

Redes de atenção à saúde de hipertensos e sua associação ao atributo da integralidade

Health care networks for hypertensive patients and their association with the attribute of comprehensiveness

Miriane da Silva Mota¹  <https://orcid.org/0000-0002-9717-7253>

Luana Savana Nascimento de Sousa Arruda¹  <https://orcid.org/0000-0002-1388-2335>

Ana Roberta Vilarouca da Silva¹  <https://orcid.org/0000-0001-5087-4310>

Célida Juliana de Oliveira²  <https://orcid.org/0000-0002-8900-6833>

Ana Larissa Gomes Machado¹  <https://orcid.org/0000-0002-7937-6996>

José Wicto Pereira Borges¹  <https://orcid.org/0000-0002-3292-1942>

Artigo original

Como citar

Mota MS, Arruda LSNS, Silva ARV, Oliveira CJ, Machado ALG, Borges JWP. Redes de atenção à saúde de hipertensos e sua associação ao atributo da integralidade. Rev Científica Integrada 2025, 8(1):e202506. DOI: <https://doi.org/10.59464/2359-4632.2025.3413>.

Conflito de interesses

Não há conflito de interesses.

Enviado em: 13/08/2024

Aceito em: 28/01/2025

Publicado em: 07/02/2025

¹Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

²Universidade Regional do Cariri. Crato, Ceará, Brasil.

Autor correspondente

Miriane da Silva Mota
 Miriane.mota28@gmail.com

Revista Científica Integrada (ISSN 2359-4632)

<https://revistas.unaerp.br/rci>

RESUMO

Objetivo: Analisar os componentes da rede de atenção à saúde para pessoas com hipertensão arterial no Piauí, Brasil, e sua associação com o atributo de integralidade da Atenção Primária a Saúde por meio da Pesquisa Nacional de Saúde. **Métodos:** Estudo transversal descritivo, utilizando dados secundários da Pesquisa Nacional de Saúde 2019, analisou 147 pessoas com 18 anos ou mais, residentes no Piauí e diagnosticadas com hipertensão arterial, utilizando o módulo H (atendimento médico) da Pesquisa Nacional de Saúde, com coleta de dados entre fevereiro e março de 2023; foram avaliadas variáveis sociodemográficas e de integralidade da Atenção Primária à Saúde, empregando estatística descritiva, bivariada e regressão logística. **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 risco pagar pelo seu medicamento, e aumentaram as chances de se ter integralidade dos serviços prestados entre os usuários que obtiveram seu medicamento pelo “aqui tem farmácia popular” pela prática integrativa e complementar do cuidado. Os resultados destacam a importância de considerar a estrutura operacional da rede de atenção à saúde no planejamento e organização dos serviços para pessoas com hipertensão. **Conclusão:** O estudo revelou que o pagamento por medicamentos para hipertensão pode prejudicar a integralidade dos serviços da APS, mas o Programa Farmácia Popular do Brasil e práticas integrativas melhoraram o cuidado, destacando a necessidade de mais pesquisas para aprimorar a RAS e as políticas de saúde.

Descritores: Integralidade em Saúde. Sistemas de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Hipertensão.

ABSTRACT

Objective: To analyze the components of the health care network for people with high blood pressure in Piauí, Brazil, and their association with the attribute of comprehensiveness of Primary Health Care through the National Health Survey. **Methods:** A descriptive cross-sectional study, using secondary data from the 2019 National Health Survey, analyzed 147 people aged 18 or over, residing in Piauí and diagnosed with high blood pressure, using module H (medical care) of the National Health Survey, with data collection between February and March 2023; sociodemographic and comprehensiveness of Primary Health Care variables were evaluated, using descriptive, bivariate statistics and logistic regression. **Results:** There was no association between sociodemographic variables and the comprehensiveness of the services available and provided. For the comprehensiveness of the services available, paying for one's medication stood out as a risk factor, and the chances of having comprehensive services provided increased among users who obtained their medication through the “aqui tem farmácia popular” (popular pharmacy here) through integrative and complementary care practices. The results highlight the importance of considering the operational structure of the health care network when planning and organizing services for people with hypertension. **Conclusion:** The study revealed that paying for hypertension medications can harm the comprehensiveness of PHC services, but the Brazilian Popular Pharmacy Program and integrative practices improved care, highlighting the need for more research to improve the RAS and health policies.

Descriptors: Comprehensive Health. Health Systems. Primary Health Care. Hypertension.

Introdução

A transição demográfica evidencia a tendência de envelhecimento populacional, caracterizada pela manutenção do alargamento do topo da pirâmide etária e pelo estreitamento da base de sua estrutura, resultando em reduções percentuais entre as faixas etárias de até 34 anos.¹ Esse processo influencia diretamente o perfil de morbimortalidade da população, uma vez que o aumento da longevidade está associado a melhores condições de saúde e socioeconômicas, levando à substituição das doenças infecciosas como principais causas de óbito pelas pessoas.^{2,3}

As DCNT são responsáveis por mais de 70% das mortes no mundo⁴. No Brasil, houve um aumento significativo na mortalidade por DCNT, passando de 71% em 1990 para 75% em 2019, com destaque para as doenças cardiovasculares⁵.

Em 2017, as doenças cardiovasculares 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 alvos⁶.

A pressão arterial elevada está relacionada a riscos de várias condições graves, como doença renal crônica, acidente vascular cerebral e morte precoce, enfatizando a importância de controlar a hipertensão para prevenir essas complicações⁶.

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 HAS⁷.

O sistema de saúde do Brasil é descentralizado para atender às diferentes necessidades regionais, com os municípios desempenhando um papel central na implementação de políticas e na prestação de serviços de saúde, promovendo autonomia e coordenação entre as esferas federativas⁸.

Nessa conjuntura as Redes de Atenção à Saúde (RAS) surgem como uma forma de organizar o Sistema Único de Saúde (SUS) para melhorar o fluxo de serviços e o acesso da população, garantindo a integralidade do cuidado nos três níveis de atenção à saúde^{9,10}.

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.

O 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 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)¹¹.

Essas implicações associadas às pesquisas de base populacionais, como a do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizada pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) possibilitam 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*¹².

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

Frente ao que se discute, esse estudo objetivou analisar os componentes da RAS para pessoas com hipertensão arterial no Piauí, Brasil, e sua associação com o atributo de integralidade da APS 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 de 2019. Foram selecionados na unidade federativa do Piauí pessoas que autorrelataram diagnóstico de HAS na coleta da PNS (2019), perfazendo uma população composta por 718 participantes.

Foram incluídas na amostra pessoas com 18 anos ou mais, residentes na unidade federativa do Piauí, que participaram do módulo H (Atendimento Médico) da PNS. Os indivíduos selecionados foram aqueles que confirmaram o diagnóstico de hipertensão arterial (pressão alta) com a resposta afirmativa à pergunta: "Algum médico já lhe deu o diagnóstico de hipertensão arterial?". A coleta de dados ocorreu entre fevereiro e março de 2023, resultando em uma amostra final de 147 pessoas.

Foram analisadas as variáveis sociodemográficas: idade, sexo, nível de escolarização, raça/cor, estado civil. Para análise da RAS das pessoas com hipertensão arterial utilizou-se as questões do módulo Q – Doenças

Crônicas, com questionamentos sobre HAS, totalizou dez (10) questões divididas entre três componentes da RAS: Atenção Primária à Saúde; Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários (Atenção Especializada); e Sistemas de apoio. 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 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. Esse questionário é uma versão reduzida e adaptada do instrumento validado e publicado no Brasil pelo Ministério da Saúde, *Primary Care Assessment Tool* (PCATool-Brasil)¹³.

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: (escore obtido – 1) x 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 APS¹³.

Os dados para o desenvolvimento deste estudo foram baixados diretamente do site do IBGE. E 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.

O projeto da 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, no ano de 2019, respeitando os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012. Como o presente estudo utilizou dados secundários públicos da PNS 2019, realizada pelo IBGE, não exigiu, portanto, a submissão específica ao Comitê de Ética em Pesquisa.

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 e o atributo da integralidade dos serviços disponíveis e prestados, indicou que não houve associação estatisticamente significativa (Tabela 1).

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% obtêm 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.

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) diminuíram 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 dos hipertensos, observou-se que 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).

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.

Discussão

A investigação detalhada dos diferentes componentes da RAS voltada para pessoas com hipertensão arterial, 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.

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 serviço¹⁴.

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 medicamentoso¹⁵.

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 podem ser acessadas por meio do Programa Farmácia Popular do Brasil¹⁶.

A pesquisa em questão indica que a maioria dos usuários não pagam pelo seu medicamento para controlar a hipertensão arterial (75%). No entanto, existe um risco aumentado de não ter integralidade dos serviços disponíveis da APS para aqueles usuários que obtém seu medicamento diante desse pagamento.

Apesar da garantia legal da assistência farmacêutica no SUS, aumentou o número de pessoas que não obtiveram seu medicamento por meio do próprio sistema¹⁷, 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 requerido⁷. 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 população¹⁸.

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 saúde⁶.

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. Teresina, Piauí, Brasil, 2023. (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	Não			Sim	Não		
		n (%)	n (%)			n (%)	n (%)		
Sexo									
Homem	62 (42,2)	38 (61,3)	24 (38,7)	0,117	1,699 (0,874;3,304)	31 (50)	31 (50)	0,288	1,429 (0,739;2,762)
Mulher	85 (57,8)	41 (48,2)	44 (51,8)			35 (41,2)	50 (58,8)		
Idade									
< 60 anos	70 (47,6)	34 (48,6)	36 (51,4)	0,231	0,672 (0,350;1289)	31 (44,3)	39 (55,7)	0,887	0,954 (0,498;1,829)
≥ 60 anos	77 (52,4)	45 (58,4)	32 (41,6)			35 (45,5)	42 (54,5)		
Raça									
Branco e Amarelo	30 (20,4)	16 (53,3)	14 (46,7)	0,960	0,980 (0,438;2,189)	14 (46,7)	16 (53,3)	0,827	1,094 (0,489;2,446)
Preto, pardos e indígenas	117 (79,6)	63 (53,8)	54 (46,2)			53 (44,4)	65 (55,6)		
Estado civil									
Com companheiro	78 (53,1)	44 (56,4)	34 (43,6)	0,490	1,257 (0,656;2409)	35 (44,9)	43 (55,1)	0,995	0,998 (0,520;1,914)
Sem companheiro	69 (46,9)	35 (50,7)	34 (49,3)			31 (44,9)	38 (55,1)		
Escolaridade*									
Ensino fundamental	46 (31,3)	24 (52,2)	22 (47,8)	0,959	1,021 (0,473;2,201)	23 (50)	23 (50)	0,609	1,222 (0,566;2,639)
Ensino médio e/ou superior	60 (40,8)	31 (51,7)	29 (48,3)			27 (45)	33 (55)		

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

Fonte: elaborado pelos autores (2023), baseado na Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

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. Teresina, Piauí, Brasil, 2023.

COMPONENTES	n(%)	INTEGRALIDADE DOS SERVIÇOS DISPONÍVEIS		p-valor	OR (IC 95%)	INTEGRALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS		p-valor	OR (IC 95%)	
		Sim	Não			Sim	Não			
		n(%)	n(%)			n(%)	n(%)			
Atenção Primária à Saúde										
Local de atendimento¹	APS ⁵	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)
	ASS/ATS ⁶	11 (7,5)	7 (63,6)	4 (36,4)			3 (27,3)	8 (74,7)		
Atendimento no SUS²	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)		
Atendimento pelo mesmo médico²	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)		
Exame de sangue²	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)		
Encaminhamento para especialistas²	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)		
Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários										
Prática integrativa e complementar²	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)		
Internou por hipertensão²	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)		
Sistemas de apoio										
Uso do medicamento para hipertensão³	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)		
Medicamento obtido no "Aqui tem farmácia popular" ^{3,4}	Sim	59 (40,1)	31 (52,5)	28 (47,5)	0,492	0,787 (0,398;1,559)	20 (33,9)	39 (66,1)	0,025	0,450 (0,223;0,907)
	Não	77 (52,4)	45 (58,4)	32 (41,6)			41 (53,2)	36 (46,8)		
Pagar pelo medicamento da hipertensão ⁴	Sim	61 (41,5)	40 (65,6)	21 (34,4)	0,040	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)		

Legenda: ¹n= 137; ²n= 138; ³n= 141; ⁴n= 136; ⁵Atenção Primária à Saúde; ⁶Atenção Secundária à Saúde/Atenção Terciária à Saúde.

Fonte: elaborado pelos autores (2023), baseado na Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Tabela 3. Modelo de regressão logística hierárquica das variáveis preditoras da integralidade da APS em pessoas hipertensas segundo dados da PNS 2019. Teresina, Piauí, Brasil, 2023.

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

Legenda: ORaj= Odds Ratio ajustada; *0,30 (R² Cox & Snell); 0,41 (R² Nagelkerke); **0,92 (R² Cox & Snell); 0,123 (R² Nagelkerke).

Fonte: elaborado pelos autores (2023), baseado na Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

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 assistência⁷.

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 contrarreferência¹⁹.

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 SUS²⁰.

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) com o uso da marca "Aqui Tem Farmácia Popular"²¹, que consiste em uma colaboração entre o governo federal e estabelecimentos privados de farmácias e drogarias²¹.

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 SUS²², incluindo os medicamentos para o tratamento da HAS.

O uso de programa como o PFPB 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 responsável²³.

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 biomedicina²⁴.

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 eficaz¹⁴.

É um fato que cada componente da RAS desempenha funções específicas. No entanto, é crucial estabelecer uma lógica organizacional que perpassa em toda a rede, assim como a responsabilidade compartilhada²⁵.

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.

O estudo apresentou algumas limitações, sendo a ausência de dados em 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.

Conclusão

O estudo revelou que o pagamento por medicamentos para hipertensão aumenta o risco de falta de integralidade nos serviços oferecidos pela APS. No entanto, a obtenção de medicamentos através do PFPB e o uso de práticas integrativas e complementares melhoraram a integralidade dos cuidados.

Os resultados destacam a relevância de considerar a estrutura operacional da RAS no planejamento e organização dos serviços voltados para hipertensos. Desse modo, é essencial conduzir novas pesquisas sobre a RAS para aprimorar o cuidado aos hipertensos, identificando lacunas e desenvolvendo melhores práticas para embasar políticas de saúde e avançar na literatura científica.

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: Características gerais dos domicílios e dos moradores 2019. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101707>
2. Figueiredo AEB, Ceccon RF, Figueiredo JHC. Doenças crônicas não transmissíveis e suas espontâneas na vida de idosos dependentes. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(1):77-88. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.33882020>
3. Azevedo SGV, Moreira ACA, Carvalho NR, Moreira TMM, Diniz JL, Silva MAM. Internações de idosos por condições crônicas sensíveis à atenção primária numa região do Ceará. *Rev Enferm UFPI* [Internet]. 2021 [acesso em: 2023 fev. 15]. 10:e883. DOI: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v10i1.883>
4. World Health Organization (WHO). World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2021. 121 p. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/342703/9789240027053-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Martins TCF, Silva JHCM, Máximo GC, Guimarães RM. Transição da morbimortalidade no Brasil: um desafio aos 30 anos de SUS. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(10):4483-4496. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10852021>
6. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, Machado CA, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arq Bras. Cardiol*. 2021;116(3):516-658. DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>
7. Tanaka OY, Drumond M, Gontijo TL, Louvison MCP, Rosa TEC. Hipertensão arterial como condição traçadora para avaliação do acesso na atenção à saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2019;24(3):963-972. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.0731201>
8. Menicucci TMG, Costa LA, Machado JA. Pacto pela saúde: aproximações e colisões na arena federativa. *Ciênc saúde coletiva*. 2018;23(1):29-40. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.17902015>
9. Brasil [Internet]. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Brasília, DF, 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); 2010 [citado em: 10 mar. 2023]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvsm/sau/legis/gm/2010/pr4279_30_12_2010.html
10. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.
11. Galvão JR, Almeida PF, Santos AM, Bousquat A. Percursos e obstáculos na Rede de Atenção à Saúde: trajetórias assistenciais de mulheres na região de saúde do Nordeste brasileiro. *Cad Saude Publica*. 2019;35(12). DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-31100004119>
12. Pinto LFF, Meira KC, Carvalho AA. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS-2019): resgate da atenção primária à saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(9):3940. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.10232021>
13. Brasil. 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. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200506_Pcatool_versao_preliminar_Final.pdf
14. Cunha CRH, Harzheim E, Medeiros OL, D'ávila OP, Martins C, Wollmann L, et al. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde: garantia de integralidade nas

- Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(4):1313–1326. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31862019>
15. Dantas RCO, Roncalli AG. Protocolo para hipertensos assistidos na Atenção Básica em Saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2019;24(1):295–306. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.35362016>
16. Leitão VBG, Lemos VC, Francisco PMSB, Costa KS. Prevalência de uso e fontes de obtenção de medicamentos anti-hipertensivos no Brasil: análise do inquérito telefônico VIGITEL. *Rev Bras Epidemiologia*. 2020;23:e200028. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200028>
17. Boing AC, Andrade FB, Bertoldi AD, Peres KGA, Massuda A, Boing AF. Prevalências e desigualdades no acesso aos medicamentos por usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil em 2013 e 2019. *Cad Saúde Publica*. 2022;38(6):e00114721. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT114721>
18. Silva LALB, Melo RC, Toma TS, Araújo BC, Lunique Junir, CD, Milhomens LM, Bortolia MC, Barreto JOM. Adesão, barreiras e facilitadores no tratamento de hipertensão arterial: revisão rápida de evidências. *Revista Panamericana de Salud Pública* [online]. 2023. v. 47, e67. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.67>
19. Oliveira CCRB, Silva EAL, Souza MKB de. Referral and counter-referral for the integrality of care in the Health Care Network. *Physis*. 2021;31(1):e310105. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202131010>
20. Andrade LS, Francischetti I. Referência e Contrarreferência: Compreensões e Práticas. *Saúde & Transformação Social*. *Sau. & Transf. Soc.* 2019;10(1/2/3):54–63. Disponível em: <https://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/5281>
21. Silva MEL, Almeida ATC, Araújo Júnior IT. Análise da equidade na distribuição de recursos para o Programa Farmácia Popular. *Rev Saude Publica* [online]. 2023;53. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000731>
22. Brasil [Internet]. 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.* Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5090.htm
23. Dalmolin IS, Heidemann ITSB. Integrative and complementary practices in Primary Care: unveiling health promotion. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2020;28:e3277. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3162.3277>
24. Zapelini RG, Junges JR, Borges RF. Concepção de saúde dos profissionais que usam práticas integrativas e complementares no cuidado. *Physis* [Internet]. 2023;33:e33069. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333069>
25. Lima DKRR, Guimarães J. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando relações possíveis. *Física*. 2019;29(3):e290310. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290310>

Contribuições do autor

Todos os autores foram responsáveis pela concepção, redação e aprovação da versão final do artigo.

Editor chefe

José Cláudio Garcia Lira Neto

Copyright © 2025 Revista Científica Integrada.

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença Creative Commons CC BY. Esta licença permite que terceiros distribuam, remixem, modifiquem e desenvolvam seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe deem crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. Recomenda-se maximizar a divulgação e utilização de materiais licenciados.