

Fatores associados à procura de serviços médicos de emergência por pessoas com hipertensão e diabetes

Factors associated with demand for emergency medical services by people with hypertension and diabetes

Factores asociados a la demanda de servicios médicos de emergencia por parte de personas con hipertensión y diabetes

Patrícia Chatalov Ferreira¹

ORCID: 0000-0001-9409-5888

Sonia Silva Marcon¹

ORCID: 0000-0002-6607-362X

Elen Ferraz Teston¹

ORCID: 0000-0001-6835-0574

Viviane Cazetta de Lima Vieira¹

ORCID: 0000-0003-3029-361X

Rebeca Rosa de Souza¹

ORCID: 0000-0001-6501-3249

Mislaine Casagrande de Lima Lopes¹

ORCID: 0000-0002-5570-8829

Verônica Francisqueti Marquete¹

ORCID: 0000-0002-8070-6091

Robson Marcelo Rossi¹

ORCID: 0000-0001-5386-0571

¹Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná, Brasil.

¹Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

Como citar este artigo:

Ferreira PC, Marcon SS, Teston EF, Vieira VCL, Souza RR, Lopes MCL, et al. Factors associated with demand for emergency medical services by people with hypertension and diabetes. Rev Bras Enferm. 2023;76(2):e20220147. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0147pt>

Autor Correspondente:

Patrícia Chatalov Ferreira

E-mail: pattyatalov@gmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Hugo Fernandes

Submissão: 02-08-2022 **Aprovação:** 17-11-2022

RESUMO

Objetivos: analisar a associação entre a recorrência de atendimentos nos serviços de emergência devido ao descontrole pressórico e/ou glicêmico com as variáveis sociodemográficas e cadastro da doença na Atenção Primária. **Métodos:** estudo quantitativo, que consultou prontuários de pessoas que compareceram duas ou mais vezes nesses serviços no período de 26 meses. Utilizaram-se estatística descritiva e modelos de regressão logística múltipla na análise. **Resultados:** a maioria das pessoas não possuía registro/cadastro de hipertensão e/ou diabetes no prontuário da Atenção Primária. A ausência desse cadastro foi mais frequente em pessoas do sexo masculino, com idade entre 18 e 59 anos, baixa escolaridade e descontrole pressórico. Observou-se associação entre número maior de procura desses serviços em um mesmo ano e não acompanhamento da condição crônica na assistência especializada. **Conclusões:** pessoas que não fazem acompanhamento da hipertensão e/ou diabetes na Atenção Primária estão mais sujeitas a necessitar de assistência por descontrole pressórico e/ou glicêmico.

Descritores: Hipertensão; Diabetes *Mellitus*; Registros Eletrônicos de Saúde; Serviços Médicos de Emergência; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objectives: to analyze the association between recurrence of emergency service visits due to lack of blood pressure and/or glycemic control with sociodemographic variables and disease registration in Primary Care. **Methods:** quantitative study, which consulted medical records of people who attended these services two or more times for 26 months. Descriptive statistics and multiple logistic regression models were used in analysis. **Results:** most people did not have hypertension and/or diabetes record in their Primary Care records. The absence of this record was more frequent in males, aged between 18 and 59 years, with low education and lack of blood pressure. There was association between greater number of people seeking these services in the same year and not monitoring the chronic condition in specialized care.

Conclusions: people who do not follow up hypertension and/or diabetes in Primary Care are more likely to need assistance due to blood pressure and/or glycemic management.

Descriptors: Hypertension; Diabetes *Mellitus*; Electronic Health Records; Emergency Medical Services; Primary Health Care.

RESUMEN

Objetivos: analizar la asociación entre la recurrencia de visitas a los servicios de emergencia por falta de control de la presión arterial y/o glucemia con variables sociodemográficas y registro de la enfermedad en Atención Primaria. **Métodos:** estudio cuantitativo, que consultó las historias clínicas de las personas que acudieron a estos servicios dos o más veces en un período de 26 meses. En el análisis se utilizaron estadísticas descriptivas y modelos de regresión logística múltiple. **Resultados:** la mayoría de las personas no tenían registro de hipertensión y/o diabetes en sus registros de Atención Primaria. La ausencia de este registro fue más frecuente en el sexo masculino, con edad entre 18 y 59 años, con baja escolaridad y falta de presión arterial. Hubo asociación entre mayor número de personas que buscaban estos servicios en el mismo año y no seguimiento de la condición crónica en atención especializada. **Conclusiones:** las personas que no tienen seguimiento de hipertensión y/o diabetes en Atención Primaria tienen más probabilidad de necesitar asistencia por control de la presión arterial y/o glucemia.

Descritores: Hipertensión; Diabetes *Mellitus*; Registros Electrónicos de Salud; Servicios Médicos de Urgencia; Atención Primaria de Salud.

INTRODUÇÃO

A organização dos serviços que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, tem como objetivo garantir o direito à saúde e a continuidade do cuidado nos diferentes pontos de atenção, pois o funcionamento de modo isolado, independentemente do nível de complexidade do serviço, não possibilita a operacionalização dos princípios e diretrizes do SUS. Desse modo, para que as pessoas recebam um cuidado integral, continuado e de qualidade, torna-se necessária a integração entre os diferentes serviços e os profissionais que neles atuam e também o estabelecimento de fluxos comuns de atendimento⁽¹⁾.

Dentre os pontos que compõem a Rede de Atenção à Saúde (RAS), define-se que a Atenção Primária à Saúde (APS) constitui-se a porta de entrada e o eixo de comunicação com todos os demais pontos de atendimento, interligando serviços de menor para maior densidade tecnológica⁽²⁾. Nesse contexto, as unidades de pronto atendimento (PA) integram a Rede de Atenção às Urgências e são responsáveis, nas 24 horas do dia, pelo atendimento às diferentes condições de saúde: agudas ou crônicas agudizadas, de natureza clínica, cirúrgica, traumatológica, entre outras⁽³⁾.

Em revisão sistemática com meta-análise, os autores identificaram que quadros hipertensivos em serviços de PA são prevalentes, persistentes e preditivos para desfechos cardiovasculares no longo prazo, e esses, por sua vez, são as principais causas de morte prematura no mundo ocidental. Concluíram que o acompanhamento ambulatorial desses pacientes é fundamental para a prevenção e postergação de complicações⁽⁴⁾.

Muitos atendimentos realizados nos serviços de PA, relacionados a condições agudas de saúde que, a princípio, poderiam ser tratadas na APS⁽⁵⁾, decorrem da falta/deficiência de interação entre os diferentes pontos de atendimento da RAS. Destarte, altas taxas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) podem indicar sérios problemas de acesso ao sistema de saúde ou ao seu desempenho⁽⁶⁾.

Doenças, entre as quais hipertensão arterial (HA), angina pectoris, insuficiência cardíaca e diabetes *mellitus* (DM) integram a relação de ICSAP⁽⁶⁾. Estudos nacionais constataram a persistência de elevada proporção de gastos atribuídos às doenças cardiovasculares e o aumento significativo das internações por angina⁽⁷⁻⁸⁾, cujos principais fatores para seu desenvolvimento são HA e DM⁽⁹⁾.

No Brasil, a doença isquêmica do coração e o acidente vascular cerebral têm constituído as principais causas de morte e anos vividos com incapacidade desde o final da década de 1960⁽¹⁰⁾. Logo, o acompanhamento adequado e o controle das causas dessas condições crônicas na APS podem evitar a progressão e o surgimento de complicações, além de minimizar o número de hospitalizações e a mortalidade cardiovascular⁽¹¹⁾.

No intuito de auxiliar o enfrentamento de doenças crônicas e agravos não transmissíveis, foi elaborado um plano de ações estratégicas para o Brasil, com vigência para os anos de 2021 a 2030. Esse plano visa ampliar a cobertura na APS com os serviços de rastreamento, identificação, manejo e acompanhamento da pessoa com HA e DM, mediante estímulo à qualificação da atuação clínico-assistencial dos profissionais de saúde e à implementação das linhas de cuidado⁽¹²⁾.

Alguns estudos apontam falhas no rastreamento e acompanhamento das pessoas com HA e DM pelas equipes da APS^(5,13-14). Em

consequência, no manejo das condições crônicas, apenas metade ou um terço das pessoas tem diagnóstico, e, dessas, a metade ou um terço possui essa condição sob controle e está inscrita em programas efetivos de promoção ou de prevenção de agravos⁽¹⁵⁾. Outros estudos apontam que idosos e pessoas do sexo feminino acessam com mais frequência os serviços da APS, enquanto os homens, sobretudo aqueles em idade produtiva, são frequentadores assíduos dos serviços de PA. Assim, reconhecendo-se a importância das ações da APS na prevenção de complicações da HA e DM, elaboraram-se as seguintes indagações: as pessoas que buscam, de modo recorrente, os serviços de PA por complicações agudas dessas doenças possuem o seu diagnóstico cadastrado na APS? Quais são as características sociodemográficas e de acompanhamento da saúde das pessoas com e sem cadastro dessas condições na APS que procuram os serviços de PA por des controle da HA e/ou DM?

OBJETIVOS

Analisar a associação entre a recorrência de atendimentos nos serviços de emergência devido ao des controle pressórico e/ou glicêmico com as variáveis sociodemográficas e o cadastro da doença na Atenção Primária.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Para realizar este estudo, obedeceram-se às determinações preconizadas pelas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da instituição signatária. Em respeito ao preconizado pela Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/18), cuidados específicos foram tomados com o banco que continha dados dos participantes, sobretudo em relação à identificação desses.

Desenho, local de estudo e período

Estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, extraído de dissertação de mestrado, defendida em 2020, intitulada "Complicações agudas em pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus: subsídios para o rastreio e acompanhamento na Rede de Atenção à Saúde". As recomendações do *STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology* (STROBE) nortearam a elaboração de seu relatório.

O estudo foi realizado em município da região Noroeste do Paraná, utilizando-se como fonte de dados os prontuários eletrônicos da rede de atenção da Secretaria de Saúde e do Hospital Universitário (HU). Esse município possui uma população estimada em 423.666 pessoas e cobertura de 85% pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). A RAS pública é composta por 34 Unidades Básicas de Saúde (UBS), um hospital municipal, duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) municipais, PA do HU, uma policlínica e um ambulatório especializado do Consórcio Público Intermunicipal de Saúde (CISAMUSEP) e do HU.

Os dados foram coletados no período de dezembro de 2019 a março de 2020. Para tanto, foram consultados os sistemas de cada

um dos três serviços de PA, sendo identificadas todas as pessoas que os procuraram por descontrole pressórico ou glicêmico nos anos de 2018 e 2019 e nos meses de janeiro e fevereiro de 2020. Em uma das unidades, foram coletados dados somente de 2019 em diante, quando foi implantado o prontuário eletrônico.

Nesse levantamento, foram utilizados filtros sequenciais, como ano, CID-10, idade e data da procura. Os CID relacionados à HA foram: I10, I15, I15.9, I11, I11.0, I11.9, I12, I12.0, I12.9, I13, I13.0, I13.1, I13.2, I13.9, G45, G45.8, I64, I21, I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, e I21.9, O11, I20, I20.8, I20.9. Para a condição traçadora de DM, os CID foram: E10 a E10.9, E11 a E11-9, E13 a E13-, E14 a E14.9, N08.3, O24.0 a O24.3, E16.0 a E16.2, G59.0, G63.2, H28.0, H36.0, M14.2 e R73.9.

População e amostra; critérios de inclusão e de exclusão

A população do estudo foi composta por pessoas que procuraram um dos três serviços de PA do município durante o período considerado para o estudo, por condições relacionadas a complicações agudas da HA e/ou DM. Em fevereiro de 2020, havia 36.658 pessoas cadastradas no prontuário eletrônico de HA e 11.857 de DM, e no período em estudo, 7.632 pessoas procuraram serviços, previamente definidos, de PA pelas causas/CID, as quais foram responsáveis por 10.649 atendimentos.

Os critérios de inclusão foram idade maior ou igual a 18 anos, residir no município ou em um de seus dois distritos e ter procurado o serviço de PA, duas vezes ou mais, durante o período em estudo, por causas relacionadas à HA e/ou DM. Já os critérios de exclusão foram não residir no município, ter ido a óbito ou apresentar registro incompleto.

Protocolo do estudo

Inicialmente, foi realizado o levantamento de todas as procuras pelo serviço motivadas por causas definidas, elaborando-se, manualmente, uma relação única de todos os atendimentos nos três serviços, e, a partir do nome, data de nascimento e número de prontuário, foram identificadas as pessoas que procuraram o serviço duas vezes ou mais. Considerando-se as exclusões (48 óbitos, cinco dados incompletos, 134 residentes em outros municípios), obteve-se uma amostra de 1.182 pessoas, correspondendo a 3.209 entradas.

Posteriormente, acessou-se o sistema gestor utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e o sistema gestor do HU, consultando-se o prontuário eletrônico das 1.182 pessoas para a coleta de dados cadastrais, como data de nascimento, UBS de referência, situação familiar, escolaridade, cor da pele e estado conjugal.

O acompanhamento na rede de atenção especializada do CISAMUSEP (sim/não) foi identificado a partir de relação nominal disponibilizada pelo serviço de todas as pessoas que passaram por consulta com cardiologista, endocrinologista e/ou com membro da equipe multiprofissional (enfermeiro, farmacêutico, educador físico, nutricionista e terapeuta ocupacional) no período em estudo.

Análise dos resultados e estatística

Os dados foram armazenados em planilha do *Microsoft Office Excel 2021*[®], sendo transferidos para o programa R⁽¹⁶⁾ para

processamento e análise. Para a análise, utilizou-se o modelo de regressão logística múltipla⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ via comando GLM (Modelos Lineares Generalizados) e método *Forward-Backward Stepwise* (livraria MASS), o que permitiu determinar o melhor ajuste por meio do critério de Akaike (AIC).

A medida de associação entre as variáveis independentes (sexo, cor da pele, idade, escolaridade, estado conjugal, arranjo familiar, serviço que procurou, motivo da entrada, número de entradas, acompanhamento na atenção especializada no CISAMUSEP ou ambulatório do HU e UBS de referência certificada pelo Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde - APSUS) e a variável desfecho possuem a HA e/ou DM cadastradas em prontuário eletrônico da APS, sendo determinadas pelo *Odds Ratio* (OR) e respectivos intervalos com 95% de confiança. Para verificar a qualidade do modelo de regressão final ajustado, utilizou-se o teste de Hosmer e Lemeshow (H-L)⁽¹⁸⁾, além da obtenção de medida de área sob a curva ROC (AUC)⁽¹⁹⁾ e verificação gráfica do comportamento dos resíduos via envelope simulado binomial⁽¹⁹⁾.

RESULTADOS

Das 1.182 pessoas com duas ou mais entradas nos serviços de PA por eventos agudos decorrentes de HA e/ou DM, mais da metade (55,1%) não possuía nenhuma das condições cadastradas em prontuário eletrônico da APS. Das que tinham cadastro, 52,4% tinham registro de HA, 36,5%, HA e DM, e 11,1%, DM.

Na Tabela 1, observa-se que a maioria dessas pessoas morava com alguém (95,2%), tinha baixa escolaridade (71,4%), cor de pele branca (70,1%), companheiro(a) (60,4%), era do sexo feminino (56,9%), e tinha 60 anos ou mais (52,8%). Na análise ajustada, identificou-se que os homens tinham, aproximadamente, duas vezes mais chance de não possuir condição cadastrada, se comparados às mulheres. O mesmo ocorreu com os adultos em relação aos idosos (quatro vezes mais chances) e com os sem companheiro (1,34 vezes mais chances). Maior nível de instrução apresentou-se como fator protetor, pois a chance de não ter nenhuma condição cadastrada no prontuário eletrônico da APS foi duas vezes maior para as pessoas com baixa escolaridade.

Na Tabela 2, constam as características dos atendimentos nos serviços de PA pesquisados e acompanhamentos na APS e assistência especializada.

Observou-se o predomínio de entradas relacionadas à HA e/ou complicações (71,9%), seguidas por DM e/ou complicações (18,6%) e por ambas as condições (9,5%). Os atendimentos concentraram-se nas UPA (90,8%). As pessoas que procuraram o PA-HU (61,1%) ou ambos os serviços (54,9%) apresentaram o cadastro das condições na APS. Houve maior proporção de registros da condição na APS entre as pessoas que buscaram os serviços de PA uma única vez no mesmo ano (53,3%), enquanto duas ou mais procuras em um mesmo ano foi mais frequente entre pessoas que não tinham cadastro (57,4%).

A proporção dos usuários que passaram pela atenção especializada no CISAMUSEP (3,1%) ou no ambulatório do HU (0,7%) foi pequena, mas a maioria deles possuía alguma das condições cadastradas (83,3% HA e 87,5% diabetes). Ademais, não foi observada diferença significativa em relação ao fato de a UBS de referência ser ou não certificada pelo APSUS.

Tabela 1 - Razão de Chances multivariável (ajustada) para variáveis independentes sociodemográficas de pessoas que possuem ou não o cadastro de hipertensão arterial e diabetes *mellitus* no prontuário eletrônico de município no Sul do Brasil, 2021

| Variáveis | Possui diagnóstico de HA e/ou DM cadastrado na APS | | | Valor de p | Modelo final ajustado | | |
|--|--|------------|-------------|------------|-----------------------|-------------|------|
| | Sim n (%) | Não n (%) | Total n (%) | | OR | IC(OR, 95%) | |
| Sexo (n=1.182) | | | | | | | |
| Feminino | 331 (49,3) | 341 (50,7) | 672 (56,9) | 0,00123 | 1,56 | 1,19 | 2,05 |
| Masculino | 200 (39,2) | 310 (60,8) | 510 (43,1) | | | | |
| Idade (anos) (n=1.182) | | | | <0,001 | 3,74 | 2,85 | 4,93 |
| 18 + - 59 | 149 (26,7) | 409 (73,3) | 558 (47,2) | | | | |
| 60 + | 382 (61,2) | 242 (38,8) | 624 (52,8) | | | | |
| Cor (n=1.167) | | | | Ns | | | |
| Branca | 381 (46,58) | 437 (53,4) | 818 (70,1) | | | | |
| Não branca | 148 (42,41) | 201 (57,6) | 349 (29,9) | | | | |
| Estado conjugal – com companheiro (n=1.158) | | | | 0,03469 | 1,34 | 1,02 | 1,76 |
| Sim | 338 (48,4) | 361 (51,6) | 699 (60,4) | | | | |
| Não | 192 (41,8) | 267 (58,2) | 459 (36,6) | | | | |
| Arranjo familiar – mora com alguém (n=1.158) | | | | Ns | | | |
| Sim | 500 (45,4) | 602 (54,6) | 1102 (95,2) | | | | |
| Não | 30 (53,6) | 26 (46,4) | 56 (4,8) | | | | |
| Escolaridade (n=1.118) | | | | 0,00165 | 0,61 | 0,44 | 0,82 |
| ≤ 8 anos | 419 (52,5) | 379 (47,5) | 798 (71,4) | | | | |
| >8 anos | 95 (29,7) | 225 (70,3) | 320 (28,6) | | | | |

Teste de H-L - p-valor = 0,074; AUC ROC = 0,739; *Ns - não significativo.

Na análise multivariada (Tabela 2), os resultados apontaram que as pessoas que buscaram os serviços de PA por HA e/ou complicações possuíam 2,2 vezes mais chances de não terem nenhuma condição crônica cadastrada, se comparadas aos usuários que buscaram esses serviços por ambas as morbidades.

As pessoas com duas ou mais entradas em algum dos anos apresentaram 1,63 vezes mais chances de não terem o cadastro na APS. Por fim, as pessoas que não passaram pela assistência especializada apresentaram 5,39 chances a mais de não terem o cadastro dessas condições.

Tabela 2 - Razão de Chances multivariável (ajustada) para variáveis independentes de utilização dos serviços de saúde por pessoas que possuem ou não o cadastro de hipertensão arterial e diabetes *mellitus* no prontuário eletrônico da Atenção Primária de município no Sul do Brasil, 2021

| Variáveis | Possui diagnóstico de HA e/ou DM cadastrado na APS | | | Valor de p | Modelo final ajustado | | |
|--|--|------------|-------------|------------|-----------------------|-------------|------|
| | Sim n (%) | Não n (%) | Total n (%) | | OR | IC(OR, 95%) | |
| Motivo da procura (n=1.182) | | | | | | | |
| Descontrole pressórico | 342 (40,2) | 508 (59,8) | 850 (71,9) | 0,0006 | 2,2 | 1,41 | 3,50 |
| Descontrole glicêmico | 120 (55,5) | 100 (45,5) | 220 (18,6) | | | | |
| Ambas as condições | 69 (61,6) | 43 (38,4) | 112 (9,5) | | | | |
| Serviço que buscou (n=1182) | | | | | | | |
| UPA | 470 (43,8) | 603 (56,2) | 1073 (90,8) | Ns | | | |
| PA do HU | 11 (61,1) | 7 (39,9) | 18 (1,5) | | | | |
| Ambos os serviços | 50 (54,9) | 41 (45,1) | 91 (7,7) | | | | |
| Recorrência das entradas/procura dos serviços de pronto atendimento (n=1.182) | | | | 0,0022 | 1,63 | 1,21 | 2,24 |
| Uma entrada em anos ≠ | 139 (53,3) | 122 (46,7) | 261 (22,1) | | | | |
| 2 ou mais no mesmo ano | 392 (42,6) | 529 (57,4) | 921 (77,9) | | | | |
| Número de entradas (n=1.182) | | | | | | | |
| 2 entradas | 329 (43,9) | 420 (56,1) | 749 (63,4) | Ns | | | |
| 3 a 5 entradas | 179 (46,3) | 208 (53,7) | 387 (32,7) | | | | |
| > 5 entradas | 23 (50,0) | 23 (50,0) | 46 (3,9) | | | | |
| Acompanhamento na assistência especializada no CISAMUSEP (n=1.182) | | | | 0,0012 | 5,39 | 2,11 | 16,8 |
| Sim | 30 (83,3) | 6 (16,7) | 36 (3,1) | | | | |
| Não | 501 (43,7) | 645 (56,3) | 1146 (96,9) | | | | |
| Acompanhamento na assistência especializada - Ambulatório do Hospital Universitário (n=1182) | | | | Ns | | | |
| Sim | 7 (87,5) | 1 (12,5) | 8 (0,7) | | | | |
| Não | 524 (44,6) | 650 (55,4) | 1174 (99,3) | | | | |
| UBS de referência certificada pelo APSUS (n=1182) | | | | Ns | | | |
| Sim | 270 (49,1) | 280 (50,9) | 550 (46,5) | | | | |
| Não | 261 (41,3) | 371 (58,7) | 632 (53,5) | | | | |

*Teste de H-L - p-valor = 0,074. AUC ROC = 0,739; *Ns - não significativo; CISAMUSEP - Consórcio Público Intermunicipal de Saúde; APSUS - Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde; UBS - Unidade Básica de Saúde.

DISCUSSÃO

Inicialmente, este estudo mostrou que, embora mais da metade dos que procuraram os serviços de PA, por duas ou mais vezes, fosse do sexo feminino e tivesse mais de 60 anos, as maiores chances de não ter nenhuma das duas condições de saúde, em estudo, cadastradas em prontuário da APS, foram observadas em pessoas do sexo masculino, com idade entre 18 e 59 anos e até oito anos de estudo. As duas primeiras características já são destacadas na literatura como fatores associados à menor utilização e acessibilidade aos serviços primários de saúde^(13-14,20-23).

Em relação ao sexo, tem-se que a procura preferencial dos serviços de PA pelos homens é influenciada por questões culturais e sociais que envolvem os determinantes do processo saúde-doença e permeiam a utilização dos serviços de saúde^(13,24). A maior proporção de cadastro do diagnóstico de HA e/ou DM em mulheres pode ser justificada pelo fato de elas serem mais diligentes aos sintomas, buscarem maior conhecimento acerca da condição e frequentarem mais as unidades de saúde^(21,25). Cabe destacar que, nos serviços de PA, é comum os homens serem acompanhados pela esposa que, muitas vezes, é quem relata as queixas do companheiro, destacando seu papel de cuidadora dentro do núcleo familiar⁽²⁶⁾.

Os homens, por sua vez, geralmente procuram serviços de saúde quando já apresentam sintomas e, às vezes, urgência clínica, conforme identificado em estudo de base populacional realizado com 410 homens de 20 a 59 anos em município no Noroeste do Paraná⁽²⁷⁾ e em Campina Grande, Paraíba⁽²⁸⁾. Por essa razão, eles priorizam a atenção imediata e a maior acessibilidade ofertada pelas unidades de PA⁽²⁸⁾, o que justifica a maior chance de homens não terem registro do diagnóstico de HA e/ou DM no nível primário.

A ausência de cadastro das condições HA e/ou DM em indivíduos na faixa etária dos 18 aos 59 anos pode ser decorrente da limitação do acesso aos serviços primários, pois o atendimento nesse nível assistencial ocorre, em sua maioria, durante o horário comercial, coincidindo com o turno de trabalho de grande parcela da população em idade produtiva^(14,29). Desse modo, os serviços de PA se tornam unidades de saúde de fácil acesso, frequentemente utilizadas por esse grupo⁽³⁰⁾.

Algumas estratégias podem favorecer a vinculação desse público com os serviços de saúde e, por conseguinte, o acompanhamento da condição de saúde, sobretudo daqueles que já convivem com uma doença crônica. Entre essas estratégias, estão a ampliação dos horários de atendimento para o público trabalhador, como o Programa Saúde na Hora⁽³¹⁾, e a realização de ações de promoção da saúde em parceria com empresas adscritas na área de abrangência da unidade.

O fato de constatar que as pessoas sem companheiro possuíam maiores chances de não ter cadastro na APS permite inferir que essa presença favorece o acompanhamento e enfrentamento das condições crônicas, mas sua ausência pode contribuir para a adoção de hábitos não saudáveis e até mesmo negligência em relação à própria saúde^(26,32). Nessa mesma direção, estudo realizado com homens, no interior de São Paulo, identificou que a associação entre presença de HA, menor número de amigos e baixa percepção de apoio social⁽³³⁾ foi mais frequente entre aqueles que moravam sozinhos e/ou que não tinham companheira.

O papel da família junto aos membros acometidos por condições crônicas é relevante, incentivando-os ou apoiando-os na adoção de ações de autocuidado e no melhor acompanhamento da condição na APS. Por conseguinte, o mapeamento das famílias da área de abrangência da unidade de saúde⁽³⁴⁾ permite aos profissionais, sobretudo à equipe de enfermagem, identificar oportunidades para atuarem junto a outros membros do núcleo familiar, visando sensibilizá-los sobre o seu papel no processo de acompanhamento e manejo adequado das condições crônicas.

Pode-se dizer também que a constatação de que um nível educacional maior é fator protetor em relação ao cadastro da condição crônica no prontuário da APS. Isso pode ser atribuído à ideia de que maior escolaridade favorece o acesso a informações sobre a doença, gera mais conhecimento sobre o próprio estado clínico e estratégias indicadas para um manejo adequado e, como consequência, maior possibilidade de adotar comportamentos mais saudáveis, além de tomar ciência sobre as implicações que a ausência desses cuidados pode gerar^(20,23).

Para além dos fatores que se mostraram relacionados à existência ou não de cadastro da condição crônica na APS, e considerando que foram analisados somente os casos com duas ou mais entradas, chama a atenção o número de pessoas que procuraram assistência nos serviços de PA por eventos agudos decorrentes de descontrole dos níveis pressóricos e/ou glicêmicos. No entanto, essa não é uma situação vivenciada de modo isolado no município em estudo ou no país. A avaliação de adultos com HA e/ou DM em um município do Norte do Paraná constatou que 30,8% deles não tinham o registro da condição de saúde nas unidades básicas, embora fossem acompanhados pelas equipes da ESF⁽²⁷⁾. No âmbito internacional, estudo realizado no Norte da Tanzânia também constatou elevada frequência de casos de descontrole de HA e DM nos serviços de PA, e as complicações dessas condições foram responsáveis por mais de um quarto de todas as hospitalizações de adultos⁽³⁵⁾.

Certamente, o fato de ter cadastro da condição na APS não evitaria todos os casos de procura dos serviços de PA por condições agudas, mas esse número poderia ser minimizado mediante um acompanhamento adequado, sobretudo nos casos de procura recorrente. Ademais, esse cadastro é essencial para o monitoramento efetivo da HA e DM nos diferentes pontos de atenção da RAS e a oferta de ações mais condizentes com as reais necessidades de saúde da população⁽³⁶⁾. Portanto, é primordial o conhecimento fidedigno da população adscrita e acometida por essas condições⁽³⁷⁾, o que pode ser operacionalizado mediante territorialização associada à estratificação de risco.

Na literatura, há dois tipos de fatores que podem desencadear inconsistência nos cadastros de pessoas com HA e DM e, por conseguinte, dificultar e/ou impedir o monitoramento e acompanhamento integral da população acometida. Dentre os fatores relacionados à organização dos serviços, têm-se as unidades de saúde, com áreas de abrangência superpopulosas, número muito elevado de demandas, exigências de produtividade para toda a equipe, principalmente para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e falta de preparo ou sobrecarga dos profissionais da APS frente a esses obstáculos. Em relação aos usuários, os fatores envolvidos são desconhecer o diagnóstico, conhecer, mas não admitir/aceitar que o tem, não aderir ao tratamento recomendado/prescrito, ou acreditar que já está curado⁽³⁸⁾.

O desconhecimento dos usuários acerca do diagnóstico de alguma condição crônica, conforme evidenciado nos relatos de ACS, em estudo realizado em Florianópolis, Santa Catarina⁽³⁸⁾, pode justificar o fato de as pessoas que procuraram os serviços de PA por descontrole pressórico apresentarem duas vezes mais chances de não ter a condição cadastrada na APS. Ressalta-se que essa doença geralmente é de evolução lenta e, muitas vezes, silenciosa ou assintomática, e as manifestações esporádicas de sintomas não são interpretadas como doença e/ou complicação. Por conseguinte, não há o reconhecimento sobre a necessidade de mudança de hábitos e de acompanhamento da condição em serviços de saúde de nível primário^(5,14,38).

Cadastrar a condição de saúde, além de ser um informe importante, facilita à equipe constituir um critério mínimo, se houver necessidade de encaminhar o usuário para atendimento especializado, visando um cuidado integral e contínuo e maior efetividade na assistência ofertada⁽²⁵⁻²⁸⁾. Um estudo que avaliou a tendência de hospitalização e óbito por acidente vascular encefálico isquêmico, no Brasil, por um período de 15 anos, constatou que, logo após a implementação do Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), em 2002, houve um declínio de mais de 70% dos casos⁽³⁹⁾.

A razão da ausência desse cadastro, principalmente nos casos em que a procura por serviços de PA foi recorrente, talvez tenha sido pela não valorização/reconhecimento da gravidade da situação ou por alguma dificuldade de acesso ao serviço, seja ela de ordem pessoal ou relacionada com a organização/estrutura da rede de assistência. Independentemente do motivo, essas pessoas não estão sendo adequadamente assistidas na APS, o que impossibilita a prevenção de novos eventos. O desconhecimento acerca de sua real condição de saúde e a ausência de acompanhamento por equipe multiprofissional acarretam eventos agudos e sérias complicações de saúde que podem impactar a qualidade de vida⁽⁴⁰⁾. Não se pode deixar de considerar que a organização e o acesso aos serviços influenciam a continuidade do cuidado na APS⁽²⁵⁻²⁸⁾. A dificuldade de acesso às unidades de saúde, além de constituir uma barreira para o manejo da condição de saúde, também pode ser responsável pela ausência de diagnóstico e, conseqüentemente, de gerenciamento precoce, o que aumenta o risco de complicações⁽⁴¹⁻⁴²⁾.

O Ministério da Saúde do Brasil estabelece como identificar as pessoas com HA e DM e como acompanhá-las adequadamente nos diferentes níveis de assistência. Na APS, por exemplo, propõe-se, entre outros, o uso dos seguintes indicadores: proporção de pessoas residentes na área adstrita da unidade cadastradas com diagnóstico de HA ou DM; média de atendimentos para esses grupos; e proporção de pessoas com essas condições acompanhadas no domicílio⁽⁴³⁾.

A avaliação longitudinal dos indicadores pode subsidiar o planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações preventivas e assistenciais para essas pessoas, e ao mesmo tempo permite identificar e avaliar as desigualdades na oferta de serviços voltados a esses grupos. A não utilização dos indicadores propostos, ou resultados insatisfatórios, pode significar baixo acompanhamento e baixo controle dessas condições na APS, favorece o surgimento e a progressão desses agravos, aumentando o número de internações hospitalares e de mortes por essas causas⁽⁴²⁾.

A análise da produção de 112 equipes da ESF em Florianópolis, Santa Catarina, por exemplo, apontou que, apesar do aumento nos indicadores de cadastramento, não se verificou aumento, na mesma proporção, nos indicadores de acompanhamento⁽⁴⁴⁾. Em Cambé, Paraná, o número de visitas domiciliares, consultas de enfermagem e médicas aos grupos de alto risco cardiovascular não atendia ao padrão assistencial estabelecido⁽²⁷⁾. Um estudo que avaliou a atenção à saúde de pessoas com DM, na perspectiva do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), constatou que as ações eram desenvolvidas com enfoque biomédico e curativista, ou seja, com grande distanciamento do que é proposto pelo modelo⁽⁴⁵⁾. A baixa conformidade das práticas assistenciais, segundo a estratificação de risco cardiovascular e controle metabólico, impactando a qualidade do cuidado ofertado, também foi identificada em pesquisa realizada no estado de Minas Gerais junto a 108 idosos com HA e/ou DM em acompanhamento na APS⁽⁴⁶⁾.

Urge sensibilizar as equipes da ESF acerca da importância do cadastro e da territorialização da área adscrita, do desenvolvimento de ações intersetoriais e ações de controle social dos usuários com HA e/ou DM, visando articular a atenção à saúde ofertada com as necessidades de saúde da população residente em sua área de abrangência, segundo os diferentes estratos de risco⁽⁴⁶⁾. Ademais, o sistema logístico de comunicação, entre os diferentes pontos da rede, necessita da atenção especial dos gestores, a fim de elaborar estratégias para enfrentar essa barreira na continuidade do cuidado, atributo essencial da APS.

Nesse contexto, aponta-se a importância do enfermeiro, que, de fato, exerce a função de coordenador da equipe, mesmo informalmente, além de ser elemento-chave na implementação das ações e programas assistenciais desenvolvidos na APS. O monitoramento e o manejo eficazes das pessoas com HA e/ou DM, mediante o uso de estratégias, como busca ativa, grupos de educação em saúde, telemonitoramento, visita domiciliar e acolhimento com escuta ativa, podem contribuir para o controle de agudizações de sinais e sintomas, orientando a revisão do plano terapêutico e de cuidados para esse grupo de usuários⁽³⁴⁾.

No município em estudo, as ações em saúde, compartilhadas por equipe multiprofissional, visando à integralidade e à resolubilidade da atenção, ocorrem com apoio da assistência especializada, tanto no CISAMUSEP quanto no ambulatório do HU. Contudo, os sistemas operacionais utilizados nessas unidades são distintos e não vinculados aos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A ausência de um sistema de informação unificado contribui para fragmentar a assistência à pessoa com condição crônica e desencadeia falha em seguimento e acompanhamento na RAS.

A integração do sistema operacional permitiria aos profissionais acessarem o prontuário do usuário de qualquer ponto da rede. Além disso, o sistema poderia ser aprimorado, de modo que a UBS de referência fosse comunicada toda vez que um usuário procurasse serviço de PA em decorrência de descontrole pressórico e/ou glicêmico. As equipes de saúde teriam mais facilidade para, mediante busca ativa, abordar os usuários com descontrole da condição de saúde, fazer um acompanhamento mais efetivo da condição crônica e planejar as ações e rotinas da UBS^(34,38,47).

A implantação do MACC está em desenvolvimento, e apenas as UBS com selo ouro, prata e alguns bronze já realizaram a

estratificação dos usuários de sua área de adscrição e podem encaminhar os usuários de alto risco para a atenção especializada. As demais UBS precisam dar conta do acompanhamento adequando aos usuários em condições crônicas. Provavelmente, por esse motivo, as pessoas que nunca passaram pela assistência especializada apresentaram cinco vezes mais chances de não ter nenhuma condição crônica cadastrada.

Os resultados encontrados evidenciam a fragmentação e desarticulação dos diferentes pontos na RAS, mais especificamente entre a APS e os serviços de PA. Por isso, torna-se premente a implementação de ações que favoreçam a articulação entre os diferentes serviços que compõem a RAS, a fim de que as demandas atendidas nos serviços de PA sejam conhecidas pelas equipes da APS. A existência de um programa de referência dos serviços de urgência e emergência para atendimento ambulatorial preventivo foi apontado, no estudo da Tanzânia, como uma forma eficaz de vincular as pessoas à APS⁽³⁵⁾.

É fundamental, portanto, que as políticas públicas considerem a necessidade de melhorar a conexão entre os diferentes níveis de complexidade e a saúde do homem, apontem mecanismos que favoreçam sua acessibilidade aos serviços de saúde da APS⁽²⁸⁾ e possibilitem a proposição de ações e intervenções específicas que instiguem a adoção de práticas preventivas e maior utilização deste nível de atenção⁽²²⁻²³⁾.

Limitações do estudo

Possíveis limitações do estudo são inerentes àqueles que fazem uso de dados secundários, pois há a possibilidade de falha no registro das informações, de cadastros desatualizados, de subidentificação de pessoas que procuraram o serviço por, pelo menos, duas vezes, considerando-se que o prontuário eletrônico em uma das UPA foi implantado somente em janeiro de 2019. Ainda há o desconhecimento das características da adesão ao tratamento proposto no âmbito da APS e também sobre as pessoas que não utilizam o sistema público para o acompanhamento de sua condição de saúde, mas o faz quando necessitam de atendimento emergencial.

Contribuições para a área da enfermagem e saúde

Considerando-se que o enfermeiro é o principal ordenador das ações no âmbito da APS, sobretudo na gestão de práticas para o monitoramento das DCNT, os resultados do estudo são relevantes para a área, mostrando que é recorrente a procura de serviços de PA por pessoas com HA e DM em decorrência de alterações nos níveis pressóricos e glicêmicos e que muitas dessas pessoas não possuem cadastro da condição crônica na APS.

CONCLUSÕES

Mais da metade das pessoas que buscaram duas ou mais vezes os serviços de PA do município por eventos agudos da HA e/ou DM não possuía sua condição crônica cadastrada em prontuário eletrônico da APS. As características que se mantiveram associadas a maiores chances de ausência deste cadastro foram sexo masculino, idade na fase produtiva — de 18 a 59 anos —, baixa escolaridade e procura por causa do descontrole pressórico. A falta desse registro foi associada às seguintes consequências: maior frequência de duas ou mais entradas em alguns dos anos pesquisados e não encaminhamento para assistência especializada.

FOMENTO

O estudo foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – “Código de Financiamento 001”, bolsa de mestrado concedida à Patrícia Chatalov Ferreira.

CONTRIBUIÇÕES

Ferreira PC e Marcon SS contribuíram com a concepção ou desenho do estudo/pesquisa. Ferreira PC, Marcon SS, Teston EF e Rossi RM contribuíram com a análise e/ou interpretação dos dados. Ferreira PC, Marcon SS, Teston EF, Vieira VCL, Souza RR, Lopes MCL e Marquete VF contribuíram com a revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Viana ALA, Bousquat A, Melo GA, Negri Filho A, Medina MG. Regionalização e redes de saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(6):1791-8. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05502018>
2. Cassettari SSR, Mello ALSF. Demanda e tipo de atendimento realizado em unidades de pronto atendimento do município de Florianópolis, Brasil. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(1):e3400015. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017003400015>
3. Ministério da Saúde (BR). Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h): o que é, quando usar, diretrizes e competências [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2020 [cited 2022 Sep 08]. Available from: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/unidade-de-pronto-atendimento-upa-24h>
4. Reynard C, Van den Berg P, Oliver G, Naguib MP, Sammut-Powell C, McMillan B, et al. O valor prognóstico do departamento de emergência hipertensão medida: uma revisão sistemática e meta-análise. *Acad Emerg Med*. 2022;29:344–53. <https://doi.org/10.1111/acem.14324>
5. Lima ACMG, Nichiata LYI, Bonfim D. Emergency department visits for ambulatory care sensitive conditions. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03414. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017042103414>
6. Pinto LF, Mendonça CS, Rehem TCMSB, Stelet B. Hospitalisations due to ambulatory care sensitive conditions (ACSC) between 2009 and 2018 in Brazil's Federal District as compared with other state capitals. *Ciênc Saúde Colet*. 2019;24(6):2105-14. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08582019>

7. Souza DK, Peixoto SV. Descriptive study on the evolution of hospitalization costs for ambulatory care sensitive conditions in Brazil, 2000-2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26(2): 285-94. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742017000200006>
8. Oliveira GMM, Brant LCC, Polanczyk CA, Biolo AB, Nascimento BR, Malta DC, et al. Cardiovascular Statistics: Brazil 2020. *Arq Bras Cardiol*. 2020;115(3):308-439. <https://doi.org/10.36660/abc.20200812>
9. Liang X, Zhong H, Xiao L. The effect of community hypertension management on blood pressure control and its determinants in southwest China *Int Health*. 2020;12(3):203-12. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihaa002>
10. Marinho F, Passos VMA, Malta DC, França EB, Abreu DMX, Araújo VEM, et al. Burden of disease in Brazil, 1990-2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2018;392(10149):760-75. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31221-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31221-2)
11. Nascimento BR, Brant LCC, Oliveira GMM, Malachias MVB, Reis GMA, Teixeira RA, et al. Cardiovascular disease epidemiology in Portuguese-speaking countries: data from the Global Burden of Disease, 1990 to 2016. *Arq Bras Cardiol*. 2018;110(6):500-11. <https://doi.org/10.5935/abc.20180098>
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria e vigilância em saúde. Departamento de análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2021-2030 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2020 [cited 2022 Feb 08]. Available from: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf
13. Schenker M, Costa DH. Advances and challenges of health care of the elderly population with chronic diseases in Primary Health Care. *Ciênc Saúde Colet*. 2019;24(4):1369-80. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.01222019>
14. Silva GF, Magalhães PSF, Silva Junior VR, Moreira TMM. Adherence to antihypertensive treatment and occurrence of Metabolic Syndrome. *Esc Anna Nery*. 2021;25(2):e20200213. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0213>
15. Mendes EV. Entrevista: a abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(2):431-6. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.16152017>
16. R development core team. R: a language and environment for statistical computing. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2020.
17. Giolo SR. Introdução à análise de dados categóricos com aplicações. São Paulo: Blucher; 2017.
18. Hosmer D, Lemeshow S. Applied Logistic Regression. New York: John Wiley & Sons. 2000.
19. Fawcett T. An introduction to ROC analysis: *Pattern Recognition Letters*. 2006; 27:861- 874.
20. Arruda GO, Mathias TAF, Marcon SS. Prevalence and factors associated with the use of public health services for adult men. *Ciênc Saúde Colet*. 2017;22(1):279-290. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.20532015>
21. Malta DC, Bernal RTI, Gomes CS, Cardoso LSM, Lima MG, Barros MBZ. Inequalities in the use of health services by adults and elderly people with and without on communicable diseases in Brazil, 2019 National Health Survey. *Rev Bras Epidemiol*. 2021;24 (suppl 2):e210003. <https://doi.org/10.1590/1980-549720210003.supl.2>
22. Arruda GO, Marcon SS. Health risk behaviors of men from the southern Brazil. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(2):e 2640014. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180002640014>
23. Barreto MS, Mendonça RD, Pimenta AM, Garcia-Vivar CM. Non-use of primary care routine consultations for individuals with hypertension. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(3):795-804. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.12132016>
24. Mulyanto J, Kringos DS, Kunst AE. Socioeconomic inequalities in the utilisation of hypertension and type 2 diabetes management services in Indonesia. *Trop Med Int Health*. 2019;24(11):1301-10. <https://doi.org/10.1111/tmi.13303>
25. Freitas PS, Matta SR, Mendes LVP, Luiza VL, Campos RM. Use of health services and medicines by hypertensive and diabetic patients in the municipality of Rio de Janeiro, Brazil. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(7):2383-92. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.21602016>
26. Rêgo AS, Rissardo LK, Scolai GAS, Sanches RCN, Carreira L, Radovanovic CAT. Factors associated with the care of elderly persons with Primary Health Care sensitive conditions. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017;20(6):773-84. <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170120>
27. Radigonda B, Souza RKT, Cordoni Junior L, Silva AMR. Assessment of the follow-up of adult patients with arterial hypertension and/or diabetes mellitus by the Family Health Strategy and identification of associated factors in the city of Cambé, Brazil, 2012. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016;25(1):115-26. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742016000100012>
28. Alves AN, Coura AS, França ISX, Magalhães IMO, Rocha MA, Araújo RS. Access of first contact in the primary health care: an evaluation by the male population. *Rev Bras Epidemiol*. 2020;23:e200072. <https://doi.org/10.1590/1980-549720200072>
29. Barreto PPM, Nery AA, Rocha RM, Rios MA. Acessibilidade aos serviços de saúde para trabalhadores informais do comércio com hipertensão arterial. *Rev APS*. 2019;22(4):732-45. <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2019.v22.15879>
30. Baratieri T, Lentsck MH, Corona LP, Almeida KP, Kluthecovsky ACGC, Natal S. Fatores associados ao uso inapropriado do pronto atendimento. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2021;26(6):2281-90. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.18532019>
31. Ministério da Saúde (BR). Programa Saúde na Hora. Portaria 930 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2019 [cited 2022 Feb 08]. Available from: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt0930_17_05_2019.html
32. Paula AC, Maldonado JMSV, Gadelha CAG. Health care telemonitoring and business dynamics: challenges and opportunities for SUS. *Rev Saúde Pública*. 2020;54:65. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001996>

33. Costa FS, Silva JLL, Mello GM, Almeida GL, Ribeiro LHS, Silva LMS, et al. Determinants of health and hypertension among men from inland São Paulo–SP. *Cienc Cuid Saude*. 2020;19:e50124. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v19i0.50124>
34. Draeger VM, Andrade SR, Meirelles BHS, Cechinel-Peiter C. Práticas do enfermeiro no monitoramento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde. *Esc Anna Nery*. 2022;26. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0353pt>
35. Hertz JT, Sakita FM, Manavalan P, Madut DB, Thielman NM, Mmbaga TB, et al. The burden of hypertension and diabetes in an emergency department in northern Tanzania. *Ethn Dis*. 2019;29(4):559-66. <https://doi.org/10.18865/ed.29.4.559>
36. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da saúde da família [Internet]. Brasília: OPAS; Conass; 2012 [cited 2022 Feb 08]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
37. Pinto AGA, Sampaio KR, Lôbo AC, Maciel BD, Jorge MSB. Grupos prioritários da estratégia saúde da família: a atenção primária à saúde na prática. *J Nurs Health*. 2016;6(3):366-78. <https://doi.org/10.15210/jonah.v6i3.7128>
38. Pedebos LA, Rocha DK, Tomasi Y. A vigilância do território na atenção primária: contribuição do agente comunitário na continuidade do cuidado. *Saúde Debate*. 2018;42(119):940-51. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811912>
39. Lopes JM, Sanchis GJB, Medeiros JLA, Dantas FG. Hospitalization for ischemic stroke in Brazil: an ecological study on the possible impact of Hipertensão. *Rev Bras Epidemiol*. 2016;19(1):122-134. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600010011>
40. Silva-Júnior AC, Cruz DP, Souza Junior EV, Rosa RS, Moreira RM, Santos ISC. Repercusiones de la prevalencia del síndrome metabólico en adultos y ancianos en el contexto de la atención primaria a la salud. *Rev Salud Pública*. 2018;20(6):735-40. <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n6.65564>
41. Wang C, Kuo HC, Cheng SF, Hung JL, Xiong JH, Tang PL. Continuity of care and multiple chronic conditions impact frequent use of outpatient services. *Health Informatics J*. 2019;26(1):318-27. <https://doi.org/10.1177/1460458218824720>
42. Nascimento LC, Viegas SMF, Menezes C, Roquini GR, Santos TR. O SUS na vida dos brasileiros: assistência, acessibilidade e equidade no cotidiano de usuários da Atenção Primária à Saúde. *Physis*. 2020;30(3):e300330. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300330>
43. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Qualificação dos indicadores do manual instrutivo para as equipes de atenção básica (saúde da família, saúde bucal e equipes parametrizadas) e NASF [Internet]. 2015 [cited 2022 Sep 03]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_indicadores_manual_instrutivo_equipes.pdf
44. Andrade SR, Castro RG, Senna, M.H. Production of the Family Health Strategy teams before and after the implementation of PMAQ-AB. *Cienc Cuid Saude*. 2017;16(3). <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v16i3.33207>
45. Salci MA, Meirelles BHS, Silva DMGV. Primary care for diabetes mellitus patients from the perspective of the care model for chronic conditions. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2017;25:e2882. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1474.2882>
46. Silva LB, Silva PAB, Santos JFG, Silqueira SMF, Borges EL, Soares SM. Risk strata and quality of care for the elderly in Primary Health Care. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2019;27:e3166. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2968.3166>
47. Patel SA, Sharma H, Mohan S, Weber MB, Jindal D, Jarhyan P, et al. The Integrated Tracking, Referral, and Electronic Decision Support, and Care Coordination (I-TREC) program: scalable strategies for the management of hypertension and diabetes within the government healthcare system of India. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):1022. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05851-w>