



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM E SAÚDE- MESTRADO

ANTÔNIA SYLCA DE JESUS SOUSA

**ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO E INTEGRALIDADE DO CUIDADO  
EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DO NORDESTE BRASILEIRO**

FORTALEZA

2013

ANTÔNIA SYLCA DE JESUS SOUSA

**ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO E INTEGRALIDADE DO CUIDADO  
EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DO NORDESTE BRASILEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Ceará-UECE, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre.

Prof<sup>a</sup>. Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira

FORTALEZA

2013

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação**

**Universidade Estadual do Ceará**

**Biblioteca Central Prof. Antônio Martins Filho**

**Bibliotecário(a) Responsável – Thelma Marylanda Silva de Melo CRB-3 / 623**

S725a Sousa, Antônia Sylca de Jesus

Adesão ao tratamento anti-hipertensivo e integralidade do cuidado em um Centro de Referência do Nordeste Brasileiro / Antônia Sylca de Jesus Sousa. — 2013.

CD-ROM. 107f :il. (algumas color.) ; 4 ¾ pol.

“CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico, acondicionado em caixa de DVD Slin (19 x 14 cm x 7 mm)”.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2013.

Área de Concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Orientação: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Thereza Maria Magalhães Moreira.

1. Integralidade. 2. Assistência integral à saúde. 3. Aderência. 4. Enfermagem. I. Título

CDD: 614



Governo do Estado do Ceará  
Secretaria da Ciência Tecnologia e Educação Superior  
Universidade Estadual do Ceará - UECE  
Centro de Ciências da Saúde - CCS



**Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde**

Ata de Defesa da Dissertação de Mestrado  
de **Antônia Sylca de Jesus Sousa** realizada  
no dia 22 de novembro de 2013.

Aos vinte e dois dias do mês de novembro do ano dois mil e treze, na Universidade Estadual do Ceará, reuniu-se a Banca Examinadora para defesa de dissertação, composta pelas seguintes Professoras Doutoradas: Thereza Maria Magalhães Moreira, Maria Salete Bessa Jorge e Maria Rocineide Ferreira da Silva, sob a presidência da primeira, perante a qual, a Mestranda Antônia Sylca de Jesus Sousa, regularmente matriculada no Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, defendeu, para preenchimento dos requisitos de Mestre, a Dissertação intitulada: "Adesão ao Tratamento Anti-Hipertensivo e Integralidade do Cuidado em Um Centro de Referência do Nordeste Brasileiro" A defesa da referida Dissertação ocorreu das 14:30 às 16:30h tendo sido a Mestranda submetida à arguição, dispondo cada membro da Banca Examinadora de tempo para realizá-la. Em seguida, a Banca Examinadora reuniu-se, em separado, e concluiu por considerar a Mestranda APROVADA, por sua Dissertação e defesa pública. Eu, Thereza Maria Magalhães Moreira que presidi a Banca Examinadora de Dissertação do Mestrado, assino a presente ata, juntamente com os demais membros, e dou fé.

*Thereza Maria Magalhães Moreira*  
Profa. Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira - UECE

(Orientadora e Presidente)

*Maria Salete Bessa Jorge*  
Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge - UECE

(1º membro)

*Maria Rocineide Ferreira da Silva*  
Profa. Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva - UECE

A minha **mãezinha Senharinha**, pelo apoio incondicional e confiança que sempre depositaste em mim. A senhora é a razão da minha vida. Te amo

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela sua infinita graça e bondade, por guiar os meus passos, por me mostrar que por mais adversidades que a vida apresente, Ele estará sempre ao seu lado mostrando que os sonhos sempre valerão a pena. Obrigada Senhor pela realização deste, que é o meu maior sonho.

A minha **mamy SENHARINHA**, minha base, minha vida, meu amor incondicional. Por fazer esforços sobrenaturais, por sonhar o meu sonho, por abdicar de inúmeras coisas para realização dos meus objetivos. Hoje não seria nada sem seu apoio, força, exemplo e coragem. Será sempre a maior razão do meu viver.

Aos meus **irmãos Susany e Júnior**, fonte inesgotável de confiança, pelo carinho, amor, respeito e apoio, por está sempre ao meu lado, por acreditar em mim, por torcer pelo meu sucesso, sem o amor de vocês seria bem menos da metade do que sou.

A minha **orientadora Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira**, tudo o que dissesse aqui seria pouco para expressar o meu agradecimento. Pelo respeito, carinho, paciência, apoio, ensinamentos, por compreender as minhas dificuldades. A senhora é exemplo de pessoa e professora, agradeço todos os dias a Deus por tê-la no meu caminho.

Ao meu **sobrinho Gabriel**, bebê que titia mais ama no planeta, por ser a luz dos meus dias, por me amar, por tornar a minha vida mais alegre. 'Thithia' não sabe viver sem o seu sorriso e a sua inocência.

Ao meu **padrasto José**, pelo apoio e carinho, pela ajuda nas dificuldades e por proporcionar momentos de diversão na minha vida.

Ao **Jean**, por tornar os meus dias mais alegres, por acreditar no meu potencial mais do que qualquer outra pessoa, pela compreensão nos meus momentos de ausência física. Você sabe o quanto desejo o nosso bem.

As professoras **Ana Larissa e Andressa Suelly**, por me incentivar neste sonho, pelos ensinamentos, ajuda e carinho. Tudo teria sido mais difícil sem vocês, quem sabe até impossível. Serei eternamente grata por tudo, minhas eternas professoras.

As minhas **amigas**, pelo carinho, amizade e por tornar os meus dias mais alegres. A amizade de vocês é vital.

A **Dourinha e sua família**, nem sei o que seria de mim sem vocês. Pelo companheirismo, carinho e atenção. Meu eterno obrigada!

A **Lucineide, Francisco e Lelê, Luciana e Marcia**, pelo carinho e apoio, a amizade de vocês foram essenciais para minha felicidade.

A **Gisele**, minha amiga e companheira de mestrado, minha querida Gi, pelo carinho, respeito, por sua família linda, por ser tão amiga, por me ajudar. Meu melhor presente de 2012.

A **Janaina, Eduardo Carvalho, Ítalo, Raquel Costa, Erica e Paulo Ricardo**, pela ajuda na coleta de dados, tudo teria sido mais difícil sem vocês. Obrigada de coração.

Aos meus queridos amigos do **Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidados em Cronicidades e Enfermagem- GRUPECCE**, por ser uma família, pelo aprendizado e carinho de todos os membros. Agradeço com muito carinho ao **Wicto, Ana Célia, Irialda, Jênifa e Raquel** pelo auxílio e atenção sempre que precisei, vocês são exemplo na minha vida.

À direção do **Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão-CIDH**, por permitir a minha pesquisa.

Aos **hipertensos e enfermeiras**, pela contribuição na minha pesquisa. O meu muito obrigada!

Aos **docentes, coordenação e secretaria (Selma Campos e Aline)** do Programa de Pós-graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, pela dedicação e apoio sempre oferecido.

À **banca examinadora**, pelo respeito e imensa contribuição na correção do meu trabalho.

Enfim, a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização deste trabalho! Muito obrigada.

“Realizar a integralidade é olhar o outro através de si, como um pintor que em uma pincelada enxerga a grandeza de sua obra, como um músico que no soar do acorde balbucia a canção melodiosa das notas, como um homem que se faz semelhante ao outro, compreendendo-o em sua integralidade”.

‘Jeferson Calixta’



## RESUMO

SOUSA, Antônia Sylca de Jesus. **ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO E INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DO NORDESTE BRASILEIRO**. 2013. 103f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, 2013.

A análise da adesão ao tratamento anti-hipertensivo com eixo na integralidade da assistência é uma tarefa complexa, devido a grande variedade de fatores e processos difíceis de serem avaliados e mensurados envolvidos neste contexto. Para tanto, foi objetivo do estudo analisar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica na perspectiva do cuidado com eixo na integralidade em um centro de saúde de atenção secundária do Nordeste brasileiro. Tratou-se de um estudo de triangulação de métodos, realizada com 602 hipertensos atendidos no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão (CIDH), número este calculado por meio da fórmula para população infinita de Pocock (1989). Para identificar a presença ou não da adesão, aplicou-se o Teste de Morisky-Green; com o intuito de averiguar a presença da integralidade na assistência aplicou-se um check-list baseado nos pressupostos da Starfield; e pelo resultado destes dados foi realizado um entrecruzamento das variáveis por meio do teste estatístico do *IBM Statistical Package for Social Sciences* (SPSS versão 20.0); para descrição da concepção de usuários e enfermeiros foi realizada a análise de conteúdo de Bardin. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade Estadual do Ceará, sob Nº CAAE: 13457313.7.0000.5534. Os resultados apontaram que a maioria dos pacientes eram do sexo feminino, raça parda, idosos e com nível de escolaridade fundamental incompleto. E no tocante à presença de doenças, encontrou-se, principalmente, a HAS associada ao DM tipo 2. No tocante à avaliação da integralidade, constatou-se a grande maioria avaliando positivamente os dispositivos Acolhimento e Vínculo, cerca de quase três quartos fazendo o mesmo com a Acessibilidade e pouco mais da metade avaliando positivamente a presença do dispositivo Enfoque familiar. Constatou-se também que entre os pacientes há predomínio da adesão ao tratamento da hipertensão. Ao entrecruzar adesão e integralidade do cuidado, não foi constatada associação estatística. Ao descrever as concepções dos usuários acerca da acessibilidade foi notória a questão da consulta e seu retorno, o atendimento pela equipe multidisciplinar, a realização de exames, o recebimento da medicação e as prioridades no atendimento. Quanto ao acolhimento, foi referida a qualidade do atendimento, a subjetividade intrínseca nesta relação e a estrutura física onde ocorre o atendimento. Em relação ao vínculo, observou-se o relacionamento existente entre o cuidador e ser cuidado, a comunicação, os laços e as redes deste relacionamento. Sobre o enfoque familiar, veio à tona o ser humano em seu entorno familiar e social inserido no âmbito terapêutico e a relação existente com o ser cuidador. No que concerne às enfermeiras, destacam-se discursos referente às orientações, envolvimento e encaminhamento para equipe multidisciplinar, assim como o enfoque direcionado para outra doença lá atendida – o diabetes. Reforça-se a necessidade de se realizar um cuidado de enfermagem centrado na integralidade da assistência, de forma a buscar cada vez a adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento, por meio de um ambiente que favoreça a acessibilidade, o acolhimento, as relações interpessoais entre profissionais e usuários, enfocando-os como ser social e familiar.

**Palavras-chave:** Integralidade; Assistência integral à saúde; Aderência; Enfermagem;

## ABSTRACT

SOUSA, Antônia Sylca de Jesus. **ACCESSION TO ANTIHYPERTENSIVE AND COMPLETENESS OF CARE IN A REFERENCE CENTER NORTHEAST BRAZIL.** 2013. 103f. Dissertation (Postgraduate Program in Clinical Care Health and Nursing) State University of Ceará, Center for Health Sciences, 2013.

The analysis of adherence to antihypertensive treatment with axis in comprehensive care is a complex task due to variety of factors and difficult process of being assessed and measured in this context involved . For this purpose, purpose of the study was to analyze the adherence of hypertension in view of the care with shaft in full in a health center in secondary care in Northeast Brazil . This was a study of triangulation of methods , performed with 602 hypertensive patients in the Integrated Center for Diabetes and Hypertension ( IACHR ) , a figure calculated by the formula for infinite population Pocock (1989) . To identify the presence or absence of accession applied the Morisky-Green test , in order to verify the presence of the integral care applied a checklist based on the assumptions of Starfield , and the result of these data was performed criss-cross of variables through statistical test IBM statistical Package for Social Sciences ( SPSS version 20.0 ), to describe the concept of users and nurses content analysis of Bardin was performed . The study was approved by the ethics committee of the State University of Ceará , N ° CAAE : 13457313.7.0000.5534 . The results showed that most patients were female , mixed race, older and with incomplete primary level of schooling . And regarding the presence of disease , found mainly hypertension associated with type 2 diabetes . Regarding the assessment of completeness , there was the most positively evaluating and Home Link devices , nearly three-quarters about doing the same with the accessibility and slightly more than half positively evaluating the presence of family focus device. It was also found that among patients predominate treatment adherence hypertension . By interlacing membership and comprehensive care , we found no statistical association . In describing the concepts of users about the accessibility was a notorious issue of consultation and its return , the care by a multidisciplinary team , conducting examinations , receiving medication and priorities in attendance. As for the host , was referred to the quality of care , the subjectivity inherent in this relationship and the physical structure where care occurs . Regarding the link , there was the existing relationship between the caregiver and be careful , the communication links and networks that relationship. Focus on the family , came to light the human being in their family and social surroundings inserted in the therapeutic context and the relationship with the caregiver . Regarding the nurses stand out discourses referring to the Guidelines , engagement and referral to the multidisciplinary team , as well as other disease -driven focus answered there - diabetes . Reinforces the need to conduct a nursing care focused on comprehensive care , in order to pursue increasingly adherence to treatment of hypertensive patients through an environment that fosters accessibility , acceptance , interpersonal relations professionals and users , focusing on them as social being and family.

**Keywords:** Completeness; Comprehensive health care; Adhesion; Nursing;

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b>	Avaliação consolidada das práticas de integralidade na Atenção Primária a Saúde (APS), segundo Starfield (2002).	25
<b>Quadro 2:</b>	Congruência sobre os conceitos de integralidade. Fortaleza, 2013.	37
<b>Quadro 3:</b>	Objetivos específicos, técnicas e instrumentos/programa de coleta de dados. Fortaleza, 2013.	52
<b>Quadro 4:</b>	Dispositivos da integralidade, seus conceitos e reta de análise. Fortaleza, 2013.	53

### LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b>	Fatores que influenciam na adesão ao tratamento anti-hipertensivo.	41
------------------	--	----

### LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b>	Caracterização sociodemográfica dos pacientes atendidos na atenção secundária. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2013.	57
<b>Tabela 2:</b>	Congruência sobre os conceitos de integralidade. Fortaleza, novembro de 2013.	27
<b>Tabela 3:</b>	Objetivos específicos, técnicas e instrumentos/programa de coleta de dados. Fortaleza, 2013.	39
<b>Tabela 4:</b>	Planos da integralidade, dispositivos e seus conceitos, e reta de análise. Fortaleza, 2013.	40
<b>Tabela 5:</b>	Análise da adesão ao tratamento anti-hipertensivo segundo presença e ausência de integralidade da assistência. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2013.	62

## LISTA DE GRÁFICOS

	tratamento da hipertensão arterial sistêmica. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2013.	58
<b>Gráfico 2:</b>	Número de participantes do estudo segundo presença ou não do dispositivo <b>Acessibilidade</b> na assistência aos pacientes hipertensos. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2013.	59
<b>Gráfico 3:</b>	Número de participantes do estudo segundo presença ou não do dispositivo <b>Acolhimento</b> na assistência aos pacientes com hipertensão. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2013.	59
<b>Gráfico 4:</b>	Número de participantes do estudo segundo presença ou não do dispositivo <b>Vínculo</b> na assistência aos pacientes hipertensos. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2013.	60
<b>Gráfico 5:</b>	Número de participantes do estudo segundo presença ou não do dispositivo <b>Enfoque familiar</b> na assistência aos pacientes hipertensos. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2013.	60
<b>Gráfico 6:</b>	Número de participantes do estudo segundo presença ou não dos dispositivos <b>Acessibilidade, Acolhimento, Vínculo e Enfoque familiar</b> na assistência aos pacientes hipertensos. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2013.	61
<b>Gráfico 7:</b>	Participantes do estudo segundo presença ou não da Integralidade na assistência aos pacientes hipertensos. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2013.	62
<b>Gráfico 8:</b>	Análise da adesão e não adesão ao tratamento anti-hipertensivo segundo presença e ausência de integralidade na assistência. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2013.	63

## LISTA DE ABREVIATURAS

ACS- Agentes Comunitários de Saúde

AVE- Acidente Vascular Encefálico

APS- Atenção Primária a Saúde

CAA/DAB- Coordenação de Acompanhamento de Avaliação da Atenção Básica

CIDH- Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão

DAB- Departamento de Atenção Básica

DANT- Doenças de Agravos Não-transmissíveis

DCN- Diretrizes Curriculares Nacionais

DM- Diabetes Mellitus

DP- Desvio Padrão

ESF- Estratégia Saúde da Família

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

IBM-SPSS- Software IBM- *Statistical Package for Social Sciences*

INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

LOS- Leis Orgânicas da Saúde

NOAS- Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOBs- Normas Operacionais Básicas

OMS- Organização Mundial de Saúde

PA- Pressão Arterial

PACS - Programa Agentes Comunitários de Saúde

PSF- Programa Saúde da Família

SER- Secretarias Executivas Regionais

SUS- Sistema Único de Saúde

X<sup>2</sup> - Quiquadrado de Pearson

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	16
	1.1 Contexto da saúde brasileira a partir da Reforma Sanitária	16
	1.2 Integralidade na atenção a saúde	21
	1.3 A formação do profissional da enfermagem frente à integralidade da assistência e do SUS	26
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	30
	2.1 Geral	30
	2.2 Específicos	30
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	32
	3.1 Conceitos de integralidade	32
	3.2 Adesão e não-adesão ao tratamento anti-hipertensivo	38
	3.3 Avaliação da Atenção à Saúde com eixo na Integralidade	45
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b>	51
	4.1 Tipo de estudo	51
	4.2 Local e período do estudo	51
	4.3 População e amostra	52
	4.4 Coleta e análise dos dados	52
	4.6 Aspectos éticos	54
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	57
	5.1 Resultados dos dados de caracterização sociodemográfica, e descrição da adesão e integralidade	57
	5.2 Caracterização sociodemográfica, e descrição da adesão e integralidade	64
	5.3 Concepção dos usuários e enfermeiras sobre integralidade e seus dispositivos	71
	<b>REFERÊNCIAS</b>	84
	<b>APÊNDICES</b>	94
	<b>ANEXOS</b>	101

# ***Introdução***

## **1 INTRODUÇÃO**

O presente estudo visa avaliar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica na perspectiva do cuidado com eixo na integralidade, em um centro de saúde de atenção secundária do Nordeste brasileiro.

No contexto da atenção à saúde brasileira, faz-se necessário compreender seu processo de estruturação e os paradigmas vigentes para analisar de forma crítica a realidade no âmbito da saúde que vivemos, e quais princípios e diretrizes regem as práticas assistenciais atuais.

Para tanto, é necessário resgatar aspectos contextuais da saúde no Brasil, reforma sanitária, integralidade na atenção à saúde e a formação profissional da enfermagem frente à integralidade da assistência e do Sistema Único de Saúde-SUS.

### **1.1 Contexto da saúde brasileira a partir da Reforma Sanitária**

No Brasil, o final da década de 80 do século XX foi marcado por movimentos sociais em busca da redemocratização do país e melhoria de condições da saúde da população. O sistema político vigente desde 1964 cedeu lugar à Nova República, implantada em 1985. Paralelamente a isto, o movimento sanitarista brasileiro crescia e ganhava representatividade por meio de lideranças políticas e populares, usuários e profissionais da saúde que almejavam a reconstrução do seu sistema de saúde (PIGARILHO, 2011).

Os marcos legais e institucionais da política de saúde no Brasil são contemporâneos à I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá, em 1986. Nesse mesmo ano, realizou-se no país a VIII Conferência Nacional de Saúde que, no contexto da redemocratização, após a ditadura militar, envolveu grande participação da sociedade e propôs as bases do que se viria denominar “reforma sanitária brasileira”, cujos princípios e diretrizes muito próximos aos conceitos centrais da política de prevenção foram incorporados na Constituição Federal de 1988, outorgada pela Assembleia Nacional Constituinte (BRASIL, 1988; BRASIL, 2001).

De acordo com Fleury (2009), a reforma sanitária brasileira ficou conhecida como o projeto e a trajetória de constituição e reformulação de um campo de saber, uma estratégia política e um processo de transformação institucional. Emergindo como parte da luta pela



democracia, ela já ultrapassa três décadas, tendo alcançado a garantia constitucional do direito universal à saúde e a construção institucional do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Nova Constituição Brasileira apresentou um paradigma que garantiu o direito à saúde para todo cidadão, transformando-a em um dever do Estado, que propiciava acesso igualitário e universal, embasado em ações que promovessem a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde da população em geral.

No Brasil, a construção do SUS reduziu a segmentação na saúde ao unir os serviços da União, Estados, Municípios e os da assistência médica previdenciária do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). A consolidação do SUS na Constituição Federal de 1988, além de estabelecer a universalização do acesso, promoveu a descentralização/ regionalização e integração com formação de redes assistenciais como diretrizes fundamentais (SILVA, 2011).

No contexto da Carta Magna da nossa Constituição de 1988, a saúde foi inserida na Seguridade Social de forma a garantir políticas sociais e econômicas para reduzir o risco de doenças e outros agravos, e o acesso universal e igualitário das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. O artigo 197 da referida constituição elenca as diretrizes do SUS: 1) descentralização, com direção única em cada esfera de governo; 2) o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e 3) participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Em 1990 entram em vigor as Leis Orgânicas da Saúde (nº 8.080/90 e nº 8.142/90), com o intuito de disciplinar a proteção e a defesa da saúde como legalmente previstos na Constituição, e estabelecer as diretrizes e os limites a serem respeitados pelas esferas de governo na elaboração das normas individuais.

A Lei nº 8080/90 regeu a descentralização político-administrativa dos serviços para os municípios, e a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, dispondo também sobre as condições para promoção, proteção e recuperação dos serviços (DOURADO; ELIAS, 2011). Seu decreto regulamentador (Decreto 7508/2011) só foi publicado e iniciou vigência em 28 de Junho de 2011.

A Lei nº 8.142/90 dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde,

garantindo o sistema participativo de baixo para cima com duas instâncias colegiadas: I – a conferência de saúde e II – o conselho de saúde. As conferências nacionais de saúde são realizadas a cada quatro anos, podendo, ainda, ser convocadas conforme a necessidade. Os conselhos de saúde são organizados em cada esfera de governo e a representação dos usuários é paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. Além disso, a lei estabelece diretrizes para os fundos de saúde (BRASIL, 2006).

Desde a criação do SUS, um dos maiores desafios foi seu financiamento, pois dependiam de repasses de recursos oriundos da seguridade social, permanecendo, assim, o clamor do movimento sanitário em busca de que os estados e municípios pudessem assumir a responsabilidade pelo orçamento a ser aplicado pelo SUS (SILVA, 2010). Foi pela Emenda Constitucional nº 29 de 2000, só aprovada em 16 de janeiro de 2012, que ocorreu a regulamentação do financiamento do SUS.

No ano de 1994, o SUS lança o Programa Saúde da Família (PSF), uma iniciativa paradigmática de reorientação e inovação que possui o intuito de universalizar e reafirmar os princípios básicos do sistema de saúde do Brasil (PINGARILHO, 2011).

Anterior ao PSF, em 1991 foi implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que visava implementar ações básicas custo-efetivas em populações pobres (reidratação oral, aleitamento materno, educação, dentre outras), com o objetivo fundamental de reduzir a mortalidade infantil. Evoluiu, graças ao reconhecido êxito do programa, para o que hoje é conceituado como Estratégia Saúde da Família (ESF) que, segundo seus condutores políticos, visa à conversão do modelo assistencial do sistema de saúde, pela expansão do PSF e da indução da oferta de média e alta complexidade adequada aos preceitos da integralidade e da qualidade da atenção (COSTA et al., 2009).

A estratégia nasceu na tentativa de repensar os padrões de pensamento e comportamento dos profissionais e cidadãos brasileiros, até então vigentes. Sistematizada e orientada por equipes de saúde da família que envolvem enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, odontólogos e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a ESF busca discutir e ampliar o tradicional modelo sanitário médico-curativista, para a compreensão de uma abordagem coletiva, multi e interprofissional, centrada na família e na comunidade, inserida em seu contexto real e concreto, que possui o intuito de promover uma nova relação entre os

sujeitos, onde profissional e usuário podem e devem ser produtores e construtores de um viver mais saudável (COSTA et al., 2009; BACKES et al., 2012).

A opção política do primeiro decênio da implantação do SUS seguiu o movimento que marcou a descentralização das políticas sociais no país na década de 1990, de modo que a municipalização da saúde foi priorizada, enquanto a regionalização foi praticamente desconsiderada (DOURADO; ELIAS, 2011).

Com efeito, a primeira década do SUS foi marcada por um processo de intensa transferência de competências e recursos em direção aos municípios, orientado pelos instrumentos normativos emanados do Ministério da Saúde: as Normas Operacionais Básicas (NOBs). Mediante a definição de critérios de habilitação e de incentivos operados pelo financiamento, as sucessivas NOBs conduziram os municípios à assunção progressiva da gestão de ações e serviços de saúde em seus territórios (DOURADO; ELIAS, 2011).

No entanto, a implementação do SUS contribuiu pouco para a integração da saúde nas regiões que agregam diversos municípios, possivelmente pela pouca ênfase dada à regionalização. A publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/2001) em 2001 teve como um dos seus principais objetivos suprir essa lacuna, dando proeminência à necessidade de formação de redes integradas. A NOAS teve muitas dificuldades de implementação e isso se deveu à proposição de regras rígidas, excessivamente parametrizadas, na reorganização dos serviços regionais, que se mostrou incoerente com as condições existentes, e à não consolidação de uma governança regional e intermunicipal, fator indispensável para a articulação da interdependência entre municípios e destes com o governo estadual (SILVA, 2011; SILVA; DOBASHI, 2007)

A regionalização retornou com mais força à agenda do SUS com a publicação do Pacto pela Saúde, em 2006. Regulamentado pelas portarias ministeriais nº 399 e 699, o Pacto propôs substituir o formato rígido da NOAS por pactuação mais flexível, que resultasse em construção de arranjos que contribuíssem para a regionalização e o aperfeiçoamento de redes (SILVA, 2011).

A proposta do SUS apresenta-se como um paradigma de reorganização das práticas convencionais de atenção à saúde, antes voltadas para a doença, substituindo-as por ações de vigilância e promoção da saúde. A Promoção da Saúde tem como princípios a atenção aos

seus fatores condicionantes e determinantes, a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos, a participação popular nas decisões, priorizando a vulnerabilidade e o risco de adoecimento de determinada comunidade e a união dos diversos setores da sociedade nas ações (MEDRONHO, 2009).

Inserido no sistema de saúde o que muito se observa é o encaminhamento para os outros níveis de assistência sem que haja o esgotamento de todas as possibilidades diagnósticas na rede básica, o que reflete em falta de solidariedade com o serviço e de responsabilização no cuidado ao usuário.

Isso contribui para a baixa resolutividade na rede básica, o exercício hegemônico de uma clínica centrada no ato prescritivo e na produção de procedimentos, em ação substitutiva da prática que valoriza a clínica como o exercício ampliado de múltiplos profissionais, em relação entre si e com o usuário (MERHY; 1998). O exercício da clínica, traduzido em atos de fala, escuta, onde o diagnóstico ganha a dimensão do cuidado, ao longo do tempo, substituído pelo ato prescritivo, relação sumária entre profissional e usuário (FRANCO; JUNIOR, 2004).

Estes sistemas fragmentados de atenção à saúde se organizam por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados uns dos outros e que, por consequência, são incapazes de prestar atenção contínua à população. Em geral, não há uma população adscrita de responsabilização, o que impossibilita a gestão baseada na população. Nesses, a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e esses dois níveis também não se comunicam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio. Nesses sistemas, a atenção primária à saúde não pode exercitar seu papel de centro de comunicação, coordenando o cuidado (MENDES, 2010).

Nestas redes de atenção à saúde os pontos de atenção secundários e terciários são os nós das redes onde se ofertam determinados serviços especializados, gerados por meio de uma função de produção singular. Eles se diferenciam por suas respectivas densidades tecnológicas, sendo os pontos de atenção terciários mais densos tecnologicamente que os pontos de atenção secundários e, por essa razão, tendem a ser mais concentrados espacialmente (MENDES, 2010).

Contudo, na perspectiva das redes poliárquicas, não há, entre eles, relações de principalidade ou subordinação, características das relações hierárquicas, já que todos são

igualmente importantes para se atingirem os objetivos comuns das redes de atenção à saúde (MENDES, 2010).

Embora algumas incompletudes persistam no SUS brasileiro, programas exemplares como de controle da AIDS, Saúde da Mulher e do Idoso são apontados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como exemplo para os demais países em desenvolvimento, sendo importante o reforço à integralidade na atenção à saúde.

## **1.2 Integralidade na atenção a saúde**

A implementação do SUS não só desencadeou um processo de ampliação na quantidade de serviços de saúde, como também ampliou a qualidade deles, já que um de seus princípios é o da integralidade da atenção à saúde, que confronta o modo vigente de produzir saúde (MACHADO et al., 2007). Este modelo de assistência vem substituir o tradicional, que era pautado na doença, apresentando o ser na sua integralidade e no seu processo de saúde-doença-cuidado.

O início do século XXI no Brasil, é marcado pelo movimento de construção de novos paradigmas do processo saúde-doença com repercussões na organização dos serviços de saúde, nas concepções de promoção à saúde, prevenção de agravos e tratamento, fruto da consolidação do SUS. A mudança de paradigmas e a organização tecnoassistencial em saúde também incidem no modelo de formação dos profissionais de saúde, inclusive dos de enfermagem (SILVA e SENA, 2008).

Pode-se dizer que a integralidade é uma expressão “nativa” da saúde coletiva que apresenta as mesmas imprecisões, polissemias e aspectos mutáveis apresentados pelo campo de produção de saberes e práticas de onde emerge (SAYD, 2002). É um termo com diferentes sentidos e usos. É considerada um termo rico, que permite iluminar relações, porque elas existem no cotidiano das instituições, onde saberes e práticas interagem entre si e continuamente (PINHEIRO, MATOS, 2006).

Contudo, quando se aborda o cuidado enquanto processo saúde-doença inclui-se, além da dimensão individual, representada pelas experiências únicas e pessoais do sofrimento e do adoecimento, a dimensão coletiva, na qual a saúde dos sujeitos é influenciada pelo contexto de vida em que estão inseridos.

Encontram-se na literatura diversos estudos que tratam da noção de integralidade como se ela fosse apenas um dispositivo jurídico-constitucional, usado para designar um dos princípios do SUS, expressando umas das bandeiras de luta do movimento sanitário. Encontra-se, ainda, a integralidade como articuladora de ações e serviços de saúde, envolvendo a promoção, proteção e recuperação da saúde. Da mesma forma, atribui-se à integralidade ser o eixo norteador de organização dos serviços. Na ótica dos usuários, ela tem sido associada ao tratamento digno, respeitoso e com qualidade, de acolhimento e vínculo (MATTOS, 2004).

Diante da variedade semântica da palavra *integralidade* e o tratamento de diversos temas que a palavra interpreta, têm-se a dificuldade de demarcar temática tão abrangente. Na realidade, é a estreiteza conceitual que não permite definir um significado preciso (SAYD, 2002). Desta forma, uma vez que não se pode reduzir a integralidade em uma definição. A partir dos significados que emergem do termo, procura-se compreender os sentidos que ele envolve (MATTOS, 2001).

Mattos (2001) identifica três conjuntos de sentidos, onde aborda os usos que lhe pareceram mais relevantes no amálgama da integralidade. Para construção desses sentidos, o autor não realizou um inventário completo dos usos do termo integralidade, porém realizou uma reflexão acerca dos potenciais e limites de noção de integralidade no contexto da construção de políticas, sistemas e práticas de saúde mais justas.

O *primeiro sentido* refere-se acerca dos atributos da *boa prática profissional*, onde a integralidade é defendida como um valor a ser sustentado nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos clientes que os procuram. Neste sentido, tem-se a preocupação de discernir as necessidades dos usuários, buscando gerar e aproveitar as oportunidades de aplicação das técnicas de prevenção, e ao mesmo tempo, considerar as necessidades que não se reduzem à prevenção e ao controle das doenças (MATTOS, 2001).

O *segundo conjunto de sentidos* da integralidade está ligado à *organização do trabalho nos serviços de saúde*. Nesse sentido, a integralidade não é vista como uma atitude, mas como modo de organizar o processo de trabalho, pelas ações programáticas horizontais. Deste modo, a organização do serviço e das práticas de saúde não pode ser direcionada apenas para responder às doenças da população, mas deve estar disposta a realizar uma apreensão

ampliada das necessidades da população a qual atende. Esta ampliação não pode ser feita sem que se assuma uma perspectiva de diálogo entre diferentes sujeitos e seus diferentes modos de perceber as necessidades dos serviços de saúde (MATTOS, 2001).

*O terceiro conjunto de sentidos aplica-se a características de políticas de saúde ou de respostas governamentais a certos problemas de saúde. Destaca-se nesse conjunto um sentido de integralidade aplicável à medida que o governo responde a certos problemas de saúde, onde essa resposta abrange possibilidades de prevenção e assistenciais (MATTOS, 2001).*

Para avaliar as práticas de integralidade na Atenção Primária à Saúde (APS), o referencial proposto por Starfield (2002) permite uma operacionalização, na medida em que identifica categorias que compõem e caracterizam a APS. No plano do cuidado em saúde, aparece a “integralidade horizontal” (acesso, acolhimento, vínculo e enfoque familiar) e a “integralidade vertical” (o fluxo e coordenação, encaminhamentos e orientação comunitária) (SALA et al., 2011).

No referente à Integralidade Horizontal, as categorias observáveis originam-se dos conceitos da Medicina Integral, tal qual esboçou-se historicamente. São as seguintes:

Acessibilidade: ao investigar as necessidades de saúde, Costa (2004) cita não haver possibilidade de Integralidade e Equidade sem a garantia da Universalidade do Acesso. Além da discussão do simples consumo e acesso a determinados serviços, esse debate remete ao campo da micropolítica de saúde e de suas articulações, fluxos e circuitos. Implica repousar aspectos da organização do processo de trabalho, da gestão e do planejamento no nível da gerência. É necessário reconhecer que as necessidades de saúde são determinadas histórica e socialmente, mesmo quando apreendidas e transformadas em práticas na sua dimensão individual. A busca da acessibilidade no serviço implica reconhecer ali uma constante reconceituação de necessidades de saúde a serem apropriadas pelos profissionais daquele serviço, daquela população. A busca de critérios de priorização, a questão das barreiras, a chegada e utilização de serviços, a busca ativa, a criação de demanda e de facilitações de uso do espaço físico são possíveis na esfera da gerência, na micropolítica das Unidades. Deve-se encontrar uma lógica de organização e funcionamento relacionada às necessidades dos usuários, sem modelar a demanda. A não acessibilidade fecha a porta de entrada (CECÍLIO, 2001).

Acolhimento: rede de conversações cujo escopo é buscar as singularidades dos sujeitos. O acolhimento se dá não somente na chegada do usuário no serviço, mas no contínuo das interações, por meio de escuta qualificada (SALA, 2011). Esta singularização que identifica vem da sabedoria prática, que não é técnica ou teórica, mas decorre da conduta profissional por referência a valores humanos do assumir, agir em função do outro/reconhecer sua biografia e a estória do seu adoecimento. Um espaço físico intimista, ou mesmo a postura dos profissionais na recepção prenuncia caráter de acolhimento (COSTA, 2004).

Vínculo: além de abranger a questão da adscrição, a qual diz respeito ao uso regular, é uma relação de confiança. “Relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa e mediada por subjetividades” (Cecílio, 2001).

Enfoque familiar: condição necessária à prática da Saúde Integral, é a essência da Integralidade, pois qualifica o atendimento e possibilita a criação de demanda pela prevenção e promoção. É visível nas reuniões das equipes e no prontuário (SALA, 2011).

No referente à Integralidade Vertical, as categorias observáveis originam-se da junção entre as ações do serviço e os dirigem a outros setores do Sistema de Saúde.

O fluxo e a coordenação: o fluxo organiza o percurso do usuário para as modelos de atendimento existentes na Unidade. Compõe-se de uma série de notações físicas que facilitam a orientação dos usuários, tais como placas e setas, bem como garante os registros, cadastramentos e agendamentos. As ações dos profissionais que trabalham em equipe são concatenadas em termos dos objetivos de cada um e comuns no cuidado do usuário. O elenco de serviços e as valorizações explicitadas na descrição destes serviços é uma medida exemplar (SALA, 2011).

Encaminhamentos: referência para exames, consultas especializadas, internações. Devem ser considerados aqui, o agendamento, o controle da realização do atendimento, o retorno dos resultados, o tempo médio gasto na obtenção do atendimento e a estruturação desse fluxo de referenciamento para além da unidade, nas instâncias de supervisão (SALA, 2011).

Orientação comunitária: A capacidade, no nível da Atenção Primária, de reconhecer as necessidades da comunidade e de promover ações intersetoriais nas ações comunitárias, alicerçando os laços de solidariedade social (SALA, 2011).



**Quadro 1:** Avaliação consolidada das práticas de integralidade na Atenção Primária à Saúde (APS), segundo Starfield (2002):

No plano da “Integralidade Horizontal”	Acesso, acolhimento, vínculo e enfoque familiar
No plano da “Integralidade Vertical”	Fluxo, coordenação, encaminhamentos e orientação comunitária

Nesta perspectiva, pode-se afirmar, então, que a integralidade refere-se aos processos de produção de saúde, necessariamente, a um trabalho coletivo e cooperativo, entre sujeitos e faz-se numa rede de relações que exige interação e diálogo permanentes. Cuidar dessa rede de relações, permeada como é por assimetrias de saber e poder, é uma exigência maior, um imperativo no trabalho em saúde, na organização dos serviços e nas respostas governamentais (SPINK, 2007).

Neste estudo, defende-se que a integralidade é um processo dialético, de recusa ao reducionismo e à objetivação dos sujeitos, abrindo-se à proposta do diálogo, que engloba uma assistência pela integração das ações promocionais, preventivas e curativas, representando o eixo estruturante dentro das políticas e do sistema de saúde, que responde às necessidades de forma abrangente e contextualizada, mesmo que represente um processo lento e desafiador porque propõe mudanças de um modelo hegemônico e dominador.

Boa parte destas mudanças deve estar atrelada à formação do profissional frente à integralidade da assistência e do SUS, incluindo nesta seara os enfermeiros.

### **1.3 A formação do profissional da enfermagem frente à integralidade da assistência e do SUS**

Em cada período específico, em que as políticas de saúde se sucederam, a valorização e a importância da enfermagem para a sociedade foram se modificando, culminando com a implantação do SUS, com princípios doutrinários que enfocam a equidade, universalidade e integralidade da assistência, princípios implícitos no fazer da enfermagem (REIS E ANDRADE, 2008).

No Brasil, o início do século XXI é marcado pelo movimento de construção de novos paradigmas do processo saúde-doença, com repercussões na organização dos serviços de saúde, nas concepções de promoção à saúde, prevenção de agravos e tratamento, fruto da consolidação do SUS. As mudanças de paradigmas e a organização tecnoassistencial em saúde incidem, também, no modelo de formação dos profissionais de saúde, inclusive no de enfermagem (SILVA e SENA, 2007).

A concretização dos princípios do SUS, em particular o da integralidade do cuidado, no processo de formação do enfermeiro, está diretamente ligada à necessidade de nova organização dos serviços de saúde e da prática sanitária, embasadas no novo modo de cuidar, tratar e acompanhar a saúde, ou seja, na transformação do modelo de atenção à saúde em suas várias dimensões: política, tecnológica e organizacional (SANTOS, 2011).

Além destas dimensões, dentro do processo de formação ocorreram inúmeras modificações, desde os novos ideais de conhecimento, de ensino e aprendizagem, exigindo um repensar do currículo, função e papéis de professores e futuros profissionais.

A implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) tem sido assumida como estratégia potente para redirecionar a formação dos profissionais de enfermagem, estabelecendo um marco estruturante na construção de um novo paradigma para a educação de enfermagem: a orientação da formação para impulsionar a efetivação dos princípios do SUS e das demandas e necessidades de saúde da população (FERNANDES, 2006).

Dentre os pressupostos defendidos na formação do enfermeiro, destaca-se a orientação da formação para reconhecer a saúde como direito, determinada pelas condições dignas de vida, atuando de forma a garantir a integralidade da assistência (BRASIL, 2001).

A abordagem da integralidade do cuidado na formação do enfermeiro requer a compreensão do ensino como processo construído por docentes, estudantes, profissionais de serviço e comunidade, que se movimentam como sujeitos que determinam as práticas de saúde, de educação e controle social (SILVA e SENA, 2006).

A integralidade se constrói na práxis do conjunto dos profissionais dos serviços de saúde e nas diferentes formas de encontro desses profissionais com e no serviço. A prática de enfermagem, inserida no contexto das práticas em saúde, enfrenta o desafio cotidiano de imprimir uma nova lógica à organização do trabalho, configurando um agir pautado na integralidade e, neste sentido, a formação dos enfermeiros também se apresenta como um campo em que a integralidade é premissa para a reorganização das práticas, uma vez determina a aquisição de competências e habilidades para a prática profissional (SILVA e SENA, 2007).

A enfermagem, enquanto categoria profissional diretamente ligada ao cuidado e, portanto, muito próxima ao cliente em todos os níveis de atenção do sistema, tem papel fundamental na implementação da integralidade (REIS E ANDRADE, 2008).

A busca pela construção de práticas de atenção integral à saúde deve estar inserida no cotidiano dos enfermeiros e de outros profissionais, em cada atendimento prestado, visando uma assistência qualificada que atenda o indivíduo como um todo, respeitando seus direitos e valores. A integralidade da assistência é o alicerce para o alcance de melhor qualidade das ações e serviços voltados para a promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação (REIS E ANDRADE, 2008).

Ressalta-se que o cuidado de enfermagem deve ocorrer de modo a abranger as dimensões psíquicas, físicas, culturais, espirituais e sociais do cliente, e que uma relação ineficaz resulta em um cuidado fragmentado e/ou pouco qualificado. O cuidado integral refere-se também ao modo como o profissional se relaciona com o paciente ao realizar todo e qualquer cuidado de enfermagem. Nesta perspectiva, para o desenvolvimento de um cuidado humanizado e integral, que contemple a dimensão subjetiva do ser humano, torna-se importante buscar o estabelecimento de um ambiente terapêutico entre os seus membros e o paciente (BRISCHIALIARI et al., 2008).

O saber e o fazer da enfermagem nas práticas cotidianas estão assim imbricadas com o próprio fazer em saúde, no qual o cliente deve ser assistido com ser holístico que apresenta necessidades humanas e sociais, que devem ser contempladas numa assistência integralizada.

Este estudo busca conhecer a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e sua relação com as práticas assistenciais nos moldes da integralidade do cuidado, tanto nos aspectos horizontais e verticais, para então buscar práticas mais efetivas de assistência que envolvam a clientela assistida, profissionais e gestores.

Esta pesquisa justifica-se na elevada prevalência mundial da hipertensão, na dificuldade dos profissionais de saúde em encontrar soluções para o problema, na falta de organização dos serviços visando atender de forma integral a saúde da população e na ausência de estudos que apontem soluções a ele mais apropriadas (BRASIL, 2006; BATISTA e GONÇALVES, 2011; MACHADO et al, 2007).

A relevância deste trabalho fundamenta-se por contribuir na melhoria da qualidade da assistência e das necessidades de saúde da população, estas enfocadas em um atendimento que visem a acessibilidade, o acolhimento, o vínculo e respeito entre usuários e profissionais, enfocando também o contexto familiar na qual aquele esta inserido, premissas estas que devem ser realizadas pelos profissionais da enfermagem.

# ***Objetivos***

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

- Analisar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica na perspectiva do cuidado com eixo na integralidade em um centro de saúde de atenção secundária do Nordeste brasileiro.

### **2.2 Específicos**

- Identificar a presença ou não da adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica;
- Averiguar a presença da integralidade na assistência de enfermagem aos pacientes com hipertensão;
- Verificar se há associação entre nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo e presença/ausência de integralidade no atendimento pelo enfermeiro no serviço em tela.
- Descrever as concepções sobre integralidade e seus dispositivos junto aos usuários e enfermeiros pesquisados.

***Revisão de  
literatura***

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

A integralidade age como eixo prioritário das políticas de saúde, que tem por finalidade a produção de um cuidado integral e que possui as práticas de saúde como eixos políticos-organizacionais na construção da atenção aos usuários no SUS.

Para um melhor entendimento sobre a integralidade no contexto da saúde, traremos seus conceitos e sua avaliação na atenção à saúde, assim como a relação que a integralidade estabelece na presença ou não da adesão ao tratamento de pacientes hipertensos.

#### 3.1 Conceitos de integralidade

A integralidade representa uma das três diretrizes do SUS contempladas na Constituição Federal de 1988, ainda que não registrada, expressamente, como integralidade, mas como atendimento integral (BRASIL, 1988):

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

De forma complementar à Lei Magna, a integralidade, enquanto princípio doutrinário, está descrita nas Leis Orgânica de Saúde- LOS (Leis 8.080 e 8.142/90) no capítulo referente aos Princípios e Diretrizes (BRASIL, 1990; BRASIL, 2001), que enfatiza:

Lei 8.080/90 - Art. 7 - As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde -SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no Art.198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

Albuquerque e Stotz (2004) discorrem que o conceito de integralidade emana do movimento da Reforma Sanitária, que defendiam visão mais ampliada da atenção à saúde, criticando a fragmentação excessiva que tornava o modelo de atenção vigente reducionista, com ênfase nas ações curativas em detrimento das ações de promoção e prevenção.

Neste sentido a integralidade não é um conceito, mas uma “bandeira de luta”, constituindo-se como um “modo de atuar democrático”, um “saber fazer integrado”, no qual o



cuidado é pautado por uma relação comprometida, responsável, sincera, de confiança entre os profissionais de saúde e os usuários (GOMES; PINHEIRO, 2005).

Conforme apresentado na LOS, a integralidade apresenta duas dimensões: como articuladora das ações e serviços da saúde e as práticas desempenhadas pelos profissionais da saúde na assistência prestada. Acrescenta a estas dimensões a configuração de políticas como atributos das respostas governamentais a certos problemas de saúde ou às necessidades de certos grupos específicos (MATTOS, 2001).

Como organização e articulação entre os serviços, a integralidade configura-se de forma a se ter um sistema integrado em todos os seus níveis de complexidade, objetivando romper com a dicotomia entre práticas de saúde pública e práticas assistenciais. Integração é entendida como uma rede de serviços que funcione de modo a dar condições de acesso e seja resolutiva para os problemas apresentados e para os fatores de risco que afetam a qualidade de vida da população. Inclui a articulação entre os serviços públicos e privados, bem como todas as instituições promotoras de serviços de saúde (REIS E ANDRADE, 2008; BARBOSA, 2009).

Enquanto práticas de saúde, a segunda dimensão da integralidade engloba a assistência prestada pelos atores envolvidos na saúde pela integração das ações promocionais, preventivas e curativas, desenvolvidas de forma a atingir a população, intervindo nos problemas de saúde, condições de vida e riscos e danos à saúde. Inclui ainda a eficácia, a organização das ações e os modelos de gestão dos serviços. Passa, assim, pela formação dos profissionais que atendem no sistema, bem como com seu compromisso de melhorar a assistência prestada. O indivíduo deve ser entendido como ser humano inserido no seu contexto físico, social e histórico (REIS E ANDRADE, 2008; BARBOSA, 2009).

A integralidade aplica-se, ainda, às respostas governamentais aos problemas de saúde, que no desempenho de suas políticas assistenciais devem ter a capacidade de buscar abarcar os diversos grupos atingidos por um problema, nos diversos níveis de atenção e complexidade, nas diferentes abordagens do processo saúde-doença e nas distintas dimensões do ser cuidado, respeitando suas especificidades e atuando nos fatores determinantes e condicionantes da saúde, garantindo que as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde sejam integradas, numa visão interdisciplinar que incorpore na prática o conceito ampliado de saúde, sendo essa a finalidade do seu trabalho (SANTOS, 2011; SILVA e SENA, 2007; SILVA e SENA, 2006; BARBOSA, 2009; ALBUQUERQUE e STOTZ, 2004; SILVA, 2007).

Na construção da integralidade do cuidado, a relação dialética entre os enfoques individual e coletivo, apresenta-se como perspectiva no reconhecimento das necessidades e subjetividades individuais e coletivas, devendo estabelecer uma relação sujeito-sujeito nas práticas dos serviços de saúde, nas discussões sobre a organização dos serviços e sobre as políticas públicas (SILVA e SENA, 2007; BARBOSA, 2009).

O princípio da integralidade, inicialmente pensado apenas como articulação entre serviços e como um problema da gerência desses serviços, é colocado como o maior desafio nas práticas de saúde na esfera das ações técnicas. Explicita que, para atingir a integralidade da assistência no plano macro, um dos objetivos a perseguir é a integralidade da assistência no atendimento de cada profissional e no conjunto de cuidados desses profissionais a cada indivíduo e/ou comunidade, no local onde está inserido, trabalhando com a educação em saúde, de forma a analisar e aprimorar seus conhecimentos, fazendo com que o indivíduo tornar-se independente e dando-lhe conhecimento para tomar uma decisão sobre a sua saúde (REIS E ANDRADE, 2008; CEOLIN et al., 2009).

Para ratificando o anteriormente descrito, Barbosa (2009) descreve que este princípio é indispensável ao sistema de saúde, por acreditar que apreendê-lo como valor e operacionalizá-lo na prática profissional e no cotidiano dos serviços de saúde implica em mudanças nos paradigmas de formação e de processo de trabalho em saúde, hegemonicamente, instituídos.

Conforme Bradin (2004), o termo integralidade de assistência é entendido, do ponto de vista jurídico-institucional, como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

A integralidade não pode ser considerada um conceito. Pode ser uma rubrica conveniente para um conjunto de tendências cognitivas e políticas com alguma imbricação entre si, mas não completamente articuladas. Pode-se identificar que é um conjunto de tradições argumentativas, que desembocam neste agregado semântico. Por um lado, um discurso dos organismos internacionais, ligado às ideias de atenção primária e promoção da saúde; por outro, a própria demarcação de princípios identificada em pontos esparsos da documentação oficial das propostas de programas mais recentes do Ministério da Saúde, em nosso país. Por fim, nas críticas e proposições acerca da assistência à saúde de alguns autores acadêmicos (BRASIL, 1990; CAMARGO JR, 2001).

De acordo com Ayres (2001), a integralidade foi antes traduzida à noção de cuidado do que a de intervenção, já que em seu campo de atravessamentos e construção, os procedimentos e técnicas implementados tornam-se secundários às relações engendradas, em que o cuidar requer a aceitação de outro-sujeito, e a aceitação dessa dimensão de encontro desejante, que é o ato de se colocar diante do outro e engendrar as possibilidades de ambos e seu mundo compartilhado.

A Integralidade é o próprio caminho que vai transformando as pessoas e construindo algo melhor. Busca uma assistência ampliada, transformadora, centrada no indivíduo e não aceita a redução do mesmo nem à doença nem ao aspecto biológico. Além do atendimento integral, envolve a valorização do cuidado e o acolhimento (FONTOURA e MAYER, 2006).

Conforme Mattos (2006), ela deve ser compreendida como valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, expressando-se na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram. Integralidade implica em assistir o paciente além da doença que motiva seu sofrimento e que o leva a procurar assistência; significa desenvolver uma visão abrangente das necessidades de saúde dos sujeitos que ultrapassam as demandas explícitas relacionadas ao sofrimento, mas que se relacionam também ao diagnóstico precoce e redução de fatores de risco.

Deve ser entendida além de uma postura/atitude dos profissionais, em caráter individualista, ela somente se realizará com incorporações ou redefinições mais radicais da equipe de saúde e de seus processos de trabalho, ou seja, deve ser percebida como uma dimensão das práticas profissionais, e dependendo da configuração social dessas práticas, podem ocorrer facilidades ou dificuldades para a realização da integralidade (BARBOSA, 2009).

É necessário reconhecer os traços centrais que norteiam os sentidos e usos apresentados, onde a integralidade implica recusa ao reducionismo e objetivação dos sujeitos, abrindo-se à proposta dialógica.

Assim, as instituições e serviços de saúde assumem papel estratégico na absorção e transformação de conhecimentos, de novos modos de agir e produzir integralidade, na medida em que reúnem, num mesmo lugar, distintas perspectivas e interesses de diversos atores sociais (profissionais de saúde, gestores, familiares e usuários). Esses espaços atuam na

construção e reprodução de saberes e práticas integrais, assim como na avaliação dos efeitos de uma política de Estado, face ao nível de saúde da população (AVENA, 2009).

Estes atores sociais se envolveram e se engajaram na reestruturação do modelo de saúde que possuía características excludentes do ponto de vista social e apresentava-se fragmentado do ponto de vista biológico. Este envolvimento parece ter sido o alicerce para construção de um modelo de saúde que primasse pelo atendimento integral do cidadão em um contexto que permita a consecução de ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças, de recuperação do estado de rigidez e de reabilitação de déficits adquiridos a partir de uma articulação do sistema de saúde com políticas sociais e econômicas que trabalhe conjuntamente entre seus membros (RAMOS, 2007).

O trabalho coletivo, atualmente, caracteriza-se pelo seu parcelamento e pela produção de estranhamento do trabalhador em relação ao próprio processo de trabalho, a seu contexto e seus resultados. Contudo, em que pesem os fatores de alienação, há que se considerar que a unidade rompida entre concepção e execução do trabalho, tomada de decisão e ação pode ser recomposta no processo de trabalho pela utilização contínua da capacidade de avaliação e julgamento do trabalhador. Assim, para além da reiteração de modelos de trabalho já dados e dominantes, podem se configurar espaços de mudança nos processos de trabalho em saúde (PEDUZZI, 2009).

Percebe-se que a integralidade da atenção à saúde é um processo lento e desafiador porque propõe mudanças de um modelo hegemônico e dominador, que vem se perpetuando, assim como provoca mudanças culturais na construção das práticas dos trabalhadores de saúde, sem prejudicar a autonomia dos indivíduos em relação a suas escolhas e aos seus modos de viver, e pela qual se obtenha um atendimento digno e com respostas satisfatórias aos seus problemas de saúde (AYRES, 2004; URBANO, 2009).

A integralidade aparece como um caminho a ser percorrido infinitamente, uma forma inovadora, complexa e polissêmica, pois se traduz como uma ideia com vários sentidos e representações que, de certo modo, se associam às necessidades sentidas e verbalizadas pelos usuários/famílias e vincula-se ao compromisso dos trabalhadores de saúde na condução de suas práticas, visando à resolubilidade das questões apresentadas pela clientela, mediante o cuidado integral (PIRES, RODRIGUES e NASCIMENTO, 2010).

Para melhor entendermos a integralidade, demarcamos sua congruência Por meio dos conceitos, apresentados no quadro 2 a seguir.

**Quadro 2:** Congruência sobre os conceitos de integralidade. Fortaleza, 2013.

Autores	Conceito de integralidade
SILVA, SENA, 2008	A integralidade na atenção à saúde é definida como um princípio do SUS, orientando políticas e ações programáticas que respondam às demandas e necessidades da população no acesso à rede de cuidados em saúde, considerando a complexidade e as especificidades de diferentes abordagens do processo saúde-doença e nas distintas dimensões, biológica, cultural e social do ser cuidado.
REIS, ANDRADE, 2008	Integralidade configura-se de forma a se ter um sistema que seja integrado em todos os seus níveis de complexidade, englobando uma assistência prestada pelos atores envolvidos na saúde através da integração das ações promocionais, preventivas e curativas, desenvolvidas de forma a atingir a população, intervindo nos problemas de saúde, nas condições de vida e nos riscos e danos à saúde.
SANTANA, NAKATANI, FREITAS, et al, 2010	É um processo dialético e dinâmico que poderemos garantir práticas inovadoras em todos os espaços de atenção e cuidado à saúde, bem como de todos os âmbitos do sistema de saúde.
BARBOSA, 2009	Integralidade está além de ser entendida apenas como uma postura / atitude dos profissionais, em caráter individualista, ela somente se realizará com incorporações ou redefinições mais radicais da equipe de saúde e de seus processos de trabalho, ou seja, integralidade deve ser percebida como uma dimensão das práticas profissionais, e dependendo da configuração social dessas práticas, podem ocorrer facilidades ou dificuldades para a realização da integralidade.
AVENA, 2009	Integralidade implica uma recusa ao reducionismo e à objetivação dos sujeitos, abrindo-se a proposta do diálogo.
BRUM, 2009	A integralidade de atenção à saúde é um processo lento e desafiador porque propõe mudanças de um modelo hegemônico e dominador, que vem se perpetuando, assim como provoca mudanças culturais na construção das práticas dos trabalhadores de saúde, sem prejudicar a autonomia dos indivíduos em relação a suas escolhas e aos seus modos de viver.
SANTOS, 2011	A integralidade pressupõe a articulação da saúde com as políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que sejam afins na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos.
CEOLIN, HECK, PEREIRA, et al, 2009	A integralidade é a escuta, cuidar, o tratamento acolhedor, digno e respeitoso, a olhar para o ser humano como um todo, substituindo o foco à enfermidade e na atenção individual, com um olhar na história de vida e na maneira de viver e de estar doente.
URABANO, 2009	A integralidade é vista como o cuidado em não recortar o corpo do paciente em sistemas e aparelhos, mas fazer com que ele obtenha um atendimento digno.
PEDUZZI, GUERRA, BRAGA, et al, 2009	A integralidade, considerada em diferentes combinações de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, como a organização de serviços de atenção à saúde, segundo a qual constitui um eixo estruturante, que apreende e responde às necessidades de saúde de forma abrangente e contextualizada.
PIRES, RODRIGUES, NASCIMENTO, 2010	A integralidade aparece como um caminho a ser percorrido infinitamente, uma forma inovadora, complexa e polissêmica, pois se traduz como uma ideia com vários sentidos e representações que, de certo modo, se associam às necessidades sentidas e verbalizadas pelos usuários/famílias e vincula-se ao compromisso dos trabalhadores de saúde na condução de suas práticas, visando à resolubilidade das questões apresentadas pela clientela, mediante o cuidado integral.
FURUYA, BIROLIM, BIAZIN, et al, 2011	Para que ocorra a integralidade da assistência é necessário que sejam consideradas todas as alterações que lhes são inerentes, estes precisam sentir que, muito mais do que a técnica, existe a compaixão, o respeito, o companheirismo e a sabedoria, através de ações que promovam o acolhimento, cuidado e humanização.
FRACOLLI, ZOBOLI, GRANJA, et al, 2011	A integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional.

O que se deseja ao buscar a demarcação da integralidade, talvez não seja necessariamente defini-la apenas em busca de conceito, e sim identificar os sentidos que ela apresenta e representa dentro do contexto da saúde e as repercussões que ela propõe para os profissionais de saúde de modo geral e os enfermeiros de modo mais específico em busca de uma concepção e prática norteada por esse princípio tão significativo para o SUS.

### **3.2 Presença ou não de adesão ao tratamento anti-hipertensivo**

As intensas transformações sociais, econômicas, políticas e culturais ocorridas no mundo, desde a metade do século passado, modificaram as características das populações, incluindo seu perfil epidemiológico e o aumento das taxas de morbimortalidade por problemas crônicos de saúde, conferindo alterações na qualidade de vida e de saúde das pessoas (REINERS, 2008).

As doenças crônicas se constituem em preocupação em todo o mundo, em virtude da sua morbimortalidade, gastos do sistema público de saúde, além das perdas individuais e das dificuldades familiares. De modo geral, o tratamento de qualquer doença crônica não transmissível representa profundo desafio para clientes e profissionais de saúde, sobretudo porque o desaparecimento de sintomas, logo no seu início, induz a pessoa adoecida a acreditar que a doença foi curada. Esta atitude é observada em pessoas com hipertensão arterial, as quais suspendem o tratamento diante do desaparecimento dos sintomas, o que traz sérios prejuízos em decorrência deste comportamento (GUEDES et al., 2011).

A hipertensão arterial é uma doença altamente prevalente, com custos sociais elevados, que atualmente apresenta dois grandes desafios, a adesão ao tratamento e a colocação dos pacientes, que aderem aos tratamentos, dentro das metas preconizadas pelas diversas diretrizes publicadas pelas sociedades científicas nacionais e internacionais. Pois, apenas assim procedendo, será possível proporcionar todos os benefícios obtidos pelo tratamento adequado (MACHADO, 2008).

Apesar do risco que a HAS representa, a adesão à terapia anti-hipertensiva ainda é insatisfatória e permanece como desafio aos serviços de saúde e às políticas públicas, em especial na Atenção Primária à Saúde (APS), pois na maioria das vezes são assintomáticos e descobrem ser hipertensos em uma consulta de rotina. A grande maioria das pessoas com HAS não tem sua pressão controlada de forma efetiva, o que pode ser explicado pela baixa

adesão ao tratamento. Estima-se que, entre os pacientes em tratamento, 75% a 92% não consigam manter a pressão arterial em níveis satisfatórios (FUCHS; CASTRO; FUCHS, 2004; MACHADO, 2008).

Várias condições podem ser responsáveis por essa falta de controle satisfatório, e a falta de adesão do paciente, embora seja a primeira a ser considerada, nem sempre é a verdadeira responsável. É dever do profissional de saúde avaliar constantemente outras possíveis causas para a refratariedade, e a equipe multidisciplinar deve assumir a responsabilidade de melhorar a adesão dos pacientes sob seus cuidados por meio de medidas educativas e motivacionais (GELEILETE; NOBRE; COELHO, 2008).

Uma diversidade de autores discute acerca do que seria a presença ou não de adesão a este tratamento anti-hipertensivo, assim como seus motivos e consequências.

A definição de adesão varia de acordo com a fonte utilizada, mas, de modo geral, significa o grau de concordância entre a orientação recebida (em relação à frequência de consultas, aos cuidados, à terapia não medicamentosa e medicamentosa) e a conduta do paciente. O grau de adesão também pode ser avaliado e tem como extremo o abandono do seguimento (PIERIN, STRELEC, MION, 2004; GUSMÃO et al., 2009; TAVEIRA, PIERIN, 2007; BRASIL, 2006; CONTIERO, 2009; ALHALAIQA et al., 2012; GUIRADO et al., 2011; MOREIRA, SANTOS, CAETANO, 2009).

A adesão ao tratamento pode ser também entendida, segundo a definição proposta pela Organização Mundial de Saúde, como sendo o grau em que o comportamento de uma pessoa representado pela ingestão de medicação, o seguimento da dieta e as mudanças no estilo de vida corresponde e concorda com as recomendações de um profissional de saúde (BRASIL, 2006; GUIRADO et al., 2011; SABATE, 2008).

A adesão à terapêutica por parte das pessoas com doenças crônicas como a HAS tem sido discutida como um processo complexo e multifatorial e envolve vários fatores: características do usuário, a exemplo de aspectos culturais, socioeconômicos e psicológicos, hábitos de vida, projeto de vida; característica da doença; tratamento medicamentoso (efeitos indesejáveis, esquemas complexos); dificuldades institucionais (acesso, tempo de espera e de atendimento); e relacionamento com a equipe de saúde; as crenças e percepções; o apoio social também pode facilitar a adesão ao tratamento. E como consequências evidenciam-se o controle dos níveis tensionais, a redução na incidência ou retardamento na ocorrência de



complicações e a melhoria da qualidade de vida do hipertenso (REINERS, 2008; RIBEIRO et al., 2012; SANTOS et al., 2010; SANTA-HELENA, NEMES e ELUF-NETO, 2010; ANTHONY, 2012; COUTINHO, SOUSA, 2011; MENEZES et al., 2012; ARAÚJO, GARCIA, 2006; BALDISSERA, CARVALHO, PELOSO, 2009; OKSANEN, 2011; RIBEIRO et al., 2011; PIERIN, STRELEC, MION JÚNIOR, 2004; PIRES, MUSSI, 2008; MOREIRA, SANTOS, CAETANO, 2009).

Estudos têm evidenciado que apenas cerca de um terço dos hipertensos está com a pressão arterial controlada. A adesão ao tratamento pode estar ausente em diferentes níveis, sendo em todos denominada de não adesão. Esta tem atingido aproximadamente 50% dos pacientes e envolve aspectos biológicos, psicológicos, econômicos, culturais e sociais. Baixa adesão ao tratamento é um dos principais determinantes de um descontrole da pressão arterial (PA). Muitos motivos foram citados o que pode impedir o tratamento da hipertensão eficaz, entre os citados é a incapacidade de aderir às diretrizes de tratamento, problemas na comunicação profissional-paciente, a falta de treinamento e capacitação em aconselhamento estilo de vida e trabalho sob severas restrições de tempo (ANTHONY, 2012; ONZENOORT et al., 2011; MOURA et al., 2011; PIERIN, STRELEC, MION JÚNIOR, 2004; JESUS et al., 2008; VELANDIA-ARIAS, RIVERA-ÁLVAREZ, 2009; REINERS, 2008; SÁ et al., 2007; RIBEIRO et al., 2012).

A não adesão ao tratamento anti-hipertensivo poderá acarretar sérias complicações cardiovasculares, como doenças coronarianas, insuficiência cardíaca e acidente vascular encefálico (AVE). As doenças cardiovasculares são responsáveis por 27% dos óbitos no Brasil e uma das maiores causas de morbimortalidade no mundo ocidental. Essa elevada incidência pode ser justificada pela alta prevalência de HAS na população brasileira e por sua baixa adesão ao tratamento (GOMES, SENNA, 2008).

A normalização da pressão, os efeitos colaterais dos medicamentos, o esquecimento do uso do medicamento e o custo da medicação, são as causas mais importantes da não aderência ao tratamento farmacológico. Porém, outras razões também foram apontadas, tais como: medo de misturar o medicamento com a bebida alcoólica, mais comum entre os homens; medo de misturar o medicamento com outras drogas e a não informação sobre a necessidade de continuar o tratamento. Note-se, por oportuno, que a falta de informação do paciente acerca de sua doença leva-o a não aderir ao tratamento (RAMOS et al., 2008).

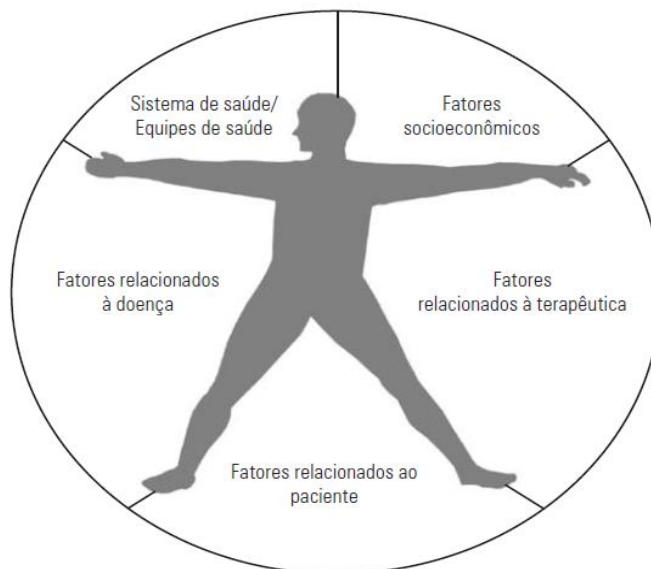
A não-adesão ao tratamento medicamentoso está relacionada não somente a tomar ou não tomar remédios, mas como o paciente “administra” seu tratamento: comportamento em

relação à dose, horário, frequência e duração. Conceitualmente, a não-adesão deve ser assumida como um construto de múltiplas dimensões (SANTA HELENA, NEMES, ELUF-NETO, 2008).

Este fator de não-aderência acarreta um impedimento para o alcance dos objetivos terapêuticos e pode constituir-se em uma fonte de frustração para os profissionais. Cabe enfatizar que essa situação é um problema a ser enfrentado por todos os envolvidos na situação: o paciente hipertenso, sua família, a comunidade, as instituições e as equipes de saúde e é resultante por muitas vezes do contexto socioeconômico na qual o pacientes está inserido (DOURADO et al., 2011; FIGUEIREDO, ASAKURA, 2010; COELHO e NOBRE, 2006).

Adaptar-se ao tratamento constitui a tarefa mais difícil, e é responsável pela enorme resistência encontrada pelos profissionais para adesão do paciente ao regime terapêutico. A não adesão é grande obstáculo no controle da doença. Por este motivo, tornam-se necessários investimentos em diferentes fatores, especificamente nos aspectos comportamentais, os quais poderão aumentar a adesão do paciente ao seguimento terapêutico (VITOR et al., 2011).

Os principais fatores que podem influenciar na adesão ao tratamento anti-hipertensivo estão relacionados a seguir e esquematizados na figura 1:



**Figura 1:** Fatores que influenciam na adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Os elementos que afetam a adesão estão relacionados à complexidade do regime terapêutico, como número de doses, comprimidos e horário das tomadas, duração do tratamento, falha de tratamentos anteriores, mudanças frequentes no tratamento e influência na qualidade de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION; 2003).

Deve-se criar estratégias que possibilite o aumento da adesão ao tratamento, de forma a melhorar o tratamento anti-hipertensivo e a qualidade de vida desejada para os pacientes.

Para tanto, conhecer as características dos usuários que frequentam os serviços de saúde é o primeiro passo para se traçar estratégias de ação que melhorem o atendimento a esta população de forma a reduzir a morbimortalidade (BEZERRA, SILVA, CARVALHO, 2009).

A boa prática clínica pede que se trate o paciente e não a doença. Uma boa estratégia para fazer o paciente aderir ao tratamento é conscientizá-lo dos malefícios da hipertensão arterial sistólica isolada (risco cardiovascular, graves limitações da doença cerebrovascular), além dos riscos inerentes ao tratamento, suas peculiaridades e seus benefícios, fazendo, assim, que o indivíduo se torne elemento ativo no processo de tratar. Instituir essa visão completa do tratamento na relação médico-paciente cabe a esse profissional, mas os melhores resultados em termos de adesão são conseguidos com equipes multiprofissionais. Isso ocorre, provavelmente, pela complexidade de mudanças necessárias na vida de quem possui doença crônica (GUSMÃO et al., 2009).

O controle da HAS depende de medidas dietéticas e de estilo de vida (atividade física regular, combate ao tabagismo, controle do consumo de álcool) e, quando necessário, do uso regular de medicamentos. No entanto, estima-se que um terço das pessoas regularmente acompanhadas em serviços de saúde tem sua pressão arterial mantida em níveis desejáveis. A insuficiente adesão ao tratamento medicamentoso é apontada como um dos importantes determinantes desse problema (KROUSEL-WOOD et al., 2009).

As equipes multiprofissionais conseguem pela diversidade de profissionais, com seus variados enfoques, esclarecer mais o paciente não apenas sobre a doença, mas sobre seu papel no tratamento. Esse entendimento é capaz de fazer o paciente analisar a situação, organizar estratégia própria e, eventualmente, iniciá-la. Ainda haverá a necessidade de sedimentar essa mudança como rotina, para isso há necessidade do reforço contínuo, que é característico dessas equipes (GUSMÃO et al., 2009)

Conforme Gusmão et al. (2009), existem várias estratégias para conseguir aumentar a adesão, mas todas partem da boa relação profissional-paciente. Para conseguir isso, é necessário: a) convencer o paciente e seus familiares da existência do problema, hipertensão arterial sistêmica; b) esclarecer a necessidade de seu tratamento, mostrando seus benefícios; c) detalhar o regime de tratamento, sendo o mais didático possível no tocante aos horários e às drogas (descrever os comprimidos, a cor e o tamanho e correlacioná-los com seus horários é uma alternativa); d) escolher o medicamento não apenas com base na sua potência anti-hipertensiva, mas também em relação ao seu perfil de efeitos colaterais e de interações com os outros medicamentos que o paciente faça uso; e) explicar os efeitos colaterais do tratamento, bem como as estratégias para reconhecer as mais comuns e seu tratamento (hipotensão, tosse, broncoespasmo, distúrbios miccionais e sexuais) – reconhecer preconceitos ou medos do paciente e de seus familiares sobre esses efeitos é essencial para garantir a adesão; f) estimular o paciente, ou seu cuidador, a fazer a medida domiciliar da pressão arterial com a possibilidade de intervir sobre o tratamento; g) planejar, com o paciente e seus familiares, o tratamento, definindo metas e resultados (grau de atividade física, peso, níveis tensionais, entre outros); h) não esquecer que apesar de o tratamento ter de ser introduzido na rotina do paciente, este não pode ser muito complexo, para garantir a compreensão; i) a monitoração do tratamento, quer seja com consultas mais frequentes no início do tratamento, quer seja com contato telefônico, também é boa estratégia.

Resultados desejáveis à terapêutica medicamentosa estão articulados a várias dimensões do cuidado, como o acesso aos medicamentos, a possibilidade de diálogo entre profissionais de saúde e pacientes e a maneira que estes aderem a terapêutica proposta (SANTA-HELENA, NEMES e ELUF-NETO, 2010).

A criação de políticas e/ou programas para a prevenção das doenças cardiovasculares pode não ser garantia de resolutividade do problema. Para isso, faz-se necessária a adesão do usuário ao esquema terapêutico proposto. Tal adesão depende de três fatores: dele estar ciente de sua condição de saúde e comprometido com o tratamento, dos profissionais de saúde por meio de esclarecimentos e incentivos, e do apoio familiar (KLEIN, GONÇALVES, 2005; CARVALHO et al., 2012).

Um grande desafio para os profissionais de saúde no terceiro milênio é o cuidado com as pessoas com doenças cardiovasculares, dentre os profissionais de saúde, destacando-se o enfermeiro, devido sua ação direta e contínua para o cuidado com esses pacientes. O

enfermeiro deve prestar uma assistência na qual viabilize o autocuidado do paciente e sua adesão ao tratamento, pois cada um é responsável pelo seu próprio bem-estar e sua qualidade de vida. Apesar das evidências de que o tratamento anti-hipertensivo é eficaz em diminuir a morbimortalidade cardiovascular, os percentuais de controle de pressão arterial são baixos, em razão da pouca adesão ao tratamento (LANDIM et al., 2011; GUSMÃO, 2009).

O enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, pode auxiliar o paciente na adesão ao tratamento da HAS estimulando-o, por meio de educação em saúde, a mudar os hábitos de vida e seguir o tratamento medicamentoso prescrito, sempre respeitando a individualidade de cada um. Desse modo, o enfermeiro deve assumir e executar seu papel de educador em saúde em todos os âmbitos de sua atuação (GUSMÃO, 2009; MEDONÇA, LIMA, OLIVEIRA, 2012; MOURA et al., 2011).

O profissional da enfermagem deve atuar estabelecendo uma relação de confiança e de parceria com a família e trabalhar para informá-la acerca da doença, suas causas, consequências, e o mais importante, a forma de enfrentá-la. Pode utilizar de todas as estratégias disponíveis para orientar, educar e motivar o paciente a fim de fazer com que este adote o tratamento adequadamente. As estratégias incluem: reuniões individuais, palestras, simpósios, teatros, folhetos explicativos e vídeos, de forma a atender não só com os pacientes, mas também com seus familiares e a comunidade (BRASIL, 2010; ARAÚJO, PAZ, MOREIRA, 2010; SANTOS, 2011).

Embora os grupos educativos estejam vulneráveis às particularidades dos agentes envolvidos, trata-se de uma estratégia eficiente, nas quais devem ser identificadas e avaliadas o contexto social na qual os pacientes se encontram, visando melhorias na realização dos mesmos (OLIVEIRA et al., 2011).

Várias intervenções são propostas para melhorar a aderência, mas a conclusão geral é que nenhuma intervenção é, por si só, melhor do que qualquer outra. Uma outra conclusão é que as estratégias combinadas cognitivos e comportamentais são as mais eficazes, e as evidências indicam que estes aspectos devem ser incorporadas no desenho de estratégias para melhorar a adesão no tratamento da hipertensão (GUIRADO et al., 2011).

### 3.3 Avaliação da atenção à saúde com eixo na Integralidade

A tarefa de avaliar, tão necessária quanto complexa, requer um investimento cuidadoso e consistente na construção de uma série de consensos. Trata-se, não apenas da necessidade de compatibilização de instrumentos, mas, sobretudo, de se pactuar o objeto e os objetivos da avaliação, compreendendo-se que esta é, antes de tudo, uma atividade negociada entre diferentes atores do sistema de saúde. Sem esta premissa, torna-se inviável deflagrar qualquer ação que efetivamente esteja comprometida com o processo decisório e com o compromisso da mudança na direção de uma maior equidade e efetividade dos serviços de saúde (BRASIL, 2005).

Num contexto de marcantes desigualdades sociais e escassez de recursos públicos para o financiamento do setor saúde, a avaliação é essencial para estabelecer a capacidade de resposta de políticas, programas e serviços às necessidades de saúde da população (HARTZ, 2005). A avaliação tem como propósito fundamental dar suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, deve subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2005).

A partir dos anos 2000, observaram-se esforços no sentido de avaliar a Atenção Básica à Saúde em seus diversos aspectos, empreendidos por centros acadêmicos e fortemente induzidos pelo Ministério da Saúde por meio de financiamento, apoio e realização de pesquisas na área de monitoramento e avaliação. Nesse mesmo período, foi criada a Coordenação de Investigação no interior do Departamento de Atenção Básica (DAB), da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, com o objetivo de formular e conduzir propostas de avaliação em atenção básica que, neste primeiro momento, focaram o monitoramento da estrutura, processo e resultado por meio de dados obtidos nos sistemas de informação em saúde e de avaliações normativas (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008).

Em 2003, frente à considerável expansão de cobertura pela Estratégia Saúde da Família e dos novos desafios decorrentes da implantação, principalmente nos centros urbanos com população superior a 100 mil habitantes, a então Coordenação de Investigação passou a chamar-se Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB), com a missão de fortalecer o papel da avaliação enquanto importante instrumento para a

gestão do SUS com vistas à criação de uma cultura avaliativa nas três esferas de governo (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008).

O Ministério da Saúde compreende que a institucionalização da avaliação deve estar vinculada à elaboração de uma política de avaliação de políticas e programas no âmbito do SUS, da qual a política de monitoramento e avaliação da atenção básica deve fazer parte, sendo muito importante, em sua formulação, o envolvimento dos diversos atores (profissionais de saúde, usuários do sistema, gestores, técnicos e pesquisadores), a definição clara de suas responsabilidades e, as formas de financiamento dos processos de avaliação (BRASIL, 2005).

A avaliação da Atenção Básica à Saúde ganha destaque no SUS, mas enfrenta desafios teóricos e operacionais decorrentes da complexidade de seus processos e de suas múltiplas causas conjunturais e históricas. Os princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social da gestão têm orientado a Atenção Básica à Saúde, definida como estratégia de organização do sistema de saúde para realizar ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação individual e coletiva (FACCHINI et al., 2008).

A integralidade no Brasil faz parte das propostas de Reforma Sanitária desde o início da década de 1980, quando surgem programas específicos e foi finalmente assumida como diretriz para organização do SUS. Como diretriz política, ideal norteador, imagem-objetivo, a Integralidade tornou-se atributo importante na avaliação da qualidade do cuidado e na concessão das metas dos serviços e dos Sistemas de Saúde (MARSIGLIA, 2008).

Dentro do sistema de saúde, a dimensão organizacional caracteriza a gestão e a oferta da Atenção Básica à Saúde e da saúde da família. Aproxima o olhar das unidades básicas de saúde e dos fluxos entre os níveis de atenção do SUS. Detalha a reorientação do modelo tradicional de atenção básica para a estratégia saúde da família. Contempla os mecanismos de supervisão, monitoramento e avaliação das unidades básicas de saúde, as experiências inovadoras, a capacitação dos recursos humanos, a constituição da equipe de saúde e a disponibilidade de tecnologias e área física (FACCHINI et al., 2008).

Conforme Marsiglia (2008), desenvolveu-se, estratégias para avaliar de forma efetiva a atenção à saúde, exigindo-se a especificação da característica, as fontes e métodos para obtenção de informações, que são as seguintes:

*Atenção no primeiro contato.* São necessárias três áreas de informação para a avaliação. A primeira envolve a acessibilidade das unidades, que pode ser determinada a partir do projeto do programa. Características especiais da avaliação envolvem (1) horário de disponibilidade, (2) acessibilidade ao transporte público, (3) oferta de atenção sem exigências para pagamento adiantado, (4) instalações para portadores de deficiências, (5) providências para horários noturnos, (6) facilidade da marcação de consulta e de tempo de espera pela mesma e (7) ausência de barreiras linguísticas e outras barreiras culturais.

A segunda área de informação refere-se às experiências pessoais com o acesso à atenção. Isto pode ser determinado pela entrevista dos pacientes ou populações sobre seu ponto de vista a respeito das características temporais, espaciais, organizacionais ou culturais. A terceira área de informação refere-se ao uso real da unidade como um local para primeiro contato. Esta informação é obtida por meio de entrevistas com os pacientes e pela auditoria de prontuários médicos ou formulários de queixa para determinar o local da consulta para os problemas recentemente apresentados ou para necessidades de saúde.

*Longitudinalidade.* O alcance da longitudinalidade requer que tanto pacientes quanto profissionais saibam que têm uma relação mútua. Ela é geralmente alcançada mediante de alguma forma de registro do paciente e a manutenção de um cadastro de pacientes na unidade. A relação mútua pode ser testada através da confirmação de que os membros da população inscrita realmente conhecem o local responsável por sua atenção e sabem que o cadastro de pacientes realmente existe. A avaliação da longitudinalidade requer um conhecimento dos pacientes no programa e seu meio social. Isto pode ser captado por meio de entrevista com os pacientes e médicos e por intermédio de exame do prontuário em busca de informações importantes a seu respeito.

*Integralidade da atenção.* São necessários vários tipos de informações para a avaliação. O primeiro envolve a variedade de atividades com as quais o sistema foi projetado para lidar. Esta informação pode ser determinada mediante exame da adequação do pessoal, das unidades, dos equipamentos e dos serviços de apoio. As áreas específicas para consideração incluem a capacidade de prestar atendimento para doenças de curta duração,



longa duração e recorrências; educação em saúde; cirurgias menores; saúde mental; e encaminhamento para serviços auxiliares. Em particular, a unidade de atenção primária deveria estar equipada para reconhecer e manejar todos os problemas de saúde comuns em sua população, não importando de que tipo.

O segundo tipo de informação envolve o desempenho de atividades relacionadas ao atendimento das necessidades da população. Estas incluem as atividades preventivas primárias e secundárias como imunizações, educação em saúde e procedimentos de exame indicados, bem como as atividades direcionadas para detecção e manejo dos problemas de saúde na comunidade atendida. Elas podem ser verificadas a partir dos prontuários médicos e formulários de queixas.

Um desafio particularmente relevante envolve o reconhecimento e manejo dos problemas existentes na população. Estas informações estão disponíveis a partir dos prontuários médicos, através de entrevistas com pacientes e médicos e a partir do projeto do programa, como a capacidade de realizar consultas domiciliares quando parecerem aconselháveis. Existem várias técnicas para avaliar esta característica. Por exemplo, elas incluem a taxa de registro de diagnósticos para a maioria dos problemas importantes em cada faixa etária e a determinação se ela está de acordo com as taxas conhecidas na população atendida; a adequação do reconhecimento dos problemas em comparação com os resultados dos inventários de exames padrão administrados aos pacientes; e o uso de consultas domiciliares para determinantes sociais suspeitos de doença (alergias, más condições de aquecimento, mau saneamento, substâncias perigosas e ambientes). Um protótipo útil para a avaliação refere-se ao reconhecimento de problemas psicossociais, o qual deve alcançar níveis comparáveis à extensão de sua existência na população.

Uma quarta forma de examinar a integralidade é examinar as taxas de encaminhamento. Onde elas forem elevadas, isso pode sugerir falta de integralidade para uma ou mais categorias de necessidades de saúde.

*Coordenação da atenção.* A primeira área a ser examinada é o mecanismo para a continuidade. O projeto do programa e os registros do pessoal fornecerão esta informação. A continuidade do profissional ou equipe, a pronta disponibilidade dos prontuários e a fácil localização das informações devem ser levadas em consideração. Segundo, o prontuário deve ser examinado para reconhecimento das informações das consultas anteriores. Um terceiro

item de informação refere-se aos encaminhamentos para consultoria ou atenção continuada. Isto pode ser aprendido a partir do projeto do programa e da auditoria do prontuário.

A avaliação é uma função importante da gestão. Nesse sentido, não é meramente atribuição de avaliadores externos, devendo fazer parte do conjunto de atividades desempenhadas pelos gestores do sistema e das equipes de saúde (BRASIL, 2005).

O propósito da avaliação, é reduzir as incertezas inerentes à tomada de decisão em saúde, descortinando para a sociedade, as consequências e efeitos da implantação e implementação das políticas, especialmente, no caso, aquelas relacionadas à atenção básica. Nesse sentido, a institucionalização da avaliação possibilita que se preste contas à sociedade das opções dos gestores a partir da análise de seus processos e resultados (BRASIL, 2005).

# ***Metodologia***

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de estudo**

Tratou-se de um estudo de triangulação de métodos (MINAYO, 2011) com duas fases: Na primeira fase, fez-se um estudo analítico, quantitativo. Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), a pesquisa analítica baseia-se no estudo de fenômenos relativos à profissão, baseados em observação, descrição e classificação dos fenômenos, buscando associações com outras variáveis. Na segunda fase foi realizado um estudo descritivo com enfoque qualitativo, na perspectiva de Bardin (BARDIN, 2011).

### **4.2 Local e período do estudo**

O estudo foi realizado no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão (CIDH) de Fortaleza-CE, com coleta de dados no período de abril a junho de 2013.

A capital do Ceará, quarta do Brasil em população, é localizada no Nordeste brasileiro. Quanto à atenção em saúde, Fortaleza sobressai no Ceará, pois o Estado encontra-se dividido em vinte e um microrregiões para organização da atenção secundária de saúde e em quatro macrorregiões para atenção terciária, enquanto a primária é de responsabilidade municipal e Fortaleza engloba os três níveis de atenção.

A população de Fortaleza é de 2.505.552 habitantes. A capital cearense possui área de 336 km<sup>2</sup> (IBGE, 2010). Atualmente, para efeito administrativo, a cidade encontra-se dividida em seis Secretarias Regionais (SR) e conta com 92 Centros de Saúde da Família.

O Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão - CIDH é uma instituição que funciona na capital do Ceará, Fortaleza, que atende pacientes residentes neste município, assim como indivíduos que veem da região metropolitana e do interior do estado. Atua em nível secundário no controle da HAS e DM e suas complicações junto a pacientes encaminhados pela rede de atenção básica, devido às dificuldades e complexidades resultantes destas doenças. A pesquisa foi desenvolvida nesta instituição por se tratar de referência no Estado do Ceará na atenção ao paciente com HAS.

### 4.3 População e amostra

A população do estudo constitui-se por hipertensos atendidos no CIDH, calculada pela fórmula para população infinita (POCOCK, 1989).

Fórmula para população infinita:

$$n = \frac{t^2 \cdot 5\% \cdot P \cdot Q}{e^2}$$

Ficando:

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 50 \cdot 50}{16}$$

$$n = \frac{3,84 \cdot 50 \cdot 50}{16}$$

$$n = 600$$

Onde:

n = é o tamanho da amostra;

t = é o valor da distribuição de Student (1,96);

P = prevalência;

Q = porcentagem complementar de P (100 – P);

e = é o erro amostral absoluto (e = 4%).

Assim, o número de participantes determinado para a pesquisa foi de 600 hipertensos.

### 4.4 Coleta e análise dos dados

A coleta de dados atendeu os requisitos propostos pelos objetivos específicos. O quadro 3 sintetiza as técnicas e instrumentos/programas para cada uma das etapas.

**Quadro 3:** Objetivos específicos, técnicas e instrumentos/programa de coleta de dados. Fortaleza, 2013.

Objetivo específico do estudo	Técnica de coleta e Análise dos dados	Instrumento/ Programa
Identificar a presença ou não da adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica	Aplicação de questionário	Teste de Morisky e Green (1986)
Averiguar a presença da Integralidade na assistência de enfermagem aos pacientes com hipertensão	Aplicação de check-list	Check-list em likert desenvolvido pela pesquisadora a partir dos pressupostos de Starfield (2002)
Verificar se há associação entre nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo e presença/ausência de integralidade no atendimento dos enfermeiros de uma unidade	Entrecruzamento de variáveis por meio de teste estatístico (qui-quadrado)	SPSS 20.0
Descrever as concepções dos usuários e enfermeiros sobre Integralidade e seus dispositivos	Roteiro de entrevista com questão norteadora	Análise de conteúdo de Bardin (2011)

A amostra foi estabelecida para analisar a presença ou não de adesão. Foi aplicada nesta clientela o Teste de Morisky e Green (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986).

O teste de Morisky (Morisky *et al.*, 1982; Morisky, Green, Lavine, 1986) é composto por quatro perguntas: a) Você as vezes tem problemas em se lembrar de tomar a sua medicação? b) Você às vezes se descuida de tomar seu medicamento? c) Quando está se sentindo bem, você às vezes para de tomar seu medicamento? d) Às vezes, se você se sentir pior ao tomar a medicação, você para de tomá-la?

O paciente é classificado no grupo de **adesão**, quando as respostas a todas as perguntas são negativas. Porém, quando pelo menos uma das respostas é afirmativa, o paciente é classificado com **não adesão**. Foi proposta uma subclassificação da avaliação da adesão, na qual o paciente ainda é classificado como apresentando baixo grau de adesão não intencional (caso responda sim às duas primeiras perguntas do questionário), ou intencional (caso responda sim às duas últimas perguntas do questionário) (SEWITCH *et al.*, 2003).

Em seguida, foi verificado como se configurava a integralidade do atendimento. Para obtenção deste resultado, foi avaliada a integralidade baseada nos dispositivos propostos pela Starfield (2002). O quadro 4 demonstra os dispositivos da integralidade, o conceito apresentado e a reta de análise utilizada para atribuição de uma nota ao dispositivo, conforme a visão do usuário.

**Quadro 4:** Dispositivos da integralidade, seus conceitos e reta de análise. Fortaleza, 2013.

Dispositivos	Conceito	Reta de análise (nota atribuída aos pressupostos)
Acessibilidade	Fácil acesso aos serviços de saúde, oferecido na instituição (com horários e dias de atendimento, facilidade de se consultar e obter medicamentos)	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10
Acolhimento	Estabelecimento de interações, por meio de escuta qualificada, buscando agir em função do outro/reconhecer sua biografia e a estória do seu adoecimento.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10
Vínculo	Qualidade das relações entre os profissionais e a população.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10
Enfoque familiar	Consideração da família e do ambiente familiar nas consultas do serviço.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

A reta de análise propõe notas para os dispositivos da integralidade, nos quais os participantes deram um valor a partir da visão que possuem a respeito do atendimento recebido no serviço. Isto foi feito por meio de um instrumento check-list com escala do tipo Likert, com pontuação de zero a dez (0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10).

Buscou-se classificar a presença da integralidade quando se obteve nota sete em cinquenta por cento dos dispositivos, na pontuação total de cada questionário. Do contrário, considerou-se a ausência de integralidade.

De posse dos resultados da presença da adesão/não adesão ao tratamento anti-hipertensivo e da averiguação da presença/ausência de integralidade na assistência de enfermagem aos pacientes, verificou-se se existia associação entre estas variáveis.

Para tanto, fez-se o entrecruzamento de variáveis por meio do teste estatístico, o Quiquadrado de Pearson ( $X^2$ ). Os dados coletados foram tabulados e organizados utilizando um Software IBM- *Statistical Package for Social Sciences* (IBM-SPSS) versão 20.0. Após seu agrupamento, os resultados foram apresentados em gráficos e tabela, sendo feita a discussão com autores pertinentes.

Descrevemos também a concepção dos usuários e enfermeiros sobre a integralidade e seus dispositivos. Utilizamos para isto uma questão norteadora e fizemos a análise de conteúdo de Bardin (2011).

De acordo com Bardin (2011), para realização de uma análise precisa é necessária a realização das seguintes fases: pré-análise onde ocorre a sistematização da ideias iniciais, de maneira a conduzir um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. Em seguida fez-se a codificação, que consiste na transformação dos dados brutos do texto, de forma a atingir uma representação do conteúdo ou de sua expressão. Na fase de categorização, ocorre classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação, seguida por reagrupamento segundo a analogia, com critérios previamente estabelecidos e inferência, que se trata do que se pode incidir sobre determinada interpretação controlada, para que ocorra correta compreensão dos sentidos da análise.

#### **4.5 Aspectos éticos**

Os princípios éticos foram seguidos em todas as fases do estudo, em consonância com o que preconizam as Resoluções 196/96 e 466/2012 (BRASIL, 2013). Ao longo da pesquisa, consideraram-se os pressupostos da bioética, configurados na resolução: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça.

Os participantes do estudo foram orientados sobre o anonimato, natureza, objetivos e benefícios da pesquisa. Além disso, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido para o estudo e poderiam retirar sua anuência caso desejassem. Para quem não sabia ler e escrever, foi realizada a leitura do consentimento livre e esclarecido para o participante e para uma ou mais testemunhas, sendo aposta sua digital no termo.

Nos participantes da pesquisa poderiam advir o risco de constrangimento durante a aplicação dos instrumentos de coleta de dados. Para minimizá-lo, aplicamos tais instrumentos em locais reservados e respeitando a anuência do participante para o estudo.

Por meio dos resultados da pesquisa vieram os benefícios do estudo, pois este buscou avaliar a associação existente entre a presença ou não adesão ao tratamento anti-hipertensivo e a integralidade do cuidado, proporcionando práticas mais efetivas de assistência que envolvam a clientela assistida, profissionais e gestores.

O projeto foi submetido à apreciação pelo comitê de ética da Universidade Estadual do Ceará, sendo aprovado no protocolo de N° CAAE: 13457313.7.0000.5534.



# ***Resultados e discussão***

### 5.1 Resultados dos dados de caracterização sociodemográfica, e descrição da adesão e integralidade

Com o objetivo de avaliar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica na perspectiva do cuidado com eixo na integralidade em um centro de saúde de atenção secundária do Nordeste, a seguir serão apresentados os resultados coletados durante o estudo, iniciando pela caracterização dos pacientes pesquisados (n=602).

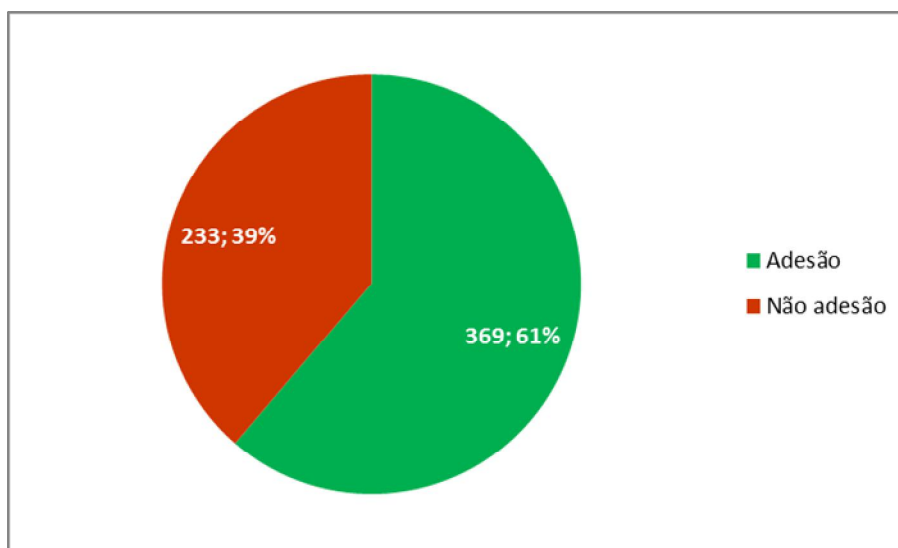
**Tabela 1:** Caracterização sociodemográfica dos pacientes atendidos na atenção secundária. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2013.

Dados sociodemográficos	n	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	377	62,6
Masculino	225	37,4
<b>Raça</b>		
Branca	51	8,5
Parda	540	89,7
Outras	11	1,8
<b>Idade</b>		
< ou = 39	12	2,2
40-49	37	6,2
50-59	122	20,3
60-69	252	41,9
70-79	147	24,6
80-89	32	5,3
<b>Doenças</b>		
HAS	81	13,5
HAS+DMI	11	1,8
HAS+DMII	487	80,9
Outraas	23	6,5
<b>Escolaridade</b>		
Até o Fundamental Completo	441	73,3
Ensino Médio e mais	161	26,7

Na tabela 1, tem-se que, dentre os pacientes entrevistados, na sua maioria eram pacientes do sexo feminino (62,6%), se comparados aos do sexo masculino (37,4%). Apresentaram como raça predominante a parda (89,7%), em contraposição à indígena com menor contingente (0,3%). Em relação à idade, percebeu-se maior frequência de idosos com faixa etária compreendida entre 60-69 (41,9%), com idade média de 63,97 anos e desvio padrão de 10,36. O nível de escolaridade predominante foi o fundamental incompleto (38,2%). E como doenças encontrou-se principalmente a HAS associada ao DMII (80,9%).

Visando identificar a presença ou não da adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica, construiu-se o gráfico a seguir:

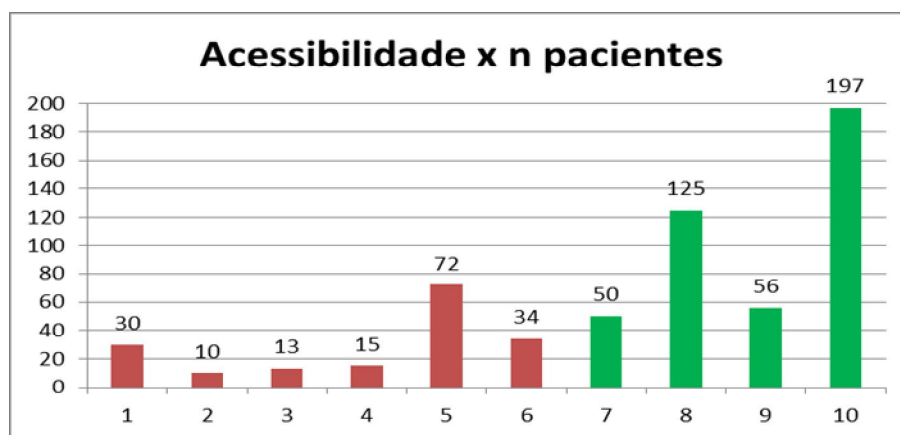
**Gráfico 1:** Participantes do estudo segundo presença ou não da adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2013.



O estudo permitiu constatar que 61% dos pacientes aderiam ao tratamento da HAS e que um percentual menor de pacientes não aderiam (39%).

Com a finalidade de averiguar a presença da Integralidade na assistência de enfermagem aos pacientes com hipertensão, organizaram-se os gráficos seguintes. Esclareça-se que em todos os gráficos referentes à avaliação da Integralidade e seus dispositivos, por acomodação do eixo das abcissas (x), as notas zero e um tiveram que permanecer agrupadas.

**Gráfico 2:** Número de participantes do estudo segundo presença ou não do dispositivo **Acessibilidade** na assistência aos pacientes hipertensos. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2013.

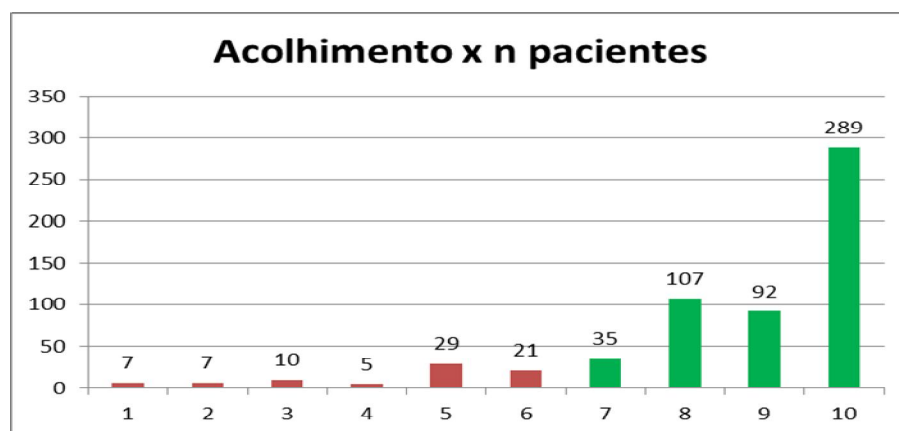


O estudo nos mostra a presença ou não de acessibilidade, um dos dispositivos da integralidade, no atendimento desses pacientes no serviço em estudo. Do total, 428 pessoas (71,1%) avaliaram-no positivamente, sendo 197 notas dez neste quesito.

A avaliação negativa (notas zero a seis) foi atribuída por 174 (28,9%) pessoas, sendo que 28 deles atribuíram nota zero.

A seguir, o gráfico apresenta o segundo dispositivo utilizado para avaliar a presença da Integralidade na assistência de enfermagem aos pacientes com hipertensão:

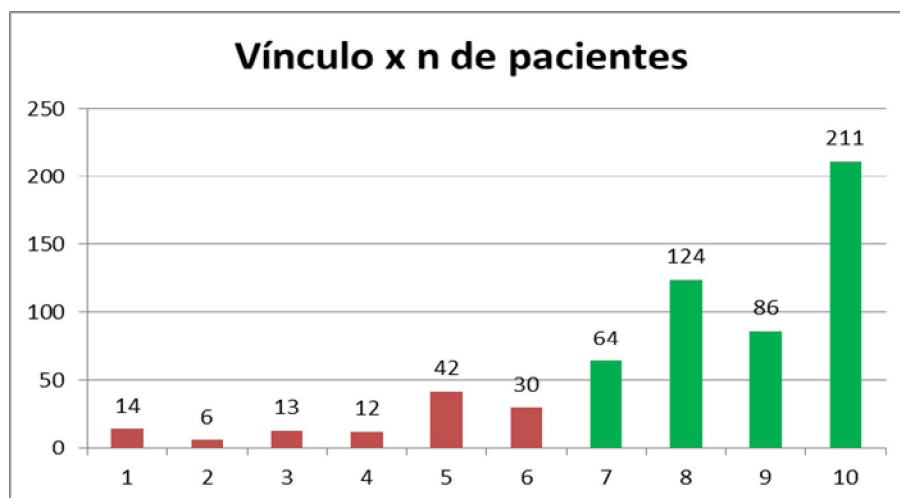
**Gráfico 3:** Número de participantes do estudo segundo presença ou não do dispositivo **Acolhimento** na assistência aos pacientes com hipertensão. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2013.



Percebe-se que no dispositivo acolhimento os pacientes mostraram-se satisfeitos, encontrando-se 523 (86,9%) avaliações positivas, com 289 pessoas atribuindo nota dez. Em contraponto, foram 79 (13,1%) avaliações negativas, com cinco notas zero.

O gráfico a seguir nos apresenta o terceiro dispositivo da integralidade estudado:

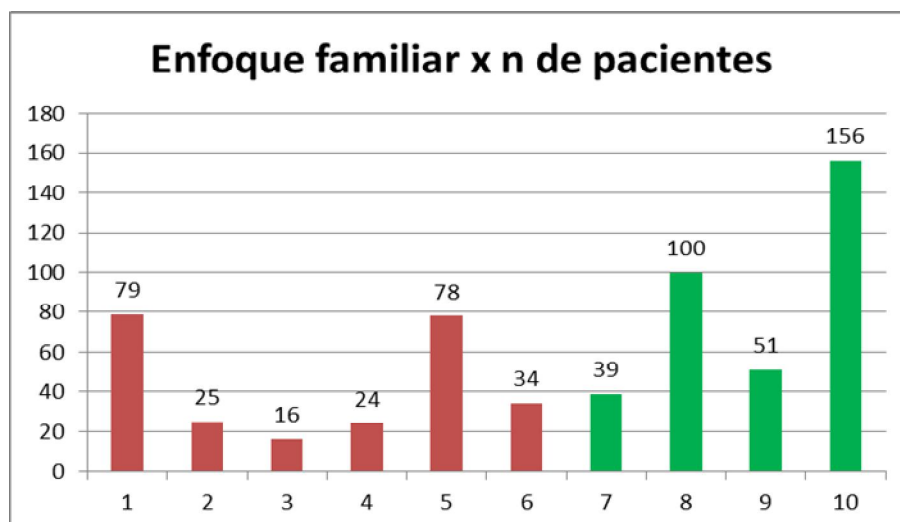
**Gráfico 4:** Número de participantes do estudo segundo presença ou não do dispositivo **Vínculo** na assistência aos pacientes hipertensos. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2013.



Constatou-se que o vínculo também apresentou percepção positiva perante os pacientes, que, em sua maioria, mostram-se satisfeitos. Do total, 485 pessoas avaliaram positivamente o vínculo, representando 80,6%. De outra sorte, 117 pessoas denotaram avaliações negativas e representaram 19,4% do total. Doze referiram nota zero.

O gráfico 5, a seguir, nos apresenta o enfoque familiar, dispositivo também utilizado para avaliar a presença ou não da integralidade no atendimento.

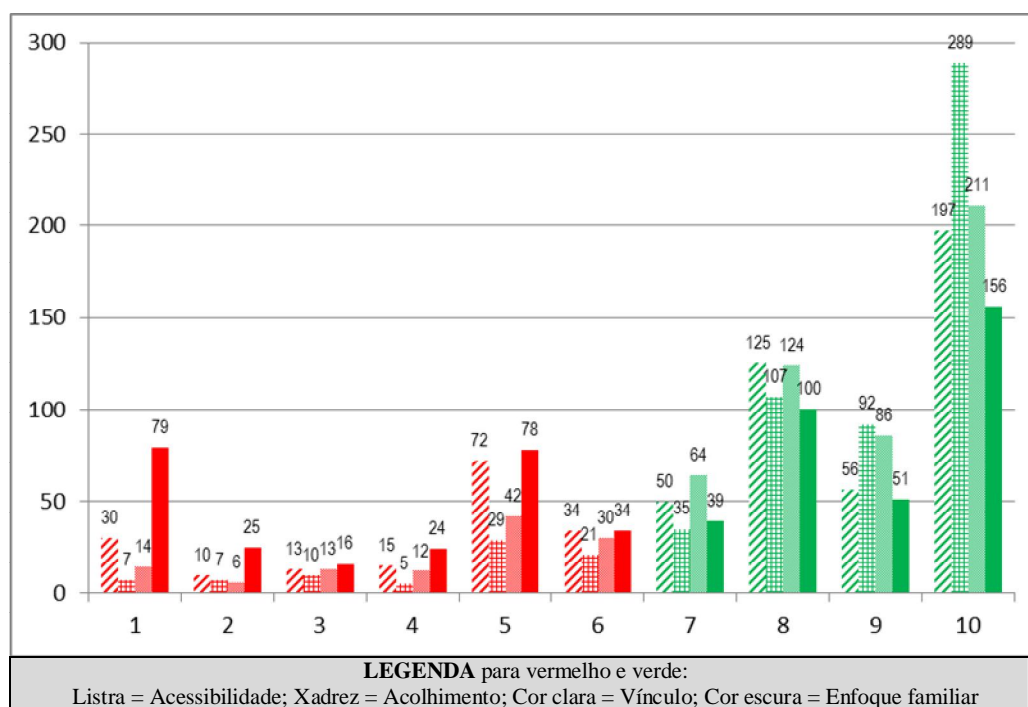
**Gráfico 5:** Número de participantes do estudo segundo presença ou não do dispositivo **Enfoque familiar** na assistência aos pacientes hipertensos. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2013.



No quesito enfoque familiar, quando comparado aos quesitos anteriores, foi notória a insatisfação dos pacientes. Foram 256 (42,5%) notas abaixo de sete, sendo 71 notas zero. E 346 notas boas (57,5%), sendo estas atribuídas no intervalo de notas de sete a dez, destacando-se 207 pessoas que atribuíram nota nove ou dez.

A seguir, o gráfico nos apresenta um consolidado dos quatro dispositivos- acessibilidade, acolhimento, vínculo e enfoque familiar, utilizados para mensurar a integralidade da assistência.

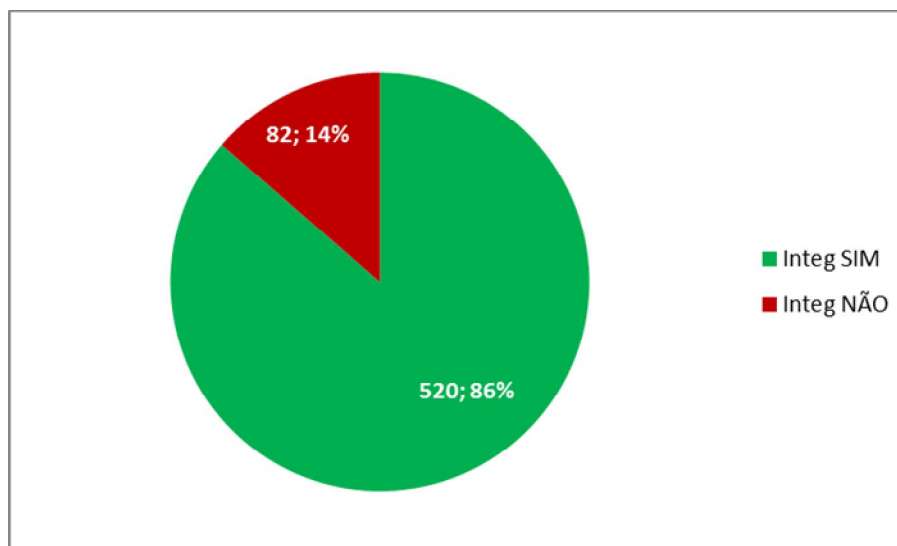
**Gráfico 6:** Número de participantes do estudo segundo presença ou não dos dispositivos **Acessibilidade, Acolhimento, Vínculo e Enfoque familiar** na assistência aos pacientes hipertensos. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2013.



Do total de 2.408 notas atribuídas (4 notas por pessoa multiplicado pelo total de 602 pessoas), o gráfico 6 apresenta total de 626 (26%) notas negativas (zero a seis) e 1.782 (74%) notas positivas. Ressalte-se que a mesma pessoa, por vezes, atribuiu nota negativa para um quesito e positiva para outro, sendo mais comum a presença de avaliação positiva com nota negativa no quesito Enfoque familiar. Destaque-se haver concentração de avaliação positiva com notas oito ou dez, e maior acúmulo de notas dez para o Acolhimento.

A seguir, o Gráfico 7 apresentará a porcentagem de participantes que referiram presença/ausência de integralidade na assistência. Lembrando que a presença da integralidade foi constatada quando se obteve nota sete em cinquenta por cento dos dispositivos, na pontuação total de cada questionário.

**Gráfico 7:** Participantes do estudo segundo presença ou não da Integralidade na assistência aos pacientes hipertensos. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2013.



Constata-se que 86% dos pacientes referiu presença da integralidade na assistência recebida, em contraposição a 14% que referiu sua ausência.

Para verificar associação entre adesão ao tratamento anti-hipertensivo e integralidade no atendimento pelo enfermeiro, construiu-se a Tabela 2, a seguir:

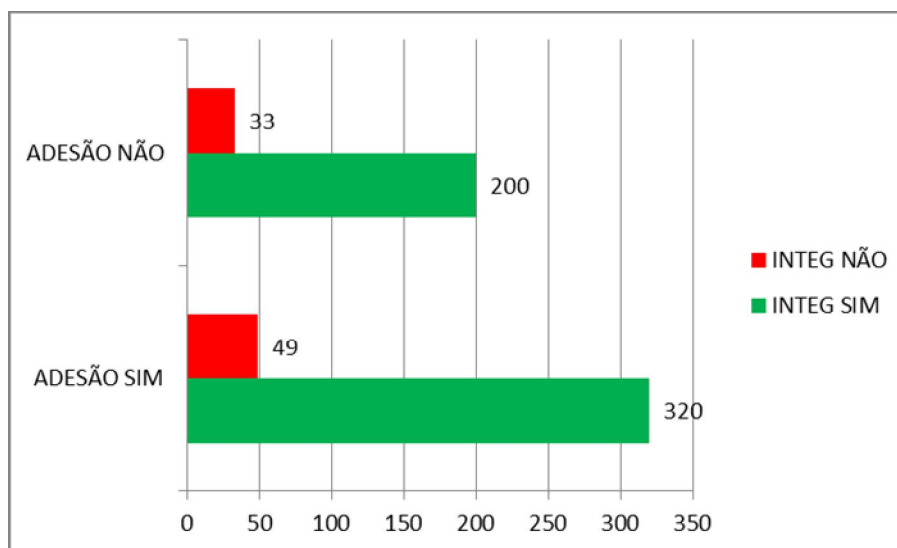
**Tabela 5:** Análise da adesão ao tratamento anti-hipertensivo segundo presença e ausência de integralidade da assistência. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2013.

Integralidade	Adesão				TOTAL
	SIM		NÃO		
	n	%	n	%	
SIM	320	86,7	200	85,8	520
NÃO	49	13,3	33	14,2	82
<b>TOTAL</b>	369	61,3%	233	38,7%	<b>602</b>

Verifica-se que dos 369 (61,3%) que aderiram ao tratamento, 320 (86,7%) referiram presença da integralidade na assistência. Já dos 233 (38,7%) pacientes que não aderiram ao tratamento, 200 (85,8%) deles também constatou presença da integralidade.

Destacam-se as informações principais da Tabela 2 no Gráfico 7 a seguir:

**Gráfico 8:** Análise da adesão e não adesão ao tratamento anti-hipertensivo segundo presença e ausência de integralidade da assistência. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2013.



Pode-se constatar não existir associação entre adesão e integralidade no tratamento anti-hipertensivo, pois não foi encontrada associação estatisticamente significativa ( $p=0,758$ ).

A seguir, serão tecidas discussões sobre os aspectos quantitativos do trabalho, seguidas de análise e discussão dos aspectos qualitativos avaliados relativos às concepções dos usuários e enfermeiros sobre Integralidade e seus dispositivos.



## 5.2 Discussão

O atendimento integral extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde na qual estamos cotidianamente acostumados a lidar, e se prolonga pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde, de forma que estabeleça relações interpessoais com estes e seu entorno. E foi com este enfoque que discutimos os resultados encontrados nesta pesquisa.

Ao avaliar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica na perspectiva do cuidado com eixo na integralidade em um centro de saúde de atenção secundária do Nordeste brasileiro, encontrou-se predominância de pacientes do sexo feminino, de raça parda, idosos e com nível de escolaridade fundamental incompleto.

A predominância do sexo feminino é notória devido ao fato de que nas sociedades industrializadas, embora vivam mais do que os homens, as mulheres relatam mais morbidade e problemas psicológicos e utilizam mais serviços de saúde, apresentando, assim, maior tendência ao autocuidado, o que permitirá o diagnóstico com mais precisão e rapidez, inclusive o da HAS (PINHEIRO et al., 2002).

Em relação à raça, este estudo pode ser comparado ao de Rodrigues (2012), no qual 71,6% dos participantes hipertensos também atendidos na atenção secundária pertenciam a mesma raça.

No tocante a idade, este estudo assemelha-se ao realizado Helena, Nemes e Eluf-Neto (2010) com pacientes hipertensos, no qual a média de idade predominante foi de 60,6 anos e o Desvio padrão-DP de 12,2 anos.

O envelhecimento populacional é um processo estabelecido na realidade brasileira e mundial. O crescimento da população idosa está especialmente relacionado à redução das taxas de natalidade e mortalidade precoce, juntamente com o aumento da longevidade e expectativa de vida. Estima-se que, em 2050, serão cerca de dois bilhões de pessoas que terão alcançado seus 60 anos ou mais, a maioria dessa população vivendo em países desenvolvidos. No Brasil, estima-se que existirão cerca de 18 milhões de pessoas idosas nesse mesmo período (JUNIOR et al, 2013; BRASIL, 2006).

Com o avançar da idade, tem-se observado que o número de idosos com, pelo menos, uma doença crônica aumenta expressivamente. Desse modo, o foco em assistência à saúde, antes voltado para o combate às doenças infecciosas e parasitárias, tem sido direcionado para o controle e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão arterial e diabetes mellitus (GUARNIERI, 2008; BRASIL, 2006).

Em relação à escolaridade, os dados do presente estudo são ratificados pelo estudo realizado por Helena, Nemes e Eluf-Neto (2010), no qual o número médio de anos de estudo foi de 3,6 anos (DP=2,7) e mediana de quatro anos, sendo que a maioria tinha até oito anos de estudo. Conforme Rodrigues (2013), a maioria dos estudos que relacionam grau de instrução e adesão ao tratamento anti-hipertensivo afirma que, quanto mais elevado o grau de instrução, maior será o nível de adesão. Tal relação pode estar associada ao fato das pessoas com mais instrução apresentarem menos dificuldade em entender as recomendações fornecidas pelos profissionais de saúde e perceberem a gravidade da doença.

No tocante à presença de doenças, encontrou-se, principalmente, a HAS associada ao DM tipo 2. No estudo de Henrique et al. (2008) 23% da população apresentava as duas doenças associadas, demonstrando alto grau de associação entre elas.

A HAS tem prevalência estimada em cerca de 20% da população adulta (com idade maior ou igual a 20 anos) e o DM tem prevalência de 7,6% na população de 30 a 69 anos. Elas apresentam interrelações significativas, nas quais a possibilidade de associação das duas doenças é da ordem de 50%, o que requer, na maioria dos casos, o manejo de ambas em um mesmo paciente. Além disso, são consideradas doenças crônicas com história prolongada e se inserem no grupo das Doenças e Agravos Não-Transmissíveis (DANT) (BRASIL, 2001; FRAGA et al., 2012).

Considerando a HA e o DM, importantes fatores de risco para doenças cardiovasculares, o Ministério da Saúde implantou, em 2001, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus*, que tem por objetivo estabelecer as diretrizes e metas para essa reorganização no SUS, investindo na atualização dos profissionais da rede básica, oferecendo a garantia do diagnóstico e proporcionando a vinculação do paciente às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento, promovendo, assim, a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os doentes (BRASIL, 2001; HENRIQUE et al, 2008).

Ao identificar a presença ou não da adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica, o estudo permitiu constatar que quase dois terços dos pacientes aderiam ao tratamento da HAS.

É válido lembrar que a adesão ao tratamento sofre influência de fatores próprios do paciente, de sua relação com os membros da equipe multiprofissional de saúde e do contexto socioeconômico (COELHO; NOBRE, 2006). No Brasil, estudos de base hospitalar encontraram frequências de não adesão variando de 10 a 77% (COELHO et al., 2005). Em estudo realizado em São Luís-Maranhão-Brasil, 75% aderiam ao tratamento medicamentoso. Os pacientes que não seguiam o tratamento relataram como motivos principais o esquecimento, sensação de não necessidade do uso da medicação e efeitos colaterais provocados pelos fármacos (MOCHEL, 2007).

No estudo realizado por Carvalho et al. (2012), os autores utilizaram o teste de Morisky-Green para avaliar a adesão e não adesão ao tratamento, teste este utilizado também no nosso estudo, e constataram que quase metade dos participantes não esqueciam de utilizar o fármaco.

Entre os fatores que influenciam para a pouca adesão, Machado (2008) afirma que os fatores socioeconômicos são demonstrados por várias publicações, pois, quanto mais baixos seus níveis, menores as taxas de adesão ao tratamento anti-hipertensivo, pois é menor o conhecimento da doença e mais difícil o acesso aos serviços de saúde.

A boa prática clínica pede que se trate o paciente e não a doença. Uma boa estratégia para fazer o paciente aderir ao tratamento é conscientizá-lo dos malefícios da hipertensão arterial sistólica, além dos riscos inerentes ao tratamento, suas peculiaridades e benefícios, favorecendo que o indivíduo se torne elemento ativo no seu tratamento (GUSMÃO, et al, 2009).

A adesão ao tratamento necessita de rede integralizada, orientada por políticas e ações programáticas que atendam às demandas e necessidades dos pacientes em face das complexidades e necessidades de saúde-doença, inserido nas dimensões do cuidado.

Ao averiguar a presença da integralidade na assistência de enfermagem aos pacientes com hipertensão, constatou-se 86,9% de avaliação positiva no dispositivo Acolhimento, 80,6% no Vínculo, 71,1% na Acessibilidade e 57,5% no Enfoque familiar.

A acessibilidade envolvia entre outras questões a facilidade de ser atendida no centro, de se consultar, de marcar retorno da consulta, de receber medicamentos. Starfield (2002), apresenta que a ausência de um 'ponto de entrada' facilmente acessível faz com que a atenção adequada possa não ser obtida ou seja adiada, incorrendo em gastos adicionais. Já Sala (2002) refere que devido à sistemática de agendamento, ocorre alto absenteísmo nas consultas agendadas.

Quando lidamos com a organização de serviços, as necessidades de saúde são o aspecto mais importante, pois suscitam os serviços e embasam a configuração geral de sua estrutura, organização e funcionamento, permitindo trabalhar com as demandas das comunidades. As necessidades em saúde representam a busca de algum tipo de resposta para as más condições de vida, a procura de um vínculo afetivo com um profissional de saúde (SILVA; SENA, 2008).

Confirma-se serem muitos os sentidos da integralidade, incluindo entre eles o direito universal ao atendimento das necessidades de saúde do usuário, buscando resolutividade nas ações, oferecendo respostas abrangentes e adequadas, valorizando-o como cidadão inserido em uma comunidade. A integralidade busca atender aos aspectos orgânicos, emocionais, sociais e espirituais envolvidos no adoecimento dos pacientes dentro de uma contextualização social, deixando de lado a tecnização e a padronização, preocupando-se também com a restauração da vitalidade do paciente ou grupo (FONTOURA; MAYER, 2006).

Sobre o acolhimento, este consiste em uma ferramenta que permite o acesso universal aos serviços, tornando-os humanizados, integrais, com resolutividade e qualidade fazendo com que os problemas de saúde dos usuários se tornem responsabilidade dos profissionais (RIZZOTTO, 2002). É uma estratégia de mudança das relações interpessoais entre os profissionais e também entre a equipe e usuários, estabelecendo-se por meio da atenção humanizada o vínculo e a responsabilidade das equipes com os usuários. Assim, o acolhimento deveria ser um instrumento de trabalho utilizado em todos os setores de saúde e por todos os profissionais, tendo como resultado o trabalho de qualidade e com relações mais horizontalizadas (FURUYA, 2011).

Em estudo realizado por Santana et al. (2010), foi enfatizada a importância da escuta, quesito este que predispõe o acolhimento, pois a escuta é entendida como uma característica desejável da relação entre o profissional e usuário do sistema de saúde. Associa-se ao ato de

despir-se da armadura do conhecimento técnico-científico e se dispor a ouvir o outro, como pessoa que sabe algo sobre o mundo e sobre si mesmo. A tradução configura-se no desprendimento e disponibilidade capazes de subsidiar ações que se revertam em melhor atendimento individual e maior capacidade de acolhimento por parte do serviço no qual o profissional está inserido.

Estudo realizado Silva e Sena (2008) demonstrou que a criação de vínculos entre o profissional e o ser cuidado foi pouco citado pelos participantes da sua pesquisa. Martins e Nascimento (2005) em estudo realizado no ambiente hospitalar constataram que a assistência humanizada é alcançada pelo cuidado personalizado e relação empática, e contribui positivamente na recuperação do paciente, favorecendo seu equilíbrio físico e emocional.

Sobre o Enfoque familiar, Machado et al (2007), o paciente idoso deve ser visto como um sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao ambiente e à sociedade na qual se insere. O modo de atender e abordar o indivíduo com base na teoria holística, integral, ocorre pela visão de um ser indivisível dos aspectos físicos, psicológico e social. Assim, fica implícito que a integralidade deve ser construída pelos trabalhadores de saúde a partir de uma visão de totalidade do usuário/família, que, por sua vez, apresenta uma série de anseios, costumes, dúvidas, de maneira a promover aproximação do seu contexto de vida (PIRES; RODRIGUES; NASCIMENTO, 2010).

Deve-se então, sempre considerar a família e seu apoio, pois trata-se de um importante recurso de enfrentamento do tratamento de uma doença crônica. Araújo *et al.* (1998) abordam esta situação ao afirmar que um dos aspectos mais importantes da assistência é ter o apoio familiar, o que pode ser exemplificado no comportamento dele lembrar o hipertenso do horário das medicações e de orientá-lo na dieta, ou na disposição para acompanhar o hipertenso às consultas, pois, muitas vezes, em virtude de uma idade já avançada ou de outras limitações, o usuário não tem condições de se deslocar sozinho até o serviço de saúde.

Uma escuta qualificada, seguida do cuidado com devido acolhimento e tratamento digno e respeitoso, representa o ideal que compõe os sentidos da integralidade. A substituição da concentração na doença pela atenção ao indivíduo, a visão dele como ser humano em sua totalidade, percepção do seu histórico de vida e da sua maneira particular de viver e adoecer, fornecem o embasamento para um atendimento integral (BAGGIO, 2006; PINHEIRO, 2003).

Os sentidos e práticas da integralidade podem nos apontar caminhos para a construção de políticas sociais mais justas, como também para a organização do sistema e serviços de saúde centrados nos usuários e na participação efetiva da sociedade e dos movimentos populares, em busca da conquista da cidadania e da saúde como direito (SANTANA et al., 2010). A integralidade do cuidado precisa ser trabalhada em dimensões diferentes para ser alcançada da forma mais completa possível (LIMA et al., 2010). Estudo realizado por Silva (2007) observou relatos de não existência da continuidade no atendimento dos serviços de saúde do SUS paralelo a relatos de existência do princípio da integralidade na assistência de saúde oferecida pelo SUS. No estudo de Fontoura e Mayer (2006), a maioria dos pesquisados relatou que o princípio da integralidade está inserido no cotidiano de trabalho, nas diversas ações e atividades que executam.

Porém, Pires, Rodrigues e Nascimento (2010) constataram em seu estudo contradições, pois ora o cuidado era posto como uma execução de ações integralizadoras, ora como práticas puramente da assistência, abordando apenas as queixas físicas, o que denota uma assistência biomédica de visão unidimensional, centrada somente no corpo físico, característica de um cuidado genuinamente procedimental, descuidando-se das necessidades de cunho emocional, social (SANTOS et al., 2012).

Ao entrecruzar adesão e integralidade do cuidado, tem-se que a integralidade foi constatada por pacientes com e sem adesão ao tratamento. Pode-se constatar também não existir associação entre adesão e integralidade no tratamento anti-hipertensivo ( $p=0,758$ ).

Viu-se, ainda, que a adesão foi menos de 1% superior nos pacientes que constataram integralidade. Isto pode refletir baixa acurácia na constatação da presença ou não de integralidade, decorrente do critério adotado para constatar presença de integralidade (obtenção de nota sete em cinquenta por cento dos dispositivos) ou dificuldade das pessoas para atribuíram notas ao seu atendimento.

Ressalte-se que o instrumento avaliativo da integralidade tinha sete notas para avaliação negativa (0-6) e apenas quatro para positivas (7-10) e que ainda assim apenas 82 pacientes (13,6%) ficaram na categoria de ausência de integralidade.

Como se sabe, a integralidade é um dos princípios constitucionais do SUS. Mas apesar de ser preconizada na nossa Carta Magna, ela continua sendo um grande desafio para todos os

que lutam por um sistema de saúde mais justo, pois é um princípio norteador e organizador das práticas de saúde. E é nos planos das práticas que se dá a construção da integralidade, seja na formulação e gestos das políticas de saúde, seja nas relações que se estabelecem entre o usuário e o profissional, e destes com o serviço (SILVA, 2007).

Torna-se necessário no atendimento aos pacientes com hipertensão um controle mais rigoroso e individualizado sobre sua adesão ou não ao tratamento anti-hipertensivo, e isso só será possível com um atendimento integralizador, por meio de uma equipe multidisciplinar, que busque avaliar o indivíduo na sua complexidade, de forma holística e que abranja todo o cenário político, social, cultura e econômico no qual este paciente está inserido.

Gusmão (2005) avaliou o controle da pressão arterial em hipertensos com e sem complicações da doença, que participaram de programa de atenção especial com atividades multidisciplinares, assistência individualizada, personalizada, acesso facilitado ao tratamento medicamentoso e reuniões periódicas. Após três anos do término do programa, observou que o controle da pressão arterial caiu significativamente nos pacientes com complicações, indo de 70% para 49% e nos demais foi de 78% para 50%. Os dados evidenciam a importância da equipe multidisciplinar em uma atuação individualizada, abrangente, contínua e de forma integralizadora no tratamento de pacientes com hipertensão. O autor ainda destaca a necessidade da atuação em equipe, que acolha esse eventual cuidador, como a melhor estratégia para aumentar a adesão e tentar atingir as metas do tratamento, com vistas à redução da morbimortalidade dessa condição.

Sabemos que a HAS representa um encargo econômico significativo, e que absorve grande parte dos recursos destinados à saúde. A carga econômica e social da HAS decorre, principalmente, do inadequado tratamento desta síndrome, quer seja por falhas no tratamento como por existirem pacientes que não conseguem manter a adesão terapêutica e, conseqüentemente, não atingem as metas propostas de controle. Neste contexto, destaca-se a responsabilidade do indivíduo, família, sociedade e Estado na reversão desse quadro (RODRIGUES, 20012).

A seguir, serão descritas as concepções sobre integralidade e seus dispositivos junto aos usuários e enfermeiras pesquisadas.

### 5.3 CONCEPÇÕES DOS USUÁRIOS E ENFERMEIRAS SOBRE INTEGRALIDADE E SEUS DISPOSITIVOS

Esses achados são providos das falas dos usuários e enfermeiras quando interrogados sobre: “Fale o que você entende a respeito da Integralidade dos cuidados que você recebe/desenvolve?”. Por meio desses relatos, após organizados, depreenderam-se quatro categorias temáticas para usuários, sendo uma para cada dispositivo da integralidade e uma categoria denominada “Integralidade sob a perspectiva das enfermeiras” para as profissionais.

As categorias foram descritas para compreensão da percepção que usuários e enfermeiras possuem sobre integralidade.

Considerou-se usuário a pessoa em tratamento anti-hipertensivo (RODRIGUES, 2012), que recebe a assistência prestada nos centros de atenção à saúde. E enfermeira, aquela que assiste o ser humano (indivíduo, família e comunidade), no atendimento de suas necessidades básicas, visando torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado e pelo ato de recuperar, manter e promover sua saúde em colaboração com outros profissionais.

#### Usuários

##### Categoria 1 - Acessibilidade

A avaliação da integralidade vem associada ou mesmo confundida com medidas de acesso. Um conjunto amplo de ações ofertado num sistema de saúde só terá efetividade na medida de sua utilização com equidade. Da mesma forma, não interessa ter acesso a cuidados parcelados e descontínuos. Ou seja, na realidade, o que vale a pena verificar é se está ocorrendo acesso a um sistema com cuidados integrais (CONILL, 2004).

*[...] a gente se consultava três vezes, quatro por ano, agora é só uma por ano, é tá horrível. É uma coisa mais ou menos [a integralidade], não tá bom aqui não. Seria tá no médico de 3 em 3 meses como quem a gente é diabética, hipertensa, tem problema de coração, mas não aqui é de ano em ano. (P08)*

É evidenciada, nas falas, a compreensão da integralidade como princípio na assistência às demandas e necessidades de saúde da população, sendo essa a finalidade do trabalho em saúde revelada pelos participantes da pesquisa.

*A questão da medicação é o que mais perturba, e assim eles podiam muito bem avisara gente, porque a gente as vezes vem de longe e doente, diabetes e hipertensão você sabe que não é coisa fácil, e aí o médico não vem e eles não*



*avisam pra gente, eu acho que deveria ter um setor que avisasse os pacientes para eles não darem a viagem. (P40)*

*O bom, essa quantidade de especialistas que tem é, tem o neurologista, o nefrologista, o médico da diabetes, que é o endocrinologista, tem o oftalmologista, o dentista, enfim pela essa gama de profissionais que tem aqui dentro, isso facilita muito o tratamento da gente, [...]. (P151)*

*Dizem que atende cardiologista, endocrinologista, mas nunca dá certo. Aqui não é integral não, os remédios vivem faltando, dificilmente ter, nunca tem, a maioria das vezes que gente vem aqui só tem 1 medicamento e nada mais, o resto a gente compra tudim, a gente vive de um salário mínimo que tem que fazer economia para poder comprar os remédios da gente, [...]. (P58)*

Muitas falas revelam a visão positiva e negativa que os participantes possuem em respeito da questão da medicação e do atendimento. Estudo realizado por Bastos et al. (2011), revela o acesso restrito, focalizado em consultas e medicações, sendo excludente para especialidades e procedimentos de média e alta complexidade. Informam ter acesso à medicação via Ministério da Saúde, entretanto referem a ausência de determinados fármacos que previnem e/ou controlam complicações. A prática ainda é individualista, curativa e médico-procedimento-centrada, mostrando que a integralidade da atenção ainda necessita ser conquistada, construída, uma vez que a fragmentação é a tônica dessas ações.

*[...], pois é, hoje eu acho que, quanto a exames, antigamente nós tínhamos acesso ao Lacen aqui, que é o Laboratório Central de Fortaleza, hoje não temos mais, os exames nós temos que ir via posto, pegar a receita que é dada aqui no Centro, ir no posto de saúde, marcar pra fazer nossos exames, e nem todos os exames tem, como por exemplo, agora eu tô com um pra entregar aqui, faltou três qualidades de exames, porque o posto de saúde não faz, que esse é referente a hormônio, hormonal, certo, não faz, então ou eu vou fazer particular ou então não faço, entendeu?. (P166)*

Assim como no presente estudo, Bastos et al. (2011) mostra que os usuários do seu estudo explicitam em seus discursos a situação de restrição do acesso aos serviços de saúde, tanto na atenção básica, quanto na média e alta complexidade, referentes às realizações de exames complementares e internações hospitalares. Mostra também que filas são constantes, as vagas são poucas, alguns usuários diante dos limites desistem e buscam o sistema privado de saúde. Esta questão também foi observada neste estudo:

*[...], quer dizer que eu acho... num tem negócio de fila, é por ordem de chegada, isso é muito importante, por ordem de chegada, quem chega não vai tomar a frente do outro. Eu acho excelente. (P31)*

*[...], aqui, eu sou transplantada certo? Elas dizem que eu tenho prioridade, mas até agora não tive nenhuma prioridade aqui não, eu acho que deveria ter mais prioridade. (P24)*

*A parte da manhã eu acho uma falta de respeito ao tipo de clientela, existem pessoas idosas, bem idosas que chegam em cadeiras de rodas, que são os*

*cadeirantes, que cedo 5:30 da manhã estão chegando, [...], a fila dobrava, interminável a fila, acho que quem podia ficar em pé fica na fila em pé, quase uma hora, agora veja uma pessoa doente, um cadeirante, veja uma pessoa com ferimentos na perna, gente quase desmaiando e quando o Centro de Diabéticos fechado, abre naquele horário marcado de 6:30 para 7 horas, quando entra todo mundo correndo para não perder o lugar e mais quase uma hora em pé. (P40)*

Daí a necessidade de refletir, conjuntamente, a mudança do modelo de atenção e da forma de organização dos serviços, inclusive da estrutura piramidal do SUS, que necessitará ser descentralizada e ampliada para (re)organizar as “portas de entrada” do sistema e a própria clínica (CECÍLIO, 2005).

## Categoria 2 - Acolhimento

O acolhimento retrata a categoria que se ocupa da subjetividade do sujeito, da escuta de suas necessidades, desejos e dificuldades, procurando olhar o usuário além da dimensão da doença, fazendo com que o trabalho em saúde seja mais humanizado (COIMBRA, 2003).

*Eu, o que a dizer é que o departamento está de parabéns pela forma que acolhe as pessoas carentes e num tem distinção, tanto o pobre como o rico é tratado igualmente, [...]. (P118)*

*[...], assim, nós era pra ter mais acolhimento, mais atenção, as vezes elas atendem a gente bem, as vezes não atende, como hoje, perguntei uma informação, ela quase mim engole, eu acho que elas tem que ter mais amor a profissão delas, né?. (P98)*

*Aqui sinceramente eu não recebo cuidado nenhum, porque eu chego aqui e me sento, quando me chamam faço aquele exame de sangue, mas eu não converso com ninguém, eu não tenho intimidade com ninguém, nem com os próprios médicos que eu me consulto, eu chego ai ela pergunta como é que eu tô, eu sento e ela me pede a receita, passa os mesmos remédios. (P222)*

Observa-se que o acolhimento referido pelos pacientes entoa muito da subjetividade que eles percebem no ambiente onde recebem o tratamento, podendo esta ser positiva e humanizadora, ou negativa e brutalizadora, o que provoca uma feição ou rejeição pelo local onde recebem os cuidados.

*É bom, eu acho bom porque a gente chega, tem os remédios, tem as enfermeiras, tudo, cuidam bem da gente. Porque aqui tem mais conforto, a gente chega e fica bem sentado, espera a ordem, [...]. (P506)*

*[...], o resto é bom, é tudo ‘assiado’, é tudo limpo, elas tratam bem, não são ignorante de jeito nenhum. (P592)*

De acordo com o relato dos usuários, o serviço é abordado como positivo na perspectiva do acolhimento. Ele não foi encontrado no estudo realizado por Bastos et al.

(2011), que traz o acolhimento em relação ao conforto como algo sofrível, com espaço pequeno para acomodação dos usuários, corredor pouco iluminado e pouco ventilado.

*Bom eu acho que a gente deveria receber uma atenção maior não só em relação a médicos, mais em relação a todos os funcionários do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão, porque o idoso ele tem necessidade de ter um acolhimento, acolhimento mais, mais afetuoso porque a hipertensão e o diabetes é muito emocional, e o acolhimento bem feito já vai modificar até na ação mesmo do próprio paciente, eu acho importante a partir do acolhimento, do atendimento médico, tudo, tudo é importante. (P462)*

*[...], eu acredito que o quadro de funcionários, porque o numero de pacientes aumentou muito, e pelo que eu vi o quadro de funcionários permanece o mesmo. Até a nota que eu dei em relação aos profissionais, tem que melhorar muito a relação dos profissionais com os pacientes, porque tem muitos aqui tratam muito mal os pacientes, outros não muito bem, mas tem alguns que deixam muito a desejar. (P405)*

Outro aspecto se prende o estudo são as dificuldades envolvendo o acolhimento e o vínculo entre os sujeitos que produzem o cuidado e aqueles que o recebem, sendo encontrados resultados distantes das bases propostas pela integralidade e corresponsabilização.

Estudo realizado com pessoas com DM evidenciou na formação da equipe impasses relacionados à (des)construção dos sujeitos que atuam no cotidiano das práticas na atenção com os usuários. Isso é um desafio visível em relação à dinâmica do cuidado.

Nessa perspectiva, o cuidado é compreendido como projeto que demanda participação cooperativa, articulação entre profissionais de diferentes áreas e instituições, assim como saberes e fazeres (SOUSA; ERDMANN; MOCHEL, 2010).

### Categoria 3 - Vínculo

Outro dispositivo que reflete a integralidade do cuidado se refere ao vínculo-responsabilização entre os sujeitos do cuidar - entre os que cuidam (trabalhadores) e os que são cuidados (usuários). Circula na esfera das tecnologias leves e se situa como ferramenta agenciadora de mudanças na prática, em todos os níveis do sistema, compartilhando saberes e práticas, (re)atando as relações, imprescindíveis à integralidade. Para tanto, requer ações humanizadas, interpessoais, de comunicação, de escuta, de formação de laços e de redes afetivas articuladas ao acesso, acolhimento e ao cuidado desenvolvido no “trabalho vivo em ato” no cotidiano do serviço (BASTOS et al, 2011).

*Eu interajo muito bem com toda a equipe e gosto muito, e não percebo nenhuma falta que venha a comprometer o tratamento por parte dos*

*funcionários, médicos, a equipe medica, equipe de apoio ao paciente não, estou muito satisfeita, quero muito bem a todo mundo aqui. (P212)*

*Muitos momentos que a gente passa aqui dentro com pessoa e pessoas, devia não ser tão aborrecidas, porque tem delas que é horrível, parece que não gostam nem sequer de olhar, encarar a gente, aí isso eu acho ridículo, porque a gente, eu acho que todos que estão aqui em forma de saúde e de necessidade, e de ter um atendimento bem mais saudável, nós todos somos uma família só, eu creio, né mesmo. (P 308)*

*Deveria melhorar mais, o pessoal ser mais humano, tá entendo, ter mais consideração com os pacientes, [...], fazer uma reciclagem nos funcionários.(P71)*

Percebe-se nos relatos que parte dos usuários considera a real existência do cuidado pela presença do dispositivo vínculo, mas na maioria dos discursos existe o enfoque da não existência deste quesito, fato também observado na pesquisa de Teixeira (2007), onde no contexto desenvolveu-se a institucionalização da negação do outro como sujeito e da baixa responsabilização pelas pessoas que necessitam do cuidado.

A precária responsabilização social por meio do vínculo ficou visível, com a ausência de alteridade em um cenário considerado “epidêmico”, que produz desinteresse, desvinculação, (des)cuidado, superficialidade no atendimento, com graves consequências para a saúde e para o serviço.

*Certos funcionários que são muito antigos, acham é o dono daqui, tá entendendo?, as vezes a gente pede uma informação aí tem que sair atrás dela para dar a informação, ele falando na frente e você ouvindo atrás, as vezes nem dão, os funcionários civil, fora os médico, enfermeiros, digo os funcionários as atendentes, três uns três ou quatro aqui que são horríveis. (P144)*

*É razoável, acho que poderia ser melhor, eu acho que por conta do cansaço delas, algumas funcionárias acho que já estão se sentindo muito desgastada por conta de muito tempo aqui dentro, a demanda é muito grande e acabam que não atendendo, dando uma boa qualificação aos pacientes. (P228)*

Essa situação integra contexto maior. A sensação de impotência, a apatia de alguns e a crítica velada de outros se configuram como fruto dos anos de autoritarismo, das desigualdades, abandono, falta de interesse dos governantes, desestruturação da sociedade e de políticas públicas equivocadas (BASTOS et al., 2011).

Para que os dispositivos que compõem a integralidade possam alcançar seus objetivos em relação ao cuidado integral, torna-se necessário um ambiente favorável, com meio e condições que propiciem estas ações. O vínculo é, então, um instrumento que necessitará do contraponto da confiança que o usuário desenvolve em relação aos profissionais e ao serviço,

no sentido de terem seus problemas equacionados/encaminhados, serem ouvidos e amparados no seu cotidiano.

Como ferramenta, o vínculo tem contribuído para garantir a adesão dos doentes e a continuidade do tratamento, pois favorece o desenvolvimento de relação de confiança entre os sujeitos envolvidos no processo terapêutico (SÁ et al., 2011).

#### Categoria 4 - Enfoque familiar

O ser humano é processo e produto do meio em vive, da forma como se relaciona e das pessoas com quem convivem, é resultado de fatores hereditários e do ambiente social em que se encontra inserido. Devido a isso, devem ser consideradas suas relações e relacionamentos, destacando-se o familiar quando avaliado no âmbito da saúde.

*[...], que aqui a repartição o médico ou a enfermagem, o grupo que trabalha com a gente, né?, trouxesse mais a família para perto, para saber, ficar sabendo o que está acontecendo.(P42)*

*[...], ohh não pergunta o que tá passando na família, não pergunta se a gente tem família, o interesse enfim..., de jeito nenhum, se perguntassem tudo bem.(P37)*

*[...], esta parte do relacionamento familiar eles não abordam muito, o único quesito que talvez haja uma falha da parte deles. (P172)*

*“Os cuidados são bons, agora em termo de relacionamento é como eu disse a você não perguntam nada, como tá este negocio de família não, num perguntam isso não”. (P264)*

Foi expresso que a integralidade pressupõe a compreensão do sujeito que recebe cuidado na sua individualidade, mas também inserido no contexto familiar, na coletividade e na sociedade em que sofre influências das relações sociais, do trabalho, do mercado de trabalho e das condições ambientais (SILVA; SENA, 2008).

É importante advertir, entretanto, que as necessidades de saúde não devem ser traduzidas em dispositivos de aprofundamento da medicalização, ou seja, da produção e do consumo exagerado de bens e serviços de saúde. É preciso considerar necessidade de saúde não somente aquilo que o ser cuidado demanda e que o profissional ou serviço de saúde pode responder, mas um olhar sobre o significado do cuidado na vida das pessoas (SILVA, SENA, 2008).

O cuidado é produto e produtor de um trabalho articulado entre profissionais e destes com a família e a comunidade. A aproximação com a família gera nos profissionais diferentes

sentimentos que vão do estímulo e motivação para um trabalho inovador, ao sofrimento e apatia (SOUSA, ERDMANN e MOCHEL, 2010).

## **Enfermeiras**

As enfermeiras são em sua totalidade do sexo feminino, raça parda, com faixa etária compreendida entre 30-50 anos, renda em média de 7 salários mínimos, e possuem com titulações especialização em saúde pública e saúde da mulher, sendo que uma delas possui doutorado em Enfermagem.

Veremos a seguir a concepção destas profissionais sobre o cuidado que oferecem baseado na integralidade.

### **Categoria 1 - Integralidade sob a perspectiva das enfermeiras**

Na construção da integralidade no cuidado à saúde é preciso oferecer, em cada caso, a abordagem que melhor atenda às necessidades do sujeito. Nesse sentido, a enfermagem enfrenta, no conjunto das práticas em saúde, o desafio de formar e capacitar profissionais para uma nova forma de produzir serviços de saúde e cuidado com resolutividade e qualidade, de forma que se apropriem adequadamente dos espaços e que tenham como finalidade a integralidade do cuidado (SILVA; SENA, 2008).

Dentro da atenção secundária, acessibilidade e acolhimento referidos pelas enfermeiras para usuários hipertensos durante sua atuação, destacando-se a verificação de sinais vitais, orientações a respeito da medicação, encaminhamentos para a equipe multidisciplinar e a solicitação de exames de rotina.

*[...], aqui os cuidados que são ofertados são exatamente aqueles que são pertinentes ao hipertenso né, não só a questão dos exames, medicação, a consulta médica propriamente dita, também os outros especialistas, o cardiologista, se precisar de um nefrologista, então tem outras abordagens de cuidado, não só especificamente de enfermagem e consulta médica, é toda uma multidisciplinaridade de situações que pode estar cuidado daquele paciente.(E03)*

*Os cuidados que a gente oferece em termos de integralidade ao paciente hipertenso no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão ele vai desde por exemplo a monitoração da pressão arterial né, que está dentro da consulta de enfermagem, nós avaliamos também a questão da dieta, que a gente faz!, a gente orienta a redução do uso de sal, fazemos encaminhamentos por exemplo pra nutricionista, pras especialidades, quando a gente observa na*

*avaliação dos exames do paciente que há alteração de creatinina, ureia, que tem alguma insuficiência renal, a gente encaminha no caso pro nefrologista, além disso a gente orienta a questão, faz educação em saúde aos pacientes hipertensos e diabéticos, [...] (E01)*

*[...], são os cuidados que a gente dá, que a gente tem aqui, verificar a pressão com frequência e fazer os exames também de rotina (...), que aqui as vezes num tem exame que num faz, é assim, faz mapa, ergometria, ecocardiograma que aqui é feito, mas poderia ser feito muitos outros, mas que no momento ainda não estão fazendo. (E02)*

A integralidade se constrói na práxis do conjunto dos profissionais dos serviços de saúde e nas diferentes formas de encontro desses profissionais com e no serviço. A prática de enfermagem, inserida no contexto das práticas em saúde, enfrenta o desafio cotidiano de imprimir uma nova lógica à organização do trabalho, onde apresente a premissa para a reorganização das práticas, determinando a aquisição de competências e habilidades para a prática profissional (SILVA; SENA, 2008).

Dentro da concepção de integralidade, destacam-se as ações de educação em saúde como estratégia articulada entre a concepção da realidade do contexto de saúde e a busca de possibilidades de atitudes geradoras de mudanças a partir de cada profissional de saúde, do trabalho em equipe e dos diversos serviços que buscam uma transformação no quadro da saúde da população (MACHADO et al, 2007).

Percebeu-se que as enfermeiras retratam o cuidado de enfermagem como o atendimento das necessidades de saúde. Este conceito foi inicialmente apresentado pela enfermeira brasileira Wanda de Aguiar Horta em sua teoria denominada Teoria das Necessidades Humanas Básicas (BORGES et al, 2012).

*“[...] o problema é essa ficha de primeiro atendimento nova que parece mais um checklist, é muito sucinta. A antiga lista era baseada na teoria de Wanda Horta e era melhor”.(E04)*

É perceptível pelo relato de E04, o quão sucinto tornou-se o atendimento com o passar dos anos, referindo uma redução do conhecimento do histórico dos pacientes que é realizado no primeiro acesso deles à unidade, onde atualmente é realizado uma entrevista com checklist com informações reduzidas a respeito do paciente.

No trabalho em saúde, as relações que se processam devem ter ênfase nas tecnologias leves, valorizando a subjetividade das pessoas em momentos de diálogos, ausculta e interpretações; momentos de cumplicidade, nos quais há produção de uma responsabilização

dos problemas a serem enfrentados; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (SILVA; SENA, 2008).

O cuidado de enfermagem deve abranger uma perspectiva da clínica ampliada e, em especial, das tecnologias leves, já que o trabalho em saúde não pode ser visualizado na lógica do trabalho morto, expresso em equipamentos e saberes tecnológicos, mas acontece em processos de intervenção em ato, com tecnologias de relações, de encontros de subjetividades (MERHY, 1997).

O que se percebe no atendimento referido é a ausência desta relação interpessoal-profissional-paciente, onde muitas vezes o paciente hipertenso é desconsiderado pelo fato da unidade ter especialidades além das que atendem ao hipertenso, como as diabetológicas, sobre as quais recai a maioria da atenção:

*Ah, o que a gente fala é que são duas doenças concomitantes, a hipertensão e a diabetes, mas assim aqui, o que eu observo é que a gente direciona mais o olhar para diabetes, o pouco olhar, não é nem a gente enfermeiro, não é isso, é porque realmente aqui, o que eu posso dizer popularmente a gente respira diabetes, é o Centro de Diabetes, aí a hipertensão vem como algo é junta, é uma doença que aparece concomitante ao diabetes, mas a gente realmente poderia ser feito mais [...]. (E01)*

*[...], até número de cardiologista a gente tem menor do que endócrino, é bem gritante mesmo a diferença. (E01)*

*[...]Dá mais atenção ao diabético do que para a hipertensão, (...)Quando o paciente só tem hipertensão ele não é melhor assistido.(E04)*

O cuidado de enfermagem é amplo, envolve mais do que um simples “fazer,” envolve compromisso, responsabilidade, conhecimento, vínculo e acolhimento. Ressaltamos que o estabelecimento de uma relação adequada entre o profissional e o usuário dos serviços, contribui para a humanização da assistência, pois o cuidar pressupõe além do saber técnico, ele demanda um olhar amplo que permita conhecer o ser humano em sua totalidade. Ou seja, o cuidado é relacional (BORGES et al, 2012).



# *Conclusão*

## **6 CONCLUSÃO**

A integralidade é um princípio pelo qual as ações relativas à saúde devem ser

efetivadas, do nível do indivíduo à coletividade, buscando atuar nos fatores determinantes e condicionantes da saúde, de forma a garantir que as atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde sejam integradas e efetivadas, numa visão interdisciplinar e multidisciplinar que incorpore na prática o conceito ampliado de saúde.

Analisar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo com eixo na integralidade da assistência é uma tarefa complexa, pois há uma variedade de fatores e processos difíceis de serem avaliados e mensurados envolvidos, sendo este o foco deste estudo.

Assim, por meio da análise foi possível concluir que, ao avaliar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica na perspectiva do cuidado com eixo na integralidade em um centro de saúde de atenção secundária do Nordeste brasileiro, encontrou-se predominância de pacientes do sexo feminino (62,6%), de raça parda (89,7%), idosos (71,8%) e com nível de escolaridade até o fundamental completo (73,3%). E no tocante à presença de doenças, encontrou-se, principalmente, a HAS associada ao DM tipo 2 (80,9%).

No tocante a avaliação da integralidade, foram utilizados os dispositivos propostos por Starfield - acessibilidade, acolhimento, vínculo e enfoque familiar, para quantificar sua presença ou ausência no atendimento. Ao averiguar a presença da integralidade na assistência de enfermagem aos pacientes com hipertensão, constatou-se a grande maioria avaliando positivamente os dispositivos Acolhimento e Vínculo, cerca de quase três quartos fazendo o mesmo com a Acessibilidade e pouco mais da metade avaliando positivamente a presença do dispositivo Enfoque familiar no atendimento integral na unidade.

Com a utilização do Teste de Morisky-Green, constatou-se entre os pacientes o predomínio da adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. Mas, ao entrecruzar adesão e integralidade do cuidado, não foi constatada associação estatística.

Ao serem descritas as concepções dos usuários sobre a integralidade em seus dispositivos houve variedade de opiniões. Acerca da acessibilidade foi notória a questão da consulta e seu retorno, o atendimento pela equipe multidisciplinar, a realização de exames, o recebimento da medicação e as prioridades no atendimento. Quanto ao acolhimento, foi referida a qualidade do atendimento, a subjetividade intrínseca nesta relação e a estrutura física onde ocorre o atendimento. Em relação ao vínculo, observou-se o relacionamento existente entre o cuidador e ser cuidado, a comunicação, os laços e as redes deste

relacionamento. sobre o enfoque familiar, veio à tona o ser humano em seu entorno familiar e social inserido no âmbito terapêutico e a relação existente neste enfoque com o ser cuidador.

No que concerne às enfermeiras, na atuação delas destacam-se discursos referente às orientações, envolvimento e encaminhamento para equipe multidisciplinar atuante no centro de atenção secundária, assim como o grande enfoque direcionado para outra doença lá atendida – o diabetes.

Por fim, conclui-se que manter a integralidade no cotidiano das práticas e ações de saúde é defender que nossa oferta de cuidados esteja inserida adequadamente no contexto particular de cada momento. Ressalte-se que toda e qualquer perspectiva de mudança que vise à melhoria da qualidade da assistência deve apostar em processos de interação entre os usuários dos serviços e os profissionais, analisando os obstáculos e potencialidades mediante as experiências dos sujeitos, visando uma produção de cuidados mais ampla, que atenda o usuário inserido no meio social, com suas potencialidades e deficiências, em sua integralidade.

É notória a necessidade do estabelecimento de vínculos nas relações entre profissionais e usuário, e é este o grande desafio da integralidade do cuidado, assim como da produção de ações de promoção da saúde visando à construção do cuidado centrado no usuário.

Assim, constata-se a necessidade de se realizar um cuidado de enfermagem centrado na integralidade da assistência, de forma a buscar cada vez a adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento, por meio de um ambiente que favoreça a acessibilidade, o acolhimento, as relações interpessoais entre profissionais e usuários, enfocando-os como um ser social e familiar.

## ***Referências***

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, P.C.; STOTZ, E.N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface Comum Saúde Educ.**, v.8, n.15, p: 259-274. 2004.

ALHALAIQA, F.; DEANE, K.H.O.; NAWAFLEH, A.H. Adherence therapy for medication non-compliant patients with hypertension: a randomised controlled trial **Journal of Human Hypertension**, v. 26, p: 117–12, 2012.

ALMEIDA, P.F; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p: 1727-1742, 2008.

ANTHONY, H.; VALINSKY, L.; INBAR, Z., et al. Percepções de tratamento de hipertensão arterial entre os pacientes com e sem diabetes Heymann. **BMC Family Practice**, v. 13, n. 24, 2012.

ARAÚJO, T.L.; et al. Reflexo da hipertensão arterial no sistema familiar. **Rev. Soc. Card. Estado de São Paulo**, v.8, n.2, p:1-6, 1998. Suplemento A.

ARAÚJO, G.B.; GARCIA, T.R. Adesão ao tratamento antihipertensivo: uma análise conceitual. **Rev Eletrônica Enferm.**, v.8, n.2, p:259-72, 2006.

ARAÚJO, J.L.; PAZ, E.P.A.; MOREIRA, T.M.M. Hermenêutica e o cuidado de saúde na hipertensão arterial realizado por enfermeiros na estratégia saúde da família. **Esc Anna Nery**. v.14, n.3, p:560-66, 2010.

AVENA, D.A. **O engenho por dentro: cartografia das práticas cotidianas de cuidado em saúde mental dos auxiliares e técnicos de enfermagem na perspectiva da integralidade**. 143f. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2009.

AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Cien Saude Colet**, v.6, n.1, p: 63-72, 2001.

BACKES, D.S.; BACKES, M.S. ERDMANN, A.L.; BUSCHER, A. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.1, p:223-230, 2012.

BAGGIO, M.A. O significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. **Rev. Eletrônica enferm.**, v.8, p:09-16, 2006.

BALDISSERA, V.D.A.; CARVALHO, M.D.B.; PELLOSO, S.M. Adesão ao tratamento não-farmacológico entre hipertensos de um centro de saúde escola. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.30, n.1, p:27-32, 2009.

BARBOSA, MFL. **Integralidade: sentido, construção e aplicação para os técnicos de enfermagem**. 64f. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. 3ª edição. Lisboa: Edições 70; 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BASTOS, L.S; et al. Construção da integralidade no cuidar de pessoas com diabetes mellitus em um centro de saúde em Feira de Santana (BA). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, p:1417-1426, 2011.

BATISTA, K.B.C.B.; GONÇALVES, O.S.J.G. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc.**, v. 20, n. 4, p:884-899, 2011.

BEZERRA, D.S.; SILVA, A.S.; CARVALHO, A.L.M. Avaliação das características dos usuários com hipertensão arterial e/ou *diabetes mellitus* em uma Unidade de Saúde Pública, no município de Jaboatão dos Guararapes-PE, BRASIL. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**,v.30, n.1, p:69-73, 2009.

BORGES, M.J.L. et al. Cuidado de enfermagem: percepção dos enfermeiros assistenciais. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.33, n.1, p:42-8, 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei Federal nº 8080/1990**. Brasília: Senado: 1990.

\_\_\_\_\_. **Leis nº 8.080 e nº 8142, que regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Congresso Nacional; 1991.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde: leis, normas e portarias atuais**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (Br). Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília (DF): Secretaria de Políticas de Saúde; 2001.

\_\_\_\_\_. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 399/GM/MS, de 22 de Fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. **Cadernos de atenção básica: Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Cadernos de Atenção Básica nº 19. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

\_\_\_\_\_. Hipertensão Arterial Sistêmica. Cadernos de Atenção Básica nº15. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (Br), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Política Nacional de Atenção Básica. Portaria n.648/2006. Brasília (DF), 2007.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde (BR). **Resolução n. 466/12**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; 2012.

BRISCHIALIARI, A.; MAFTUM, M.A.; WAIDMANN, M.A.P., et al. Sensibilizando a equipe de enfermagem ao cuidado humanizado em saúde mental mediante oficinas educativas. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v.10, n.4, p:1080-90, 2008.

Brum, L.M. A pedagogia da roda como dispositivo de educação permanente em enfermagem e a construção da integralidade do cuidado no contexto hospitalar. Dissertação (mestrado)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Porto Alegre, 2009.

CAMARGO JR, K.R. Apresentação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, p. 11-16, 2001.

CARVALHO, A.L.M.; LEOPOLDINO, R.W.D.; SILVA, J.E.G.; CUNHA, C.P. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.7, p:1885-1892, 2012.

CECÍLIO, L.C. – **As necessidades de Saúde como centro estruturante na luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde** (in) PINHEIROS, R. e MATTOS, R.A. (org) – **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. R.J: VERJ, IMS/ABRASCO, 2001.

CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, v.13, n.3, p:469-478, 2005.

CEOLIN, T.; HECK, R.M.; PEREIRA, D.B.; MARTINS, A.R.; COIMBRA, V.C.C.; SILVEIRA, D.S.S. Inserción de terapias complementarias en el sistema único de salud atendiendo al cuidado integral en la asistencia. **Enfermería Global**, 16 junho, 2009.

COELHO, E.B. et al. Relação entre a assiduidade as consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. V.85, n.3, p:157-161, 2005.

COELHO, E.B.; NOBRE, F. Recomendações práticas para se evitar o abandono do tratamento anti-hipertensivo. **Rev Bras Hipertens.**, v.13, n.1, p:51-4, 2006.

COIMBRA, V.C.C. **O acolhimento no Centro de atenção Psicossocial**. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, universidade de São Paulo, 2003.

CONILL, E.M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de mestas dos sistemas municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v20, n.5, p:1417-1423, 2004.

CONTIERO, A.P.; POZATI, M.P.S.; CHALLOUTS, R.I.; CARREIRA, L.; MARCON, S.S. Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.30, n.1, p:62-70, 2009.

COSTA, G.D.; COTTA, R.M.M. FERREIRA, M.L.M. REIS, J.R. FRANCESCHINI, S.C.C. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Rev Bras Enfer**, v. 62, n.1, p:113-118, 2009.

COSTA, A.M. Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde. **Saúde e Sociedade**. v.13; n. 3, 2004.

COUTINHO, F.H.P.; SOUSA, I.M.C. Percepção dos indivíduos com hipertensão arterial sobre sua doença e adesão ao tratamento medicamentoso na estratégia de saúde da família. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.35, n.2, p.397-41, 2011.

DOURADO, D.A.; ELIAS, P.E.M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Rev Saude Publica**, v.45, n.1, p:204-11, 2011.

DOURADO, C.S., et al., Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, Estado da Paraíba. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 33, n. 1, p. 9-17, 2011.

DYNIWICZ, A. M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. 2. ed. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2009.

FACCHINI, L.A; PICCINI, R.X; TOMASI, E, et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cad. saúde Pública**, v.24, n.1, p: 159-172, 2008.

FERNANDES, J.D.; XAVIER, I.M.; CERIBELLI, M.I.P.F., et al. Diretrizes curriculares e estratégias para implantação de uma nova proposta pedagógica. **Rev Esc Enferm USP.**, v.39, n.4, p:443-9, 2005.

FONTOURA, R.T.; MAYER, C.N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Rev. Bras. Enferm**, v.59, n.4, p:532-7, 2006.

FIGUEIREDO, N.N.; ASAKURA, L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. **Acta Paul Enferm**, v.23, n.6, p:782-7, 2010.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.3, p:743-752, 2009.

FONTOURA, R.T.; MAYER. C.N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Rev Bras Enferm.**, v.59, n.4, p: 532-7, 2006.

FRACOLLI, L.A.; ZOBOLI, E.L.P.; GRANJA, G.F.; ERMEL, R.C. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Rev Esc Enferm USP.**, v.45, n.5, p:1135-41, 2011.t

FRAGA, P.L.; et al. A interface entre o Diabetes *Mellitus* tipo II e a hipertensão arterial sistêmica: aspectos bioquímicos. **Cadernos UniFOA**. Edição nº 20, 2012.

FRANCO, Túlio Batista. JÚNIOR, Helvécio Miranda Magalhães. **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**; São Paulo, 2ª edição, 2004.

FUCHS, S.C.; CASTRO, M.S.; FUCHS, F.C. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: análise das evidências. **Rev Bras Hipertens.**, v.7, n.3, p:90-3, 2004.

FURUYA, R.K.; et al. A integralidade e suas interfaces no cuidado ao idoso em unidade de terapia intensiva. **Rev. Enferm. UERJ**, v.19, n.1, p:158-62, 2011.

GELEILETE, T.J.M.; NOBRE, F.; COELHO, E.B. Abordagem inicial em pacientes com hipertensão arterial de difícil controle. **Rev Bras Hipertens**, v.15, n.1, p:10-16, 2008.



- GOMES, M.C.P.A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.17, p: 287-301, 2005.
- GOMES, S.R.; SENNA, M. Assistência de enfermagem a pessoa com acidente vascular cerebral. **Cogitare Enferm.**, v.13, n.2, p: 220-26, 2008.
- GUARNIERI, A.P. O envelhecimento populacional brasileiro: uma contribuição para o cuidar. **Arq. Bras. Ciênc. Saúde**. v.33, n.3, p:139-40, 2008.
- GUEDES, M.V.C., et al. Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. **Rev Bras Enferm**, v.64, n.6, p: 1038-42, 2011.
- GUIRADO, E.A.; RIBERA, E.P.; HUERGO, V.P., et al. Knowledge and adherence to antihypertensive therapy in primary care: results of a randomized trial. **Published in Gac Sanit**. v. 25, n. 1, p :62-7, 2011.
- GUSMÃO, J.L.; GINANI, G.F.; SILVA, G.V.; ORTEGA, K.C.; MION JR, D. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Rev Bras Hipertens**, v.16, n.1, p:38-43, 2009.
- HARTZ ZMA, VIEIRA-DA-SILVA, organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; 2005.
- HENRIQUE, N.N. Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus: um estudo sobre os programas de tenção básica. **Rev. Enferm. UERJ.**, v.16, n.2, p: 168-73, 2008.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativa da população de Fortaleza em 2009**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm? 1>>. Acesso em: 29 jun. 2010.
- JESUS, E.S., et al. Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. **Acta Paul Enferm**, v.21, n.1, p:59-65, 2008.
- JÚNIOR, E.B.S.; et al. Associação entre atividade física, hipertensão arterial e diabetes mellitus em idosos frequentadores de centros de convivência. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, v.15, n.2, p:50-55, 2013.
- KLEIN, J.M.; GONÇALVES, A.G.A. A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. **Psico-USF**, v.10, n.2, p:113-120, 2005.
- KROUSEL-WOOD, M.A.; MUNTNER. P.; ISLAM, T., et al. Barriers to and determinants of medication adherence in hypertension management: perspective of the Cohort Study of Medication Adherence Among Older Adults. **Med Clin Nam.**, v.93, p:753-69, 2009.
- LANDIM, MP.; OLIVEIRA, C.J.; ABREU, R.N.D.C.; MOREIRA, T.M.M; VASCONCELOS, S.M.M. Adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo por pacientes de unidade da estratégia saúde da família. **Rev APS**. v.14, n.2, p:132-138, 2011.
- LIMA, H.P.; et al. Adesão do usuário hipertenso ao tratamento e a interface com o saber sobre o agravo. **Rev. Rene**, v.11, n.2, p:170-178, 2010.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. **Os Sentidos da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

\_\_\_\_\_. A Integralidade na Prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*, v.20, n.5, p. 1411-16. 2004.

\_\_\_\_\_. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS:ABRASCO; p: 41-46, 2006.

MACHADO, M.F.A.S.; MONTEIRO, E.M.L.M.; QUEIROZ, D.T; VIEIRA, N.F.C.; BARROSO, M.G.T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc Saude Colet.*, v.12, n.2, p:335-42, 2007.

MACHADO, M.F.A.S, et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.12, n.2, p:335-342, 2007.

MACHADO, M.F.A.S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p:335-342, 2007.

MACHADO, C.A. Adesão ao tratamento – Tema cada vez mais atual. *Rev Bras Hipertens*, v.15, n.4, p:220-221, 2008.

MARSIGLIA, R.M.G. Integralidade e atenção primária em saúde: avaliação da organização do processo de trabalho em unidades de saúde da secretaria municipal da saúde de São Paulo. São Paulo, 2008.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.15, n.5, p:2297-2305, 2010.

MEDRONHO, Roberto A. et al. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

MENDONÇA, L.B.A.; LIMA, F.E.T.; OLIVEIRA, S.K.P. Acidente vascular encefálico como complicação da hipertensão arterial: quais são os fatores intervenientes? *Esc Anna Nery (impr.)*, v.16, n.2, p:340-346, 2012.

MENEZES, T.M.O., et al. grupo educativo com dispensação de medicamentos: uma estratégia de adesão ao tratamento da hipertensão arterial e do diabetes mellitus. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v.36, n.1, p.148-158, 2012.

MERHY, E.E. **Em busca de ferramenta analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde**. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, M.C.S. Importância da Avaliação Qualitativa combinada com outras modalidades de Avaliação. *Saúde & Transformação Social/ Health & Social Change*, v.1, p.2-11, 2011.

MOCHEL, E.G.; et al. Avaliação do tratamento e controle da hipertensão arterial sistêmica em pacientes da rede pública em São Luís (MA). *Rev. Baiana Saúde Pública*, v.31, n1, p:90-101, 2007.

- MOREIRA, A.K.F.; SANTOS, Z.M.S.A.; CAETANO, J.A. Aplicação do modelo de crenças em saúde na adesão do trabalhador hipertenso ao tratamento. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.19, n.4, p: 989-1006, 2009.
- MOURA, D.J. M., et al. Cuidado de enfermagem ao cliente com hipertensão: uma revisão bibliográfica. **Rev Bras Enferm**, v.64, n.4, p: 759-65, 2011
- MORISKY, D.E.; GREEN, L.W.; LEVINE, D.M. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medication adherence. **Med. Care**, v. 24, p. 67-74, 1986.
- MORISKY, D.E.; LEVINE, M.; GREEN, L.W.; SMITH, C.R. Health education program effects on the management of hypertension in the elderly. **Arch. Intern. Med.**, v. 142, n. 10, p. 1835-1838, 1982.
- OKSANENI, T.; KAWACHI, I.; KOUVONEN, et al. A Workplace Social Capital and Adherence to Antihypertensive Medication: A Cohort Study. **PLoS ONE**, v. 6, n.9, 2011.
- ONZENOORT, H.A.W.; MENDER, F.E.; NEEF, C. Participation in a Clinical Trial Enhances and Persistence to Treatment: A Retrospective Cohort Study. **Hypertension**, v.58, p: 573-578, 2011.
- PEDUZZI, M., et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde de São Paulo. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, 2009.
- PIERIN, A.M.G.; STRELEC, M.A.A.M.; MION, D JR. **O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento**. In: PIERIN, A.M.G. Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar. São Paulo: Manole; 2004. p. 275-89.
- PINGARILHO, C.C. Atenção à saúde bucal no pré-natal: percepções das gestantes e das equipes Saúde da Família. Dissertação(Mestrado)- Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2011.
- PINHEIRO, R.S.; et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.7, v.4, p:687-707, 2002.
- PINHEIRO, R. Integralidade e práticas de saúde: transformação e inovação da incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS. **Boletim ABEM**, v.21, p:8-11, 2003.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2006.
- PIRES, C.G.S.; MUSSI, F.C. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.2, p:2257-2267, 2008.
- PIRES, V.M.M.M.; RODRIGUES, V.P.; NASCIMENTO, M.A.A. Sentidos da integralidade do cuidado na saúde da família. **Rev. enferm. UERJ**, v.18, n4, p: 622-7, 2010.
- POCOCK, S.J. **Clinical trials-a practical approach**. New York: John Wiley & Sons; 1989.

POLIT, D.F.; BACK, C.T.; HUNGLER, B.F. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. Ed. Porto Alegre: Artemed, 2004.

RAMOS, R.S. **Análise do arcabouço teórico jurídico do Sistema Único de Saúde: representações sociais na construção dos princípios éticos-organizativos**. 125f. Dissertação (Mestrado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, 2007.

RAMOS, A.L.S.L. **Prevalência de Fatores de Risco Cardiovasculares e Adesão ao Tratamento em Pacientes Cadastrados no Sistema de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) em Unidade de Referência de Fortaleza, Ceará, 2002-2005**. 73f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fortaleza, 2008.

REINERS, A.A.O., et al. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.2, p:2299-2306, 2008.

REIS, C.B.; ANDRADE, S.M.O. Representações sociais das enfermeiras sobre a integralidade na assistência à saúde da mulher na rede básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.1, p:61-70, 2008.

RIBEIRO, A.G.; RIBEIRO, S.M.R.; DIAS, C.M.G.C. Non-pharmacological treatment of hypertension in primary health care: A comparative clinical trial of two education strategies in health and nutrition. **BMC Public Health**, v. 11, n. 637, 2011.

RIBEIRO, A.G., et al. Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. **Rev. Nutr.**, v.25, n.2, p:271-282, 2012.

RIZZOTTO, M.L.F. As políticas de saúde e humanização da assistência. **Rev. Bras. Enferm.**, v.55, n.2, p:196-99, 2002.

RODRIGUES, M.T.P. Adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: desenvolvimento de um instrumento avaliativo com base na Teoria da Resposta do Item (TRI). 163f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)- Programa de Doutorado em Saúde Coletiva em Associação Ampla UECE-UFC-UNIFOR, Fortaleza, 2012.

SÁ, L.D.; SOUZA, K.M.J.; NUNES, M.G., et al. Tratamento da tuberculose em unidade de saúde da família: história de abandono. **Texto Contexto Enferm.**, v.16, n.4, p:712-8, 2007.

SABATE, E. **A adesão a longo prazo terapias: Evidência para a ação**. Organização Mundial de Saúde OMS, 2008.

SALA, A.; LUPPI, C.G.; SIMÕES, O.; MARSIGLIA, R.G. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. **Saúde Soc. São Paulo**, v.20, n.4, p.948-960, 2011.

SANTA HELENA, E.T; NEMES, M.I.B; ELUF-NETO, J. Avaliação da Assistência a Pessoas com Hipertensão Arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família. **Saúde Soc. São Paulo**, v.19, n.3, p:614-626, 2010.

SANTA HELENA, E.T; NEMES, M.I.B; ELUF-NETO, J. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, v.26, n.12, p:2389-2398, 2010.

SANTA HELENA, E.T; NEMES, M.I.B; ELUF-NETO, J. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos. **Rev Saúde Pública**, v.42, n.4, p:764-7, 2008.

SANTANA, F.R.; NAKATANI, A.Y.K.; FREITAS, R.A.M.M., et al. Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de graduação em enfermagem do Estado de Goiás. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.1, p:1653-1664, 2010.

SANTOS, Z.M.S.A. Hipertensão arterial - um problema de saúde pública. **Rev Bras Promoç Saúde**, v.24, n.4, p: 285-286, 2011.

SANTOS, B.R.M.; TEIXEIRA, J.; GONÇALVES, D., et al. Níveis de pressão arterial e adesão ao tratamento de pacientes hipertensos, usuários de uma farmácia escola. **Braz. J. Pharm. Sci.**, v. 46, n.3, 2010

SANTOS, S.D. **A integralidade no ensino de enfermagem na saúde da mulher: concepções e práticas de docentes**. 83f. Dissertação (Mestrado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, 2011.

SANTOS, J.C. et al. Cuidados clínicos de enfermagem ao idoso com hipertensão arterial: adesão ao tratamento e intervenções de enfermagem. **Revista de Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.13, p:343-354, 2012.

SAYD, J.D. Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v.12, n.1, p. 179-203. 2002.

SEWITCH, M.J.; ABRAHAMOWICZ, M.; BURKUN, A., et al. Patient nonadherence to medication in inflammatory Bowel disease. **Am. J. Gastroenterol.**, v. 98, n. 7, p. 1535-1544, 2003.

SILVA, K.L.; SENA, R.R. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. **Rev Bras Enferm.**, v.59, n.4, p: 488-91, 2006.

SILVA, S.R. **A representação social dos princípios do Sistema Único de Saúde pelos usuários**. 93f. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, 2007.

SILVA, SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.6, p:2753-2762, 2011.

SILVA, R.C.L, [organizador]. **Enfermagem: teorias & dicas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2010.

SILVA, K.L.; SENA, R.R.; Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**, v.42, n.1, p:48-56, 2008.

SILVA, S.F.; DOBASHI, B.F. **Pacto pela Saúde/2006: uma nova etapa na construção do SUS**. In: Cerci Neto A, organizador. *Asma em saúde pública*. Barueri, SP: Manole; 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO-SBH. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo; 2010.

SOUSA, F.G.M.; ERDMANN, A.L.; MOCHEL, E.G. Modelando a integralidade do cuidado à criança na Atenção Básica de Saúde. **Rev. Gaúch Enferm.**, v.3q, n.4, p:701-7, 2010.

SPINK, M.J. Sobre a Possibilidade de Conciliação do Ideal da Integralidade nos Cuidados à Saúde e a Cacofonia da Demanda. **Saúde e Sociedade**. v.16, n.1, p.18-27, jan-abr. 2007.

STARFIELD, B. **Primary Care: it is essencial?** Lancet, n. 344, p. 1129-33, 2002. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, MS, 2002.

TAVEIRA, L.F.; PIERIN, A.M.G. Can the socioeconomic level influence the characteristics of a group of hypertensive patients? **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.15, n.5, p:929-35, 2007.

TEIXEIRA, R.R. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma nova concepção de público. 2007 [site na Internet]. [acessado 2013]. Disponível em: <http://www.corposem.Org/rizoma/redeafetiva.htm>

URBANO, G.B. **Integralidade na prática assistencial da equipe de enfermagem: a relação da escuta na interação usuário e profissional no município de Paranaíba – PR**. 58f. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2009.

VELANDIA-ARIAS, A.; RIVERA-ÁLVAREZ, L.N. Self-care agency and adherence to treatment in people having cardiovascular risk factors. **Rev. salud pública**, v. 11, n. 4, p : 538-548, 2009.

VITOR, A.F., et al. Perfil das condições de seguimento terapêutico em portadores de hipertensão arterial. **Esc Anna Nery (impr.)**, v.15, n.2, p:251-260, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long-term therapies/evidence for action**, 2003.

# ***Apêndices***

**APÊNDICE A- Check-list desenvolvido pela pesquisadora a partir dos dispositivos de  
Starfield (2002)**

<b>Dispositivos</b>	<b>Conceito</b>	<b>Reta de análise (nota atribuída aos pressupostos)</b>	<b>Valor</b>
Acessibilidade	Fácil acesso as serviços de saúde oferecido na instituição (com horários e dias de atendimento, facilidade de se consultar e obter medicamentos)	0---1---2---3---4---5---6---7--- 8---9---10	
Acolhimento	Estabelecimento de interações, por meio de escuta qualificada, buscando agir em função do outro/reconhecer sua biografia e a estória do seu adoecimento.	0---1---2---3---4---5---6---7--- 8---9---10	
Vínculo	Qualidade das relações entre os profissionais e a população.	0---1---2---3---4---5---6---7--- 8---9---10	
Enfoque familiar	Consideração da família e do ambiente familiar nas consultas do serviço.	0---1---2---3---4---5---6---7--- 8---9---10	



### **APÊNDICE B- Roteiro de entrevista semi-estruturado**

- Fale o que você entende a respeito da Integralidade dos cuidados que você recebe no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão (CIDH)?

**APÊNDICE C- Instrumento de caracterização dos pacientes**

<b>Nome</b>	
<b>Prontuário</b>	
<b>Data do cadastro</b>	
<b>Data de nascimento</b>	
<b>Sexo</b>	
<b>Raça</b>	
<b>Escolaridade</b>	
<b>Doenças</b>	

**APÊNDICE D- Instrumento de caracterização das enfermeiras**

<b>Nome</b>	
<b>Data de nascimento</b>	
<b>Sexo</b>	
<b>Raça</b>	
<b>Escolaridade</b>	
<b>Renda</b>	
<b>Endereço</b>	

**APÊNDICE E – Termo de consentimento livre e esclarecido (Pacientes)**

Convidamos o(a) senhor(a) a participar da pesquisa **ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO E INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM UM CENTRO DE SAÚDE DE REFERÊNCIA DO NORDESTE BRASILEIRO**, de autoria de **ANTÔNIA SYLCA DE JESUS SOUSA**, sob a orientação da pesquisadora **PROFA. PÓS-DRA. THEREZA MARIA MAGALHÃES MOREIRA**. Essa pesquisa tem por objetivo Analisar a associação entre (não) adesão ao tratamento anti-hipertensivo e integralidade do cuidar pelo enfermeiro de um centro de saúde de atenção secundária do Nordeste. Necessitamos de sua colaboração para participar da pesquisa, realizada por meio de preenchimento de dois instrumentos e de resposta a um questionamento. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você poderá desistir e cancelar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para a sua relação com a pesquisadora ou em seu local de trabalho. Será garantida a sua privacidade e a proteção de sua imagem. A participação é voluntária, portanto, você não receberá remuneração. A pesquisa apresenta os seguintes riscos e benefícios: -Riscos: os participantes da pesquisa não sofrerão riscos maiores, no entanto, poderá advir o risco de constrangimento durante a aplicação dos instrumentos de coleta de dados. Para minimizá-lo, buscar-se-á aplicar tais instrumentos em locais reservados e respeitando a anuência do participante para o estudo; -Benefícios: através dos resultados da pesquisa que busca avaliar a associação existente entre a presença ou não adesão ao tratamento anti-hipertensivo e a integralidade do cuidado, o estudo proporcionará práticas mais efetivas de assistência que envolvam a clientela assistida, profissionais e gestores. Ressalta-se que as duas vias deste termo deverão ser assinadas: uma para o arquivamento junto à pesquisadora e outra para o(a) senhor(a). A responsabilidade pela realização da pesquisa é da **PROFA. PÓS-DRA. THEREZA MARIA MAGALHÃES MOREIRA**, que pode ser encontrada na Universidade Estadual do Ceará (UECE), Av. Paranjana, 1700, bairro Itaperi, CEP 60740-000, Fortaleza/CE. Qualquer informação poderá ser obtida junto aos pesquisadores através dos telefones: (89) 99765419/ (89) 81085159, ou no Comitê de Ética em Pesquisa da UECE: (85) 3101 9890.

---

**Antônia Sylca de Jesus Sousa**  
(Enfermeira)

---

**Profa. Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira**  
(Pesquisadora)

**TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que fui esclarecido(a) sobre a natureza, os objetivos e as garantias éticas da pesquisa, por isso, concordo em participar do estudo.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

---

**Assinatura do(a) entrevistado(a)**

**APÊNDICE F – Termo de consentimento livre e esclarecido- (ENFERMEIROS)**

Convidamos o(a) senhor(a) a participar da pesquisa **ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO E INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM UM CENTRO DE SAÚDE DE REFERÊNCIA DO NORDESTE BRASILEIRO**, de autoria de ANTÔNIA SYLCA DE JESUS SOUSA, sob a orientação da pesquisadora PROFA. PÓS-DRA. THEREZA MARIA MAGALHÃES MOREIRA. Essa pesquisa tem por objetivo Analisar a associação entre (não) adesão ao tratamento anti-hipertensivo e integralidade do cuidar pelo enfermeiro de um centro de saúde de atenção secundária do Nordeste. Necessitamos de sua colaboração para participar da pesquisa, realizada por meio de preenchimento de um instrumentos e de resposta a um questionamento. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você poderá desistir e cancelar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para a sua relação com a pesquisadora ou em seu local de trabalho. Será garantida a sua privacidade e a proteção de sua imagem. A participação é voluntária, portanto, você não receberá remuneração. A pesquisa apresenta os seguintes riscos e benefícios: -Riscos: os participantes da pesquisa não sofrerão riscos maiores, no entanto, poderá advir o risco de constrangimento durante a aplicação do instrumento de coleta de dados. Para minimizá-lo, buscar-se-á aplicar tal instrumento em locais reservados e respeitando a anuência do participante para o estudo; -Benefícios: através dos resultados da pesquisa que busca avaliar o cuidado oferecidos pelos enfermeiros aos clientes hipertensos, o estudo proporcionará práticas mais efetivas de assistência que envolvam a clientela assistida, profissionais e gestores. Ressalta-se que as duas vias deste termo deverão ser assinadas: uma para o arquivamento junto à pesquisadora e outra para o(a) senhor(a). A responsabilidade pela realização da pesquisa é da PROFA. PÓS-DRA. THEREZA MARIA MAGALHÃES MOREIRA, que pode ser encontrada na Universidade Estadual do Ceará (UECE), Av. Paranjana, 1700, bairro Itaperi, CEP 60740-000, Fortaleza/CE. Qualquer informação poderá ser obtida junto aos pesquisadores através dos telefones: (89) 99765419/ (89) 81085159, ou no Comitê de Ética em Pesquisa da UECE: (85) 3101 9890.

---

**Antônia Sylca de Jesus Sousa**  
(Enfermeira)

---

**Profa. Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira**  
(Pesquisadora)

**TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que fui esclarecido(a) sobre a natureza, os objetivos e as garantias éticas da pesquisa, por isso, concordo em participar do estudo.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

# ***Anexos***

**ANEXO A- Teste de Morisky-Green**

<b>Perguntas referente ao Teste de Morisky</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Você às vezes tem problemas em se lembrar de tomar a sua medicação?		
Você às vezes se descuida de tomar seu medicamento?		
Quando está se sentindo bem, você às vezes para de tomar seu medicamento?		
Às vezes, se você se sentir pior ao tomar a medicação, você para de toma-la?		



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
CEARÁ - UECE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE PRESENÇA OU NÃO DE ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO E INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM UM CENTRO DE SAÚDE DE REFERÊNCIA DO NORDESTE BRASILEIRO

**Pesquisador:** Antônia Sylca de Jesus Sousa

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 13457313.7.0000.5534

**Instituição Proponente:** PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 400.990

**Data da Relatoria:** 24/06/2013

#### Apresentação do Projeto:

A Nova Constituição Brasileira apresentou um paradigma que garantiu o direito à saúde para todo cidadão, transformando-a em um dever do Estado, que propiciava um acesso igualitário e universal, embasado em ações que promovessem a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde da população em geral, através do novo e então atual

Sistema Único de Saúde. A implementação do SUS não só desencadeou em um processo de ampliação na quantidade de serviços de saúde, como também ampliou a qualidade deles, já que um de seus princípios é o da integralidade da atenção à saúde, que confronta o modo vigente de produzir saúde (MACHADO et al., 2007). Este modelo de assistência vem a substituir o tradicional que era pautado na doença, apresentando o ser na sua

integralidade e no seu processo de saúde-doença-cuidado. O trabalho justifica-se por avaliar a adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica na perspectiva do cuidado com eixo na integralidade em um centro de saúde de atenção secundária do Nordeste. Trata-se de um estudo de triangulação de métodos (MINAYO, 2011). Na primeira fase, tratar-se-á de um estudo analítico, transversal, quantitativo. Na segunda fase será realizada uma análise de conteúdo, usando a técnica de enunciação, onde esta se apoia numa concepção da comunicação como processo e não como dado e funciona desviando-se das estruturas e dos elementos formais (BARDIN, 2011). O

**Endereço:** Av. Paranjana, 1700

**Bairro:** Itaperi

**CEP:** 60.714-903

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3101-9890

**Fax:** (85)3101-9906

**E-mail:** diana.pinheiro@uece.br





UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 400.990

estudo será realizado no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão (CIDH) de Fortaleza-CE, com coleta de dados no período de abril a junho de 2013, com população composta por 600 hipertensos atendidos no CIDH. Para realização a coleta de dados, pegar -se-á a amostra estabelecida para avaliar a presença ou não de adesão, que será feita pelo Teste de Morisky e Green. Em seguida, será verificado como se configura a integralidade do atendimento recebido no CIDH. Para obtenção deste resultado, será avaliada a integralidade baseada nos dispositivos propostos pela Starfield (acessibilidade, acolhimento, vínculo e enfoque familiar). De posse dos resultados da presença da adesão/não adesão ao tratamento anti-hipertensivo e da averiguação da presença/ausência de integralidade na assistência de enfermagem aos pacientes, verificaremos se existe associação entre estas variáveis. Para tanto, faremos um entrecruzamento de variáveis por meio do teste estatístico, o Qui-quadrado de Pearson (X<sup>2</sup>), onde os dados coletados serão tabulados e organizados utilizando um Software IBM- Statistical Package for Social Sciences (IBMSPPS) versão 20.0. Serão descritas também a concepção dos usuários e enfermeiros sobre a integralidade em seus dispositivos no CIDH, utilizaremos para isto uma questão norteadora e faremos uma análise de conteúdo de Bardin (2011), usando a técnica de enunciação.

#### Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica na perspectiva do cuidado com eixo na integralidade em um centro de saúde de atenção secundária do Nordeste.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

##### Riscos:

Os participantes da pesquisa não sofrerão risco, pois a pesquisa atenderá aos princípios éticos em todas as fases do estudo, em consonância com o que preconiza a Resolução 196 de 1996 (BRASIL, 1996). Ao longo da pesquisa, consideraremos os pressupostos da bioética, configurados em sua resolução: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça. Os participantes do estudo serão orientados sobre o anonimato, natureza, objetivos e

benefícios da pesquisa. Além disso, assinarão um termo de consentimento livre e esclarecido para o estudo, podendo retirar sua anuência no momento que desejarem. Para quem não souber ler e escrever, será realizada a leitura do consentimento livre e esclarecido para o participante e para uma ou mais testemunhas, sendo aposta sua digital no termo.

##### Benefícios:

Através dos resultados da pesquisa que busca avaliar a associação existente entre a presença ou não adesão ao tratamento anti-hipertensivo e a integralidade do cuidado, o estudo proporcionará

Endereço: Av. Paranjana, 1700  
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903  
 UF: CE Município: FORTALEZA  
 Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: diana.pinheiro@uece.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 400.990

práticas mais efetivas de assistência que envolvam a clientela assistida, profissionais e gestores.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trabalho bem estruturado, tem relevância científica.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A folha de rosto está corretamente preenchida e assinada pelo pesquisador e instituição proponente.

O TCLE está escrito em forma de convite, informa que foi elaborado em duas vias, de fácil entendimento, garante a possibilidade de não participação, desistência a qualquer momento sem prejuízos, anonimato; oferece o contato do pesquisador, orientadora e CEP.

Apresenta termo de anuência da instituição devidamente assinado.

Financiamento próprio.

Cronograma adequado ao estudo à época da submissão na PB.

**Recomendações:**

Sugere-se a leitura da Resolução 466/12 do CNS para avaliar de forma mais adequada os riscos aos sujeitos.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O protocolo de pesquisa atende aos preceitos éticos da Resolução 466/12 do CNS.

As pendências foram atendidas.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Os termos de apresentação obrigatória foram disponibilizados adequadamente. Algumas recomendações foram feitas para melhor adequação dos riscos aos sujeitos.

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: diana.pinheiro@uece.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 400.990

FORTALEZA, 20 de Setembro de 2013

---

**Assinador por:**  
**DIANA CÉLIA SOUSA NUNES PINHEIRO**  
(Coordenador)

**Endereço:** Av. Paranjana, 1700

**Bairro:** Itaperi

**CEP:** 60.714-903

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3101-9890

**Fax:** (85)3101-9906

**E-mail:** diana.pinheiro@uece.br