

Dos 175 indivíduos hipertensos e diabéticos, 66.9% eram do sexo feminino e 33.1 % do sexo masculino. A idade variou entre 39 e 89 anos, com média de 62.1 anos e desvio padrão de 10.6. A maioria era casada (62.3%), com alguma prática religiosa (93.1%), ensino fundamental incompleto (57.7%), aposentada ou pensionista (52.6%), cor da pele branca

(52%), residiam em casa própria (80.6%) e 94.8% não moravam sozinhos. Todos os entrevistados moravam em área urbana, com acesso a água encanada e saneamento básico. No que tange a média de tempo de convívio das doenças compreendia 17.8 anos com hipertensão e 10.8 anos para o diabetes. Quanto ao conhecimento dos usuários referente ao seu problema de saúde, 72% eram pouco orientados enquanto que apenas 20.6% demonstraram algum conhecimento sobre sua atual condição. A respeito da classificação de risco desses usuários no programa Hiperdia, 71.4% foram considerados indivíduos com alto risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e complicações associadas à hipertensão e diabetes, 16.6% se encontravam em risco moderado e 12% baixo risco.

A partir do processo de raciocínio diagnóstico foram identificados 26 diferentes rótulos de diagnósticos, com média de 16 DE por cliente (Desvio Padrão: 3.9), 39 características definidoras (Desvio Padrão: 5.8), 46 fatores relacionados (Desvio Padrão: 6.8) e 62 fatores de risco (Desvio Padrão: 9.2), conforme apresentado na **Tabela 1**.

Tabela 1. Distribuição dos diagnósticos de enfermagem, características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco, formulados para os participantes hipertensos e diabéticos. Minas Gerais, Brasil, 2016.

| Variáveis | Total | Média | Desvio Padrão | IC* 95% |
|-----------------------------|-------|-------|---------------|-------------|
| Diagnósticos de Enfermagem | 26 | 16 | 3.9 | 15.4 – 16.5 |
| Características Definidoras | 39 | 24 | 5.8 | 23.1 – 24.8 |
| Fatores Relacionados | 46 | 28 | 6.8 | 27.0 – 28.9 |
| Fatores de Risco | 62 | 38 | 9.2 | 36.6 – 39.3 |

*Intervalo de Confiança

A maioria dos diagnósticos de enfermagem encontrados era do domínio atividade/repouso (38.5%), seguido por nutrição (15.4%), segurança/proteção (15.4%), promoção da saúde (11.5%), Eliminação e Troca (7.7%), Enfrentamento/Tolerância ao Estresse (7.7%) e

Conforto (3.8%). Estiveram presentes 13 (50%) DE com foco no problema, 12 (46.1%) diagnósticos de enfermagem de risco e um (3.9%) diagnóstico de promoção da saúde. Foram observados em todos os clientes os diagnósticos de enfermagem: risco de perfusão gastrointestinal ineficaz, risco de perfusão renal ineficaz, risco de perfusão tissular cardíaca diminuída, risco de perfusão tissular periférica ineficaz, risco de função cardiovascular prejudicada. Outros diagnósticos com frequência elevada, acima do percentil 75, foram: controle ineficaz da saúde (98.9%), risco de glicemia instável (92.6%), risco de constipação (82.3%), perfusão tissular periférica ineficaz (78.3%), risco de Intolerância a Atividade (78.3%). Organizaram-se os diagnósticos de enfermagem de acordo com os percentis 75, 50, 25 e abaixo de 25 (**Tabela 2**).

Tabela 2. Distribuição dos diagnósticos de enfermagem formulados para os participantes hipertensos e diabéticos, de acordo com os domínios de respostas humanas e conforme o percentil. Minas Gerais, Brasil, 2016.

| Domínios | Diagnósticos de Enfermagem | N | % | IC* (95%) | |
|--------------------------------------|--|-----|------|--------------|------------------|
| Atividade/Repouso | Risco de Perfusão Gastrointestinal Ineficaz | 175 | 100 | 96.4 - 100 | |
| Atividade/Repouso | Risco de Perfusão Renal Ineficaz | 175 | 100 | 96.4 - 100 | |
| Atividade/Repouso | Risco de Perfusão Tissular Cardíaca Diminuída | 175 | 100 | 96.4 - 100 | |
| Atividade/Repouso | Risco de Perfusão Tissular Periférica Ineficaz | 175 | 100 | 96.4 - 100 | |
| Atividade/Repouso | Risco de Função Cardiovascular Prejudicada | 175 | 100 | 96.4 - 100 | |
| Promoção da Saúde | Controle Ineficaz da Saúde | 173 | 98.9 | 95.5 - 99.8 | |
| Nutrição | Risco de Glicemia Instável | 162 | 92.6 | 87.4 - 95.8 | |
| Eliminação e Troca | Risco de Constipação | 144 | 82.3 | 75.6 - 87.5 | |
| Atividade/Repouso | Perfusão Tissular Periférica Ineficaz | 137 | 78.3 | 71.3 - 84.0 | |
| Atividade/Repouso | Risco de Intolerância a Atividade | 137 | 78.3 | 71.3 - 84.0 | P75 [†] |
| Promoção da Saúde | Estilo de Vida Sedentário | 130 | 74.3 | 67.0 - 80.4 | |
| Enfrentamento/Tolerância ao Estresse | Disposição para Enfrentamento Melhorado | 98 | 56.0 | 48.3 - 63.4 | |
| Nutrição | Obesidade | 95 | 54.3 | 46.6 - 61.8 | |
| Segurança/Proteção | Risco de Integridade da Pele Prejudicada | 92 | 52.6 | 44.9 - 60.1 | |
| Atividade/Repouso | Insônia | 90 | 51.4 | 43.8 - 59.0 | |
| Segurança/Proteção | Risco de Quedas | 89 | 50.9 | 43.2 - 58.4 | P50 [‡] |
| Nutrição | Volume de Líquidos Excessivo | 69 | 39.4 | 32.2 - 47.1 | |
| Atividade/Repouso | Fadiga | 59 | 33.7 | 26.9 - 41.3 | |
| Conforto | Dor Crônica | 59 | 33.7 | 26.9 - 41.3 | |

| | | | | | |
|--------------------------------------|---|----|------|-------------|--------------------|
| Atividade/Repouso | Mobilidade Física Prejudicada | 57 | 32.6 | 25.8 - 40.1 | |
| Segurança/Proteção | Risco de Úlcera por Pressão | 57 | 32.6 | 25.8 - 40.1 | |
| Enfrentamento/Tolerância ao Estresse | Ansiedade | 52 | 29.7 | 23.2 - 37.2 | |
| Nutrição | Sobrepeso | 51 | 29.1 | 22.7 - 36.6 | P25 [§] |
| Eliminação e Troca | Constipação | 43 | 24.6 | 18.5 - 31.8 | |
| Promoção da Saúde | Comportamento de Saúde Propenso a Risco | 39 | 22.3 | 16.5 - 29.8 | |
| Segurança/Proteção | Risco de Mucosa Oral Prejudicada | 32 | 18.3 | 13.1 - 25.0 | ↓P25 |

*Intervalo de Confiança; [†] Percentil 75; [‡] Percentil 50; [§] Percentil 25; ^{||} Percentil abaixo de 25

Ressalta-se que na discussão dos achados, esmiuçou-se os diagnósticos de enfermagem que se apresentaram acima do percentil 50.

A seguir, na **Tabela 3**, consta a distribuição das características definidoras e fatores relacionados mais significativos nos diagnósticos de enfermagem propostos para os clientes hipertensos e diabéticos deste estudo.

Tabela 3. Distribuição das 39 características definidoras e 46 fatores relacionados dos diagnósticos de enfermagem propostos para os clientes hipertensos e diabéticos. Minas Gerais, Brasil, 2016.

| Diagnósticos de Enfermagem | Características Definidoras/Fatores Relacionados | N | % | IC* (95%) |
|---------------------------------------|---|----------|-------------|------------------|
| Controle Ineficaz da Saúde | Características Definidoras | | | |
| | 1.Dificuldade com o regime prescrito | 144 | 82.3 | 75.6 - 87.5 |
| | 2.Falha em incluir o regime de tratamento a vida diária | 173 | 98.9 | 95.5 - 99.8 |
| | 3.Escolhas na vida diária ineficazes para atingir as metas de saúde | 173 | 98.9 | 95.5 - 99.8 |
| | 4.Falha em agir para reduzir fatores de risco | 163 | 93.1 | 88.1 - 96.2 |
| | Fatores Relacionados | | | |
| | 1.Gravidade da condição percebida | 144 | 82.3 | 75.6 - 87.5 |
| | 2.Conhecimento insuficiente do regime terapêutico | 144 | 82.3 | 75.6 - 87.5 |
| Perfusão Tissular Periférica Ineficaz | 3.Barreira percebida | 158 | 90.3 | 84.7 - 94.1 |
| | 4.Número inadequado de indícios de ação | 137 | 78.3 | 71.3 - 84.0 |
| | Características Definidoras | | | |
| | 5.Características da pele alteradas | 137 | 78.3 | 71.3 - 84.0 |
| | 6.Dor em extremidade | 92 | 52.6 | 44.9 - 60.1 |
| | 7.Edema | 69 | 39.4 | 32.2 - 47.1 |
| | 8.Função motora alterada | 59 | 33.7 | 26.9 - 41.3 |
| | Fatores Relacionados | | | |
| | 5.Conhecimento deficiente: processo doença / 6.fatores agravantes | 158 | 90.3 | 84.7 - 94.1 |
| | 7.Diabetes mellitus / 8.Hipertensão | 175 | 100.0 | 96.4 - 100 |
| 9.Estilo de vida sedentário | 130 | 74.3 | 67.0 - 80.4 | |
| 10.Tabagismo | 17 | 9.7 | 5.9 - 15.3 | |

| | | | | |
|---|---|-----|------------|-------------|
| Estilo de Vida Sedentário | Características Definidoras | | | |
| | 9.Falta de condicionamento físico | 130 | 74.3 | 67.0 - 80.4 |
| | 10.Atividade física diária inferior a recomendada | 129 | 73.7 | 66.4 - 79.9 |
| | Fatores Relacionados | | | |
| | 11.Conhecimento deficiente | 144 | 82.3 | 75.6 - 87.5 |
| | 12.Motivação, interesse e recursos insuficientes | 92 | 52.6 | 44.9 - 60.1 |
| Disposição para Enfrentamento Melhorado | Características Definidoras | | | |
| | 11.Expressa desejo de melhorar o uso de estratégias orientadas pela emoção | 98 | 56.0 | 48.3 - 63.4 |
| | 12.Expressa desejo de melhorar o uso de estratégias voltadas ao problema | 95 | 54.3 | 46.6 - 61.8 |
| Obesidade | Características Definidoras | | | |
| | 13.IMC acima de 30 kg/m ² | 95 | 54.3 | 46.6 - 61.8 |
| | Fatores Relacionados | | | |
| | 13.Atividade física diária inferior a recomendada | 130 | 74.3 | 67.0 - 80.4 |
| | 14.Comportamentos alimentares inadequados | 92 | 52.6 | 44.9 - 60.1 |
| Insônia | 15.Tempo de sono reduzido | 90 | 51.4 | 43.8 - 59.0 |
| | Características Definidoras | | | |
| | 14.Alteração no padrão do sono / 15.Insatisfação com sono | 90 | 51.4 | 43.8 - 59.0 |
| | 16.Distúrbio do sono que produzem consequências no outro dia. | 59 | 33.7 | 26.9 - 41.3 |
| | 17.Energia insuficiente | 59 | 33.7 | 26.9 - 41.3 |
| | Fatores Relacionados | | | |
| | 16.Ansiedade | 52 | 29.7 | 23.2 - 37.2 |
| 17.Depressão | 12 | 6.9 | 3.8 - 11.9 | |
| Volume de Líquidos Excessivo | 18. Atividade física diária média inferior a recomendada | 130 | 74.3 | 67.0 - 80.4 |
| | Características Definidoras | | | |
| | 18.Alteração na pressão sanguínea | 90 | 51.4 | 43.8 - 59.0 |
| | 19.Dispneia | 32 | 18.3 | 13.1 - 25.0 |
| | 20.Edema | 69 | 39.4 | 32.2 - 47.1 |
| | Fatores Relacionados | | | |
| | 19.Mecanismo regulador comprometido | 69 | 39.4 | 32.2 - 47.1 |
| Fadiga | Características Definidoras | | | |
| | 21.Cansaço | 59 | 33.7 | 26.9 - 41.3 |
| | 22.Incapacidade em manter o nível habitual de atividade física / 23. Energia insuficiente | 43 | 24.6 | 18.5 - 31.8 |
| | 24.Padrão de sono não restaurador | 59 | 33.7 | 26.9 - 41.3 |
| | Fatores Relacionados | | | |
| | 20.Ansiedade | 52 | 29.7 | 23.2 - 37.2 |
| Dor Crônica | 21.Estressores | 92 | 52.6 | 44.9 - 60.1 |
| | 22.Privação do sono | 95 | 54.3 | 46.6 - 61.8 |
| | Características Definidoras | | | |
| | 25.Alteração da capacidade de continuar atividades prévias | 20 | 11.4 | 7.3 - 17.3 |
| | 26.Auto relato de dor | 59 | 33.7 | 26.9 - 41.3 |
| | 27.Privação do sono | 95 | 54.3 | 46.6 - 61.8 |
| | Fatores Relacionados | | | |
| | 23.Alteração no padrão de sono | 95 | 54.3 | 46.6 - 61.8 |

| | | | | |
|---|--|-----|------|-------------|
| | 24.Fadiga | 59 | 33.7 | 26.9 - 41.3 |
| | 25.Agente lesivo | 12 | 6.9 | 3.8 - 11.9 |
| | 26.Idade acima de 50 anos | 150 | 85.7 | 81.9 - 92.9 |
| | Características Definidoras | | | |
| | 28.Dispneia aos esforços | 32 | 18.3 | 13.1 - 25.0 |
| | 29.Instabilidade postural | 9 | 5.1 | 2.5 - 9.8 |
| Mobilidade Física Prejudicada | 30.Redução nas habilidades motoras grossas e finas | 49 | 28.0 | 21.6 - 35.4 |
| | Fatores Relacionados | | | |
| | 27.Dor | 59 | 33.7 | 26.9 - 41.3 |
| | 28.Estilo de vida sedentário | 130 | 74.3 | 67.0 - 80.4 |
| | 29.Ansiedade | 52 | 29.7 | 23.2 - 37.2 |
| | 30.Força muscular diminuída | 9 | 5.1 | 2.5 - 9.8 |
| | Características Definidoras | | | |
| | 31.Insônia | 90 | 51.4 | 43.2 - 65.9 |
| Ansiedade | 32.Fadiga / 33. Energia insuficiente / 34.Cansaço | 59 | 33.7 | 26.9 - 41.3 |
| | 35.Aumento da pressão sanguínea | 90 | 51.4 | 43.2 - 65.9 |
| | Fatores Relacionados | | | |
| | 31.Estressores | 92 | 52.6 | 44.9 - 60.1 |
| | 32.Necessidades não atendidas | 90 | 51.4 | 43.2 - 65.9 |
| | Características Definidoras | | | |
| | 36.IMC acima de 25 kg/m ² | 51 | 29.1 | 22.7 - 36.6 |
| | Fatores Relacionados | | | |
| Sobrepeso | 33.Atividade física média diária é menor que a recomendada | 130 | 74.3 | 67.0 - 80.4 |
| | 34.Comportamentos alimentares inadequados | 92 | 52.6 | 44.9 - 60.1 |
| | 35.Tempo reduzido de sono | 90 | 51.4 | 43.2 - 65.9 |
| | Características Definidoras | | | |
| | 37.Mudança no Padrão Intestinal / 35. Redução: frequência das Fezes / 36. Redução volume das Fezes | 43 | 24.6 | 18.5 - 31.8 |
| | Fatores Relacionados | | | |
| | 36.Atividade física diária média inferior a recomendada | 130 | 74.3 | 67.0 - 80.4 |
| Constipação | 37.Desequilíbrio eletrolítico | 43 | 24.6 | 18.5 - 31.8 |
| | 38. Obesidade / 39.Hábitos alimentares inadequados | 95 | 54.3 | 46.6 - 61.8 |
| | 40.Agentes farmacológicos | 59 | 33.7 | 26.9 - 41.3 |
| | 41.Ingestão insuficiente: fibras / 42.Ingestão insuficiente: líquidos / 43. Mobilidade gastrintestinal diminuída | 43 | 24.6 | 18.5 - 31.8 |
| | Características Definidoras | | | |
| | 38.Falha em agir de forma a prevenir problemas de saúde | 39 | 22.3 | 12.6 - 41.6 |
| Comportamento de Saúde Propenso a Risco | 39.Falha em alcançar um ótimo senso de controle | 39 | 22.3 | 12.6 - 41.6 |
| | Fatores Relacionados | | | |
| | 44.Abuso de substância / 45. Desvantagem econômica. | 30 | 17.1 | 12.0 - 23.7 |
| | 46.Tabagismo / 47.Atitude negativa relacionada aos cuidados de saúde. | 17 | 9.7 | 5.9 - 15.3 |
| | 48.Compreensão inadequada / 49.Baixa autoeficácia | 32 | 18.3 | 13.1 - 25.0 |

*Intervalo de Confiança

A **Tabela 4** abaixo, mostra os diagnósticos de risco dos clientes hipertensos e diabéticos conforme as vulnerabilidades.

Tabela 4. Distribuição dos diagnósticos de risco e os 62 fatores de risco dos clientes hipertensos e diabéticos. Minas Gerais, Brasil, 2016.

| Diagnósticos de Enfermagem | Fatores de Risco | N | % | IC* (95%) |
|--|--|--|----------|------------------|
| Risco de Perfusão Gastrointestinal Ineficaz | 1.Diabetes mellitus | 175 | 100 | 96.4 - 100 |
| | 2.Sexo feminino | 117 | 66.9 | 59.3 - 73.7 |
| | 3.Tabagismo | 17 | 9.7 | 5.9 - 15.3 |
| | 4.Idade maior que 60 anos | 102 | 58.3 | 50.6 - 65.6 |
| Risco de Perfusão Renal Ineficaz | 5.Diabetes mellitus / 6. Hipertensão | 175 | 100 | 96.4 - 100 |
| | 7.Sexo feminino | 117 | 66.9 | 59.3 - 73.7 |
| | 8.Tabagismo | 17 | 9.7 | 5.9 - 15.3 |
| | 9.Idade maior que 60 anos | 102 | 58.3 | 50.6 - 65.6 |
| Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída | 10.Diabetes mellitus/ 11.Hipertensão | 175 | 100 | 96.4 - 100 |
| | 12.Obesidade | 95 | 54.3 | 46.6 - 61.8 |
| | 13.Estilo de vida sedentário | 130 | 74.3 | 67.0 - 80.4 |
| | 14.Tabagismo | 17 | 9.7 | 5.9 - 15.3 |
| | 15.Cirurgia cardiovascular | 19 | 10.8 | 6.8 - 16.7 |
| Risco de Perfusão Tissular Periférica Ineficaz | 16.Conhecimento insuficiente do processo de doença | 144 | 82.3 | 75.6 - 87.5 |
| | 17.Diabetes mellitus/18.Hipertensão | 175 | 100 | 96.4 - 100 |
| | 19.Estilo de vida sedentário | 130 | 74.3 | 67.0 - 80.4 |
| | 20.Tabagismo | 17 | 9.7 | 5.9 - 15.3 |
| Risco de Função Cardiovascular Prejudicada | 21.Diabetes mellitus / 22.Hipertensão | 175 | 100 | 96.4 - 100 |
| | 23.Estilo de vida sedentário | 130 | 74.3 | 67.0 - 80.4 |
| | 24.História de doença cardiovascular | 35 | 20.0 | 14.5 - 26.9 |
| | 25.História familiar de doença cardiovascular | 92 | 52.6 | 44.9 - 60.1 |
| | 26.Idade maior ou igual a 65 anos | 78 | 44.6 | 37.1 - 52.3 |
| | 27.Obesidade | 95 | 54.3 | 46.6 - 61.8 |
| | 28.Tabagismo | 17 | 9.7 | 5.9 - 15.3 |
| | Risco de Glicemia Instável | 29.Atividade física diária média menor que a recomendada | 130 | 74.3 |
| 30.Aumento de peso excessivo / | | 144 | 82.3 | 75.6 - 87.5 |
| 31.Conhecimento insuficiente do controle da doença | | 144 | 82.3 | 75.6 - 87.5 |
| 32.Controle ineficaz de medicamentos | | 158 | 90.3 | 84.7 - 94.1 |
| 33.Controle insuficiente do diabetes | | 162 | 92.6 | 87.4 - 95.8 |
| 34.Falta de aceitação do diagnóstico | | 12 | 6.9 | 3.8 - 11.9 |
| Risco de Constipação | 35.Obesidade | 95 | 54.3 | 46.6 - 61.8 |
| | 36.Estilo de vida sedentário | 130 | 74.3 | 67.0 - 80.4 |
| | 37.Agentes farmacológicos | 59 | 33.7 | 26.9 - 41.3 |
| Risco de Intolerância a Atividade | 38.Falta de condicionamento | 130 | 74.3 | 67.0 - 80.4 |
| | 39.Problema circulatório | 137 | 78.3 | 71.3 - 84.0 |
| Risco de Integridade da Pele Prejudicada | 40.Extremos de idade | 78 | 44.6 | 37.1 - 52.3 |

| | | | | |
|----------------------------------|---|-----|------|-------------|
| | 41.Hidratação inadequada / 42.Alteração no turgor da pele | 92 | 52.6 | 44.9 - 60.1 |
| | 43.Umidade | 78 | 44.6 | 37.1 - 52.3 |
| | 44.Edema | 69 | 39.4 | 32.2 - 47.1 |
| Risco de Quedas | 45.Idade maior ou igual a 65 anos | 78 | 44.6 | 37.1 - 52.3 |
| | 46.Morar sozinho | 9 | 5.1 | 2.5 - 9.8 |
| | 47.Uso de dispositivos auxiliares | 12 | 6.9 | 3.8 - 11.9 |
| | 48.Consumo de álcool | 30 | 17.1 | 12.0 - 23.7 |
| | 49.Alteração no nível de glicose no sangue | 89 | 50.9 | 43.2 - 58.4 |
| Risco de Mucosa Oral Prejudicada | 50.Higiene oral inadequada | 24 | 13.7 | 9.2 - 19.9 |
| | 51.Tabagismo | 17 | 9.7 | 5.9 - 15.3 |
| | 52.Consumo de álcool | 30 | 17.1 | 12.0 - 23.7 |
| Risco de Úlcera por Pressão | 53.Déficit no autocuidado | 15 | 8.6 | 5.9 - 14.0 |
| | 54.Doença cardiovascular | 35 | 20.0 | 14.5 - 26.9 |
| | 55.Edema | 69 | 39.4 | 32.2 - 47.1 |
| | 56.Extremos de idade/ 57.Umidade da pele | 78 | 44.6 | 37.1 - 52.3 |
| | 58.Extremos de peso | 95 | 54.3 | 46.6 - 61.8 |
| | 59.Sexo feminino | 117 | 66.9 | 59.3 - 73.7 |
| | 60.Pele ressecada | 92 | 52.6 | 44.9 - 60.1 |
| | 61. Redução da mobilidade | 57 | 32.6 | 25.8 - 40.1 |
| | 62.Tabagismo | 17 | 9.7 | 5.9 - 15.3 |

*Intervalo de Confiança

DISCUSSÃO

Os hábitos de vida, as crenças e os valores de uma população caracterizam a maneira como o indivíduo se identifica dentro do mundo social. Tais atitudes são corroboradas pelos fatores socioeconômicos e políticos que interferem no ambiente, no comportamento e na biologia desses indivíduos, influenciando no processo saúde-adoecimento e, conseqüentemente, em sua disposição, segurança, independência e qualidade de vida.¹ Esses determinantes ambiental/cultural/social/histórico influenciam de forma inexorável no cotidiano das pessoas com doenças crônicas, como os hipertensos e diabéticos.^{1,5} Portanto, necessitam de cuidados e acompanhamento pelos serviços de saúde, no intuito de lhes proporcionar melhor qualidade de vida.

Na análise dos dados, verificou-se, na população entrevistada, que a maioria era do sexo feminino, casados, com alguma prática religiosa, ensino fundamental incompleto e média de idade de 62.1 anos, não residiam sozinhos e tinham a aposentadoria ou pensão como a principal fonte de renda. Isso reflete a realidade de populações de renda baixa e média em todo o mundo, pois são os mais afetados por doenças crônicas e suas complicações. A porcentagem de pessoas idosas que moram com os filhos continua elevada, mesmo com o aumento da longevidade, o que corrobora com a pesquisa realizada com idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família de um município mineiro, Brasil.⁵

Em relação à etnia, predominou a cor branca, contrapondo a outros estudos que apontam a maior prevalência de doenças crônicas auto referidas em pessoas negras quando comparadas às brancas.⁶ Referente às doenças de base estudadas, hipertensão e diabetes mellitus, observou-se uma média de tempo significativa com o diagnóstico das doenças, sendo 17.8 anos para hipertensão e 10.8 anos para o diabetes. Esse dado comprova que na maioria dos clientes entrevistados, a hipertensão evoluiu com prognóstico para o diabetes. Sob o ponto de vista epidemiológico, a hipertensão é considerada três vezes mais frequentes em diabéticos do que na população em geral. Nos diabéticos tipo 2, cerca de 40% já são hipertensos à data do diagnóstico.^{1,5,6}

No entanto, apesar dos respectivos períodos com as enfermidades, uma parcela considerável de participantes apresentou conhecimento deficiente sobre o significado das doenças, suas complicações, prognósticos e tratamento, principalmente, relacionado ao uso da insulina. A

carência de informações, torna-se um empecilho para o empoderamento do usuário e à sua adesão ao tratamento. Sabe-se que os pacientes hipertensos e diabéticos possuem condições crônicas que requerem cuidados de enfermagem contínuos, a fim de prevenir complicações oriundas das doenças. As prioridades de atenção à saúde são definidas de forma equânime, conforme o grau de risco que apresentam, sendo que o risco alto, observado em 71.4% dos participantes, corresponde ao público que demanda maior atenção.

Diante do exposto, o enfermeiro, deve aprimorar suas práticas, pautadas em evidências científicas para uma tomada de decisão e, para isso requer que a assistência de enfermagem tenha como base os diagnósticos de enfermagem, a fim de prevenir complicações que afetem de forma geral a qualidade de vida do indivíduo hipertenso e diabético. Este estudo apontou um total de 26 diferentes diagnósticos de enfermagem, sendo 13 diagnósticos com foco no problema, 12 diagnósticos de risco e um diagnóstico de promoção da saúde, apresentando uma média de 16 diagnósticos por cliente, média de 24 características definidoras e média de 28 fatores relacionados e média de 38 fatores de risco.

A quantidade e a multiplicidade dos DE detectados neste estudo indicam que profissionais de enfermagem precisam elaborar intervenções, individualizadas, visando sempre a humanização das ações em saúde, o respeito à dignidade e à integralidade do cidadão, assumindo também uma interação dialógica, respeitando as carências e medos de verbalizar os anseios vividos por cada pessoa e, este perfil de diagnósticos de enfermagem foi relevante, uma vez que, no planejamento do cuidado de enfermagem necessita ser priorizado o

atendimento inicial aos diagnósticos com foco no problema, que são as respostas humanas a condições de saúde que a pessoa apresenta e conjuntamente, para os diagnósticos de risco devem ser implementadas intervenções preventivas.^{10,11} Ressalta-se que cinco rótulos diagnósticos de risco estavam presentes em todos os hipertensos e diabéticos entrevistados (“Risco de Perfusão Gastrointestinal Ineficaz”, “Risco de Perfusão Renal Ineficaz”, “Risco de Perfusão Tissular Cardíaca Diminuída”, “Risco de Perfusão Tissular Periférica Ineficaz” e “Risco de Função Cardiovascular Prejudicada”) e, outros cinco (“Risco de Glicemia Instável”, “Risco de Constipação”, “Risco de Intolerância a Atividade”, “Risco de Integridade da Pele Prejudicada” e “Risco de Quedas”) apresentaram percentil acima de 50. Diante desse achado, o planejamento do cuidado de enfermagem deve ser realizado de maneira a fazer um controle de riscos, com a meta de resguardar a segurança.

Pesquisa realizada na APS de Madrid, Espanha, apontou que clientes com DCNT apresentaram melhores indicadores de controle de sua condição, nas unidades de saúde onde os enfermeiros utilizaram o processo de enfermagem, em comparação com os clientes acompanhados por enfermeiros que não fazem uso do PE.¹¹

No tocante aos diagnósticos de enfermagem, estudos que envolvem perfil de diagnósticos em circunstâncias clínicas específicas e aqueles relacionados à validação e a acurácia diagnóstica ajudam no processo de inferência diagnóstica tornando a prática clínica mais segura e eficaz.⁷ Nesta pesquisa as características definidoras "Falha em incluir o regime de tratamento a vida diária" e "Escolhas na vida diária ineficazes para atingir as metas de saúde"

do diagnóstico de enfermagem "Controle Ineficaz da Saúde" foram as mais observadas nos participantes. Dados da literatura revelam que tratamentos de longa duração ou crônicos têm, geralmente, menor adesão, uma vez que os regimes terapêuticos requerem disciplina e um grande comprometimento do cliente que, em certas ocasiões, precisa modificar seus hábitos de vida para cumprir seu tratamento.^{1,5}

Por esse motivo, é primordial que as pessoas hipertensas e diabéticas tenham respostas adequadas para suas dúvidas a respeito do manejo das doenças crônicas, como os cuidados relacionados ao uso específico de medicamentos, a busca por dieta adequada, a prática de atividades físicas, dentre outras. Isto proporcionará maior credibilidade em torno dos profissionais de saúde e, por conseguinte, fornecerá aos clientes parâmetros reais e individualizado para o seu autocuidado.^{4,5}

O rótulo diagnóstico "Perfusão Tissular Periférica Ineficaz", que se refere a redução da circulação sanguínea para a periferia, capaz de comprometer a saúde,⁸ devido as "características da pele alterada", apresentou percentil acima de 75. O conhecimento deficiente sobre o processo da doença, o sedentarismo e o tabagismo autodeclarado, são variáveis relevantes que influenciaram na perfusão periférica ineficaz, corroborando com a literatura^{1,7}.

O título diagnóstico "Estilo de Vida Sedentário", evidenciado na maioria dos participantes, refere-se a um hábito de vida que se caracteriza por um baixo nível de atividade física.⁸ Em um estudo sobre a revisão do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário em

peessoas com hipertensão arterial, as características definidoras "Escolhe uma rotina diária sem exercícios físicos" e a "Falta de condicionamento físico" foram as principais deste diagnóstico, segundo a análise de conceito realizada pelos autores.¹⁶ Muitos estudos têm demonstrado que a modificação do estilo de vida em pessoas com condições crônicas, além de contribuir para a melhoria dos indicadores de controle clínicos das doenças, reduz significativamente o consumo de medicamentos e, conseqüentemente, os custos financeiros com as drogas.^{1,4,6}

O diagnóstico de enfermagem com a potencialidade para promoção da saúde "Disposição para Enfrentamento Melhorado", que se refere ao padrão de esforços comportamentais e cognitivos para lidar com demandas relativas ao bem-estar e que pode ser fortalecido,⁸ foi observado em 56.0% do público estudado. Nota-se que 60.57% dos entrevistados estão otimistas com o seu tratamento, apesar de 74.3% serem sedentários, 82.8% acreditam que o exercício físico é primordial para a sua saúde e para o controle das doenças crônicas diagnosticadas. Contrapondo a literatura, uma vez que, esse diagnóstico não foi verificado em outras pesquisas com hipertensos e/ou diabéticos.

Em um considerável número de pacientes (54.2%), foi identificado o diagnóstico de "Obesidade", condição em que o indivíduo acumula gordura anormal ou excessiva para a idade e o sexo, que excede o sobrepeso.⁸ A obesidade tem sido considerada um sério problema de saúde pública, atingindo índices cada vez mais elevados entre os idosos no Brasil e no mundo.^{1,5} Diante dessa realidade, os enfermeiros devem atuar junto aos usuários

incentivando a adoção de mudanças para promover um estilo de vida mais saudável, incluindo auxiliá-los a superar os obstáculos relacionados com modificações na dieta, prática de exercícios físicos regulares e uso de suportes da comunidade.

O diagnóstico “Insônia”, conceituado como distúrbio na quantidade e qualidade do sono que prejudica o funcionamento,⁸ esteve presente em 51.4% dos participantes. As características definidoras associadas para a definição desse diagnóstico compreendem a “insatisfação com o sono”, “ansiedade” e o “sedentarismo”. A restrição do sono aumenta a pressão sanguínea, aumenta o apetite e pode comprometer a sensibilidade à insulina, além de estar associada com a incidência de diabetes^{1,2} e, a insônia é mais frequente a partir da meia idade, como a população deste estudo. Este fato foi comprovado em outras pesquisas.^{5,10}

Diante do exposto, nota-se que para o cuidado com os doentes crônicos, exige-se do enfermeiro uma abordagem flexível, individualizada, ajustada nos diferentes estágios da doença, nas necessidades e interesses de cada indivíduo e adequado ao ambiente cultural onde a assistência é fornecida. Um dos aspectos mais importantes para o controle das doenças crônicas é a conformidade terapêutica, pois, observa-se que o não cumprimento ou falta de adesão ao tratamento é considerada a principal causa de dificuldade no controle das doenças crônicas.^{1,5}

Uma pesquisa mostrou que enfermeiros que utilizaram o processo de enfermagem em sua assistência na APS, apresentaram maior cobertura em todos os serviços de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos, melhores indicadores de controle da condição de saúde

do usuário, e, conseqüentemente menos gastos com o consumo de medicamentos, se comparado aos enfermeiros que planejaram e executaram suas intervenções sem o auxílio do processo de enfermagem.¹¹

Considera-se que o objetivo traçado para este estudo foi alcançado, todavia, convém destacar como fator de limitação deste estudo o fato de ter sido realizado apenas com as etapas de investigação e diagnóstico do processo de enfermagem. Dessa forma, sugere-se a realização de novos estudos que contemplem todas as etapas do processo de enfermagem, tendo em vista o desenvolvimento de estudos de acurácia, validação, resultados e intervenções que envolvam os principais diagnósticos encontrados neste estudo a fim de se confirmar os achados desta pesquisa e, cooperar com a escolha das características definidoras e fatores relacionados que representam de fato as condições do cliente hipertenso e diabético.

REFERÊNCIAS

1. Venancio SI, Rosa TEC, Bersusa AAS. Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da Linha de Cuidado em uma Região de Saúde do estado de São Paulo, Brasil. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2016; 26(1): 113-35.
2. International Diabetes Federation, IDF. *Diabetes Atlas*, 7th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2015. Available from: <http://www.diabetesatlas.org/resources/2015-atlas.html>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015 / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
4. Favaro DTL, Sasaki NSGMS, Vendramini SHF, Castiglioni L, Santos MLSG. Impact of educational group strategy to improve clinical and glycemic parameters in individuals with diabetes and hypertension. *Invest. Educ. Enferm*. 2016; 34(2):314-22.
5. Pimenta FB, Pinho L, Silveira MF, Botelho ACC. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015; 20(8): 2489-98.

6. Pimenta FB, Pinho L, Bernal RTI. Diferenciais dos fatores de risco de Doenças Crônicas não Transmissíveis na perspectiva de raça/cor. *Epidemiol. Ciênc. saúde coletiva*. 2015; 20(3):713-25.
7. Santos NA, Cavalcante TF, Lopes MVO, Gomes EB, Oliveira CJ. Profile of nursing diagnoses in patients with respiratory disorders. *Invest. Educ. Enferm*. 2015; 33(1):112-18.
8. NANDA Internacional. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação, 2015-2017. Porto Alegre (RS): Artmed; 2015.
9. Tastan S, Linch GC, Keenan GM, Stifter J, McKinney D, Fahey L, et al. Evidence for the existing American Nurses Association-recognized standardized nursing terminologies: a systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2014;51(8):1160-70.
10. Araújo DD, Carvalho RLR, Chianca TCM. Nursing Diagnoses identified in the medical records of hospitalized elderly. *Invest. Educ. Enferm*. 2014; 32(2): 225-235.
11. Martín-Iglesias S, Del Cerro JLP, Arenas CM, López MC, Milagros BL. Effectiveness of Nursing Process Use in Primary Care. *Int. J Nurs Knowl*. 2016;27(1):43-8.
12. Miranda Neto MV, Leonello VM, Oliveira MAC. Residências multiprofissionais em saúde: análise documental de projetos político-pedagógicos. *Rev. Bras. Enferm*. 2015;68(4):586-93.
13. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. 2003; 61(3-b):777-81.
14. Torres HC, Hortale AH, Schall VT. Validação dos questionários de conhecimento (DKN-A) e atitude (ATT-19) de Diabetes Mellitus. *Rev. Saúde Pública*. 2005; 39(6): 906-11.
15. Santana JS, Soares MJGO, Nóbrega MML. Instrument for nursing consulting of hypertensive patients in family health: a methodological study. *Online Braz. J Nurs*. 2011; 10(3). Disponível em <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/3481/1096>.
16. Guedes NG, Lopes MVO, Cavalcante TF, Moreira RP, Araujo TL. Revisão do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário em pessoas com hipertensão arterial: análise conceitual. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(3):742-9.