



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**MIRIANE DA SILVA MOTA**

**ANÁLISE DOS COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO DE PESSOAS  
COM HIPERTENSÃO E SUA ASSOCIAÇÃO AO ATRIBUTO DE  
INTEGRALIDADE**

**TERESINA – PIAUÍ**

**2023**

MIRIANE DA SILVA MOTA

**ANÁLISE DOS COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO DE PESSOAS  
COM HIPERTENSÃO E SUA ASSOCIAÇÃO AO ATRIBUTO DE  
INTEGRALIDADE**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI), como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Orientador:** Prof. Dr. José Wicto Pereira Borges.

**Área de Concentração:** Enfermagem no Contexto Social Brasileiro.

**Linha de Pesquisa:** Políticas e Práticas Sócio-Educativas de Enfermagem.

TERESINA – PIAUÍ

2023

**Universidade Federal do Piauí**  
**Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde**  
**Divisão de Representação da Informação**

M917a      Mota, Miriane da Silva.  
              Análise dos componentes da Rede de Atenção de Pessoas com  
              Hipertensão e sua associação ao atributo de integralidade / Miriane da  
              Silva Mota. -- 2023.  
              49 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Pós-  
Graduação em Enfermagem, 2023.  
“Orientador: Prof. Dr. José Wicto Pereira Borges”

1. Sistemas de Saúde. 2. Integralidade em Saúde. 3. Atenção  
Primária à Saúde. 4. Hipertensão Arterial Sistêmica. I. Borges, José  
Wicto Pereira. II. Título.

CDD 614.4

Elaborado por Fabíola Nunes Brasilino CRB 3/ 1014

MIRIANE DA SILVA MOTA

**ANÁLISE DOS COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO DE PESSOAS  
COM HIPERTENSÃO E SUA ASSOCIAÇÃO AO ATRIBUTO DE  
INTEGRALIDADE**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

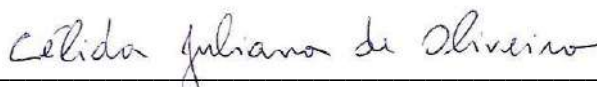
Aprovada em: 26/07/2023

**BANCA EXAMINADORA**



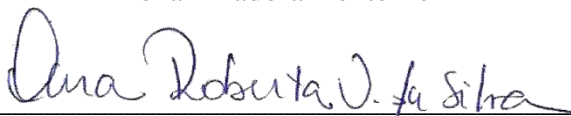
---

Prof. Dr. José Wicto Pereira Borges  
Universidade Federal do Piauí (UFPI)  
Presidente da banca – Orientador



---

Profa. Dra. Célida Juliana de Oliveira  
Universidade Regional do Cariri (URCA)  
1ª examinadora – externo



---

Profa. Dra. Ana Roberta Vilarouca da Silva  
Universidade Federal do Piauí (UFPI)  
2ª examinadora – interno

---

Profa. Dra. Ana Larissa Gomes Machado  
Universidade Federal do Piauí (UFPI)  
Examinadora suplente

Dedico esse trabalho a Deus, minha família, ao Yure Lucas e Marcelo (*in memoriam*) e  
ao meu orientador querido José Wicto. Gratidão!

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus**, fonte de todo conhecimento e sabedoria, por me guiar nesta jornada e conceder-me forças para superar os desafios ao longo desta dissertação de mestrado.

Minha gratidão se estende à minha amada **família**, que sempre me apoiou de forma incondicional. Minha mãe Adalgisa, minhas irmãs Marciane e Magna, ao meu marido Misael por sua paciência e incentivo, minha prima Marta, meus cunhados Marcos e Jailton e meus sobrinhos Laura, Joabe e Maísa, e demais familiares, sou imensamente grato pela confiança depositada em mim e pelo amor inabalável que sempre me deram.

Não posso deixar de mencionar meus amigos verdadeiros, aqueles que estiveram ao meu lado durante toda a trajetória acadêmica, meu grupo da graduação “*coligação*”.

Em especial minha gratidão deve-se ao meu orientador José Wicto, que além de orientar, é compreensivo, paciente, incentivador, excelente professor, pesquisador e acima de tudo, é um excelente ser humano.

Também gostaria de expressar minha gratidão especial à Luana, Camila Hanna e Erisonval que me acolheram, ajudaram, discutiram e foram essenciais nesse processo de construção da dissertação. Ao Grupo de Pesquisa em Enfermagem, Tecnologias de Cuidado e Cronicidades sou grata por fazer parte dessa equipe tão talentosa e dedicada.

Agradeço imensamente a todas as pontuações da banca examinadora Célida Juliana, Ana Roberta Vilarouca e Ana Larissa, por toda contribuição de enriquecimento ao meu trabalho e realização de grande passo em minha carreira profissional.

Por fim, agradeço a todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho. Seja através de palavras de encorajamento, revisões críticas ou suporte técnico, cada gesto de apoio foi fundamental para a conclusão desta dissertação de mestrado.

Minha gratidão é imensa e espero poder retribuir todo o carinho e confiança depositados em mim. Que este trabalho possa contribuir para o avanço do conhecimento em nossa área e inspirar futuras pesquisas. Que possamos continuar buscando res’ superando obstáculos e transformando o mundo ao nosso redor.

Minha gratidão a todos(as)!

“A ciência nunca resolve um problema sem criar pelo menos outros dez”.

(George Bernard Shaw)

## RESUMO

MOTA, M. S. **Análise dos componentes da rede de atenção de pessoas com hipertensão e sua associação ao atributo de integralidade.** 2023. 49f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI, 2023.

**Introdução:** As Redes de Atenção à Saúde das pessoas com Doenças Crônicas, como na Hipertensão Arterial Sistêmica, são arranjos organizativos que buscam garantir a integralidade do cuidado por meio da assistência integral, promoção de saúde e prevenção de complicações. Essa pesquisa surge pela necessidade de avaliação do contexto das redes de atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica no Piauí, estruturada por linhas de cuidados prioritárias que possibilitam a disposição dos serviços direcionados à integralidade do cuidado. **Objetivo:** Analisar os componentes da rede de atenção à saúde para pessoas com hipertensão no Piauí, Brasil, e sua associação com o atributo de integralidade da Atenção Primária a Saúde por meio da Pesquisa Nacional de Saúde. **Método:** Trata-se de estudo transversal descritivo realizado a partir de dados secundários da Pesquisa Nacional de Saúde em 2019, na unidade federativa do Piauí, com amostra de 147 pessoas que autorrelatarem diagnóstico de hipertensão. Realizou-se análise estatística descritiva e exploratória dos dados, bivariada com aplicação de testes de associação e multivariada com a aplicação de uma regressão logística. A pesquisa utilizou dados secundários públicos da Pesquisa Nacional de Saúde em 2019, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, não exigindo, portanto, a submissão específica ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí. **Resultados:** Não houve associação entre as variáveis sociodemográficas e a integralidade dos serviços disponíveis e prestados. Para integralidade dos serviços disponíveis, destacaram-se como fatores de proteção o local de atendimento, atendimento pelo mesmo médico, realização de exame de sangue e encaminhamentos para especialistas; práticas integrativas e internar por hipertensão; e a obtenção do medicamento no "aqui tem farmácia popular". Como fator de risco, o atendimento no Sistema Único de Saúde; o uso de medicamento para hipertensão e pagar pelo medicamento. Na integralidade dos serviços prestados, os fatores de proteção foram o encaminhamento para especialistas; prática integrativa e internar por hipertensão; o uso do medicamento para hipertensão e o medicamento obtido no "aqui tem farmácia popular". Os fatores de risco foram o local de atendimento, atendimento no Sistema Único de Saúde, atendimento pelo mesmo médico e exame de sangue; e o pagamento pelo medicamento da hipertensão. Para integralidade dos serviços disponíveis, destacaram-se como fatores de risco para pessoas com hipertensão que pagam pelos medicamentos, e aumentaram as chances de se ter integralidade entre aqueles que obtiverem entre os serviços prestados da atenção primária à saúde seu medicamento pelo programa "aqui tem farmácia popular" e a prática integrativa e complementar do cuidado. **Conclusão:** O estudo mostrou que pagar pelo medicamento da hipertensão aumentou o risco de não ter integralidade nos serviços disponíveis da atenção primária à saúde. A aquisição de medicamentos pelo programa "Aqui tem farmácia popular", juntamente com as práticas integrativas e complementares do cuidado aumentaram as chances de se ter integralidade nos serviços prestados da atenção primária à saúde.

**Palavras-chave:** Sistemas de Saúde; Integralidade em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Hipertensão Arterial Sistêmica.

## ABSTRACT

MOTA, M. S. **Análise dos componentes da rede de atenção de pessoas com hipertensão e sua associação ao atributo de integralidade.** 2023. 49f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI, 2023.

**Introduction:** The Health Care Networks for people with Chronic Diseases, such as Systemic Arterial Hypertension, are organizational arrangements that seek to ensure comprehensive care through comprehensive care, health promotion and prevention of complications. This research arises from the need to assess the context of health care networks for people with systemic arterial hypertension in Piauí, structured by lines of priority care that enable the provision of services aimed at comprehensive care.

**Objective:** To analyze the components of the health care network for people with hypertension in Piauí, Brazil, and their association with the comprehensiveness attribute of Primary Health Care through the National Health Survey. **Method:** This is a descriptive cross-sectional study based on secondary data from the National Health Survey in 2019, in the federative unit of Piauí, with a sample of 147 people who self-reported a diagnosis of hypertension. Descriptive and exploratory statistical analysis of the data was carried out, bivariate with the application of association tests and multivariate with the application of a logistic regression. The research used public secondary data from the National Health Survey in 2019, carried out by the Brazilian Institute of Geography and Statistics, therefore, specific submission to the Research Ethics Committee of the Federal University of Piauí is not supported. **Results:** There was no association between sociodemographic variables and the completeness of services available and provided. For the completeness of the available services, the following protection factors were highlighted: the place of care, care provided by the same doctor, blood tests and referrals to specialists; integrative practices and hospitalization for hypertension; and obtaining the medicine at the "here's a popular pharmacy". As a risk factor, attendance in the Unified Health System; the use of medication for high blood pressure and pay for the medication. In the integrality of the services provided, the protective factors were referral to specialists; integrative practice and hospitalization for hypertension; the use of medication for hypertension and the medication obtained at the "here's a popular pharmacy". The risk factors were the place of care, care in the Unified Health System, care by the same doctor and blood test; and payment for the hypertension medication. For the completeness of the available services, risk factors for people with hypertension who pay for the medicines stood out as risk factors, and the chances of having completeness increased among those who obtain, among the services provided in primary health care, their medicine through the program "here you have it". popular pharmacy" and the integrative and complementary practice of care. **Conclusion:** The study showed that paying for hypertension medication increased the risk of not having comprehensive primary health care services available. The acquisition of medicines through the "Aqui tem Farma Popular" program, together with integrative and complementary care practices, increased the chances of having integrality in the services provided in primary health care.

**Keywords:** Health Systems; Integrality in Health; Primary Health Care; Systemic Arterial Hypertension.

## RESUMEN

MOTA, M. S. **Análise dos componentes da rede de atenção de pessoas com hipertensão e sua associação ao atributo de integralidade.** 2023. 49f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI, 2023.

**Introducción:** Las Redes de Atención a la Salud para personas con Enfermedades Crónicas, como la Hipertensión Arterial Sistémica, son arreglos organizativos que buscan garantizar la atención integral a través de la atención integral, la promoción de la salud y la prevención de complicaciones. Esta investigación surge de la necesidad de evaluar el contexto de las redes de atención a la salud de las personas con hipertensión arterial sistémica en Piauí, estructuradas por líneas prioritarias de atención que posibiliten la prestación de servicios dirigidos a la atención integral. **Objetivo:** Analizar los componentes de la red de atención a la salud de las personas con hipertensión en Piauí, Brasil, y su asociación con el atributo de integralidad de la Atención Primaria de Salud a través de la Encuesta Nacional de Salud. **Método:** Se trata de un estudio descriptivo transversal basado en datos secundarios de la Encuesta Nacional de Salud de 2019, en la unidad federativa de Piauí, con una muestra de 147 personas que auto-refirieron un diagnóstico de hipertensión. Se realizó análisis estadístico descriptivo y exploratorio de los datos, bivariado con la aplicación de pruebas de asociación y multivariado con la aplicación de una regresión logística. La investigación utilizó datos secundarios públicos de la Encuesta Nacional de Salud de 2019, realizada por el Instituto Brasileño de Geografía y estadística, por lo que no requirió presentación específica al Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Piauí. **Resultados:** No hubo asociación entre las variables sociodemográficas y la completitud de los servicios disponibles y prestados. Para la integralidad de los servicios disponibles, se destacaron los siguientes factores de protección: el lugar de atención, atención brindada por el mismo médico, análisis de sangre y derivación a especialistas; prácticas integradoras y hospitalización por hipertensión; y obtener el medicamento en el "aquí hay una farmacia popular". Como factor de riesgo, la asistencia al Sistema Único de Salud; el uso de medicamentos para la presión arterial alta y el pago de los medicamentos. En la integralidad de los servicios prestados, los factores protectores fueron la derivación a especialistas; práctica integradora y hospitalización por hipertensión; el uso de medicamentos para la hipertensión y los medicamentos obtenidos en la "aquí está una farmacia popular". Los factores de riesgo fueron el lugar de atención, atención en el Sistema Único de Salud, atención por el mismo médico y análisis de sangre; y el pago de la medicación para la hipertensión. Para la integralidad de los servicios disponibles, se destacaron como factores de riesgo para las personas hipertensas que pagan los medicamentos, y aumentaron las posibilidades de tener integralidad entre quienes obtienen, entre los servicios prestados en la atención primaria de salud, su medicamento a través de la programa "aquí lo tienes", farmacia popular" y la práctica asistencial integradora y complementaria. **Conclusión:** El estudio mostró que el pago de medicamentos para la hipertensión aumentó el riesgo de no disponer de servicios integrales de atención primaria de salud. La adquisición de medicamentos a través del programa "Aqui tem Farma Popular", junto con prácticas de atención integradora y complementaria, aumentaron las posibilidades de tener integralidad en los servicios prestados en la atención primaria de salud.

**Palabras llave:** Sistemas de Salud; Integralidad en Salud; Primeros auxilios; Hipertensión Arterial Sistémica

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### Lista do Fluxograma

<b>Fluxograma 1</b>	Fluxograma de elegibilidade dos participantes da pesquisa conforme dados extraídos da PNS 2019	26
---------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------	----

### Lista de Quadros

<b>Quadro 1</b>	Componentes e descrição da RAS das pessoas com hipertensão adaptando às questões extraídas do banco de dados da PNS 2019	29
<b>Quadro 2</b>	Atributo de integralidade da APS adaptado para PNS 2019	30

### Lista de Tabelas

<b>Tabela 1</b>	Associação entre o atributo de integralidade (serviços disponíveis e serviços prestados) da APS e as características socioeconômicas de pessoas com hipertensão segundo dados da PNS, 2019	34
<b>Tabela 2</b>	Associação entre o atributo de integralidade (serviços disponíveis e serviços prestados) da APS e os componentes da RAS de pessoas com hipertensão segundo dados da PNS, 2019	36
<b>Tabela 3</b>	Modelo de regressão logística hierárquica das variáveis preditoras da integralidade dos serviços prestados da APS em pessoas hipertensas segundo dados da PNS 2019	39

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ATFP	Aqui tem farmácia popular
AVE	Acidente vascular encefálico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DCV	Doenças cardiovasculares
DM	Diabetes mellitus
DRC	Doença renal crônica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
PA	Pressão arterial
PAD	Pressão arterial diastólica
PAS	Pressão arterial sistólica
PCATool	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PFPB	Programa farmácia popular do Brasil
PIC	Práticas integrativas e complementares
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade básica de saúde
UFs	Unidades da Federação
UFPI	Universidade Federal do Piauí
UPA	Unidades Primária de Amostragem
USF	Unidade de saúde familiar

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
<b>2.1</b>	<b>Geral.....</b>	<b>16</b>
<b>2.2</b>	<b>Específicos.....</b>	<b>16</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>17</b>
<b>3.1</b>	<b>Atributo de integralidade na atenção primária à saúde e sua relação com as redes de atenção à saúde na perspectiva da Política Nacional de Saúde 2019</b>	<b>17</b>
<b>3.2</b>	<b>Redes de Atenção à Saúde e seus elementos constitutivos.....</b>	<b>20</b>
<b>3.3</b>	<b>Rede de Atenção à Pessoas com Doença Crônica e a Hipertensão Arterial Sistêmica.....</b>	<b>22</b>
<b>4</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>25</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo de estudo.....</b>	<b>25</b>
<b>4.2</b>	<b>Local, população e amostra.....</b>	<b>25</b>
<b>4.3</b>	<b>Critérios de inclusão e exclusão.....</b>	<b>26</b>
<b>4.4</b>	<b>Variáveis do estudo.....</b>	<b>26</b>
<b>4.4.1</b>	<b>Variáveis socioeconômicas.....</b>	<b>26</b>
<b>4.4.2</b>	<b>Variáveis da análise da Rede de Atenção à Saúde das pessoas hipertensas por meio da Pesquisa Nacional de Saúde.....</b>	<b>27</b>
<b>4.4.3</b>	<b>Variáveis da integralidade da Atenção Primária à Saúde.....</b>	<b>29</b>
<b>4.5</b>	<b>Coleta de dados.....</b>	<b>30</b>
<b>4.6</b>	<b>Análise de dados.....</b>	<b>31</b>
<b>4.7</b>	<b>Aspectos éticos.....</b>	<b>31</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>33</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>40</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>44</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>45</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A transição demográfica evidencia a tendência de envelhecimento populacional com manutenção do alargamento do topo da pirâmide etária e estreitamento da base de sua estrutura com reduções percentuais entre as faixas etárias até 34 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020).

Essa tendência impacta no perfil de morbimortalidade da população, pois o aumento da longevidade está associado as melhores condições de saúde e socioeconômicas, assim as doenças infectocontagiosas deixaram de ser a principal causa de óbitos dando espaço para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (FIGUEIREDO; CECCON; FIGUEIREDO, 2020).

As DCNT são responsáveis por mais de 70% das mortes em todo o mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). O diabetes, as doenças cardiovasculares (DCV), o câncer e a doença respiratória crônica são maiores agravos responsáveis pelas mortes no mundo com 33,2 milhões em 2019, um aumento de 28% em relação ao ano de 2000 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

O Brasil acompanhou esse aumento da mortalidade por DCNT, apresentando crescimento de 71% das mortes em 1990 para 75% das mortes em 2019 (MARTINS *et al.*, 2021). Em 2017, as DCV foram responsáveis por 28,8% das mortes entre DCNT, sendo a hipertensão arterial sistêmica (HAS) associada a 45% desses óbitos, ressaltando principalmente suas consequências devido às lesões nos órgãos alvos (BARROSO *et al.*, 2021).

A pressão arterial (PA) elevada têm sido associadas aos riscos de doença renal crônica (DRC), acidente vascular encefálico (AVE), cardiopatia isquêmica e até mesmo a mortalidade precoce. Por isso, é primordial que haja atenção às necessidades da população com HAS para mudança desse contexto, como a adesão às propostas de tratamento para controle da PA (BARROSO *et al.*, 2021).

Esse acompanhamento desse ser realizado preferencialmente pela Atenção Primária à Saúde (APS), sendo necessário o apoio especializado para garantia da integralidade do cuidado por meio da produção e utilização de procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico da HAS (TANAKA *et al.*, 2019).

No Brasil, o acesso à saúde é dado por realidades locorregionais heterogêneas marcados por desigualdades socioeconômicas e no desenvolvimento das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (GERNELO *et al.*, 2018).

O sistema de saúde brasileiro é descentralizado conforme as diferentes necessidades de saúde entre as regiões, dessa forma os municípios assumem papel central na implementação da política e na provisão de serviços de saúde. Ainda, promove a autonomia dos entes federados e coordenação entre eles para garantia de independência de localização territorial, acesso de todos e a todos os níveis de complexidade assistencial (MENINUCCI; COSTA; MACHADO, 2018).

Nessa conjuntura as Redes de Atenção à Saúde (RAS) surgem como possibilidade de organização SUS para melhorar o fluxo dos serviços e conseqüentemente o acesso da população. As RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde que buscam garantir a integralidade do cuidado nos três níveis de atenção (BRASIL, 2010; MENDES, 2011).

A RAS é regulamentada pela portaria nº 4.279/2010 e o decreto nº 7.508/2011 na qual é constituída por três elementos que são a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. A estrutura operacional apresenta os seguintes componentes: Atenção Primária à Saúde; Atenção Especializada; Sistemas de Apoio; Sistemas Logísticos; Governança (BRASIL, 2010).

A APS é a entrada e centro de comunicação preferencial da RAS e deve cumprir a resolução de solução de 85% dos problemas de saúde, coordenação do cuidado e a responsabilização pela população. A atenção especializada (pontos de atenção secundários e terciários) se diferenciam pela densidade tecnológica com função de produção singular. Os sistemas de apoio são os lugares institucionais comuns a todos os pontos, de apoio diagnósticos, terapêutico, assistência farmacêutica e sistemas de informação em saúde. Os sistemas logísticos são soluções tecnológicas que garantem uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações. E a governança é o arranjo organizativo que permite a gestão de todos os componentes das redes de atenção à saúde (MENDES, 2010).

Em 2014, diante da demanda de reestruturação da atenção às pessoas com doenças crônicas, entre as quais está a HAS, redefiniu-se a Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do SUS por meio da portaria nº 483 de 01 de abril de 2014, com objetivo de promover a atenção a saúde integral em todos os pontos da RAS e fomentar a mudança no modelo de saúde por meio da assistência integral,

promoção de saúde e prevenção das doenças crônicas e suas complicações (BRASIL, 2014).

Partindo desse pressuposto, essa pesquisa surge pela necessidade de avaliação do contexto organizacional das redes de atenção à saúde das pessoas com HAS. A rede é estruturada por linhas de cuidados prioritárias possibilitando a sequência pelos usuários de acordo a delimitação da linha de cuidado e da disposição do serviço, com objetivo de atender o princípio da equidade no acesso das pessoas aos serviços de saúde.

Esse acesso das pessoas com hipertensão requer extrema atenção, devido a necessidade de seguimento junto ao serviço de saúde para acompanhar o tratamento, seja ele medicamentoso e não, e também para a prevenção e manejo de complicações, requerendo a integralidade nessa RAS que oferece suporte à pessoa hipertensa.

Estudos que avaliam organização, acesso e implantação da RAS identificaram fragilidades em seus componentes como: substituição dos arranjos assumindo novas direções no sistema de saúde, dificuldades relacionadas à estrutura e ao processo de trabalho nos diferentes níveis de atenção (APS, Atenção Especializada e sistemas de apoio) e de gestão (sistema logísticos e de governança) (GALVÃO *et al.*, 2019; SANTOS *et al.*, 2015).

Essas implicações associadas às pesquisas de base populacionais, como a do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizado pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) possibilita recortes geográficos, com multipropósitos, respeitando coeficientes de variação estimados em cada domínio estatístico, em especial a edição de 2019, que incluiu na avaliação da APS no Brasil, a versão reduzida do instrumento intitulado *Primary Care Assessment Tool - PCATool* (PINTO; MEIRA; CARVALHO, 2021).

O PCATool possui alguns atributos, entre eles está o atributo da integralidade da APS que, no contexto da RAS, em especial à pessoa hipertensa, visa garantia dos serviços nos diferentes níveis de atenção (primário, secundário, terciário) para que se tenha um cuidado efetivo e de qualidade.

Então, a presente pesquisa tem como problemática a ser investigada a RAS e o atributo de integralidade da APS em pessoas com HAS. Partindo do questionamento: quais os componentes da RAS para pessoas com hipertensão no Piauí, Brasil, segundo dados da PNS 2019? E qual sua associação com o atributo de integralidade da APS por meio da PNS 2019?

Desse modo, justifica-se essa pesquisa pela exiguidade de uma análise, a partir dos dados da PNS, sobre os componentes estruturais da RAS de pessoas com hipertensão associado ao atributo de integralidade da APS. A partir disso, identificar pontos críticos, lacunas, potencialidades, para propiciar o funcionamento integrado dos elementos das redes com melhor qualidade e para construção de novos conhecimentos.

Essa investigação permite que a enfermagem em saúde coletiva tenha o embasamento científico para identificar lacunas e as necessidades de pessoas hipertensas, com a finalidade de direcionar o desenvolvimento de políticas e práticas socioeducativas para melhoria do cuidado integral, buscando estratégias de seguimento do cuidado e promoção de adesão terapêutica.

Além disso, auxiliar gestores em saúde na elaboração de melhores estratégias políticas para o cuidado de pessoas hipertensas, auxiliar os profissionais de saúde com melhor conhecimento científico para embasar sua assistência, e também estimular a realização de pesquisas futuras para sobre a temática em seus diferentes contextos.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

- Analisar os componentes da RAS para pessoas com hipertensão no Piauí, Brasil, e sua associação com o atributo de integralidade da Atenção Primária a Saúde por meio da Pesquisa Nacional de Saúde.

### **2.2 Específicos**

- Descrever os componentes atenção primária à saúde, pontos de atenção à saúde secundários e terciários, sistemas de apoio da rede de atenção à saúde das pessoas com hipertensão no Piauí;
- Associar os componentes da RAS com atributo essencial de integralidade da APS.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 Atributo de integralidade na atenção primária à saúde e sua relação com as redes de atenção à saúde na perspectiva da Política Nacional de Saúde 2019**

A atenção primária à saúde (APS) ocupa uma posição fundamental nos sistemas de saúde, sendo reconhecida como o primeiro nível de assistência dentro das redes que compõem os serviços de saúde. Ela desempenha um papel central ao atuar como a porta de entrada para os usuários, ou seja, é o ponto de acesso inicial ao sistema de saúde, onde as pessoas podem buscar cuidados e orientações para suas necessidades de saúde. Além disso, a APS exerce um importante papel de coordenação da rede de atenção, integrando os diversos serviços e profissionais de saúde em um sistema coeso e integrado (TILAZZI; GRENDENE; VINHOLES, 2022).

A integralidade da APS se configura como um pilar fundamental na busca por sistemas de saúde mais eficientes, equitativos e centrados nas necessidades das pessoas. Está além de uma simples abordagem fragmentada e setorializada da saúde, buscando concretizar o conceito de saúde como um direito fundamental e forma de garantir a cidadania das pessoas (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

A integralidade envolve a compreensão e ações voltadas para o cuidado integral do indivíduo, considerando suas dimensões física, psicológica, social e cultural (RODRIGUES; SOUSA, 2023), e está diretamente relacionada à otimização dos recursos disponíveis nas redes de atenção à saúde. Para garantir a integralidade, é fundamental considerar a racionalização de gastos e o melhor aproveitamento da oferta assistencial disponível. Em sistemas de saúde organizados em redes, é possível obter um uso mais eficiente dos recursos por meio da melhoria dos mecanismos de incorporação tecnológica e do acesso dos usuários aos diferentes serviços. Além disso, é importante buscar a obtenção de economias de escala e escopo na composição e organização desses serviços (SILVA, 2011).

Dessa forma, ao promover a integralidade na saúde e otimizar os recursos disponíveis, as redes de atenção à saúde podem proporcionar um cuidado mais abrangente, que vai além da mera ausência de doenças. Isso implica em uma visão ampla da saúde, considerando a qualidade de vida, o bem-estar e a equidade dos indivíduos, levando em conta não apenas aspectos físicos, mas também psicológicos, sociais e culturais (RODRIGUES; SOUSA, 2023). Ao mesmo tempo, busca-se utilizar de maneira

mais eficiente os recursos disponíveis, por meio da racionalização dos gastos e da melhor organização dos serviços nas redes de atenção à saúde (SILVA, 2011). Essa integração entre a integralidade e a otimização dos recursos contribui para o fortalecimento dos sistemas de saúde e para o atendimento mais adequado e sustentável das necessidades da população.

No âmbito do SUS, a estrutura das redes regionais de atenção à saúde é favorecida atualmente pelo Pacto de Gestão, objetivando melhorar a eficácia e a qualidade da Gestão no SUS, com a definição de metas sanitárias, integrando ações de promoção da saúde, da atenção básica à saúde, da atenção especializada ambulatorial e hospitalar, da vigilância em saúde e da gestão do trabalho e educação na saúde nas mudanças do modelo de atenção à saúde, visando a regionalização (MENICUCCI; COSTA; MACHADO 2018).

Esse processo exige a cooperação entre os municípios de determinada região de saúde, além da qualificação da APS como instância organizadora do sistema e coordenadora do cuidado ofertado. Assim, todos os componentes das RAS mostram-se importantes e diferenciam-se pelas respectivas densidades tecnológicas, uma vez que a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde, tendo a APS no centro (MENDES, 2011; MENDES, 2010).

O sistema de referência e contrarreferência, por exemplo, é considerado como um dos elementos-chave para esta organização. A utilização de um formulário de referência e contrarreferência têm por objetivo repassar informações úteis que contribuam com a qualidade da atenção e comunicação entre os profissionais (DAMACENO, 2020).

Posteriormente, respeitando as especificidades de cada rede temática, foram pensadas as fases para o processo de implantação: diagnóstico (análise situacional) e adesão (política e técnica com definição do grupo condutor); desenho da rede (pactuação dos fluxos, dos pontos de atenção e suas missões); contratualização dos pontos de atenção; qualificação dos elementos da rede e certificação da rede (MAGALHÃES, 2014).

Ressalta-se que a maior eficácia das ações de saúde se dá pela constituição de relações mais horizontalizadas, com cuidados múltiplos pautados em uma integração sistêmica entre os diversos serviços, que passam a se comportar como pontos de atenção inter-relacionados e com canais permanentes de comunicação (MEDEIROS *et al.*, 2017). O entendimento de acesso à saúde passa de uma concepção hierárquica e piramidal para

redes poliárquicas de atenção, considerando as diferenças nas densidades tecnológicas, se configurando em redes policêntricas e horizontais (MENDES, 2011).

Desse modo, a atuação nestas ações, acompanhada do gerenciamento do cuidado clínico o qual é primordial para a consolidação das RAS, requer que a participação dos profissionais supere modelos verticalizados de atenção, contemplando a participação social, gerencial e administrativa. No Brasil, foram identificados estudos com foco na implementação de redes de atenção materno-infantil, puerpério, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, no planejamento de ações das Unidades de Pronto Atendimento na rede de serviços de saúde (FRANK *et al.*, 2016; UCHIMURA *et al.*, 2015).

Nesse sentido, as redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde oferecem uma condição estruturalmente mais adequada para efetivação da integralidade da atenção e reduzem os custos dos serviços por conferir uma maior racionalidade sistêmica na utilização dos recursos (DAMACENO, 2020), que podem ser beneficiadas pela utilização da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), um estudo de abrangência nacional realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com o IBGE.

A PNS, por sua vez, é um estudo de base domiciliar, que possibilita a análise dos dados para as áreas urbana e rural, por grandes regiões nacionais, Unidades da Federação (UFs), capitais e regiões metropolitanas (BRASIL, 2020a).

A primeira edição da PNS foi lançada em 2013 com o objetivo de ampliar a investigação temática dos Suplementos Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), com investigação sobre o acesso, a utilização de serviços de saúde e cobertura de planos de saúde (STOPA *et al.*, 2020). Logo, em 2019 o IBGE lançou a 2ª edição da PNS, com ampliações significativas. Ampliando tanto alterações no questionário quanto o tamanho da amostra que atingiu cerca de 100 mil domicílios em todo o território nacional (SILVA; PINTO, 2021).

Nessa edição, foi acrescido ao questionário o Módulo H (“Atendimento Médico”) sobre os serviços de APS na perspectiva do usuário adulto com 18 anos ou mais. Foram incorporadas as questões da versão reduzida do *Primary Care Assessment Tool*, um dos principais instrumentos empregados na avaliação da APS. Divididos nos seguintes atributos: acesso - primeiro contato; longitudinalidade; coordenação do cuidado; integralidade; orientação familiar; e orientação comunitária (SILVA; PINTO, 2021).

A realização de inquéritos de saúde como a PNS 2019 serve de subsídio a ações e programas no SUS, um avanço para saúde pública brasileira, monitorando os programas e serviços de saúde existentes como a própria RAS (STOPA *et al.*, 2020). A RAS busca a organização do SUS como forma de reorientar garantindo a integralidade e melhores resultados sanitários (TOFANI *et al.*, 2021). Essa organização visa garantir os direitos em todo território definido de forma longitudinal e humanizada por meio da formalização de vínculos e processos de trabalho, bem como de sistemas de informação integrados que contribuem para a regulação de serviços (NAKATA *et al.*, 2020).

Desse modo, associar dados de inquéritos de saúde possibilitam analisar as condições de risco da população bem como conhecer o perfil de saúde para avaliar o sistema de saúde e suas características sociodemográficas, permitindo investigar relações entre diversas variáveis (SZWARCOWALD; SOUZA-JÚNIOR; DAMACENA, 2010).

E assim com esses dados, auxiliar os gestores de saúde no planejamento da assistência à saúde no SUS e reforça a importância na redução das desigualdades e na oferta de serviços públicos de qualidade para a população (SOUZA-JÚNIOR *et al.*, 2021).

### **3.2 Redes de Atenção à Saúde e seus elementos constitutivos**

As Redes de Atenção à Saúde (RASs) surgem como uma proposta de serviços organizados em níveis de densidade tecnológica para satisfazer as necessidades da pessoa no cuidado com sua saúde permitindo ofertar uma atenção contínua e integral, coordenada pela atenção primária à saúde e com responsabilidades sanitária e econômica gerando valor para população (MENDES, 2011; SANTOS, 2017).

A RAS na década de 1920, no Reino Unido, quando foi elaborado o Relatório Dawson, como resultado de um grande debate de mudanças no sistema de proteção social daquela união política após a 1ª Guerra Mundial. Nesse documento consta a primeira proposta de organização de sistemas regionalizados de saúde, cujos serviços de saúde deveriam acontecer por intermédio de uma organização ampliada que atendesse às necessidades da população de forma eficaz. Esses serviços deveriam ser acessíveis a toda população e oferecer cuidados preventivos e curativos, tanto no âmbito do cuidado domiciliar quanto nos centros de saúde secundários, fortemente vinculados aos hospitais (OLIVEIRA, 2016; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011).

Redes de atenção estão na agenda e na estrutura legal da política de saúde brasileira há mais de três décadas e, mais incisivamente, a partir da Portaria nº 4.279/2010

e do Decreto nº 7.508/2011 que estabeleceram um eixo regulatório (VARGAS, 2015). Após a municipalização da gestão dos sistemas de saúde nos anos 1990, nos anos 2000 foi necessária a adoção de medidas que propiciassem a organização do sistema de saúde por regiões. A publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) em 2001, valorizando a regionalização, visava a superar a fragmentação do cuidado e as desigualdades regionais aprofundadas com a transferência da gestão da saúde aos municípios (DUARTE *et al.*, 2015; LIMA *et al.*, 2014).

O modo de organizar as RASs determina a singularidade de seus processos descentralizadores frente a outros setores sociais. Os serviços de saúde estruturam-se numa rede de pontos de atenção à saúde, composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos, espacialmente, de forma ótima. Essa organização deve ser feita de forma efetiva, eficiente e com qualidade, embasada nos seguintes fundamentos: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção (MENDES, 2011).

É aceito, na literatura internacional, que os sistemas de saúde organizados em Redes de Atenção à Saúde cujos modelos se estruturam com base numa Atenção Primária forte, resolutiva e coordenadora do cuidado dos usuários, apresentam melhores resultados que aqueles cujo modelo de Atenção Primária ou Atenção Básica à Saúde é frágil (MENDES, 2009).

Trata-se de um arranjo poliárquico de conjuntos de serviços de saúde, compondo um sistema que busca, deliberadamente, no plano de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de interrelações (MENDES, 2011).

Essas organizações poliárquicas são vinculadas entre si por uma missão única e objetivos comuns que operam de forma cooperativa e interdependente que intercambiam constantemente seus recursos sem hierarquia entre os pontos de atenção, estabelecendo uma rede horizontal de atenção à saúde, conformando entre as distintas densidades tecnológicas e seus sistemas de apoio, igualmente importantes, para que se cumpram todos os objetivos das RAS (MENDES, 2011).

De acordo os níveis de densidade tecnológica, a Atenção Primária à Saúde surge com a coordenação da RAS, pressupondo um processo complexo, necessitando de um tensionamento de forças que se estabelecem no intra e nos interserviços de saúde cujo vetor resultante poderá aproximar-se ou distanciar-se das ideias pensadas para o fortalecimento dessa proposta (LAPÃO *et al.*, 2017).

A RAS propõe a substituição da concepção hierárquica, proposta pela concepção normativa do SUS, pelas redes poliárquicas, respeitando as diferentes densidades tecnológicas, conformando-se redes policêntricas horizontais (MENDES, 2011).

As RASs podem ser compreendidas segundo três elementos constitutivos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção (SANTOS, 2018).

A população é o elemento central da rede que envolve a essência do atendimento proposto na RAS, processo que envolve a territorialização com espaços organizativos e de comprometimento sanitário, sob responsabilidade da APS (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011; SANTOS, 2018).

A estrutura operacional é constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós, composto de cinco componentes a Atenção Primária à Saúde; a atenção especializada (pontos de atenção secundários e terciários); os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e o sistema de governança (MENDES, 2010).

E o terceiro elemento constitutivo são os modelos de atenção à saúde que organizam o funcionamento da RAS, articulando as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos de intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias (MENDES, 2010).

Desse modo, vale destacar a importância de profissionais formados e sensibilizados para atuação em comunidade, utilização de melhores evidências científicas na terapêutica dos problemas mais prevalentes e implementação de ações de saúde para vigilância, prevenção de doenças e promoção de saúde. Ainda, o gerenciamento do cuidado por meio da regulação do acesso e interação com os demais níveis de atenção, com disponibilidade de serviços e especialidades médicas de maior prevalência quando necessário (DAMACENO *et al.*, 2020).

### **3.3 Rede de Atenção à Pessoas com Doença Crônica e a Hipertensão Arterial Sistêmica**

Segundo Mendes (2018), o Brasil vive uma situação de tripla carga de doenças, estimando em todo de 85% da carga de doença relacionada às condições crônicas, que são aquelas condições de saúde de curso mais ou menos longo ou permanente que exigem respostas e ações contínuas, proativas e integradas do sistema de

atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias para o seu controle efetivo, eficiente e com qualidade.

No contexto da Atenção Básica um grande desafio enfrentado pelas equipes da Estratégia Saúde da Família é à adesão aos cuidados necessários e ao tratamento, em especial a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), que associada à Diabetes Mellitus (DM) requer um maior manejo de ambas em um mesmo paciente (FARIA *et al.*, 2014).

A HAS é uma condição multifatorial caracterizada pela elevação persistente da PA, ou seja, PA sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou PA diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg. Possui como fatores de riscos: genética, idade, sexo, étnica, sobrepeso/obesidade, ingestão de sódio e potássio, sedentarismo, fatores socioeconômicos, apneia obstrutiva do sono, entre outros (BARROSO *et al.*, 2021).

O surgimento dos modelos de atenção às condições crônicas, visam todo o ciclo de uma condição crônica, de forma integral, por isso são mais complexos, envolvendo ações de promoção da saúde e de prevenção, cuidado, reabilitação e palição das condições de saúde e, buscando uma atenção contínua que engloba cuidados primários, secundários e terciários, sistemas de apoio e sistemas logísticos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

Esses modelos engendram respostas sociais proativas, contínuas e integradas em três dimensões: dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias. Para assim é necessária a estratificação dos riscos da população adscrita, a estabilização das condições crônicas e o autocuidado apoiado (MENDES, 2018).

Desse modo, por meio da portaria nº 483 de 01 de abril de 2014, redefiniram a Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do SUS com objetivo de fomentar a mudança no modelo de atenção à saúde por meio da qualificação integral e da ampliação de estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção de desenvolvimento de doenças crônicas e suas complicações (BRASIL, 2014).

Mendes (2019), coloca que as doenças crônicas determinam impactos fortes: apresentam grandes efeitos adversos na qualidade de vida dos indivíduos, causam mortes prematuras e geram grandes efeitos econômicos negativos para as famílias, as comunidades e os países.

O custo econômico das condições crônicas é enorme. Isso se dá por que: as pessoas portadoras das doenças reduzem suas atividades de trabalho e perdem emprego; os prestadores de serviços gastam cada vez mais com os custos crescentes dessas doenças;

os gestores de saúde sentem-se desconfortáveis com os pobres resultados em relação ao manejo dessas condições; e a sociedade em geral apresenta enorme perda de produtividade e de qualidade de vida impostas por essas condições.

## **4 MÉTODO**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de estudo transversal descritivo realizado a partir de dados secundários da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) em 2019. O estudo transversal de uma pesquisa significa que a coleta de dados é realizada em um único momento, com objetivo de descrever variáveis, analisar sua incidência e fazer a interrelação (SAMPIERI, 2013).

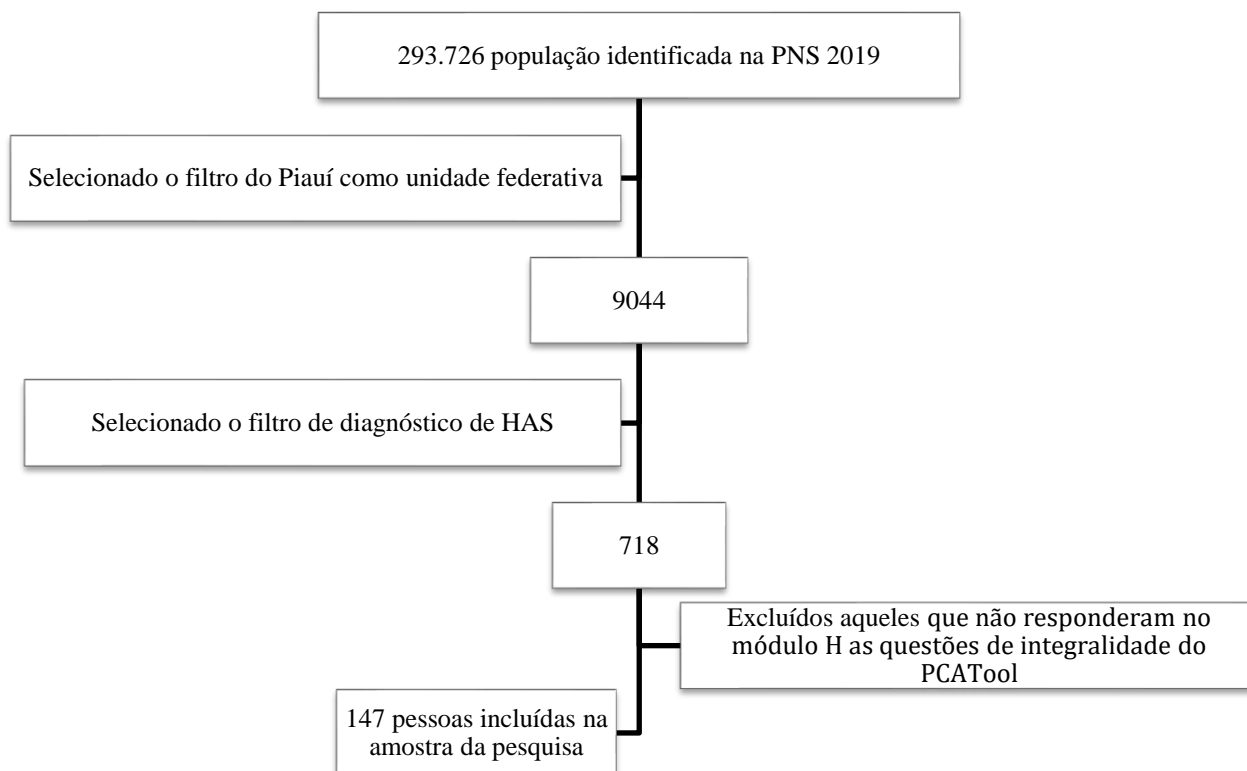
Na pesquisa descritiva o pesquisador apenas registra e descreve os fatos observados sem interferir neles, visando a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis (PROVANOV; FREITAS, 2013).

A PNS é um inquérito nacional representativo da população brasileira adulta domiciliada, conduzido pelo IBGE em parceria com o Ministério da Saúde (BRITO *et al.*, 2022).

### **4.2 Local, população e amostra**

O local do estudo foi a unidade federativa do Piauí segundo dados da PNS de 2019. A população do estudo foi composta por 718 pessoas que autorrelataram diagnóstico de HAS na coleta da PNS (2019). O plano amostral da PNS é realizado por uma amostra probabilística de domicílios a partir de informações prestadas por pessoa moradora com idade igual ou superior a 15 anos, estabelecendo as unidades primária de amostragem (UPA) como amostra mestra e uma amostragem aleatória simples para selecionar um número fixo de domicílios particulares permanentes em casa uma dessas unidades primárias (FIOCRUZ, 2023). Para esse estudo a amostra foi composta pelas pessoas com HAS que responderam as questões relativas ao PCATool, perfazendo uma amostra de 147 pessoas.

**Fluxograma 1** – Fluxograma de elegibilidade dos participantes da pesquisa conforme dados extraídos da PNS 2019.



**Fonte:** elaborado pelos autores, 2023.

### 4.3 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas as pessoas considerando o módulo H (Atendimento Médico) da PNS, composta por pessoas com 18 anos ou mais; com diagnóstico de HAS confirmado por meio da resposta “sim” ao questionamento “Q2a Algum médico já lhe deu o diagnóstico de hipertensão arterial (pressão alta)?”; na unidade federativa no Piauí.

Foram excluídos os participantes que não responderam no módulo H as questões do PCATool: integralidade – serviços disponíveis e integralidade – serviços prestados.

### 4.4 Variáveis do estudo

#### 4.4.1 Variáveis socioeconômicas

- Idade (item C8): adultos (<60 anos); idosos ( $\geq 60$  anos).
- Sexo (item C6): homem; mulher.
- Nível de escolarização (item D9a): ensino fundamental; ensino médio e superior.

- Raça/Cor (item C9): branco e amarelo; preto, pardo e indígena.
- Estado civil (item C11): com companheiro; sem companheiro.

#### 4.4.2 Variáveis da análise da Rede de Atenção à Saúde

Para compor às variáveis para análise da RAS das pessoas com hipertensão foi utilizado as questões do módulo Q – Doenças Crônicas, com questionamentos sobre HAS, totalizou dez (10) questões divididas entre quatro componentes da RAS: Atenção Primária à Saúde, Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários (Atenção Especializada) e Sistemas de apoio (quadro 1). Excluiu-se o componente de governança pois não foram encontrados itens que se adequassem ao propósito em questão e sistema logístico devido ao alto número de omissões nas respostas aos itens elencados da PNS 2019.

As variáveis da PNS 2019 relacionadas ao componente de Atenção Primária à Saúde da RAS são:

- Q12a Na última vez que recebeu atendimento médico para hipertensão arterial, onde o(a) Sr(a) foi atendido? (categorizada em “1 farmácia” “2 Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)” “3 Policlínica pública, Posto de Assistência Médica ou Centro de Especialidades público” “4 Unidade de Pronto Atendimento, outro tipo de pronto atendimento público (24 horas), pronto-socorro ou emergência de hospital público” “5 Ambulatório de hospital público” “6 Consultório particular clínica privada ou ambulatório de hospital privado” “7 Pronto atendimento ou emergência de hospital privado” “8 No domicílio” “9 Outro serviço” “99 Ignorado”). Adaptado para “atenção primária” os itens 1, 2, 8 e 9; e para “atenção secundária/terciária” os itens 3, 4, 5, 6, 7;
- Q15 Esse atendimento foi feito pelo SUS? (categorizada em “1 sim” “2 não” “9 ignorado”);
- Q16 Na última consulta, o médico que o(a) atendeu era o mesmo das consultas anteriores? (categorizada em “1 sim” “2 não” “9 ignorado”);
- Q19a Foi pedido exame de sangue? (categorizada em “1 sim” “2 não” “9 ignorado”);

- Q22 Em algum dos atendimentos para hipertensão arterial, houve encaminhamento para alguma consulta com médico especialista, tais como cardiologista ou nefrologista? (categorizada em “1 sim” “2 não” “3 Não houve encaminhamento, pois todas as consultas para hipertensão foram com médico especialista” “9 ignorado”). Adaptado para “sim” o item 1 e para “não” os itens 2 e 3.

As variáveis da PNS 2019 relacionadas ao componente de Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários (Atenção Especializada) da RAS são:

- Q18a Fazer uso de acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia, homeopatia, meditação, yoga, tai chi chuan, Lian gong ou alguma outra prática integrativa e complementar? (categorizada em “1 sim” “2 não” “9 ignorado”).
- Q26 Alguma vez o(a) Sr(a) se internou por causa da hipertensão ou de alguma complicação? (categorizada em “1 sim” “2 não” “9 ignorado”).

Em relação as variáveis da PNS 2019 com o componente de Sistemas de apoio da RAS foram selecionadas os itens:

- Q6a Nas duas últimas semanas, o(a) Sr(a) tomou os medicamentos para controlar a hipertensão arterial (pressão alta)? (categorizado em “1 sim, todos” “2 sim, alguns” “3 não, nenhum” “9 ignorado”) adaptado para “sim” os itens 1 e 2 e “não” o item 3;
- Q8a Algum dos medicamentos para hipertensão arterial foi obtido no “Aqui tem farmácia popular”? (categorizado em “1 sim, todos” “2 sim, alguns” “3 não, nenhum” “9 ignorado”) adaptado para “sim” os itens 1 e 2 e “não” o item 3;
- Q10 O(A) Sr(a) pagou algum valor pelos medicamentos? (categorizada em “1 sim” “2 não” “9 ignorado”).

O quadro 1 sintetiza os componentes da RAS por meio da PNS.

**Quadro 1** – Componentes e descrição da RAS das pessoas com hipertensão adaptando às questões extraídas do banco de dados da PNS 2019.

	COMPONENTES	QUESTÕES
Atenção Primária à Saúde	A Atenção Primária à Saúde constitui-se como porta de entrada do sistema com função resolutiva aos problemas frequentes de saúde. Visa a estratégia de organização do sistema como uma forma de apropriar, recombina e reordenar todos os recursos para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, implicando na APS como coordenadora de uma RAS (BRASIL, 2015).	Q12a Local de atendimento
		Q15 Atendimento no SUS
		Q16 Atendimento pelo mesmo médico
		Q19a Exame de sangue
		Q22 Encaminhamento para especialistas
Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários	Ofertam determinados serviços especializados, se diferenciam por suas respectivas densidades tecnológicas, sendo os pontos de atenção terciária mais densa tecnologicamente e, por essa razão, tendem a ser mais concentrados espacialmente (MENDES, 2011).	Q18a Prática integrativa e complementar
		Q26 Internou por hipertensão
Sistemas de apoio	Os sistemas de apoio são os lugares institucionais das redes em que se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde (MENDES, 2011).	Q6a Uso de medicamentos para hipertensão
		Q8a Medicamento obtido no “Aqui tem farmácia popular”
		Q10 Pagar pelo medicamento da hipertensão

Fonte: elaborado pelos autores, 2023.

#### 4.4.3 Variáveis da integralidade da Atenção Primária à Saúde

As variáveis do atributo de integralidade da APS utilizaram os itens do módulo H (Atendimento Médico) da PNS 2019, dividido em: integralidade – serviços disponíveis e integralidade – serviços prestados (quadro 2).

O módulo H (Atendimento Médico) é uma das novas contribuições da PNS 2019, foi utilizado o PCATool-Brasil versão reduzida e adaptada. Foram considerados os moradores de 18 anos ou mais de idade que se consultaram pelo menos duas vezes com o mesmo médico, nos últimos seis meses anteriores à data da entrevista, em unidade básica de saúde (UBS) ou unidade de saúde familiar (USF) (FIOCRUZ, 2023). Os itens investigados seguem o formato *likert* com respostas “4 com certeza sim” “3 provavelmente sim” “2 provavelmente não” “1 com certeza não” “9 ignorado”.

Para o atributo de integralidade – serviços disponíveis, foram realizadas as questões: H21 Aconselhamento para problemas de saúde mental; H22 Aconselhamento sobre como parar de fumar; H23 Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento. Para o atributo de integralidade – serviços prestados: H24 Orientações sobre alimentação saudável, boa higiene e sono adequado; H25 Orientações sobre exercícios físicos apropriados para você; H26 Verificar e discutir os medicamentos que você está usando; H27 Como prevenir quedas. O quadro 1 sintetiza as questões para avaliação da integralidade.

**Quadro 2** – Atributo de integralidade da APS adaptado para PNS 2019.

ATRIBUTOS	DESCRIÇÃO	QUESTÕES
Integralidade – Serviços disponíveis	Avalia se o paciente está recebendo aconselhamento adequadas	H21, H22, H23
Integralidade – Serviços Prestados	Avalia se o paciente está recebendo orientações adequadas	H24, H25, H26, H27

Fonte: elaborado pelos autores, 2023.

O escore referente ao atributo de integralidade foi calculado conforme estabelecido o manual do instrumento PCATool-Brasil (2020). Determinou-se a média das respostas de cada questão, por meio da transformação dos escores de 0 a 10, utilizou-se os valores de 1 a 4 de cada resposta e aplicou a seguinte fórmula para definição do escore geral da APS:  $(\text{escore obtido} - 1) \times 10/4 - 1$ . Foram classificados em alto ou satisfatórios (escore  $\geq 6,6$ ) e baixo ou insatisfatórios (escore  $< 6,6$ ), pois indicam implicações nas características dos serviços em saúde avaliados pelo atributo de integralidade da APS (BRASIL, 2020b).

#### 4.5 Coleta de dados

O IBGE organizou as coletas e coordenação do trabalho de campo com agentes de coleta, supervisores e coordenadores internos. As entrevistas foram feitas usando dispositivos móveis de coleta (DMC) programados para facilitar a análise. Ao chegar nos domicílios selecionados, os agentes explicavam aos moradores os procedimentos da pesquisa, preenchendo uma lista de objetivos de todos os residentes, independentemente da participação na pesquisa (STOPA *et al.*, 2020).

Em seguida, identificava-se o(a) morador(a) que proveria as informações sobre os questionários domiciliar e de todos os moradores do domicílio, além do sorteio

do(a) morador(a) de 15 anos e mais para responder à entrevista individual. As entrevistas foram agendadas segundo o horário mais conveniente para os moradores. Foram previstas duas ou mais visitas em cada domicílio (STOPA *et al.*, 2020).

Os dados para o desenvolvimento deste estudo foram baixados diretamente do site do IBGE pelos pesquisadores, durante os meses de fevereiro e março de 2023, organizados e analisados pelo software SPSS versão 20.0 para Windows®.

#### **4.6 Análise de dados**

A análise estatística foi realizada empregando-se o software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.0 para Windows®. A análise se deu por meio da estatística descritiva e exploratória dos dados, bivariada com aplicação de testes de associação e multivariada com a aplicação de uma regressão logística.

A análise estatística descritiva abrangeu as características sociodemográficas e os itens elencados do questionário da PNS 2019 para os componentes da RAS compreendendo a obtenção de frequências absoluta e relativa.

Para a realização da análise bivariada, realizou-se o teste do qui-quadrado de Pearson para variáveis dicotômicas considerando em todos os testes o nível de significância estatística de 5%. Para estimar a força de associação com o atributo de integralidade dividido em serviços disponíveis e serviços prestados, foi calculada a *Odds Ratio* (OR), com intervalo de confiança de 95%.

As variáveis que foram submetidas à regressão foram aquelas que apresentaram um p-valor menor ou igual a 0,20 obtidos na análise bivariada. Na aplicação da regressão, a variável dependente a associação com o atributo de integralidade da APS entre os serviços disponíveis (sim ou não) e os serviços prestados (sim ou não), com intuito de investigar o quanto às variáveis independentes se relacionam com o comportamento da variável dependente. O critério estabelecido nesta etapa de análise para as variáveis foi a significância estatística com p-valor < 0,05.

Os resultados foram dispostos em tabelas para melhor ordenamentos dos dados para atender aos objetivos propostos pelo estudo.

#### **4.7 Aspectos éticos**

O projeto da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde

(CNS), sob o parecer de número 3.529.376, respeitando os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012.

O presente estudo utilizou dados secundários públicos da PNS 2019, realizada pelo IBGE, não exigindo, portanto, a submissão específica ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (UFPI).

Esta pesquisa oferta benefícios por permitir a obtenção de dados e a construção de indicadores sobre os componentes da RAS pela PNS com finalidade de identificar as lacunas existentes para elaboração de melhorias. Essa pesquisa não oferta riscos aos participantes.

## **5 RESULTADOS**

A maior frequência dos participantes da pesquisa eram mulheres (85%), idosos (52,4%) considerando a idade igual ou superior a 60 anos. Os autodeclarados pretos, pardos e indígenas tiveram maior percentual com 79,6%. No que se refere a situação conjugal, 53,1% vivem com companheiro e a maior percentual possui nível de escolaridade ensino médio e/ou superior (40,8%).

Ao analisar a associação entre as variáveis sociodemográficas com a integralidade dos serviços disponíveis e prestados, observou-se que não houve associação estatisticamente significativa (tabela 1).

**Tabela 1-** Associação entre o atributo de integralidade (serviços disponíveis e serviços prestados) da APS e as características socioeconômicas de pessoas com hipertensão segundo dados da PNS, 2019. (n = 147)

Variáveis socio demográficas	n(%)	INTEGRALIDADE DOS SERVIÇOS DISPONÍVEIS		p valor	OR (IC 95%)	INTEGRALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS		p valor	OR (IC 95%)
		SIM n(%)	NÃO n(%)			SIM n(%)	NÃO n(%)		
<b>Sexo</b>									
Homem	62 (42,2)	38 (61,3)	24 (38,7)	0,117	1,699	31 (50)	31 (50)	0,288	1,429
Mulher	85 (57,8)	41 (48,2)	44 (51,8)		(0,874;3,304)	35 (41,2)	50 (58,8)		(0,739;2,762)
<b>Idade</b>									
< 60 anos	70 (47,6)	34 (48,6)	36 (51,4)	0,231	0,672	31 (44,3)	39 (55,7)	0,887	0,954
≥ 60 anos	77 (52,4)	45 (58,4)	32 (41,6)		(0,350;1289)	35 (45,5)	42 (54,5)		(0,498;1,829)
<b>Raça</b>									
Branco e Amarelo	30 (20,4)	16 (53,3)	14 (46,7)	0,960	0,980	14 (46,7)	16 (53,3)	0,827	1,094
Preto, pardos e indígenas	117 (79,6)	63 (53,8)	54 (46,2)		(0,438;2,189)	53 (44,4)	65 (55,6)		(0,489;2,446)
<b>Estado civil</b>									
Com companheiro	78 (53,1)	44 (56,4)	34 (43,6)	0,490	1,257	35 (44,9)	43 (55,1)	0,995	0,998
Sem companheiro	69 (46,9)	35 (50,7)	34 (49,3)		(0,656;2409)	31 (44,9)	38 (55,1)		(0,520;1,914)
<b>Escolaridade*</b>									
Ensino fundamental	46 (31,3)	24 (52,2)	22 (47,8)	0,959	1,021	23 (50)	23 (50)	0,609	1,222
Ensino médio e/ou superior	60 (40,8)	31 (51,7)	29 (48,3)		(0,473;2,201)	27 (45)	33 (55)		(0,566;2,639)

\*n=106; OR= Razão de chances; IC= Intervalo de confiança.

**Fonte:** próprios autores com base na Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Referente ao componente da atenção primária à saúde sobre o atendimento médico para HAS, 85,7% referem terem recebido esse atendimento em serviços da atenção primária e 89,8% afirmaram que esse atendimento foi realizado pelo SUS. A continuidade no atendimento pelo mesmo médico foi relatada por 76,9% dos entrevistados. A maioria afirma que foram pedidos exames de sangue (78,9%), mas que não houve encaminhamentos para especialistas (67,3%).

Ao elencar os pontos de atenção à saúde secundários e terciários, quando questionados sobre internação por causa da hipertensão ou mesmo por alguma complicação obteve-se uma afirmativa de 76,9% e que 81% dos participantes fazem uso das práticas integrativas e complementares. No sistema de apoio, 91,8% dos participantes afirmam o uso dos medicamentos para controle da hipertensão e 47,6% obtém o medicamento por meio do programa “aqui tem farmácia popular” e 51% não pagam pelo medicamento que fazem uso.

A tabela 2 apresenta os testes de associação do atributo de integralidade da APS e os componentes da Redes de Atenção à Saúde de pessoas com hipertensão, subdivido em componente da atenção primária à saúde, pontos de atenção à saúde secundários e terciários e sistemas de apoio.

**Tabela 2** - Associação entre o atributo de integralidade (serviços disponíveis e serviços prestados) da APS e os componentes da RAS de pessoas com hipertensão segundo dados da PNS, 2019.

COMPONENTES		n(%)	INTEGRALIDADE DOS SERVIÇOS DISPONÍVEIS		p valor	OR (IC 95%)	INTEGRALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS		p valor	OR (IC 95%)
			SIM n(%)	NÃO n(%)			SIM n(%)	NÃO n(%)		
<b>Atenção Primária à Saúde</b>										
<b>Local de atendimento (n = 137)</b>	Atenção primária	126 (85,7)	68 (54)	58 (46)	0,537	0,670 (0,187;2,403)	58 (46)	68 (54)	0,230	2,275 (0,577;8,972)
	Atenção secundária/ terciária	11 (7,5)	7 (63,6)	4 (36,4)			3 (27,3)	8 (74,7)		
<b>Atendimento no SUS (n = 138)</b>	Sim	132 (89,8)	72 (54,5)	60 (45,5)	0,827	1,200 (0,234;6,165)	60 (45,5)	72 (54,5)	0,559	1,667 (0,295;9,416)
	Não	6 (4,1)	3 (50)	3 (50)			2 (33,3)	4 (66,7)		
<b>Atendimento pelo mesmo médico (n = 138)</b>	Sim	113 (76,9)	61 (54)	52 (46)	0,855	0,922 (0,385;2,205)	53 (46,9)	60 (53,1)	0,321	1,570 (0,641;3,848)
	Não	25 (17)	14 (56)	11 (44)			9 (36)	16 (64)		
<b>Exame de sangue (n = 138)</b>	Sim	116 (78,9)	63 (54,3)	53 (45,7)	0,984	0,991 (0,397;2,474)	56 (48,3)	60 (51,7)	0,069	2,489 (0,910;6,809)
	Não	22 (15)	12 (54,5)	10 (45,5)			6 (27,3)	16 (72,7)		
<b>Encaminhamento para especialistas (n = 138)</b>	Sim	39 (26,5)	21 (53,8)	18 (46,2)	0,941	0,972 (0,462;2,045)	17 (43,6)	22 (56,4)	0,843	0,927 (0,440;1,956)
	Não	99 (67,3)	54 (54,5)	45 (45,5)			45 (45,5)	54 (54,5)		
<b>Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários</b>										
<b>Prática integrativa e complementar (n = 138)</b>	Sim	119 (81)	62 (52,1)	57 (47,9)	0,185	0,502 (0,179;1,409)	48 (40,3)	71 (59,7)	0,007	0,241 (0,082;0,714)
	Não	19 (19)	13 (68,4)	6 (31,6)			14 (73,7)	5 (26,3)		

Continua...

COMPONENTES		n(%)	INTEGRALIDADE DOS SERVIÇOS DISPONÍVEIS		p valor	OR (IC 95%)	INTEGRALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS		p valor	OR (IC 95%)
			SIM n(%)	NÃO n(%)			SIM n(%)	NÃO n(%)		
<b>Continuação</b>										
<b>Atenção Primária à Saúde</b>										
<b>Internou por hipertensão (n = 138)</b>	Sim	113 (76,9)	13 (52)	12 (48)	0,795	0,891 (0,374;2,122)	10 (40)	15 (60)	0,578	0,782 (0,324; 1888)
	Não	25 (17)	62 (54,9)	51 (45,1)			52 (46)	61 (54)		
<b>Sistemas de apoio</b>										
<b>Uso do medicamento para hipertensão (n = 141)</b>	Sim	135 (91,8)	75 (55,6)	60 (44,4)	0,789	1,250 (0,243;6,418)	61 (45,2)	74 (54,8)	0,302	0,412 (0,073;2,327)
	Não	6 (4,1)	3 (50)	3 (50)			4 (66,7)	2 (33,3)		
<b>Medicamento obtido no “Aqui tem farmácia popular” (n = 136)</b>	Sim	59 (40,1)	31 (52,5)	28 (47,5)	0,492	0,787 (0,398;1,559)	20 (33,9)	39 (66,1)	<b>0,025</b>	0,450 (0,223;0,907)
	Não	77 (52,4)	45 (58,4)	32 (41,6)			41 (53,2)	36 (46,8)		
<b>Pagar pelo medicamento da hipertensão (n = 136)</b>	Sim	61 (41,5)	40 (65,6)	21 (34,4)	<b>0,040</b>	2,063 (1,029;4,138)	34 (55,7)	27 (44,3)	0,021	2,239 (1,122;4,468)
	Não	75 (51)	36 (48)	39 (52)			27 (36)	48 (64)		

Fonte: próprios autores com base na Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Para integralidade dos serviços disponíveis destacaram-se para APS que o local de atendimento (OR= 0,67), atendimento pelo mesmo médico (OR=0,92), exame de sangue (OR=0,99) e encaminhamentos para especialistas (OR=0,97) aumentaram as chances de haver integralidade no serviço. Por sua vez, o atendimento no SUS (OR= 1,20) diminui as chances de integralidade dos serviços disponíveis.

Em relação aos pontos de atenção à saúde (secundário/terciário), observou-se elevadas chances de ocorrer a integralidade para prática integrativa (OR=0,50) e para internar por hipertensão (OR= 0,89).

Já para o sistema de apoio, identificou-se que a obtenção de medicamento no “aqui tem farmácia popular” (OR= 0,78) é fator de proteção para a integralidade dos serviços disponíveis. Entretanto, o uso de medicamento para hipertensão (OR= 1,25) e pagar pelo medicamento (OR=2,06) são fatores de risco para não ocorrer a integralidade.

Na integralidade dos serviços prestados, em relação a APS somente o encaminhamento para especialistas (OR=0,927) aumentaram as chances de haver integralidade no serviço. O local de atendimento (OR=2,275), atendimento no SUS (OR=1,667), atendimento pelo mesmo médico (OR=1,570) e exame de sangue (OR=2,489) diminuiram as chances de integralidade dos serviços prestados.

No que se refere aos pontos de atenção à saúde (secundário/terciário), verificou-se grandes chances de ocorrer a integralidade em ambas as variáveis, tanto para prática integrativa (OR=0,241), quanto para internar por hipertensão (OR=0,782).

Os sistemas de apoio tiveram grandes chances de ter integralidade para quem fazia uso do medicamento para hipertensão (OR=0,412) e para quem tem o medicamento obtido no “aqui tem farmácia popular” (OR=0,450). Porém, aqueles que realizam o pagamento pelo medicamento da hipertensão (OR=2,239) já se torna um fator de risco para integralidade dos serviços prestados.

A associação entre os atributos da APS e os componentes da RAS de pessoas com hipertensão, observou-se que a variável dos serviços disponíveis pagar pelo medicamento da hipertensão (OR=2,063; p=0,040), as variáveis de integralidade dos serviços prestados, prática integrativa e complementar (OR=0,241; p=0,007) e uso da “aqui tem farmácia popular” (OR=0,45; p=0,025) foram estatisticamente significantes, sendo levado ao modelo de regressão (Tabela 3).

**Tabela 3** – Modelo de regressão logística hierárquica das variáveis preditoras da integralidade da APS em pessoas hipertensas segundo dados da PNS 2019.

Componentes	Variáveis	INTEGRALIDADE DOS SERVIÇOS DISPONÍVEIS*		INTEGRALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS**	
		p	ORaj (IC 95%)	p	ORaj (IC 95%)
Sistemas de apoio	Pagar pelo medicamento da hipertensão (n=136)	0,045	2,058 (1,016;4,170)	-	-
	Medicamento obtido no “Aqui tem farmácia popular” (n = 136)	-	-	0,008	0,212 (0,068;0,662)
Pontos de atenção à saúde secundários e terciários	Prática integrativa e complementar (n = 138)	-	-	0,015	0,396 (0,188;0,834)
	Constante	0,02	0,526	0,004	6,599

Nota: ORaj= Odds Ratio ajustada; \*0,30 (R<sup>2</sup> Cox & Snell); 0,41 (R<sup>2</sup> Nagelkerke); \*\*0,92 (R<sup>2</sup> Cox & Snell); 0,123 (R<sup>2</sup> Nagelkerke); **Fonte:** próprios autores com base na Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

A análise de regressão logística foi obtida pelas variáveis dos componentes da RAS: sistemas de apoio averiguou duas variáveis e a atenção especializada ou pontos de atenção à saúde secundários e terciários investigou uma variável.

A variável de integralidade dos serviços disponíveis pelo componente sistema de apoio da RAS, apontou que pagar pelo medicamento da hipertensão aumentou em duas vezes o risco de não ter integralidade desses serviços na atenção primária à saúde.

Já entre os serviços prestados da APS, o componente de sistema de apoio, revelou que a aquisição de medicamentos pelo programa “aqui tem farmácia popular” aumenta as chances em 79% de se obter a integralidade entre esses serviços na APS.

Diante do componente de pontos de atenção à secundários e terciários, por meio da prática integrativa e complementar do cuidado, como por exemplo acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia, yoga, meditação, entre outras, aumentou as chances em 61% de se obter integralidade entre os serviços prestados na APS.

## 6 DISCUSSÃO

A investigação detalhada dos diferentes componentes da RAS voltada para pessoas com hipertensão, bem como sua associação com o atributo de integralidade, possibilitou traçar um perfil sociodemográfico desse grupo específico. Além disso, foi possível estabelecer a relação entre a integralidade dos serviços disponíveis e dos serviços prestados diante dos componentes da RAS: atenção primária à saúde, pontos de atenção secundários e terciários, e os sistemas de apoio.

Observou-se com os resultados dessa pesquisa, uma alta frequência de hipertensão arterial entre mulheres idosas ( $\geq 60$  anos). O processo do envelhecimento da mulher está atrelado a diminuição dos níveis de estrogênio e com isso aparecimento de várias alterações, principalmente relacionado ao risco de osteoporose e de doenças cardiovasculares (MACHLNE-CARNIÇA, 2022).

Estudos têm mostrado que a hipertensão autorreferida sendo maior entre mulheres (SILVA; OLIVEIRA; PIERIN, 2016; ZANGIROLANI *et al.*, 2018), e também sendo maior a sua utilização dos serviços de saúde, o que consequentemente justificaria a maior prevalência de hipertensão autorreferida entre mulheres (ZANGIROLANI *et al.*, 2018; SILVA; TORRES; PEIXOTO, 2020; SZWARCOWALD *et al.*, 2021).

O envelhecimento abrange alterações fisiológicas que resulta em diversas mudanças estruturais e funcionais na vasculatura arterial, onde as artérias enrijecem aumentando assim as chances de desenvolver hipertensão arterial (OLIVEROS *et al.*, 2020).

Ter a raça/etnia preto, pardo e/ou indígena apresentou maior quantitativo de pessoas com HAS em relação a brancos e/ou amarelos. Embora ainda existam estudos que justifiquem esse fato devido a fatores genéticos, ainda não há uma razão bem estruturada para esse argumento, sendo que a raça não deve ser considerada como uma construção biológica para disparidades ou diferenças nos resultados de DCV, mas sim no contexto de questões socioeconômicas, ambientais e sistêmicas, como o racismo estrutural (OGUNNIYI; COMMODORE-MENSAH; FERDINAND, 2021).

Levando em consideração o perfil dos usuários, com todas as suas características e peculiaridades, verifica-se um maior uso dos serviços de atenção primária como local de atendimento. Nesse sentido, os profissionais da APS na RAS desempenham um papel fundamental na garantia da integralidade do cuidado, na busca de organizar e definir as ações e procedimentos oferecidos em cada serviço (CUNHA *et al.*, 2020).

No contexto da HAS, é fundamental garantir o controle efetivo da pressão arterial, reduzir as complicações associadas, minimizar internações e, conseqüentemente, melhorar os indicadores de saúde. A integralidade do cuidado implica em uma abordagem holística do paciente, por meio da implementação de estratégias que otimizem o atendimento e o acompanhamento do tratamento, tanto medicamentoso como não medicamentoso (DANTAS; RONCALLI, 2019).

No Brasil, existem diferentes fontes para aquisição de medicamentos anti-hipertensivos. Essas fontes podem ser categorizadas em farmácias particulares ou drogarias, onde o pagamento é integral e realizado com recursos próprios; e farmácias públicas, especialmente como presentes nas unidades básicas de saúde, que possuem financiamento tripartite e também podem ser acessadas por meio do Programa Farmácia Popular do Brasil (LEITÃO *et al.*, 2020).

Embora a presente pesquisa retrate que o maior percentual de usuários não paga pelo seu medicamento da hipertensão arterial (75%). Mesmo assim, existe um risco aumentado de não ter integralidade dos serviços disponíveis da APS para aqueles usuários que obtêm seu medicamento diante do pagamento.

Apesar da garantia legal da assistência farmacêutica no SUS, aumentou o número de pessoas que não obtiveram seu medicamento por meio do próprio sistema (BOING *et al.*, 2022), isso pode acarretar repercussões negativas tanto no acompanhamento, quanto na adesão ao tratamento.

Para propiciar a integralidade de pessoas hipertensas, é necessário que sejam encaminhadas a outros pontos da rede de atenção à saúde sempre que requerido (TANAKA *et al.*, 2019). Tendo como porta de entrada dos serviços de saúde, principalmente a APS, para que se possa organizar o processo de trabalho por meio de equipes que adequam a oferta e a demanda das necessidades da saúde da população (RÊGO *et al.*, 2018).

Nos demais níveis de atenção à saúde, é importante a presença do acompanhamento especializado do cardiologista e/ou nefrologista para ações específicas de apoio diagnóstico e terapêutico da HAS, e assim se tenha a referência e contrarreferência dentro do sistema de saúde (BARROSO *et al.*, 2021).

A produção e utilização desses procedimentos propiciam a realização da integralidade da atenção às pessoas com HAS, por meio concretização da linha de cuidado delineada para a sua assistência (TANAKA *et al.*, 2019).

O funcionamento do sistema de referência e contrarreferência, pertencente ao sistema logístico da RAS, apresenta entraves diante do reconhecimento do cuidado integral ao usuário como concepção para todo o sistema. Implicando negativamente nas ações de gestores de saúde, na efetivação do fluxo e contrafluxo pelos trabalhadores, na operacionalização das atividades necessárias, ou seja, na efetivação do sistema de referência e contrarreferência (OLIVEIRA; SILVA; SOUSA, 2021).

Apesar disso, esse sistema é um mecanismo que facilita a troca de informações na RAS, o fluxo do usuário no sistema e a continuidade do cuidado. Portanto, é considerada uma ferramenta poderosa que promove uma prática integral na saúde no âmbito do SUS (ANDRADE; FRANCISCHETTI, 2019).

A literatura também destaca a questão das fontes de obtenção de medicamentos para o tratamento da hipertensão, evidenciando uma mudança das unidades de saúde para uma busca crescente pelo programa “Farmácia Popular do Brasil” (PFPB) ou pelo programa “Aqui Tem Farmácia Popular” (ATFP) (LEITÃO *et al.*, 2020), que consiste em uma colaboração entre o governo federal e estabelecimentos privados de farmácias e drogarias (SILVA; ALMEIDA; ARAÚJO JÚNIOR, 2019).

Apesar da pesquisa não evidenciar maior percentual de procura pelo programa, nota-se que a aquisição dos medicamentos da HAS dessa forma aumentou as chances de ter integralidade nos serviços que são prestados na APS.

O PFPB foi instituído pelo decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004, com objetivo de disponibilizar medicamentos básicos e essenciais ampliando o acesso aos tratamentos no âmbito do SUS (BRASIL, 2004), incluindo os medicamentos para o tratamento da HAS.

O uso de programas como o PFPB e o ATFP facilita o acesso aos medicamentos prescritos, visando garantir a integralidade dos serviços de saúde relacionados à hipertensão por meio do acesso aos medicamentos necessários para adesão ao tratamento.

Outra questão foi desvelada nessa pesquisa, a prática integrativa e complementar do cuidado que contribuiu significativamente para obtenção de integralidade diante dos serviços prestados na APS.

A práticas integrativas e complementares (PIC) trabalham naturalmente com a integralidade, no corpo físico e psicológico, estimulam a concretização do conceito positivo de saúde, atribuindo um papel ativo aos usuários e envolvendo-os no processo saúde-doença de forma consciente e responsável (DALMOLIN; HEIDEMANN, 2020).

Para que isso ocorra, é essencial garantir uma implementação cuidadosa das PICs, de modo que elas expressem a integralidade da assistência, evitando que se tornem simplesmente mais uma prestação de serviço baseada nas mesmas abordagens da biomedicina (MAGALHÃES; ALVIM, 2013).

A busca pela integralidade permanece como um desafio persistente entre os atributos essenciais. Acredita-se que o baixo desempenho nesse aspecto pode estar relacionado à falta de capacidade organizacional dos serviços de APS na oferta de serviços e à heterogeneidade existente. Para fortalecer a APS e alcançar ganhos de eficiência, é necessário implementar ações estruturadas, como uma organização de uma rede de atenção à saúde bem estruturada e eficaz (CUNHA *et al.*, 2020).

Mesmo com a organização das linhas de cuidado ainda centrada em doenças específicas, é de suma importância que o paciente seja avaliado de forma abrangente, evitando que o cuidado na APS tenha sido de maneira fragmentada. Para alcançar esse objetivo, é essencial estabelecer uma rede articulada entre todos os pontos de atenção à saúde (MOITINHO *et al.*, 2023).

É um fato que cada componente da RAS desempenha funções específicas. No entanto, é crucial estabelecer uma lógica organizacional que perpassasse em toda a rede, assim como a responsabilidade compartilhada (LIMA; GUIMARÃES, 2019).

Com isso, esse estudo mostrou que a integralidade dos serviços da APS, análoga aos componentes da RAS, é uma ferramenta importante para análise probabilística que retrata nós importantes a serem pautados, discutidos, avaliados, ou até mesmo reavaliados dentro da rede.

## 7 CONCLUSÃO

O estudo mostrou que pagar pelo medicamento da HAS aumentou o risco de não ter integralidade nos serviços disponíveis da APS. A aquisição de medicamentos pelo programa “Aqui tem farmácia popular”, juntamente com as práticas integrativas e complementares do cuidado aumentaram as chances de se ter integralidade nos serviços prestados da APS.

Os resultados encontrados ressaltam a importância de levar em consideração os aspectos relacionados à estrutura operacional da RAS, abrangendo seus diversos componentes, no planejamento e na organização dos serviços destinados às pessoas com hipertensão arterial.

Portanto, é importante realizar novos estudos que analisem a RAS em suas diversas possibilidades, visando aprimorar o cuidado oferecido às pessoas hipertensas. Essas pesquisas têm o objetivo de identificar lacunas existentes, explorar potencialidades, desenvolver melhores práticas, embasar políticas de saúde e contribuir para o avanço da literatura científica.

O estudo apresentou limitações da própria PNS de 2019, sendo a ausência de dados dos dois componentes de gestão da RAS: governança, devido à falta de itens da PNS que se adequassem à proposição, e o componente de sistemas logísticos, devido ao alto número de omissões nas respostas aos itens listados da PNS.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, LS; FRANCISCHETTI, I. Referência e Contrarreferência: Compreensões e Práticas. **Saúde & Transformação Social**, v. 10, n. 1/2/3, p. 54–63, 2019.

BARROSO, W. K. S. *et al.* Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial - 2020. **Arq Bras Cardiol**. v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021.

BRASILa. Ministério da Saúde. **Pesquisa nacional de saúde: 2019**: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 85p.

\_\_\_\_\_. b. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil – 2020**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 237 p.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004**. Regulamenta a Lei no 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa "Farmácia Popular do Brasil", e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 maio 2004. Seção 1, p. 10.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Brasília, DF, 2010. Disponível em:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html). Acesso em: 15 set. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483, de 01 de abril de 2014**. Brasília, DF, 2014. Disponível em:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483\\_01\\_04\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html). Acesso em: 15 set. 2022.

BOING, A. C. *et al.* Prevalências e desigualdades no acesso aos medicamentos por usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil em 2013 e 2019. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 38, n. 6, e00114721, 2022.

BRITO, V. C. A. *et al.* Prevalência de depressão autorreferida no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2019 e 2013. **Epidemiol Serv Saúde [Internet]**. v. 31, 2022.

CUNHA, C. R. H. da *et al.* Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde: garantia de integralidade nas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, pág. 1313–1326, 2020.

DALMOLIN, É.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Práticas integrativas e complementares na Atenção Básica: desvelando a promoção da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 28, e3277, 2020.

DAMACENO, A. N. *et al.* Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 10, n. 14, p. 1-14, 2020.

- DANTAS, R. C. O.; RONCALLI, A. G. Protocolo para hipertensos assistidos na Atenção Básica em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 295–306, 2019.
- DUARTE, C. M. R. *et al.* Regionalização e desenvolvimento humano: uma proposta de tipologia de Regiões de Saúde no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 31, p. 1163-74, 2015.
- FARIA, H. T. G. *et al.* Adherence To Diabetes Mellitus Treatments In Family Health Strategy Units. **Rev esc enferm USP [Internet]**, v. 48, n. 2, p. 257-263, 2014.
- FIGUEIREDO, A. E. B.; CECCON, R. F.; FIGUEIREDO, J. H. C. Doenças crônicas não transmissíveis e suas espontâneas na vida de idosos dependentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 77-88, 2021.
- FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **PNS - Pesquisa Nacional de Saúde**. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/>. Acesso em: 02 fev. 2023.
- FRANK, B. R. B. *et al.* Avaliação da implantação da Rede Mãe Paranaense em três regionais de saúde do Paraná. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, n. 40, v. 109, p. 164-74, 2016.
- GALVÃO, J. R. *et al.* Percursos e obstáculos na Rede de Atenção à Saúde: trajetórias assistenciais de mulheres na região de saúde do Nordeste brasileiro. **Cad Saúde Pública [Internet]**, v. 35, p. 12, 2019.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: Características gerais dos domicílios e dos moradores 2019**. ISBN 978-85-240-4530-1. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.
- LAPÃO, L.V. *et al.* Atenção Primária à Saúde na coordenação das Redes de Atenção à Saúde no Rio de Janeiro, Brasil, e na região de Lisboa, Portugal. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 713-724, 2017.
- LEITÃO, V. B. G.; LEMOS, V. C.; FRANCISCO, P. M. S. B.; COSTA, K. S. Prevalência de uso e fontes de obtenção de medicamentos anti-hipertensivos no Brasil: análise do inquérito telefônico VIGITEL. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, e200028, 2020.
- LIMA, D. K. R. R.; GUIMARÃES, J. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando relações possíveis. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 3, e290310, 2019.
- LIMA, L.D. *et al.* A regionalização da saúde no Brasil: condicionantes e desafios. *In: Regiões de saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso*. São Paulo: Editora Hucitec, p. 21-46, 2014.
- MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde Debate**, v. 42, p. 18-37, 2018.

- MACHLINE-CARRION, M. J. Overcoming Women's Lifelong Hormonal Rollercoaster: A Turning Point for Cardiovascular Prevention. **Arq Bras Cardiol**, v. 118, n. 5, p. 914-915, 2022.
- MAGALHÃES, J.H. M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Divulgar Saúde Debate**, Rio de Janeiro, n. 14, v. 52, p. 15-37, 2014.
- MAGALHÃES, M. G. M. de; ALVIM, N. A. T. Práticas integrativas e complementares no cuidado de enfermagem: uma abordagem ética. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 4, p. 646-653, 2013.
- MARTINS, T. C. F. *et al.* Transição da morbimortalidade no Brasil: um desafio aos 30 anos de SUS. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 26, n. 10 p. 4483-4496, 2021.
- MEDEIROS, K. K. A. S. *et al.* O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, n. 3, p. 288-295, 2017.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.
- MENDES, E. V. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 431-435, 2018.
- MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. 549 p.
- MENICUCCI, T. M. G.; COSTA, L. A.; MACHADO, J. A. Pacto pela saúde: aproximações e colisões na arena federativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 29-40, 2018.
- MOITINHO, V. P. L. *et al.* Linha de Cuidado Integral sobre Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial. **Revista Técnico-Científica CEJAM**, v. 2, e202320012, 2023.
- NAKATA, L. C. *et al.* Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo. **Esc. Ana. Nery**, v. 24, n. 2, 2020.
- OGUNNIYI, M. O.; YVONNE COMMODORE-MENSAH, Y.; C. FERDINAND, K. C. Race, Ethnicity, Hypertension, and Heart Disease: JACC Focus Seminar 1/9. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 78, n. 24, p. 2460-2470, 2021.
- OLIVEIRA, C. C. R. B.; SILVA, E. A. L.; SOUZA, M. K. B. Referência e contrarreferência para a integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 1, e310105, 2021.
- OLIVEIRA, N. R. C. **Redes de Atenção à Saúde: atenção à saúde organizada em rede**. São Luís: EDUFMA, 2016, 54p.
- OLIVEROS, E. *et al.* Hypertension in older adults: Assessment, management, and challenges. **Clin Cardiol**, v. 43, n. 2, p. 99-107, 2020.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate.** 2ª ed. Brasília: OPAS, 2011.

PINTO, L. F.; MEIRA, K. C.; CARVALHO, A. A. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS-2019): resgate da atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 26, n. 9, p. 3940, 2021.

PROVANO, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas científicas e o trabalho acadêmico.** 2ª ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RÊGO, A. S. *et al.* Acessibilidade ao tratamento da hipertensão arterial na estratégia de saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, 2018.

RODRIGUES, M. R.; SOUSA, M. F. Integralidade das práticas em saúde na atenção primária: análise comparada entre Brasil e Portugal por meio de revisão de escopo. **Saúde Debate**, v. 47, n. 136, p. 242-252, 2023.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. D. P. B. **Metodologia de Pesquisa.** 5ª ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTOS, A. M. **Redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios à integração assistencial e à coordenação do cuidado [online]**. Salvador: EDUFBA, 2018, 311 p.

SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: Modelo organizacional-sistêmico do SUS. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1281-1289, 2017.

SANTOS, R. S. A. F. *et al.* Rede de Atenção à Saúde ao Portador de Diabetes Mellitus: uma análise da implantação no SUS em Recife (PE). **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, p. 268-282, 2015.

SILVA, M. E. L.; ALMEIDA, A. T. C.; ARAÚJO JÚNIOR, I. T. Análise da equidade na distribuição de recursos para o Programa Farmácia Popular. **Revista de Saúde Pública [online]**, v. 53, 2023.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

SILVA, S. L. A.; TORRES, J. L.; PEIXOTO, S. V. Fatores associados à busca por serviços preventivos de saúde entre adultos brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 783-792, 2020.

SILVA, S. S. B. E.; OLIVEIRA, S. F. S. B.; PIERIN, A. M. G. O controle da hipertensão arterial em mulheres e homens: uma análise comparativa. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 1., p. 50-58, 2016.

SILVA, V. S. T. M.; PINTO, L. F. Inquéritos nacionais de base populacional em saúde: uma revisão narrativa. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 26, n. 09, 2021.

SOUZA JÚNIOR, P. R. B. *et al.* Cobertura de plano de saúde no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2529–2541, 2021.

STOPA, S. R. *et al.* Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 5, 2020.

SZWARCWALD, C. L. *et al.* Mudanças no padrão de utilização de serviços de saúde no Brasil entre 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 26, suppl 1, p. 2515-2528, 2021.

SZWARCWALD, C. L., SOUZA-JÚNIOR, P. R. & DAMACENA, G. N. Desigualdades socioeconômicas no uso de serviços ambulatoriais no Brasil de acordo com a necessidade de saúde: evidências da Pesquisa Mundial de Saúde. **BMC Health Services Research**, v. 10, n. 217, 2010.

TANAKA, O. Y.; DRUMOND, M.; GONTIJO, T. L.; LOUVISON, M. C. P.; ROSA, T. E. C. Hipertensão arterial como condição traçadora para avaliação do acesso na atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 963–972, 2019.

TOFANI, L. F. N. *et al.* Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 26, n. 10, p. 4769-4782, 2021.

TOLAZZI, J. D. R.; GRENDENE, G. M.; VINHOLES, D. B. Avaliação da integralidade na atenção primária à saúde através da Primary Care Assessment Tool: revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 46, e2, 2022.

UCHIMURA, L. Y. T. *et al.* Unidades de Pronto Atendimento (UPAs): características da gestão às redes de atenção no Paraná. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, n. 39, v. 107, p. 972-983, 2015.

VARGAS, I. *et al.* Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: from formulation to practice. **Health Policy Plan**, n. 30, p. 705-17, 2015.

WHO. World Health Organization. **Noncommunicable diseases progress monitor 2020**. Geneva: World Health Organization; 2020.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals**. Geneva: World Health Organization; 2021. 121 p.

ZANGIROLANI, L. T. O. *et al.* Hipertensão arterial autorreferida em adultos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil: prevalência, fatores associados e práticas de controle em estudo de base populacional. **Ciênc saúde coletiva [Internet]**, v. 23, n. 4, p. 1221-1232, 2018.