

**Caderneta do diabético e do hipertenso: adaptação da *caderneta de saúde da pessoa idosa* para a assistência de enfermagem na atenção secundária****Diabetic and Hypertensive Patient's Handbook: adaptation of the *Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa* for nursing assistance in Secondary Care****Libreta del diabético y del hipertenso: adaptación de la *cartilla de salud del anciano* a los cuidados de enfermería en la atención secundaria****Recebido: 01/06/2021****Aprovado: 16/10/2021****Publicado: 01/01/2022****Francine Santos Giovanini<sup>1</sup>****Bárbara Longhi de Oliveira<sup>2</sup>****Rita de Cássia Helú Mendonça Ribeiro<sup>3</sup>****Vânia Del'Arco Paschoal<sup>4</sup>****Daniele Alcalá Pompeo<sup>5</sup>****Alexandre Lins Werneck<sup>6</sup>**

Estudo transversal com delineamento descritivo, abordagem quantitativa do tipo analítica, realizado no ano de 2021, em ambulatório de especialidades da cidade de São José do Rio Preto, São Paulo, com objetivo de apresentar uma versão adaptada da carteira de saúde da pessoa idosa a usuários com diabetes mellitus e hipertensão arterial em atenção secundária. Foram aplicados dois instrumentos: um para avaliar o tratamento antes da experiência e outra após a experiência com a caderneta (instrumento de coleta 1) e a Caderneta do Diabético e Hipertenso (instrumento de coleta 2 adaptada da caderneta de saúde da pessoa idosa). Participaram 50 pacientes, dos quais 60% eram mulheres entre 51 a >60 anos, 72% com diabetes mellitus tipo II e 56% com hipertensão arterial. Relataram que a caderneta colaborou com tratamento (94%), horário de medicação, alimentação, participação no tratamento; e leram toda a caderneta (78%). Em termos de associação antes e depois, as questões com maior significância foram: tomar as medicações no horário estabelecido, encaixar os horários dos remédios nas atividades do dia a dia e cumprir o tratamento sem supervisão de sua família ou amigos. A caderneta adaptada mostrou-se importante instrumento, sobretudo de educação em saúde na atenção secundária, com vista na ampliação de conhecimento, bem como facilitar a assistência de enfermagem.

**Descritores:** Cuidados de enfermagem; Atenção secundária à saúde; Hipertensão; Diabetes mellitus.

Cross-sectional study with descriptive design, quantitative analytical approach, carried out in 2021, in a specialty clinic in the city of São José do Rio Preto, São Paulo, Brazil. It aimed to present an adapted version of the *Carteira de Saúde da Pessoa Idosa* (Health Handbook for the Elderly Person) to users with diabetes mellitus and arterial hypertension in Secondary Care. Two instruments were applied: one to evaluate the treatment before the experience and the other after the experience with the handbook (collection instrument 1) and the Diabetic and Hypertensive Patient's Handbook (collection instrument 2 adapted from the *Carteira de Saúde da Pessoa Idosa*). Fifty patients participated, of which 60% were women aged 51 to >60 years, 72% suffered from type II diabetes mellitus and 56% suffered from arterial hypertension. They reported that the handbook helped with treatment (94%), medication schedule, food, participation in treatment; and that they read the entire handbook (78%). In terms of association before and after, the most significant issues were: taking the medications at the established time, fitting medication schedules into daily activities, and complying with the treatment without supervision from family or friends. The adapted handbook proved to be an important instrument, especially for health education in secondary care, with a view to expanding knowledge, as well as facilitating nursing care.

**Descriptors:** Nursing care; Secondary health care; Hypertension; Diabetes mellitus.

Estudio transversal con diseño descriptivo, enfoque cuantitativo de tipo analítico, realizado en el año 2021, en un ambulatorio de especialidad de la ciudad de São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil, con el objetivo de presentar una versión adaptada de la cartilla de salud para el anciano a los usuarios con diabetes mellitus e hipertensión en la atención secundaria. Se aplicaron dos instrumentos: uno para evaluar el tratamiento antes de la experiencia y otro después de la experiencia con la libreta (instrumento de recogida 1) y la Libreta del Diabético e Hipertenso (instrumento de recogida 2 adaptado de la libreta de salud del anciano). Participaron 50 pacientes, de los cuales 60% eran mujeres, con edades comprendidas entre 51 y >60 años, 72% con diabetes mellitus tipo II y 56% con hipertensión. Informaron de que la libreta colaboró con el tratamiento (94%), el horario de la medicación, la dieta, la participación en el tratamiento; y leyeron toda la libreta (78%). En cuanto a la asociación antes y después, las cuestiones más significativas fueron: tomar la medicación a tiempo, adaptar el horario de la medicación a sus actividades diarias y cumplir el tratamiento sin supervisión de la familia o los amigos. La libreta adaptada resultó ser un instrumento importante, especialmente para la educación en salud en la atención secundaria, con vistas a ampliar los conocimientos, además de facilitar los cuidados de enfermería.

**Descritores:** Atención de enfermería; Atención secundaria de salud; Hipertensión; Diabetes mellitus.

1. Graduanda em Enfermagem pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, SP, Brasil. ORCID: 0000-0002-5636-0158 E-mail: francine.giovanini@edu.famerp.br

2. Graduanda em Enfermagem pela FAMERP, São José do Rio Preto, SP, Brasil. ORCID: 0000-0001-5888-4134 E-mail: barbara.oliveira@edu.famerp.br

3. Enfermeira. Especialista em Gerontologia e Gerontologia. Mestre em Enfermagem. Doutora em Ciências da Saúde. Docente do Departamento Geral de Enfermagem da FAMERP, São José do Rio Preto, SP, Brasil. ORCID: 0000-0002-1016-0484 E-mail: ricardo.rita@terra.com.br

4. Enfermeira. Especialista em Gerenciamento em Unidade Básica de Saúde. Mestre e Doutora em Ciências da Saúde. Docente Adjunto da FAMERP, São José do Rio Preto, SP, Brasil. ORCID: 0000-0002-6047-5345 E-mail: vaniadelarco@gmail.com

5. Enfermeira. Especialista em Formação EAD. Mestre e Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem Especializada da FAMERP, São José do Rio Preto, SP, Brasil. ORCID: 0000-0003-2671-2586 E-mail: daniel.pompeo@famerp.br

6. Bacharel em Letras com Habilitação em Tradução e Interpretação da Língua Inglesa. Mestre e Doutor em Ciências da Saúde. Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da FAMERP, São José do Rio Preto, SP, Brasil. ORCID: 0000-0002-2911-8091 E-mail: alexandre.werneck@famerp.br

## INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são consideradas um problema global de saúde pública<sup>2</sup>, e mostraram-se responsáveis por aproximadamente 56,9% das mortes no Brasil, sendo a população na faixa etária de 30 a 69 anos a mais afetada<sup>1</sup>. A DCNT corresponde a 80% das mortes em países de média e baixa renda<sup>3</sup>. Cerca de 22 países portam índices de mortalidade por DCNT acima da média regional<sup>2</sup>.

As DCNT que mais acometem a população são: doenças cardiovasculares, *diabetes mellitus* (DM), neoplasias e doenças respiratórias crônicas<sup>4</sup>. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, grande parte das mortes referente às DCNT são causadas por maus hábitos de vida, constituindo um conjunto de fatores, sendo eles: má alimentação, tabagismo, falta de exercícios físicos e excesso de consumo de bebidas alcoólicas<sup>5</sup>. O aumento da incidência das DCNT vem sendo um dos grandes determinantes de óbito no mundo, responsáveis por 38 milhões de mortes por ano, das quais 16 milhões de óbitos prematuros e aproximadamente 28 milhões em países de baixa e média renda<sup>6</sup>.

No ano de 2006, foi aprovada a Política Nacional de Promoção da Saúde, com vistas a proporcionar qualidade de vida, reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde, oferecer destreza seguido das práticas sanitárias e do sistema de saúde e prover atividades de promoção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>7</sup>, formado por práticas e saberes populares, buscando fornecer promoção da saúde e prevenção de agravos através de processos educativos, composto de conhecimentos em saúde<sup>8</sup>. Neste contexto, a participação da equipe de saúde é importante, pois pode proporcionar ações de educação em saúde que fornecem uma redução nos fatores de risco e na ocorrência de doenças crônicas no SUS<sup>9</sup>.

A assistência da enfermagem tem papel indispensável para o tratamento de pacientes com DCNT, auxiliando na adaptação e na aceitação de melhores estilos de vida, adesão ao tratamento, acompanhamento, realização de atividades educativas e orientação dos pacientes<sup>10</sup>. Os cuidados prestados da enfermagem vão desde a admissão do paciente, diagnóstico, intervenções de enfermagem, consultas de enfermagem, avaliação de cuidados de pacientes com doenças crônicas, qualidade de assistência, relação profissional e cliente e procedimentos técnicos<sup>11</sup>.

A Atenção Secundária (AS) vem crescendo cada vez mais, decorrente da organização dos sistemas de saúde na concepção de Rede de Atenção à Saúde, desfragmentando o processo de trabalho e levando à integração dos serviços. A composição da AS é constituída por serviços ambulatoriais especializados e hospitalar, favorecendo densidade tecnológica intermediária e procedimentos de média complexidade<sup>12</sup>.

Observando o atual contexto de pandemia COVID-19, as DCNT se encontram como uma das principais comorbidades em pacientes com COVID-19, resultando em condições de agravamento, aumento de tempo de internação e óbitos<sup>13,14</sup>. O distanciamento social vem sendo um dos métodos eficientes para a diminuição da disseminação do novo vírus, mas ao mesmo tempo, vem causando impacto na qualidade de vida daqueles pacientes com DCNT<sup>15</sup>.

A não adesão a melhores hábitos de vida a portadores de DNCT poderá causar incapacidades, doenças secundárias, e até o óbito. Com isso, esse estudo tem como objetivo apresentar uma versão adaptada da carteira de saúde da pessoa idosa a usuários com diabetes mellitus e hipertensão arterial em atenção secundária.

## MÉTODO

Este é um estudo transversal com delineamento descritivo, abordagem quantitativa do tipo analítica com correlação entre variáveis.

A população foi escolhida por amostragem não probabilística em sequência, ou seja, foram considerados todos os pacientes portadores de DM tipo 1, DM tipo 2 e HAS cadastrados e atendidos pelo ambulatório de especialidades. Os critérios de inclusão foram: ser portador de

DM 1, DM tipo 2 e HAS, pacientes com consultas marcadas; e como critério de exclusão: ausência de doença crônica e não possuir diagnóstico médico.

A coleta de dados foi realizada de acordo com os agendamentos programados pelo ambulatório de especialidades de um Hospital Escola em janeiro de 2021. No primeiro contato com o paciente, foram entregues o TCLE e a entrega do instrumento pelo enfermeiro.

Inicialmente foi aplicado pela enfermagem, o instrumento de coleta 1 (1º termo) com 12 questões para avaliar a adesão do tratamento, autocuidado dos pacientes, idade, sexo, DM tipo 1, DM tipo 2 e HAS. A segunda etapa foi a entrega da caderneta do Diabético e Hipertenso para que os pacientes fizessem a monitorização da DM e/ou HAS.

Na caderneta do Diabético e Hipertenso, constava uma apresentação, dados pessoais, pessoas de referência, diagnósticos e intervenção prévia, dados antropométricos, hábitos de vida, controle de pressão arterial, controle da glicemia, agendamento de consulta, além de orientações para melhores hábitos de vida na alimentação, atividade física e sexualidade e orientações quanto ao uso de medicamentos.

Entre 15 dias e um mês, entrou-se em contato com os pacientes por meio de ligações telefônicas, sendo aplicado novamente o instrumento de coleta 1 (2º termo), para analisar se após o auxílio do instrumento, houve uma melhora na adesão do tratamento e autocuidado, realizando também as seguintes perguntas e utilizando como variáveis: “*A caderneta colaborou de alguma forma com seu tratamento?*” e “*Leu todas as orientações presentes na caderneta?*”.

A Caderneta do Diabético e Hipertenso foi elaborada com base na Cartilha de Saúde para o Idoso, desenvolvida pelo Ministério da Saúde<sup>16</sup>. Após a leitura desta cartilha, foi passado para um documento do programa Word® as informações relevantes para construção de uma caderneta que atuasse na promoção, prevenção, educação em saúde e acompanhamento dos pacientes portadores de DM e HAS. Assim, foi realizada uma adaptação, adicionando-se outras informações que não estavam contidas na Cartilha de Saúde para o Idoso.

A análise de dados se deu pela média, mediana, moda, desvio padrão, erro padrão, valor máximo, valor mínimo, significância, Komologorov-Smirnov e teste-*t*. Para conhecer os desfechos das variáveis não paramétricas foi aplicado o teste-U de Mann-Whitney, correlação de Spearman ou Kruskal Wallis. O resultado foi considerado significativo quando  $p < 0,05$ . Após a tabulação dos dados coletados, foram exercidas duas funções de análises estatísticas: descritiva e inferencial. Por fim, todas as análises foram obtidas por meio do software SPSS Statistics® (versão 23), atrelado às funcionalidades da ferramenta Microsoft Excel® (versão 2016).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), parecer nº 4.353.050 de 21 de outubro de 2020. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O local de coleta foi no município de São José do Rio Preto, aplicado no ambulatório de especialidades de um Hospital escola.

## RESULTADOS

Para este trabalho, foram coletadas inicialmente informações existentes com 61 pacientes, sendo excluídos 11 deles, por não responderem o 2º termo. Esses pacientes faziam acompanhamento no Ambulatório de Especialidades do Hospital de Base de São José do Rio Preto – SP. A amostra da população contou com 58% de mulheres, com idades variando de 51 anos a > 60 anos, conforme Tabela 1.

**Tabela 1.** Caracterização da idade e do sexo dos participantes da pesquisa. São José do Rio Preto, SP, Brasil. 2020.

<b>Idade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Até 30 anos	7	14,00
31 a 40 anos	5	10,00
41 a 50 anos	12	24,00
51 a 60 anos	13	26,00
> 60 anos	13	26,00
<b>Sexo</b>		
Feminino	29	58,00
Masculino	21	42,00
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100,00</b>

Em 72 % apresentavam DM – Tipo 2; e, em 56% tinham HAS, de acordo a Tabela 2.

**Tabela 2.** Comorbidades apresentadas pelos pacientes. São José do Rio Preto, SP, Brasil. 2021

<b>Diabetes Mellitus - Tipo 1</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	14	28,00
Não	36	72,00
<b>Diabetes Mellitus - Tipo 2</b>		
Sim	36	72,00
Não	14	28,00
<b>HAS</b>		
Sim	28	56,00
Não	22	44,00
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100,00</b>

A Tabela 3 mostra que 94% dos pacientes relataram que a caderneta contribuiu com o tratamento e 78% leram todas as orientações apresentadas.

**Tabela 3.** Respostas da Caderneta. São José do Rio Preto, SP, Brasil. 2021

<b>Caderneta colaborou com tratamento</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	47	94,00
Não	3	6,00
<b>Leu todas as orientações presentes na caderneta</b>		
Sim	39	78,00
Não	11	22,00
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100,00</b>

Na Tabela 4, estão demonstradas todas as perguntas presentes tanto no Termo 1 quanto no Termo 2, com os valores que demonstraram impacto nesta pesquisa.

A Tabela 5 mostra as variáveis que apresentaram significância. Quando comparada à pergunta “Toma as medicações no horário estabelecido”, com o 1º e o 2º Termos, aqui entendidos como respostas dadas antes e após as orientações sobre o uso da caderneta e a experiência de preenchê-la, observa-se que as variáveis analisadas a partir do Teste-t, apresentaram diferença estatisticamente significativa ( $p=0,001$ ). Foram obtidos resultado positivo, ao observar o 1º Termo e o 2º Termo, pois ao realizar essa pergunta na primeira consulta, 26% disseram tomar as medicações no horário estabelecido “sempre”, e ao aplicar o 2º termo, após a experiência com a caderneta, 88% revelaram “sempre” tomar as medicações no horário estabelecido.

No cruzamento das perguntas: “Segue as regras da dieta, encaixa os horários dos remédios nas atividades do seu dia a dia, cumpre o tratamento sem supervisão de sua família ou amigos, O(a) senhor(a) discute como cumprir o tratamento”, com o 1º e o 2º Termos, todos os valores de significância foram iguais ( $p=0,000$ ). No 1º Termo, constatou que 26% dos pacientes “quase sempre” seguem as regras da dieta e, ao aplicar o 2º Termo, após o tempo de experiência com a caderneta, 44% disseram “quase sempre” seguir as regras da dieta. Em seguida, foram questionados se “encaixam os horários dos remédios nas atividades do seu dia a dia”, no 1º

Termo, mostrou-se que 38% dos pacientes “sempre” encaixaram e, no 2º Termo, 66% “sempre” encaixaram.

**Tabela 4.** Respostas das variáveis do Questionário. São José do Rio Preto, SP, Brasil. 2021

<b>Toma as medicações no horário estabelecido - 1º Termo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Às Vezes	16	32,00
Quase Sempre	20	40,00
Sempre	13	26,00
<b>Toma as medicações no horário estabelecido - 2º Termo</b>		
Sempre	44	88,00
<b>Toma todas as doses indicadas - 1º Termo</b>		
Às Vezes	14	28,00
Quase Sempre	24	48,00
Sempre	11	22,00
<b>Toma todas as doses indicadas - 2º Termo</b>		
Sempre	43	86,00
<b>Segue as regras da dieta - 1º Termo</b>		
Quase Nunca	11	22,00
Às Vezes	20	40,00
Quase Sempre	13	26,00
<b>Segue as regras da dieta - 2º Termo</b>		
Quase Sempre	22	44,00
Sempre	20	40,00
<b>Vai às consultas marcadas - 1º Termo</b>		
Sempre	47	94,00
<b>Vai às consultas marcadas - 2º Termo</b>		
Sempre	41	82,00
<b>Realiza os exercícios físicos indicados - 1º Termo</b>		
Nunca	16	32,00
Às Vezes	13	26,00
<b>Realiza os exercícios físicos indicados - 2º Termo</b>		
Às Vezes	13	26,00
Quase Sempre	15	30,00
Sempre	11	22,00
<b>Encaixa os horários dos remédios nas atividades do seu dia a dia - 1º Termo</b>		
Quase Sempre	29	58,00
Sempre	19	38,00
<b>Encaixa os horários dos remédios nas atividades do seu dia a dia - 2º Termo</b>		
Quase Sempre	14	28,00
Sempre	33	66,00
<b>O(a) senhor(a) e o seu médico decidem juntos o tratamento a ser seguido - 1º Termo</b>		
Às Vezes	10	20,00
Quase Sempre	24	48,00
<b>O(a) senhor(a) e o seu médico decidem juntos o tratamento a ser seguido - 2º Termo</b>		
Quase Sempre	26	52,00
Sempre	21	42,00
<b>Cumpre o tratamento sem supervisão de sua família ou amigos - 1º Termo</b>		
Quase Sempre	13	26,00
Sempre	28	56,00
<b>Cumpre o tratamento sem supervisão de sua família ou amigos - 2º Termo</b>		
Quase Sempre	15	30,00
Sempre	26	52,00
<b>Leva o tratamento até o fim sem grande esforço - 1º Termo</b>		
Quase Sempre	23	46,00
Sempre	21	42,00
<b>Leva o tratamento até o fim sem grande esforço - 2º Termo</b>		
Quase Sempre	17	34,00
Sempre	30	60,00
<b>Faz uso de lembretes para realização do tratamento - 1º Termo</b>		
Nunca	30	60,00
<b>Faz uso de lembretes para realização do tratamento - 2º Termo</b>		
Nunca	21	42,00
Sempre	12	24,00
<b>O(a) senhor(a) discutem como cumprir o tratamento - 1º Termo</b>		
Às Vezes	16	32,00
Quase Sempre	27	54,00
Sempre	1	2,00
<b>O(a) senhor(a) discutem como cumprir o tratamento - 2º Termo</b>		
Quase Sempre	26	52,00
Sempre	20	40,00
<b>Tem a possibilidade de dar sua opinião no tratamento que o médico prescreveu - 1º Termo</b>		
Quase Nunca	20	40,00
Às Vezes	14	28,00
Quase Sempre	12	24,00
<b>Tem a possibilidade de dar sua opinião no tratamento que o médico prescreveu - 2º Termo</b>		
Quase Sempre	26	52,00
Sempre	16	32,00
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100,00</b>

Ao ser perguntado se “*cumpra o tratamento sem supervisão de sua família e amigos*” foi observado que, ao aplicar o 1º e o 2º Termo, a maioria dos pacientes responderam “sempre” cumprir seu tratamento sem supervisão. Em seguida, foi perguntado “*O(a) senhor(a) discute como cumprir o tratamento*” foi identificado que no 1º Termo, apenas 1% relatou “sempre” discutir seu tratamento com o médico. Já no 2º Termo, após a experiência com a caderneta, 40% relataram “sempre” discutirem seu tratamento com seu médico ( $p=0,000$ ).

A pergunta: “*O(a) senhor(a) e o seu médico decidem juntos o tratamento a ser seguido*”, com o 1º e o 2º Termos, observa-se que as variáveis analisadas a partir do Teste-t, apresentaram diferença estatisticamente significativa ( $p=0,006$ ). Ao serem questionados no 1º termo, 48% revelaram “quase sempre” decidir juntamente com seu médico o seu tratamento e, no 2º termo, 52% revelaram “quase sempre” também decidir juntamente com seu médico o seu tratamento, não obtendo então uma grande diferença, apesar de que, no 1º Termo, a resposta “sempre” obteve um valor menor que 22% e, no 2º Termo, a resposta “sempre” foi de 42%, mostrando então quase o dobro de respostas “sempre” e uma melhora em seu tratamento.

**Tabela 5.** Variáveis que tiveram significância. São José do Rio Preto, SP. Brasil. 2021

PERGUNTAS	RESPOSTAS	1º TERMO		2º TERMO		Valor de P
		n	%	N	%	
<i>Toma as medicações no horário estabelecido</i>	Sempre	13	26,00	44	88,00	0,001
<i>Segue as regras da dieta</i>	Quase sempre	13	26,00	22	44,00	0,000
<i>Encaixa os horários dos remédios nas atividades do seu dia a dia</i>	Sempre	19	38,00	33	66,00	0,000
<i>Cumpra o tratamento sem supervisão de sua família ou amigos</i>	Sempre	28	56,00	26	52,00	0,000
<i>O(a) senhor(a) discute como cumprir o tratamento</i>	Sempre	1	1,00	20	40,00	0,000
<i>O(a) senhor(a) e o seu médico decidem juntos o tratamento a ser seguido</i>	Sempre	2	4,00	21	42,00	0,006

## DISCUSSÃO

Dados do inquérito da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) do Ministério da Saúde, aplicado nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, com aproximadamente 45.448 idosos entrevistados mostrou que a população foi composta por 61% de pacientes do sexo feminino, semelhantes aos desta pesquisa, com idade prevalente de 65 a 69 anos<sup>17</sup>.

Em um outro estudo, realizado com 28.496 pacientes com DM e HAS, em 13 unidades de Atenção Primária à Saúde, localizadas na região sul da cidade de São Paulo, mostrou uma população prevalente do sexo feminino (63,2%) e idade de mais de 50 anos, resultados semelhantes aos desta pesquisa utilizando os mesmos métodos estatísticos<sup>18</sup>. O envelhecimento da população, juntamente com hábitos de vida, pode favorecer comorbidades<sup>19</sup>.

Estudos realizados com mulheres portadoras de HAS apontam que uma das variáveis para a falta de adesão ao tratamento de DCNT é a baixa renda salarial e baixa escolaridade<sup>20</sup>. Outro estudo, relatou uma associação de DM com mulheres desempregadas, condições socioeconômicas e níveis de educação baixos<sup>21</sup>.

Na presente pesquisa, a comorbidade predominante é a DM, especificamente a DM tipo 2 (72%). Uma pesquisa que analisou comorbidades e intercorrências clínicas, bem como, fatores associados à mortalidade de pacientes idosos internados por fratura de quadril, foram avaliados 67 prontuários médicos de pacientes com idade igual ou maior de 65 anos, teve como DCNT predominante a HAS, com prevalência de 61,1%<sup>22</sup>. O maior registro de HAS nesse estudo em contraste com a atual pesquisa, que teve a DM como predominante, provavelmente se deve ao local, desenvolver um grupo de diabetes.

Ao questionar os portadores de DCNT com relação à experiência com a caderneta no período de tempo da coleta de dados, 94% revelaram que a caderneta colaborou com seu

tratamento, mostrando efetividade do instrumento, pois permitiu o registro e o acompanhamento do paciente, que conseguiu acompanhar hábitos de vida, pressão arterial e glicemia, medicamentos utilizados, diagnósticos de intervenção prévia, dados antropométricos, informações sobre dados pessoais, sociais e familiares e suas condições de saúde, além das orientações, como armazenamento de medicamentos, acesso a medicamentos no SUS, 10 passos para uma alimentação saudável, atividade física e sexualidade.

Ao realizar a seguinte pergunta: “*Toma as medicações no horário estabelecido*” no 1º Termo, apenas 26% relataram “sempre” tomar e, ao aplicar o 2º Termo, houve aumento para 44%. A caderneta dispõe de uma página, na qual o paciente pode anotar todos os medicamentos, dose e frequência de utilização, auxiliando-o a se lembrar de tomar o medicamento no horário correto. Outro motivo seria a orientação que foi passada para o paciente no momento da entrega da caderneta. A recomendação foi a de guardar a caderneta juntamente com seus medicamentos, facilitando o acesso e evitando o esquecimento de tomar na hora correta.

A falha da efetividade terapêutica tem como consequência muitas causas de mortes e hospitalização, decorrente do uso incorreto de medicamentos, baixa adesão ao tratamento prescrito, falha no acesso de medicamentos, dificuldade em organizar os horários de seus vários medicamentos utilizados em um dia, não compreensão das doses e por não acreditar em sua melhora. As orientações e o auxílio do profissional têm importância para compreensão do paciente sobre seu tratamento, juntamente com as atividades educativas<sup>23</sup>. As orientações dadas foram positivamente entendidas com a abordagem durante a entrevista e com as orientações presentes na caderneta.

Após questionar se “*segue as regras da dieta*” no 1º Termo, os pacientes relataram não seguir “sempre” uma dieta; no 2º Termo, esse número aumentou para 40%. Dentro das orientações dadas pela caderneta, a página 25 mostra os 10 passos para uma alimentação saudável, abordando a importância de três refeições diárias, os alimentos saudáveis, importância do consumo de frutas, legumes e verduras em todas as refeições, quantidade de óleos, gorduras, açúcar e sal utilizados no preparo das refeições, importância da ingestão de água, atenção que devem ter nas informações nutricionais dos rótulos dos produtos processados e ultraprocessados, entre muitas outras informações<sup>16</sup>. No momento da entrega da caderneta, foi apontado aos pacientes, a importância da dieta no tratamento, sendo esses fatores, contribuintes para a melhora na adesão de dietas.

Os bons hábitos alimentares são caracterizados como os meios principais e essenciais na prevenção e controle das DCNT, pois as consequências são decorrentes dos hábitos e estilos de vida pouco saudáveis<sup>5</sup>. Estudo mostrou que 80% das ocorrências de DM e HAS, seriam evitáveis a partir de boas práticas alimentares, aumentando o consumo de legumes, frutas e verduras, e a redução de gorduras saturadas, sódio e bebidas açucaradas<sup>24</sup>.

Ao realizar a pergunta “*encaixa os horários dos remédios nas atividades do seu dia a dia*” no 1º Termo, 38% relataram sempre encaixar; já no 2º Termo, houve um aumento, subindo para 66%. O motivo desse aumento se dá pela tabela com os medicamentos utilizados e os horários, fazendo com que o paciente se lembre de tomar o medicamento em um horário estabelecido. Foi orientado também a importância de tomar o medicamento no horário certo.

Ao questionar “*O(a) senhor(a) discutem como cumprir o tratamento e O(a) senhor(a) e o seu médico decidem juntos o tratamento a ser seguido*”, foi notado também um aumento significativo do 1º Termo para o 2º Termo. Esse aumento se deve às orientações presentes na caderneta, destacando-se uma informação no início da caderneta, alertando o paciente para o paciente conversar com o seu profissional de saúde e tirar suas dúvidas. Foi orientado aos pacientes, após finalizar a aplicação do 1º termo, que eles tinham o direito de tirar todas as dúvidas que surgissem durante a consulta e a importância da participação na decisão de seu tratamento.

O paciente tem autonomia em seu tratamento, podendo dessa forma participar na elaboração de seu tratamento e opinar, sendo que o profissional deve abordar a importância da adesão para o controle de sua doença. O conceito de autonomia do paciente é saber ouvir seus desejos e suas preferências, tendo então a liberdade de decisão. Caso o paciente se negue a realizar o tratamento, o profissional deverá tentar ao máximo convencê-lo da importância, colocando em prática o princípio da beneficência. Ao finalizar, deve-se retomar tudo aquilo que foi dito<sup>25</sup>. No momento da entrega da caderneta, houve uma retomada e retirada de dúvidas.

A caderneta contribuiu para ampliação do conhecimento, uma vez que abordou orientações importantes, como armazenamento de medicamentos, alimentação, atividade física, acesso de medicamentos no SUS, sexualidade e com a assistência de enfermagem no acompanhamento. A participação da enfermagem durante todo o tratamento é importante, pois é o profissional mais próximo do paciente, para fornecer orientações, tirar dúvidas e auxiliar em seu tratamento. Com isso, nota-se que o profissional deve estar capacitado e apresentar tecnologias leves para realizar uma assistência de qualidade, fornecendo uma comunicação verbal e não verbal efetiva, construção de vínculo e resolutividade<sup>26</sup>.

Por se tratar de uma doença crônica, o acompanhamento e monitoramento deve ocorrer de modo contínuo, salientando-se a transcendência do paciente, sendo necessário que esteja devidamente orientado, apresentando conhecimentos sobre sua doença, para que dessa forma, observe hábitos indispensáveis, como alimentação, atividade física, e tenha sempre em mente a importância de seguir um tratamento, diminuindo complicações decorrentes de uma má adesão ao tratamento e que consiga identificar precocemente sinais e sintomas que poderão resultar em um agravo<sup>27</sup>.

As DCNT, quando não controladas e sem adesão ao tratamento, terão como consequência as doenças secundárias. Com isso, o profissional de enfermagem tem o dever de buscar métodos para controle e prevenção dos pacientes submetidos a DCNT, por meio de ações de educação em saúde, impedindo então a evolução da doença. A educação é considerada um elemento indispensável no processo de tomada de decisão tanto individual, quanto coletiva. Pode-se usar como instrumento para abordagens higienistas, prevenção de doenças, determinantes sociais da saúde e promoção da saúde<sup>29</sup>. Em um outro estudo que retratou a educação em saúde como um instrumento indispensável para assistência de pacientes com DM, obteve-se um monitoramento assentado e integral, atuando na promoção da saúde e prevenção de agravos decorrentes da doença crônica<sup>30</sup>.

## CONCLUSÃO

A presente pesquisa identificou que a adaptação e implementação da Caderneta do Diabético e Hipertenso na assistência de enfermagem, mostrou-se efetiva no tratamento de pacientes portadores de HAS e DM.

Este instrumento se mostrou relevante em vários aspectos: trabalhando com a educação e promoção em saúde por meio das orientações que foram passadas no primeiro contato pela enfermagem e as trazidas na caderneta referentes ao armazenamento e à importância dos medicamentos, os melhores hábitos alimentares, a sexualidade e a atividade física.

Foi identificado também benefícios para a prática de enfermagem, auxiliando no conhecimento e aperfeiçoando suas técnicas de elaborar métodos que possam contribuir para a adesão, acompanhamento e controle dos pacientes portadores de DCNT's dentro de ambulatórios e unidades de saúde.

Também, a caderneta adaptada mostrou-se eficiente na solução de dúvidas e proporcionou orientações para controle da doença crônica, acompanhamento dos hábitos de vida, controle de agendamentos (consultas marcadas), local para anotar os medicamentos utilizados e diagnósticos de intervenção prévia.

As limitações do estudo foram decorrentes da pandemia da COVID-19, pois os pacientes apresentaram dificuldades de frequentar o ambulatório, muitos pelas restrições impostas pelos

Decretos Governamentais (*lockdown*) e, alguns, por medo de contágio. Também, a caderneta adaptada não foi validada, não passando por experts na área, acrescido aí a inexistências de estudos comparativos do antes e depois de acesso a caderneta e menos ainda com adaptações. Por sua vez, a referida pesquisa traz à tona a necessidade de estudos comparativos antes e após o uso da referida caderneta, bem como, a necessidade de adaptações e ou inclusões que busquem ampliar e facilitar o melhor conhecimento do usuário com DCNT.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2020. Geneva: World Health Organization; 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/ncd-progress-monitor-2020>
2. World Health Organization. Health statistics and information systems. Disease burden and mortality estimates. Cause specific mortality, 2000-2016. [Internet]. Geneva, World Health Organization; 2021 [citado em 21 jun 2020]. Disponível em: [https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/)
3. GBD 2017 Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980- 2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. [Internet]. 2018 [citado em 21 jun 2020];392(10159):1736-88. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32203-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32203-7)
4. Ministério da Saúde. Covid-19. [Internet]. [citado em 15 jun 2020]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/43036-sobre-a-vigilancia-de-dcnt>.
5. Ozcariz SG, Bernardo CO, Cembranel F, Peres MA, González-Chica DA. Dietary practices among individuals with diabetes and hypertension are similar to those of healthy people: a population-based study. *BMC Public Health* [Internet]. 2015 [citado em 17 jun 2020];15(479):1-10. DOI: 10.1186/s12889-015-1801-7
6. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2017. [citado em 20 jun 2020];51(Supl 1):1s-10s. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000090>
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018.
8. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). [Internet]. [citado em 20 jun 2020]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761\\_19\\_11\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html)
9. Azevedo PR, Sousa MM, Sousa NF, Oliveira SHS. Ações de educação em saúde no contexto das doenças crônicas: revisão integrativa. *Rev Pesq Cuid Fundam Online*. [Internet]. 2018. [citado em 21 jun 2020];10(1):260-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.260-267>
10. Mallmann DG, Galindo Neto NM, Sousa JC, Vasconcelos EMR. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2015 [citado em 25 jun 2020];20(6):1763-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.02382014>.
11. Silva CG, Sena LB, Rolim ILTP, Sousa SMA, Sardinha AHL. Cuidados de enfermagem a pacientes com condições crônicas de saúde: uma revisão integrativa. *Rev Pesq Cuid Fundam Online*. [Internet]. 2017 [citado em 31 mar 2021];9(2):599-605. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.599-605>.

12. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS Debate. Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada. Brasília (DF): CONASS; 2016. Disponível: <http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/4474>
13. Kluge HHP, Wickramasinghe K, Rippin HL, Mendes R, Peters DH, Kontsevaya A, et al. Prevention and control of non-communicable diseases in the COVID-19 response. *Lancet*. [Internet]. 2020 [citado 31 mar 2021];395(10238):1678-80. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31067-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31067-9)
14. Richardson S, Hirsch JS, Narasimhan M, Crawford JM, McGinn T, Davidson KW, et al. Presenting characteristics, comorbidities, and outcomes among 5700 patients hospitalized with COVID-19 in the New York City Area. *JAMA*. [Internet]. 2020 [citado 31 mar 2021];323(20):2052-9. DOI: <https://dx.doi.org/10.1001%2Fjama.2020.6775>
15. World Health Organization. The impact of the COVID-19 pandemic on noncommunicable disease resources and services: results of a rapid assessment. Geneva: World Health Organization; 2020.
16. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017. [citado em 05 abr 2021]. Disponível em: <https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/27/CADERNETA-PESSOA-IDOSA-2017-Capa-miolo.pdf>
17. Francisco PMSB, Segri NJ, Borim FSA, Malta DC. Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2018 [citado em 05 mar 2021];23(11): 3829-40. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.29662016>
18. Sarno F, Bittencourt CAG, Oliveira SA. Perfil de pacientes com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus de unidades de Atenção Primária à Saúde. *Einstein (São Paulo)*. [Internet]. 2020 [citado 20 mar 2021]; 18:eA04483. DOI: [https://doi.org/10.31744/einstein\\_journal/2020ao4483](https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020ao4483)
19. Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 1987 [citado em 20 mar. 2021];21(3):200-10. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101987000300005>
20. Mion Júnior D, Pierin AMG, Bambirra AP, Assunção JA, Monteiro JM, Chinen RY et al. Hypertension in employees of a University General Hospital. *Rev Hosp Clin*. [Internet]. 2004 [citado 20 mar 2021];59(6):329-36. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0041-87812004000600004>
21. Agardh E, Allebeck P, Hallqvist J, Moradi T, Sidorchuk A. Type 2 diabetes incidence and socioeconomic position: a systematic review and metaanalysis. *Int J Epidemiol* [Internet]. 2011 [citado em 27 mar 2021];40(3):804-18. DOI: <https://doi.org/10.1093/ije/dyr029>
22. Edelmuth SVCL, Sorio GN, Sprovieri FAA, Gali JC, Peron SF. Comorbidades, intercorrências clínicas e fatores associados à mortalidade em pacientes idosos internados por fratura de quadril. *Rev Bras Ortop*. [Internet]. 2018 [citado em 06 mar 2021];53(5):543-51. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rboe.2018.07.014>
23. Clavero VFG. Orientações aos pacientes no uso correto dos medicamentos prescritos: um dever dos profissionais de saúde. [trabalho de conclusão de curso]. Sete Lagoas, MG: Universidade de Minas Gerais; 2016. 34p.
24. World Health Organization. Preventing chronic diseases, a vital investment. Geneva: World Health Organization; 2005.
25. Vargas P, Holanda DM, Albuquerque A. Tomada de decisão apoiada em paciente idoso com vulnerabilidade acrescida. *Rev Temas Saúde*. [Internet]. 2020 [citado em 10 mar 2021];20(2):251-66. Disponível em: <https://temasensaude.com/wp-content/uploads/2020/04/20214.pdf>
26. Torres GMC, Figueiredo IDT, Cândido JAB, Moraes APP, Almeida MI. O emprego das tecnologias leves no cuidado ao hipertenso na Estratégia Saúde da Família. *Esc Anna Nery*.

[Internet]. 2018 [citado em 10 mar 2021];22(3):e20170169. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0169

27. Figueiredo SV, Moreira TMM, Mota CS, Oliveira RS, Gomes ILV. Elaboração e validação de caderneta de orientação em saúde para familiares de crianças com doença falciforme. Esc Anna Nery. [Internet]. 2019 [citado em 20 mar 2021];23(1):e20180231. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/ean/v23n1/pt\\_1414-8145-ean-23-01-e20180231.pdf](https://www.scielo.br/pdf/ean/v23n1/pt_1414-8145-ean-23-01-e20180231.pdf)

28. Malta DC, Szwarcwald CL, Barros MBA, Gomes CS, Machado ÍE, Souza Júnior PRB, et al. A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2020 [citado em 30 mar 2021]; 29(4):e2020407. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1679-49742020000400026>

29. Salci MA, Meirelles BHS, Silva DMGV. Educação em saúde para prevenção das complicações crônicas do diabetes mellitus na atenção primária. Esc Anna Nery. [Internet]. 2018 [citado em 05 abr 2021];22(1):e20170262. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0262>

30. Martins I. Educação em Ciências e Educação em Saúde: breves apontamentos sobre histórias, práticas e possibilidades de articulação. Ciênc Educ (Bauru). [Internet]. 2019 [citado em 05 abr 2021];25(2):269-75. DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-731320190020001>

**Editor Associado:** Fernanda Carolina Camargo

### CONTRIBUIÇÕES

**Francine Santos Giovanini** colaborou na concepção do estudo e seu projeto, coleta e análise dos dados, redação e revisão. **Bárbara Longhi de Oliveira** contribuiu na redação. **Rita de Cássia Helú Mendonça Ribeiro** participou da concepção e redação. **Vânia Del'Arco Paschoal** e **Daniele Alcalá Pompeo** contribuíram na revisão. **Alexandre Lins Werneck** participou da concepção do projeto, redação e revisão.

### Como citar este artigo (Vancouver)

Giovanini FS, Oliveira BL, Ribeiro RCHM, Paschoal VDA, Pompeo DA, Werneck AL. Caderneta do diabético e do hipertenso: adaptação da *caderneta de saúde da pessoa idosa* para a assistência de enfermagem na atenção secundária. REFACS [Internet]. 2022 [citado em *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 10(1):145-155. Disponível em: *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

### Como citar este artigo (ABNT)

GIOVANINI, F. S.; OLIVEIRA, B. L.; RIBEIRO, R. C. H. M.; PASCHOAL V. D. A.; POMPEO, D. A.; WERNECK, A. L. Caderneta do diabético e do hipertenso: adaptação da *caderneta de saúde da pessoa idosa* para a assistência de enfermagem na atenção secundária. REFACS, Uberaba, MG, v. 10, n. 1, p. 145-155, 2022. DOI: *inserir link do DOI*. Disponível em: *inserir link de acesso*. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*.

### Como citar este artigo (APA)

Giovanini, F.S., Oliveira, B.L., Ribeiro R.C.H.M., Paschoal, V.D.A., Pompeo, D.A., Werneck, A.L. (2022). Caderneta do diabético e do hipertenso: adaptação da *caderneta de saúde da pessoa idosa* para a assistência de enfermagem na atenção secundária. REFACS, 10(1), 145-155. Recuperado em *inserir dia, mês e ano de acesso* de *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

