



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB**  
**FACULDADE UNB DE PLANALTINA – FUP**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA - PPGP**

**JANIELISON EDIERK RODRIGUES DE MEDEIROS**

**GESTÃO DA LINHA DE CUIDADO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**  
**NO SUS-DF: relação com as internações e regionalização**

Brasília  
2026

JANIELISON EDIERK RODRIGUES DE MEDEIROS

**GESTÃO DA LINHA DE CUIDADO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA  
NO SUS-DF: relação com as internações e regionalização**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública, da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gestão Pública.

Área de concentração: Gestão Pública e Territórios.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Raquel Gomes Maia Pires.

Brasília  
2026

JANIELISON EDIERK RODRIGUES DE MEDEIROS

**GESTÃO DA LINHA DE CUIDADO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA  
NO SUS-DF: relação com as internações e regionalização**

A comissão examinadora, abaixo identificada, aprova o trabalho de dissertação de Mestrado do curso de Pós-Graduação *stricto sensu* em Gestão Pública da Universidade de Brasília.

Banca examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Raquel Gomes Maia Pires – Presidente  
Universidade de Brasília (UnB)

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Leila Bernarda Donato Göttems – Membro Externo  
Universidade do Distrito Federal (UnDF)

---

Prof. Dr. Fábio Ferreira Amorim – Membro  
Universidade de Brasília (UnB)

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Elaine Nolasco Ribeiro – Membro Suplente  
Universidade de Brasília (UnB)

**Brasília**

**2026**

## RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) constitui condição crônica de elevada prevalência e relevância para o Sistema Único de Saúde (SUS), cuja condução exige das equipes de Saúde da Família (eSF) capacidade de coordenação do cuidado, acompanhamento longitudinal e articulação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Esta dissertação analisou a gestão da linha de cuidado da HAS no SUS-DF, com foco na relação entre o acompanhamento de pessoas com HAS pelas eSF e as internações hospitalares por HAS, segundo Regiões de Saúde, no período de 2022 a 2024. Trata-se de estudo quantitativo, exploratório-descritivo e analítico, com uso de dados secundários do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e do InfoSaúde-DF, organizados por quadrimestre e por Regiões de Saúde. Foram examinados: perfil sociodemográfico das internações por HAS, taxas territoriais de internação por HAS, percentual de internações por condições sensíveis à atenção primária relacionadas à HAS (ICSAP-HAS) e o indicador de acompanhamento na ESF mensurado pelo percentual de pessoas com HAS com pressão arterial aferida no semestre. Utilizaram-se análises descritivas e correlações de Spearman para estimar associações entre acompanhamento, taxas de internação por HAS e ICSAP-HAS, no nível do Distrito Federal e por Regiões de Saúde. Os resultados indicaram heterogeneidade territorial nas taxas de internação por HAS e nos percentuais de ICSAP-HAS, além de variação regional no acompanhamento registrado pelas eSF. No agregado do DF, observou-se correlação positiva fraca e limítrofe entre acompanhamento e taxa de internações por HAS; nas análises regionais, predominaram associações fracas e não significativas, com exceção de correlação positiva forte e significativa na Região Norte. Para ICSAP-HAS, não se identificou associação estatisticamente significativa com o indicador de acompanhamento, no nível distrital ou regional. Conclui-se que, no período analisado, o acompanhamento mensurado na ESF não se articulou de forma territorialmente consistente às internações por HAS e às ICSAP-HAS, sugerindo limites na capacidade de converter práticas registradas e informação disponível em gestão da linha de cuidado.

**Palavras-chave:** Hipertensão arterial sistêmica. Linha de cuidado. Coordenação do cuidado. Redes de Atenção à Saúde. Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

Systemic arterial hypertension (SAH) is a chronic condition of high prevalence and relevance to Brazil's Unified Health System (SUS), whose management requires Family Health Teams (FHTs) to ensure care coordination, longitudinal follow-up, and articulation within the Health Care Network (HCN). This dissertation analyzed the management of the SAH care pathway within the SUS of the Federal District (SUS-DF), focusing on the relationship between follow-up of individuals with SAH by FHTs and hospitalizations due to SAH, according to Health Regions, from 2022 to 2024. This is a quantitative, exploratory-descriptive, and analytical study using secondary data from the SUS Hospital Information System (SIH/SUS) and InfoSaúde-DF, organized by four-month periods and by Health Regions. The following were examined: the sociodemographic profile of hospitalizations due to SAH, territorial hospitalization rates for SAH, the percentage of primary care-sensitive hospitalizations related to SAH (ACSC-SAH), and the FHT follow-up indicator measured by the percentage of individuals with SAH who had their blood pressure measured within the semester. Descriptive analyses and Spearman correlations were performed to estimate associations between follow-up, SAH hospitalization rates, and ACSC-SAH percentages, at both the Federal District level and by Health Regions. The results indicated territorial heterogeneity in SAH hospitalization rates and ACSC-SAH percentages, as well as regional variation in follow-up recorded by FHTs. At the aggregate DF level, a weak and borderline positive correlation was observed between follow-up and SAH hospitalization rates; at the regional level, associations were predominantly weak and not statistically significant, except for a strong and significant positive correlation in the Northern Region. For ACSC-SAH, no statistically significant association was identified with the follow-up indicator, either at the district or regional level. It is concluded that, during the analyzed period, the follow-up measured in FHTs did not articulate in a territorially consistent manner with SAH hospitalizations and ACSC-SAH, suggesting limitations in the capacity to translate recorded practices and available information into the management of the care pathway.

**Keywords:** Systemic arterial hypertension. Care pathway. Care coordination. Health Care Networks. Primary Health Care.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	– Agente Comunitário de Saúde
AIH	– Autorização de Internação Hospitalar
APS	– Atenção Primária à Saúde
AVC	– Acidente Vascular Cerebral
CID-10	– Classificação Internacional de Doenças
DAC	– Doença Arterial Coronariana
DATASUS	– Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DF	– Distrito Federal
eSF	– Equipe de Saúde da Família
ESF	– Estratégia Saúde da Família
HAS	– Hipertensão Arterial Sistêmica
HBDF	– Hospital de Base do Distrito Federal
HUB	– Hospital Universitário de Brasília
IAM	– Infarto Agudo do Miocárdio
IC	– Insuficiência Cardíaca
ICSAP	– Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
ICSAP-HAS	– Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária relacionada a Hipertensão
ICTDF	– Instituto de Cardiologia e Transplantes do Distrito Federal
InfoSaúde-DF	– Portal de Informações e Transparência da Saúde do Distrito Federal
IPEDF	– Instituto de Pesquisa e Estatística do Distrito Federal
LC	– Linha de Cuidado
PCDT-HAS	– Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hipertensão Arterial Sistêmica
PNAB	– Política Nacional de Atenção Básica
PPAsem	– Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre
PPGP	– Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública
PSF	– Programa de Saúde da Família
PTS	– Projeto Terapêutico Singular
Qualis-APS	– Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal
RAS	– Redes de Atenção à Saúde
SES-DF	– Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

SIH/SUS	– Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SISAB	– Sistema de Informação em Saúde
SRS	– Superintendências Regionais de Saúde
SUS	– Sistema Único de Saúde
SUS-DF	– Sistema Único de Saúde do Distrito Federal
TMP	– Tempo Médio de Permanência
UBS	– Unidade Básica de Saúde
UnB	– Universidade de Brasília
UnDF	– Universidade do Distrito Federal
UTI	– Unidade de Terapia Intensiva
VIGITEL	– Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b>	Perfil sociodemográfico das internações hospitalares por Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Distrito Federal, 2022–2024. Brasília-DF, 2026. ....	38
<b>Tabela 2:</b>	*Taxa de internações por Hipertensão Arterial Sistêmica segundo Regiões de Saúde, Distrito Federal (2022–2024). Brasília-DF, 2026. ....	39
<b>Tabela 3:</b>	Percentual de ICSAP-HAS segundo Regiões de Saúde, Distrito Federal (2022–2024). Brasília-DF, 2026. ....	40
<b>Tabela 4:</b>	Caracterização sociodemográfica e distribuição de frequência das(os) usuárias(os) residentes no Distrito Federal submetidas(os) à angioplastia coronariana (2022–2024), segundo Regiões de Saúde, com teste de Kruskal–Wallis. Brasília-DF, 2026. ....	42
<b>Tabela 5:</b>	Caracterização da oferta hospitalar de angioplastias coronarianas no Distrito Federal, segundo unidade executora, tempo de permanência hospitalar, custos e óbito durante a internação (2022–2024), segundo Regiões de Saúde. Brasília-DF, 2026. ....	44
<b>Tabela 6:</b>	*Taxa de angioplastia coronariana segundo Regiões de Saúde, Distrito Federal e Brasil (2022–2024). Brasília-DF, 2026. ....	45
<b>Tabela 7:</b>	Percentual de acompanhamento de pessoas com HAS pelas eSF*, segundo Região de Saúde, Distrito Federal e Brasil (2022–2024). Brasília-DF, 2026. ....	46
<b>Tabela 8:</b>	Correlação de Spearman entre Percentual de Hipertensos com Pressão Arterial Aferida no Semestre e Taxa de Internações por Hipertensão Arterial Sistêmica, segundo Região de Saúde e Distrito Federal (2022–2024). Brasília-DF, 2026. ....	48
<b>Tabela 9:</b>	Correlação de Spearman entre Percentual de Hipertensos com Pressão Arterial Aferida no Semestre e Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde relacionadas a Hipertensão Arterial Sistêmica, segundo Região de Saúde e Distrito Federal (2022–2024). Brasília-DF, 2026. ....	49

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
1.1	OBJETIVOS .....	16
1.1.1	<b>Objetivo geral.....</b>	<b>16</b>
1.1.2	<b>Objetivos específicos.....</b>	<b>17</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>18</b>
2.1	GESTÃO DA LINHA DE CUIDADO NA RAS: ARTICULAÇÃO ENTRE OS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	18
2.2	POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO SUS-DF .....	24
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>29</b>
3.1	TIPO DE PESQUISA .....	29
3.1.1	<b>Caracterização e análise da demanda por angioplastias coronarianas no Distrito Federal .....</b>	<b>30</b>
3.1.2	<b>Análise da relação entre as internações por HAS e indicador de acompanhamento na APS .....</b>	<b>32</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>38</b>
4.1	CARACTERIZAÇÃO DAS INTERNAÇÕES POR HIPERTENSÃO NO SUS DO DISTRITO FEDERAL .....	38
4.2	ACOMPANHAMENTO DAS(OS) USUÁRIAS(OS) COM HAS PELAS eSF E RELAÇÃO COM AS INTERNAÇÕES POR HAS NO SUS-DF .....	46
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>51</b>
5.1	PERFIL DAS INTERNAÇÕES POR HAS E SUA ARTICULAÇÃO COM A PRODUÇÃO DA ALTA COMPLEXIDADE NO SUS-DF.....	51
5.2	ACOMPANHAMENTO DA HAS PELAS eSF E SUA ARTICULAÇÃO COM OS DESFECHOS HOSPITALARES NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SUS-DF.....	60
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>68</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>70</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) constitui um dos principais agravos crônicos enfrentados pelos sistemas de saúde no mundo, dentre eles o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, com impactos significativos sobre a mortalidade por causas cardiovasculares, como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Insuficiência Cardíaca (IC) e Acidente Vascular Cerebral (AVC). Apesar da ampla disponibilidade de protocolos clínicos e do conhecimento acumulado sobre seu manejo, a HAS continua evoluindo para complicações que poderiam ser evitadas com intervenções oportunas e coordenadas, especialmente pelas Equipes de Saúde da Família (eSF)<sup>1</sup>, no nível da Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>2</sup> (Andrade *et al.*, 2025).

Essa problemática torna-se ainda mais evidente quando se analisam os dados recentes sobre a prevalência da HAS no Brasil. Segundo o relatório de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), em 2023, 27,9% da população adulta nas capitais e no Distrito Federal (DF) relataram diagnóstico de HAS (Brasil, 2024). Esse cenário revela não apenas a elevada prevalência do agravo, mas sugere também as limitações estruturais dos mecanismos de organização da linha de cuidado das condições crônicas de saúde<sup>3</sup>, sobretudo pelas eSF, que são responsáveis pelo acompanhamento longitudinal das(os) usuárias(os) nos territórios (Darte *et al.*, 2024).

Diante desse contexto, a APS, pautada em diretrizes clínicas, consolida-se como ambiente estratégico e privilegiado para o enfrentamento da HAS, especialmente no que tange às ações de prevenção, detecção precoce, controle e seguimento longitudinal das(os) usuárias(os) pelas eSF, com ênfase no contexto comunitário e familiar. As diretrizes oficiais reforçam a necessidade de integrar o cuidado à dinâmica cotidiana da população, por meio do vínculo territorial e da longitudinalidade do cuidado, o que favorece o acompanhamento contínuo e o manejo qualificado da HAS, contribuindo para a redução de agravos e complicações decorrentes (Brasil, 2021).

---

<sup>1</sup> Cada eSF é composta por Enfermeira(o); Médica(o); Técnica(o) de Enfermagem e Agentes comunitárias(os) de Saúde (Brasil, Ministério da Saúde, 2017; SES DF, 2017).

<sup>2</sup> No âmbito das diretrizes atuais, a Política Nacional de Atenção Básica estabelece a equivalência conceitual entre os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde”, considerando-os intercambiáveis em sua aplicação (Brasil, Ministério da Saúde, 2012), por isso utilizaremos Atenção Primária à Saúde (APS).

<sup>3</sup> Problemas de saúde que persistem ao longo do tempo, exigindo gerenciamento contínuo, que abrangem desde doenças não comunicáveis até certas doenças infecciosas e transtornos mentais de longo prazo e que exigem intervenções territoriais, coordenadas e multiprofissionais para um manejo eficaz (WHO, 2002).

A Estratégia Saúde da Família (ESF)<sup>4</sup>, modelo prioritário de organização da APS no Brasil, foi concebida para funcionar a partir da responsabilização territorial, do uso do cadastro nominal das pessoas, bem como do vínculo entre equipe e população. Seu papel vai além da atenção curativa; exige que as(os) profissionais desenvolvam planejamento local com base nas necessidades epidemiológicas do território, promovam ações educativas, realizem o rastreamento de fatores de risco e conduzam o acompanhamento regular dos(as) usuários(as) (Brasil, 2017; Pinto; Giovanella, 2018).

Dessa forma, o manejo da HAS pelas eSF evidencia sua centralidade na reorganização do cuidado às condições crônicas ao integrar ações de prevenção, vigilância e acompanhamento contínuo das(os) usuárias(os) (Oliveira *et al.*, 2020). A atuação multiprofissional das equipes, orientada por uma abordagem territorializada e centrada na integralidade<sup>5</sup>, contribui para o controle e prevenção de agravamento da HAS, com a consequente redução da demanda por procedimentos de média<sup>6</sup> e alta<sup>7</sup> complexidade, com impactos relevantes na equidade e na sustentabilidade do SUS (Darte *et al.*, 2024).

A ESF se fundamenta nos atributos essenciais da APS, quais sejam: atenção no primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação (Starfield, 2002). Este último se torna ainda mais estratégico no contexto das Redes de Atenção à Saúde (RAS), isto é, os arranjos organizativos que integram serviços de diferentes complexidades para superar a fragmentação e assegurar a integralidade, em que a ESF é posicionada como a principal articuladora dos fluxos assistenciais (Mendes, 2011).

A articulação dos serviços sob a forma das RAS, crucial para o manejo de condições crônicas como a HAS, operacionaliza-se pela gestão das Linhas de Cuidado (LC), que são tecnologias organizacionais desenhadas para estruturar itinerários terapêuticos coerentes para as(o) usuárias(os) (Brasil, Ministério da Saúde, 2014). Em que pese a importância do desenho normativo das RAS e LC, ele não tem se traduzido plenamente na prática. São recorrentes

---

<sup>4</sup> Inicialmente instituída em 1994 como Programa Saúde da Família (PSF), a iniciativa foi reconfigurada como estratégia prioritária da Atenção Básica com a institucionalização da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006 (Pinto; Giovanella, 2018).

<sup>5</sup> O sentido de integralidade aqui implica que as unidades de APS devem providenciar que o paciente receba todos os tipos de serviços de saúde, mesmo que alguns não sejam oferecidos eficientemente dentro da própria unidade. Isso inclui encaminhamentos para serviços secundários (consultas), terciários (manejo definitivo de problemas específicos) e serviços de suporte essenciais (como internação domiciliar e outros serviços comunitários) (Starfield, 2002).

<sup>6</sup> A assistência de média complexidade no SUS abrange ações e serviços destinados a enfrentar os principais agravos de saúde, exigindo atuação clínica especializada e suporte tecnológico para diagnóstico e tratamento (CONASEMS, 2009).

<sup>7</sup> A assistência de alta complexidade envolve procedimentos caracterizados pelo emprego de tecnologias de maior densidade e, conseqüentemente, de maior custo no sistema de saúde (CONASEMS, 2009).

deficiências de planejamento territorial, a não utilização da estratificação de risco e a descontinuidade no seguimento clínico pelas eSF, lacunas que comprometem a função coordenadora e fragmentam a atenção (Almeida *et al.*, 2018; Cunha; Giovanella, 2011). Quando essas falhas se tornam crônicas, o resultado é a sobrecarga de serviços especializados e a ocorrência de internações evitáveis, o que gera ineficiência sistêmica e desperdício de recursos públicos (Costa; Silva; Jatobá, 2023). Nesse cenário, as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) se configuram como indicador de resultado para avaliar a organização dos serviços da APS, cuja redução está associada à qualificação da gestão e à ampliação da cobertura da ESF (Alfradique *et al.*, 2009; Pinto; Giovanella, 2018)

A título de exemplo, entre 2010 e 2019, observou-se redução de 34,4% nas internações por HAS entre as ICSAP no Brasil, com queda da taxa nacional de 58,7 para 29,6 por 100 mil habitantes. A correlação inversa com a expansão da ESF (ou seja, a relação entre o aumento da cobertura populacional de eSF e a diminuição das ICSAP) sugere que a reorganização do cuidado baseada em territórios e na gestão do risco pode produzir a prevenção e diminuição das intercorrências decorrentes de condições crônicas, especialmente quando articulada a arranjos assistenciais mais qualificados, como observado em regiões do Centro-Oeste e no estado do Piauí (Oliveira *et al.*, 2022).

A despeito dos avanços institucionais da ESF, entre 2019 e 2023 o Brasil registrou 206.188 internações por HAS, com maior concentração em mulheres (57,35%) e idosos (40,9%), sobretudo nas faixas etárias entre 60 e 79 anos (Sousa *et al.*, 2024). Esses números, quando situados em perspectiva temporal, evidenciam a persistência da HAS como desafio epidemiológico. Estudos de base populacional indicam crescimento da prevalência no país, passando de 19,9% em 2008 para 23,9% em 2019, com maior impacto entre mulheres, idosos e pessoas de baixa escolaridade (Julião; Souza; Guimarães, 2021). Dados mais recentes reforçam essa tendência ao apontarem que 28,1% dos adultos das capitais brasileiras relataram diagnóstico de hipertensão em 2023, chegando a 64,6% entre aqueles com 65 anos ou mais e mantendo-se mais elevada em mulheres (29,6%) e em indivíduos com menor escolaridade (Brasil, Ministério da Saúde, 2024). Tais evidências revelam não apenas os limites da APS em prevenir hospitalizações evitáveis, mas também o elevado ônus econômico imposto ao SUS, o que reforça a centralidade da HAS na agenda da gestão pública em saúde.

O impacto econômico dessas internações é igualmente relevante. Em 2018, os custos diretos associados ao cuidado da hipertensão ultrapassaram R\$ 2 bilhões, correspondendo a 59% dos gastos totais com hipertensão, diabetes e obesidade no país (Nilson *et al.*, 2020), revelando a magnitude financeira de complicações que poderiam ser mitigadas por uma gestão

mais efetiva da LC. Segundo Aleluia *et al.* (2017), estudos nacionais e internacionais têm apontado que lacunas na coordenação do cuidado, a fragmentação assistencial e a adesão parcial a protocolos contribuem para desfechos adversos. O autor destaca que essas evidências reforçam a urgência de pesquisas capazes de subsidiar decisões na gestão pública e ampliar o potencial da ESF na prevenção de eventos evitáveis e onerosos.

Dentre as complicações decorrentes da HAS não controlada, a persistência de desfechos graves entre pessoas vinculadas à ESF sugere falhas estruturais na linha de cuidado da HAS pelas eSF. Conforme apontam Andrade *et al.* (2025), hospitalizações por HAS não controlada devem ser compreendidas como marcadores indiretos da efetividade da ESF. Quando sua incidência se mantém elevada, indica ineficiência das ações preventivas e a ruptura do cuidado longitudinal (quer dizer, ao longo da vida).

Embora as deficiências na gestão da linha de cuidado da HAS sejam uma realidade nacional, o Distrito Federal (DF) apresenta especificidades institucionais e uma trajetória histórica singular que o tornam um campo de análise particular e de elevada relevância. Uma dessas particularidades reside na existência de uma gestão unificada dos três níveis de atenção, arranjo administrativo que, paradoxalmente, não se traduziu em uma maior integração da rede de serviços no SUS. Pelo contrário, o que se observa é a persistência de uma profunda fragmentação assistencial, que incide diretamente sobre a organização das linhas de cuidado para condições crônicas e desafia a articulação entre a ESF e os demais pontos da rede (Fausto; Almeida; Bousquat, 2018; Göttems *et al.*, 2019).

Acresce a essa singularidade o fato de que o DF consolidou um percurso de resistência histórica à consolidação da ESF como eixo ordenador da APS, em um claro contraste com o caminho adotado pela maioria das unidades federativas desde os anos 1990 (Corrêa *et al.*, 2019). Essa resistência não se configura como uma mera inércia administrativa, mas como um processo ativo, marcado por descontinuidades institucionais e intensas disputas político-corporativas que minaram sistematicamente as tentativas de implantação de um modelo assistencial mais abrangente, com foco na prevenção, na promoção da saúde e no acompanhamento familiar no território (Corrêa *et al.*, 2019; Göttems *et al.*, 2019).

As sucessivas e instáveis iniciativas de implementação da ESF são a prova material dessa dificuldade, brevemente relatada a seguir. A primeira tentativa ocorreu entre 1995 e 1999, com o Programa Saúde em Casa; a segunda foi iniciada em 2004, com uma retomada gradual da cobertura; e a terceira, entre 2015 e 2018, com a reorganização da APS e o Projeto Brasília Saudável. A instabilidade dessas iniciativas evidencia a dificuldade de romper com estruturas historicamente moldadas por interesses corporativos médico-empresariais e pela lógica de

mercado, que mantiveram a APS em uma posição subalterna e subfinanciada dentro do sistema de saúde local (Göttems *et al.*, 2019).

Conforme analisam Göttems *et al.* (2019), a resistência institucional em aderir à ESF se expressou, ao longo do tempo, no desejo e poder da corporação médica de preservar um modelo assistencial tradicional biomédico, hegemônico. Esse modelo, centrado na atenção médica especializada, fragmentada, hospitalocêntrica e desvinculada das práticas de territorialização<sup>8</sup>, adstrição da população<sup>9</sup> e coordenação do cuidado que caracterizam a ESF, representa um obstáculo paradigmático à mudança. Como consequência, a atual formalização normativa da conversão do modelo tradicional para a ESF só ocorreu de fato em 2017, por meio das portarias SES-DF nº 77 e 78 (Corrêa *et al.*, 2019). No entanto, essa tardia formalização não resultou em alterações substanciais no padrão assistencial da APS. Haja vista o contexto institucional, histórico e as especificidades do SUS-DF, persiste a resistência das(os) profissionais em modificar práticas historicamente centradas na lógica do atendimento à demanda, em detrimento de ações programadas e de vigilância em saúde (Corrêa *et al.*, 2019; Göttems *et al.*, 2019). Isso porque a mudança de modelo organizacional da APS exige rupturas paradigmáticas que não foram plenamente assumidas pelas(os) profissionais, sobretudo médicas(os), cuja adesão parcial à ESF expressa os limites concretos da mudança organizacional quando confrontada com uma forte tradição institucional.

Mesmo com a expansão da cobertura da ESF no DF que saltou de 28% para 69% em apenas dois anos (2016-2018), permanecem incertezas quanto à consolidação real do modelo no território (Corrêa *et al.*, 2019). A distância entre a formalização normativa e a implementação prática evidencia que o crescimento quantitativo não necessariamente se traduz em alterações efetivas no padrão de cuidado (Corrêa *et al.*, 2019). Esse contexto levanta questões centrais sobre a gestão da linha de cuidado da HAS, as lacunas estruturais e institucionais que influenciam os percursos assistenciais e em que medida essas lacunas impactam desfechos evitáveis, ainda não plenamente compreendidos, no SUS-DF.

Esse cenário de consolidação incompleta da ESF como modelo de organização da APS revela, por fim, tensões estruturais profundas entre as diretrizes normativas e a prática assistencial, indicando que a fragmentação da atenção e a baixa integração interinstitucional

---

<sup>8</sup> Territorialização tomada aqui com ênfase nas ações de gestão em saúde, que inclui o processo de delimitação de um território e de adscrição de uma população de referência, com o objetivo de organizar e planejar as ações de saúde de forma contínua e integrada (Brasil, 2010).

<sup>9</sup> Adstrição da população é o processo de vincular uma Unidade Básica de Saúde (UBS) a uma população específica que reside em um determinado território. Essa vinculação cria uma responsabilidade sanitária, em que a eSF da UBS é a referência para os cuidados daquela área, promovendo o vínculo, a continuidade do cuidado e a organização das ações de acordo com as necessidades locais (Brasil, Ministério da Saúde, 2017).

agregam obstáculos crônicos à efetivação das eSF enquanto coordenadoras do cuidado no SUS-DF. É precisamente essa lacuna entre o modelo idealizado e a sua aplicação real que justifica a centralidade desta investigação no contexto do DF. Noutras palavras, ao discutir o descompasso entre a adoção formal da ESF como modelo da APS e sua consolidação organizacional no DF, esta pesquisa toma a gestão da linha de cuidado da HAS como expressão das limitações institucionais da ESF no território. Trata-se de observar como o acompanhamento de pessoas com HAS no território das eSF reflete obstáculos ou possibilidades à efetivação das diretrizes previstas, revelando tensões entre a norma e a prática, com ênfase nas repercussões para a ampliação do acesso à saúde no SUS-DF.

Dessa forma, torna-se indispensável compreender a inter-relação entre os fatores estruturantes dos níveis de atenção do SUS e a gestão da linha de cuidado da HAS pelas eSF no contexto local. Como mencionado, a conversão normativa sem consolidação organizacional limita a capacidade de resposta da ESF às condições crônicas, fragiliza os mecanismos de prevenção de desfechos evitáveis e compromete a capacidade de reorganizar a atenção à saúde a partir do território. Tal quadro impõe a necessidade de investigações que articulem melhor a avaliação crítica da trajetória histórica do SUS-DF, as deficiências na qualificação dos processos de trabalho e as repercussões sobre as práticas de gestão territorial e da clínica no âmbito da ESF.

Diante desse cenário, a presente pesquisa investiga a seguinte questão: De que maneira a gestão da linha de cuidado da HAS pelas eSF no DF se relaciona com as internações por HAS, segundo Regiões de Saúde do SUS-DF, no período de 2022 a 2024? Parte-se da hipótese de que as deficiências na gestão, no planejamento e na continuidade da atenção à saúde de pessoas com HAS pelas eSF nas regiões de saúde do DF repercutem nas internações, eventos passíveis de serem evitados e controlados pela gestão da linha do cuidado da HAS a partir da APS.

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo geral

Analisar a gestão da linha de cuidado da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) pelas Equipes de Saúde da Família no Distrito Federal, e as internações conforme padrões territoriais.

### **1.1.2 Objetivos específicos**

- a) Caracterizar a distribuição territorial, perfil o perfil sociodemográfico e os gastos associados às internações hospitalares por Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) no Distrito Federal, no período de 2022 a 2024;
- b) Analisar a relação entre o acompanhamento das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) pelas Equipes de Saúde da Família e as internações hospitalares por HAS, segundo Região de Saúde do Distrito Federal, no período de 2022 a 2024;
- c) Propor recomendações para o aperfeiçoamento da gestão da linha de cuidado da hipertensão arterial sistêmica pelas equipes de Saúde da Família no SUS-DF.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 GESTÃO DA LINHA DE CUIDADO NA RAS: ARTICULAÇÃO ENTRE OS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE

A fragmentação da atenção em saúde figura como um problema estrutural recorrente nos sistemas públicos de saúde, pois compromete a continuidade do cuidado, fragiliza a integralidade e multiplica os custos ao produzir fluxos desordenados de usuárias(os) entre pontos isolados da rede (Mendes, 2011; Starfield, 2002). No SUS, essa disfunção manifesta-se em itinerários assistenciais marcados por rupturas comunicacionais e lacunas no seguimento clínico, configurando um padrão de ineficiência que afeta, sobretudo, o manejo das condições crônicas (Fausto; Almeida; Bousquat, 2018; Mendes, 2011).

Essa fragilidade organizacional se materializa no que a literatura denomina de itinerário terapêutico, o percurso que a(o) usuária(o) realiza em busca do cuidado. Em um sistema integrado, esse percurso precisa ser fluido e coordenado pela APS, sobretudo conduzido pelos profissionais das eSF. Contudo, na realidade da fragmentação, o que se observa é a transferência da responsabilidade gerencial para a(o) usuária(o), que precisa decifrar e navegar ativamente por uma rede de serviços desarticulada para obter a atenção de que necessita (Fausto; Almeida; Bousquat, 2018).

Tal situação transforma o percurso da pessoa com uma condição crônica, como a HAS, em uma jornada marcada por barreiras organizacionais. Na ausência de uma coordenação efetiva, é a própria pessoa quem busca seu percurso pelas redes de serviços (Malta; Merhy, 2010), o que pode levar ao uso excessivo ou inadequado de procedimentos, em vista da procura por múltiplos especialistas. As “barreiras de acesso”, portanto, não se limitam à falta de um serviço, mas incluem o ônus (físico, emocional e financeiro) imposto à(ao) usuária(o) forçada(o) a se tornar, sem preparo e suporte necessário, a(o) gestora de sua própria linha de cuidado.

Pesquisas nacionais recentes reforçam que essa dificuldade não se restringe ao cotidiano dos usuários, mas revela falhas estruturais no próprio modelo de regulação das redes. Sousa e Shimizu (2024) demonstram que, embora tenha havido avanços na informatização e na ordenação de fluxos entre 2012 e 2018, a incorporação dessas ferramentas ocorreu de forma desigual e, muitas vezes, apenas no plano normativo. Na ausência de coordenação efetiva, a descontinuidade permanece, e a gestão da linha de cuidado da HAS acaba reduzida a protocolos formais, sem tradução em práticas clínicas e organizacionais concretas.

Um dos efeitos mais evidentes dessa desarticulação é refletido nas ICSAP, tomadas como indicador indireto da efetividade da APS. A persistência de altas taxas de internações evitáveis revela que os mecanismos de prevenção e acompanhamento não estão funcionando como filtros adequados, sinalizando falhas de coordenação e de responsabilização sanitária (Alfradique *et al.*, 2009), além da realização de procedimentos de alta complexidade sem planejamento no âmbito das RAS, como as angioplastias que interessam a este estudo.

Essa fragmentação não decorre apenas de deficiências operacionais, mas reflete o predomínio histórico de modelos hospitalocêntricos<sup>10</sup> e especializados, que organizam a assistência em compartimentos estanques e impedem a construção de trajetórias integradas. Nessa perspectiva, as ICSAP não são apenas eventos indesejáveis, mas sintomas de uma falha estrutural de governança do sistema, que perpetua um modelo de atenção focado em práticas curativas em detrimento da prevenção (Mendes, 2011). Nesse sentido, a ausência de continuidade e de coordenação resulta em cuidados redundantes e ineficiência econômica, demonstrando que os problemas organizacionais têm impactos diretos sobre os resultados clínicos e a sustentabilidade financeira do sistema (Starfield, 2002). A superação desse modelo exige, portanto, a transição para arranjos sistêmicos, fundamentados teoricamente no paradigma das RAS.

A proposta das RAS foi incorporada ao SUS como resposta institucional à fragmentação, ao integrar serviços de diferentes densidades tecnológicas em arranjos orientados por uma lógica sistêmica (Brasil, Ministério da Saúde, 2010; Mendes, 2011). Mais do que conectar unidades, as RAS buscam estruturar itinerários assistenciais contínuos, orientados pela responsabilidade sanitária e econômica de atender às necessidades da população em territórios definidos. Nesse sentido, a ideia de rede assume caráter normativo, ao expressar um paradigma organizativo que induz os serviços a superar práticas fragmentadas e adotar uma racionalidade sistêmica, em que os recursos são distribuídos conforme demandas de saúde (Mendes, 2011).

Esse paradigma, entretanto, encontra limites estruturais em sua implementação. A contradição entre a promessa de integralidade e a realidade de um sistema historicamente segmentado, associada a um financiamento ainda centrado na lógica hospitalar, reforça a sobrecarga da média e alta complexidade e perpetua desigualdades internas. Assim, o descompasso entre a descentralização e a consolidação de um modelo de atenção integrado adiou o enfrentamento de problemas estruturais persistentes no SUS (Fausto; Almeida; Bousquat, 2018).

---

<sup>10</sup> O termo hospitalocêntrico designa um modelo de atenção em saúde centrado no hospital e em procedimentos especializados, em detrimento da atenção primária, da prevenção e da promoção da saúde (Mendes, 2011).

A governança das RAS permanece difusa, pois a necessidade de instâncias reguladoras e de pactuação interfederativa, destacada por Mendes (2011), confronta-se com práticas de fragmentação decisória entre esferas de governo e setores profissionais, o que dificulta a efetivação de um modelo poliárquico<sup>11</sup>. A territorialização, embora concebida como instrumento de responsabilização sanitária, revela contradições práticas em contextos metropolitanos, nos quais a noção de população adscrita se choca com fluxos abertos e a intensa mobilidade urbana, desafiando o planejamento e a organização dos serviços (Göttems *et al.*, 2019; Mendes, 2011). Essas tensões demonstram que a adoção formal das RAS não garante sua tradução em práticas efetivas, uma vez que muitas experiências acabam reduzidas a normativas de gabinete, sem modificar a lógica cotidiana de funcionamento dos serviços, arriscando transformar o conceito em categoria retórica diante do descompasso entre a organização formal e a produção real do cuidado (Tofani *et al.*, 2021).

Tensionar o paradigma das RAS é, portanto, reconhecer que sua potência analítica convive com fragilidades operacionais. A integralidade, a coordenação e a territorialização fornecem lentes para interpretar a fragmentação, mas sua materialização depende de condições políticas, financeiras e institucionais que raramente se concretizam em plenitude (Fausto; Almeida; Bousquat, 2018).

É crucial reconhecer a tensão permanente entre a organização formal das redes, com seus fluxos e protocolos, e a produção cotidiana da gestão do cuidado pelas(os) profissionais. Esta última dimensão revela a existência de redes informais, baseadas no protagonismo de usuárias(os) e profissionais, que frequentemente operam como forma de resistência ou adaptação criativa às falhas e barreiras do sistema formal (Tofani *et al.*, 2021). É nesse espaço estratégico que as “potencialidades” da gestão do cuidado podem ser identificadas.

Se as RAS oferecem o paradigma teórico, a Linha de Cuidado (LC) constitui sua expressão operacional, desenhada para estruturar o percurso dos usuários em torno de condições específicas (Brasil, Ministério da Saúde, 2014; Mendes, 2011). As linhas funcionam como dispositivos que articulam diferentes pontos da rede, assegurando continuidade e integralidade em trajetórias definidas por critérios clínicos e epidemiológicos, rompendo com a lógica de atendimentos episódicos (Mendes, 2011).

No caso das condições crônicas, essa operacionalização adquire relevância particular. A HAS, por sua natureza silenciosa e de evolução prolongada, exige seguimento longitudinal e integração entre múltiplos níveis assistenciais, atributos essenciais de uma APS forte (Starfield,

---

<sup>11</sup> Modelo poliárquico são serviços que se organizam de maneira cooperativa e interdependente, articulados por uma missão e objetivos compartilhados (Mendes, 2011).

2002). Sem uma linha de cuidado bem estruturada, que se responsabilize pela trajetória do usuário, o risco é que o acompanhamento se fragmente em consultas desconexas e pontuais, culminando em complicações graves e evitáveis (Malta; Merhy, 2010).

No campo da HAS, a LC assume papel estratégico, pois oferece o itinerário que pode prevenir a evolução para complicações cardiovasculares graves e reduzir a incidência de ICSAP (Alfradique *et al.*, 2009; Brasil, Ministério da Saúde, 2014; Mendes, 2011). Quando a linha é descontinuada ou inexistente, o resultado é o aumento de internações evitáveis e da demanda por procedimentos de alta complexidade, como a angioplastia, que representam o fracasso da prevenção primária e secundária (Andrade *et al.*, 2025; Mendes, 2011).

Além de arranjo clínico, a LC é também um instrumento de gestão. Ao delimitar papéis, pontos de atenção e fluxos de referência, ela contribui para racionalizar recursos, evitar redundâncias e estabelecer responsabilidades claras entre os serviços. Nesse sentido, a linha não apenas organiza o cuidado, mas cria mecanismos internos de responsabilização no sistema (Mendes, 2011).

Contudo, a efetividade da LC depende da capacidade da APS em assumir a função de coordenadora. A literatura mostra que, sem a APS como eixo estruturante, as linhas tendem a se reduzir a fluxogramas formais, pouco aplicados no cotidiano dos serviços (Almeida *et al.*, 2018; Mendes, 2011; Starfield, 2002). É a coordenação que transforma o desenho em prática viva, conectando intervenções dispersas em um processo contínuo (Starfield, 2002).

A coordenação do cuidado, nesse sentido, emerge como o atributo essencial que define a capacidade da APS de integrar as diversas ações e serviços demandados pela HAS. Esse conceito transcende o simples encaminhamento, englobando a articulação informacional e clínica entre os pontos de atenção para assegurar a consistência do cuidado longitudinal (Almeida *et al.*, 2018; Starfield, 2002).

A fragilidade dessa função coordenadora, frequentemente esvaziada por falhas de comunicação e pela baixa institucionalização de protocolos comuns, repercute diretamente na sobrecarga dos serviços especializados (Ribeiro; Cavalcanti, 2020). A falha em garantir transições seguras entre os serviços não apenas compromete a qualidade do manejo clínico da HAS, mas também gera ineficiência sistêmica e elevação de custos assistenciais evitáveis (Botelho; Portela, 2017).

Para que a coordenação do cuidado amplie a função de um mero encaminhamento burocrático, ela precisa se materializar em um conjunto de tecnologias de microgestão<sup>12</sup> operadas no cotidiano das equipes de saúde (Malta; Merhy, 2010). A transição de um modelo fragmentado para um sistêmico exige não apenas uma reestruturação de fluxos, mas uma mudança na própria racionalidade do cuidado, que passa a ser compreendido como um ato de corresponsabilização e construção conjunta entre profissionais e usuários (Malta; Merhy, 2010; Mendes, 2011).

Um conceito central para essa microgestão é o de Clínica Ampliada<sup>13</sup>, que se contrapõe ao modelo biomédico tradicional, focado estritamente na doença. A Clínica Ampliada propõe uma abordagem que considera a singularidade das pessoas e seu contexto de vida para construir um Projeto Terapêutico Singular (PTS)<sup>14</sup>. Esse projeto vai além da prescrição e inclui pactuações sobre estilo de vida, apoio familiar e comunitário, constituindo-se em um plano de cuidado coproduzido, e não apenas imposto pela(o) profissional (Mendes, 2011).

Nessa perspectiva, o vínculo entre a equipe e a(o) usuária(o) emerge não como uma relação meramente afetiva, mas como uma potente ferramenta de gestão que garante a longitudinalidade, um dos atributos essenciais da APS (Starfield, 2002). Uma relação de confiança permite o acompanhamento contínuo da condição crônica, a identificação precoce de riscos e a negociação de metas terapêuticas, tornando a(o) usuária(o) um agente ativo em seu próprio cuidado (Moitinho *et al.*, 2023). Essas tecnologias relacionais, embora de baixa densidade de equipamentos, são de altíssima complexidade, pois lidam com a subjetividade e os determinantes sociais da saúde<sup>15</sup> (Mendes, 2011).

Portanto, a gestão da LC da HAS pelas eSF se operacionaliza por meio dessas tecnologias de microgestão: o diagnóstico ampliado da situação de saúde, a construção de um Projeto Terapêutico Singular e a sustentação do cuidado por meio do vínculo longitudinal. A ausência ou fragilidade dessas práticas no cotidiano dos serviços esvazia a LC de seu potencial, transformando-a em um protocolo formal, incapaz de responder à complexidade das condições crônicas.

---

<sup>12</sup> Tecnologias de microgestão são ferramentas e procedimentos que asseguram a qualidade e eficiência da atenção à saúde, partindo de diretrizes clínicas e baseando-se em evidências científicas para otimizar processos e a tomada de decisões (Brasil, Ministério da Saúde, 2010).

<sup>13</sup> A Clínica Ampliada é uma abordagem que amplia o olhar biomédico, incluindo aspectos epidemiológicos, sociais, econômicos, sociológicos e antropológicos e um cuidado centrado na história de vida das pessoas (Mendes, 2011).

<sup>14</sup> O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um plano de cuidado construído coletivamente pela equipe de saúde, considerando as necessidades clínicas e o contexto de vida do usuário (Mendes, 2011).

<sup>15</sup> Determinantes sociais da saúde são condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, e o seu acesso a poder, dinheiro e recursos, que exercem uma forte influência nas desigualdades em saúde. São as diferenças injustas e evitáveis no estado de saúde observadas dentro e entre países (Who, [n.d.]).

Dessa forma, a LC não deve ser tratada como um mero dispositivo clínico, mas como uma tecnologia de gestão organizacional projetada para traduzir em prática os pilares das RAS (Mendes, 2011). Seu sucesso ou fracasso, portanto, não é apenas um indicador de qualidade assistencial, mas um termômetro da capacidade de governança do sistema em superar seu estado crônico de desarticulação. Quando essa tecnologia organizacional falha, as consequências são sistêmicas, mensuráveis e onerosas, manifestando-se no aumento das ICSAP (Alfradique *et al.*, 2009).

Não obstante, a gestão da LC começa pelo simples acompanhamento proativo das pessoas portadoras de HAS do território pelas eSF, o que inclui a programação de consultas regulares, o monitoramento de exames e de eventuais consultas especializadas, bem como atividades de educação em saúde coletivas realizadas no território. Tal acompanhamento se insere nas diretrizes do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hipertensão Arterial Sistêmica (PCDT-HAS) do Ministério da Saúde, que orienta o diagnóstico, o tratamento e o seguimento das pessoas hipertensas no âmbito do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2025). Para realizar essas ações, as(os) profissionais fazem previamente a análise diagnóstica das pessoas cadastradas no sistema de informação e-SUS APS,<sup>16</sup> antecipando-se à procura espontânea à UBS, muitas vezes ocasionada por picos de hipertensão não controlada. Assim, embora o acompanhamento das pessoas do território cadastradas não contemple toda a complexidade da gestão da LC, constitui um estágio importante na vigilância da saúde<sup>17</sup> de indivíduos e coletividades, no âmbito da APS.

Com a ausência de acompanhamentos regulares e programados em nível de APS, o desfecho mais crítico da falha na gestão da LC de usuárias(os) portadores de HAS é a evolução para a necessidade de procedimentos de alta complexidade, como a angioplastia coronariana. Tal evento, portanto, não deve ser visto como um acontecimento clínico isolado, mas como um produto complexo, integrante de um itinerário terapêutico marcado pela descontinuidade e pela incapacidade da APS de gerir as condições crônicas de saúde de forma longitudinal, ou seja, por toda a vida das pessoas adstritas à UBS (Andrade *et al.*, 2025; Starfield, 2002). Dessa forma, cada procedimento de alta complexidade realizado em uma(um) paciente cuja condição poderia

---

<sup>16</sup> e-SUS APS é uma estratégia do Ministério da Saúde para informatizar a Atenção Primária à Saúde (APS). O objetivo é unificar e qualificar o registro das informações de saúde, facilitando a gestão e o cuidado do paciente por meio de um sistema eletrônico nacional. As principais ferramentas incluem o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e o Prontuário Eletrônico e-SUS APS (PEC), além de um painel de monitoramento de dados e uma plataforma de educação para profissionais.

<sup>17</sup> A vigilância em saúde refere-se ao uso contínuo de informações sobre eventos e condições de saúde para orientar ações de prevenção, controle de agravos e promoção da saúde, valorizando a atuação territorial e integrada no SUS (Teixeira *et al.*, 2018).

ter sido controlada pelas eSF, mediante a programação de consultas sistemáticas e outras ações previstas em protocolos assistenciais, representa um possível fracasso da prevenção e, do ponto de vista da gestão, um uso ineficiente de recursos públicos que poderiam ser alocados de forma mais equitativa e sustentável (Mendes, 2011).

Nesse contexto, um importante indicador à análise da gestão da LC de pessoas portadoras de HAS pelas eSF consiste no acompanhamento sistemático dessas(es) usuárias(os) cadastrados no e-SUS APS, dado disponível nos principais sistemas de informação em saúde. Para a gestão pública, a relação entre os distintos níveis de atenção à saúde envolvidos na coordenação da LC de pessoas portadoras de HAS dessa pesquisa significa averiguar se o SUS-DF possibilita, de alguma maneira, a modificação do paradigma normativo da integralidade em itinerários reais e eficientes de cuidado, ou se permanece prisioneiro de uma fragmentação estrutural (Fausto; Almeida; Bousquat, 2018).

## 2.2 POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO SUS-DF

A ESF foi instituída como modelo prioritário de reorganização da APS no Brasil, buscando materializar atributos essenciais como acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação (Starfield, 2002; Pinto; Giovanella, 2018). Ao vincular equipes multiprofissionais a territórios definidos, a ESF procura romper com práticas centradas no hospital e em atendimentos episódicos, estimulando uma abordagem integral e preventiva. Esse arranjo, normatizado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) desde 2006 e reeditado em 2011 e 2017, consolidou diretrizes para a organização das Unidades Básicas de Saúde (UBS), composição de equipes e mecanismos de financiamento, orientando a reestruturação da APS em escala nacional (Brasil, Ministério da Saúde, 2017; Gomes; Gutiérrez; Soranz, 2020).

Diversos estudos recentes reforçam os efeitos positivos de sistemas de saúde estruturados com modelos de APS. Revisão sistemática conduzida por Baker *et al.* (2020), por exemplo, analisou a associação entre a continuidade do cuidado na atenção primária e a mortalidade dos pacientes. O estudo, que abrangeu pesquisas realizadas em países como Estados Unidos, Canadá, Inglaterra e Coreia do Sul, identificou que níveis mais elevados de continuidade assistencial estão consistentemente associados à redução da mortalidade por todas as causas. Além disso, a revisão ressalta que a permanência do relacionamento, uma das dimensões da continuidade do cuidado, contribui para outros resultados vinculados à eficiência dos sistemas de saúde, como menores taxas de hospitalização e de utilização de serviços de

urgência. Esses achados reforçam o papel da APS como eixo estruturante de sistemas de saúde mais resolutivos e sustentáveis, ao favorecer tanto a qualidade quanto a racionalidade no uso dos recursos assistenciais.

Pesquisas de Bitton *et al.* (2019) em países de baixa e média renda associaram a presença de atributos fortes da APS a melhores desfechos em saúde coletiva, sobretudo no manejo de doenças crônicas. Hansen *et al.* (2015) verificaram que pessoas com condições crônicas relataram melhor qualidade de vida em sistemas primários consolidados, enquanto Carter *et al.* (2016), no Canadá, observaram queda no uso de emergências após reformas baseadas em equipes multiprofissionais. No Brasil, a expansão da ESF esteve associada à redução de mortalidade infantil, das ICSAP e de desigualdades no acesso (Macinko; Mendonça, 2018). Martins *et al.* (2025) confirmam que políticas como o Mais Médicos ampliaram cobertura e reduziram mortes evitáveis, reforçando a centralidade da ESF na sustentabilidade do SUS.

Entretanto, a experiência do Distrito Federal apresenta peculiaridades que limitam a efetivação desse modelo centrado na APS. Como já abordado na introdução, a trajetória da ESF foi marcada por resistências político-corporativas e pela hegemonia do modelo biomédico, com resistências estruturais para sua consolidação como coordenadora da rede (Corrêa *et al.*, 2019; Göttems *et al.*, 2019). Essa configuração se manteve mesmo após a formalização normativa de 2017 que, embora representasse avanço regulatório, não foi suficiente para reverter práticas assistenciais historicamente fragmentadas, biomédicas, hospitalares, especializadas e centradas na média e alta complexidade. Assim, além da implantação efetiva tardia (somente em 2016, portanto 22 anos após a origem do PSF, em 1994) a APS no DF permanece em posição periférica na organização do sistema, incapaz de ordenar fluxos assistenciais e estruturar itinerários contínuos de cuidado (Corrêa *et al.*, 2019; Göttems *et al.*, 2019).

Essa problemática se torna evidente quando analisada a partir da perspectiva das desigualdades territoriais. Santos *et al.* (2024) demonstram que a distribuição das eSF no DF permanece desigual e insuficiente, mesmo em áreas de maior vulnerabilidade, o que limita a capacidade de resposta às condições crônicas mais prevalentes, como a HAS. Através disso a resistência histórica dos profissionais em aderir à ESF e modificar processos de trabalho, que seguem mecanizados e centrados no atendimento à demanda, o que limita a capacidade de resposta das eSF. Essa lacuna compromete a territorialização e reforça o caráter fragmentado da APS local, que se vê obrigada a responder de forma reativa, em vez de preventiva e proativa, às demandas populacionais.

Nesse contexto, a avaliação das eSF do SUS-DF pelo Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal (Qualis-APS, 2019) representou um esforço

institucional para fortalecer a gestão da ESF digno de atenção. Desenvolvido em parceria pela SES-DF, Universidade de Brasília e Fiocruz Brasília, o programa avaliou 603 equipes de saúde da família e 165 UBS, apoiado em plataforma digital de monitoramento (Santos *et al.*, 2024). O Qualis-APS buscou combinar capacitação profissional, avaliação contínua e acompanhamento da qualidade, constituindo-se em iniciativa inovadora de gestão da APS local.

No entanto, análises recentes sugerem que, embora inovador, o Qualis-APS ainda enfrenta limites estruturais para se consolidar como ferramenta de governança. Lemos *et al.* (2024) ressaltam que a ausência de gestores capacitados em competências específicas da APS dificulta a institucionalização de protocolos e a utilização sistemática de indicadores de monitoramento. Dessa forma, a iniciativa, embora relevante, permanece dependente de mudanças mais amplas no campo da formação gerencial e na capacidade institucional do DF de sustentar políticas de médio e longo prazo.

A despeito dessa limitação institucional, as análises derivadas do Qualis-APS revelaram fragilidades estruturais persistentes. Foram identificadas deficiências na infraestrutura das UBS, na organização dos processos de trabalho e na distribuição territorial das equipes, o que compromete a efetividade da APS como coordenadora da linha de cuidado de condições crônicas, como a HAS (Santos *et al.*, 2024; Scherer *et al.*, 2024). A rotatividade de profissionais e a ausência de formação gerencial específica dificultaram a condução de processos internos, a análise de indicadores e a institucionalização de protocolos clínicos (Lemos *et al.*, 2024). Essas lacunas, ao limitarem a capacidade de gestão das equipes, fragilizam a continuidade do acompanhamento e a coordenação interinstitucional.

Outro achado importante refere-se à desigualdade na distribuição geoespacial das equipes. Embora a maior concentração esteja em áreas de maior vulnerabilidade relativa, a cobertura ainda é insuficiente e mal articulada territorialmente, o que compromete a capacidade de resposta e manejo das condições crônicas mais prevalentes, como a HAS (Santos *et al.*, 2024). Essa lacuna se agrava pela redução do número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que supostamente pode enfraquecer o vínculo comunitário e prejudicar a longitudinalidade, reduzindo a capacidade da APS de identificar precocemente riscos e de sustentar o acompanhamento regular (Scherer *et al.*, 2024).

Contudo, a premissa de que a presença do ACS pode ampliar a participação e o acesso da comunidade aos serviços da UBS se fragiliza em estudos recentes, em que ocorre uma diminuição progressiva das visitas do ACS em todo o Brasil e no DF em particular. Contrastando drasticamente como a UF que apresentou maior ampliação da cobertura de ESF no período analisado (2013 a 2019), o DF figura com o menor percentual de visitas mensais do

ACS referidas pelos domicílios cadastrados no último ano, apenas 4%, número bem abaixo da média nacional de 28,4% (Giovannella *et al.*, 2021).

Os achados de Scherer *et al.* (2024) mostram que tais desigualdades territoriais não se restringem à cobertura das equipes, mas também se refletem na infraestrutura das UBS e na organização dos processos internos de trabalho. A ausência de planejamento territorial consistente e de mecanismos de suporte logístico perpetua a fragmentação do cuidado, reforçando a posição periférica da APS na RAS.

As fragilidades estruturais e organizacionais da APS no DF se refletem diretamente na gestão da linha de cuidado da HAS. A ausência de territorialização consistente, a precariedade na integração de sistemas de informação e a falta de padronização de fluxos assistenciais resultam em descontinuidade do cuidado e sobrecarga dos serviços especializados (Scherer *et al.*, 2024). Leandro e Monteiro (2017) já apontavam que, mesmo diante de avanços na APS local, persistiam falhas na articulação entre os níveis de atenção, limitando a efetividade do seguimento clínico e expondo pacientes a um sistema fragmentado.

Esse conjunto de evidências sugere que a expansão numérica da ESF, embora necessária, não é suficiente para consolidar sua função coordenadora no DF. As barreiras identificadas pelo Qualis-APS e por estudos correlatos demonstram que entraves organizacionais e gerenciais permanecem como fatores limitantes, perpetuando um ciclo de cuidado reativo e de alto custo para o sistema (Göttems *et al.*, 2019; Lemos *et al.*, 2024; Santos *et al.*, 2024). No caso da HAS, tais deficiências têm repercussões críticas, uma vez que a falta de continuidade e de acompanhamento adequado das pessoas portadoras de HAS no território implica em hospitalizações evitáveis e procedimentos de alta complexidade, como angioplastias coronarianas (Aleluia *et al.*, 2017; Alfradique *et al.*, 2009).

Assim, o DF se apresenta como um exemplo emblemático dos desafios da gestão da LC pelas eSF, seja pelo processo tardio e resistente da implantação em relação aos demais municípios do Brasil, seja pelas especificidades da dupla função de município e estado assumida pela SES-DF. Quer dizer, se por um lado o DF compartilha dificuldades observadas em outros estados, por outro, concentra barreiras estruturais e institucionais mais intensas, dada a coexistência de um sistema unificado que não se traduziu em redes de atenção efetivas, além da centralização administrativa excessiva da SES-DF que dificulta a gestão democrática e a governança do SUS (Corrêa *et al.*, 2019; Göttems *et al.*, 2019).

Tal cenário revela tensões estruturais entre diretrizes e práticas, indicando que a fragmentação da atenção e a baixa integração interinstitucional operam como obstáculos à consolidação da ESF enquanto coordenadora do cuidado no SUS-DF (Corrêa *et al.*, 2019;

Göttems *et al.*, 2019). A política formal existe, mas a prática real dos serviços ainda reflete o modelo antigo. A não consolidação plena desse modelo impossibilita que o DF se beneficie dos ganhos de equidade e eficiência já associados à ESF em outros contextos nacionais.

Este estudo se debruçará sobre as repercussões dessa lacuna para a gestão pública do SUS local, investigando as contribuições para a perpetuação de um ciclo de cuidado reativo, para o sistema, no contexto das interações e da regionalização.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 TIPO DE PESQUISA

A presente pesquisa contou com uma abordagem quantitativa de caráter exploratório-descritivo e analítico (Sampieri; Collado; Lucio, 2013). A classificação da vertente exploratória se justifica porque se debruçou sobre a relação entre o acompanhamento das pessoas com HAS pelas Equipes de Saúde da Família e as internações hospitalares por HAS, segundo Região de Saúde do Distrito Federal, no período de 2022 a 2024, temática ainda não analisada sob esse recorte territorial. Por sua vez, a face descritiva do estudo permitiu examinar melhor a relação entre o acompanhamento territorial pelas eSF e as internações hospitalares por HAS no SUS-DF, a distribuição e a frequência numérica das internações hospitalares por HAS entre as Regiões de Saúde do DF, bem como a relação com indicadores de acompanhamento da HAS na APS. A dimensão analítica envolveu a realização de teste de correlação de Spearman para analisar a relação entre o acompanhamento das pessoas com HAS pelas eSF e as internações hospitalares por HAS, segundo Região de Saúde do Distrito Federal, no período de 2022 a 2024. O mapeamento possibilitou a identificação de padrões territoriais, subsidiando cenários para análise regionalizada entre o acompanhamento assistencial das pessoas portadoras de HAS pelas eSF e as internações hospitalares por HAS.

Nesse escopo, a pesquisa realizou caracterização das internações hospitalares por HAS realizadas no DF no período de 2022 a 2024, seguida da análise dos indicadores de acompanhamento de pessoas com HAS pelas eSF na APS local e das ICSAP-HAS e internações. Para essas análises, foram utilizados dados secundários provenientes de duas bases oficiais e complementares: TABNET<sup>18</sup> e o Portal de Informações e Transparência da Saúde do Distrito Federal (InfoSaúde-DF<sup>19</sup>), conforme descritos nos próximos tópicos.

---

<sup>18</sup> TABNET é uma ferramenta *on-line* desenvolvida pelo Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS) para permitir a tabulação rápida e a análise de dados de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele possibilita ao usuário selecionar grupos de informações, variáveis, períodos e filtros para criar tabelas, gráficos e mapas, auxiliando na tomada de decisões e na gestão de políticas de saúde. Disponibiliza informações referentes a morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais que subsidiam análises objetivas da situação sanitária, bem como tomadas de decisão baseadas em evidências e elaboração de programas de ações de saúde. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>.

<sup>19</sup> Portal de Informações e Transparência da Saúde do Distrito Federal é uma ferramenta *on-line* da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) que centraliza e disponibiliza dados e informações sobre gestão, orçamento, licitações, contratos, pessoal e serviços de saúde do Distrito Federal. Disponível em: <https://info.saude.df.gov.br/sala-de-situacao>.

### 3.1.1 Caracterização e análise da demanda por angioplastias coronarianas no Distrito Federal

A fase exploratória deste estudo teve como objetivo caracterizar as internações hospitalares por HAS ocorridas no DF, no período de 2022 a 2024. Buscou-se caracterizar as internações hospitalares por HAS quanto ao sexo, faixa etária e raça/cor, gastos associados às internações, bem como a distribuição territorial conforme a organização estabelecida pelo Programa de Gestão Regional da Saúde da SES-DF<sup>20</sup> (GDF, 2016).

A delimitação temporal adotada fundamenta-se na disponibilidade e na consistência das variáveis ofertadas pelas bases oficiais utilizadas, que disponibilizam séries completas e comparáveis para o período analisado. As informações referentes às internações por HAS ocorridas no DF, assim como ICSAP-HAS, correspondentes aos meses de janeiro de 2022 a dezembro de 2024, foram obtidas a partir de dados secundários do InfoSaúde-DF. O InfoSaúde-DF é uma plataforma oficial da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), desenvolvida no âmbito da Subsecretaria de Planejamento em Saúde, que disponibiliza painéis interativos de monitoramento na Sala de Situação, com dados de acesso público provenientes dos sistemas e-SUS APS e Sistema de Informação em Saúde (SISAB)<sup>21</sup>, organizados por período, território e indicador pactuado. Os valores foram posteriormente agregados por quadrimestre. A partir desses dois conjuntos de dados, organizaram-se séries temporais quadrimestrais e distribuições territoriais por Região de Saúde, viabilizando o cálculo da Taxa de internação por HAS e o percentual de ICSAP-HAS, e sua análise no nível distrital e regional.

Os dados para o cálculo do indicador de acompanhamento da HAS na APS, “percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre”, também foram obtidos por meio da Sala de Situação através do InfoSaúde-DF. No ambiente do painel, selecionou-se o referido indicador, aplicando-se filtros por ano (2022, 2023 e 2024, analisados separadamente), quadrimestre (Q01, Q02 e Q03) e Região de Saúde. Para cada ano do triênio, procedeu-se à extração das séries quadrimestrais e da distribuição regional do indicador.

---

<sup>20</sup> O Programa de Gestão Regional da Saúde (PRS), criado pelo Decreto nº 37.515/2016, buscou reorganizar a gestão no Distrito Federal por meio da regionalização, agrupando antigas estruturas administrativas em sete Regiões de Saúde e instituindo mecanismos formais de planejamento e acompanhamento com maior autonomia administrativa e financeira em nível regional (GDF, 2016).

<sup>21</sup> O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) é um sistema do Ministério da Saúde que reúne dados dos municípios sobre a Atenção Básica para fins de gestão, financiamento e monitoramento da saúde da população. Oferece relatórios para a gestão municipal monitorar indicadores, analisar a produção das equipes, procedimentos, cadastros e atividades coletivas.

Os dados extraídos foram organizados em base analítica própria, construída a partir de planilha elaborada no *software Microsoft Excel®*. Nessa etapa, os registros passaram por processos sistemáticos de limpeza, padronização e agregação territorial, mantendo as informações referentes ao local de residência e à respectiva Região de Saúde no DF constantes na base secundária. A base analítica contemplou variáveis relacionadas à caracterização das internações hospitalares por HAS, incluindo distribuição territorial, sexo, faixa etária e raça/cor, bem como os gastos associados às internações, conforme registrados no InfoSaúde-DF e SIH/SUS. Essa organização assegurou consistência interna dos dados, comparabilidade entre Regiões de Saúde e aderência aos objetivos analíticos da pesquisa.

A etapa inicial da análise empregou estatística descritiva para organizar, sintetizar e apresentar a distribuição e a frequência das internações por HAS ocorridas no período estudado. Conforme descrito por Sampaio (2018), essa abordagem compreende procedimentos sistemáticos voltados à descrição dos dados, incluindo a elaboração de distribuições de frequência, a construção de representações gráficas e o cálculo de medidas de tendência central e dispersão. Com base nesse referencial, foram utilizadas medidas de tendências centrais como média, mediana, desvio padrão, intervalo interquartil, frequência absoluta e percentuais, permitindo caracterizar o perfil sociodemográfico e territorial internações por HAS entre 2022 e 2024, bem como favorecer a visualização de diferenças entre as Regiões de Saúde do DF.

A análise estatística realizada neste estudo baseou-se em uma combinação de medidas descritivas e testes de hipóteses. As medidas descritivas foram utilizadas para sintetizar as características das variáveis analisadas, incluindo distribuição territorial, sexo, faixa etária, raça/cor e gastos associados às internações hospitalares por HAS. O teste qui-quadrado foi empregado para investigar eventuais associações entre variáveis categóricas, como sexo, faixa etária, raça/cor e Região de Saúde. Esse teste permitiu avaliar se as frequências observadas diferiam das frequências esperadas sob a hipótese de independência entre as variáveis, indicando associações estatisticamente significativas quando aplicável (Turhan, 2020).

Previamente à aplicação das análises de correlação, utilizou-se o teste de Shapiro-Wilk para verificar a aderência à distribuição normal dos indicadores quantitativos do estudo, especificamente: a taxa de internações por HAS, percentual de ICSAP-HAS e o percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida no semestre. Essa etapa foi necessária porque a escolha do método de correlação a ser empregado dependia do comportamento distributivo dessas variáveis. Considerando que se trata de taxas construídas a partir de dados administrativos, agregadas por Região de Saúde e por período, com potencial assimetria e heterogeneidade territorial, a verificação prévia da normalidade foi adotada como critério

técnico para definição entre métodos paramétricos ou não paramétricos, assegurando a adequação dos procedimentos estatísticos e a validade das inferências produzidas (Souza *et al.*, 2023).

Para fins de análise territorial, as 35 Regiões Administrativas do DF foram agregadas segundo a divisão sanitária oficial das sete Superintendências Regionais de Saúde (SRS) a saber Central, Centro-Sul, Norte, Sul, Oeste, Sudoeste e Leste, instituídas pela SES-DF como instâncias responsáveis pela coordenação e pela contratualização de resultados dessas regiões (GDF, 2016). A opção por utilizar as SRS como recorte analítico justifica-se pelo fato de nelas se concentrarem as responsabilidades relacionadas ao planejamento, à organização dos serviços e à pactuação de metas com a Administração Central, no âmbito do processo de regionalização<sup>22</sup> e contratualização em saúde (Mabelle; Pinto; Oliveira, 2018).

A regionalização permite observar as diferenças de gestão e de desempenho entre as regiões, considerando que a lógica de gestão por SRS busca descentralizar decisões e adequar a oferta de serviços às especificidades de cada território, o que pode influenciar diretamente a demanda por procedimentos de alta complexidade e os indicadores de acompanhamento da HAS, caso os processos de coordenação da linha de cuidado estejam pactuados ou bem-organizados dentro da Região de Saúde. Essa premissa orientou a análise dos resultados, com base na literatura e diretrizes nacionais (Göttems *et al.*, 2017; Mello; Demarzo; Viana, 2019).

### **3.1.2 Análise da relação entre as internações por HAS e indicador de acompanhamento na APS**

Os indicadores em saúde, utilizados neste estudo como variáveis de análise, constituem instrumentos fundamentais para o monitoramento, a avaliação e o planejamento das políticas públicas de saúde, uma vez que possibilitam mensurar tanto o acompanhamento de usuárias(os) hipertensas(os) quanto os efeitos desse acompanhamento. De acordo com sua finalidade analítica, os indicadores podem ser agrupados em diferentes categorias. Na área da saúde, classicamente se utilizam os indicadores de processo e de resultado, em geral. Os indicadores de processo refletem a realização de atividades e procedimentos clínicos previstos, expressando a capacidade de resposta das equipes de saúde. Os indicadores de resultado estão voltados à

---

<sup>22</sup> No contexto do SUS, regionalização se refere à organização dos serviços de saúde em territórios compartilhados, com o objetivo de ampliar o acesso e garantir continuidade do cuidado. A contratualização diz respeito aos instrumentos que formalizam responsabilidades, metas e fluxos assistenciais entre gestoras(es) e prestadoras(es), influenciando a oferta, o financiamento e a governança dos serviços (Silva; Carvalho; Martins, 2024).

mensuração dos efeitos das intervenções sobre as condições de saúde da população, incluindo a prevenção de agravos, a redução de internações evitáveis e as repercussões sobre o acesso à saúde (Tanaka; Tamaki, 2012; Viacava *et al.*, 2004).

Nesse sentido, para esta pesquisa foram utilizados tres indicadores extraídos da Sala de Situação do InfoSaúde-DF, um de processo e outro de resultado, ambos com série histórica disponível a partir de 2022. O primeiro indicador corresponde ao “**Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre**”, classificado como indicador de processo, por expressar a capacidade das eSF de realizar o acompanhamento clínico regular das(os) usuárias(os) hipertensas(os) nos territórios sob sua responsabilidade.

$$PPAsem = \left( \frac{N_{hipertensos\ com\ PA\ aferida\ no\ semestre}}{N_{hipertensos\ identificados}} \right) \times 100$$

Nos quais:

PPAsem = percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida no semestre de referência;

N<sub>hipertensos com PA aferida no semestre</sub> = número de pessoas com diagnóstico de hipertensão arterial que apresentaram ao menos um registro de aferição de pressão arterial no semestre analisado;

N<sub>hipertensos identificados</sub> = total de pessoas com hipertensão arterial identificadas/cadastradas na Atenção Primária à Saúde no mesmo semestre e território;

100 = fator de multiplicação para expressão do resultado em percentual.

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), 2024.

O segundo indicador é o “**Percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária relacionadas à Hipertensão Arterial Sistêmica (ICSAP–HAS)**”, considerado indicador de resultado, utilizado para analisar a participação das internações por hipertensão arterial sistêmica no conjunto das internações por condições sensíveis à Atenção Primária. Esse indicador foi calculado pela razão entre o número de internações por HAS classificadas como condição sensível à Atenção Primária, segundo os códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) constantes na Lista Brasileira de ICSAP<sup>23</sup>, e o total de ICSAP, multiplicada por 100 (Alfradique *et al.*, 2009).

<sup>23</sup> A Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) foi elaborada pelo Ministério da Saúde como instrumento de avaliação da efetividade da Atenção Primária à Saúde e é composta por 20 grupos de diagnósticos, que reúnem 120 categorias da CID-10: doenças preveníveis por imunização; tuberculose e outras condições evitáveis; gastroenterites infecciosas e complicações; anemia; deficiências nutricionais; infecções de ouvido, nariz e garganta; pneumonias bacterianas; asma; doenças das vias aéreas

$$\textit{Percentual de ICSAP – HAS} = \left( \frac{\textit{Internações por HAS}}{\textit{ICSAP}} \right) \times 100$$

Nos quais:

Percentual de ICSAP–HAS = percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária relacionadas à Hipertensão Arterial Sistêmica, no período e território analisados;

Internações por HAS = número de internações por Hipertensão Arterial Sistêmica;

ICSAP = número de internações classificadas como Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde, conforme a Lista Nacional de ICSAP;

X 100 = fator de multiplicação para expressar o resultado em porcentagem.

Fonte: Alfradique *et al.* (2009); Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), 2026.

Adicionalmente, foi incorporada a taxa de internação por HAS, calculada pela razão entre o número de internações hospitalares por HAS e a população residente no território considerado, multiplicada por 10.000 habitantes, para fins de padronização e comparabilidade entre Regiões de Saúde.

$$\textit{Taxa de Internação – HAS} = \left( \frac{\textit{Internações por HAS}}{\textit{População residente}} \right) \times 10.000$$

Nos quais:

Taxa de Internação por HAS = número de internações hospitalares por Hipertensão Arterial Sistêmica, por 10.000 habitantes, no período e território analisados;

Internações por HAS = número de internações por Hipertensão Arterial Sistêmica;

População residente = população residente no território considerado, no período analisado;

X 10.000 = fator de multiplicação para expressar o resultado por 10.000 habitantes.

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), 2026.

---

inferiores; hipertensão arterial; angina pectoris; insuficiência cardíaca; doenças cerebrovasculares; diabetes mellitus; epilepsias; infecções do rim e trato urinário; infecções da pele e tecido subcutâneo; doenças inflamatórias dos órgãos pélvicos femininos; úlcera gastrointestinal; e agravos relacionados ao pré-natal e ao parto. O Grupo 10 (Hipertensão Arterial) inclui os diagnósticos de hipertensão essencial (I10) e doença cardíaca hipertensiva (I11), conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (Alfradique *et al.*, 2009).

A escolha desses indicadores não assume como hipótese uma relação significativa entre o processo de acompanhamento das pessoas com HAS pelas Equipes de Saúde da Família e as internações hospitalares por HAS no SUS-DF, embora a literatura aponte para tal associação em determinadas condições de organização da Atenção Primária e consideradas outras variáveis (Alfradique *et al.*, 2009). Como discutido no referencial teórico, a fragilidade de implantação das eSF no contexto do DF, bem como a preponderância do modelo biomédico hegemônico e a delimitação das variáveis incluídas no estudo, impõem limites à interpretação dessa relação no âmbito desta pesquisa.

Dado o contexto organizacional do SUS-DF, a seleção dos indicadores se justifica pela necessidade de problematizar a regionalização da gestão da linha de cuidado da HAS pelas eSF no SUS-DF, por meio da análise territorial das internações hospitalares por HAS e de sua relação com os indicadores de acompanhamento da HAS na APS. Espera-se evidenciar, a partir da distribuição territorial das internações e dos resultados da correlação entre acompanhamento e das internação por HAS, como essa relação se expressa entre as Regiões de Saúde do DF, no período de 2022 a 2024, no âmbito da regionalização do SUS-DF.

Isso posto, os indicadores de acompanhamento da HAS pelas eSF e as internações por HAS foram analisados de forma integrada, considerando as sete Regiões de Saúde do DF no período de 2022 a 2024. Essa integração possibilitou a análise comparativa dos padrões territoriais de acompanhamento da HAS pelas eSF e da ocorrência de internações hospitalares por HAS, segundo a organização regional do SUS-DF.

Na etapa inferencial, foi utilizado o teste do qui-quadrado de independência para verificar se a distribuição categorizada das internações hospitalares por HAS entre as Regiões de Saúde difere de maneira estatisticamente significativa, permitindo avaliar a associação entre território e variáveis sociodemográficas, como sexo, faixa etária e raça/cor (Fávero, 2017). Adicionalmente, foi empregado o coeficiente de correlação de Spearman para analisar a relação entre o percentual de ICSAP–HAS e a taxa de internações hospitalares por HAS, segundo Região de Saúde do Distrito Federal, no período de 2022 a 2024. Essas análises foram realizadas em consonância com a questão de pesquisa, buscando examinar como esses indicadores se expressam no contexto da organização regional do SUS-DF.

Para examinar a relação entre o indicador de acompanhamento “percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida no semestre” e o “percentual de ICSAP–HAS”, foi empregada a correlação de Spearman ( $\rho$ ). Adicionalmente, foi analisada a correlação entre o “percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida no semestre” e a “taxa de

internações hospitalares por HAS”. O coeficiente foi calculado considerando-se os períodos quadrimestrais de 2022 a 2024, segundo Região de Saúde do Distrito Federal.

A seleção do coeficiente de correlação de *Spearman* fundamenta-se no fato de se tratar de uma medida não paramétrica, adequada em contextos nos quais não há garantia de normalidade dos dados e em que o número de unidades de análise é reduzido, como ocorre entre as Regiões de Saúde do Distrito Federal (Fávero, 2017). Por operar sobre postos ordenados, esse coeficiente é indicado quando as relações entre as variáveis podem ser monotônicas, ainda que não necessariamente lineares, sendo amplamente utilizado em pesquisas biomédicas por contornar pressupostos paramétricos mais restritivos (Miot, 2018).

Do ponto de vista estatístico, o coeficiente de Spearman avalia a força e a direção da associação monotônica entre variáveis, tendo como hipótese nula a ausência de correlação ( $\rho = 0$ ). Os valores do coeficiente variam entre  $-1$  e  $+1$ , sendo interpretados segundo a magnitude da associação observada: fraca ( $|\rho| < 0,3$ ), moderada ( $0,3 \leq |\rho| < 0,7$ ) e forte ( $|\rho| \geq 0,7$ ), considerando-se o contexto analítico e a relevância prática das relações identificadas (De Winter; Gosling; Potter, 2016). No âmbito desta pesquisa, o teste de Spearman foi utilizado para analisar a relação entre o “percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida no semestre” e o “percentual de ICSAP–HAS”, bem como entre o “percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida no semestre” e a “taxa de internações hospitalares por HAS”, segundo Regiões de Saúde do Distrito Federal.

Assim, para avaliar a relação entre as variáveis analisadas, foi utilizado o coeficiente de correlação de *Spearman* ( $\rho$ ), calculado segundo a expressão:

$$\rho = 1 - \frac{6 \sum d_i^2}{n(n^2 - 1)}$$

Nos quais:

$\rho$  representa o coeficiente de correlação de Spearman, que mede a associação monotônica entre duas variáveis ordinais ou quantitativas;

$d_i$  é a diferença entre as posições (*ranks*) das observações correspondentes nas duas variáveis analisadas;

$n$  é o número total de pares de observações incluídos na análise.

Em cada quadrimestre, foram estimados os coeficientes de Spearman ( $\rho$ ) entre: a) “percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida no semestre” e “percentual de ICSAP–HAS”; b) “percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida no semestre”

e “taxa de internações hospitalares por HAS”. Essa abordagem possibilita verificar, nos diferentes períodos e Regiões de Saúde do DF, o grau de associação entre o indicador de acompanhamento da HAS pelas eSF e os indicadores de internações por HAS.

Todas as análises estatísticas foram realizadas no software *IBM SPSS Statistics* (versão 20), adotando-se nível de significância de 5% ( $p \leq 0,05$ ).

Por fim, procedeu-se à integração analítica dos resultados provenientes da etapa de caracterização das internações hospitalares por HAS e da etapa dedicada à análise de sua relação com os indicadores de acompanhamento da HAS pelas eSF. Essa integração teve por finalidade sistematizar os achados da pesquisa, evidenciando padrões territoriais, variações entre Regiões de Saúde e as associações observadas entre os indicadores analisados, no período de 2022 a 2024.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS INTERNAÇÕES POR HIPERTENSÃO NO SUS DO DISTRITO FEDERAL

No período de 2022 a 2024, foram registradas 1.328 internações hospitalares por Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) no Distrito Federal, conforme apresentado na Tabela 1. A caracterização do perfil sociodemográfico evidencia predominância do sexo feminino (61,4%), em comparação ao masculino (38,6%). Em relação à faixa etária, verificou-se maior concentração das internações a partir dos 50 anos, com destaque para o grupo de 50–59 anos (23,16%), seguido pelas faixas de 60–69 anos (19,62%), 40–49 anos (18,05%) e 70–79 anos (16,24%), enquanto a faixa de 80 anos ou mais correspondeu a 9,25%. As menores proporções foram observadas nas faixas de 30–39 anos (9,55%), 20–29 anos (4,06%) e 18–19 anos (0,08%). Quanto à cor/raça, predominou a categoria parda (60,8%), seguida pelas categorias branca (22,9%) e preta (7,9%), enquanto as categorias amarela (0,8%) e sem informação (7,0%) apresentaram menores proporções no período analisado (Tabela 1).

**Tabela 1:** Perfil sociodemográfico das internações hospitalares por Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Distrito Federal, 2022–2024. Brasília-DF, 2026.

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	513	38,6
Feminino	817	61,4
<b>Faixa etária (anos)</b>		
18–19	1	0,08
20–29	54	4,06
30–39	127	9,55
40–49	240	18,05
50–59	308	23,16
60–69	261	19,62
70–79	216	16,24
80 ou mais	123	9,25
<b>Cor/raça</b>		
Branca	305	22,9
Preta	105	7,9
Parda	807	60,8
Amarela	11	0,8
Sem informação	93	7,0
<b>Total</b>	<b>1328</b>	<b>100</b>

**Notas:** Os dados são apresentados em n (%). Percentuais calculados sobre o total de internações do período (n = 1328).

**Fonte:** InfoSaúde-DF. Elaboração própria (2026).

No que se refere à taxa de internações por HAS, a Tabela 2 apresenta a distribuição das taxas por 10.000 habitantes, segundo Regiões de Saúde do Distrito Federal, ao longo do triênio analisado, evidenciando diferenças territoriais na magnitude das internações. Em 2022, as maiores taxas foram observadas nas Regiões Oeste (0,26), Sudoeste (0,13) e Norte (0,09), enquanto a Região Central apresentou o menor valor (0,03). Em 2023, verificou-se elevação na Região Norte (0,15), seguida pelas Regiões Oeste (0,19) e Sudoeste (0,13), mantendo-se a Região Central com a menor taxa (0,03). Em 2024, mantiveram-se taxas mais elevadas nas Regiões Oeste (0,14), Norte (0,10) e Sudoeste (0,10), observando-se também variação na Região Leste (0,06) em relação aos anos anteriores. Ao longo do período, a taxa do Distrito Federal variou entre 0,10 em 2022, 0,09 em 2023 e 0,07 em 2024, com média de 0,09 no triênio analisado (Tabela 2).

**Tabela 2:** \*Taxa de internações por Hipertensão Arterial Sistêmica segundo Regiões de Saúde, Distrito Federal (2022–2024). Brasília-DF, 2026.

<b>Região de Saúde</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>Média 2022–2024</b>
Central	0,03	0,03	0,03	0,03
Centro-Sul	0,08	0,06	0,05	0,07
Leste	0,04	0,04	0,06	0,05
Norte	0,09	0,15	0,10	0,11
Oeste	0,26	0,19	0,14	0,20
Sudoeste	0,13	0,13	0,10	0,12
Sul	0,05	0,04	0,04	0,04
<b>Distrito Federal</b>	<b>0,10</b>	<b>0,09</b>	<b>0,07</b>	<b>0,09</b>

**Nota:** \*As taxas de internação hospitalar por Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foram obtidas a partir do painel InfoSaúde-DF, com base nos registros do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Para fins de padronização metodológica com os demais indicadores do estudo, os valores foram extraídos e organizados por quadrimestre. As taxas anuais correspondem à média dos três quadrimestres de cada ano. A média 2022–2024 corresponde à média dos nove quadrimestres do período, para cada Região de Saúde e para o Distrito Federal. As taxas estão expressas por 10.000 habitantes.

**Fonte:** InfoSaúde-DF. Elaboração própria (2026).

Em relação ao percentual de ICSAP-HAS, a Tabela 3 apresenta a distribuição segundo Regiões de Saúde do Distrito Federal no período de 2022 a 2024, permitindo observar variações territoriais ao longo do triênio. Em 2022, os maiores percentuais foram registrados nas Regiões Oeste (4,63), Centro-Sul (2,67) e Sudoeste (2,57), enquanto a Região Leste apresentou o menor valor (1,32). Em 2023, destacou-se a Região Norte (3,09), seguida pelas Regiões Oeste (3,10) e Sudoeste (2,61), mantendo-se a Região Leste com o menor percentual (1,16). Em 2024, os maiores valores foram observados nas Regiões Central (2,75), Sudoeste (2,58) e Oeste (2,60), enquanto a Região Sul apresentou o menor percentual (0,99). No conjunto do período, a maior

média 2022–2024 foi registrada na Região Oeste (3,44), seguida pelas Regiões Sudoeste (2,59) e Centro-Sul (2,48), enquanto a menor média foi observada na Região Sul (1,13). Para o DF, os percentuais anuais foram de 2,39 em 2022, 2,26 em 2023 e 2,16 em 2024, com média de 2,27 no triênio analisado (Tabela 3).

**Tabela 3:** Percentual de ICSAP-HAS segundo Regiões de Saúde, Distrito Federal (2022–2024). Brasília-DF, 2026.

<b>Região de Saúde</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>Média 2022–2024</b>
Central	2,23	2,30	2,75	2,43
Centro-Sul	2,67	2,53	2,25	2,48
Leste	1,32	1,16	1,79	1,42
Norte	1,92	3,09	2,16	2,39
Oeste	4,63	3,10	2,60	3,44
Sudoeste	2,57	2,61	2,58	2,59
Sul	1,40	1,01	0,99	1,13
<b>Distrito Federal</b>	<b>2,39</b>	<b>2,26</b>	<b>2,16</b>	<b>2,27</b>

**Nota:** Os percentuais de ICSAP-HAS foram obtidos a partir do painel InfoSaúde-DF – Condições Sensíveis à Atenção Primária, com base nos registros do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Para fins de padronização metodológica com os demais indicadores do estudo, os valores foram extraídos e organizados por quadrimestre. Os percentuais anuais correspondem à média dos três quadrimestres de cada ano. A média 2022–2024 corresponde à média dos nove quadrimestres do período, para cada Região de Saúde e para o Distrito Federal. Os valores estão expressos em percentual (%).

**Fonte:** InfoSaúde-DF. Elaboração própria (2026).

Após a apresentação das internações por HAS, das respectivas taxas e do percentual de ICSAP-HAS segundo Regiões de Saúde, apresentam-se, na sequência, os dados referentes aos procedimentos de angioplastia coronariana realizados em residentes do DF no período de 2022 a 2024. Embora a angioplastia coronariana não constitua o objeto central de análise desta investigação, sua inclusão tem como finalidade ampliar a caracterização da produção hospitalar no território, contemplando procedimentos de alta complexidade realizados na RAS.

Os resultados a seguir descrevem o volume total de angioplastias, sua distribuição territorial segundo Regiões de Saúde, o perfil sociodemográfico das(os) usuárias(os), as características assistenciais das internações e as respectivas taxas padronizadas, compondo o panorama da oferta hospitalar no DF no período analisado.

No período de 2022 a 2024, foram registrados 3.841 procedimentos de angioplastia coronariana realizados em residentes do DF, distribuídos entre as sete Regiões de Saúde. A caracterização do perfil sociodemográfico evidencia uma predominância do sexo masculino, que correspondeu a 63,5% dos casos, frente a 36,5% do sexo feminino, sem diferenças estatisticamente significativas entre as regiões. A mediana de idade no triênio no conjunto do DF foi de 63 anos (Q1 = 56; Q3 = 71), observando-se variações regionais discretas, com a

Região Sul apresentando a maior mediana etária. Quanto à composição étnico-racial, observou-se predomínio de pessoas autodeclaradas pardas (67,4%), seguidas pelas brancas (19,2%) e pretas (3,05%), com distribuição heterogênea entre as regiões. A proporção de registros sem informação alcançou 9,74% do total, variando regionalmente (Tabela 4).

A distribuição territorial dos procedimentos, apresentada na Tabela 4, evidencia a participação de todas as Regiões de Saúde do DF na realização de angioplastias coronarianas no período analisado, porém com acentuada assimetria na concentração dos casos. Em termos absolutos, observaram-se maiores volumes nas Regiões Sudoeste (n = 994), Oeste (n = 803) e Norte (n = 525), que, em conjunto, concentraram parcela expressiva dos procedimentos realizados. Em patamar intermediário situaram-se as Regiões Sul (n = 450) e Centro-Sul (n = 439), enquanto as Regiões Central (n = 333) e Leste (n = 297) apresentaram os menores quantitativos. Esse padrão indica diferença territorial na produção de angioplastias, sugerindo distribuição desigual da demanda entre as regiões.

Quanto à variável cor/raça, observa-se, no conjunto do DF, predominância de pessoas autodeclaradas pardas entre as(os) usuárias(os) submetidas(os) à angioplastia coronariana, em todas as Regiões de Saúde. Os percentuais de pessoas pardas variaram de 60,6% na Região Norte a 72,9% na Região Sul, mantendo-se acima de 60% em todas as regiões. As pessoas autodeclaradas brancas constituíram o segundo grupo mais frequente, com proporções que oscilaram entre 15,1% na Região Sul e 22,3% na Região Norte. As pessoas autodeclaradas pretas representaram percentuais menores, variando entre 1,2% na Região Central e 5,5% na Região Norte. A categoria amarela apresentou frequência residual em todas as regiões, sempre inferior a 3%. Registros sem informação de cor/raça estiveram presentes em todas as Regiões de Saúde, variando de 7,8% na Região Sul a 14,1% na Região Central (Tabela 4).

**Tabela 4:** Caracterização sociodemográfica e distribuição de frequência das(os) usuárias(os) residentes no Distrito Federal submetidas(o)s à angioplastia coronariana (2022–2024), segundo Regiões de Saúde, com teste de Kruskal–Wallis. Brasília-DF, 2026.

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>Central</b>	<b>Centro-Sul</b>	<b>Leste</b>	<b>Norte</b>	<b>Oeste</b>	<b>Sudoeste</b>	<b>Sul</b>	<b>Valor de p*</b>
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	
<b>Idade (anos)</b>								<b>0,003</b>
Mediana (Q1–Q3)	64 (56–71)	62 (54–71)	62 (55–68)	63 (55–70)	63 (55–70)	63 (56–71)	65 (56–73)	
<b>Sexo</b>								<b>0,372</b>
Masculino	221 (66,4)	287 (65,4)	181 (60,9)	342 (65,1)	500 (62,3)	639 (64,3)	270 (60,0)	
Feminino	112 (33,6)	152 (34,6)	116 (39,1)	183 (34,9)	303 (37,7)	355 (35,7)	180 (40,0)	
<b>Cor/raça</b>								<b>&lt;0,001</b>
Branca	66 (19,8)	92 (21,0)	59 (19,9)	117 (22,3)	146 (18,2)	188 (18,9)	68 (15,1)	
Preta	4 (1,2)	18 (4,1)	5 (1,7)	29 (5,5)	21 (2,6)	23 (2,3)	17 (3,8)	
Parda	214 (64,3)	277 (63,1)	203 (68,4)	318 (60,6)	554 (69,0)	696 (70,0)	328 (72,9)	
Amarela	2 (0,6)	1 (0,2)	1 (0,3)	11 (2,1)	3 (0,4)	4 (0,4)	2 (0,4)	
Sem informação	47 (14,1)	51 (11,6)	29 (9,8)	50 (9,5)	79 (9,8)	83 (8,3)	35 (7,8)	
<b>Total DF**</b>	<b>333 (8,7)</b>	<b>439 (11,4)</b>	<b>297 (7,7)</b>	<b>525 (13,7)</b>	<b>803 (20,9)</b>	<b>994 (25,9)</b>	<b>450 (11,7)</b>	

**Notas:** \*Os valores de  $p$  se referem à comparação entre as Regiões de Saúde. Para a variável contínua (idade), utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis; para as variáveis categóricas (sexo e cor/raça), o teste do qui-quadrado de Pearson com  $p$ -valor simulado (2.000 repetições). Os dados são apresentados em  $n$  (%), exceto idade, expressa em mediana (Q1–Q3). Os percentuais das categorias referem-se ao total de cada Região de Saúde. \*\* Na linha “Total DF”, os percentuais referem-se à participação de cada Região de Saúde no total de angioplastias do Distrito Federal no período.

**Fonte:** Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Elaboração própria (2026).

No que se refere à rede hospitalar responsável pela realização das angioplastias coronarianas no período analisado, observa-se que os procedimentos foram executados em três unidades, o que já indica a concentração da oferta desse tipo de intervenção em número restrito de serviços: Instituto de Cardiologia e Transplantes do Distrito Federal (ICTDF), Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF) e Hospital Universitário de Brasília (HUB). No conjunto do DF, verificou-se predominância do ICTDF, responsável por 48,1% dos procedimentos, seguido pelo HBDF (26,9%) e pelo HUB (25,0%). As três unidades integram a RAS do DF por meio de instrumentos de contratualização no âmbito do SUS, conforme previsto no planejamento distrital em saúde (SES DF, 2024).

A distribuição dos atendimentos segundo unidade executora apresentou variações entre as Regiões de Saúde. O ICTDF concentrou a maior proporção de procedimentos provenientes das Regiões Oeste, Sudoeste e Sul, enquanto o HBDF apresentou maior participação relativa nos atendimentos de residentes das Regiões Central e Centro-Sul. Já o HUB concentrou maior proporção dos procedimentos realizados em residentes das Regiões Leste e Norte (Tabela 5).

Quanto ao tempo de permanência hospitalar, considerando o conjunto das internações por angioplastia coronariana ocorridas no DF no triênio 2022–2024, observa-se predomínio de curta duração, com mediana de 1 dia no agregado das Regiões de Saúde. Ainda que a mediana tenha sido uniforme, identificaram-se diferenças na distribuição da permanência, expressas nos valores do terceiro quartil. As Regiões Central, Centro-Sul e Leste apresentaram internações relativamente mais prolongadas, com Q3 de 3 dias, enquanto as Regiões Norte, Sudoeste e Sul apresentaram Q3 de 2 dias. Em contraste, a Região Oeste concentrou as menores durações, com terceiro quartil de 1 dia (Tabela 5).

No que se refere ao óbito durante a internação, observou-se que esse desfecho ocorreu em baixa proporção em todas as Regiões de Saúde, com percentuais variando de 1,0% na Região Leste a 2,5% na Região Oeste, sem diferença estatisticamente significativa entre as regiões ( $p = 0,622$ ).

Quanto ao valor total das internações (procedimento e permanência hospitalar), considerando o conjunto das angioplastias realizadas no triênio 2022–2024, observa-se que as internações apresentaram valores medianos do valor total pago por internação (AIH) relativamente próximos entre as Regiões de Saúde, com variações expressas sobretudo nos quartis superiores da distribuição. As medianas oscilaram entre R\$ 5.084, na Região Oeste, e R\$ 6.124, na Região Leste. As Regiões Central, Centro-Sul e Norte apresentaram medianas em torno de R\$ 5.800 a R\$ 5.900, enquanto as Regiões Sudoeste e Sul apresentaram valores medianos de R\$ 5.550 e R\$ 5.102, respectivamente. As diferenças entre as Regiões de Saúde foram estatisticamente significativas ( $p < 0,001$ ), conforme indicado na Tabela 5.

**Tabela 5:** Caracterização da oferta hospitalar de angioplastias coronarianas no Distrito Federal, segundo unidade executora, tempo de permanência hospitalar, custos e óbito durante a internação (2022–2024), segundo Regiões de Saúde. Brasília-DF, 2026.

Características	Central	Centro-Sul	Leste	Norte	Oeste	Sudoeste	Sul	Valor de p*
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
<b>Unidade executora do procedimento/internação</b>								<b>&lt;0,001</b>
HBDF	122 (36,6)	166 (37,8)	83 (27,9)	145 (27,6)	160 (19,9)	232 (23,3)	125 (27,8)	
HUB	89 (26,7)	120 (27,3)	119 (40,1)	194 (37,0)	160 (19,9)	202 (20,3)	76 (16,9)	
ICTDF	122 (36,6)	153 (34,9)	95 (32,0)	186 (35,4)	483 (60,1)	560 (56,3)	249 (55,3)	
<b>Tempo de Permanência Hospitalar (dias)</b>								<b>&lt;0,001</b>
Mediana (Q1–Q3)	1,00 (1,00–3,00)	1,00 (1,00–3,00)	1,00 (1,00–3,00)	1,00 (1,00–2,00)	1,00 (1,00–1,00)	1,00 (1,00–2,00)	1,00 (1,00–2,00)	
<b>Valor total (Valor da AIH – R\$)</b>								<b>&lt;0,001</b>
Mediana (Q1–Q3)	5.834 (4.923–7.545)	5.846 (4.859–7.611)	6.124 (4.957–7.973)	5.905 (4.799–7.679)	5.084 (4.567–7.491)	5.550 (4.685–7.537)	5.102 (4.599–7.369)	
<b>Óbito durante a internação</b>								<b>0,622</b>
Não	326 (97,9)	431 (98,2)	294 (99,0)	517 (98,5)	783 (97,5)	978 (98,4)	439 (97,6)	
Sim	7 (2,1)	8 (1,8)	3 (1,0)	8 (1,5)	20 (2,5)	16 (1,6)	11 (2,4)	
<b>Total DF**</b>	<b>333 (8,7)</b>	<b>439 (11,4)</b>	<b>297 (7,7)</b>	<b>525 (13,7)</b>	<b>803 (20,9)</b>	<b>994 (25,9)</b>	<b>450 (11,7)</b>	

**Notas:** \*Os valores de p se referem à comparação entre as Regiões de Saúde. Para as variáveis contínuas (tempo de permanência hospitalar, valor total da internação e gasto com UTI), utilizou-se o teste de Kruskal–Wallis; para as variáveis categóricas (unidade executora e óbito durante a internação), utilizou-se o teste do qui-quadrado de Pearson com p-valor simulado (2.000 repetições). Os valores gastos informados correspondem ao total pago pelo SUS com a realização do procedimento, incluindo a internação hospitalar. Dados são apresentados em n (%), exceto tempo de permanência hospitalar e valores monetários, expressos em mediana (Q1–Q3). Os percentuais referem-se ao total de cada Região de Saúde. \*\*Na linha “Total DF”, os percentuais referem-se à participação de cada Região de Saúde no total de angioplastias do Distrito Federal no período.

**Fonte:** SIH/SUS (2026). Elaboração própria (2026).

Embora a caracterização sociodemográfica apresentada na Tabela 4 e a descrição da oferta hospitalar apresentada na Tabela 5 permitam delinear o perfil das(os) usuárias(os) residentes no DF submetidas(os) à angioplastia coronariana e as principais características assistenciais dos procedimentos, essas leituras se baseiam predominantemente em frequências absolutas. A análise territorial dos achados torna-se mais informativa quando os procedimentos são relativizados em relação à população residente, por meio do cálculo de taxas, uma vez que essa abordagem permite captar diferenças na magnitude da demanda entre as Regiões de Saúde que não são plenamente evidenciadas pelos números absolutos, conforme se verifica na Tabela 6.

**Tabela 6:** \*Taxa de angioplastia coronariana segundo Regiões de Saúde, Distrito Federal e Brasil (2022–2024). Brasília-DF, 2026.

<b>Região Saúde do DF</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>Média 2022–2024</b>
Central	35,4	31,3	33,6	33,4
Leste	38,3	38,2	46,5	41,0
Sudoeste	44,7	52,3	58,5	51,8
Centro-Sul	48,1	54,5	53,4	52,0
Norte	57,6	65,0	71,7	64,7
Oeste	77,8	59,2	76,9	71,3
Sul	60,0	83,2	74,3	72,5
<b>Distrito Federal</b>	<b>51,3</b>	<b>53,4</b>	<b>59,0</b>	<b>54,5</b>
<b>Brasil</b>	<b>65,0</b>	<b>70,3</b>	<b>74,1</b>	<b>69,8</b>

**Nota:** \*As taxas de angioplastia coronariana foram calculadas como o quociente entre o número de angioplastias realizadas em residentes e a população residente da mesma unidade territorial, ambos restritos a pessoas com 20 anos ou mais, multiplicado por 100.000. As taxas das Regiões de Saúde e do Distrito Federal foram estimadas a partir dos registros do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e das estimativas populacionais por Região de Saúde. As taxas do Brasil correspondem à série nacional de angioplastias por 100.000 habitantes. **Fonte:** SIH/SUS; InfoSaúde; PROADESS/Fiocruz (<https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=res1>). Elaboração própria (2026).

No que se refere à taxa de angioplastia coronariana, a Tabela 6 apresenta a distribuição das taxas padronizadas por 100.000 habitantes com 20 anos ou mais, segundo Regiões de Saúde do DF, evidenciando diferenças territoriais na magnitude da demanda ao longo do triênio analisado. Em 2022, as maiores taxas foram observadas nas Regiões Oeste (77,8), Sul (60,0) e Norte (57,6), enquanto a Região Central apresentou a menor taxa (35,4). Em 2023, verificou-se elevação expressiva na Região Sul (83,2), que passou a concentrar o maior valor do período, seguida pelas Regiões Norte (65,0) e Oeste (59,2). Em 2024, mantiveram-se taxas elevadas nas Regiões Oeste (76,9), Sul (74,3) e Norte (71,7), observando-se também incremento na Região Leste (46,5) em relação aos anos anteriores. Ao longo do período, a taxa do Distrito Federal apresentou crescimento, passando de 51,3 em 2022 para 59,0 em 2024, enquanto as taxas

nacionais mantiveram-se sistematicamente superiores às do DF em todos os anos analisados (Tabela 6).

#### 4.2 ACOMPANHAMENTO DAS(OS) USUÁRIAS(OS) COM HAS PELAS eSF E RELAÇÃO COM AS INTERNAÇÕES POR HAS NO SUS-DF

Esta seção apresenta os resultados relativos ao acompanhamento das(os) usuárias(os) com HAS na APS, examinando esse indicador em sua distribuição temporal e territorial, bem como a relação com as internações por HAS apresentada na seção anterior. Inicialmente, são descritos os resultados do percentual de pessoas com HAS com pressão arterial aferida no semestre, segundo Regiões de Saúde, Distrito Federal e Brasil. Na sequência, são expostas as séries temporais e análises de associação entre o indicador da APS e as taxas de internação por HAS, além do percentual das ICSAP-HAS.

O acompanhamento das pessoas com HAS na APS, mensurado pelo percentual de pessoas com HAS com pressão arterial aferida no semestre, apresentou variação ao longo do triênio analisado. No conjunto do DF, os percentuais foram de 39,0% em 2022, 49,0% em 2023 e 42,0% em 2024, resultando em média de 43,0% no período. Para o Brasil, observaram-se percentuais inferiores aos do DF em todos os anos analisados, com 23,0% em 2022, 31,0% em 2023 e 30,0% em 2024, correspondendo à média de 28,0% no triênio. Esses resultados situam o desempenho agregado do DF em patamar superior ao nacional ao longo de todo o período considerado (Tabela 7).

A desagregação dos resultados por Regiões de Saúde, entretanto, evidencia diferenças nos percentuais de acompanhamento ao longo do período. Considerando a média de 2022 a 2024, a Região Oeste apresentou o maior percentual (55,0%), seguida pelas Regiões Sul (46,0%), Centro-Sul (44,0%) e Norte (43,0%). As Regiões Leste (41,0%), Central (39,0%) e Sudoeste (37,0%) registraram percentuais médios inferiores no período. Na série anual, observa-se que todas as Regiões de Saúde apresentaram percentuais mais elevados em 2023 em comparação a 2022. Em 2024, os percentuais foram inferiores aos de 2023 em todas as regiões, mantendo-se, de modo geral, próximos ou superiores aos observados em 2022 (Tabela 7).

**Tabela 7:** Percentual de acompanhamento de pessoas com HAS pelas eSF\*, segundo Região de Saúde, Distrito Federal e Brasil (2022–2024). Brasília-DF, 2026.

Região de Saúde	2022 (%)	2023 (%)	2024 (%)	Média 2022–2024 (%)
Sudoeste	32	43	37	<b>37</b>
Central	37	44	37	<b>39</b>

Leste	39	48	37	<b>41</b>
Norte	44	47	39	<b>43</b>
Centro-Sul	39	49	44	<b>44</b>
Sul	38	54	45	<b>46</b>
Oeste	47	62	56	<b>55</b>
<b>Distrito Federal</b>	<b>39</b>	<b>49</b>	<b>42</b>	<b>43</b>
<b>Brasil</b>	<b>23</b>	<b>31</b>	<b>30</b>	<b>28</b>

**Nota:** \*Corresponde ao percentual de pessoas com PA aferida no semestre em relação ao total cadastrado pelas eSF. Para a comparação entre o DF e o Brasil, utilizou-se o indicador “Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre”, conforme denominação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/paginas/ acessoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorPainel.xhtml>. No Distrito Federal, foram considerados os valores correspondentes ao “Percentual de pessoas com hipertensão, com pressão arterial aferida no semestre”, disponível no Painel de Indicadores do InfoSaúde-DF (<https://info.saude.df.gov.br/sala-de-situacao/painel-infosaude-atencao-primaria-atendimento-por-categoria-profissional-e-sus/>), os quais são conceitualmente equivalentes ao indicador do SISAB para os fins desta análise territorial comparativa. Os dados originalmente disponibilizados em proporção foram convertidos em percentual, mediante multiplicação por 100, com o objetivo de padronizar a apresentação dos resultados. A comparação foi realizada considerando períodos equivalentes, de modo a assegurar consistência temporal e conceitual entre as unidades geográficas analisadas.

**Fonte:** SISAB/Ministério da Saúde; InfoSaúde-DF/Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Elaboração própria (2026).

Em relação aos testes inferenciais, a análise no nível consolidado do DF indica correlação monotônica positiva fraca entre o percentual de pessoas com HAS com pressão arterial aferida no semestre e as taxas de internações por HAS ( $\rho = 0,248$ ;  $p = 0,050$ ;  $n = 63$ ), configurando resultado limítrofe quanto à significância estatística (Tabela 8). Esse achado sugere que, no agregado do DF, maiores percentuais de aferição coexistiram com maiores taxas de internação no período analisado, ainda que com magnitude reduzida.

Entretanto, a estratificação por Regiões de Saúde demonstra que esse comportamento agregado não se reproduz de forma homogênea nos recortes territoriais. Observa-se variação tanto na direção quanto na intensidade dos coeficientes, com predominância de associações fracas e não significativas. A Região Norte constitui a única exceção, apresentando correlação positiva forte ( $\rho = 0,700$ ;  $p = 0,036$ ;  $n = 9$ ), estatisticamente significativa, indicando que, nesse território, maiores percentuais de acompanhamento mensurado pelo indicador de pressão aferida estiveram associados a maiores taxas de internação por HAS no triênio.

Nas Regiões Central ( $\rho = 0,282$ ;  $p = 0,462$ ) e Leste ( $\rho = 0,157$ ;  $p = 0,686$ ), verificaram-se correlações positivas de magnitude fraca ou muito fraca, sem significância estatística. Por outro lado, as Regiões Centro-Sul ( $\rho = -0,191$ ;  $p = 0,622$ ), Oeste ( $\rho = -0,250$ ;  $p = 0,516$ ) e Sudoeste ( $\rho = -0,145$ ;  $p = 0,709$ ) apresentaram correlações negativas fracas, igualmente não significativas. A Região Sul exibiu correlação negativa de magnitude moderada ( $\rho = -0,451$ ;  $p = 0,223$ ), também sem significância estatística.

Considerando o número reduzido de observações por região ( $n = 9$ ), os resultados regionais devem ser interpretados como descrições do comportamento observado no período, sem evidência de padrão territorial consistente. Em conjunto, a dispersão dos sinais e magnitudes dos coeficientes indica que a associação positiva limítrofe identificada no nível agregado do DF resulta da composição de dinâmicas regionais heterogêneas, não configurando comportamento uniforme entre as Regiões de Saúde (Tabela 8).

**Tabela 8:** Correlação de Spearman entre Percentual de Hipertensos com Pressão Arterial Aferida no Semestre e Taxa de Internações por Hipertensão Arterial Sistêmica, segundo Região de Saúde e Distrito Federal (2022–2024). Brasília-DF, 2026.

Região de Saúde	$\rho^*$ de Spearman	p-valor**	N***	Direção da associação	Interpretação estatística
Central	0,282	0,462	9	Positiva fraca	Não significativa
Centro-Sul	-0,191	0,622	9	Negativa fraca	Não significativa
Leste	0,157	0,686	9	Positiva muito fraca	Não significativa
Norte	0,700	0,036	9	Positiva forte	Significativa
Oeste	-0,250	0,516	9	Negativa fraca	Não significativa
Sudoeste	-0,145	0,709	9	Negativa muito fraca	Não significativa
Sul	-0,451	0,223	9	Negativa moderada	Não significativa
<b>Distrito Federal</b>	<b>0,248</b>	<b>0,050</b>	<b>63</b>	<b>Positiva fraca</b>	<b>Limítrofe</b>

**Fonte:** Notas:  $\rho^*$  = coeficiente de correlação de Spearman. Valores de  $p^{**}$  referem-se ao teste bicaudal de Spearman, considerando nível de significância de 5% ( $p \leq 0,05$ ). Os coeficientes de Spearman variam entre  $-1$  e  $+1$  e foram interpretados segundo a magnitude da associação: fraca ( $|\rho| < 0,3$ ), moderada ( $0,3 \leq |\rho| < 0,7$ ) e forte ( $|\rho| \geq 0,7$ ), à luz do contexto analítico e da relevância prática das relações identificadas (De Winter; Gosling; Potter, 2016).  $N^{***}$  = número de pares de observações quadrimestrais utilizadas no cálculo da correlação. Para cada Região de Saúde, consideraram-se 9 observações (3 quadrimestres por ano no período 2022–2024). Para o conjunto do Distrito Federal, utilizaram-se 63 observações (7 Regiões de Saúde  $\times$  9 períodos).

**Fonte:** Elaboração própria (2026), a partir de dados do InfoSaúde-DF.

Já em relação à associação entre o percentual de pessoas com HAS com pressão arterial aferida no semestre e o percentual de ICSAP-HAS, a Tabela 9 apresenta os coeficientes de correlação de Spearman estimados para o período de 2022 a 2024, no nível do Distrito Federal e segundo Regiões de Saúde. No agregado do DF, observou-se coeficiente de 0,155 ( $p = 0,226$ ;  $n = 63$ ), caracterizado como correlação positiva muito fraca e sem significância estatística, indicando que, no conjunto dos 63 períodos analisados, não se identifica evidência de associação monotônica entre os indicadores.

A análise estratificada por Regiões de Saúde evidencia comportamento heterogêneo quanto à direção e à magnitude dos coeficientes, sem que se observe significância estatística em nenhum território ( $n = 9$  por região). As Regiões Central ( $\rho = 0,134$ ;  $p = 0,731$ ) e Centro-Sul ( $\rho = 0,289$ ;  $p = 0,450$ ) apresentaram correlações positivas de magnitude muito fraca e fraca, respectivamente. A Região Norte também registrou associação positiva ( $\rho = 0,361$ ;  $p = 0,339$ ), classificada como fraca, igualmente sem significância estatística.

Por outro lado, as Regiões Leste ( $\rho = -0,261$ ;  $p = 0,498$ ), Oeste ( $\rho = -0,317$ ;  $p = 0,406$ ) e Sudoeste ( $\rho = -0,135$ ;  $p = 0,729$ ) apresentaram coeficientes negativos de magnitude fraca ou muito fraca. A Região Sul exibiu o maior coeficiente absoluto entre os territórios ( $\rho = -0,437$ ;  $p = 0,240$ ), caracterizado como correlação negativa de magnitude fraca a moderada, também sem significância estatística.

A variação dos sinais dos coeficientes, positivos em quatro territórios e negativos em três, associada à predominância de magnitudes reduzidas e à ausência de significância estatística, indica inexistência de padrão territorial consistente entre o acompanhamento da HAS na ESF e o percentual de ICSAP-HAS no triênio analisado. No conjunto dos resultados, não se configura associação monotônica estatisticamente significativa nem no nível agregado do Distrito Federal nem nas análises por Região de Saúde (Tabela 9).

**Tabela 9:** Correlação de Spearman entre Percentual de Hipertensos com Pressão Arterial Aferida no Semestre e Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde relacionadas a Hipertensão Arterial Sistêmica, segundo Região de Saúde e Distrito Federal (2022–2024). Brasília-DF, 2026.

Região de Saúde	$\rho^*$ de Spearman	p-valor**	N***	Direção da associação	Interpretação estatística
Central	0,134	0,731	9	Positiva muito fraca	Não significativa
Centro-Sul	0,289	0,450	9	Positiva fraca	Não significativa
Leste	-0,261	0,498	9	Negativa fraca	Não significativa
Norte	0,361	0,339	9	Positiva fraca	Não significativa
Oeste	-0,317	0,406	9	Negativa fraca	Não significativa
Sudoeste	-0,135	0,729	9	Negativa muito fraca	Não significativa
Sul	-0,437	0,240	9	Negativa fraca a moderada	Não significativa
<b>Distrito Federal</b>	<b>0,155</b>	<b>0,226</b>	<b>63</b>	<b>Positiva muito fraca</b>	<b>Não significativa</b>

**Notas:**  $\rho^*$  = coeficiente de correlação de Spearman. Valores de  $p^{**}$  referem-se ao teste bicaudal de Spearman, considerando nível de significância de 5% ( $p \leq 0,05$ ). Os coeficientes de Spearman variam entre  $-1$  e  $+1$  e foram interpretados segundo a magnitude da associação: fraca ( $|\rho| < 0,3$ ), moderada ( $0,3 \leq |\rho| < 0,7$ ) e forte ( $|\rho| \geq 0,7$ ), à luz do contexto analítico e da relevância prática das relações identificadas (De Winter; Gosling; Potter, 2016).  $N^{***}$  = número de pares de observações quadrimestrais utilizadas no cálculo da correlação. Para cada Região de Saúde, consideraram-se 9 observações (3 quadrimestres por ano no período 2022–2024). Para o conjunto do Distrito Federal, utilizaram-se 63 observações (7 Regiões de Saúde  $\times$  9 períodos).  
**Fonte:** Elaboração própria (2026), a partir de dados do InfoSaúde-DF.

A leitura conjunta das séries temporais e das análises de correlação entre o percentual de pessoas com HAS com pressão arterial aferida no semestre e os desfechos hospitalares indica comportamento distinto conforme o indicador considerado. No caso das taxas de internações por HAS, observou-se correlação positiva fraca no nível consolidado do Distrito Federal ( $\rho = 0,248$ ;  $p = 0,050$ ), com resultado limítrofe quanto à significância estatística. Entretanto, esse padrão agregado não se reproduziu de forma homogênea nas Regiões de Saúde, nas quais os coeficientes variaram em direção e magnitude, predominando associações não significativas e apenas uma correlação estatisticamente significativa, identificada na Região Norte ( $\rho = 0,700$ ;  $p = 0,036$ ).

Em relação ao percentual de ICSAP-HAS, os resultados não evidenciaram associação estatisticamente significativa nem no nível distrital ( $\rho = 0,155$ ;  $p = 0,226$ ) nem nas análises regionais, nas quais os coeficientes oscilaram entre valores positivos e negativos, com magnitudes predominantemente fracas ou muito fracas. A alternância de sinais e a ausência de significância estatística em todos os territórios indicam inexistência de padrão territorial convergente entre o acompanhamento da HAS na ESF e o percentual de ICSAP-HAS no período analisado.

Em conjunto, os resultados apresentados indicam que o indicador de acompanhamento das(os) usuárias(os) com HAS na ESF e os desfechos hospitalares analisados, incluindo as taxas de internações por HAS e o percentual de ICSAP-HAS, não se distribuem segundo padrão territorial uniforme no período de 2022 a 2024. As associações observadas variaram quanto à direção e à magnitude entre o nível consolidado do Distrito Federal e as Regiões de Saúde, com predominância de coeficientes fracos e, na maior parte dos casos, sem significância estatística.

A seção de discussão examina esses achados à luz do referencial teórico adotado, do marco normativo da RAS e das especificidades institucionais do SUS-DF, situando os resultados no contexto da organização territorial da linha de cuidado da HAS.

## 5 DISCUSSÃO

### 5.1 PERFIL DAS INTERNAÇÕES POR HAS E SUA ARTICULAÇÃO COM A PRODUÇÃO DA ALTA COMPLEXIDADE NO SUS-DF

As internações por HAS no DF concentraram-se predominantemente em mulheres e em pessoas com 50 anos ou mais, padrão compatível com o comportamento epidemiológico das doenças crônicas e com o aumento do risco cardiovascular associado ao envelhecimento (Oliveira *et al.*, 2020). A maior frequência feminina, contudo, não pode ser interpretada isoladamente como maior gravidade clínica, pois diferenças no padrão de utilização dos serviços de saúde e na busca por cuidado também influenciam a composição das internações (Oliveira *et al.*, 2020). A concentração entre 50 e 69 anos é particularmente relevante para a análise da linha de cuidado, por envolver população ainda economicamente ativa, o que amplia o impacto social das hospitalizações. Sob a perspectiva da ESF, o achado sinaliza desafios na produção de acompanhamento longitudinal capaz de prevenir descompensações e reduzir internações potencialmente evitáveis (Mendes, 2011; Evangelista; Mendes; Silva, 2025).

No que se refere à cor/raça, a predominância de pessoas autodeclaradas pardas deve ser analisada à luz da composição demográfica do DF e das desigualdades estruturais que atravessam o acesso ao cuidado em saúde (Collins, 2022; Oliveira; Pereira, 2024). Embora os dados descritivos não permitam estabelecer relação causal entre raça/cor e risco de internação, a magnitude observada reforça a necessidade de incorporar determinantes sociais na organização territorial da linha de cuidado.

As taxas de internação por HAS apresentaram variação consistente entre as Regiões de Saúde ao longo do triênio, com valores mais elevados na Região Oeste e menores na Região Central, evidenciando que o fenômeno não se distribui de forma homogênea no território. Essa heterogeneidade pode refletir diferenças na organização da ESF, nas condições socioeconômicas e na estrutura de acesso aos serviços especializados (Göttems *et al.*, 2017; Mendes, 2011). Ainda que não seja possível afirmar causalidade nesta etapa, a persistência do padrão ao longo dos três anos sugere que não se trata de variação episódica. Observa-se também redução progressiva da taxa distrital no período, movimento que pode estar associado a múltiplos fatores e que exige articulação com os indicadores de acompanhamento na ESF.

Os percentuais de ICSAP-HAS acompanharam a lógica territorial das taxas, com maiores valores em regiões que também apresentaram maior carga de internações. Embora o ICSAP seja utilizado como marcador indireto da capacidade da atenção primária em manejar

condições sensíveis, sua interpretação deve considerar que o indicador também sofre influência da organização hospitalar e dos fluxos assistenciais (Mendes, 2011). A convergência entre maiores taxas de internação e maiores percentuais de ICSAP-HAS em determinadas regiões é compatível com a hipótese de fragilidades na coordenação territorial do cuidado (Evangelista; Mendes; Silva, 2025). Ainda que o percentual distrital tenha apresentado redução no período, as diferenças regionais permaneceram.

À luz do referencial adotado, que compreende a linha de cuidado da HAS como tecnologia organizacional coordenada pela ESF e estruturada no território (Mendes, 2011), os resultados indicam que a coordenação do cuidado não se expressa de forma uniforme entre as Regiões de Saúde. Os achados descritivos não permitem afirmar falha generalizada da linha de cuidado, mas evidenciam desigualdades territoriais relevantes, justificando a análise subsequente da associação entre acompanhamento na ESF e internações por HAS.

Nesse contexto, torna-se pertinente examinar se tais desigualdades territoriais também se manifestam nos desfechos de maior complexidade, particularmente na realização de angioplastias coronarianas, uma vez que esses procedimentos representam estágio avançado do percurso assistencial das condições cardiovasculares crônicas. A análise do perfil das(os) usuárias(os) submetidas(os) à angioplastia permite, portanto, qualificar a compreensão sobre como a organização territorial do cuidado se relaciona com a produção da alta complexidade no SUS-DF.

Conforme apresentado na Tabela 4, os resultados indicam variação estatisticamente significativa da idade das(os) usuárias(os) submetidas(os) à angioplastia entre as Regiões de Saúde do DF ( $p = 0,003$ ), com mediana no DF de 63 anos. No plano regional, as medianas variaram de 62 anos (Centro-Sul e Leste) a 65 anos (Sul), com valores intermediários nas demais regiões, o que evidencia que a produção das angioplastias coronarianas incide predominantemente sobre população de idade mais avançada, porém sem contrastes etários amplos entre os territórios. Assim, embora estatisticamente detectáveis, as diferenças regionais são discretas e não configuram perfis demográficos radicalmente distintos.

A concentração da angioplastia em faixas etárias mais avançadas é compatível com o perfil epidemiológico das doenças cardiovasculares no Brasil, marcado pelo aumento da prevalência da DAC com o envelhecimento (Andrade *et al.*, 2025; Oliveira *et al.*, 2020). Assim, o perfil etário observado no DF se insere em tendência nacional, não constituindo singularidade do território, mas expressão local de um padrão de risco e utilização da alta complexidade no SUS.

Esse padrão sugere que a idade, apesar de central para o risco cardiovascular e para a indicação clínica da angioplastia, não explica isoladamente as assimetrias territoriais observadas. A própria Tabela 4 mostra que regiões com medianas etárias semelhantes concentram volumes absolutos diferentes de procedimentos (por exemplo, Sudoeste e Oeste concentram maior participação no total no DF, enquanto Leste e Central têm menor participação), deslocando a interpretação das desigualdades do plano estritamente demográfico para o plano da organização da rede e dos percursos assistenciais.

Mais do que caracterizar o perfil demográfico, a mediana etária distrital (63 anos) permite interpretar a angioplastia como expressão de trajetórias assistenciais prolongadas associadas a condições crônicas como a HAS, que demandam monitoramento contínuo e manejo antecipatório do risco cardiovascular. Nesse sentido, a idade opera menos como determinante das diferenças regionais e mais como indicador indireto dos desafios da rede em estruturar cuidado longitudinal e territorializado. Tal leitura é compatível com contextos nos quais condições crônicas são manejadas de forma episódica e reativa, com limitações na longitudinalidade e na coordenação pela APS (Evangelista; Mendes; Silva, 2025; Mendes, 2011).

A distribuição por sexo apresentada (Tabela 4) evidencia predominância masculina entre as(os) usuárias(os) submetidas(os) à angioplastia em todas as Regiões de Saúde do DF, sem diferenças estatisticamente significativas entre os territórios ( $p = 0,372$ ). No conjunto do DF, os homens corresponderam a 63,5% dos procedimentos entre 2022 e 2024, e as proporções regionais variaram de 60,0% (Sul) a 66,4% (Central), indicando padrão relativamente estável. Assim, a predominância masculina se reproduz de forma transversal no território, sugerindo tratar-se de característica epidemiológica da demanda por alta complexidade cardiovascular no DF, e não de fenômeno territorial específico. A predominância masculina observada é compatível com análises nacionais do SIH/SUS, que descrevem maior utilização de procedimentos cardiovasculares invasivos entre homens, tanto em volume quanto em impacto financeiro (Oliveira *et al.*, 2020). Esse padrão tem sido associado à maior carga de doença no sexo masculino, mas também a diferenças na exposição a fatores de risco e nos percursos de utilização dos serviços de saúde ao longo do tempo.

Tal como aconteceu com a faixa etária, a semelhança do perfil por sexo entre regiões com participações muito distintas no total de procedimentos (Tabela 4) indica que essa variável, embora relevante para caracterizar o perfil epidemiológico das(os) usuárias(os), não se configura como fator explicativo das desigualdades territoriais observadas. Em termos analíticos, o dado empírico ( $p = 0,372$ ) sustenta que a composição por sexo não discrimina as

regiões, preservando o foco explicativo nas dimensões organizacionais do acesso e na dinâmica de oferta e fluxos.

De modo geral, a literatura aponta que a utilização de serviços de alta complexidade não decorre exclusivamente de diferenças biológicas, mas também de trajetórias assistenciais, acesso ao acompanhamento longitudinal e padrões diferenciados de interação com os serviços (Oliveira *et al.*, 2020). Assim, a maior participação masculina na realização de angioplastias pode refletir tanto maior carga de doença quanto limites na capacidade da rede em produzir intervenções oportunas e contínuas no manejo da HAS, especialmente na APS.

No que se refere à variável cor/raça, os resultados apresentados na Tabela 4 evidenciaram diferenças estatisticamente significativas entre as Regiões de Saúde do DF ( $p < 0,001$ ), com predominância consistente de pessoas autodeclaradas pardas entre as(os) usuárias(os) submetidas(os) à angioplastia. No conjunto do DF, esse grupo respondeu por 67,4% dos procedimentos no período analisado e permaneceu majoritário em todas as regiões, variando de 60,6% (Norte) a 72,9% (Sul), enquanto pessoas brancas constituíram o segundo grupo mais frequente e pessoas pretas representaram proporções menores, porém com variação territorial (por exemplo, maior participação relativa no Norte).

Apesar da significância estatística, a distribuição por Região de Saúde sugere um padrão global relativamente homogêneo, no qual a predominância de pessoas pardas se reproduz em todo o DF. Mesmo nos territórios com maior participação relativa de pessoas brancas ou pretas, o grupo pardo permanece majoritário, indicando que as diferenças regionais captadas pelo teste refletem variações internas de composição, e não perfis raciais radicalmente distintos entre as regiões. Entretanto, essa participação expressiva de pessoas pardas ou negras na realização do procedimento pode ser explicada pela desigualdade social e interseccional<sup>24</sup> da sociedade brasileira, em que a raça negra prevalece na população mais pobre, portanto mais dependente do SUS (Collins, 2022; Oliveira *et al.*, 2020; Oliveira; Pereira, 2024).

Deve-se considerar, ainda, a presença de registros “sem informação” para cor/raça (Tabela 4), que variou de 7,8% (Sul) a 14,1% (Central), como limitação relevante. Ainda que tais percentuais não inviabilizem a identificação do padrão predominante, eles sinalizam fragilidades na qualidade do registro de informações essenciais para o monitoramento de

---

<sup>24</sup> A interseccionalidade é compreendida aqui na acepção de Patricia Hill Collins como parte de um projeto de teoria social crítica voltado à análise das relações de poder que estruturam as desigualdades sociais. Não se trata apenas de um recurso descritivo de identidades, mas de uma abordagem que articula produção de conhecimento e ação social na compreensão de como categorias como raça, classe e gênero operam de modo relacional na organização das oportunidades e vulnerabilidades sociais. Nas palavras da autora, a interseccionalidade constitui “uma forma importante de investigação crítica e de práxis”, inserindo-se no campo das teorias sociais críticas que buscam explicar e questionar as desigualdades vigentes (Collins, 2022).

desigualdades em saúde e para o planejamento de ações orientadas pela equidade. Cabe destacar que a informação de cor/raça é registrada nos prontuários das(os) usuárias(os) nas unidades executoras do procedimento, em geral com base na autodeclaração da(o) própria(o) usuária(o) ou de familiar. Nesse sentido, a incompletude pode refletir tanto falhas no preenchimento dos sistemas quanto situações em que a autodeclaração não foi realizada ou registrada, configurando limitação inerente ao uso de dados secundários em sistemas de informação em saúde.

A predominância de pessoas pardas entre as(os) usuárias(os) submetidas(os) à angioplastia insere a demanda por alta complexidade cardiovascular em contexto social e territorial no qual raça/cor, classe social e sexo, bem como o local de residência, articulam-se de modo interdependente nas oportunidades desiguais de acesso ao cuidado especializado (Collins, 2022; Oliveira; Pereira, 2024). Ao lado dos fatores socioeconômicos e interseccionais, evidências nacionais indicam que a utilização de procedimentos cardiovasculares de maior densidade tecnológica reflete a interação (ou falhas) entre carga de doença, condições socioeconômicas e organização da rede, produzindo padrões diferenciados de uso segundo raça/cor e território (Macedo *et al.*, 2025; Oliveira *et al.*, 2020). Ainda que este estudo não investigue diretamente determinantes socioeconômicos na perspectiva interseccional de gênero, raça, classe social e etarismo, os achados da Tabela 4 sustentam que a distribuição racial da angioplastia no DF deve ser interpretada além do componente clínico, haja vista as condições sociais e organizacionais que moldam os percursos assistenciais e o acesso à alta complexidade.

Considerados em conjunto, os resultados reforçam que o perfil por sexo das(os) usuárias(os) submetidas(os) à angioplastia é relativamente homogêneo entre as Regiões de Saúde do DF (Tabela 4;  $p = 0,372$ ). Esse achado sustenta a interpretação de que as variações territoriais observadas na produção da alta complexidade cardiovascular não se explicam de forma suficiente por características demográficas isoladas, demandando análise voltada à organização do cuidado e à dinâmica de acesso aos serviços especializados.

No que se refere à oferta de angioplastias, os resultados apresentados na Tabela 5 evidenciam uma distribuição institucional concentrada e sem padrão de regionalização na realização desse procedimento no SUS-DF, com diferenças estatisticamente significativas entre as Regiões de Saúde quanto à unidade executora do procedimento/internação ( $p < 0,001$ ). Isto é, embora as(os) usuárias(os) residam em distintas Regiões de Saúde, a produção da alta complexidade, no caso, as angioplastias, organiza-se de modo dissociado do território de residência, concentrando-se em um número restrito de estabelecimentos de referência distrital, como o Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), o Hospital Universitário de Brasília

(HUB) e o Instituto de Cardiologia e Transplantes do Distrito Federal (ICTDF). Esse arranjo indica que o acesso ao procedimento não se estrutura a partir de fluxos regionalizados e diretrizes consolidadas no SUS-DF, mas segundo uma lógica institucional centralizada e restrita ao nível central da SES-DF, sem qualquer ordenação ou pactuação regional desejável, na qual determinados hospitais assumem papel predominante na oferta de serviços de alta complexidade, evidenciando limites da regionalização enquanto tecnologia organizacional do SUS-DF.

Nesse sentido, a análise regional (Tabela 5) mostra que o ICTDF concentra parcela expressiva dos procedimentos nas Regiões Oeste (60,1%), Sudoeste (56,3%) e Sul (55,3%), respondendo por mais da metade das intervenções realizadas entre residentes desses territórios. Em contraste, nas Regiões Central e Centro-Sul, observa-se distribuição mais equilibrada entre HBDF e ICTDF (Central: 36,6% em cada) e participação relevante do HUB (26,7%), enquanto no Centro-Sul o HBDF apresenta 37,8%, o ICTDF 34,9% e o HUB 27,3%. Entretanto, nas Regiões Leste e Norte o HUB assume maior participação relativa (Leste: 40,1%; Norte: 37,0%), superando HBDF e ICTDF nesses territórios. Essa heterogeneidade institucional indica que, embora a oferta esteja concentrada em poucos serviços, os fluxos variam conforme a Região de Saúde de residência, sugerindo a primazia da mediação por padrões operacionais e de encaminhamento sobre uma organização territorial formalizada da rede, considerando a configuração regional (Chaves; Andrade; Santos, 2024).

Cabe destacar que a presente análise foi estruturada a partir da divisão por Regiões de Saúde vigente no período 2022–2024 (Norte, Leste, Oeste, Sul, Central, Centro-Sul e Sudoeste). Contudo, o documento mais recente de Planejamento Regional Integrado do Distrito Federal 2024–2027 reorganiza o território em três macrorregiões: Macrorregião 1 (Oeste e Sudoeste), Macrorregião 2 (Sul, Centro-Sul e Central) e Macrorregião 3 (Norte e Leste). Esse arranjo implica agregações territoriais distintas daquelas adotadas nesta dissertação. Ainda assim, observa-se convergência parcial entre os padrões empíricos identificados e a lógica de agrupamento posteriormente formalizada, especialmente na aproximação entre Oeste e Sudoeste e entre Norte e Leste, territórios que já apresentavam comportamentos semelhantes quanto à demanda e à distribuição dos procedimentos (SES DF, 2024).

Embora existam diretrizes institucionais recentes que organizam territorialmente o fluxo assistencial para eventos agudos, como a Nota Técnica nº 3/2022 referente ao Infarto Agudo do Miocárdio (Distrito Federal, 2022), a dinâmica observada na produção hospitalar indica que o acesso aos procedimentos de alta complexidade, a exemplo da angioplastia coronariana, não se estrutura sob coordenação hierárquica da ESF. Os dados evidenciam que a regulação do cuidado

nos eventos agudos se organiza prioritariamente a partir dos serviços hospitalares de referência e de dispositivos tecnológicos de suporte à decisão clínica, como o aplicativo *JOIN*, que centralizam a condução dos casos e orientam os fluxos assistenciais. Nesse arranjo, a alta complexidade assume papel organizador da rede para situações agudas, configurando lógica assistencial distinta daquela prevista para a coordenação do cuidado longitudinal das condições crônicas, como a HAS.

Adicionalmente, a dissociação entre Região de Saúde de residência e unidade executora do procedimento sugere fragilidades nos mecanismos de planejamento regional e na contratualização de fluxos assistenciais. Estudos sobre a gestão no DF apontam que, a depender do desenho institucional e dos instrumentos de gestão, a ausência de ordenamento regional efetivo pode acirrar desigualdades e fragilizar a capacidade de gestão da rede (Mabelle; Pinto; Oliveira, 2018). Esse contexto implica na manutenção de trajetórias assistenciais reativas, nas quais o acesso ao cuidado especializado ocorre de forma episódica e sem integração consistente com o acompanhamento prévio na APS (Mendes, 2011).

Nesse contexto, as diferenças na organização do acesso também se expressam nos gastos associados aos procedimentos e internações com angioplastia. Conforme a Tabela 5, houve diferenças estatisticamente significativas entre as Regiões de Saúde quanto ao valor total da internação ( $p < 0,001$ ), com mediana variando de R\$ 5.084 (Oeste) a R\$ 6.124 (Leste). Importa explicitar que esse indicador se refere ao valor total pago por internação (AIH) ao local em que ocorreu angioplastia, isto é, o gasto total da internação associada à realização do procedimento, e não ao valor unitário da angioplastia. As diferenças regionais incluem variações na dispersão dos valores, como na Região Leste, cuja mediana foi de R\$ 6.124 e cujo intervalo interquartil (R\$ 4.957–7.973), indicando maior amplitude de gastos por internação mais o procedimento, evidenciando heterogeneidade relevante no gasto público entre os territórios.

A contextualização nacional contribui para qualificar a leitura desses achados. Dados do SIH/SUS indicam que o valor médio pago por internação com angioplastia no Brasil, no período entre 2022 e 2024, foi de R\$ 6.773,94, enquanto no DF esse valor médio foi de R\$ 5.828,37 (Brasil, 2026), portanto abaixo da média nacional, com os dados agregados. Entretanto, na desagregação dos dados por Região de Saúde, verifica-se discreto aumento do gasto na Região Leste em relação às demais, cuja mediana (R\$ 6.124) e amplitude interquartil mais elevada indicam maior dispersão dos valores pagos, ratificando a ausência de planejamento regional no fluxo assistencial.

Tendência semelhante é observada no TMP hospitalar. Enquanto a mediana do TMP hospitalar no DF foi de 1 dia, com terceiro quartil variando entre 1 e 3 dias conforme a Região

de Saúde (Tabela 5), a média do TMP no DF no período foi de 2,5 dias, inferior à média nacional de 3,7 dias para o mesmo conjunto de procedimentos, segundo dados do SIH/SUS (Brasil, 2026). Esse contraste indica que as internações por angioplastia no DF tendem a apresentar menor duração quando comparadas ao padrão nacional; contudo, essa diferença deve ser interpretada com cautela, pois pode refletir tanto características do perfil assistencial e da organização hospitalar quanto critérios de alta e articulação com o seguimento ambulatorial, não permitindo, por si só, inferir maior eficiência ou qualidade do cuidado.

Quanto ao óbito intra-hospitalar, a análise comparativa mostra que, no triênio 2022–2024, a proporção após angioplastia no DF foi de 1,90% (73 óbitos em 3.841 internações), inferior à média nacional de 2,77% (9.167 óbitos em 330.318 internações), segundo dados do SIH/SUS (Brasil, 2026). Esse diferencial indica que, em termos agregados, o DF apresenta desempenho relativamente favorável no desfecho hospitalar imediato; entretanto, a desagregação territorial revela heterogeneidades, com variação entre 1,0% na Região Leste e 2,5% na Região Oeste, além de 2,4% na Região Sul, valores próximos ao parâmetro nacional. Assim, embora o indicador global do DF seja inferior ao brasileiro, sua distribuição interna evidencia que o melhor desempenho não se reproduz de forma homogênea entre as Regiões de Saúde, evidenciando desigualdades sociais, o que reforça a necessidade de melhor organização na gestão e avaliação da linha de cuidado.

A coexistência de valores pagos de forma heterogênea, tempos de permanência curtos e baixa letalidade sugere que a variabilidade observada não decorre exclusivamente da gravidade clínica, mas também de fatores organizacionais e decisórios no âmbito hospitalar. Segundo Mendes (2011), esse fenômeno caracteriza a chamada “má variabilidade”, que reflete limites do conhecimento profissional e falhas em sua aplicação, resultando na oferta de serviços que não necessariamente atendem às necessidades da pessoa e que elevam os custos do sistema. Nesse sentido, a discrepância nos valores pagos constitui evidência empírica de um sistema fragmentado, no qual a falta de diretrizes clínicas padronizadas e a autonomia decisória das Regiões de Saúde geram ineficiência e desigualdades no acesso.

No que se refere às taxas de angioplastia, os resultados da Tabela 6 evidenciam variação expressiva entre as Regiões de Saúde no triênio 2022–2024. Em 2022, as taxas oscilaram de 35,4 por 100.000 habitantes (Central) a 77,8 (Oeste), com diferenças relevantes também entre Sul (60,0) e Norte (57,6), indicando amplitude superior a duas vezes entre os extremos. Nos anos subsequentes, a heterogeneidade se mantém: em 2023, destaca-se a elevação da taxa na Região Sul (83,2) e, em 2024, a manutenção de patamares elevados em Oeste (76,9), Sul (74,3)

e Norte (71,7), evidenciando persistência de desigualdades territoriais e fragmentação na oferta de angioplastias coronarianas.

A evolução temporal (Tabela 6) mostra que as Regiões de Saúde não seguiram trajetórias iguais. Algumas regiões apresentam oscilações acentuadas, como Oeste (77,8 em 2022; 59,2 em 2023; 76,9 em 2024) e Sul (60,0; 83,2; 74,3), enquanto outras mantiveram patamares mais baixos e relativamente estáveis, como a Central (35,4; 31,3; 33,6). Essa instabilidade sugere que a produção das angioplastias no DF não responde a um padrão contínuo de planejamento regional, mas a dinâmicas variáveis e quase aleatórias de oferta, expressão das insuficiências no processo de regionalização (Mabelle; Pinto; Oliveira, 2018)

Quando analisado o comportamento agregado, observa-se que o DF manteve taxa inferior à nacional em todos os anos (Tabela 6): 51,3 *versus* 65,0 (2022), 53,4 *versus* 70,3 (2023) e 59,0 *versus* 74,1 (2024). Apesar dessa diferença, o DF acompanha a tendência de crescimento observada no Brasil, o que é compatível com análises nacionais que descrevem expansão do uso de procedimentos cardiovasculares de alta complexidade associada ao envelhecimento populacional e à predominância de condições crônicas, o que reforça a necessidade de fortalecer a gestão da linha de cuidado pelas eSF/APS (Oliveira *et al.*, 2020). No entanto, os dados da Tabela 6 mostram que, no DF, essa expansão não se distribui de forma homogênea entre as Regiões, o que dialoga com evidências sobre desigualdades territoriais persistentes na organização e oferta de serviços no âmbito do DF (Göttems *et al.*, 2017).

A comparação entre as taxas regionais (Tabela 6) e os achados previamente discutidos permitem avançar na interpretação das desigualdades: regiões com taxas mais elevadas de angioplastia, como Sul (72,5) e Oeste (71,3), não correspondem necessariamente àquelas com maior mediana de idade. Embora a Região Sul apresente mediana de 65 anos, a mais elevada do conjunto, a Oeste registra taxa semelhante com mediana de 63 anos, valor próximo ao observado em outras regiões (Tabela 4). Tampouco se observam distinções relevantes na composição por sexo, cuja predominância masculina se mantém relativamente homogênea entre os territórios. Essa relativa dissociação entre perfil populacional e realização do procedimento reforça a hipótese de que a variação territorial está mais relacionada à gestão da oferta, à organização de fluxos e aos padrões de acesso do que às características da demanda. Além disso, a associação entre “região de residência” e “unidade executora” (Tabela 5) sugere que essas diferenças se vinculam à forma como as(os) residentes de cada território são direcionadas(os) aos serviços executores da SES-DF, independentemente dos processos de regionalização recomendados. Ou seja, os resultados indicam que os fluxos assistenciais se

estruturaram mais pela oferta disponível do que por planejamento baseado na demanda ou na coordenação entre níveis de atenção no SUS-DF.

## 5.2 ACOMPANHAMENTO DA HAS PELAS eSF E SUA ARTICULAÇÃO COM OS DESFECHOS HOSPITALARES NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SUS-DF

Os resultados indicaram que o percentual de acompanhamento de pessoas com HAS pelas eSF apresentou variação relevante entre as Regiões de Saúde do DF ao longo do período analisado (Tabela 7). Considerando a média do triênio 2022–2024, os valores regionais oscilaram de 37% na Região Sudoeste a 55% na Região Oeste, com o DF situando-se em 43%, patamar superior ao observado no Brasil (28%). Essa diferença de aproximadamente 15 pontos percentuais entre o DF e o cenário nacional sugere maior capacidade relativa de realização e registro do acompanhamento clínico da HAS pela APS do DF, o que pode ser justificado pela histórica e expressiva rede de serviços de APS no SUS-DF (Göttems *et al.*, 2019).

No entanto, o desempenho no acompanhamento de pessoas com HAS pelas eSF precisa ser interpretado à luz das metas de acompanhamento estabelecidas no âmbito do Programa Previne Brasil, que adotou como referência o parâmetro de cobertura de 50% de pessoas com HAS com aferição de pressão arterial registrada no semestre (Brasil, 2022). Nessa perspectiva, observou-se que, no triênio analisado, apenas a Região Oeste (média de 55% no período de 2022 a 2024) atingiu ou superou de forma consistente a meta de cobertura preconizada pelo Ministério da Saúde, enquanto as demais Regiões de Saúde e o próprio valor médio distrital (43%) permaneceram abaixo da meta de referência. Assim, ainda que o DF apresente desempenho superior ao nacional, o alcance das metas programáticas se mostrou limitado e marcado por assimetrias territoriais, quando observamos regionalmente. Nesse sentido, diferenças maiores podem existir entre as UBS e respectivas eSF das Regiões, cabendo estudos complementares de aprofundamentos de casos.

Entretanto, a distribuição interna desse indicador no território revela diferença expressiva. Regiões como Oeste (55%) e Sul (46%) apresentaram percentuais médios mais elevados de acompanhamento, enquanto Sudoeste (37%), Central (39%) e Leste (41%) mantiveram patamares inferiores. Essa amplitude regional, próxima de 18 pontos percentuais, indica que o acompanhamento da HAS não se consolidou de forma homogênea entre os territórios, fruto do contexto de desarticulação, fragmentação assistencial e preponderância do modelo biomédico no desenho da rede de serviços (Mendes, 2011).

Quando analisada a série histórica, observou-se que o indicador não seguiu trajetória linear ou convergente entre as Regiões de Saúde. Em diversas regiões, houve oscilações relevantes entre 2022 e 2024, como na Região Sul, que passou de 38% em 2022 para 54% em 2023, recuando para 45% em 2024; e na Região Oeste, que atingiu 62% em 2023 após registrar 47% em 2022. Essa oscilação dentro da série histórica, marcada por flutuações interanuais, sugere que o acompanhamento da HAS não se apresenta como uma prática clínica e de gestão da linha de cuidado pelas eSF plenamente institucionalizada, sustentada por planejamento contínuo e mecanismos consistentes de responsabilização no território, merecendo aprofundamentos.

A leitura articulada das séries temporais apresentadas na Tabela 7 com as análises de correlação constantes nas Tabelas 8 e 9 indica que a variação dos percentuais de pessoas com HAS com pressão arterial aferida no semestre não se acompanhou de comportamento uniforme nas taxas de internações por HAS nem no percentual de ICSAP-HAS no período de 2022 a 2024. No nível consolidado do Distrito Federal, observou-se correlação monotônica positiva fraca e limítrofe entre o indicador de acompanhamento e as taxas de internações por HAS ( $\rho = 0,248$ ;  $p = 0,050$ ), ao passo que, para o percentual de ICSAP-HAS, o coeficiente foi positivo muito fraco e não significativo ( $\rho = 0,155$ ;  $p = 0,226$ ). (Chaves; Andrade; Santos, 2024; Macedo *et al.*, 2025).

A desagregação por Regiões de Saúde evidencia que percentuais médios distintos de acompanhamento, como os registrados nas Regiões Oeste (55%), Sul (46%), Centro-Sul (44%) e Norte (43%), não corresponderam a um padrão convergente nas correlações com os desfechos hospitalares. No caso das taxas de internações por HAS, apenas a Região Norte apresentou correlação estatisticamente significativa ( $\rho = 0,700$ ;  $p = 0,036$ ), enquanto nas demais regiões os coeficientes variaram quanto à direção e à magnitude, com predominância de associações não significativas. Em relação ao percentual de ICSAP-HAS, não se observou significância estatística em nenhuma Região de Saúde, com coeficientes oscilando entre valores positivos e negativos e magnitudes classificadas como muito fracas, fracas ou fraca a moderada.

Os resultados indicam que o indicador de acompanhamento das pessoas com HAS na ESF e os desfechos hospitalares analisados não se distribuíram segundo padrão territorial uniforme no triênio. As associações variaram entre o nível consolidado do Distrito Federal e as Regiões de Saúde, tanto em direção quanto em magnitude, com predominância de coeficientes fracos e, na maior parte dos casos, sem significância estatística, conforme descrito nas Tabelas 8 e 9. Tal configuração reforça a ausência de padrão convergente entre acompanhamento da HAS e internações no período examinado, o que se articula com a compreensão de que o

indicador de acompanhamento, isoladamente, não se encontra integrado a mecanismos organizacionais capazes de estruturar de maneira uniforme a relação entre a ESF e os demais níveis de atenção no SUS-DF (Göttems *et al.*, 2017; Mabelle; Pinto; Oliveira, 2018).

Sob essa perspectiva, o desempenho relativamente superior do DF em relação ao Brasil não pode ser interpretado, por si só, como evidência de coordenação efetiva do cuidado. Embora o percentual médio no DF de acompanhamento da HAS seja mais elevado, os resultados indicam que esse desempenho não se converteu em governança da linha de cuidado, mas permaneceu restrito ao plano do registro assistencial, quiçá influenciado pela boa oferta de serviços de APS. Assim, o acompanhamento operou como condição necessária, porém insuficiente, para reordenar a linha de cuidado das condições crônicas, não se expressando empiricamente como tecnologia organizacional capaz de integrar informação clínica, planejamento territorial e articulação entre níveis de atenção, como preconizado (Mendes, 2011).

Assim, os resultados relativos ao acompanhamento da HAS reforçam a compreensão de que a APS no DF, conseqüentemente as eSF, enfrenta dificuldade para exercer a coordenação da linha de cuidado no sentido amplo. Essa dificuldade para exercer a gestão da linha de cuidado reflete o que a literatura aponta como uma falha na articulação entre informação clínica e gestão dos processos de trabalho (Almeida *et al.*, 2018). Estudos indicam que, embora existam instrumentos de registro, como o prontuário familiar, frequentemente observa-se a pouca utilização de seu conteúdo informacional para orientar a prática de planejamento das equipes, reduzindo-o a uma função de arquivo burocrático em vez de uma tecnologia ativa de gestão. Nesse cenário, o acompanhamento situa-se mais como registro assistencial do que como ferramenta de planejamento e gestão organizacional, uma vez que os mecanismos de referência e contrarreferência muitas vezes não apresentam detalhes suficientes para a tomada de decisão. Além disso, a regulação opera guiada pela lógica da oferta instalada, desvinculada das reais necessidades territoriais (Almeida *et al.*, 2018; Macedo *et al.*, 2025).

À luz dos achados apresentados, os resultados referentes ao percentual de ICSAP-HAS indicam que a variação do acompanhamento das(os) usuárias(os) com HAS pelas eSF não se articulou, no período analisado, a uma redução consistente das internações por condições sensíveis à APS. A ausência de associação monotônica estatisticamente significativa no nível do Distrito Federal e em todas as Regiões de Saúde, aliada à alternância de sinais dos coeficientes, sugere que o indicador de aferição de pressão arterial no semestre não operou como elemento estruturante da relação entre a ESF e os desfechos hospitalares considerados.

Mesmo em territórios com percentuais médios mais elevados de acompanhamento, como a Região Oeste, não se observou correspondência sistemática com menores percentuais de ICSAP-HAS. Esse descompasso entre processo assistencial mensurado e desfecho hospitalar reforça que o acompanhamento captado pelo indicador pode estar restrito ao registro da prática clínica, sem necessariamente expressar integração efetiva entre níveis de atenção ou reorganização dos fluxos assistenciais no território.

Nesse sentido, os resultados dialogam com a hipótese de que a mensuração do acompanhamento, tal como operacionalizada, não é suficiente para explicar a dinâmica das ICSAP-HAS no SUS-DF, evidenciando limites do indicador como instrumento isolado para apreender a organização territorial da linha de cuidado da HAS.

No conjunto dos resultados analisados, a Região Oeste se destaca por concentrar simultaneamente o maior percentual de acompanhamento de pessoas com HAS pelas eSF (55%) e valores elevados nos desfechos hospitalares examinados. Embora seja a segunda mais populosa (514,9 mil habitantes, a mais populosa é Sudoeste com 857,9 mil), as condições estruturais indicam que a Região Administrativa do Sol Nascente/Pôr do Sol, situada na área de abrangência da Região de Saúde Oeste, apresenta predominância de população negra (68,3%), níveis de escolaridade concentrados no ensino médio completo (37%) ou abaixo e persistência de problemas de infraestrutura urbana, como presença de esgoto a céu aberto nas proximidades dos domicílios (34,6%) e ocorrência frequente de alagamentos (64,7%) (IPEDF, 2024). Esses elementos sinalizam contextos de vulnerabilidade social que podem influenciar necessidades de saúde e padrões de utilização dos serviços (Oliveira; Pereira, 2024).

No plano agregado, o DF apresentou média de 2,34% de ICSAP-HAS, valor substancialmente inferior ao observado no Brasil (4,27%), diferença que se manteve estável nos três anos analisados. Em 2022, por exemplo, o percentual nacional (4,48%) foi quase o dobro do registrado no DF (2,50%), padrão que se repetiu em 2023 e 2024, ainda que com discreta redução em ambos os contextos. Essa discrepância sugere que, embora o DF apresente desempenho relativamente mais favorável quando comparado ao cenário nacional, as diferenças internas entre suas Regiões de Saúde permanecem expressivas e não se diluem no resultado médio do DF.

A leitura articulada desses resultados indica que o percentual de ICSAP-HAS não se distribuiu de forma homogênea no território no período de 2022 a 2024, mesmo em um contexto institucional relativamente compacto como o do Distrito Federal. As análises de correlação demonstraram ausência de associação monotônica estatisticamente significativa entre o

percentual de pessoas com HAS com pressão arterial aferida no semestre e o percentual de ICSAP-HAS, tanto no nível consolidado do DF quanto nas Regiões de Saúde.

Regiões com percentuais médios mais elevados de acompanhamento, como Oeste (55%), Sul (46%), Centro-Sul (44%) e Norte (43%), não apresentaram padrão convergente nas associações com o percentual de ICSAP-HAS. Os coeficientes oscilaram entre valores positivos e negativos, com magnitudes classificadas como muito fracas, fracas ou fraca a moderada, sem significância estatística em nenhum território. Esse descolamento reforça a interpretação de que as ICSAP-HAS, no período analisado, não operaram como desfecho diretamente sensível às variações do acompanhamento clínico e gerencial registrado pelas equipes, mas como expressão de arranjos territoriais e institucionais distintos na organização do cuidado, corroborando a literatura consultada (Göttems *et al.*, 2017; Pinto *et al.*, 2019).

À luz do referencial da coordenação do cuidado pelas eSF, esperava-se que percentuais mais elevados de ICSAP-HAS estivessem associados a menores percentuais de acompanhamento de pessoas com HAS com pressão arterial aferida no semestre, funcionando como marcador de fragilidades na vigilância clínica, na estratificação de risco e no manejo oportuno da HAS no território (Almeida *et al.*, 2018). Entretanto, as análises apresentadas nas Tabelas 7, 8 e 9 não evidenciaram associação monotônica estatisticamente significativa entre o indicador de acompanhamento e o percentual de ICSAP-HAS, nem no nível consolidado do Distrito Federal nem nas Regiões de Saúde.

A ausência de padrão convergente entre acompanhamento da HAS, taxas de internações por HAS e percentual de ICSAP-HAS, associada à variação de sinais e magnitudes dos coeficientes, indica que as internações por condições sensíveis à APS relacionadas à HAS não se comportaram, no período analisado, como desfecho diretamente articulado às variações do acompanhamento registrado pelas eSF. Esse comportamento se insere no contexto de regionalização e implantação da ESF no DF, marcado por limites na organização territorial da linha de cuidado e por preponderância do modelo biomédico (Göttems *et al.*, 2017; Göttems *et al.*, 2019). As internações evitáveis se comportaram como fenômeno relativamente autônomo, sem reorientação observável dos fluxos assistenciais ou em modulação consistente as internações.

Esse padrão indica que, no contexto do DF, o percentual de ICSAP-HAS não se articulou de forma consistente ao indicador de acompanhamento de pessoas com HAS pelas eSF nem às taxas de internações por HAS no período analisado. Embora as ICSAP-HAS sejam reconhecidas conceitualmente como indicadores indiretos da qualidade e do acesso à APS (Horta *et al.*, 2023), os resultados empíricos demonstraram ausência de associação monotônica

estatisticamente significativa e variação territorial quanto à direção e à magnitude dos coeficientes.

Os testes de Correlação de Spearman entre o percentual de pessoas com HAS com pressão arterial aferida no semestre e as taxas de internações por HAS (Tabela 8) evidenciaram comportamento distinto entre as Regiões de Saúde do DF. No plano regional, os coeficientes variaram quanto à direção e à magnitude, com predominância de associações não estatisticamente significativas. A única exceção foi a Região Norte, que apresentou correlação positiva forte ( $\rho = 0,700$ ;  $p = 0,036$ ), indicando associação estatisticamente significativa no período analisado.

Nas demais Regiões de Saúde, os coeficientes oscilaram entre valores positivos e negativos, classificados como muito fracos, fracos ou moderados, sem significância estatística. Esse comportamento regional heterogêneo não se reproduziu de forma uniforme no nível consolidado do DF, no qual se observou correlação positiva fraca com significância limítrofe ( $\rho = 0,248$ ;  $p = 0,050$ ). A variação territorial dos coeficientes indica que a associação entre o indicador de acompanhamento e as taxas de internações por HAS não apresentou padrão convergente entre as Regiões de Saúde no triênio analisado.

A leitura conjunta das Tabelas 7, 8 e 9 permite problematizar a natureza das associações identificadas no nível agregado. No nível consolidado do DF, observou-se correlação monotônica positiva fraca entre o percentual de pessoas com HAS com pressão arterial aferida no semestre e as taxas de internações por HAS ( $\rho = 0,248$ ;  $p = 0,050$ ), configurando resultado limítrofe quanto à significância estatística. Esse achado não autoriza inferir que o aumento do acompanhamento esteja produzindo maior necessidade de internações, mas indica que ambos os fenômenos coexistiram temporalmente no DF, sem evidência de mediação efetiva da APS.

Esse comportamento é compatível com um cenário em que a gestão da linha de cuidado da HAS pelas eSF ocorre de forma paralela à dinâmica hospitalar, sem capacidade de reorientar fluxos assistenciais, modular riscos ou antecipar desfechos relacionados à HAS, como orienta a literatura (Evangelista; Mendes; Silva, 2025). A discrepância entre o comportamento agregado do DF e a ausência de associações consistentes nos recortes regionais reforça os limites estruturais da regionalização operativa. Se as eSF, responsáveis pela gestão da linha de cuidado da HAS, estivessem exercendo de forma efetiva a coordenação do cuidado e a ordenação dos fluxos assistenciais no território, seria esperado observar padrões regionais mais homogêneos, com direções semelhantes de associação entre acompanhamento e taxas de internações por HAS (Macedo *et al.*, 2025).

Nesse sentido, o achado singular da Região Norte, única a apresentar correlação positiva forte e significativa ( $\rho = 0,700$ ;  $p = 0,036$ ) entre acompanhamento e taxa de internações por HAS, assume relevância analítica como exceção que evidencia a regra. A dispersão dos sinais e magnitudes nas demais regiões, onde se observam desde correlação negativa moderada na Região Sul ( $\rho = -0,451$ ) até associações muito fracas ou não significativas em outros territórios, indica que a gestão da linha de cuidado da HAS não se encontra institucionalizada de forma sistêmica, permanecendo dependente de arranjos locais. O resultado se insere no contexto de incipiente implantação da ESF como organização da APS, amplamente identificado em estudos anteriores (Göttems et al., 2019; Köptcke; Scherer; Batista, 2025; Pinto *et al.*, 2019; Santos *et al.*, 2024).

Assim, a análise da correlação entre o percentual de pessoas com HAS com pressão arterial aferida no semestre e as taxas de internações por HAS evidencia que o acompanhamento da HAS, embora necessário, não foi suficiente para operar como mecanismo de reorganização da rede no SUS-DF. O resultado central não é a existência de correlações pontuais, mas a ausência de convergência territorial e de coerência organizacional entre os indicadores analisados. Esse padrão desloca a explicação do plano estritamente clínico para o plano da organização da rede, da governança da informação e dos dispositivos de coordenação do cuidado, reforçando o argumento de que a fragilidade da APS no DF é menos relacionada à execução isolada de práticas assistenciais e mais à sua limitada capacidade de transformar acompanhamento em gestão efetiva da linha de cuidado da HAS ((Chaves; Andrade; Santos, 2024; Scherer *et al.*, 2024; Sousa; Shimizu, 2024).

Quanto à associação entre o percentual de pessoas com HAS com pressão arterial aferida no semestre e o percentual de ICSAP-HAS, os coeficientes indicaram ausência de associação estatisticamente significativa no nível agregado ( $\rho = 0,155$ ;  $p = 0,226$ ). No plano regional, os coeficientes variaram entre  $\rho = -0,437$ , na Região Sul, e  $\rho = 0,361$ , na Região Norte, sem significância estatística em nenhum território. Esse resultado indica que variações no acompanhamento pelas eSF não se refletiram em variações correspondentes no percentual de ICSAP-HAS.

Do ponto de vista analítico, esse resultado é relevante, pois as ICSAP-HAS são concebidas como indicadores de desempenho da Atenção Primária, capazes de sinalizar falhas no manejo ambulatorial e, potencialmente, antecipar desfechos relacionados à HAS (Corrêa *et al.*, 2019; Horta *et al.*, 2023; Pinto *et al.*, 2019). No entanto, os dados empíricos indicam que as internações por condições sensíveis à APS relacionadas à HAS não operaram como eventos articulados à dinâmica de acompanhamento registrada pelas eSF. Essa dissociação reflete a

persistência de um modelo fragmentado e o isolamento organizacional das unidades de saúde no DF (Göttems *et al.*, 2017).

A diferença dos resultados regionais reforça a interpretação de que as eSF no DF parecem não utilizar o percentual de ICSAP-HAS como dispositivo de gestão da linha do cuidado. Se essas interações estivessem sendo apropriadas como instrumento de gestão clínica e planejamento territorial, seria esperado observar padrões mais estáveis de associação. Os resultados indicam que os indicadores produzidos pela APS coexistem no território sem se estruturarem como elementos integrados de coordenação do cuidado, em consonância com a hipótese central da dissertação acerca dos limites da gestão da linha de cuidado da HAS pelas eSF no SUS-DF.

## 6 CONCLUSÃO

Esta dissertação analisou a gestão da linha de cuidado da Hipertensão Arterial Sistêmica no SUS-DF a partir do papel das eSF e de sua capacidade de produzir coordenação territorial do cuidado, tendo como foco empírico a relação entre acompanhamento na ESF e internações por HAS, segundo Regiões de Saúde, no período de 2022 a 2024. Ao tratar a HAS como condição traçadora, o estudo partiu da compreensão de que o manejo de agravos crônicos permite observar, de forma privilegiada, se a rede consegue transformar atenção cotidiana em continuidade, responsabilização territorial e integração efetiva entre níveis assistenciais.

Os achados não sustentam leituras lineares segundo as quais maior acompanhamento registrado na ESF implicaria, automaticamente, menor ocorrência de internações por HAS ou de desfechos sensíveis à APS. A ausência de associações territoriais estáveis entre o indicador de acompanhamento, as taxas de internação e o percentual de ICSAP-HAS indica que esses componentes não têm operado, no período analisado, como etapas articuladas de uma mesma linha de cuidado. Esse resultado desloca o debate do desempenho isolado de indicadores para a análise da organização sistêmica do cuidado: não se trata apenas de “produzir” acompanhamento, mas de convertê-lo em governança territorial capaz de reordenar fluxos, antecipar descompensações e sustentar longitudinalidade.

Nesse sentido, a pesquisa evidencia que a gestão da linha de cuidado da HAS pelas eSF no SUS-DF se estrutura em um cenário marcado por assimetrias territoriais persistentes e por baixa previsibilidade dos percursos assistenciais. A ESF, embora normativamente posicionada como coordenadora do cuidado, aparece empiricamente limitada em sua capacidade de modular desfechos hospitalares de maneira consistente no território. Tal configuração sugere fragilidades na articulação entre planejamento regional, regulação, organização da oferta e responsabilização sanitária, fazendo com que o acompanhamento da HAS permaneça, em muitos contextos, como prática assistencial registrada, mas insuficientemente acoplada a mecanismos de coordenação da rede.

Os resultados também apontam que a ampliação da informação em saúde e a disponibilidade de painéis públicos não se traduzem, por si, em capacidade de gestão. Quando dissociados de processos decisórios e de rotinas de planejamento territorial, dados e indicadores tendem a assumir função predominantemente registral, com baixa incidência sobre a redefinição de prioridades, a pactuação de fluxos e a integração entre pontos de atenção. Assim, o problema central não é a inexistência de informação, mas a dificuldade institucional de transformá-la em ação coordenada e em gestão orientada por resultados no território.

Do ponto de vista investigativo, a contribuição central da dissertação consiste em tratar a linha de cuidado como categoria empírica de análise e não apenas como diretriz normativa. Ao articular indicadores de acompanhamento na ESF e desfechos hospitalares em recortes territoriais, o estudo tensiona a expectativa de que a presença de práticas assistenciais mensuradas seja suficiente para produzir coordenação do cuidado. Em vez disso, evidencia que a efetividade da linha de cuidado depende de arranjos organizacionais, de capacidades de gestão e de integração entre níveis assistenciais que não se deixam apreender por um único indicador de processo.

A pesquisa possui limitações inerentes ao uso de dados secundários agregados e ao delineamento ecológico, que não permitem reconstruir trajetórias individuais nem apreender mecanismos institucionais e micropolíticos que condicionam a gestão cotidiana da HAS nas eSF. Essas limitações indicam a pertinência de estudos futuros que aprofundem a análise por meio de estudos de caso regionais, investigações qualitativas e abordagens que permitam examinar como se produzem, na prática, a coordenação do cuidado, a estratificação de risco e a integração com a rede especializada.

Mais do que prescrever soluções normativas, os achados sustentam a necessidade de qualificar o planejamento territorial, fortalecer capacidades gerenciais regionais e ampliar a integração entre informação, regulação e organização do cuidado. Nesse horizonte, fortalecer o papel das eSF na linha de cuidado da HAS significa ir além da execução e do registro de ações clínicas: implica dotar as equipes de condições organizacionais para exercer coordenação, produzir continuidade e reorientar percursos assistenciais a partir do território, com responsabilização sanitária efetiva.

Ao deslocar o debate da HAS do plano estritamente clínico para o campo da organização da rede, esta dissertação contribui para uma agenda de gestão que reconhece a complexidade institucional do SUS-DF e recoloca a ESF como eixo estratégico não por sua presença formal, mas por sua capacidade, ainda a ser consolidada, de operar como tecnologia organizacional do cuidado longitudinal e territorializado, com potencial de incidir sobre hospitalizações evitáveis e sobre a racionalidade de uso da média e da alta complexidade na rede.

## REFERÊNCIAS

- ALELUIA, Italo Ricardo Santos; MEDINA, Maria Guadalupe; ALMEIDA, Patty Fidelis de; VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 22, n. 6, p. 1845–1856, jun. 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017226.02042017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002601845&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601845&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 9 set. 2025.
- ALFRADIQUE, Maria Elmira; BONOLO, Palmira de Fátima; DOURADO, Inês; LIMA-COSTA, Maria Fernanda; MACINKO, James; MENDONÇA, Claunara Schilling; OLIVEIRA, Veneza Berenice; SAMPAIO, Luís Fernando Rolim; SIMONI, Carmen de; TURCI, Maria Aparecida. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 25, n. 6, p. 1337–1349, jun. 2009. DOI: 10.1590/S0102-311X2009000600016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000600016&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600016&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 29 jun. 2025.
- ALMEIDA, Patty Fidelis de; MEDINA, Maria Guadalupe; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; GIOVANELLA, Lígia; BOUSQUAT, Aylene; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 42, n. spe. 1, p. 244–260, set. 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018s116. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000500244&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500244&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 22 maio 2025.
- ANDRADE, Marina Maria de Melo Santana; OLIVEIRA, Vítor Andrade de; NOBRE, Ana Teresa dos Anjos; ALVES, Maria Eduarda Barbosa Soares; SANTOS, Leticia Villar Menezes; QUINTELA, Wagner Lacks; SANDES, Maria Eduarda Silva; SANTOS, Antônio Gabriel; BURGOS, Ursula Costa. Análise da relação entre a Hipertensão Arterial e a Doença Arterial Coronariana. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, [s. l.], v. 8, n. 18, p. e181798, n. 18, 3 jan. 2025. DOI: 10.55892/jrg.v8i18.1798. Disponível em: <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/1798>. Acesso em: 12 jun. 2025.
- ANDRADE, Marina Maria de Melo Santana; OLIVEIRA, Vítor Andrade de; NOBRE, Ana Teresa dos Anjos; ALVES, Maria Eduarda Barbosa Soares; SANTOS, Leticia Villar Menezes; QUINTELA, Wagner Lacks; SANDES, Maria Eduarda Silva; SANTOS, Antônio Gabriel; BURGOS, Ursula Costa. Análise da relação entre a Hipertensão Arterial e a Doença Arterial Coronariana. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, [s. l.], v. 8, n. 18, p. e181798, 11 jan. 2025. DOI: 10.55892/jrg.v8i18.1798. Disponível em: <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/1798>. Acesso em: 21 maio 2025.
- BAKER, Richard; FREEMAN, George K.; HAGGERTY, Jeannie L.; BANKART, M. John; NOCKELS, Keith H. Primary medical care continuity and patient mortality: a systematic review. **British Journal of General Practice**, [s. l.], v. 70, n. 698, p. e600–e611, set. 2020. DOI: 10.3399/bjgp20X712289. Disponível em: <https://bjgp.org/lookup/doi/10.3399/bjgp20X712289>. Acesso em: 27 out. 2025.

BITTON, Asaf; FIFIELD, Jocelyn; RATCLIFFE, Hannah; KARLAGE, Ami; WANG, Hong; VEILLARD, Jeremy H.; SCHWARZ, Dan; HIRSCHHORN, Lisa R. Primary healthcare system performance in low-income and middle-income countries: a scoping review of the evidence from 2010 to 2017. **BMJ Global Health**, [s. l.], v. 4, n. supl. 8, p. e001551, ago. 2019. DOI: 10.1136/bmjgh-2019-001551. Disponível em: <https://gh.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjgh-2019-001551>. Acesso em: 12 set. 2025.

BOTELHO, Janaina Furtado; PORTELA, Margareth Crisóstomo. Risco de interpretação falaciosa das interações por condições sensíveis à atenção primária em contextos locais, Itaboraí, Rio de Janeiro, Brasil, 2006-2011. **Cad. Saúde Pública**, [s. l.], v. 33, n. 3, 2017. DOI: 10.1590/0102-311x00050915. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017000305015&lang=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000305015&lang=pt). Acesso em: 12 set. 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Portarias do Ministério da Saúde**, [s. l.], n. 4279. 30 dez. 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: 24 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde (org.). **Política nacional de atenção básica**. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 108 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483**, de 1º de abril de 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: 30 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Análise de situação de saúde**: livro-texto. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)**, 22 set. 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 12 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de Cuidado do Adulto com Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha\\_cuidado\\_adulto\\_hipertensao\\_arterial.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_adulto_hipertensao_arterial.pdf). Acesso em: 12 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2023**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/pcdt-hipertensao-arterial-sistematica.pdf>. Acesso em: 4 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **O que é o e-SUS APS?** [s. l.]: [S. n.]. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sistemas/esusaps/>. Acesso em: 20 out. 2025.

CARDOSO, Jhemerson Silva; BALDO, Thaís de Oliveira; TIBÃES, Hanna Beatriz Bacelar. Fatores de risco e comorbidades de pacientes submetidos à angioplastia coronariana. **Revista Vozes dos Vales: Publicações Acadêmicas**, [s. l.], v. 22, n. 22, out. 2022. Disponível em: <https://www.ufvjm.edu.br/vozes>. Acesso em: 20 out. 2025.

CARTER, Renee; RIVERIN, Bruno; LEVESQUE, Jean-Frédéric; GARIEPY, Geneviève; QUESNEL-VALLÉE, Amélie. The impact of primary care reform on health system performance in Canada: a systematic review. **BMC Health Services Research**, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 324, dez. 2016. DOI: 10.1186/s12913-016-1571-7. Disponível em: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1571-7>. Acesso em: 12 set. 2025.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (org.). **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2009. 447 p. (Série F--Comunicação e educação em saúde).

CORRÊA, Daniel Seabra Resende Castro; MOURA, Alexandra Gouveia de Oliveira Miranda; QUITO, Marcus Vinícius; SOUZA, Heloiza Machado de; VERSIANI, Luciana Martins; LEUZZI, Sérgio; GÖTTEMS, Leila Bernarda Donato; MACINKO, James. Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 24, n. 6, p. 2031–2041, jun. 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018246.08802019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019000602031&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000602031&tlng=pt). Acesso em: 21 maio 2025.

COSTA, Nilson do Rosário; SILVA, Paulo Roberto Fagundes da; JATOBÁ, Alessandro. A avaliação de desempenho da atenção primária: balanço e perspectiva para o programa Previnde Brasil. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 46, p. 8–20, 28 abr. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E801>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/n3GJrfSm9QgLPnQXqqbJs3S/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 jun. 2025.

CUNHA, Elenice Machado da; GIOVANELLA, Ligia. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 16, n. supl. 1, p. 1029–1042, 2011. DOI: 10.1590/S1413-81232011000700036. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000700036&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700036&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 27 maio 2025.

DARTE, Joel Agostinho Ghiraldi; PAZ, Ana Caren dos Santos; ZANATTA, Gustavo Souza; MEIRA, Jonas Fernando Felix; DA SILVA, Valter Gabriel da Rocha; FRANÇA, Thiago de Freitas; DA SILVA, Guilherme Gonçalves; BARROS, Jéssica Kelly de Miranda; DE MELO, Marcos Vinícius José Cardoso; ASSUNÇÃO, Élide Lúcia Ferreira. A Estratégia Saúde da Família como pilar para um sistema de saúde preventivo e integral. **ARACÊ**, [s. l.], v. 6, n. 4,

p. 18143–18151, 26 dez. 2024. DOI: 10.56238/arev6n4-416. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/2544>. Acesso em: 26 jun. 2025.

EBSERH. **Plano Diretor Estratégico 2024–2028**. Brasília: Hospital Universitário de Brasília – HUB/UnB/Ebserh, 2023. Disponível em: [https://www.gov.br/ebserh-intensifica-assistencia-a-distancia-como-estra/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-centro-oeste/hub-unb/acesso-a-informacao/boletim-de-servico/Links%20-%20BS/pde\\_2024\\_2028.pdf](https://www.gov.br/ebserh-intensifica-assistencia-a-distancia-como-estra/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-centro-oeste/hub-unb/acesso-a-informacao/boletim-de-servico/Links%20-%20BS/pde_2024_2028.pdf). Acesso em: 16 set. 2025.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; ALMEIDA, Patty Fidelis de; BOUSQUAT, Aylene. Organização da atenção primária à saúde no Brasil e os desafios para a integração em redes de atenção. *In*: MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; MATTA, Gustavo Corrêa; GONDIM, Roberta; GIOVANELLA, Ligia. **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 89–108. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575416297.0004>. Acesso em: 3 ago. 2025.

FÁVERO, Luiz. **Manual de análise de dados: estatística e modelagem multivariada com Excel, SPSS e Stata**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

GDF, Governo do Distrito Federal. **Decreto nº 37.515**, de 26 de julho de 2016. Brasília, DF: SINJ-DF, 2016. Disponível em: [https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/05990c188e6a4778860953ca699e356e/Decreto\\_37515\\_26\\_07\\_2016.html](https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/05990c188e6a4778860953ca699e356e/Decreto_37515_26_07_2016.html). Acesso em: 4 nov. 2025.

GIOVANELLA, Ligia; BOUSQUAT, Aylene; SCHENKMAN, Simone; ALMEIDA, Patty Fidelis de; SARDINHA, Luciana Monteiro Vasconcelos; VIEIRA, Maria Lúcia França Pontes. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 26, n. supl. 1, p. 2543–2556, jun. 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021266.1.43952020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232021001502543&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021001502543&tlng=pt). Acesso em: 17 jul. 2025.

GOMES, Clarice Brito e Souza; GUTIÉRREZ, Adriana Coser; SORANZ, Daniel. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 25, n. 4, p. 1327–1338, abr. 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020254.31512019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000401327&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401327&tlng=pt). Acesso em: 6 ago. 2025.

GÖTTEMS, Leila Bernarda Donato; ALMEIDA, Marilza Oliveira de; RAGGIO, Armando Martinho Badou; BITTENCOURT, Roberto José. O Sistema Único de Saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2018): revisitando a história para planejar o futuro. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 24, p. 1997–2008, 27 jun. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08522019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6y7KDHQGbRDKHjRntxTYhtn/?lang=pt>. Acesso em: 12 jun. 2025.

HANSEN, Johan; GROENEWEGEN, Peter P.; BOERMA, Wienke G. W.; KRINGOS, Dionne S. Living In A Country With A Strong Primary Care System Is Beneficial To People With Chronic Conditions. **Health Affairs**, [s. l.], v. 34, n. 9, p. 1531–1537, set. 2015. DOI:

10.1377/hlthaff.2015.0582. Disponível em:  
<http://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2015.0582>. Acesso em: 12 set. 2025.

JULIÃO, Nayara Abreu; SOUZA, Aline de; GUIMARÃES, Raquel Rangel de Meireles. Tendências na prevalência de hipertensão arterial sistêmica e na utilização de serviços de saúde no Brasil ao longo de uma década (2008-2019). **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 26, n. 9, p. 4007–4019, set. 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021269.08092021. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232021000904007&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021000904007&tlng=pt). Acesso em: 13 set. 2025.

LEANDRO, Suderlan Sabino; MONTEIRO, Pedro Sadi. Avaliação da coordenação da atenção na perspectiva dos profissionais de saúde. **Enfermagem em Foco**, [s. l.], v. 8, n. 3, 10 nov. 2017. DOI: 10.21675/2357-707X.2017.v8.n3.1097. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1097>. Acesso em: 1 jul. 2025.

LEMO, Ana Silvia Pavani; DUTRA, Evelyn de Britto; KÖPTCKE, Luciana Sepúlveda; CAVACA, Aline Guio; SILVEIRA, Missifany; GASQUE, Kellen Cristina da Silva; PETERSEN, Rafael de Souza. Construção pedagógica de um curso de especialização para gestores da APS sob a perspectiva da Educação Permanente em Saúde. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 48, n. spe. 2, p. e8909, 2024. DOI: 10.1590/2358-28982024e28909p. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042024000600501&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042024000600501&tlng=pt). Acesso em: 9 set. 2025.

MABELLE, Roque; PINTO, Patrícia Sobral; OLIVEIRA, Adriano. Contratualização de Resultados: Implantação da Gestão Regionalizada na Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **Comunicação em Ciências da Saúde**, [s. l.], v. 29, n. supl. 1, p. 25–29, 2018. Disponível em: <https://revistaccs.espdf.fepecs.edu.br/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/158>. Acesso em: 27 set. 2025.

MACINKO, James; MENDONÇA, Claunara Schilling. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 42, n. spe. 1, p. 18–37, set. 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018s102. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000500018&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500018&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 6 ago. 2025.

MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 14, n. 34, p. 593–606, 17 set. 2010. DOI: 10.1590/s1414-32832010005000010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832010000300010&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300010&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 24 jul. 2025.

MARTINS, Flavio Pinheiro; VIGURS, Carol; VERAS, Mariana Matera; MORHAYIM, Lusi; LAKHANPAUL, Monica; PARIKH, Priti. Infrastructure-health nexus in Brazil: a scoping review. **Global Health Research and Policy**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 42, 2 set. 2025. DOI: 10.1186/s41256-025-00441-x. Disponível em: <https://ghrp.biomedcentral.com/articles/10.1186/s41256-025-00441-x>. Acesso em: 12 set. 2025.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Opas, 2011.

MIOT, Hélio Amante. Análise de correlação em estudos clínicos e experimentais. **Jornal Vascular Brasileiro**, [s. l.], v. 17, n. 4, p. 275–279, 29 nov. 2018. DOI: 10.1590/1677-5449.174118. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-54492018000400275&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492018000400275&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 1 nov. 2025.

MOITINHO, Virginia Poliana de Lima; SILVA, Eliane Mazieiro da; LAVOURA, Erica Regina da Silva; SILVA, Iza Sherolize Amaral; SANTOS, Luciana Venturolli dos; BAULEO, Marcelo Midea; DE OLIVEIRA, Mariana; LIMA, Vanilza Pereira de; SILVA DE MENESES, Abel; RAMALHO, André. Linha de Cuidado Integral sobre Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial. **Revista Técnico-Científica CEJAM**, [s. l.], v. 2, p. e202320012, 10 abr. 2023. DOI: 10.59229/2764-9806.rtcc.e202320012. Disponível em: <https://revista.cejam.org.br/index.php/rtcc/article/view/e202320012>. Acesso em: 15 jul. 2025.

NILSON, Eduardo Augusto Fernandes; ANDRADE, Rafaella Da Costa Santin; BRITO, Daniela Aquino de; OLIVEIRA, Michele Lessa de. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [s. l.], v. 44, p. 1, 10 abr. 2020. DOI: 10.26633/RPSP.2020.32. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51945>. Acesso em: 12 jun. 2025.

OLIVEIRA, Bruno Luciano Carneiro Alves de; CARDOSO, Luís Felipe Castro; DOMINICE, Rayssa de Oliveira; CORRÊA, Alessa Arruda Pinto; FONSECA, Ana Eliza de Carvalho; MOREIRA, Jessica Pronestino de Lima; LUIZ, Ronir Raggio. A influência da Estratégia Saúde da Família no uso de serviços de saúde por adultos hipertensos no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s. l.], v. 23, p. e200006, 2020. DOI: 10.1590/1980-549720200006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2020000100405&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2020000100405&tlng=pt). Acesso em: 1 jul. 2025.

OLIVEIRA, Elton Filipe Pinheiro de; NETO, Antônio Quaresma de Melo; RODRIGUES, Malvina Thais Pacheco; MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros. Internamentos por hipertensão arterial e cobertura da Estratégia Saúde da Família: Brasil, 2010 a 2019. **Revista de Enfermagem Referência**, [s. l.], v. VI, n. 1, 2022. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3882/388271597013/html/>. Acesso em: 12 jun. 2025.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, p. 1903–1914, jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dXV7f6FDmRnj7BWPJFt6LFk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 jun. 2025.

RIBEIRO, Sabinhy Pedreira; CAVALCANTI, Maria de Lourdes Tavares. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 25, n. 5, p. 1799–1808, maio 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020255.34122019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000501799&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000501799&tlng=pt). Acesso em: 29 jul. 2025.

SAMPAIO, Nilo Antônio de Souza. **Estatística descritiva**. [s. l.]: Poisson, 2018.

SAMPIERI, Roberto Hernández; COLLADO, Carlos Fernández; LUCIO, María del Pilar Baptista. **Metodologia de pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTOS, Leonor Maria Pacheco; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; FURLANETTO, Denise de Lima Costa; PEDROSA, Claudia Mara; FREITAS, Maria Silvia Fruet de; LEITE, Thais Alessa; SANTOS, Wallace Enrico Boaventura Gonçalves dos. Relato de experiência: coprodução do programa Qualis-APS para melhoria da qualidade da Atenção Primária à Saúde em Brasília. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 48, p. e8830, 9 dez. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982024E28830P>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/6zytqYHMP3k3jLRYZTVZv7C/?lang=pt>. Acesso em: 12 jun. 2025.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; LEITE, Thaís Alessa; SANTOS, Ricardo Ramos dos; PRADO, Nília Maria de Brito Lima. Análise dos problemas vinculados aos padrões de qualidade da atenção primária no Distrito Federal. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 48, n. 142, p. e8607, 2024. DOI: 10.1590/2358-289820241428607p. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042024000300200&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042024000300200&tlng=pt). Acesso em: 27 maio 2025.

SES DF, Secretária de Saúde do Distrito Federal. **Portaria 77**, de 14/02/2017. Disponível em: [https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/b41d856d8d554d4b95431cdd9ee00521/Portaria\\_77\\_14\\_02\\_2017.htm](https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/b41d856d8d554d4b95431cdd9ee00521/Portaria_77_14_02_2017.htm). Acesso em: 1 jul. 2025.

SILVA, João Felipe Marques; CARVALHO, Brígida Gimenez; MARTINS, Marina Sidnéia Ricardo. Contratualização e Regionalização de Serviços Hospitalares no SUS: uma perspectiva municipal. **Revista Gestão & Saúde**, [s. l.], v. 14, n. 3, p. 348–363, 15 maio 2024. DOI: 10.26512/rgs.v14i3.47240. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/47240>. Acesso em: 4 nov. 2025.

SOUSA, Allan Nuno Alves de; SHIMIZU, Helena Eri. Coordenação na Atenção Básica e integração na Rede de Atenção à Saúde: em que avançamos? **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 48, n. especial 2, p. e8784, out. 2024. Disponível em: <https://saudeemdebate.org.br/sed/article/view/8784/2037>. Acesso em: 15 set. 2025.

SOUSA, Ohana Maria Coelho de; SOUZA, Jussara Aparecida de; CASTRO, Ana Júlia Ribeiro de Sousa; ARAÚJO, Gabriel Rocha Pinon Teixeira de; TORQUATO, Rebeca Amorim; SANTANA, Amanda Henrique; GOMES, Talita Barbosa; MELO, Násser Sabry Azar; SERRA, Mateus Gomes da Silva; FERREIRA, Maurício Gabriel Gonçalves; SILVA, Kamilla Dutra; LIMA, Leandro Alves de. Hospitalização por hipertensão arterial essencial no Brasil no período de 2019 a 2023. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [s. l.], v. 6, n. 5, p. 686–695, n. 5, 9 maio 2024. DOI: 10.36557/2674-8169.2024v6n5p686-695. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/2090>. Acesso em: 21 maio 2025.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; TAMAKI, Edson Mamoru. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 17, n. 4, p. 821–828, abr. 2012. DOI: 10.1590/S1413-81232012000400002. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000400002&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400002&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 25 set. 2025.

TEIXEIRA, Maria Glória; COSTA, Maria da Conceição Nascimento; CARMO, Eduardo Hage; OLIVEIRA, Wanderson Kleber de; PENNA, Gerson Oliveira. Vigilância em Saúde no SUS – construção, efeitos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, n. 6, p. 1811–1818, jun. 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.09032018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000601811&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601811&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 4 nov. 2025.

TOFANI, Luís Fernando Nogueira; FURTADO, Lumena Almeida Castro; GUIMARÃES, Cristian Fabiano; FELICIANO, Deize Grazielle Conceição Ferreira; SILVA, Gabriela Rodrigues da; BRAGAGNOLO, Larissa Maria; ANDREAZZA, Rosemarie; CHIORO, Arthur. Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 26, n. 10, p. 4769–4782, out. 2021. DOI: 10.1590/1413-812320212610.26102020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232021001004769&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021001004769&lng=pt). Acesso em: 20 jul. 2025.

VIACAVA, Francisco; ALMEIDA, Célia; CAETANO, Rosângela; FAUSTO, Márcia; MACINKO, James; MARTINS, Mônica; NORONHA, José Carvalho de; NOVAES, Heligonda Maria Dutilh; OLIVEIRA, Eliane dos Santos; PORTO, Sílvia Marta; SILVA, Lígia M. Vieira da; SZWARCOWALD, Célia Landmann. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 9, n. 3, p. 711–724, set. 2004. DOI: 10.1590/S1413-81232004000300021. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232004000300021&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300021&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 25 set. 2025.

WHO, World Health Organization. **Innovative Care for Chronic Conditions** – Building Blocks for Action: Global Report. Geneva: World Health Organization, 2002. 103 p.

WHO, World Health Organization. Social determinants of health. [n.d.]. **World Health Organization**. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>. Acesso em: 26 ago. 2025.

