



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE



PLANO DISTRITAL DE SAÚDE 2020-2023

Brasília, setembro de 2019.

Governador do Distrito Federal

IBANES ROCHA BARROS JUNIOR

Vice-Governador

MARCUS VINICIUS BRITTO DE ALBUQUERQUE DIAS

Secretário de Estado de Saúde

OSNEI OKUMOTO

Secretária-Adjunto de Assistência à Saúde

LUCILENE MARIA FLORÊNCIO DE QUEIROZ

Secretário-Adjunto de Gestão em Saúde

ANTONY ARAÚJO COUTO

Subsecretário de Planejamento em Saúde

CHRISTIANE BRAGA MARTINS DE BRITO (INTERINA)

Subsecretário de Atenção Integral à Saúde

RICARDO TAVARES MENDES

Subsecretário de Vigilância à Saúde

DIVINO VALERO MARTINS

Subsecretária de Gestão de Pessoas

SILENE QUITERIA ALMEIDA DIAS

Subsecretária de Infraestrutura em Saúde

WILSON BERNARDES ALVES

Subsecretário de Logística

MARIANA MENDES RODRIGUES

Subsecretária de Administração Geral

MARINA PEREZ PONTES

Controladoria Setorial da Saúde

MÁRCIO BRUNO CARNEIRO MONTEIRO

Fundo de Saúde do Distrito Federal

BEATRIS GAUTERIO DE LIMA

Fundação Hemocentro de Brasília

BARBARA DE JESUS SIMOES

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

MARCOS DE SOUSA FERREIRA

Presidente do Conselho de Saúde do Distrito Federal

JEOVÂNIA RODRIGUES SILVA

Subsecretário de Planejamento em Saúde - SUPLANS

Christiane Braga Martins de Brito (Interina)

Coordenador de Planejamento, Orçamento e Desenvolvimento Institucional

Diretora de Planejamento e Orçamento - DIPLAN/COPLAN/SUPLANS/SES-DF

Christiane Braga Martins de Brito

Equipe Organizadora e Elaboradora

Gerência de Planejamento e Programação em Saúde

GEPLAN/DIPLAN/COPLAN/SUPLANS/SES-DF

Cinthy Rodrigues Ferreira

Marcia Cardoso Teixeira Sinésio

Viviane Cristina de Lima Gusmão

Paulyane de Paula Carvalhaes Ribeiro - Gerente

Colaboração

Camila Carloni Gaspar

Cláudia Daniela Simioli

Daniela Silva Miranda

Renata Pereira de Carvalho

Revisão

Christiane Braga Martins de Brito

Cinthy Rodrigues Ferreira

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|-----|
| Figura 1 – Mapa das Regiões de Saúde do Distrito Federal contendo as Regiões Administrativas (*)..... | 31 |
| Figura 2- Determinantes Sociais: Modelo de Dahlgren e Whitehead..... | 43 |
| Figura 3- Áreas Rurais do DF da EMATER..... | 139 |
| Figura 4- Mapa de distribuição das Unidades Básicas de Saúde no Distrito Federal | 160 |
| Figura 5- Estruturação do Planejamento em Saúde das Regiões | 199 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Gráfico 1- Número de nascidos vivos de residentes no Distrito Federal, 1994 a 2018. | 53 |
| Gráfico 2- Taxa de natalidade e fecundidade no Distrito Federal, 2000 a 2016. | 54 |
| Gráfico 3- Número de nascidos vivos por região de saúde de residência da mãe 2014 a 2018. | 55 |
| Gráfico 4- Número de Nascidos Vivos por Região Administrativa de Residência da Mãe 2014 a 2018. Fonte: SINASC/SES-DF competência setembro de 2019, dados atualizados em 09/09/2019, via Sala de Situação da SES-DF. | 55 |
| Gráfico 5- Número de Nascidos Vivos por RA em 2018. | 57 |
| Gráfico 6 - Número de consultas de pré-natal no Distrito Federal no período de 2000 a 2017. | 59 |
| Gráfico 7- Número de partos realizados no DF, por tipo, no período de 2000 a 2017. | 60 |
| Gráfico 8 - Percentual do tipo de parto e idade da mãe no ano de 2018. | 60 |
| Gráfico 9 - Percentual do tipo de parto e anos de estudo da mãe no ano de 2018. | 61 |
| Gráfico 10- Percentual do número de nascidos vivos e tempo de gestação, 2000 a 2017. . | 62 |
| Gráfico 11- Percentual de adultos (≥ 18 anos) fumantes, por sexo, no Distrito Federal entre os anos de 2006 e 2018. Fonte: Sistema Vigitel: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. | 67 |
| Gráfico 12 – Porcentagem de adultos com excesso de peso por sexo, no Distrito Federal entre os anos de 2006 e 2018. | 68 |
| Gráfico 13 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) com obesidade ($IMC \geq 30$ kg/m ²), por sexo, no Distrito Federal, entre os anos de entre os anos de 2006 e 2018. | 69 |
| Gráfico 14 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) com diagnóstico prévio de hipertensão por sexo no DF, entre os anos de 2006 e 2018. | 70 |
| Gráfico 15 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) com diagnóstico prévio de diabetes por sexo no DF, 2006 a 2018. | 71 |
| Gráfico 16 - Diagnóstico de base dos pacientes em diálise, em percentual, 2015 a 2018 .. | 72 |
| Gráfico 17- Total estimado de pacientes em tratamento dialítico por ano, entre os anos 2000 a 2018. | 73 |
| Gráfico 18- Taxa de prevalência estimada de pacientes em diálise no Brasil, 2012 a 2018. | 74 |
| Gráfico 19 - Taxa de prevalência estimada de pacientes em diálise por Região – Brasil, 2015 a 2018. | 74 |
| Gráfico 20 - Distribuição percentual de pacientes em diálise conforme a faixa etária (anos). | 75 |
| Gráfico 21- Porcentagem de pacientes em diálise conforme a fonte pagadora, entre os anos de 2015 e 2018. | 76 |
| Gráfico 22 - Taxa de mortalidade anual de pacientes em diálise, 2015 a 2018. | 76 |
| Gráfico 23- Número de AIH por Capítulos do CID-10, 2010. | 77 |
| Gráfico 24 - Quantidade de óbitos por Capítulo CID-10 de residentes do DF, 2018. | 79 |
| Gráfico 25 - Percentual de mulheres (50 a 69 anos de idade) que realizaram mamografia nos últimos dois anos, no DF, 2007 a 2018. | 82 |
| Gráfico 26 - Percentual de mulheres (25 a 64 anos de idade) que realizaram exame de citologia oncológica para câncer de colo do útero nos últimos três anos, no DF, 2007 a 2017. | 84 |
| Gráfico 27 - Número de notificações de casos prováveis no Distrito Federal, 2007† a 2019* | 86 |
| Gráfico 28- Número de casos prováveis de dengue segundo a faixa etária, 2014 a 2017. . | 88 |
| Gráfico 29 - Número de notificações de casos notificados de tuberculose no Distrito Federal, 2006 a 2018. | 89 |
| Gráfico 30 - Coeficiente de incidência de tuberculose por região de saúde, em 2017. | 89 |

| | |
|--|-----|
| Gráfico 31- Distribuição de frequência dos casos novos diagnosticados tuberculose segundo sexo e ano. Distrito Federal, 2009 a 2018. | 90 |
| Gráfico 32- Distribuição de frequência dos casos novos diagnosticados tuberculose segundo faixa etária. Distrito Federal, 2018. | 91 |
| Gráfico 33 - Taxa de detecção de hanseníase no Brasil, 2008 a 2016. | 92 |
| Gráfico 34- Taxa de prevalência anual de hanseníase por 100.000 habitantes. Distrito Federal, 2008 a 2018. | 93 |
| Gráfico 35- Distribuição anual de casos novos de hanseníase por Região Administrativa. Distrito Federal, 2018. | 93 |
| Gráfico 36- Proporção de casos de hanseníase por gênero no Distrito Federal, 2008 a 2018. | 94 |
| Gráfico 37- Proporção de casos de hanseníase pela classificação operacional, 2008 a 2018. Fonte: DIVEP/SVS/SESDF. Informativo Epidemiológico Ano 14, nº 1. Agosto 2019. DIVEP/SVS/SESDF. Relatório de avaliação das ações de controle da hanseníase no Distrito Federal. Maio, 2018. | 95 |
| Gráfico 38 - Proporção de casos novos avaliados de hanseníase quanto ao grau de incapacidade física, 2008 a 2018. | 96 |
| Gráfico 39 - Proporção de cura de hanseníase no Distrito Federal, 2008 a 2018. | 97 |
| Gráfico 40 - Proporção de abandono de casos novos de hanseníase no Distrito Federal, 2008 a 2018. | 97 |
| Gráfico 41- Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase no Distrito Federal, 2008 a 2018. | 98 |
| Gráfico 42- Proporção de casos de recidivas entre os casos notificados no Distrito Federal, 2008 a 2018. | 99 |
| Gráfico 43 - Casos de HIV notificados (número absoluto, coeficiente de detecção por 100.000 habitantes), segundo ano de diagnóstico e sexo. Distrito Federal, 2011 a 2017. . | 100 |
| Gráfico 44 - Casos de AIDS notificados (número absoluto, coeficiente de detecção por 100.000 habitantes e razão de sexos), segundo ano de diagnóstico e sexo. Distrito Federal, 2011 a 2017. | 101 |
| Gráfico 45- Casos de HIV notificados (número absoluto, coeficiente de detecção por 100.000 habitantes e razão de sexos), segundo ano de diagnóstico e sexo. Distrito Federal, 2011 a 2017. | 101 |
| Gráfico 46 - Casos de AIDS notificados (número absoluto, coeficiente de detecção por 100.000 habitantes e razão de sexos), segundo ano de diagnóstico e sexo. Distrito Federal, 2011 a 2017. | 102 |
| Gráfico 47- Casos de HIV, segundo faixa etária. Distrito Federal, 2009 a 2017. | 103 |
| Gráfico 48 - Casos de AIDS, segundo faixa etária. Distrito Federal, 2009 a 2017. | 103 |
| Gráfico 49- Evolução dos casos de HIV relacionados à categoria de exposição. DF, 2009 a 2018. | 104 |
| Gráfico 50 - Número de casos de AIDS segundo categoria de exposição no Distrito Federal, 2009 a 2018. | 105 |
| Gráfico 51- Número de óbitos por AIDS por sexo no Distrito Federal, 2009 a 2017. | 108 |
| Gráfico 52- Proporção de casos de HIV notificados por faixa etária no DF, 2012 a 2017. | 109 |
| Gráfico 53- Proporção de casos de HIV notificados por raça/cor no DF, 2012 a 2017. | 109 |
| Gráfico 54- Proporção de casos de HIV notificados por escolaridade no DF, 2012 a 2017. | 110 |
| Gráfico 55- Proporção de casos de HIV notificados pelo momento do diagnóstico no DF, 2012 a 2017. | 111 |
| Gráfico 56- Proporção de casos de HIV notificados segundo realização de pré-natal no DF, 2012 a 2017. | 111 |

| | |
|--|-----|
| Gráfico 57- Proporção de casos de HIV notificados segundo utilização de TARV pela gestante no DF, 2012 a 2017..... | 112 |
| Gráfico 58- Proporção de casos de HIV notificados segundo utilização profilaxia no momento do parto no DF, 2012 a 2017..... | 113 |
| Gráfico 59- Proporção de casos de HIV notificados segundo tipo de parto no DF, 2012 a 2017. | 113 |
| Gráfico 60- Proporção de gestante infectadas pelo HIV, segundo evolução da gravidez, por ano do parto no DF, 2012 a 2017. | 114 |
| Gráfico 61- Crianças com AIDS (número e coeficiente de incidência por 1.000 nascidos vivos), por ano de diagnóstico no DF, 2012 a 2017. | 115 |
| Gráfico 62 - Número de notificações de casos confirmados e coeficiente de incidência de sífilis no DF, 2000 a 2017. | 116 |
| Gráfico 63- Número de casos de sífilis notificados por região de saúde – residentes no DF, 2014 a 2018..... | 117 |
| Gráfico 64- Evolução do número de notificação de casos de sífilis – residentes no DF, 2007 a 2018. | 118 |
| Gráfico 65- Evolução de notificação de casos novos de sífilis por sexo, residentes no DF, 2007 a 2018..... | 119 |
| Gráfico 66- Distribuição dos casos novos de sífilis por faixa etária, residentes no DF, 2007 a 2018. | 119 |
| Gráfico 67– Mortalidade geral no Distrito Federal entre os anos de 2010 a 2018. Mortalidade geral no Distrito Federal entre os anos de 2010 a 2018..... | 126 |
| Gráfico 68- Evolução da proporção de óbitos por sexo no Distrito Federal entre os anos de 2009 a 2018..... | 126 |
| Gráfico 69 - Proporção de óbitos por sexo nas Regiões de Saúde do Distrito Federal em 2018. | 127 |
| Gráfico 70 – Proporção de óbito por faixa etária nos anos de 2007, 2012 e 2017 no Distrito Federal. | 128 |
| Gráfico 71- Principais causas de mortalidade geral por capítulo da CID-10 entre os anos 2010 e 2018..... | 129 |
| Gráfico 72- Principais causas de mortalidade geral na Região Central por capítulo da CID-10 entre os anos 2010 e 2018. | 130 |
| Gráfico 73- Principais causas de mortalidade geral na Região Centro-Sul por capítulo da CID-10 entre os anos 2010 e 2018. | 130 |
| Gráfico 74 - Principais causas de mortalidade geral na Região Norte por capítulo da CID-10 entre os anos 2010 e 2018. | 131 |
| Gráfico 75- Principais causas de mortalidade geral na Região Sul por capítulo da CID-10 entre os anos 2010 e 2018. | 131 |
| Gráfico 76- Principais causas de mortalidade geral na Região Leste por capítulo da CID-10 entre os anos 2010 e 2018. | 132 |
| Gráfico 77- Principais causas de mortalidade geral na Região Oeste por capítulo da CID-10 entre os anos 2010 e 2018. | 132 |
| Gráfico 78- Principais causas de mortalidade geral na Região Sudoeste por capítulo da CID-10 entre os anos 2010 e 2018. | 133 |
| Gráfico 79- Principais causas de mortalidade geral sem informação da Região de Saúde por capítulo da CID-10 entre os anos 2010 e 2018..... | 133 |
| Gráfico 80- Percentual de municípios com ações no Sisagua, Brasil, 2007 a 2017. | 135 |
| Gráfico 81- Percentual de municípios por região com ações no Siságua, Brasil, 2016. | 135 |
| Gráfico 82- Percentual de estados com ações no Siságua, Brasil, 2016..... | 136 |
| Gráfico 83- Quantitativo de agrotóxicos e afins comercializados, por unidade federada, Brasil, 2017..... | 137 |

| | |
|---|-----|
| Gráfico 84 - Número de Notificações por agrotóxico no DF, 2000 a 2017..... | 138 |
| Gráfico 85 - Composição do Orçamento da SES-DF, 2018. | 221 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|-----|
| Quadro 1 – Distribuição das Regiões Administrativas nas sete Regiões de Saúde conforme Decretos nº 37.057/2016 e 38.982/2018..... | 30 |
| Quadro 2 - Número de PAVS por Regiões de Saúde..... | 124 |
| Quadro 3 - Componentes e Pontos de Atenção da RAPS. | 172 |
| Quadro 4 - Localização dos Serviços de patologia clínica na Rede do DF..... | 192 |
| Quadro 5 - Localização dos Serviços de Radiologia. | 193 |
| Quadro 6 - Localização dos Serviços de Anatomia Patológica..... | 193 |
| Quadro 7 - Serviços de apoio diagnóstico disponíveis por Região de Saúde, URD e unidades contratadas..... | 194 |
| Quadro 8 - Quarta Batalha: Ser referência no combate à corrupção e na promoção da integridade pública..... | 207 |
| Quadro 9 - Quinta Batalha: Fortalecer a coordenação de ações de governo de forma eficaz, responsável, transparente e inclusiva. | 207 |
| Quadro 10 - Normativas da elaboração do orçamento público..... | 221 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Demonstrativo da população do DF com as Regiões de Saúde e Regiões Administrativas no ano de 2018. Brasília (DF), 2019. | 33 |
| Tabela 2 – Distribuição da população por sexo, Região Administrativa e Região de Saúde em 2018. Brasília (DF), 2019. | 34 |
| Tabela 3 - Distribuição da população do Distrito Federal por Região de Saúde e faixa etária em 2018. Brasília (DF), 2019. | 35 |
| Tabela 4 – Distribuição da população total por raça/cor da pele em 2018*. Brasília (DF), 2019. | 35 |
| Tabela 5 – Percentual de pessoas com dificuldade em enxergar, ouvir, locomover-se e deficiência mental ou intelectual permanente no Distrito Federal em 2018. Brasília (DF), 2019. | 36 |
| Tabela 6 - Municípios que compõem a RIDE conforme Lei Complementar nº163 de 14/06/2018, População do censo de 2010 e estimativa para 2018. | 37 |
| Tabela 7 - População da RIDE no censo de 2010 pelo IBGE. | 38 |
| Tabela 8 - Distribuição da população da RIDE por faixa etária. | 39 |
| Tabela 9 - Distribuição da população dos municípios da RIDE em zonas urbana e rural. | 40 |
| Tabela 10 - População da RIDE, segundo IBGE censo de 2010. | 41 |
| Tabela 11 - Escolaridade das pessoas com 25 anos ou mais de idade no Distrito Federal em 2018*. Brasília (DF), 2019. | 44 |
| Tabela 12 – Pessoas entre 18 e 29 anos que não trabalham nem estudam no Distrito Federal em 2018. Brasília (DF), 2019. | 44 |
| Tabela 13 – Participação das pessoas em idade ativa (14 anos ou mais de idade) no Distrito Federal em 2018. Brasília (DF), 2019. | 45 |
| Tabela 14 – Distribuição dos principais locais em que as pessoas exerciam seu trabalho principal no Distrito Federal em 2018. Brasília (DF), 2019. | 45 |
| Tabela 15 – Principal setor de atividades das pessoas ocupadas no Distrito Federal em 2018. Brasília (DF), 2019. | 45 |
| Tabela 16 - Média mensal de renda domiciliar e média mensal de renda per capita por RA. | 46 |
| Tabela 17 – Rendimento bruto do trabalho principal por faixas de salário mínimo no Distrito Federal* em 2018. Brasília (DF), 2019. | 47 |
| Tabela 18 – Distribuição dos domicílios ocupados segundo a regularização do lote no Distrito Federal* em 2018. Brasília (DF), 2019. | 48 |
| Tabela 19 – Distribuição dos domicílios ocupados segundo a espécie no Distrito Federal* em 2018. Brasília (DF), 2019. | 48 |
| Tabela 20 – Distribuição dos domicílios ocupados segundo a regularização do lote no Distrito Federal* em 2018. Brasília (DF), 2019. | 48 |
| Tabela 21 – Coleta do lixo domiciliar no Distrito Federal em 2018. Brasília (DF), 2019. | 49 |
| Tabela 22 – Abastecimento de água do domicílio no Distrito Federal* em 2018. Brasília (DF), 2019. | 49 |
| Tabela 23 – Esgotamento sanitário dos domicílios no Distrito Federal* em 2018. Brasília (DF), 2019. | 49 |
| Tabela 24 – Abastecimento de energia elétrica dos domicílios no Distrito Federal* em 2018. Brasília (DF), 2019. | 49 |
| Tabela 25 – Infraestrutura urbana nas proximidades dos domicílios do Distrito Federal em 2018, Brasília (DF), 2019. | 50 |

| | |
|---|-----|
| Tabela 26 – Principal meio de transporte para ir à escola/curso no Distrito Federal* em 2018. Brasília (DF), 2019..... | 50 |
| Tabela 27 – Meios de deslocamento até o trabalho principal no Distrito Federal* em 2018. Brasília (DF), 2019..... | 51 |
| Tabela 28 – Tempo de deslocamento até o trabalho principal no Distrito Federal* em 2018. Brasília (DF), 2019..... | 51 |
| Tabela 29 – Segurança nas proximidades do domicílio no Distrito Federal* em 2018. Brasília (DF), 2019. | 51 |
| Tabela 30 – Inventário dos bens duráveis dos domicílios do Distrito Federal* em 2018 Brasília (DF), 2019. | 52 |
| Tabela 31 – Modalidades de acesso à internet nos domicílios no Distrito Federal* em 2018, Brasília (DF), 2019..... | 52 |
| Tabela 32 - Número de nascidos vivos, taxa de natalidade e taxa de fecundidade no Distrito Federal, 2000 a 2016..... | 54 |
| Tabela 33 - Número de nascidos vivos por Região Administrativa de residência da mãe, 2014 a 2018. | 56 |
| Tabela 34 - Taxa de Natalidade por região administrativa e região de saúde, 2018. | 58 |
| Tabela 35 - Principais causas de internação no DF, por capítulo CID-10, no período de 2014 a 2018. | 63 |
| Tabela 36 - Principais causas de internação nas Regiões de Saúde, por capítulo CID-10, no período de 2014 a 2018..... | 64 |
| Tabela 37 - Quantidade e percentual de diárias de permanência por estabelecimento de saúde, 2014 a 2018. | 65 |
| Tabela 38 - Principais cinco causas de internação hospitalar relacionadas às Doenças do Aparelho Circulatório (Cap. IX), por CID-10 por faixa etária no Distrito Federal em 2018. ... | 78 |
| Tabela 39 - Principais cinco causas de internação hospitalar relacionadas às Doenças do Aparelho Respiratório (Cap. X), por CID-10 por faixa etária no Distrito Federal em 2018. ... | 80 |
| Tabela 40 - Número de casos de dengue por Regiões Administrativas do Distrito Federal, 2014 a 2018. | 87 |
| Tabela 41 - Casos de HIV segundo a categoria de exposição no Distrito Federal, 2009 a 2018. | 104 |
| Tabela 42 - Casos de HIV notificados (número e coeficiente de detecção por 100.000 hab.), segundo localidade de residência, por ano de diagnóstico. Distrito Federal, 2012 a 2017. | 106 |
| Tabela 43 - Casos de AIDS notificados (número e coeficiente de detecção por 100.000 hab.), segundo localidade de residência, por ano de diagnóstico. Distrito Federal, 2012 a 2017. | 107 |
| Tabela 44 - Número de casos de sífilis notificados por Região de Saúde – residentes no DF, 2014 a 2018..... | 117 |
| Tabela 45 - Distribuição das notificações por localidade de residência da pessoa que sofreu a violência e ano de ocorrência da situação no DF, 2013 a 2018. | 122 |
| Tabela 46 – Número de óbitos por Região de Saúde do Distrito Federal entre os anos de 2014 e 2018. | 128 |
| Tabela 47 - Número de Notificações por intoxicações por agrotóxicos agrícolas e de saúde pública no DF, 2008 a 2018..... | 140 |
| Tabela 48 - Frequência da notificação por intoxicação por agrotóxicos, por faixa etária no DF, 2008 a 2018..... | 141 |
| Tabela 49 - Frequência das notificações de intoxicação por agrotóxicos, por sexo e ano no DF, 2008 a 2018..... | 141 |
| Tabela 50 - Notificação por intoxicação por agrotóxicos, por raça no DF, 2008 a 2018. | 142 |
| Tabela 51 - Frequência das notificações de intoxicação por agrotóxicos, por ocupação no DF, 2008 a 2018..... | 142 |

| | |
|---|-----|
| Tabela 52 - Frequência da notificação de intoxicações por agrotóxicos, segundo circunstância de exposição, por ano no DF, 2008 a 2018. | 143 |
| Tabela 53 - Frequência da notificação por intoxicação por agrotóxicos, por ano e por tipo de exposição no DF, 2008 a 2018. | 144 |
| Tabela 54 - Frequência da notificação por intoxicação por agrotóxicos, por ano, segundo tipo de atendimento no DF, 2008 a 2018. | 144 |
| Tabela 55 - Frequência da notificação por intoxicação por agrotóxicos, por ano e por evolução no DF, 2008 a 2018. | 145 |
| Tabela 56 - Unidades Socioeducativas de Internação, Internação Provisória e Semiliberdade do DF/referências na Atenção Primária à Saúde. | 152 |
| Tabela 57 - Localização das unidades básicas de saúde prisional. | 154 |
| Tabela 58 – Número de Unidades Básicas de Saúde por Região de Saúde. | 159 |
| Tabela 59 - Serviços da Rede Cegonha por Região de Saúde, 2018. | 165 |
| Tabela 60 - Número de Leitos gineco-obstétricos e pediátricos, por Região de Saúde e Unidade de Referência Distrital, na Rede Cegonha, 2019. | 165 |
| Tabela 61 – Número de Leitos de UTI/UCIN, no CNES, por Região de Saúde e URD, DF, 2019. | 166 |
| Tabela 62 - Estrutura Rede de Urgência e Emergência por Região de Saúde, 2019. | 168 |
| Tabela 63 - Serviços da Rede de Atenção Psicossocial por Região de Saúde, 2018. | 172 |
| Tabela 64 - Relação dos Hospitais Gerais com Ambulatórios de Psiquiatria e/ou Psicologia por Região de Saúde. | 173 |
| Tabela 65 - Distribuição de Leitos Habilitados em Saúde Mental, por Serviços Hospitalares, no DF, 2017. | 175 |
| Tabela 66 - Unidades que dispensaram Medicamentos para a Saúde Mental, por Região Administrativa, 2017. | 176 |
| Tabela 67 - Serviços da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência por Região de Saúde, 2019. | 179 |
| Tabela 68 – Coberturas vacinais do calendário infantil para criança menores de dois anos por Região de Saúde do Distrito Federal, dados acumulados de janeiro a agosto de 2019. Distrito Federal, 2019. | 185 |
| Tabela 70 - Número de manifestações nos sistemas de ouvidoria no Distrito Federal, 2016 a 2018. | 208 |
| Tabela 71 - Tipologia das manifestações de ouvidoria no Distrito Federal, 2016 a 2018. | 208 |
| Tabela 72 - Total de servidores da SES-DF, por tipos de vínculos, com e sem cargos comissionados nas atividades meio e atividades fins, existentes em dezembro de 2018. . | 212 |
| Tabela 73 - Total dos profissionais de saúde, período de jan-dez/2017, SES-DF, nº de admitidos, desligados, aposentados, percentual de variação, 2018. | 213 |
| Tabela 74 - Quantidade de servidores da SES-DF, lotados na Administração Central, segundo carreira/cargo, SES-DF, ano de 2017 e 2018, Variação. | 213 |
| Tabela 75 - Quantidade de servidores da SES-DF, lotados na Superintendência da Região de Saúde Centro-Norte, segundo carreira/cargo, SES-DF, ano de 2017 e 2018, Variação | 214 |
| Tabela 76 - Quantidade de servidores da SES-DF, lotados na Superintendência da Região de Saúde Centro-Norte, segundo carreira/cargo, SES-DF, ano de 2017 e 2018, | 214 |
| Tabela 77 - Quantidade de servidores da SES-DF, lotados na Superintendência da Região de Saúde Leste, segundo carreira/cargo, SES-DF, ano de 2017 e 2018, Variação | 214 |
| Tabela 78 - Quantidade de servidores da SES-DF, lotados na Superintendência da Região de Saúde Norte, segundo carreira/cargo, SES-DF, ano de 2017 e 2018, Variação | 215 |
| Tabela 80 - Quantidade de servidores da SES-DF, lotados na Superintendência da Região de Saúde Sudoeste, segundo carreira/cargo, SES-DF, ano de 2018. | 215 |
| Tabela 81 - Quantidade de servidores da SES-DF, lotados na Superintendência da Região de Saúde Sul, segundo carreira/cargo, SES-DF, ano de 2018. | 216 |

| | |
|--|-----|
| Tabela 82 - Quantidade de servidores da SES-DF, lotados no Hospital de Base do DF, segundo carreira/cargo, SES-DF, ano de 2018..... | 216 |
| Tabela 83 - Quantidade de servidores da SES-DF, lotados no Hospital de Apoio, segundo carreira/cargo, SES-DF, ano de 2018. | 216 |
| Tabela 84 - Quantidade de servidores da SES-DF, lotados no Hospital São Vicente de Paulo - HSVP, segundo carreira/cargo, SES-DF, ano de 2018..... | 217 |
| Tabela 85 - Número total de servidores nomeados, por carreira na SES, 2018..... | 217 |
| Tabela 86 - Número de vagas propostas por cargo/especialidade, por número de vagas, aprovados, nomeados e aguardando nomeação para os concursos no ano de 2018, SES-DF, 2018. | 218 |
| Tabela 87 - Origem dos recursos e descrição das despesas para Cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000, segundo valor acumulado, participação mínima (% e R\$), SES-DF, até dezembro de 2018. | 220 |

LISTA DE SIGLAS

| | |
|------------------------|---|
| AAH | Assessoria de Atenção Hospitalar |
| AAP | Assessoria de Atenção Primária |
| AASE | Atenção Ambulatorial Secundária |
| AB | Atenção Básica |
| ACS | Agentes Comunitários de Saúde |
| AD | Atenção Domiciliar |
| ADMC | Administração Central |
| AGL | Acordo de Gestão Local |
| AIDPI | Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância |
| AIDS | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| AIH | Autorização de Internação Hospitalar |
| AMAMA | Associação de Apoio a Portadoras do Câncer de Mama |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| ARAS | Assessoria de Redes de Atenção à Saúde |
| ARINS | Assessoria de Gestão Participativa e Relações Institucionais |
| ARP | Ata de Registro de Preços |
| ARV | Antirretrovirais |
| ASCCAN | Assessoria de Política de Prevenção e Controle do Câncer |
| AVE | Acidente Vascular Encefálica |
| BOT | Banco de Órgãos e Tecidos |
| CAESB | Companhia de Saneamento Ambiental do Distrito Federal |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CAPSI | Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil |
| CATES | Coordenação de Atenção Especializada à Saúde |
| CDS | Cirurgião Dentista |
| CEB | Companhia Energética de Brasília |
| CER | Centro Especializado em Reabilitação |
| CERAC | Central de Regulação Interestadual e de Alta Complexidade |
| CERTS | Central de Regulação do Transporte Sanitário |
| CET | Central Estadual de Transplantes |
| CGRSS | Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde da Superintendência da Região de Saúde Leste |
| CID | Código Internacional de Doenças |
| CIHDOTT | Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante |
| CMD | Conjunto Mínimo de Dados |
| CNDSS | Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde |
| CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde |
| COAPS | Coordenação de Atenção Primária a Saúde |
| COASIS | Coordenação de Atenção Secundária e Integração de Serviços |
| Codeplan | Companhia de Planejamento do Distrito Federal |
| CRDF | Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal |
| CRIE | Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais |
| CSDF | Conselho de Saúde do Distrito Federal |
| CTINF | Coordenação Especial de Tecnologia de Informação em Saúde |
| CTSPN | Comitê Técnico de Saúde da População Negra |
| Curva ABC e XYZ | Análise de Criticidade para Estoques de Materiais e Medicamentos |
| DAC | Doenças do Aparelho Circulatório |
| DACC | Diretoria de Acompanhamento de Contratos e Convênios |
| DAEAP | Diretoria de Áreas Estratégicas da Atenção Primária |

| | |
|----------------|--|
| DAR | Doenças do Aparelho Respiratório |
| DASIS | Diretoria de Atenção Secundária e Integração de Serviços |
| DCNI | Doenças de Notificação Compulsória Imediata |
| DCNT | Doenças Crônicas Não Transmissíveis |
| DESF | Diretoria da Estratégia Saúde da Família |
| DGIE | Diretoria de Gestão de Informações Estratégicas |
| DIASF | Diretoria de Assistência Farmacêutica |
| DICON | Diretoria de Contabilidade |
| DIENF | Diretoria de Enfermagem |
| DIOR | Diretoria de Análise e Execução Orçamentário |
| DIPLAN | Diretoria de Planejamento e Orçamento |
| DIPOP | Diretoria de Programação de Órteses e Próteses |
| DIPRO | Gerência de Vigilância das Doenças Transmissíveis |
| DIRAPS | Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde |
| DIRASE | Diretoria Regional de Atenção Secundária |
| DIRFI | Diretoria Financeira |
| DIRORGS | Diretoria de Organização de Serviços de Atenção Primária |
| DISAT | Diretoria de Saúde do Trabalhador |
| DISSAM | Diretoria de Serviços de Saúde Mental |
| DIVEP | Diretoria de Vigilância Epidemiológica |
| DIVISA | Diretoria de Vigilância Sanitária |
| DPAT | Diretoria de Patrimônio |
| DRP | Diagnóstico Rural Participativo |
| DRT | Doença Renal Crônica Terminal |
| DSINT | Diretoria de Serviços de Internação |
| DSS | Determinantes Sociais da Saúde |
| DUAEC | Diretoria de Serviços de Urgências, Apoio Diagnóstico e Cirurgias |
| EAPSUS | Escola de Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde |
| EP | Emendas Parlamentares |
| EPE | Emendas Parlamentares Especiais |
| EPI | Emenda Parlamentar Individual |
| eSB | Equipe de Saúde Bucal |
| ESCS | Escola Superior de Ciências da Saúde |
| eSF | Equipe de Saúde da Família |
| ETESB | Escola Técnica de Saúde de Brasília |
| FEPECS | Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde |
| FHB | Fundação Hemocentro de Brasília |
| FIOCRUZ | Fundação Oswaldo Cruz |
| FSDF | Fundo de Saúde do Distrito Federal |
| GACIR | Gerência de Assistência Cirúrgica |
| GAE | Guia de Atendimento |
| GAF AE | Gerência de Assistência Farmacêutica Especializada |
| GAL | Gerenciamento de Laboratório do LACEN |
| GASF | Gerência de Apoio à Saúde da Família |
| GASPVP | Gerência de Atenção à Saúde de Populações em Situação Vulnerável e Programas Especiais |
| GCBAF | Gerência de Assistência Farmacêutica Especializada |
| GCR | Gerência de Contratualização Regionalizada |
| GEC | Gerência de Custos Regionais |
| GEDAT | Gerência de Dimensionamento e Avaliação do Trabalho |
| GEDIAG | Gerência de Serviços de Apoio Diagnóstico |
| GENASAM | Gerência de Normalização e Apoio em Saúde Mental |
| GENSAP | Gerência de Normalização de Serviços de Atenção Primária |
| GEO | Gerência de Serviços de Odontologia |
| GEQUALI | Gerência de Qualidade na Atenção Primária |

| | |
|------------------|--|
| GERPIS | Gerência de Práticas Integrativas em Saúde |
| GES | Gerência de Educação em Saúde |
| GESAD | Gerência de Serviços de Atenção Domiciliar |
| GESAMB | Gerência de Serviços Ambulatoriais |
| GESFAM | Gerência da Estratégia Saúde da Família |
| GESINT | Gerência de Serviços de Internação |
| GESNUT | Gerência de Nutrição |
| GESSF | Gerência de Serviços de Saúde Funcional |
| GESTI | Gerência de Serviços de Terapia Intensiva |
| GEVAC | Gerência de Vigilância Ambiental de Vetores e Animais Peçonhentos e Ações de Campo |
| GEVIST | Gerência de Vigilância de Infecções Sexualmente Transmissíveis |
| GEVITHA | Gerência de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis e de Transmissão Hídrica e Alimentar |
| GO | Goiás |
| GSAP | Gerências de Serviços de Atenção Primária |
| GSS | Gerência de Serviço Social |
| GVDT | Gerência de Vigilância das Doenças Transmissíveis |
| HBDF | Hospital de Base do Distrito Federal |
| HCB | Hospital da Criança de Brasília |
| HDL | Lipoproteína de Alta Densidade |
| HIV | Vírus da Imunodeficiência Humana |
| HMIB | Hospital materno Infantil de Brasília |
| HRAN | Hospital Regional da Asa Norte |
| HRBZ | Hospital Regional de Brazlândia |
| HRC | Hospital Regional de Ceilândia |
| HRL | Hospital Região Leste |
| HRSAM | Hospital Regional de Samambaia |
| HRSM | Hospital Regional de Santa Maria |
| HRT | Hospital Regional de Taguatinga |
| HSVP | Hospital São Vicente de Paulo |
| HTLV | Vírus T-Linfotrópico Humano |
| HUB | Hospital da Universidade de Brasília |
| IAM | Infarto Agudo do Miocárdio |
| IBAMA | Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IDH | Índice de Desenvolvimento Humano |
| IDHM | Índice de Desenvolvimento Humano Municipal |
| IEC | Instituições de Ensino Conveniadas |
| IGESDF | Instituto de Gestão Estratégica do Distrito Federal |
| IHAC | Iniciativa Hospital Amigo da Criança |
| IHB | Instituto Hospital de Base |
| IHBDF | Instituto Hospital de Base do Distrito Federal |
| IMC | Índice de Massa Corporal |
| IMV | Incidentes com Múltiplas Vítimas |
| ISSN | Número Internacional Normalizado para Publicações Seriadas |
| IST | Infecções Sexualmente Transmissíveis |
| LGBTI+ | Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Intersexuais e outras identidades de gênero e sexualidade não contempladas |
| LIRAA | Levantamentos Rápidos de Índice para Aedes aegypti |
| LOA | Lei Orçamentária Anual |
| M. leprae | Mycobacterium Leprae |
| MAC | Média e Alta Complexidade |
| MIF | Mulheres em Idade Fértil |

| | |
|------------------|--|
| MS | Ministério da Saúde |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| NCAIS | Núcleo de Captação e Análise de Informações do SUS |
| NEPAV | Núcleo de Estudos, Prevenção e Atenção às Violências |
| NEPS | Núcleo de Educação Permanente em Saúde |
| NGC | Núcleo de Gestão de Custos |
| NGINT | Núcleo de Gestão de Internação |
| NMOBS | Núcleo de Mobilização Social |
| NOPO | Núcleo de Organização de Procura de Órgãos |
| NOBOT | Núcleo de Distribuição de Órgãos e Tecidos |
| NPT | Nutrição Parenteral Total |
| NQSP | Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente |
| NSHMT | Núcleo de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho |
| NTINF | Núcleo de Tecnologia da Informação |
| NUPAC | Núcleos de Patologia Clínica |
| OCA | Orçamento da Criança e do Adolescente |
| ODM | Objetivos de Desenvolvimento do Milênio |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| ONG | Organização Não Governamental |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| OPM | Órtese, prótese e meios auxiliares de locomoção |
| OPME | Órteses, Próteses e Materiais. Especiais |
| p.m.p | Pessoas por Milhão de População |
| PAS | Programação Anual de Saúde |
| PAV | Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência |
| PCD | Pessoa com Deficiência |
| PCDT | Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas PCDT |
| PCN | Plano de Continuidade de Negócios |
| PDAD | Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios |
| PDPAS | Programa de Descentralização Progressiva |
| PDPIS | Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde |
| PDS | Plano Distrital de Saúde |
| PGRSS | Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde |
| PIC | Programa de Iniciação Científica |
| PIGL | Programa de Interrupção Gestacional Previsto em Lei |
| PIS | Práticas Integrativas em Saúde PIS |
| PNAD | Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua |
| PNAISARI | Política de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória |
| PNAISP | Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas Privadas de Liberdade |
| PNEPS | Política Nacional de Educação Permanente em Saúde |
| PNOSP | Política Nacional de Atenção Hospitalar |
| PNPS | Política Nacional de Promoção à Saúde |
| PNUD | Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento |
| POSIC | Política de Segurança da Informação e Comunicação |
| PPA | Plano Plurianual |
| PPL | População Privada de Liberdade |
| PSE | Programa Saúde na Escola |
| PT | Programas de Trabalho |
| QDD | Quadro de Detalhamento de Despesa |
| QualisAPS | Qualificação da Gestão e da Atenção Primária à Saúde |
| RA | Região Administrativa |
| RAPS | Rede de Atenção Psicossocial |
| RAS | Redes de Atenção à Saúde |
| REME | Relação de Medicamentos Padronizados na SES |

| | |
|------------------|--|
| RIDE | Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno |
| RN | Recém-Nascido |
| RTD | Responsável Técnico Distrital |
| RUE | Rede de Urgência e Emergência |
| S A | Sífilis Adquirida |
| SAIS | Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde |
| SAMU | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência |
| SBN | Sociedade Brasileira de Nefrologia |
| SC | Sífilis Congênita |
| SCIA | Setor Complementar de Indústria e Abastecimento |
| SCNES | Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde |
| SES | Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal |
| SESPLAN | Sistema Estratégico de Planejamento |
| SG | Sífilis Gestacional |
| SIA | Setor de Indústria e Abastecimento |
| SIGECH | Sistema de Gestão de Credenciamento e Habilitação |
| SIM | Sistema de Informações sobre Mortalidade |
| SINAN | Sistema de Informação de Agravos de Notificação |
| SINASC | Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos |
| SINFRA | Subsecretaria de Infraestrutura em Saúde |
| SIPNI | Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização |
| SISAB | Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica |
| SISCAN | Sistema de Informação do Câncer |
| SISLEITOS | Sistema de Gestão de Leitos |
| SISREG | Sistema de Regulação |
| SISSaúde | Sistema Integrado de Saúde |
| SM | Salários Mínimos |
| SRPA | Sala de Recuperação Pós Anestésica |
| SRS | Superintendências das Regiões de Saúde |
| SRT's | Residências Terapêuticas |
| SUAG | Subsecretaria de Administração Geral |
| SULOG | Subsecretaria de Logística em Saúde |
| SUPLANS | Subsecretário de Planejamento em Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| SVS | Subsecretaria de Vigilância à Saúde |
| TARV | Terapia Antirretroviral Combinada |
| TB | Tuberculose |
| THD | Técnico de Higiene Dental |
| TI | Tecnologia de Informação |
| TIC | Tecnologia da Informação e Comunicação |
| UAI | Unidade de Atendimento Inicial |
| UAMA | Unidades de Atendimento em Meio Aberto |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UCIN | Unidade de Cuidados Intermediários |
| UPA | Unidades Pronto Atendimento |
| URD | Unidades de Referência Distrital |
| USA | Unidade de Suporte Avançado |
| USB | Unidade de Suporte Básico |
| USTRAC | Unidade Setorial de Transparência e Controle Social |
| UTI | Unidade de Terapia Intensiva |
| VIGIAGUA | Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano |
| VIGITEL | Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico |
| VISPEA | Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos |

VS
VSA
VSPA

Vigilância em Saúde
Vigilância em Saúde Ambiental
Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos

SUMÁRIO

| | |
|---|------------|
| APRESENTAÇÃO..... | 23 |
| CAPÍTULO I..... | 27 |
| ANÁLISE SITUACIONAL..... | 27 |
| I – SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO | 28 |
| 1.1 Panorama Demográfico | 28 |
| 1.2 Determinantes Sociais do Processo Saúde Doença..... | 42 |
| 1.2.1 Escolaridade..... | 43 |
| 1.2.2 Trabalho e rendimento..... | 44 |
| 1.2.3 Índice de Desenvolvimento Humano – IDH | 47 |
| 1.2.4 Caracterização dos domicílios | 48 |
| 1.2.5 Infraestrutura domiciliar..... | 48 |
| 1.2.6 Infraestrutura urbana nas proximidades dos domicílios | 50 |
| 1.2.7 Serviços domiciliares e inventário de bens duráveis..... | 51 |
| 1.3 Perfil Epidemiológico..... | 52 |
| 1.3.1 Natalidade..... | 52 |
| 1.3.2 Morbidade..... | 62 |
| 1.3.2.1 Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT..... | 65 |
| 1.3.2.2 Doenças Transmissíveis | 85 |
| 1.3.2.3 Violência | 120 |
| 1.3.3 Mortalidade | 125 |
| 1.4 Determinantes e fatores de risco ambientais..... | 134 |
| 1.4.1 Qualidade da água para consumo humano | 134 |
| 1.4.2 Agrotóxicos..... | 136 |
| 1.5 Situação de Saúde de Grupos Populacionais Específicos e Vulneráveis... 145 | |
| 1.5.1 População Indígena | 146 |
| 1.5.2 População de LGBTI+ | 147 |
| 1.5.3 População Negra | 147 |
| 1.5.4 Populações do Campo | 148 |
| 1.5.5 População em Situação de Rua..... | 148 |
| 1.5.6 População Cigana | 149 |
| 1.5.7 Pessoa Privada de liberdade do Sistema Socioeducativa: adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas | 150 |
| 1.5.7 Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional | 153 |
| 1.5.8 Programa Bolsa Família | 155 |

| | |
|--|------------|
| CAPÍTULO II | 157 |
| ESTRUTURA, ORGANIZAÇÃO E “VISÃO” DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE | 157 |
| 2.1 Atenção Primária à Saúde | 158 |
| 2.2 Atenção Especializada..... | 161 |
| 2.3 Redes de Atenção à Saúde..... | 163 |
| 2.3.1 Rede de Atenção Materno Infantil – Rede Cegonha | 164 |
| 2.3.2 Rede de Atenção às Urgências e Emergências | 167 |
| 2.3.3 Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas..... | 169 |
| 2.3.4 Rede de Atenção Psicossocial | 171 |
| 2.3.5 Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência | 176 |
| 2.4 Integração Atenção Primária à Saúde (APS) e Vigilância em Saúde (VS)... | 181 |
| 2.4.1 Imunização | 183 |
| 2.4.2 Importância da Notificação das Doenças de Notificação Compulsória pela Atenção Primária em Saúde | 186 |
| 2.5 Assistência Farmacêutica | 188 |
| 2.6 Apoio Diagnóstico e Terapêutico..... | 191 |
| 2.7 Governança Pública..... | 195 |
| 2.7.1 Planejamento..... | 196 |
| 2.7.1.1 Planejamento Estratégico..... | 196 |
| 2.7.1.2 Planejamento Governamental no SUS | 198 |
| 2.7.3 Modelos de Gestão e o SUS DF..... | 200 |
| 2.7.4 Sistema de Monitoramento e Avaliação..... | 204 |
| 2.7.5 Controle Social..... | 205 |
| 2.7.6 Controladoria Setorial da Saúde | 206 |
| 2.7.7 Gestão da Informação em Saúde | 210 |
| 2.7.8 Gestão do Trabalho | 211 |
| 2.7.9 Gestão Orçamentária e Financeira | 219 |
| 2.7.10 Regulação da Atenção à Saúde | 224 |
| 2.7.11 Cadeia de Suprimentos | 227 |
| 2.8 Ensino, Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Saúde | 228 |
| 2.8.1 Ensino e Pesquisa, valorização do servidor | 228 |
| 2.8.2 Gestão da TIC (Tecnologia da Informação e Comunicação) | 230 |
| 2.8.3 Inovação em Saúde..... | 234 |
| 2.9 Infraestrutura..... | 236 |
| 2.9.1 Engenharia Clínica e Predial | 236 |
| 2.9.2 Estrutura Física..... | 237 |
| CAPÍTULO III | 238 |

| | |
|--|------------|
| EIXOS, DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES | 238 |
| CAPÍTULO IV | 258 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 258 |
| REFERÊNCIAS..... | 260 |

APRESENTAÇÃO

O Plano de Saúde do Distrito Federal, mais que uma exigência formal, é um instrumento relevante que contribui para a consolidação do SUS. Trata-se de uma estratégia onde são explicitadas a situação de saúde da população do Distrito Federal, a estrutura e organização das Redes de Atenção à Saúde, e os objetivos que se pretende alcançar no próximo quadriênio visando a melhoria da qualidade dos serviços de saúde ofertados à essa população. É a base da organização e funcionamento do sistema local de saúde. Além disso, expressa as políticas, os compromissos e as prioridades de saúde definidas para uma gestão eficiente e capaz de responder de forma adequada às diferentes necessidades em saúde da população do Distrito Federal.

Assim, a concepção e elaboração deste Plano de Saúde, contou com a participação de gestores da SES-DF, técnicos da Administração Central e das Regiões de Saúde, da Fundação Hemocentro, FEPECS, além de contemplar as propostas aprovadas na X Conferência Distrital de Saúde, realizada no período de 05 a 07 de Junho de 2019.

Para a elaboração deste documento foram realizadas três oficinas de trabalho, sendo a Oficina I com os gestores dos três níveis de atenção (primária, secundária e terciária) das 7 Regiões de Saúde para levantamento das necessidades em saúde dos usuários e os entraves dos serviços para atenderem essas necessidades, a Oficina II com os grupos condutores das 5 Redes Temáticas de Atenção (Rede de Atenção Materno Infantil, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, Rede de Atenção às Urgências e Emergências) para levantamento das Diretrizes e Objetivos, e a Oficina III com os técnicos e gestores das Subsecretarias da SES-DF para a definição de metas e indicadores. Foi realizado também uma Audiência Pública e uma Consulta Pública, após o alinhamento das propostas com outros instrumentos de planejamento, tais como o Plano Plurianual, a Lei Orçamentária Anual e o Planejamento Estratégico do GDF. Metodologicamente, foram seguidos os seguintes passos operacionais para balizar a construção: das diretrizes, objetivos e metas:

- Análise situacional das condições de saúde do DF, considerando os 03 (três) eixos: Gestão das Redes de Atenção à Saúde, Gestão e Inovação, Desenvolvimento Sustentável;
- Sistematização/consolidação dos produtos das Oficinas com as Regiões de Saúde e ADMC (Administração Central), bem como as propostas constantes do relatório final da X Conferência Distrital de Saúde;
- Análise de viabilidade política, técnica-operacional, financeira e de coerência com as políticas definidas pelo nível gestor da SES DF;

- Formulação de diretrizes, objetivos, metas e indicadores de acompanhamento;

Destaque-se que o processo de elaboração do Plano Distrital de Saúde refletiu o compromisso de buscar propostas, pensadas pelo conjunto de colaboradores da SES, que levem a mudanças concretas no sistema público de saúde. A metodologia utilizada para sua elaboração teve a intenção de transformar em uma ferramenta de gestão capaz de impactar a realidade, com objetivos, metas e resultados factíveis e monitoráveis pela sociedade. Ainda, ao serem consideradas as diferentes realidades, pretende-se superar os problemas identificados em cada uma das Regiões de Saúde do DF, integrando ações entre os níveis de atenção à saúde (primária, secundária e terciária), bem como propiciando a atuação conjunta dos gestores, profissionais e usuários do sistema público de saúde. Para isso, é essencial que o Plano seja percebido por todos como um instrumento dinâmico e em permanente processo de construção e aperfeiçoamento.

O Plano apresenta de forma sintética os resultados desses exercícios coletivos, consolidando os objetivos propostos por área de intervenção. O Plano Distrital de Saúde está estruturado da seguinte forma: Capítulo I – Análise Situacional, Capítulo II – Estrutura, Organização e “Visão” da Rede de Atenção à Saúde, Capítulo III – Eixos, Diretrizes, Objetivos e Metas, Capítulo IV – Considerações Finais e Capítulo V – Anexos.

RESOLUÇÃO CSDF Nº 527, DE 20 DE ABRIL DE 2020.

A Presidente do Conselho de Saúde do Distrito Federal, no uso das competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pela Lei 4.604, de 15 de julho de 2011, Lei Orgânica do Distrito Federal, Resolução nº 453 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 10 de maio de 2012 e Resolução nº 522 do Conselho de Saúde do Distrito Federal, de 09 de julho 2019, publicada no DODF nº 79, em 25 de julho de 2019, e ainda,

Considerando o Art. 196 da Constituição Federal de 1988, que diz a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação;

Considerando a Lei nº 8.080, de 19, de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, e dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento de saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

Considerando a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo;

Considerando a Portaria GM Nº 2135 de 25 de setembro de 2013, que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Portaria nº 93, de 11 de fevereiro de 2020, que institui a Rede de Gestão para Resultados, dispõe sobre a governança e a gestão para resultados na Secretaria de Estado de Saúde e dá outras providências;

Considerando a importância da manutenção das ações e políticas em saúde da SES/DF;

Considerando que compete aos gestores da SES/DF a elaboração do Plano Distrital de Saúde 2020/2023;

Considerando que o Plano Distrital de Saúde 2020-2023 é um instrumento relevante que expressa as políticas, os compromissos e as prioridades de saúde definidas pelos gestores para responder as necessidades em saúde da população;

Considerando que compete ao pleno do Conselho de Saúde do DF atuar no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros;

Considerando as atribuições conferidas à Presidente do Conselho de Saúde do Distrito Federal pela Resolução CSDF nº 522, de 09 de julho de 2019, publicada no DODF nº 79, em 25 de julho de 2019, Art. 15, Inciso VI, que lhe possibilita decidir, *ad referendum*, acerca de assuntos emergenciais, quando houver impossibilidade de consulta ao Plenário, submetendo o seu ato à deliberação do Pleno em reunião subsequente.

Resolve *ad referendum* do Pleno do Conselho de Saúde do Distrito Federal - CSDF:

Art. 1º Aprovar o Plano Distrital de Saúde - PDS 2020/2023, autuado sobre o número de Processo 00060-00385934/2019-13.

Art. 2º Fazer o acompanhamento sistemático do PDS-2020/2023, pelo GT/PDS do Conselho de Saúde do DF, com apreciação e apresentação do Relatório Anual de Gestão - RAG ao Pleno do Conselho.

Art. 3º Fazer o acompanhamento bimestral da PAS (2020/2023) pelo GT/PDS do Conselho de Saúde do DF, com apresentação de relatório ao Pleno do Conselho.

Art. 4º Que a SES-DF apresente bimestralmente os resultados da Programação Anual de Saúde – PAS (2020) ao Pleno do Conselho de Saúde, conforme cronograma aprovado.

Art. 5º Apreciar o Relatório de Atividade Quadrimestral - RAQ através da Comissão de Orçamento e Finanças do CSDF, com apresentação de relatório ao Pleno do Conselho.

Art. 6º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

JEOVÂNIA RODRIGUES SILVA

Presidente do Conselho de Saúde do DF

Homologo a Resolução CSDF nº 527, de 20 de abril de 2020, nos termos da Lei nº 4.604, de 15 de julho de 2011.

FRANCISCO ARAÚJO FILHO

Secretário de Estado de Saúde do DF

Homologo a Resolução CSDF nº 527, de 20 de abril, nos termos da Lei nº 4.604, de 15 de julho de 2011.

DELIBERAÇÃO Nº 22, DE 08 DE NOVEMBRO DE 2019

O PLENÁRIO DO COLEGIADO DE GESTÃO, DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, instituído pela Resolução do Conselho de Saúde do Distrito Federal - CSDF nº 186, de 11 de dezembro de 2007, republicada no DODF nº 107, de 5 de junho de 2008, página 12, alterada pelas Resoluções do CSDF nº 282, de 5 de maio de 2009, nº 338, de 16 de novembro de 2010, nº 364, de 13 de setembro de 2011 (resoluções estas renumeradas conforme Ordem de Serviço do CSDF nº 1, de 23 de março de 2012, publicada no DODF nº 79, de 20 de abril de 2012, páginas 46 a 49) e nº 384, de 27 de março de 2012, em sua 4ª Reunião Extraordinária de 2019, realizada no dia 18 de setembro de 2019, e:

Considerando que o Plano Distrital de Saúde é um instrumento relevante que expressa as políticas, os compromissos e as prioridades de saúde definidas para uma gestão eficiente e capaz de responder de forma adequada às diferentes necessidades em saúde da população do Distrito Federal;

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 que regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.135, de 25 de setembro de 2013 que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria de Consolidação nº 2 de 28 de setembro de 2017, anexo XXXIX, art. 3º, que define que os processos administrativos relativos à gestão do SUS sejam definidos e pactuados no âmbito das Comissões Intergestores Bipartites- CIBs; Considerando o Ofício MS/SE/GSB nº 2.433/2009 que informa o reconhecimento do Colegiado de Gestão da SES/DF-CGSES/DF, pela Comissão Intergestores Tripartite - CIT, como uma instância que cumprirá as atribuições e competências estabelecidas para as Comissões Intergestores Bipartite - CIBs, no tocante à operacionalização do Sistema único de Saúde; resolve:

Art. 1º Aprovar por consenso, a apresentação do Plano Distrital de Saúde - PDS 2020-2023.

Art. 2º Esta Deliberação entra em vigor na data de sua publicação.

OSNEI OKUMOTO

Presidente do Colegiado de Gestão Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal

CAPÍTULO I

ANÁLISE SITUACIONAL

I – SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

1.1 Panorama Demográfico

O Distrito Federal (DF) é uma das 27 unidades federativas autônomas do Brasil. Contudo, sua divisão em Municípios é vedada constitucionalmente, no artigo 132, de forma que acumula competências legislativas de Estado e Município. (BRASIL, 1988).

Encontra-se dividido em 33 Regiões Administrativas (RA), sendo que em 2019 foram criadas as Regiões Administrativas de Sol Nascente/Pôr do Sol - RA XXXII, conforme Lei nº 6.359 de 14 de agosto de 2019, e de Arniqueira – RA XXXIII, conforme Lei nº 6.391 de 30 de setembro de 2019. É localizado na Região Centro-Oeste, no centro leste do Estado de Goiás, entre os paralelos de 15°30' e 16°03' de latitude sul e os meridianos 47°25' e 48°12' de longitude oeste. Ocupa área de 5.783 km², 0,06% da área do território brasileiro (CODEPLAN, 2017).

Os limites geográficos a leste encontram-se entre os municípios de Cabeceira Grande, estado de Minas Gerais, e Formosa, estado de Goiás. A oeste limita-se com Santo Antônio Descoberto, Padre Bernardo e Águas Lindas; ao norte com Planaltina de Goiás, Padre Bernardo e Formosa e ao sul com Luziânia, Cristalina, Santo Antônio do Descoberto, Cidade Ocidental, Valparaíso e Novo Gama, todos estes municípios pertencentes ao estado de Goiás (CODEPLAN, 2017).

A topografia do Distrito Federal tem altitude entre 950 metros a aproximadamente 1.400 metros, sendo o Pico do Roncador o mais alto com 1.341 metros de altitude e seu relevo é de chapada e chapadões. Há colinas e vales na região da bacia do rio São Bartolomeu (corre no sentido norte-sul do Distrito Federal) e rio Descoberto (a oeste) e serras na região da bacia do rio Maranhão (ao norte) (CODEPLAN, 2017). Divide as bacias do Paraná, do Tocantins-Araguaia e a do Rio São Francisco. Outros rios importantes são o Rio Preto e o Rio Sobradinho (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2015).

O clima é tropical de altitude, com um verão úmido e chuvoso e um inverno seco e relativamente frio. A temperatura média anual é de cerca de 21°C, podendo chegar aos 29,7°C (média das máximas) em setembro, e aos 12,5°C (média das mínimas nas madrugadas) em julho. A temperatura, porém, varia de forma significativa nas áreas menos urbanizadas, onde a média das mínimas de inverno cai para cerca de 10°C a 5°C. A umidade relativa do ar é de aproximadamente 70%, podendo chegar aos 20% ou menos durante o inverno (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2015).

Acerca das características demográficas e sociais da população do Distrito Federal segue descrição extraída da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD) desenvolvida pela Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Codeplan) em 2018 e do

portal da Internet da Sala de Situação da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2018). A PDAD é realizada a cada dois anos e apresenta dados sociais e demográficos obtidos por amostragem de domicílios urbanos distribuídos nas Regiões Administrativas do Distrito Federal. Em 2018, após aplicação de critérios de amostragem, foram entrevistados 21.908 domicílios (CODEPLAN, 2019). Os resultados da PDAD são informações que possibilitam compreensão da situação da população e subsidiam ações de planejamento governamental em diversas áreas inclusive em saúde. Na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) foi lançada em julho de 2018 o portal da Sala de Situação o qual possibilita acessar informações de dados de saúde para tomada de decisões e transparência ativa na saúde do DF a partir da extração de dados de sistemas oficiais de dados em saúde (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2018).

A população do Distrito Federal de acordo com o último censo populacional realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE/2010, era de 2.570.160 pessoas; densidade demográfica de 444,66 habitantes por quilômetro quadrado. Do total, 2.482.210 pessoas tinham a situação domiciliar urbana representando 96,58% da população total e 87.950 pessoas com a situação domiciliar rural, representando 3,42% da população do Distrito Federal (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019).

A população projetada em 2018 pela Subsecretaria de Vigilância à Saúde, a partir da última atualização feita pelo IBGE, foi de 2.972.209 habitantes, conforme consta no portal da Sala de Situação da SES do DF.

É válido lembrar que a projeção populacional de Brasília para o ano 2000 era de 200.000 habitantes. Contudo, essa estimativa foi alcançada já no final da década de 1960. O rápido crescimento em decorrência da busca populacional por centros urbanos e segregação espacial e socioeconômica associadas foi análogo ao processo ocorrido em outros centros urbanos do país (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2015)

A organização territorial sanitária das áreas de saúde pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal passou por reestruturação em 2016 a partir do Decreto nº 37.057/2016 (DISTRITO FEDERAL, 2016) que dispõe sobre a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Em 2018, o Decreto 38.982 (DISTRITO FEDERAL, 2018) alterou a estrutura administrativa da SES resultando nas Regiões de Saúde Central, Centro-Sul, Norte, Sul, Leste, Oeste e Sudoeste.

O Plenário do Colegiado de Gestão aprovou, por consenso, conforme Deliberação nº 14, de 22 de agosto de 2019, publicada no DODF nº 167, de 03 de setembro de 2019, a incorporação dos serviços de saúde da Região Administrativa do Lago Sul à Região de Saúde Leste.

A decisão fundamenta-se na utilização dos serviços da atenção básica e Policlínica da atenção secundária, localizada na QI 21 do Lago Sul, predominantemente, pela população do Jardins Mangueiral e Jardim Botânico, usuários da Região de Saúde Leste.

Para formalizar essa mudança na estrutura organizacional da Secretaria de Saúde, será necessária a publicação de novo Decreto, porquanto dispor sobre a organização e o funcionamento da administração do Distrito Federal compete, privativamente, ao Governador, conforme disposições da Lei Orgânica do Distrito Federal.

Assim, o PDS apresenta as regiões de saúde de acordo com a estrutura organizacional da SES/DF vigente.

As Regiões Administrativas que compõem as Regiões de Saúde estão relacionadas no quadro 1 e apresentadas na figura 1.

Quadro 1 – Distribuição das Regiões Administrativas nas sete Regiões de Saúde conforme Decretos nº 37.057/2016 e 38.982/2018.

| Região de Saúde | Região Administrativa | |
|------------------------|--------------------------------------|----------------------------|
| CENTRAL | RA1 - Brasília (Asa Norte) | RA18 - Lago Norte |
| | RA1 - Brasília (Asa Sul) | RA 22 - Sudoeste/Octogonal |
| | RA11 - Cruzeiro | RA 23 - Varjão |
| | RA16 - Lago Sul | |
| CENTRO-SUL | RA8 - N. Bandeirante | RA 21- R. Fundo II |
| | RA10 - Guará | RA 24 -Park Way |
| | RA17 - R. Fundo I | RA 25 - SCIA (Estrut.) |
| | RA19 - Candangolândia | RA 29 - S.I.A |
| NORTE | RA5 - Sobradinho I | RA 26 - Sobradinho II |
| | RA 6 - Planaltina | RA 31 - Fercal |
| SUL | RA2 - Gama | RA13 - Santa Maria |
| LESTE | RA7 - Paranoá | RA 27- Jd. Botânico |
| | RA14 - São Sebastião | RA 28 - Itapoã |
| OESTE | RA4 - Brazlândia | RA9 - Ceilândia |
| | RA 32 – Sol Nascente/ Pôr do Sol (*) | |
| SUDOESTE | RA3 - Taguatinga | RA 20 - Águas Claras |
| | RA12 - Samambaia | RA 30 - Vicente Pires |
| | RA15 - Recanto das Emas | RA 33 - Arniqueira (**) |

Fonte: Decreto nº 37.057 de 14/01/2016, Decreto nº 38.982 de 10/04/2018, Lei nº 6.359 de 14/08/2019 e Lei nº 6.391 de 30/09/2019. (*) Região Administrativa oriunda da RA 9 – Ceilândia, que cedeu parte de seu território para a RA 32, conforme Lei nº 6.359 de 14/08/2019. (**) Região Administrativa oriunda da RA 20 – Águas Claras, conforme Lei nº 6.391 de 30/09/2019.

Figura 1 – Mapa das Regiões de Saúde do Distrito Federal contendo as Regiões Administrativas (*)



Fonte: SES-DF. (*) a RA 32 – Sol Nascente/Pôr do Sol foi criada pela Lei 6.359/2019 com território cedido pela RA 9 – Ceilândia. (**) a RA 33 – Arniqueira foi criada pela Lei 6.391/2019 com território cedido pela RA 20 – Águas Claras.

A população estimada por Região Administrativa e por Região de Saúde está exposta na tabela 1. Devido a existência de 31 RA até o final de 2018, a população da RA 32 - Sol Nascente/Pôr do Sol está contida na RA 9 – Ceilândia, bem como a população da RA 33 – Arniqueira está contida na RA 20 – Águas Claras.

Verifica-se que a Região de Saúde mais populosa é a Sudoeste, albergando 26,68% (792.962 habitantes) da população do Distrito Federal e a Região de Saúde Leste é a menos populosa com 7,78% (231.167 habitantes) da população distrital. A Região Administrativa mais populosa é Ceilândia com 15,51% (461.057 habitantes) da população do Distrito Federal. Até o momento de consolidação desses dados a população de Sol Nascente/Pôr do Sol era contada na RA 9 – Ceilândia e a população de Arniqueira era contada na RA 20 – Águas Claras. As demais Regiões Administrativas mais populosas compõem a Região de Saúde Sudoeste: Taguatinga com 8,05% (239.315 habitantes) e Samambaia com 7,62% (226.355 habitantes) da população distrital.

As Regiões Administrativas menos populosas são SIA com 0,09% (2.772 habitantes), Fercal com 0,34% (10.054 habitantes) e Varjão com 0,35% (10.385 habitantes) da população do Distrito Federal. Essas RA localizam-se respectivamente nas Regiões de Saúde Centro-Sul, Norte e Central.

Estimou-se para 2018 que 51,97% (1.544.750 habitantes) do total da população seja composta por mulheres. A tabela 2 apresenta a distribuição absoluta e relativa da população por sexo nas Regiões de Saúde e Regiões Administrativas.

Acerca da faixa etária dos habitantes do Distrito Federal, a maioria da população, 69% (2.050.888 habitantes), estão na faixa etária entre 15 a 59 anos de idade, portanto uma população predominantemente jovem. Crianças representam 20,52 % e idosos acima de 60 anos são 10,48% da população do Distrito Federal (Tabela 3).

Tabela 1– Demonstrativo da população do DF com as Regiões de Saúde e Regiões Administrativas no ano de 2018. Brasília (DF), 2019.

| Região de Saúde | Região Administrativa (RA) | População 2018 | % |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------|
| CENTRAL | RA1 - Brasília (Asa Norte) | 145.311 | 4,89% |
| | RA1 - Brasília (Asa Sul) | 104.817 | 3,53% |
| | RA11 - Cruzeiro | 41.457 | 1,39% |
| | RA16 - Lago Sul | 36.673 | 1,23% |
| | RA18 - Lago Norte | 39.152 | 1,32% |
| | RA 22 - Sudoeste/Octogonal | 59.117 | 1,99% |
| | RA 23 - Varjão | 10.385 | 0,35% |
| | Total da Região Central | 436.912 | 14,70% |
| CENTRO-SUL | RA8 - N. Bandeirante | 28.698 | 0,97% |
| | RA10 - Guará | 126.829 | 4,27% |
| | RA17 - R. Fundo I | 41.347 | 1,39% |
| | RA19 - Candangolândia | 18.444 | 0,62% |
| | RA 21- R. Fundo II | 40.694 | 1,37% |
| | RA 24 - Park Way | 23.064 | 0,78% |
| | RA 25 - SCIA (Estrut.)* | 33.494 | 1,13% |
| | RA 29 - S.I.A* | 2.772 | 0,09% |
| Total da Região Centro-Sul | 315.342 | 10,61% | |
| NORTE | RA5 - Sobradinho I | 89.935 | 3,03% |
| | RA 6 - Planaltina | 195.027 | 6,56% |
| | RA 26 - Sobradinho II | 83.713 | 2,82% |
| | RA 31 - Fercal | 10.054 | 0,34% |
| | Total da Região Norte | 378.729 | 12,74% |
| SUL | RA2 - Gama | 156.321 | 5,26% |
| | RA13 - Santa Maria | 133.905 | 4,51% |
| | Total da Região Sul | 290.226 | 9,76% |
| LESTE | RA7 - Paranoá | 62.510 | 2,10% |
| | RA14 - São Sebastião | 95.199 | 3,20% |
| | RA 27- Jd. Botânico | 23.385 | 0,79% |
| | RA 28 - Itapoã | 50.073 | 1,68% |
| | Total da Região Leste | 231.167 | 7,78% |
| OESTE | RA4 - Brazlândia | 65.814 | 2,21% |
| | RA9 - Ceilândia (**) | 461.057 | 15,51% |
| | Total da Região Oeste | 526.871 | 17,73% |
| SUDOESTE | RA3 - Taguatinga | 239.315 | 8,05% |
| | RA12 - Samambaia | 226.355 | 7,62% |
| | RA15 - Recanto das Emas | 141.218 | 4,75% |
| | RA 20 - Águas Claras (†) | 117.834 | 3,96% |
| | RA 30 - Vicente Pires | 68.240 | 2,30% |
| | Total da Região Sudoeste | 792.962 | 26,68% |
| TOTAL | | 2.972.209 | 100% |

Fonte: SVS/SES-DF pela última atualização do IBGE, via Sala de Situação, Referência 01/07/2018, acesso em 10/07/2019. *SCIA= Setor Complementar de Indústria e Abastecimento – “Cidade Estrutural” e “Cidade do Automóvel, SIA= Setor de Indústria e Abastecimento. (**) População da RA 32 - Sol Nascente/Pôr do Sol, criada com a Lei 6.359/2019, era contada na RA 9 – Ceilândia. (†) População RA 33 – Arniqueira, criada com a Lei 6.391/2019, era contada na RA 20 – Águas Claras.

Tabela 2– Distribuição da população por sexo, Região Administrativa e Região de Saúde em 2018. Brasília (DF), 2019.

| REGIÃO DE SAÚDE | Região Administrativa (RA) | Feminino | | Masculino | | TOTAL |
|--------------------------------|------------------------------|------------------|----------------|------------------|----------------|------------------|
| | | N | (%) | N | (%) | |
| CENTRAL | RA1 - Brasília (Asa Norte) | 77.683 | 53,46% | 67.628 | 46,54% | 145.311 |
| | RA1 - Brasília (Asa Sul) | 58.348 | 55,67% | 46.469 | 44,33% | 104.817 |
| | RA11 - Cruzeiro | 22.334 | 53,87% | 19.123 | 46,13% | 41.457 |
| | RA16 - Lago Sul | 19.089 | 52,05% | 17.584 | 47,95% | 36.673 |
| | RA18 - Lago Norte | 20.150 | 51,47% | 19.002 | 48,53% | 39.152 |
| | RA 22 - Sudoeste/Octogonal | 31.132 | 52,66% | 27.985 | 47,34% | 59.117 |
| | RA 23 - Varjão | 5.268 | 50,73% | 5.117 | 49,27% | 10.385 |
| | Total Região Central | 234.004 | 53,56% | 202.908 | 46,44% | 436.912 |
| CENTRO-SUL | RA8 - N. Bandeirante | 15.362 | 53,53% | 13.336 | 46,47% | 28.698 |
| | RA10 - Guará | 69.448 | 54,76% | 57.381 | 45,24% | 126.829 |
| | RA17 - R. Fundo I | 21.503 | 52,01% | 19.844 | 47,99% | 41.347 |
| | RA19 - Candangolândia | 9.626 | 52,19% | 8.818 | 47,81% | 18.444 |
| | RA 21- R. Fundo II | 20.812 | 51,14% | 19.882 | 48,86% | 40.694 |
| | RA 24 - Park Way | 11.709 | 50,77% | 11.355 | 49,23% | 23.064 |
| | RA 25 - SCIA (Estrut.) | 16.406 | 48,98% | 17.088 | 51,02% | 33.494 |
| | RA 29 - S.I.A | 814 | 29,37% | 1.958 | 70,63% | 2.772 |
| Total Região Centro-Sul | 165.680 | 52,54% | 149.662 | 47,46% | 315.342 | |
| NORTE | RA5 - Sobradinho I | 47376 | 52,68% | 42559 | 47,32% | 89.935 |
| | RA 6 - Planaltina | 99582 | 51,06% | 95445 | 48,94% | 195.027 |
| | RA 26 - Sobradinho II | 43446 | 51,90% | 40267 | 48,10% | 83.713 |
| | RA 31 - Fercal | 4864 | 48,38% | 5190 | 51,62% | 10.054 |
| | Total Região Norte | 195268 | 51,56% | 183461 | 48,44% | 378729 |
| SUL | RA2 - Gama | 82.197 | 52,58% | 74.124 | 47,42% | 156.321 |
| | RA13 - Santa Maria | 69.068 | 51,58% | 64.837 | 48,42% | 133.905 |
| | Total Região Sul | 151.265 | 52,12% | 138.961 | 47,88% | 290.226 |
| LESTE | RA7 - Paranoá | 32.015 | 51,22% | 30.495 | 48,78% | 62.510 |
| | RA14 - São Sebastião | 44.885 | 47,15% | 50.314 | 52,85% | 95.199 |
| | RA 27- Jd. Botânico | 11.998 | 51,31% | 11.387 | 48,69% | 23.385 |
| | RA 28 - Itapoã | 24.737 | 49,40% | 25.336 | 50,60% | 50.073 |
| | Total Região Leste | 113.635 | 49,16% | 117.532 | 50,84% | 231.167 |
| OESTE | RA4 - Brazlândia | 33.188 | 50,43% | 32.626 | 49,57% | 65.814 |
| | RA9 – Ceilândia (*) | 238.921 | 51,82% | 222.136 | 48,18% | 461.057 |
| | Total Região Oeste | 272.109 | 51,65% | 254.762 | 48,35% | 526.871 |
| SUDOESTE | RA3 - Taguatinga | 128.933 | 53,88% | 110.382 | 46,12% | 239315 |
| | RA12 - Samambaia | 116.576 | 51,50% | 109.779 | 48,50% | 226355 |
| | RA15 - Recanto das Emas | 72.295 | 51,19% | 68.923 | 48,81% | 141218 |
| | RA 20 - Águas Claras (**) | 60.779 | 51,58% | 57.055 | 48,42% | 117834 |
| | RA 30 - Vicente Pires | 34.206 | 50,13% | 34.034 | 49,87% | 68240 |
| | Total Região Sudoeste | 412.789 | 52,06% | 380.173 | 47,94% | 792.962 |
| TOTAL | | 1.544.750 | 51,97% | 1.427.459 | 48,03% | 2.972.209 |

Fonte: SVS/SES-DF pela última atualização do IBGE, via Sala de Situação, Referência 01/07/2018, acesso em 10/07/2019. (*) População da RA 32 - Sol Nascente/Pôr do Sol, criada com a Lei 6.359/2019, era contada na RA 9 – Ceilândia. (**) População RA 33 – Arniqueira, criada com a Lei 6.391/2019, era contada na RA 20 – Águas Claras

Tabela 3- Distribuição da população do Distrito Federal por Região de Saúde e faixa etária em 2018. Brasília (DF), 2019.

| Regiões de Saúde | 0 a 14 anos | | 15 a 59 anos | | 60 anos ou mais | | TOTAL |
|----------------------|----------------|---------------|------------------|---------------|-----------------|---------------|------------------|
| | N | % | N | % | N | % | |
| CENTRAL | 56.236 | 12,87% | 305.180 | 69,85% | 75.496 | 17,28% | 436.912 |
| CENTRO-SUL | 60.476 | 19,18% | 219.084 | 69,48% | 35.782 | 11,35% | 315.342 |
| NORTE | 86.918 | 22,95% | 257.049 | 67,87% | 34.762 | 9,18% | 378.729 |
| SUL | 63.310 | 21,81% | 197.971 | 68,21% | 28.945 | 9,97% | 290.226 |
| LESTE | 56.575 | 24,47% | 161.642 | 69,92% | 12.950 | 5,60% | 231.167 |
| OESTE (*) | 121.679 | 23,09% | 352.928 | 66,99% | 52.264 | 9,92% | 526.871 |
| SUDOESTE (**) | 164.696 | 20,77% | 557.034 | 70,25% | 71.232 | 8,98% | 792.962 |
| TOTAL DO DF | 609.890 | 20,52% | 2.050.888 | 69,00% | 311.431 | 10,48% | 2.972.209 |

Fonte: SVS/SES-DF a partir da última atualização feita pelo IBGE, via Sala de Situação – Data de Referência: 01/07/2018), acesso em 10/07/2019.

(*) População da RA 32 - Sol Nascente/Pôr do Sol, criada com a Lei 6.359/2019, era contada na RA 9 – Ceilândia. (**) População RA 33 – Arniqueira, criada com a Lei 6.391/2019, era contada na RA 20 – Águas Claras

A cor da pele mais predominante, relatada pela população, foi parda, 47,5% (1.370.285 habitantes), seguida de 40,90% (1.177.805 habitantes) da cor branca e 10,10% (289.710 habitantes) da cor preta, de acordo com dados da PDAD 2018, conforme tabela abaixo.

Tabela 4 – Distribuição da população total por raça/cor da pele em 2018*. Brasília (DF), 2019.

| RAÇA/COR DA PELE | N | % |
|------------------|-----------|---------|
| Amarela | 35.543 | 1,20% |
| Branca | 1.177.805 | 40,90% |
| Indígena | 8.511 | 0,30% |
| Parda | 1.370.285 | 47,50% |
| Preta | 289.710 | 10,10% |
| Total | 2.881.854 | 100,00% |

Fonte: Codeplan/DIEPS/GEREPS/PDAD, 2018 (*) estimativa populacional da PDAD para 2018 foi de 2.881.854.

Estimativa divulgada pela Organização Mundial de Saúde apontam que cerca de 15,6% de adultos apresentam algum tipo de deficiência sendo essa estimativa maior nos países em desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). No DF dados da PDAD 2018 estimam que 35,9% (1.032.469 habitantes) da população apresenta algum tipo de dificuldade, sendo a dificuldade em enxergar a mais observada com 26,5% (763.603 habitantes).

Relato positivo de dificuldade incluído na tabela 5 representou gradação entre pouca dificuldade e incapacidade, enquanto a deficiência mental/intelectual variou entre limitadora e não limitadora.

Tabela 5 – Percentual de pessoas com dificuldade em enxergar, ouvir, locomover-se e deficiência mental ou intelectual permanente no Distrito Federal em 2018. Brasília (DF), 2019.

| Tipo de dificuldade | Sim | |
|-----------------------------------|------------------|---------------|
| | N | % |
| Dificuldade em enxergar | 763.603 | 26,50% |
| Dificuldade em ouvir | 96.656 | 3,30% |
| Dificuldade em locomover-se | 128.799 | 4,50% |
| Deficiência mental ou intelectual | 43.411 | 1,60% |
| TOTAL | 1.032.469 | 35,90% |

Fonte: Codeplan/DIEPS/GEREPS/PDAD, 2018, adaptado (*) estimativa populacional da PDAD para 2018 foi de 2.881.854.

Além da população adscrita no Distrito Federal é importante considerar a população residente nos municípios de Goiás e Minas Gerais que compõem a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE). A RIDE foi criada com a Lei Complementar nº 94 de 19/02/1998, regulamentada pelo Decreto nº 7.469 de 04/05/2011. São de interesse da RIDE os serviços públicos comuns ao Distrito Federal e aos Municípios que a integram devendo para tanto articular-se administrativamente com a União, Distrito Federal e com os Estados de Goiás e de Minas Gerais que a compõem. Atualmente a RIDE é composta por 29 municípios do Estado de Goiás e 4 municípios do Estado de Minas Gerais, conforme Lei Complementar nº163 de 14/06/2018.

Considerando a estimativa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para a população no ano de 2018 verifica-se que a RIDE comporta 1.585.802 habitantes. Observa-se que 91,60% (1.452.534) da população da RIDE encontra-se na unidade federativa de Goiás. Os municípios mais populosos em Goiás são: Águas Lindas de Goiás com 13,06%, Luziânia com 12,93%, Valparaíso de Goiás com 10,39% da população da RIDE. E em Minas Gerais, o município de Unaí corresponde a 5,28% da população da RIDE.

Tabela 6 - Municípios que compõem a RIDE conforme Lei Complementar nº163 de 14/06/2018, População do censo de 2010 e estimativa para 2018.

| Unidade Federativa | Município | População censo 2010 | Estimativa 2018 (IBGE) ^(a) | Proporção RIDE pela estimativa 2018 |
|--------------------|-----------------------------|----------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| Goiás | Abadiânia | 15.757 | 19.614 | 1,24% |
| | Água Fria de Goiás | 5.090 | 5.676 | 0,36% |
| | Águas Lindas de Goiás | 159.378 | 207.070 | 13,06% |
| | Alexânia | 23.814 | 27.288 | 1,72% |
| | Alto Paraíso de Goiás | 6.885 | 7.558 | 0,48% |
| | Alvorada do Norte | 8.084 | 8.614 | 0,54% |
| | Barro Alto | 8.716 | 10.922 | 0,69% |
| | Cabeceiras | 7.354 | 7.939 | 0,50% |
| | Cavalcante | 9.392 | 9.693 | 0,61% |
| | Cidade Ocidental | 55.915 | 69.829 | 4,40% |
| | Cocalzinho de Goiás | 17.407 | 19.971 | 1,26% |
| | Corumbá de Goiás | 10.361 | 11.050 | 0,70% |
| | Cristalina | 46.580 | 57.759 | 3,64% |
| | Flores de Goiás | 12.066 | 16.100 | 1,02% |
| | Formosa | 100.085 | 119.506 | 7,54% |
| | Goianésia | 59.549 | 69.072 | 4,36% |
| | Luziânia | 174.531 | 205.023 | 12,93% |
| | Mimoso de Goiás | 2.685 | 2.612 | 0,16% |
| | Niquelândia | 42.361 | 46.039 | 2,90% |
| | Novo Gama | 95.018 | 113.679 | 7,17% |
| | Padre Bernardo | 27.671 | 33.228 | 2,10% |
| | Pirenópolis | 23.006 | 24.749 | 1,56% |
| | Planaltina | 81.649 | 89.181 | 5,62% |
| | Santo Antônio do Descoberto | 63.248 | 73.636 | 4,64% |
| | São João d'Aliança | 10.257 | 13.387 | 0,84% |
| | Simolândia | 6.514 | 6.832 | 0,43% |
| | Valparaíso de Goiás | 132.982 | 164.723 | 10,39% |
| Vila Boa | 4.735 | 6.026 | 0,38% | |
| Vila Propício | 5.145 | 5.758 | 0,36% | |
| Total Goiás | 1.216.235 | 1.452.534 | 91,60% | |
| Minas Gerais | Arinos | 17.674 | 17.888 | 1,13% |
| | Buritiz | 22.737 | 24.663 | 1,56% |
| | Cabeceira Grande | 6.453 | 6.909 | 0,44% |
| | Unaí | 77.565 | 83.808 | 5,28% |
| | Total Minas Gerais | 124.429 | 133.268 | 8,40% |
| RIDE | TOTAL | 1.340.664 | 1.585.802 | --- |

Fonte: Lei Complementar nº163 de 14/06/2018 (a) População estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2018.

Acerca das características demográficas verifica-se que na RIDE a população é distribuída quase que homogeneamente entre os homens e mulheres sendo que a população feminina representa 50,14% (672.248) da população total, considerando os dados do IBGE do último censo populacional.

Tabela 7- População da RIDE no censo de 2010 pelo IBGE.

| Município (UF) | Sexo | | | | População 2010 |
|----------------------------------|----------------|---------------|----------------|---------------|------------------|
| | Feminino | | Masculino | | |
| | N | % | N | % | |
| Abadiânia (GO) | 7.668 | 48,66% | 8.088 | 51,33% | 15.757 |
| Água Fria de Goiás (GO) | 2.359 | 46,35% | 2.731 | 53,65% | 5.090 |
| Águas Lindas de Goiás (GO) | 79.652 | 49,98% | 79.726 | 50,02% | 159.378 |
| Alexânia (GO) | 11.804 | 49,57% | 12.010 | 50,43% | 23.814 |
| Alto Paraíso de Goiás (GO) | 3.477 | 50,50% | 3.408 | 49,50% | 6.885 |
| Alvorada do Norte (GO) | 3.976 | 49,18% | 4.108 | 50,82% | 8.084 |
| Barro Alto (GO) | 4.207 | 48,27% | 4.509 | 51,73% | 8.716 |
| Cabeceiras (GO) | 3.576 | 48,63% | 3.778 | 51,37% | 7.354 |
| Cavalcante (GO) | 4.477 | 47,67% | 4.915 | 52,33% | 9.392 |
| Cidade Ocidental (GO) | 28.485 | 50,94% | 27.430 | 49,06% | 55.915 |
| Cocalzinho de Goiás (GO) | 8.455 | 48,57% | 8.952 | 51,43% | 17.407 |
| Corumbá de Goiás (Go) | 4.946 | 47,74% | 5.415 | 52,26% | 10.361 |
| Cristalina (GO) | 22.603 | 48,53% | 23.977 | 51,47% | 46.580 |
| Flores de Goiás (GO) | 5.409 | 44,83% | 6.657 | 55,17% | 12.066 |
| Formosa (GO) | 50.126 | 50,08% | 49.959 | 49,92% | 100.085 |
| Goianésia (GO) | 29.474 | 49,50% | 30.075 | 50,50% | 59.549 |
| Luziânia (GO) | 87.444 | 50,10% | 87.087 | 49,90% | 174.531 |
| Mimoso de Goiás (GO) | 1.258 | 46,85% | 1.427 | 53,15% | 2.685 |
| Niquelândia (GO) | 20.672 | 48,80% | 21.689 | 51,20% | 42.361 |
| Novo Gama (GO) | 48.346 | 50,88% | 46.672 | 49,12% | 95.018 |
| Padre Bernardo (GO) | 13.679 | 49,43% | 13.992 | 50,57% | 27.671 |
| Pirenópolis (GO) | 11.209 | 48,72% | 11.797 | 51,28% | 23.006 |
| Planaltina (GO) | 41.075 | 50,31% | 40.574 | 49,69% | 81.649 |
| Santo Antônio do Descoberto (GO) | 31.877 | 50,40% | 31.371 | 49,60% | 63.248 |
| São João d'Aliança (GO) | 4.983 | 48,58% | 5.274 | 51,42% | 10.257 |
| Simolândia (GO) | 3.211 | 49,29% | 3.303 | 50,71% | 6.514 |
| Valparaíso de Goiás (GO) | 68.358 | 51,40% | 64.624 | 48,60% | 132.982 |
| Vila Boa (GO) | 2.147 | 45,34% | 2.588 | 54,66% | 4.735 |
| Vila Propício (GO) | 2.456 | 47,74% | 2.689 | 52,26% | 5.145 |
| Total Goiás | 607.409 | 49,94% | 608.825 | 50,06% | 1.216.235 |
| Arinos (MG) | 8.503 | 48,11% | 9.171 | 51,89% | 17.674 |

(continua)

(continuação)

| | | | | | |
|---------------------------|----------------|---------------|----------------|---------------|------------------|
| Buritit (MG) | 11.185 | 49,19% | 11.552 | 50,81% | 22.737 |
| Cabeceira Grande (MG) | 3.058 | 47,39% | 3.395 | 52,61% | 6.453 |
| Unaí (MG) | 38.260 | 49,33% | 39.305 | 50,67% | 77.565 |
| Total Minas Gerais | 61.006 | 49,03% | 63.423 | 50,97% | 124.429 |
| TOTAL RIDE | 668.415 | 49,86% | 672.248 | 50,14% | 1.340.664 |

Fonte: IBGE censo de 2010, sítio <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pesquisa/23/27652>.

Pessoas em idade economicamente ativa predominam na RIDE, sendo observado que 64,6 % (866.012) do total encontram-se na faixa etária entre 15 a 59 anos de idade. Crianças e adolescentes até 14 anos correspondem a quase um terço da população (28,5%) e os idosos com 60 anos ou mais representam 6,91% (92.622) da população da RIDE.

Tabela 8- Distribuição da população da RIDE por faixa etária.

| Município (UF) | Idade n (%) | | | | | | TOTAL |
|----------------------------------|----------------|---------------|----------------|---------------|-----------------|--------------|------------------|
| | 0 a 14 anos | | 15 a 59 anos | | 60 anos ou mais | | |
| Abadiânia (GO) | 3.735 | 23,70% | 10.356 | 65,72% | 1.666 | 10,57% | 15.757 |
| Água Fria de Goiás (GO) | 1.360 | 26,72% | 3.245 | 63,75% | 485 | 9,53% | 5.090 |
| Águas Lindas de Goiás (GO) | 50.923 | 31,95% | 102.492 | 64,31% | 5.963 | 3,74% | 159.378 |
| Alexânia (GO) | 6.467 | 27,16% | 14.904 | 62,59% | 2.443 | 10,26% | 23.814 |
| Alto Paraíso de Goiás (GO) | 1.944 | 28,24% | 4.376 | 63,56% | 565 | 8,21% | 6.885 |
| Alvorada do Norte (GO) | 2.301 | 28,46% | 5.013 | 62,01% | 770 | 9,52% | 8.084 |
| Barro Alto (GO) | 2.205 | 25,30% | 5.724 | 65,67% | 787 | 9,03% | 8.716 |
| Cabeceiras (GO) | 2.020 | 27,47% | 4.686 | 63,72% | 648 | 8,81% | 7.354 |
| Cavalcante (GO) | 3.098 | 32,99% | 5.383 | 57,31% | 911 | 9,70% | 9.392 |
| Cidade Ocidental (GO) | 16.295 | 29,14% | 36.616 | 65,49% | 3.004 | 5,37% | 55.915 |
| Cocalzinho de Goiás (GO) | 4.752 | 27,30% | 11.102 | 63,78% | 1.553 | 8,92% | 17.407 |
| Corumbá de Goiás (Go) | 2.589 | 24,99% | 6.472 | 62,47% | 1.300 | 12,55% | 10.361 |
| Cristalina (GO) | 13.475 | 28,93% | 29.972 | 64,35% | 3.133 | 6,73% | 46.580 |
| Flores de Goiás (GO) | 3.410 | 28,26% | 7.706 | 63,87% | 950 | 7,87% | 12.066 |
| Formosa (GO) | 26.949 | 26,93% | 65.542 | 65,49% | 7.594 | 7,59% | 100.085 |
| Goianésia (GO) | 13.985 | 23,48% | 39.689 | 66,65% | 5.875 | 9,87% | 59.549 |
| Luziânia (GO) | 51.126 | 29,29% | 112.096 | 64,23% | 11.309 | 6,48% | 174.531 |
| Mimoso de Goiás (GO) | 713 | 26,55% | 1.650 | 61,45% | 322 | 11,99% | 2.685 |
| Niquelândia (GO) | 10.682 | 25,22% | 27.589 | 65,13% | 4.090 | 9,66% | 42.361 |
| Novo Gama (GO) | 28.976 | 30,50% | 61.357 | 64,57% | 4.685 | 4,93% | 95.018 |
| Padre Bernardo (GO) | 8.322 | 30,07% | 16.712 | 60,40% | 2.637 | 9,53% | 27.671 |
| Pirenópolis (GO) | 5.659 | 24,60% | 14.765 | 64,18% | 2.582 | 11,22% | 23.006 |
| Planaltina (GO) | 24.693 | 30,24% | 52.170 | 63,90% | 4.786 | 5,86% | 81.649 |
| Santo Antônio do Descoberto (GO) | 9.463 | 30,77% | 39.995 | 63,24% | 3.790 | 5,99% | 63.248 |
| São João d'Aliança (GO) | 3.104 | 30,26% | 6.309 | 61,51% | 844 | 8,23% | 10.257 |
| Simolândia (GO) | 1.868 | 28,68% | 4.065 | 62,40% | 581 | 8,92% | 6.514 |
| Valparaíso de Goiás (GO) | 37.346 | 28,08% | 89.350 | 67,19% | 6.286 | 4,73% | 132.982 |
| Vila Boa (GO) | 1.403 | 29,63% | 3.040 | 64,20% | 292 | 6,17% | 4.735 |
| Vila Propício (GO) | 1.355 | 26,34% | 3.200 | 62,20% | 590 | 11,47% | 5.145 |
| Total Goiás | 350.218 | 28,80% | 785.576 | 64,59% | 80.441 | 6,61% | 1.216.235 |
| Arinos (MG) | 5.081 | 28,75% | 10.616 | 60,07% | 1.977 | 11,19% | 17.674 |
| Buritit (MG) | 6.529 | 28,72% | 13.991 | 61,53% | 2.217 | 9,75% | 22.737 |
| Cabeceira Grande (MG) | 1.771 | 27,44% | 3.998 | 61,96% | 684 | 10,60% | 6.453 |
| Unaí (MG) | 18.431 | 23,76% | 51.831 | 66,82% | 7.303 | 9,42% | 77.565 |
| Total Minas Gerais | 31.812 | 25,57% | 80.436 | 64,64% | 12.181 | 9,79% | 124.429 |
| TOTAL | 382.030 | 28,50% | 866.012 | 64,60% | 92.622 | 6,91% | 1.340.664 |

Fonte: IBGE censo de 2010, sítio <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pesquisa/23/27652>.

Ainda considerando dados do último censo, a respeito da distribuição da população, verifica-se que a população da RIDE encontra-se predominantemente em zona urbana com 86,74% (1.162.879) dos habitantes. No Distrito Federal a zona urbana alberga 96,58% (2.482.210) dos habitantes.

Tabela 9- Distribuição da população dos municípios da RIDE em zonas urbana e rural.

| Município (UF) | Urbana | Rural | TOTAL |
|----------------------------------|------------------|----------------|------------------|
| Abadiânia (GO) | 10.778 | 4.979 | 15.757 |
| Água Fria de Goiás (GO) | 2.137 | 2.953 | 5.090 |
| Águas Lindas de Goiás (GO) | 159.138 | 240 | 159.378 |
| Alexânia (GO) | 19.676 | 4.138 | 23.814 |
| Alto Paraíso de Goiás (GO) | 5.219 | 1.666 | 6.885 |
| Alvorada do Norte (GO) | 6.873 | 1.211 | 8.084 |
| Barro Alto (GO) | 6.251 | 2.465 | 8.716 |
| Cabeceiras (GO) | 5.505 | 1.849 | 7.354 |
| Cavalcante (GO) | 4.742 | 4.650 | 9.392 |
| Cidade Ocidental (GO) | 43.654 | 12.261 | 55.915 |
| Cocalzinho de Goiás (GO) | 6.444 | 10.963 | 17.407 |
| Corumbá de Goiás (Go) | 6.416 | 3.945 | 10.361 |
| Cristalina (GO) | 38.421 | 8.159 | 46.580 |
| Flores de Goiás (GO) | 3.170 | 8.896 | 12.066 |
| Formosa (GO) | 92.023 | 8.062 | 100.085 |
| Goianésia (GO) | 55.660 | 3.889 | 59.549 |
| Luziânia (GO) | 162.807 | 11.724 | 174.531 |
| Mimoso de Goiás (GO) | 1.242 | 1.443 | 2.685 |
| Niquelândia (GO) | 33.343 | 9.018 | 42.361 |
| Novo Gama (GO) | 93.971 | 1.047 | 95.018 |
| Padre Bernardo (GO) | 10.786 | 16.885 | 27.671 |
| Pirenópolis (GO) | 15.563 | 7.443 | 23.006 |
| Planaltina (GO) | 77.582 | 4.067 | 81.649 |
| Santo Antônio do Descoberto (GO) | 56.808 | 6.440 | 63.248 |
| São João d'Aliança (GO) | 6.724 | 3.533 | 10.257 |
| Simolândia (GO) | 5.378 | 1.136 | 6.514 |
| Valparaíso de Goiás (GO) | 132.982 | 0 | 132.982 |
| Vila Boa (GO) | 3.502 | 1.233 | 4.735 |
| Vila Propício (GO) | 1.504 | 3.641 | 5.145 |
| Total Goiás | 1.068.299 | 147.936 | 1.216.235 |
| Arinos (MG) | 10.854 | 6.820 | 17.674 |
| Buritiz (MG) | 16.100 | 6.637 | 22.737 |
| Cabeceira Grande (MG) | 5.297 | 1.156 | 6.453 |
| Unaí (MG) | 62.329 | 15.236 | 77.565 |
| Total Minas Gerais | 94.580 | 29.849 | 124.429 |
| TOTAL | 1.162.879 | 177.785 | 1.340.664 |

Fonte: IBGE censo de 2010, sítio <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pesquisa/23/27652>.

Dos municípios de Goiás da RIDE com maior IDH são Valparaíso de Goiás (0,746), Formosa (0,744) e Barro Alto (0,742) e o município da RIDE mais populoso pertencente a Minas Gerais também possui o maior IDH (dentre os quatro municípios mineiros da RIDE) – Unaí com IDH de 0,736. Os índices desses quatro municípios são considerados altos. Contudo, a maioria dos municípios da RIDE apresenta IDH considerado médio (entre 0,6 a 0,699) sendo que os municípios de Cavalcante e Flores de Goiás, ambos pertencentes a Goiás, apresentam IDH baixo: 0,584 e 0,597, respectivamente. O IBGE calcula o IDH do

município Brasília, pragmaticamente contemplando toda a região do Distrito Federal e o IDH de Brasília é muito alto: 0,824.

Tabela 10- População da RIDE, segundo IBGE censo de 2010.

| Município (UF) | Densidade Demográfica (2010) | Estabelecimento de saúde (2009) | IDHM |
|----------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|-------|
| | (hab/km ²) | N | |
| Abadiânia (GO) | 15,08 | 12 | 0,689 |
| Água Fria de Goiás (GO) | 2,51 | 3 | 0,671 |
| Águas Lindas de Goiás (GO) | 846,02 | 22 | 0,686 |
| Alexânia (GO) | 28,09 | 10 | 0,682 |
| Alto Paraíso de Goiás (GO) | 2,65 | 5 | 0,713 |
| Alvorada do Norte (GO) | 6,42 | 5 | 0,66 |
| Barro Alto (GO) | 7,97 | 5 | 0,742 |
| Cabeceiras (GO) | 6,52 | 3 | 0,668 |
| Cavalcante (GO) | 1,35 | 4 | 0,584 |
| Cidade Ocidental (GO) | 143,38 | 16 | 0,717 |
| Cocalzinho de Goiás (GO) | 9,73 | 7 | 0,657 |
| Corumbá de Goiás (Go) | 9,76 | 3 | 0,68 |
| Cristalina (GO) | 7,56 | 17 | 0,699 |
| Flores de Goiás (GO) | 3,25 | 6 | 0,597 |
| Formosa (GO) | 17,22 | 45 | 0,744 |
| Goianésia (GO) | 38,49 | 33 | 0,727 |
| Luziânia (GO) | 44,06 | 43 | 0,701 |
| Mimoso de Goiás (GO) | 1,94 | 1 | 0,665 |
| Niquelândia (GO) | 4,3 | 26 | 0,715 |
| Novo Gama (GO) | 487,29 | 22 | 0,684 |
| Padre Bernardo (GO) | 8,81 | 10 | 0,651 |
| Pirenópolis (GO) | 10,43 | 14 | 0,693 |
| Planaltina (GO) | 32,1 | 32 | 0,669 |
| Santo Antônio do Descoberto (GO) | 66,99 | 23 | 0,665 |
| São João d'Aliança (GO) | 3,08 | 6 | 0,685 |
| Simolândia (GO) | 18,72 | 3 | 0,645 |
| Valparaíso de Goiás (GO) | 2.165,48 | 40 | 0,746 |
| Vila Boa (GO) | 4,47 | 4 | 0,647 |
| Vila Propício (GO) | 2,36 | 2 | 0,634 |
| Total Goiás | 134,92 ^(a) | 422 | --- |
| Arinos (MG) | 3,35 | 8 | 0,656 |
| Burititis (MG) | 4,35 | 10 | 0,672 |
| Cabeceira Grande (MG) | 6,26 | 2 | 0,648 |
| Unaí (MG) | 9,18 | 28 | 0,736 |
| Total Minas Gerais | 5,79 | 48 | --- |
| TOTAL | 115,79 | 892 | --- |

Fonte: IBGE censo de 2010, sítio <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pesquisa/23/27652>.

1.2 Determinantes Sociais do Processo Saúde Doença

A saúde possui relação estreita com a forma como a sociedade está organizada, o que proporcionou o estabelecimento das teorias explicativas sobre essa relação, que os autores das ciências da saúde denominaram de determinantes sociais da saúde (DSS) (SOUZA; SILVA; SILVA, 2013).

Segundo a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), estabelecida em 2006, os DSS são: “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Os determinantes sociais são importantes para verificar se os princípios norteadores do SUS estão sendo alcançados em sua plenitude: universalidade, integralidade, equidade, e controle social. Conhecer a população que tem acesso aos serviços de saúde permite corrigir as distorções que o sistema pode estar impondo aos extratos mais carentes dessa população.

Nesse sentido, o processo saúde-doença representa o conjunto de relações e variáveis que produzem e condicionam o estado de saúde e doença de uma população, que variam em diversos momentos históricos e do desenvolvimento científico da humanidade (VIANNA, -).

Uma nova maneira de pensar a saúde e a doença deve incluir explicações para os achados universais de que a mortalidade e a morbidade obedecem a um gradiente, que atravessa as classes socioeconômicas, de modo que menores rendas ou status social estão associados a uma pior condição em termos de saúde. Tal evidência constitui-se em um indicativo de que os determinantes da saúde estão localizados fora do sistema de assistência à saúde (VIANNA, -).

Para Gadamer (1997), saúde e doença não são duas faces de uma mesma moeda. De fato, se considerarmos um sistema de saúde, como, por exemplo, o SUS, é possível verificar que as ações voltadas para o diagnóstico e tratamento das doenças são apenas duas das suas atividades. Inclusão social, promoção de equidade ou de visibilidade e cidadania são consideradas ações de saúde. O entendimento da saúde como um dispositivo social relativamente autônomo em relação à ideia de doença, e as repercussões que este novo entendimento traz para a vida social e para as práticas cotidianas em geral e dos serviços de saúde em particular, abre novas possibilidades na concepção do processo saúde doença (VIANNA, -).

O modelo de Dahlgren e Whitehead inclui os DSS dispostos em diferentes camadas: na camada central estão os fatores individuais (sexo, idade, genética etc.); na camada imediatamente externa encontram-se os hábitos e comportamentos (que de certo modo são considerados DSS por serem diretamente influenciados pelas condições sociais); nas duas

camadas seguintes estão os DSS, na qual a mais interna representa a influência das redes comunitárias e da solidariedade social (coesão social) e a mais externa representa as condições de vida e trabalho. Na última camada são apresentados os macrodeterminantes relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais, e que possui forte influência sobre as demais camadas. Contudo, o modelo não explica com detalhes as relações e mediações entre os diversos níveis e a gênese das iniquidades (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Figura 2- Determinantes Sociais: Modelo de Dahlgren e Whitehead



Fonte: Determinantes Sociais de Saúde: Processo Saúde Doença.

Abaixo veremos alguns dos determinantes sociais da saúde dispostos na camada condições de vida e de trabalho no Distrito Federal.

1.2.1 Escolaridade

Segundo a PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua), IBGE, ano 2018, o Distrito Federal apresenta taxa de analfabetos, na população de 15 anos ou mais de 3,1%, seguida por 3,3% de analfabetos na população de 18 anos ou mais, 3,8% na população de 25 anos ou mais, 5,7% na população de 40 anos ou mais e 11,5% na população de 60 anos ou mais.

Dados da PDAD 2018 estimam que 2,3% (66.283) da população do Distrito Federal não possuem escolaridade alguma e mais da metade apresenta ao menos o ensino médio concluído, sendo que 33,9% finalizaram algum curso superior.

De acordo com o Atlas do Distrito Federal (CODEPLAN, 2017), no ano de 2015 o Paranoá foi a Região Administrativa com maior taxa (5,2%) de analfabetos, seguida por Brazlândia (4,7%), Ceilândia e Santa Maria (4,5%). As RA's com as menores taxas são: Plano Piloto e Lago Sul (0,2%), SIA (0,1%) e por fim o Sudoeste que não apresentou analfabetos.

Tabela 11- Escolaridade das pessoas com 25 anos ou mais de idade no Distrito Federal em 2018*. Brasília (DF), 2019.

| Nível de escolaridade | % |
|------------------------------|----------|
| Sem escolaridade | 2,3% |
| Fundamental incompleto | 18,4% |
| Fundamental completo | 4,0% |
| Médio incompleto | 5,2% |
| Médio completo | 29,3% |
| Superior incompleto | 6,7% |
| Superior completo | 33,9% |

Fonte: Codeplan/DIEPS/GEREPS/PDAD, 2018. (*) estimativa populacional da PDAD para 2018 foi de 2.881.854.

A despeito de cerca de um terço da população ter concluído o ensino superior estima-se que 31,8% não trabalhavam e nem estudavam em 2018 (Tabela 12).

Tabela 12– Pessoas entre 18 e 29 anos que não trabalham nem estudam no Distrito Federal em 2018. Brasília (DF), 2019.

| Pessoas que não trabalham nem estudam no DF | % |
|--|----------|
| Nem trabalham e nem estudam | 31,8% |
| Outro | 68,2% |

Fonte: Codeplan/DIEPS/GEREPS/PDAD, 2018. (*) estimativa populacional da PDAD para 2018 foi de 2.881.854.

1.2.2 Trabalho e rendimento

Foi verificada que 61% da população com 14 anos ou mais de idade compõem a população economicamente ativa (Tabela 13) sendo que a atividade laboral principal é exercida com maior frequência na área central de Brasília, o Plano Piloto (41%) (Tabela 14).

Tabela 13– Participação das pessoas em idade ativa (14 anos ou mais de idade) no Distrito Federal em 2018. Brasília (DF), 2019.

| Participação das pessoas em idade ativa no DF | % |
|--|----------|
| População Economicamente Ativa | 61,0% |
| Não PEA | 39,0% |

Fonte: Codeplan/DIEPS/GEREPS/PDAD, 2018. (*) estimativa populacional da PDAD para 2018 foi de 2.881.854.

Tabela 14– Distribuição dos principais locais em que as pessoas exerciam seu trabalho principal no Distrito Federal em 2018. Brasília (DF), 2019.

| Regiões Administrativas | % |
|--------------------------------|----------|
| Plano Piloto | 41,0% |
| Taguatinga | 8,3% |
| Ceilândia | 6,3% |
| Vários locais do DF | 5,4% |
| Samambaia | 2,9% |
| Águas Claras | 2,8% |
| Guará | 2,7% |
| Gama | 2,6% |
| Planaltina | 2,5% |
| Lago Sul | 2,2% |

Fonte: Codeplan/DIEPS/GEREPS/PDAD, 2018, *adaptado* (*) estimativa populacional da PDAD para 2018 foi de 2.881.854.

A atividade predominante das pessoas ocupadas é o setor de serviços (74,7%) seguido pelo comércio (18%) (Tabela 15).

Tabela 15– Principal setor de atividades das pessoas ocupadas no Distrito Federal em 2018. Brasília (DF), 2019.

| Setor de Atividades | % |
|----------------------------|----------|
| Agricultura | 0,5% |
| Comércio | 18,0% |
| Indústria | 5,7% |
| Não sabe | 1,0% |
| Serviços | 74,7% |

Fonte: Codeplan/DIEPS/GEREPS/PDAD, 2018, *adaptado* (*) estimativa populacional da PDAD para 2018 foi de 2.881.854.

A renda domiciliar média da população do Distrito Federal em 2015 era da ordem de R\$ 5.192,38 (6,59 Salários Mínimos - SM) e a renda per capita de R\$ 1.652,97 (2,10 SM). A renda média domiciliar mais alta foi verificada no Lago Sul (27,53 SM), seguida do Park Way (19,89 SM), Sudoeste/Octogonal (17,71 SM), Jardim Botânico (15,07 SM) e Lago Norte (14,83

SM). A renda mais alta representa quatro vezes a renda média do DF. Por outro lado, as regiões de menor renda média domiciliar são SCIA - Estrutural (2,50 SM), Varjão (2,88 SM) e Fercal (2,89 SM).

Tabela 16 - Média mensal de renda domiciliar e média mensal de renda per capita por RA.

| REGIÕES ADMINISTRATIVAS | RENDA DOMICILIAR MÉDIA MENSAL | | RENDA PER CAPITA DOMICILIAR MÉDIA | | GINI |
|-------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|--------------|
| | Valores Absolutos (RS 1,00) | Valores em salários mínimos | Valores absolutos (RS 1,00) | Valores em salários mínimos | |
| | Brasília | 12.391,62 | 15,73 | 5.559,75 | |
| Gama | 4.541,79 | 5,76 | 1.396,93 | 1,77 | 0,462 |
| Taguatinga | 5.736,83 | 7,28 | 1.998,14 | 2,54 | 0,442 |
| Brazlândia | 3.418,65 | 4,34 | 983,66 | 1,25 | 0,425 |
| Sobradinho | 5.675,96 | 7,20 | 1.775,79 | 2,25 | 0,475 |
| Planaltina | 3.359,22 | 4,26 | 933,8 | 1,19 | 0,477 |
| Paranoá | 2.769,59 | 3,51 | 756,88 | 0,96 | 0,402 |
| Núcleo Bandeirante | 5.187,49 | 6,58 | 1.842,38 | 2,34 | 0,449 |
| Ceilândia (*) | 3.073,62 | 3,90 | 914,75 | 1,16 | 0,436 |
| Guará | 7.415,25 | 9,41 | 2.683,23 | 3,41 | 0,427 |
| Cruzeiro | 7.333,68 | 9,31 | 2.725,23 | 3,46 | 0,354 |
| Samambaia | 3.465,87 | 4,40 | 914,61 | 1,16 | 0,402 |
| Santa Maria | 3.267,50 | 4,15 | 887,63 | 1,13 | 0,447 |
| São Sebastião | 3.092,70 | 3,92 | 966,96 | 1,23 | 0,341 |
| Recanto das Emas | 2.899,28 | 3,68 | 803,92 | 1,02 | 0,420 |
| Lago Sul | 21.695,66 | 27,53 | 8.117,53 | 10,30 | 0,370 |
| Riacho Fundo | 4.868,09 | 6,18 | 1.624,19 | 2,06 | 0,457 |
| Lago Norte | 11.687,13 | 14,83 | 4.736,75 | 6,01 | 0,450 |
| Candangolândia | 4.478,05 | 5,68 | 1.460,98 | 1,85 | 0,445 |
| Águas Claras (**) | 8.615,45 | 10,93 | 3.339,91 | 4,24 | 0,547 |
| Riacho Fundo II | 3.119,76 | 3,96 | 930,37 | 1,18 | 0,419 |
| Sudoeste/Octogonal | 13.956,59 | 17,71 | 6.589,90 | 8,36 | 0,356 |
| Varjão | 2.269,49 | 2,88 | 627,81 | 0,80 | 0,366 |
| Park Way | 15.671,92 | 19,89 | 5.207,54 | 6,61 | 0,438 |
| SCIA | 1.972,99 | 2,50 | 521,8 | 0,66 | 0,366 |
| Sobradinho II | 5.800,24 | 7,36 | 1.732,52 | 2,20 | 0,514 |
| Jardim Botânico | 11.873,82 | 15,07 | 3.930,39 | 4,49 | 0,437 |
| Itapoã | 2.551,29 | 3,24 | 702,38 | 0,89 | 0,462 |
| SIA | 5.858,53 | 7,43 | 1.763,13 | 2,24 | 0,312 |
| Vicente Pires | 8.604,11 | 10,92 | 2.757,51 | 3,50 | 0,424 |
| Fercal | 2.276,21 | 2,89 | 625,64 | 0,79 | 0,402 |
| Distrito Federal | 5.192,38 | 6,59 | 1.652,97 | 2,10 | 0,468 |

Fonte - Companhia de Planejamento do Distrito Federal - CODEPLAN - Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios - PDAD – 2013. (*) População da RA 32 - Sol Nascente/Pôr do Sol, criada com a Lei 6.359/2019, era contada na RA 9 – Ceilândia. (**) População RA 33 – Arniqueira, criada com a Lei 6.391/2019, era contada na RA 20 – Águas Claras.

É importante destacar que, embora em termos de renda média o Distrito Federal detenha valor elevado, ao desagregar os dados em nível de Região Administrativa, um novo contexto aparece, evidenciando o elevado nível de desigualdade interna existente no DF e mensurado pelo Coeficiente de Gini*, de 0,468. Verifica-se que a diferença entre a maior renda domiciliar média (Lago Sul) é 11 vezes maior que a menor renda (Estrutural) e em termos de renda per capita, essa diferença é de 16 vezes (CODEPLAN, 2016).

*Nota: O Coeficiente de Gini representa uma medida descritiva da classificação da renda, mensurando as suas diferenças, variando entre o número **0** e **1**, onde **zero** corresponde a uma **completa igualdade** na renda (onde todos detêm a mesma renda per capita) e **um** que corresponde a uma **completa desigualdade** entre as rendas (onde um indivíduo, ou uma pequena parcela de uma população, detêm toda a renda e os demais nada têm).

O rendimento bruto da maior parte da população varia entre um a cinco salários mínimos, sendo que 39% recebe entre um a dois e 26,1% entre dois a cinco salários mínimos (Tabela 17).

Tabela 17 – Rendimento bruto do trabalho principal por faixas de salário mínimo no Distrito Federal* em 2018. Brasília (DF), 2019.

| Rendimento bruto por faixa de salário | % |
|---------------------------------------|-------|
| Até 1 salário mínimo | 12,6% |
| Mais de 1 a 2 salários mínimos | 39,0% |
| Mais de 2 a 5 salários mínimos | 26,1% |
| Mais de 5 a 10 salários mínimos | 14,0% |
| Mais de 10 a 20 salários mínimos | 6,5% |
| Mais de 20 salários mínimos | 1,7% |

Fonte: Codeplan/DIEPS/GEREPS/PDAD, 2018, *adaptado* (*) estimativa populacional da PDAD para 2018 foi de 2.881.854.

1.2.3 Índice de Desenvolvimento Humano – IDH

O IDH do Distrito Federal é de 0,824 - o mais elevado entre todas as 27 Unidades da Federação (e o 9º maior entre os 5.565 municípios) e o único classificado como muito alto. A análise do IDH, sob todos os prismas, indica a posição de destaque do Distrito Federal, que apresenta os melhores índices do Brasil em relação ao IDH Renda, ao IDH Longevidade e também ao IDH Educação. A dimensão que mais contribui para o IDHM da UF é a Longevidade, com índice de 0,873, seguida de Renda, com índice de 0,863, e de Educação, com índice de 0,742 (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2013).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) mede os avanços alcançados por um país, considerando três aspectos: vida longa e saudável (baseado na esperança média de vida ao nascer), acesso ao conhecimento (baseado na alfabetização e na escolarização) e nível de vida digno (baseado no PIB per capita associado ao poder de compra em dólares americanos). A escala do IDH vai de 0 a 1, sendo que o “zero” representa a ausência de desenvolvimento humano e o “um” significa um desenvolvimento humano total, ou seja, quanto mais próximo de “um”, melhor o desempenho do país.

1.2.4 Caracterização dos domicílios

Das 883.437 unidades de domicílios particulares estimados pela PDAD em 2018, 79,5% encontram-se em lote regularizado e 97,3% representam ocupação permanente. Também se verifica que a maioria dos domicílios são feitos de alvenaria com revestimento (Tabela 20).

Tabela 18– Distribuição dos domicílios ocupados segundo a regularização do lote no Distrito Federal* em 2018. Brasília (DF), 2019.

| Distribuição dos domicílios ocupados segundo a regularização do lote | % |
|---|----------|
| Não regularizado | 16,6% |
| Não sabe | 3,8% |
| Regularizado | 79,5% |

Fonte: Codeplan/DIEPS/GEREPS/PDAD, 2018. (*) estimativa populacional da PDAD para 2018 foi de 2.881.854.

Tabela 19– Distribuição dos domicílios ocupados segundo a espécie no Distrito Federal* em 2018. Brasília (DF), 2019.

| Distribuição dos domicílios segundo a espécie | % |
|--|----------|
| Improvisado | 2,70% |
| Permanente | 97,30% |

Fonte: Codeplan/DIEPS/GEREPS/PDAD, 2018. (*) estimativa populacional da PDAD para 2018 foi de 2.881.854.

Tabela 20– Distribuição dos domicílios ocupados segundo a regularização do lote no Distrito Federal* em 2018. Brasília (DF), 2019.

| Distribuição dos domicílios segundo a regularização | % |
|--|----------|
| Alvenaria com revestimento | 93,7% |
| Alvenaria sem revestimento | 5,4% |
| Madeira aparelhada | 0,1% |
| Madeirite | 0,3% |
| Material reaproveitado | 0,1% |
| Placas de cimento | 0,3% |

Fonte: Codeplan/DIEPS/GEREPS/PDAD, 2018. (*) estimativa populacional da PDAD para 2018 foi de 2.881.854.

1.2.5 Infraestrutura domiciliar

Embora seja observado a grande proporção de imóveis de alvenaria (93,7%) e em localização permanente (97,3%) a proporção da coleta direta de lixo domiciliar (80,4%) encontra-se próxima à proporção de domicílios em área regular (79,5%). Estima-se que apenas cerca de 2% não possuem coleta direta dos resíduos domiciliares.

Tabela 21– Coleta do lixo domiciliar no Distrito Federal em 2018. Brasília (DF), 2019.

| Coleta do lixo domiciliar | % |
|---------------------------------------|----------|
| Coleta direta não seletiva | 80,4% |
| Coleta direta seletiva | 49,1% |
| Jogado em local impróprio | 1,1% |
| Outro destino (queimado ou enterrado) | 0,8% |

Fonte: Codeplan/DIEPS/GEREPS/PDAD, 2018. (*) estimativa populacional da PDAD para 2018 foi de 2.881.854.

O abastecimento de água pela rede geral ocorre em 98,6% dos domicílios e a rede de esgoto sanitário está presente em 92,8% dos domicílios no Distrito Federal; serviços realizados pela rede geral da Companhia de Saneamento Ambiental do Distrito Federal (CAESB). E quase todos (99,4%) os domicílios recebem abastecimento de energia elétrica pela Companhia Energética de Brasília (CEB) (CODEPLAN, 2019).

Tabela 22– Abastecimento de água do domicílio no Distrito Federal* em 2018. Brasília (DF), 2019.

| Abastecimento de água do domicílio | % |
|---|----------|
| Captação de água da chuva | 30,0% |
| Carro pipa | 0,2% |
| Gambiarra | 1,0% |
| Poço artesiano | 1,6% |
| Poço/Cisterna | 1,4% |
| Rede Geral (CAESB) | 98,6% |

Fonte: Codeplan/DIEPS/GEREPS/PDAD, 2018. (*) estimativa populacional da PDAD para 2018 foi de 2.881.854.

Tabela 23– Esgotamento sanitário dos domicílios no Distrito Federal* em 2018. Brasília (DF), 2019.

| Esgotamento Sanitário dos domicílios | % |
|---|----------|
| Esgotamento a céu aberto | 0,1% |
| Fossa rudimentar (buraco ou fossa negra) | 2,2% |
| Fossa séptica | 9,0% |
| Rede Geral (CAESB) | 92,8% |

Fonte: Codeplan/DIEPS/GEREPS/PDAD, 2018. (*) estimativa populacional da PDAD para 2018 foi de 2.881.854.

Tabela 24– Abastecimento de energia elétrica dos domicílios no Distrito Federal* em 2018. Brasília (DF), 2019.

| Abastecimento de energia elétrica | % |
|--|----------|
| Gambiarra | 1,2 |
| Outras fontes renováveis | 0,7 |
| Próprio (gerador a combustível) | 1,7 |
| Próprio (gerador solar) | 2,3 |
| Rede Geral (CEB) | 99,4 |

Fonte: Codeplan/DIEPS/GEREPS/PDAD, 2018. (*) estimativa populacional da PDAD para 2018 foi de 2.881.854.

1.2.6 Infraestrutura urbana nas proximidades dos domicílios

Em relação à infraestrutura urbana nas imediações dos domicílios em 94,5% destes consta iluminação, em 93,7% há asfalto ou pavimentação e em 91,1% há calçamento na rua de acesso principal. Também há estimado que próximo a 27,4% dos domicílios existe entulhos e que há ruas esburacadas em aproximadamente 35,5%.

Tabela 25– Infraestrutura urbana nas proximidades dos domicílios do Distrito Federal em 2018, Brasília (DF), 2019.

| Infraestrutura urbana nas proximidades dos domicílios | % |
|--|----------|
| Rua de acesso principal iluminada | 94,5% |
| Rua de acesso principal asfaltada/pavimentada | 93,7% |
| Rua de acesso principal tem calçada | 91,1% |
| Calçada da rua principal tem meio fio | 87,4% |
| Rua de acesso principal com rede pluvial | 77,7% |
| Rua próximas arborizadas | 59,6% |
| Ruas próximas esburacadas | 35,4% |
| Existência de entulho nas proximidades | 27,4% |
| Ruas próximas alagam quando chove | 26,5% |
| Ponto de Encontro Comunitário (PEC) | 63,1% |
| Quadras esportivas | 62,8% |
| Parques ou jardins | 54,4% |
| Ciclovias ou ciclo faixa | 48,1% |

Fonte: Codeplan/DIEPS/GEREPS/PDAD, 2018. (*) estimativa populacional da PDAD para 2018 foi de 2.881.854.

Ao passo que o principal meio para se transportar à escola ou curso seja locomoção a pé, realizada por 35,8% dos indivíduos, o transporte até o trabalho principal se dá por automóveis (47%) e ônibus (38,2%). O tempo de deslocamento até o trabalho leva mais de 30 minutos por 42,4% dos habitantes do Distrito Federal (CODEPLAN, 2019).

Tabela 26– Principal meio de transporte para ir à escola/curso no Distrito Federal* em 2018. Brasília (DF), 2019.

| Principal meio de transporte para ir à escola/curso | % |
|--|----------|
| A pé | 35,8% |
| Automóvel | 27,6% |
| Bicicleta | 1,1% |
| Metrô | 1,4% |
| Motocicleta | 0,4% |
| Ônibus | 23,7% |
| Transporte escolar privado | 6,9% |
| Transporte escolar público | 2,9% |

Fonte: Codeplan/DIEPS/GEREPS/PDAD, 2018 (*) estimativa populacional da PDAD para 2018 foi de 2.881.854.

Tabela 27– Meios de deslocamento até o trabalho principal no Distrito Federal* em 2018. Brasília (DF), 2019.

| Meio de deslocamento até o trabalho principal | % |
|--|----------|
| A pé | 14,5% |
| Automóvel | 47,0% |
| Bicicleta | 2,1% |
| Metrô | 3,7% |
| Motocicleta | 2,8% |
| Ônibus | 38,2% |
| Utilitário | 0,7% |

Fonte: Codeplan/DIEPS/GEREPS/PDAD, 2018 (*) estimativa populacional da PDAD para 2018 foi de 2.881.854.

Tabela 28– Tempo de deslocamento até o trabalho principal no Distrito Federal* em 2018. Brasília (DF), 2019.

| Tempo de deslocamento até o trabalho principal | % |
|---|----------|
| Até 15 minutos | 26,3 |
| Entre 1 hora e 1 hora e meia | 6,2 |
| Entre 1 hora e 45 minutos e 2 horas | 0,9 |
| Entre 1 hora e meia e 1 hora e 45 minutos | 1,1 |
| Entre 15 e 30 minutos | 27 |
| Entre 30 e 45 minutos | 20,3 |
| Entre 45 minutos e 1 hora | 13 |
| Mais de 2 horas | 0,9 |
| Não sabe | 4,3 |

Fonte: Codeplan/DIEPS/GEREPS/PDAD, 2018 (*) estimativa populacional da PDAD para 2018 foi de 2.881.854.

A existência de policiamento regular nas proximidades dos domicílios abrange 52,5% dos mesmos, enquanto 39% compartilham serviços e/ou equipamentos de segurança coletivos e 20,9% possuem serviços e/ou equipamentos de segurança.

Tabela 29 – Segurança nas proximidades do domicílio no Distrito Federal* em 2018. Brasília (DF), 2019.

| Segurança nas proximidades do domicílio | % |
|--|----------|
| Compartilhamento de serviços/equipamentos de segurança coletivos | 39,0% |
| Disposição de serviços/equipamentos de segurança | 20,9% |
| Existência de policiamento regular | 52,5% |

Fonte: Codeplan/DIEPS/GEREPS/PDAD, 2018 (*) estimativa populacional da PDAD para 2018 foi de 2.881.854.

1.2.7 Serviços domiciliares e inventário de bens duráveis

No que tange o uso dos bens duráveis nos domicílios os que constam na maior parte dos domicílios são fogão (98,8%), televisor de tela fina /plana (85,9%), geladeira (uma porta em 42,3% e duas portas em 58,6%) e forno micro-ondas (74,9%).

Tabela 30– Inventário dos bens duráveis dos domicílios do Distrito Federal* em 2018 Brasília (DF), 2019.

| Inventário dos bens duráveis dos domicílios | % |
|--|--------------|
| Ar condicionado | 12,1% |
| Circulador de ar e/ou ventilador | 56,1% |
| Fogão | 98,8% |
| Forno micro-ondas | 74,9% |
| Freezer | 16,0% |
| Geladeira de duas portas | 58,6% |
| Geladeira de uma porta | 42,3% |
| Máquina de lavar e secar roupas | 15,3% |
| Máquina de lavar louça | 5,2% |
| Máquina de lavar roupas | 72,4% |
| Microcomputador/Desktop | 32,7% |
| Notebook/Laptop | 50,5% |
| Placas de energia/aquecedor solar | 1,9% |
| Secadora de roupas | 1,5% |
| Tablet | 23,7% |
| Telefone celular pós-pago | 46,6% |
| Telefone celular pré-pago | 66,7% |
| Telefone fixo | 50,0% |
| Televisor tela fina/plana | 85,9% |
| Televisor tubo | 21,4% |
| Tocador de DVD/Blu-ray | 37,4% |

Fonte: Codeplan/DIEPS/GEREPS/PDAD, 2018. (*) estimativa populacional da PDAD para 2018 foi de 2.881.854.

Quanto ao acesso à rede de internet, em 68,1% dos domicílios há uso de Banda Larga própria.

Tabela 31– Modalidades de acesso à internet nos domicílios no Distrito Federal* em 2018, Brasília (DF), 2019.

| Modalidades de acesso à internet nos domicílios | % |
|--|----------|
| Acesso por meio de Banda Larga de outra pessoa | 5,5% |
| Acesso por meio de Banda Larga própria | 68,1% |
| Sinal de rede celular 3G ou 4G de outra pessoa | 12,2% |
| Sinal de rede celular 3G ou 4G próprio | 66,2% |

Fonte: Codeplan/DIEPS/GEREPS/PDAD, 2018. (*) estimativa populacional da PDAD para 2018 foi de 2.881.854.

1.3 Perfil Epidemiológico

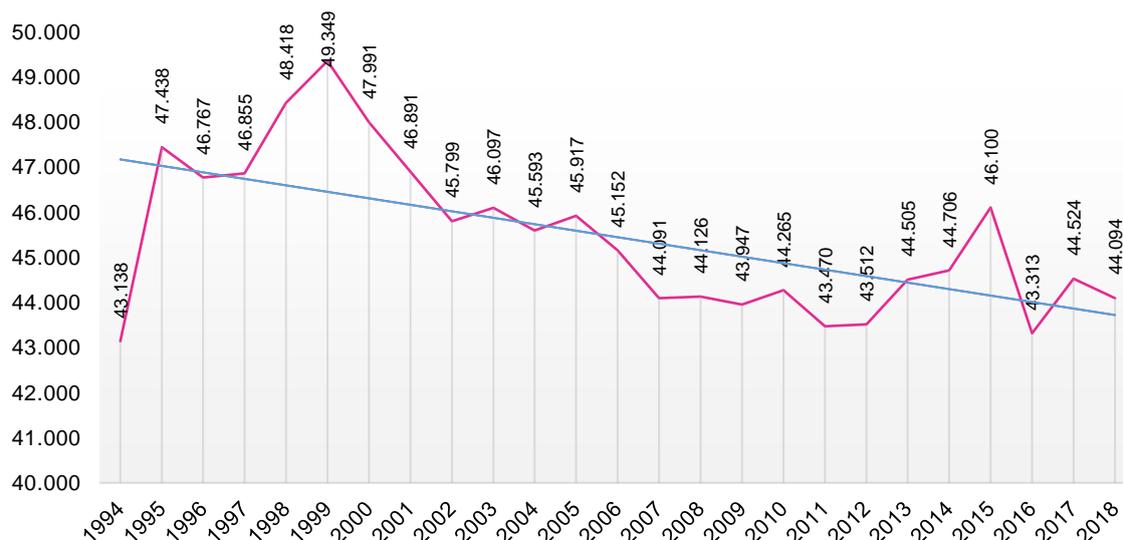
1.3.1 Natalidade

O amplo conhecimento sobre o perfil de natalidade e fecundidade da população, bem como os fatores epidemiológicos e socioeconômicos associados, é fundamental para o planejamento de políticas públicas que atendem às necessidades, os anseios e os objetivos da atual estrutura familiar e sociedade (DISTRITO FEDERAL, 2016). Enquanto o coeficiente de natalidade está relacionado com o tamanho da população, a taxa de fecundidade relaciona-

se com o número de mulheres em idade fértil e expressa a dinâmica demográfica da população em relação à capacidade de reposição populacional (SOARES, 2019).

A natalidade no Distrito Federal vem sofrendo redução ao longo dos últimos anos com queda no número anual de nascimentos entre as residentes no DF como pode ser observado no período de 1999 a 2018: redução de 49 mil para 44 mil nascimentos anuais (gráfico 1).

Gráfico 1- Número de nascidos vivos de residentes no Distrito Federal, 1994 a 2018.



Fonte: SINASC Tabnet-Datasus e SINASC/SES-DF competência setembro de 2019, via Sala de Situação da SES-DF.

Segundo dados epidemiológicos mais recentes, entre 2000 e 2016 a taxa de natalidade no Distrito Federal sofreu decaída de 36,4%, passando de 22,8 em 2000 para 14,5 em 2016. A taxa de fecundidade observada também apresentou queda de 31,1% neste período, ficando em 2016 igual a 1,53 filhos por mulher¹. A queda da fecundidade tem sido acentuada e apresenta forte correlação com os novos comportamentos da família brasileira, redução do número de filhos por mulher, adiamento das gestações para idade mais avançadas do período reprodutivo, e, mais recentemente, o surto do vírus Zika com o aumento da prevalência de microcefalia em recém-nascidos (CODEPLAN, 2019).

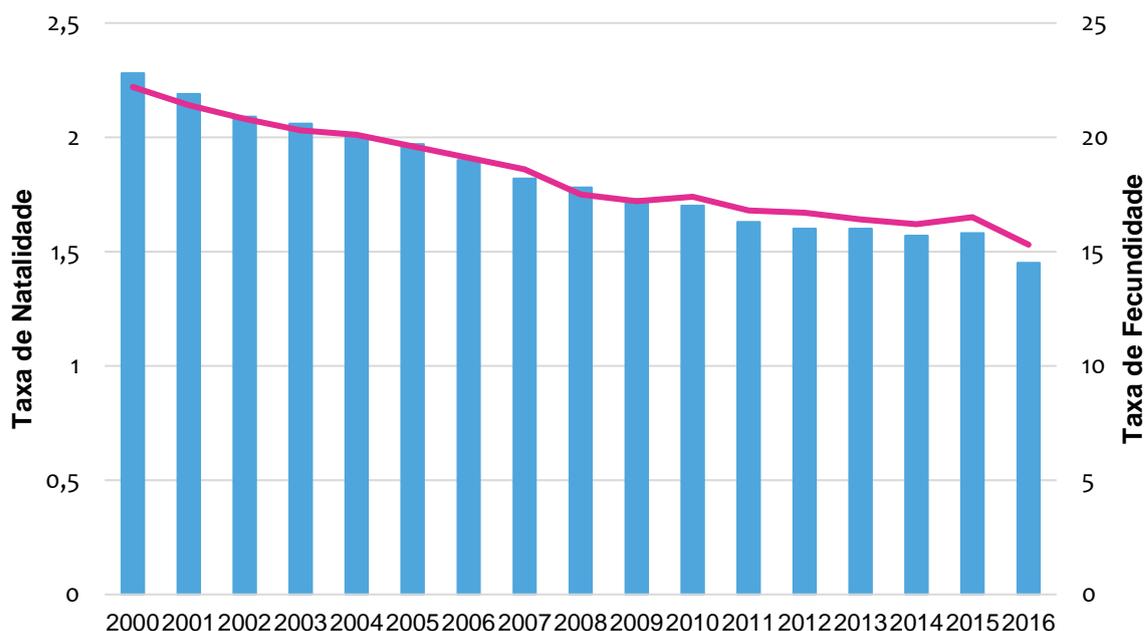
Segundo dados contidos no Relatório Epidemiológico sobre natalidade, a análise da série histórica 2000-2016, demonstra queda de 36,4% na taxa bruta de natalidade e redução de 31,1% na taxa de fecundidade, ficando em 2016 igual a 1,53 filhos por mulher (Tabela 32) (DISTRITO FEDERAL, 2016).

Tabela 32 - Número de nascidos vivos, taxa de natalidade e taxa de fecundidade no Distrito Federal, 2000 a 2016.

| Ano | Nascidos Vivos | Taxa de Natalidade | Taxa de Fecundidade |
|------|----------------|--------------------|---------------------|
| 2000 | 47.991 | 22,8 | 2,22 |
| 2001 | 46.967 | 21,9 | 2,14 |
| 2002 | 45.799 | 20,9 | 2,08 |
| 2003 | 46.097 | 20,6 | 2,03 |
| 2004 | 45.593 | 20,0 | 2,01 |
| 2005 | 45.926 | 19,7 | 1,96 |
| 2006 | 45.155 | 19,0 | 1,91 |
| 2007 | 44.090 | 18,2 | 1,86 |
| 2008 | 44.119 | 17,8 | 1,75 |
| 2009 | 43.946 | 17,3 | 1,72 |
| 2010 | 44.253 | 17,0 | 1,74 |
| 2011 | 43.469 | 16,3 | 1,68 |
| 2012 | 43.511 | 16,0 | 1,67 |
| 2013 | 44.503 | 16,0 | 1,64 |
| 2014 | 44.706 | 15,7 | 1,62 |
| 2015 | 46.099 | 15,8 | 1,65 |
| 2016 | 43.313 | 14,5 | 1,53 |

Fonte: GIISS/DIVIEP/SVS/SES-DF.

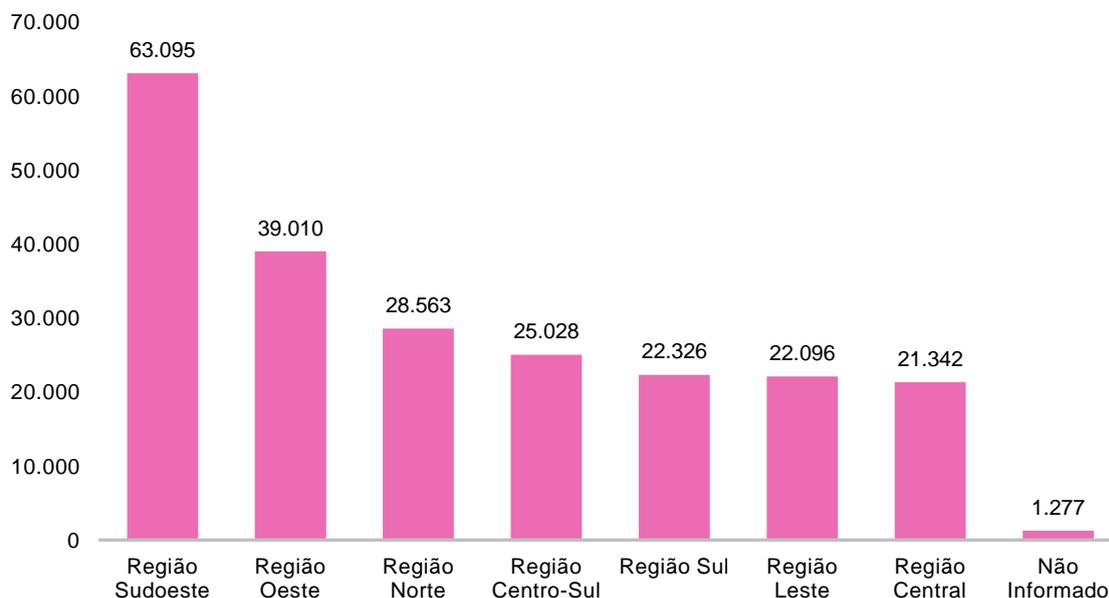
Gráfico 2- Taxa de natalidade e fecundidade no Distrito Federal, 2000 a 2016.



Fonte: GIISS/DIVIEP/SVS/SES-DF.

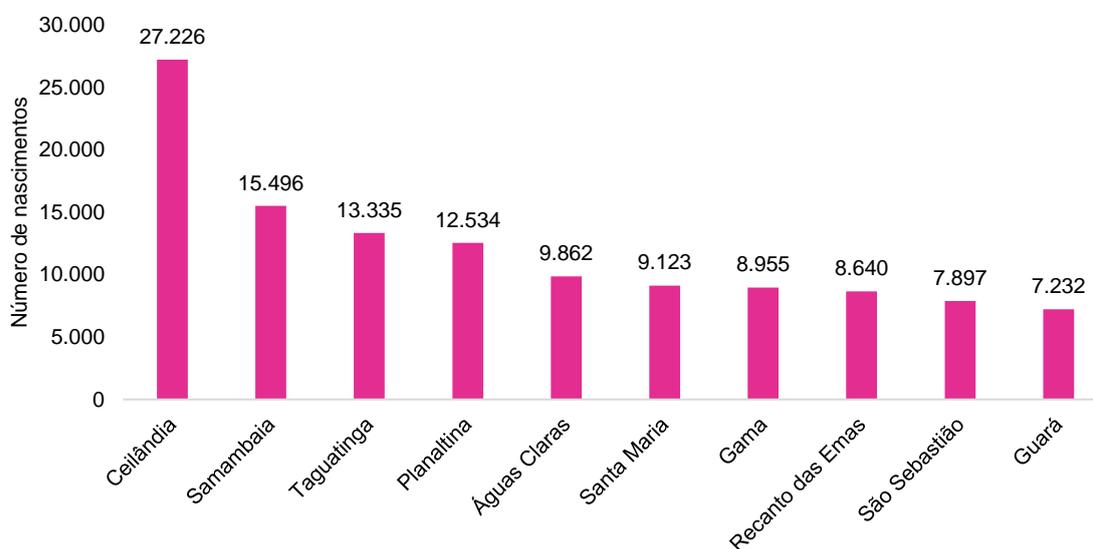
A Região de Saúde Sudoeste possui maior número de nascimentos nos últimos 5 anos, 63.095 (28,33%), fato caracterizado por ser a região com maior população no DF (Gráfico 3). Em relação à Região Administrativa com maior número de nascidos vivos, Ceilândia se destaca com 27.226 (15,24%) partos nos últimos 5 anos (Gráfico 4).

Gráfico 3- Número de nascidos vivos por região de saúde de residência da mãe 2014 a 2018.



Fonte: SINASC/SES-DF competência setembro de 2019, dados atualizados em 09/09/2019, via Sala de Situação da SES-DF.

Gráfico 4- Número de Nascidos Vivos por Região Administrativa de Residência da Mãe 2014 a 2018.



Fonte: SINASC/SES-DF competência setembro de 2019, dados atualizados em 09/09/2019, via Sala de Situação da SES-DF.

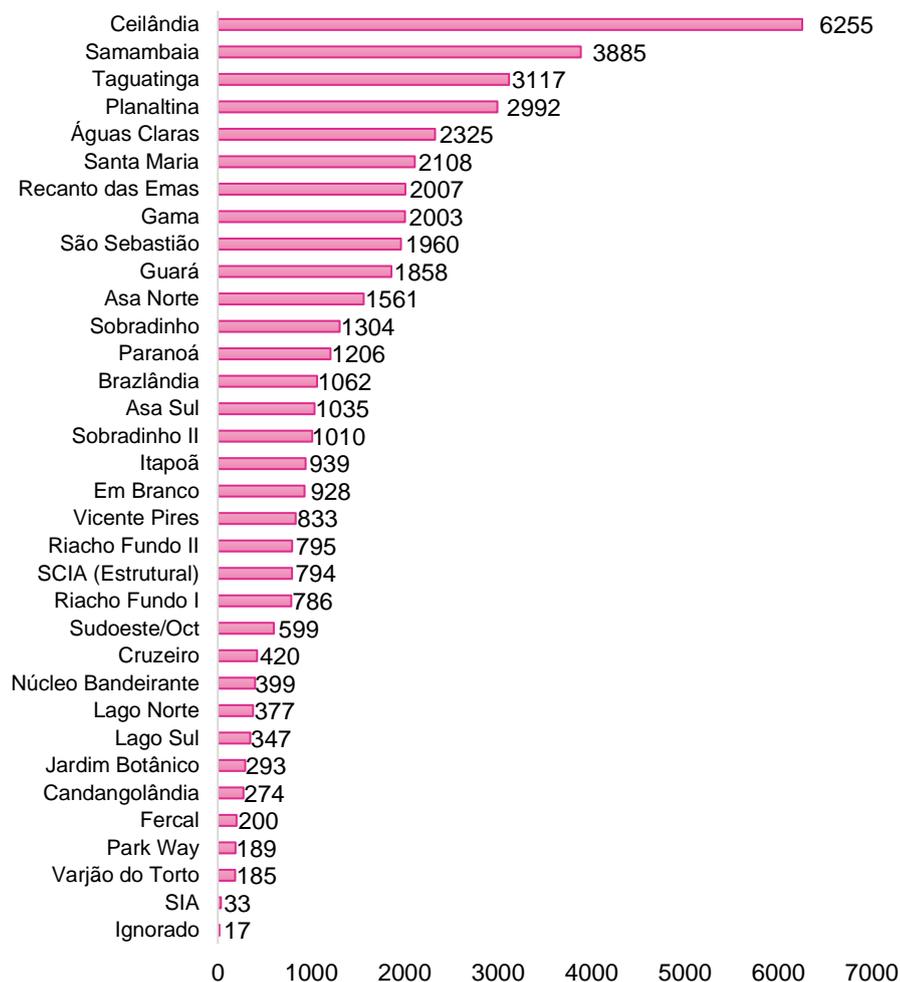
Tabela 33- Número de nascidos vivos por Região Administrativa de residência da mãe, 2014 a 2018.

| Região de Saúde | RA de Residência | Número de Nascimentos | % |
|--|--------------------|-----------------------|---------------|
| Central | Asa Norte | 5.493 | 3,07% |
| | Lago Norte | 1.454 | 0,81% |
| | Varjão | 671 | 0,38% |
| | Cruzeiro | 1.566 | 0,88% |
| | Sudoeste/Octogonal | 2.367 | 1,32% |
| | Asa Sul | 4.075 | 2,28% |
| | Lago Sul | 1.207 | 0,68% |
| Total da Região de Saúde Central | | 16.833 | 9,42% |
| Centro-Sul | Núcleo Bandeirante | 1.614 | 0,90% |
| | Riacho Fundo I | 3.231 | 1,81% |
| | Riacho Fundo II | 2.677 | 1,50% |
| | Park Way | 805 | 0,45% |
| | Candangolândia | 1.050 | 0,59% |
| | Guará | 7.232 | 4,05% |
| | SIA | 203 | 0,11% |
| SCIA/Estrutural | 3.051 | 1,71% | |
| Total da Região de Saúde Centro-Sul | | 19.863 | 11,12% |
| Norte | Planaltina | 12.534 | 7,02% |
| | Sobradinho | 5.200 | 2,91% |
| | Sobradinho II | 4.514 | 2,53% |
| | Fercal | 776 | 0,43% |
| Total da Região de Saúde Norte | | 23.024 | 12,89% |
| Sul | Gama | 8.955 | 5,01% |
| | Santa Maria | 9.123 | 5,11% |
| Total da Região de Saúde Sul | | 18.078 | 10,12% |
| Leste | Paranoá | 4.750 | 2,66% |
| | Itapoã | 3.993 | 2,24% |
| | Jardim Botânico | 1.150 | 0,64% |
| | São Sebastião | 7.897 | 4,42% |
| Total da Região de Saúde Leste | | 17.790 | 9,96% |
| Oeste | Ceilândia (*) | 27.226 | 15,24% |
| | Brazlândia | 4.412 | 2,47% |
| Total da Região de Saúde Oeste | | 31.638 | 17,71% |
| Sudoeste | Taguatinga | 13.335 | 7,46% |
| | Vicente Pires | 3.481 | 1,95% |
| | Águas Claras (**) | 9.862 | 5,52% |
| | Recanto das Emas | 8.640 | 4,84% |
| | Samambaia | 15.496 | 8,67% |
| Total da Região de Saúde Sudoeste | | 50.814 | 28,44% |
| Não informado | | 603 | 0,34% |
| TOTAL | | 178.643 | 100% |

Fonte: SINASC/SES-DF competência setembro de 2019, dados atualizados em 09/09/2019, via Sala de Situação da SES-DF. (*) Dados da RA 32 - Sol Nascente/Pôr do Sol, criada com a Lei 6.359/2019, eram contados na RA 9 – Ceilândia. (**) Dados da RA 33 – Arniqueira, criada com a Lei 6.391/2019, eram contados na RA 20 – Águas Claras.

Quanto ao número de nascidos vivos por RA em 2018 observa-se maior prevalência de Ceilândia, Samambaia, Taguatinga, Planaltina e Águas Claras (Gráfico 5).

Gráfico 5- Número de Nascidos Vivos por RA em 2018.



Fonte: SINASC/SES-DF competência setembro de 2019, dados atualizados em 09/09/2019, via Sala de Situação da SES-DF. (*) Dados da RA 32 - Sol Nascente/Pôr do Sol, criada com a Lei 6.359/2019, eram contados na RA 9 – Ceilândia. (**) Dados da RA 33 – Arniqueira, criada com a Lei 6.391/2019, eram contados na RA 20 – Águas Claras.

Entretanto, a taxa de natalidade que correlaciona o número de nascidos vivos e o tamanho da população, comporta-se diferentemente em cada localidade do Distrito Federal. Em 2018, no SCIA/Estrutural foi igual a 23,7 nascidos vivos por 1.000 habitantes, seguida de São Sebastião (20,6), Águas Claras (20,0), Fercal (18,9) e Riacho Fundo II (19,7) (Tabela 34). Esta variação pode ser decorrente tanto da diferente composição etária das populações, como das condições socioeconômicas específicas de cada localidade.

Tabela 34 - Taxa de Natalidade por região administrativa e região de saúde, 2018.

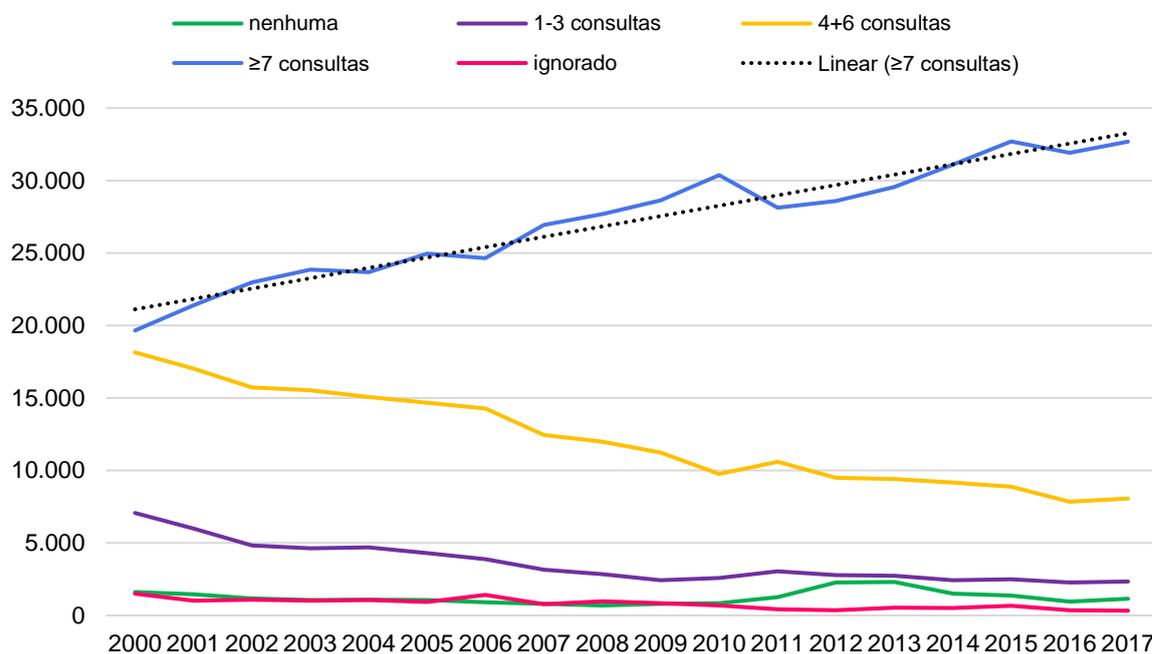
| Região de Saúde | RA de Residência | População | Nº de nascimentos | Taxa de natalidade |
|-------------------------------|-----------------------------------|------------------|-------------------|--------------------|
| CENTRAL | RA1 - Asa Norte | 145.311 | 1537 | 10,6 |
| | RA18 - Lago Norte | 39.152 | 390 | 10,0 |
| | RA 23 - Varjão | 10.385 | 174 | 16,8 |
| | RA11 - Cruzeiro | 41.457 | 421 | 10,2 |
| | RA 22 - Sudoeste/Octogonal | 59.117 | 602 | 10,2 |
| | RA1 - Asa Sul | 104.817 | 1034 | 9,9 |
| | RA16 - Lago Sul | 36.673 | 349 | 9,5 |
| | Total da Região Central | 436.912 | 4507 | 10,3 |
| CENTRO-SUL | RA8 - N. Bandeirante | 28.698 | 401 | 14,0 |
| | RA17 - R. Fundo I | 41.347 | 794 | 19,2 |
| | RA 21- R. Fundo II | 40.694 | 800 | 19,7 |
| | RA 24 -Park Way | 23.064 | 188 | 8,2 |
| | RA19 - Candangolândia | 18.444 | 277 | 15,0 |
| | RA10 - Guará | 126.829 | 1867 | 14,7 |
| | RA 29 - S.I.A | 2.772 | 44 | 15,9 |
| | RA 25 - SCIA (Estrut.) | 33.494 | 794 | 23,7 |
| | Total da Região Centro-Sul | 315.342 | 5165 | 16,4 |
| NORTE | RA 6 - Planaltina | 195.027 | 3020 | 15,5 |
| | RA5 - Sobradinho I | 89.935 | 1310 | 14,6 |
| | RA 26 - Sobradinho II | 83.713 | 1010 | 12,1 |
| | RA 31 - Fercal | 10.054 | 199 | 19,8 |
| | Total da Região Norte | 378.729 | 5539 | 14,6 |
| SUL | RA2 - Gama | 156.321 | 2134 | 13,7 |
| | RA13 - Santa Maria | 133.905 | 2114 | 15,8 |
| | Total da Região Sul | 290.226 | 4248 | 14,6 |
| OESTE | RA4 - Brazlândia | 65.814 | 1077 | 16,4 |
| | RA9 – Ceilândia (*) | 461.057 | 6295 | 13,7 |
| | Total da Região Oeste | 526.871 | 7372 | 14,0 |
| LESTE | RA7 - Paranoá | 62.510 | 1211 | 19,4 |
| | RA14 - São Sebastião | 95.199 | 1961 | 20,6 |
| | RA 27- Jd. Botânico | 23.385 | 299 | 12,8 |
| | RA 28 - Itapoã | 50.073 | 835 | 16,7 |
| | Total da Região Leste | 231.167 | 4306 | 18,6 |
| SUDOESTE | RA3 - Taguatinga | 239.315 | 3142 | 13,1 |
| | RA12 - Samambaia | 226.355 | 3903 | 17,2 |
| | RA15 - Recanto das Emas | 141.218 | 2024 | 14,3 |
| | RA 20 - Águas Claras (**) | 117.834 | 2353 | 20,0 |
| | RA 30 - Vicente Pires | 68.240 | 859 | 12,6 |
| | Total da Região Sudoeste | 792.962 | 12281 | 15,5 |
| TOTAL DISTRITO FEDERAL | | 2.972,209 | 44.093 | 14,8 |

Fonte: SINASC/SES-DF competência setembro de 2019, dados atualizados em 09/09/2019, via Sala de Situação da SES-DF. (*) Dados da RA 32 - Sol Nascente/Pôr do Sol, criada com a Lei 6.359/2019, eram contados na RA 9 – Ceilândia. (**) Dados da RA 33 – Arniqueira, criada com a Lei 6.391/2019, eram contados na RA 20 – Águas Claras.

Nascidos vivos segundo a característica da gestação e do parto

A realização do pré-natal reflete como ação prioritária na prevenção e identificação precoce de afecções na mãe e no bebê possibilitando uma gravidez equilibrada e o desenvolvimento adequado à criança⁵. A análise do número de consultas pré-natal no Distrito Federal nos últimos anos demonstra aumento expressivo entre as mães residentes no DF, onde o número de consultas ≥ 7 apresenta-crescimento de 39,87% (Gráfico 6).

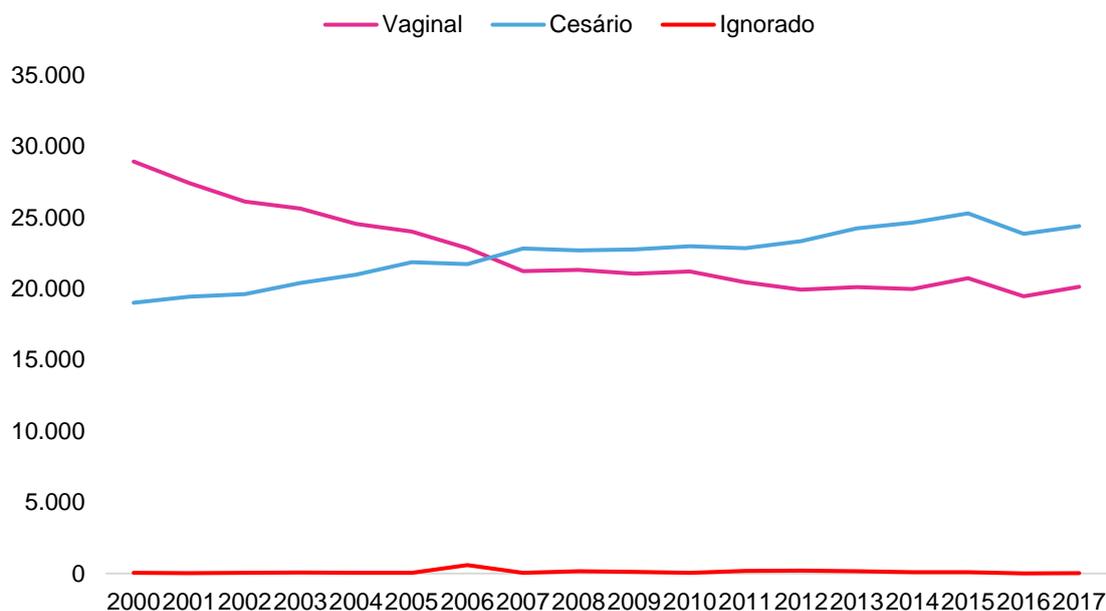
Gráfico 6 - Número de consultas de pré-natal no Distrito Federal no período de 2000 a 2017.



Fonte: Tabnet-DataSUS-SINASC.

Quanto ao tipo de parto realizado na análise dos dados de 2000 a 2017, observa-se a redução do número de partos vaginais em 30,39% e o aumento no quantitativo de partos cesáreas em 22,1% (Gráfico 7). Segundo a OMS, a taxa ideal de cesáreas seria entre 10% e 15% de todos os partos (WHO, 2017). Dados mundiais reiteram que as cesáreas se tornaram mais frequentes tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento (WHO, 1985; VOGEL; YE; 2014). A fim de reduzir eventos relacionados ao parto a OMS emitiu novas diretrizes para estabelecer padrões de atendimento globais para mulheres grávidas saudáveis e reduzir intervenções médicas desnecessárias (WHO, 2018).

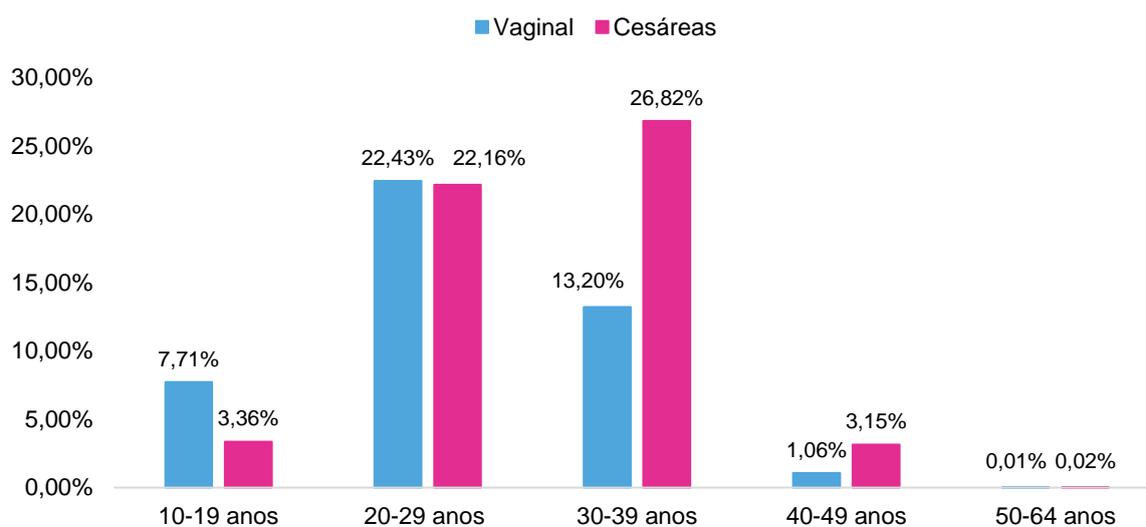
Gráfico 7- Número de partos realizados no DF, por tipo, no período de 2000 a 2017.



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

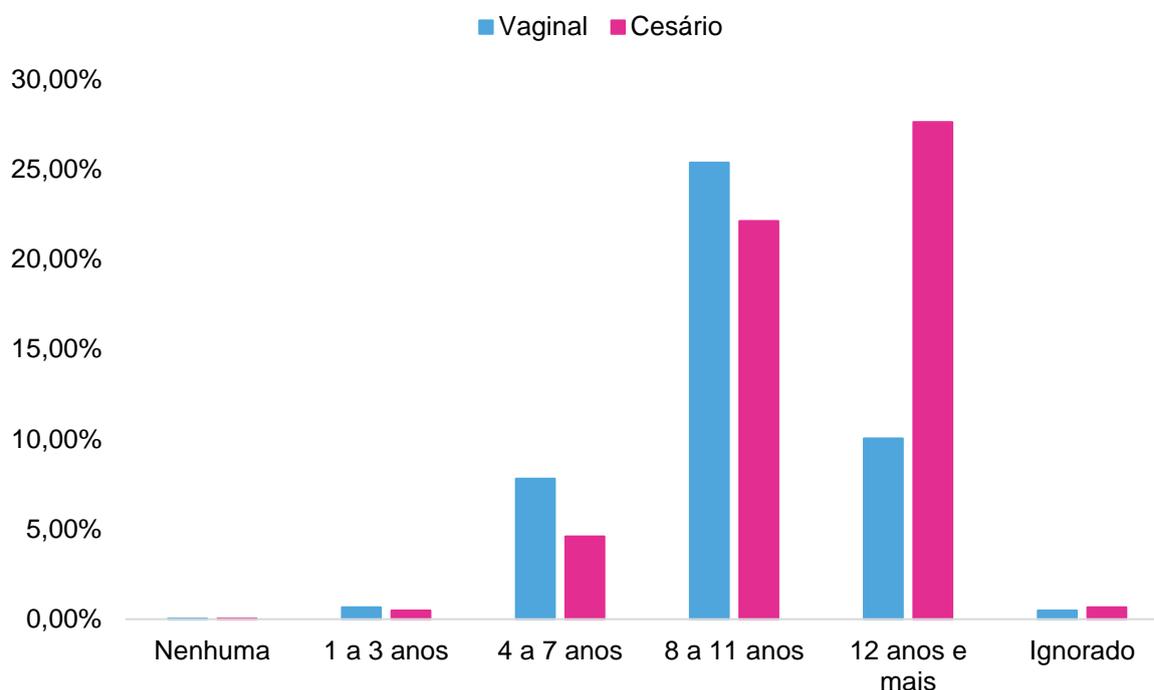
A idade materna interfere no tipo de partos, quanto maior a idade maior o percentual de cesáreas (Gráfico 8). O tempo de estudos influencia de forma diretamente proporcional a prevalência de parto cesárea (Gráfico 9).

Gráfico 8 - Percentual do tipo de parto e idade da mãe no ano de 2018.



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

Gráfico 9 - Percentual do tipo de parto e anos de estudo da mãe no ano de 2018.

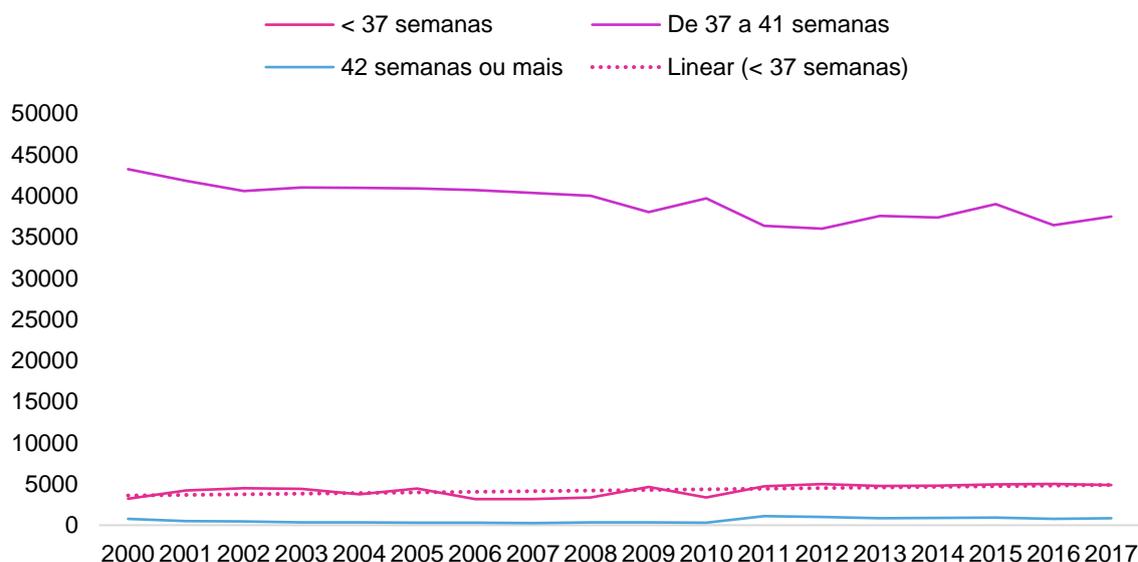


Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

Prematuridade

A prematuridade é uma síndrome complexa, com múltiplos fatores etiológicos, e está associada a um amplo espectro de condições clínicas que define a sobrevivência e o padrão de crescimento e desenvolvimento, nos diferentes subgrupos de risco (Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP 2017). Segundo análise do número de nascidos vivos relacionado ao tempo de gestação entre 2000 e 2017, observa-se aumento do número de prematuros (< 37 semanas) em 34,71% no Distrito Federal. Houve redução de 13,32% no número de nascidos vivos com tempo de gestação de 37 a 41 semanas (Gráfico 10). Esses dados demonstram a necessidade de fortalecimento das políticas públicas com desenvolvimento de ações robustas para o pré-natal de qualidade a fim de possibilitar avaliação e classificação de risco, proceder ao acolhimento das intercorrências na gestação, identificação precoce de comorbidades e afecções maternas e do feto, como também, detecção das vulnerabilidades (UNASUS/UFMA, 2015).

Gráfico 10- Percentual do número de nascidos vivos e tempo de gestação, 2000 a 2017.



Fonte: Tabnet-DataSUS- Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

1.3.2 Morbidade

A morbidade refere-se à descrição e análise de uma situação existente em um conjunto de indivíduos que adquirem doenças (ou determinadas doenças) num dado intervalo de tempo em uma determinada população. Seus dados demonstram o comportamento das doenças e dos agravos à saúde na população. Possibilitam a capacidade de revelar aspectos relativos à saúde-doença de uma população, bem como, embasam o planejamento das ações de saúde para promoção da saúde, proteção, prevenção e tratamento dos agravos.

Segundo dados epidemiológicos extraídos do SIH/Sala de Situação, no Distrito Federal, no período de 2014 a 2018 houve 898.222 internações. A principal causa de internação foi a classificada no capítulo XV do Código Internacional de Doenças, CID-10, Gravidez parto e puerpério, totalizando 250.271 internações, 27,86% do total. As lesões envenenamento e algumas outras consequências de causas externas – capítulo XIX, lideram a segunda principal causa de internação, perfazendo 86.649 (9,65%) do total das causas. Estão incluídas nesse grupo as intoxicações por drogas, medicamentos e substâncias biológicas, efeitos tóxicos de substâncias de origem predominantemente não-medicinal, traumatismos envolvendo múltiplas regiões do corpo, queimaduras e corrosões, sequelas por traumatismos, intoxicações e outras consequências por causas externas. Em seguida, surgem as doenças do aparelho respiratório, circulatório e digestivo, totalizando essas três categorias 221.480 internações, representando 24,66% do total. Nesse grupo estão incluídas as pneumonias, as doenças isquêmicas do coração, insuficiência cardíaca.

A tabela abaixo mostra o rol das principais causas de internação no Distrito Federal por capítulo de acordo com o CID-10 nos últimos cinco anos.

Tabela 35- Principais causas de internação no DF, por capítulo CID-10, no período de 2014 a 2018.

| Causas de Internação (por capítulo CID-10) | Número de AIH's | % |
|--|------------------------|---------------|
| Capítulo XV - Gravidez parto e puerpério | 250.271 | 27,86% |
| Capítulo XIX - Lesões envenenamento e algumas outras consequências de causas externas | 86.649 | 9,65% |
| Capítulo X - Doenças do aparelho respiratório | 74.273 | 8,27% |
| Capítulo IX - Doenças do aparelho circulatório | 73.933 | 8,23% |
| Capítulo XI - Doenças do aparelho digestivo | 73.274 | 8,16% |
| Capítulo XVI - Algumas afecções originadas no período perinatal | 57.857 | 6,44% |
| Capítulo XIV - Doenças do aparelho geniturinário | 53.384 | 5,94% |
| Capítulo II - Neoplasias [tumores] | 48.349 | 5,38% |
| Capítulo I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 36.422 | 4,05% |
| Capítulo V - Transtornos mentais e comportamentais | 21.265 | 2,37% |
| Capítulo XVIII - Sintomas sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte | 20.038 | 2,23% |
| Capítulo XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde | 19.074 | 2,12% |
| Capítulo VI - Doenças do sistema nervoso | 16.783 | 1,87% |
| Capítulo XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo | 14.528 | 1,62% |
| Capítulo IV - Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas | 12.988 | 1,45% |
| Capítulo XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo | 11.373 | 1,27% |
| Capítulo XVII - Malformações congênitas deformidades e anomalias cromossômicas | 8.981 | 1,00% |
| Capítulo VII - Doenças do olho e anexos | 8.763 | 0,98% |
| Capítulo III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários | 7.862 | 0,88% |
| Capítulo VIII - Doenças do ouvido e da apófise mastoide | 1.995 | 0,22% |
| Capítulo XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade | 160 | 0,02% |
| TOTAL | 898.222 | 100,0% |

Fonte: SIH/SES-DF competência junho de 2019, dados atualizados em 08/08/2019, via Sala de Situação da SES-DF

Tabela 36 - Principais causas de internação nas Regiões de Saúde, por capítulo CID-10, no período de 2014 a 2018.

| Região de Saúde | Causas de Internação (por capítulo CID-10) | Número de AIH's |
|-----------------------------------|---|-----------------|
| SUL | Capítulo XV - Gravidez parto e puerpério | 56.554 |
| | Capítulo XIX - Lesões envenenamento e algumas outras consequências de causas externas | 20.143 |
| | Capítulo XVI - Algumas afecções originadas no período perinatal | 20.011 |
| | Capítulo XI - Doenças do aparelho digestivo | 12.114 |
| | Capítulo IX - Doenças do aparelho circulatório | 10.429 |
| | Total da Região Sul | 119.251 |
| OESTE | Capítulo XV - Gravidez parto e puerpério | 56.554 |
| | Capítulo XIX - Lesões envenenamento e algumas outras consequências de causas externas | 20.143 |
| | Capítulo X - Doenças do aparelho respiratório | 20.011 |
| | Capítulo XVI - Algumas afecções originadas no período perinatal | 12.114 |
| | Capítulo XI - Doenças do aparelho digestivo | 10.429 |
| | Total da Região Oeste | 119.251 |
| SUDOESTE | Capítulo XV - Gravidez parto e puerpério | 44.796 |
| | Capítulo XI - Doenças do aparelho digestivo | 13.875 |
| | Capítulo XIX - Lesões envenenamento e algumas outras consequências de causas externas | 11.556 |
| | Capítulo IX - Doenças do aparelho circulatório | 11.058 |
| | Capítulo X - Doenças do aparelho respiratório | 10.897 |
| | Total da Região Sudoeste | 92.182 |
| NORTE | Capítulo XV - Gravidez parto e puerpério | 31.355 |
| | Capítulo XIX - Lesões envenenamento e algumas outras consequências de causas externas | 10.691 |
| | Capítulo X - Doenças do aparelho respiratório | 9.831 |
| | Capítulo XI - Doenças do aparelho digestivo | 7.631 |
| | Capítulo IX - Doenças do aparelho circulatório | 5.531 |
| | Total da Região Norte | 65.039 |
| CENTRAL | Capítulo XV - Gravidez parto e puerpério | 15.481 |
| | Capítulo XI - Doenças do aparelho digestivo | 9.323 |
| | Capítulo XVI - Algumas afecções originadas no período perinatal | 7.720 |
| | Capítulo XIV - Doenças do aparelho geniturinário | 6.795 |
| | Capítulo X - Doenças do aparelho respiratório | 6.526 |
| | Total da Região Central | 45.845 |
| LESTE | Capítulo XV - Gravidez parto e puerpério | 18.739 |
| | Capítulo XIX - Lesões envenenamento e algumas outras consequências de causas externas | 6.013 |
| | Capítulo X - Doenças do aparelho respiratório | 3.319 |
| | Capítulo XI - Doenças do aparelho digestivo | 3.133 |
| | Capítulo XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo | 2.364 |
| | Total da Região Leste | 33.568 |
| CENTRO-SUL | Capítulo X - Doenças do aparelho respiratório | 4.347 |
| | Capítulo IX - Doenças do aparelho circulatório | 1.243 |
| | Capítulo XIV - Doenças do aparelho geniturinário | 1.061 |
| | Capítulo XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde | 895 |
| | Capítulo I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 873 |
| Total da Região Centro-Sul | 8.419 | |

Fonte: SIH/SES-DF competência junho de 2019, dados atualizados em 08/08/2019, via Sala de Situação da SES-DF

A análise das internações pelo número de diárias de permanência em relação aos estabelecimentos de saúde, no período de 2014 a 2018, demonstra um volume total de 5.431.922 internações. Relacionando as instituições, o IHBDF surge com 859.138 internações (15,81%), seguido do HRT com 600.648 internações (11,05%), HRG com 548.459 internações (10,09%), HRC com 535.738 internações (9,86%) e HRAN com 459.169 internações (8,45%), conforme tabela abaixo.

Tabela 37- Quantidade e percentual de diárias de permanência por estabelecimento de saúde, 2014 a 2018.

| Estabelecimento de Saúde | Quant. de Diárias de Permanência | % |
|---------------------------------|---|----------------|
| HBDF | 859.138 | 15,82% |
| HRT | 600.648 | 11,06% |
| HRG | 548.459 | 10,10% |
| HRC | 535.738 | 9,86% |
| HRAN | 459.169 | 8,45% |
| HRSM | 429.706 | 7,91% |
| HMIB | 325.982 | 6,00% |
| HRS | 276.504 | 5,09% |
| HRL | 248.431 | 4,57% |
| HRPI | 214.752 | 3,95% |
| HUB | 212.437 | 3,91% |
| HRSam | 187.506 | 3,45% |
| HSVP | 155.505 | 2,86% |
| HRBz | 141.749 | 2,61% |
| ICDF | 81.533 | 1,50% |
| HAB | 72.565 | 1,34% |
| HRGu | 62.347 | 1,15% |
| HCB | 16.329 | 0,301% |
| Casa de Parto São Sebastião | 3.006 | 0,055% |
| Hospital Dia | 418 | 0,008% |
| TOTAL | 5.431.922 | 100,00% |

Fonte: SIH/SES-DF competência junho de 2019, dados atualizados em 08/08/2019, via Sala de Situação da SES-DF

1.3.2.1 Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde – OMS, as doenças crônicas incluem as doenças cardíacas, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes. As DCNT apresentam efeitos adversos importantes sobre a qualidade de vida dos indivíduos afetados, são causa de morte prematura e criam grandes efeitos econômicos adversos - e subestimados - nas famílias, comunidades e sociedades em geral.

As DCNT são condições de saúde que se desenvolvem no decorrer da vida, ou doença persistente em seus efeitos com duração maior que três meses. São determinadas por diversos fatores sociais ou individuais, como o hábito do tabagismo, a atividade física insuficiente, a alimentação não saudável e o uso nocivo do álcool (BRASIL, 2018).

Dados refletem importantes impactos econômicos devido a alto custo de tratamento, na parte da qualidade de vida e redução da produtividade (MALTA, 2015). A OMS divulgou dados que revelaram aumento da mortalidade por DCNT no ano de 2016 (57 milhões de mortes) no mundo, índices esses mais preocupantes nos países de baixa renda. Relatórios demonstram relação evidente entre a mortalidade prematura por DCNT e os níveis de renda dos países. Em 2016, 85% das mortes prematuras por DCNT em adultos ocorreram em países de baixa e média renda (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018; BOERMA; MATHERS, 2015).

No Brasil, estima-se que a mortalidade por DCNT seja de aproximadamente 74%, com predomínio das doenças cardiovasculares e neoplasias, 28% e 18% respectivamente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018; MALTA, 2015). Esses dados refletem o panorama de transição demográfica com redução significativa da taxa de fecundidade, aumento da expectativa de vida para 75,44 anos e consequente aumento da população de idosos com projeção para 64 milhões em 2050 (SOUZA, 2018; BRASIL, 2019).

As mortes por DCNT prematura podem ser significativamente reduzidas por meio de políticas governamentais que reduzem o uso de tabaco, o uso prejudicial de álcool, dietas não saudáveis e inatividade física, além de fornecer assistência médica universal (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019). Foram traçadas 9 metas globais com foco na redução do risco de mortalidade prematura pelas DCNT em 25% incentivando melhoria da qualidade de vida por meio do incremento da atividade física, uso de alimentação saudável, redução do consumo de sódio, bem como, redução do uso do álcool e tabaco e a ampliação da disponibilidade de medicamentos e tecnologias (BRASIL, 2011; MALTA; SILVA JUNIOR, 2013).

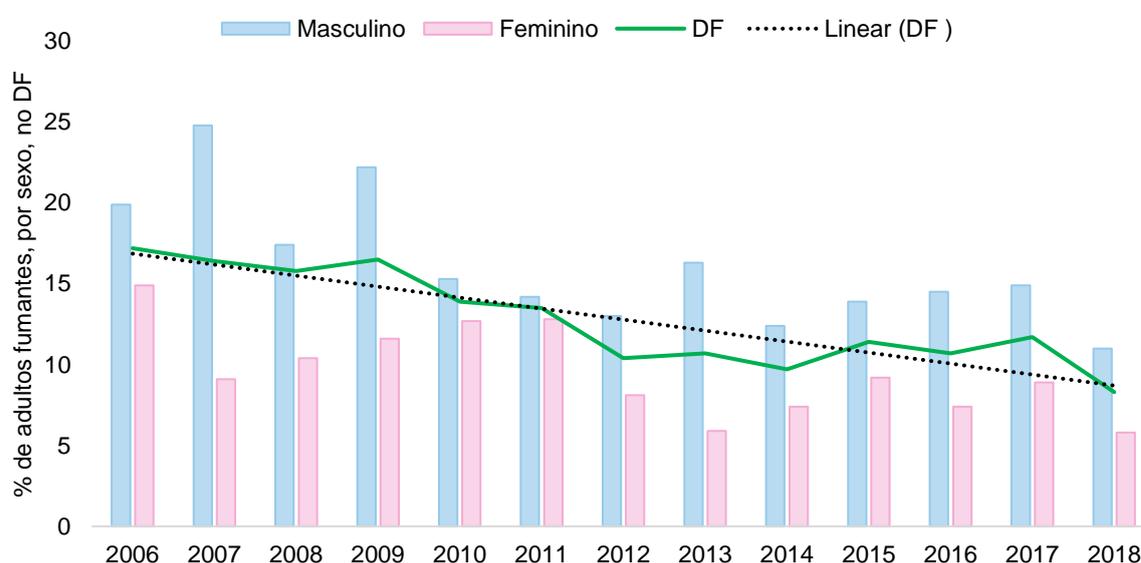
O Vigitel, Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico do Ministério da Saúde, implantado em 2006 em todas as capitais e no Distrito Federal, tem como objetivo monitorar a frequência e a distribuição de fatores de risco e proteção para DCNTs por pesquisa telefônica, além de descrever a evolução anual desses indicadores em nosso meio (BRASIL, 2019). Dentre os fatores de risco pesquisados pelo Vigitel destacam-se: o tabagismo, o excesso de peso e a obesidade, hábitos alimentares e de atividade física, bem como, a busca da população pelos meios de identificação precoce do câncer (mamografia e exame de Papanicolau) e o diagnóstico prévio de hipertensão e diabetes.

Tabagismo

O tabagismo e a exposição passiva ao tabaco são importantes fatores de risco para o desenvolvimento de uma série de doenças crônicas, tais como câncer, doenças pulmonares e doenças cardiovasculares, de modo que o uso do tabaco continua sendo líder global entre as causas de mortes evitáveis.

Segundo dados epidemiológicos, no período de 2006 a 2018, o percentual de fumantes no DF passou de 17,2% para 8,3% gerando redução de 51,7%.

Gráfico 11- Percentual de adultos (≥ 18 anos) fumantes, por sexo, no Distrito Federal entre os anos de 2006 e 2018.



Fonte: Sistema Vigitel: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

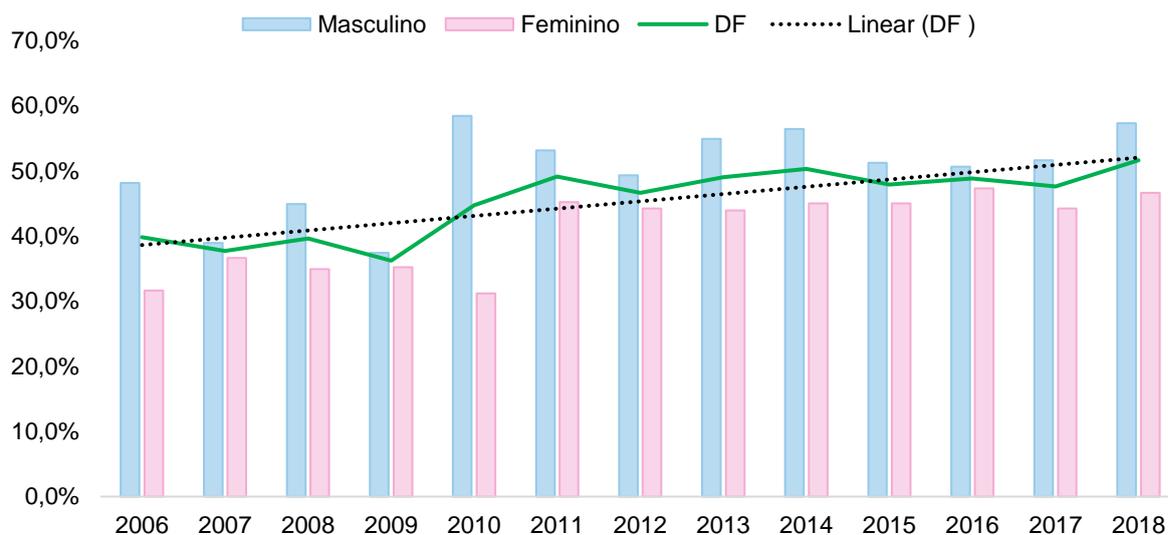
Excesso de peso e Obesidade

A obesidade é considerada doença crônica de caráter multifatorial, bem como fator de risco para ocorrência de várias outras doenças crônicas. Fatores ambientais e estilos de vida não saudáveis, como hábitos alimentares inadequados e sedentarismo, desempenham um papel preponderante na ocorrência dessa enfermidade, apesar de os fatores genéticos atuarem como cofatores, aumentando a susceptibilidade de ganho de peso.

O excesso de peso gera impactos significantes na saúde da população. Há correlação expressiva para o surgimento de doenças cardiovasculares, como o IAM (Infarto Agudo do Miocárdio) e o AVE (Acidente Vascular Encefálico), como também, hipertensão, doenças neoplásicas e metabólicas como o diabetes.

Segundo dados epidemiológicos, no período de 2006 a 2018, o percentual de adultos (≥ 18 anos) com excesso de peso ($\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$) no DF apresentou um acréscimo de 29,6%.

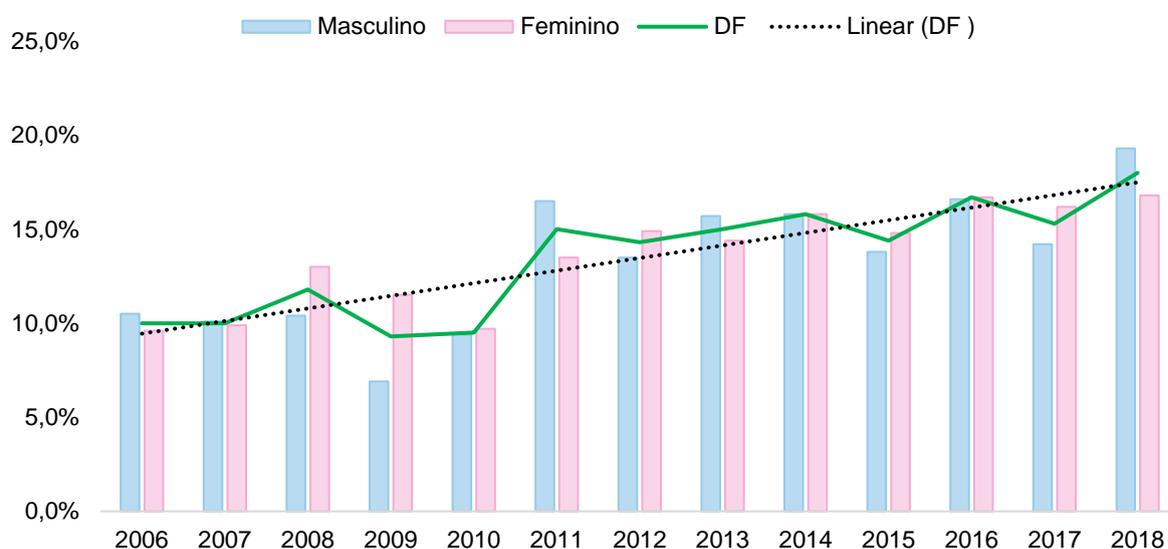
Gráfico 12 – Porcentagem de adultos com excesso de peso por sexo, no Distrito Federal entre os anos de 2006 e 2018.



Fonte: Sistema Vigitel: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

Os dados sobre obesidade demonstram que durante o mesmo período analisado, o percentual de adultos (≥ 18 anos) com obesidade ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) no DF apresentou aumento de 80% (gráfico 13).

Gráfico 13 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) com obesidade ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$), por sexo, no Distrito Federal, entre os anos de entre os anos de 2006 e 2018.



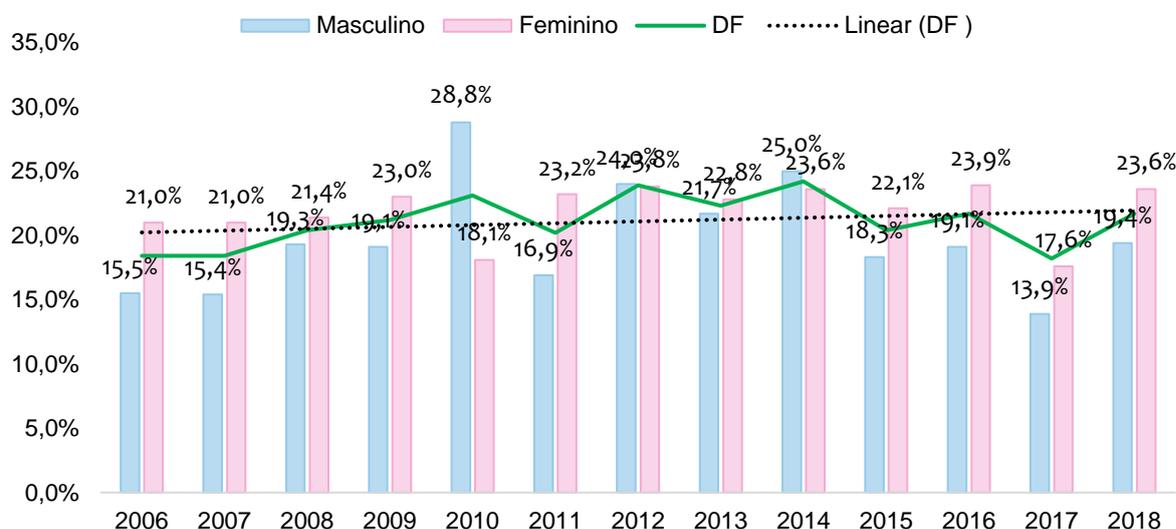
Fonte: Sistema Vigitel: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

Diabetes e Hipertensão

As transições demográfica, nutricional e epidemiológica ocorridas determinaram um perfil de risco em que doenças crônicas como a hipertensão arterial e o diabetes assumiram ônus crescente e preocupante (DUARTE; BARRETO 2012). Ambas são doenças muito frequentes, constituindo sérios problemas de saúde pública em todos os países, independentemente de seu grau de desenvolvimento.

A análise do diagnóstico médico prévio de hipertensão no DF durante 2006 a 2017 demonstra maior prevalência em 2014 com 24,2%. Este indicador, segundo pesquisa Vigitel, vem apresentando redução nos anos subsequentes: 20,4% (2015), 27,7% (2016) e 18,2% (2017). Avaliando o período de 2014 a 2017, observa-se redução de 24,8% de hipertensos. A prevalência por sexo, as mulheres (21,8%) possuem maior prevalência de hipertensos que os homens (19,8%) (Gráfico 14).

Gráfico 14 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) com diagnóstico prévio de hipertensão por sexo no DF, entre os anos de 2006 e 2018.

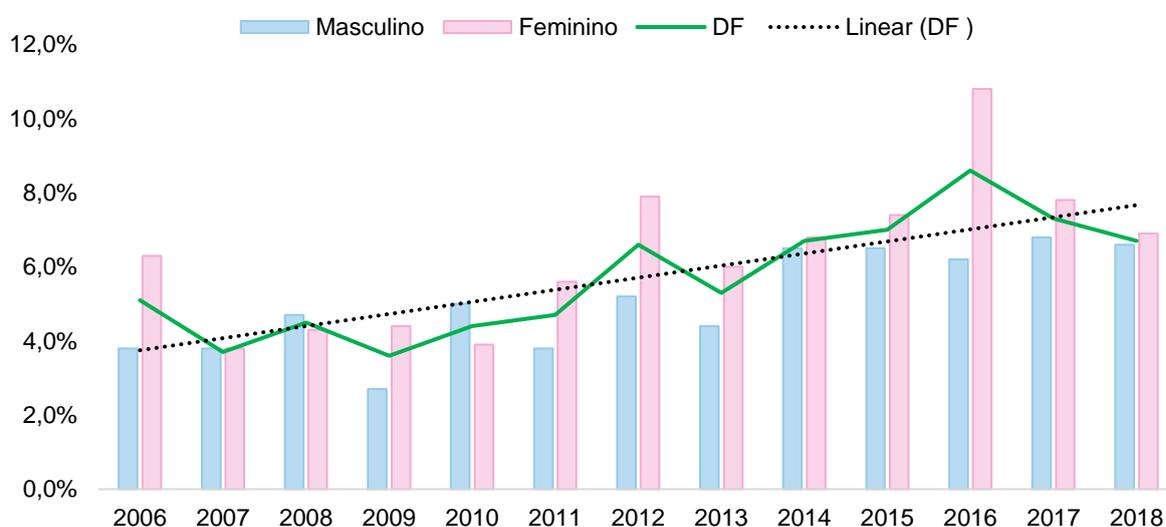


Fonte: Sistema Vigitel: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença complexa e crônica que requer cuidados médicos contínuos com estratégias de redução de risco multifatoriais além do controle glicêmico (SBD 2016). O risco de desenvolvimento de DM em adultos jovens associa-se a fatores de risco modificáveis, como índice de massa corpórea (IMC) elevado, diminuição da lipoproteína de alta densidade (HDL) e sedentarismo (IDF 2015). Deste modo, a identificação e intervenção precoce podem contribuir não somente para o declínio da DM nesta população, mas para uma diminuição de outras comorbidades e da mortalidade neste grupo.

Relacionando os dados de diagnóstico prévio de diabetes, o período de 2006 a 2017, retrata aumento de 43,1% de prevalência na população do DF. Há maior prevalência na população do sexo feminino, onde no ano de 2016, 10,8% da população feminina responderam ser diabéticas (Gráfico 15).

Gráfico 15 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) com diagnóstico prévio de diabetes por sexo no DF, 2006 a 2018.



Fonte: Sistema Vigitel: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

O diabetes mellitus e a hipertensão arterial sistêmica respondem por mais da metade das causas de doença renal crônica terminal. Tais patologias são extremamente prevalentes. Outros fatores de risco também estão associados, tais como a idade avançada, obesidade, tabagismo e histórico de doença renal na família, o que tem se tornado alvo de campanhas da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) para alertar a população.

A doença renal crônica terminal (DRT) é reconhecida mundialmente como um problema de saúde pública devido à sua crescente prevalência e aos altos custos demandados aos Sistemas de Saúde. O aumento da prevalência de DRC está relacionado ao fenômeno do envelhecimento da população, ao aumento da prevalência de Hipertensão Arterial e Diabetes e ao aumento da sobrevivência dos pacientes em diálise, em razão da melhoria da qualidade do tratamento dialítico. A simplificação do acesso do paciente ao tratamento é também um importante fator que contribui para este aumento.

Segundo dados do VIGITEL 2018 (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) o conjunto das 27 cidades apresentou a frequência de diagnóstico médico de hipertensão arterial de 24,7%, sendo maior entre mulheres (27,0%) do que entre homens (22,1%). Em ambos os sexos, esta frequência aumentou com a idade e alcançou o maior valor no estrato de menor escolaridade, diminuindo progressivamente nos estratos subsequentes.

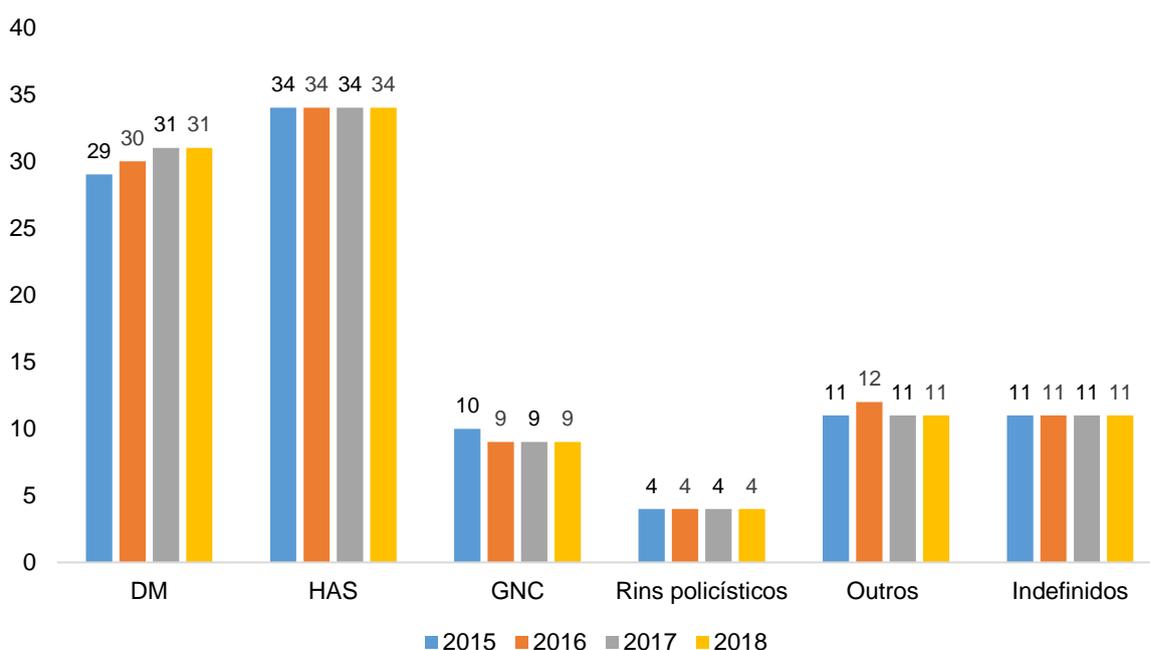
No Distrito Federal os dados evidenciam que cerca de 19,4% da população masculina de adultos (≥ 18 anos) do Distrito Federal referem diagnóstico médico de hipertensão arterial, e 23,6% da população feminina de adultos (BRASIL, 2019).

Segundo dados do VIGITEL 2018 (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) o conjunto das 27 cidades apresentou a frequência de diagnóstico médico de diabetes de 7,7%, sendo maior entre as mulheres (8,1%) do que entre homens (7,1%). Em ambos os sexos, esta frequência dessa condição aumentou intensamente com a idade e diminuiu com o aumento da escolaridade.

No Distrito Federal os dados evidenciam que cerca de 6,6% da população masculina de adultos (≥ 18 anos) do Distrito Federal referem diagnóstico médico de diabetes, e 6,9% da população feminina de adultos.

Tais agravos são responsáveis pelos principais diagnósticos de base dos pacientes em diálise, segundo dados do Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia de 2018 (Gráfico 16).

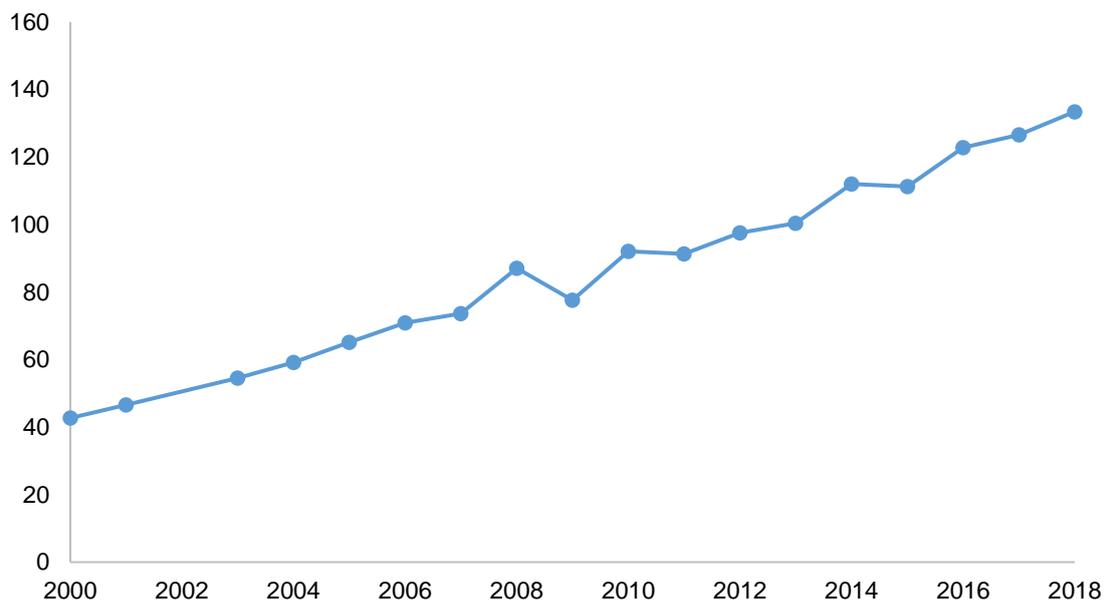
Gráfico 16 - Diagnóstico de base dos pacientes em diálise, em percentual, 2015 a 2018.



Fonte: Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia 2018. GNC = Glomerulonefrite Crônica

O número de pacientes com doença renal crônica que precisaram de diálise cresceu de 42 mil, em 2000, para 133 mil em 2018, de acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) (Gráfico 17).

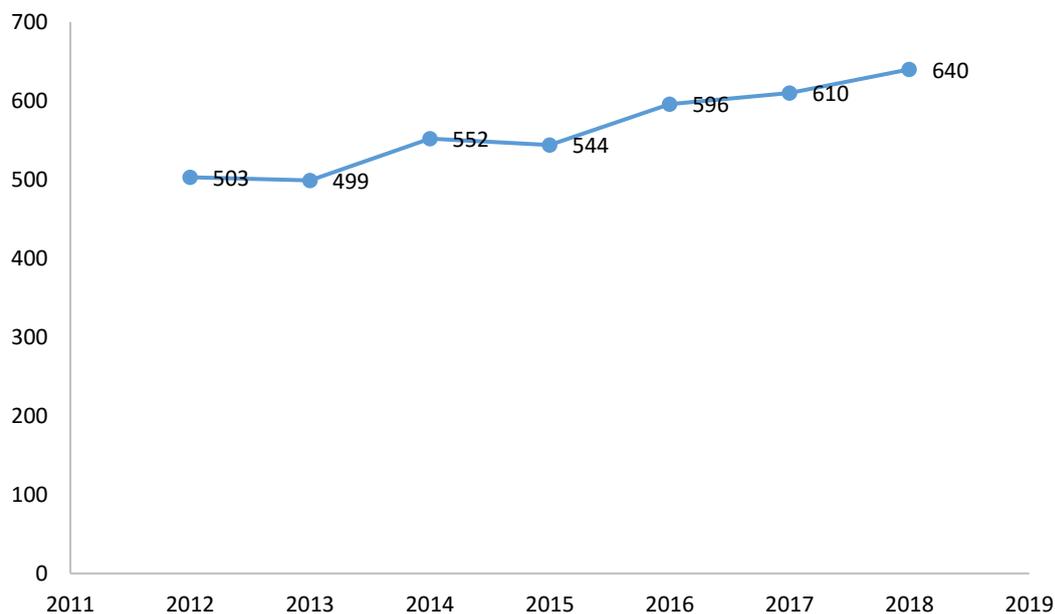
Gráfico 17- Total estimado de pacientes em tratamento dialítico por ano, entre os anos 2000 a 2018.



Fonte: Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia 2018.

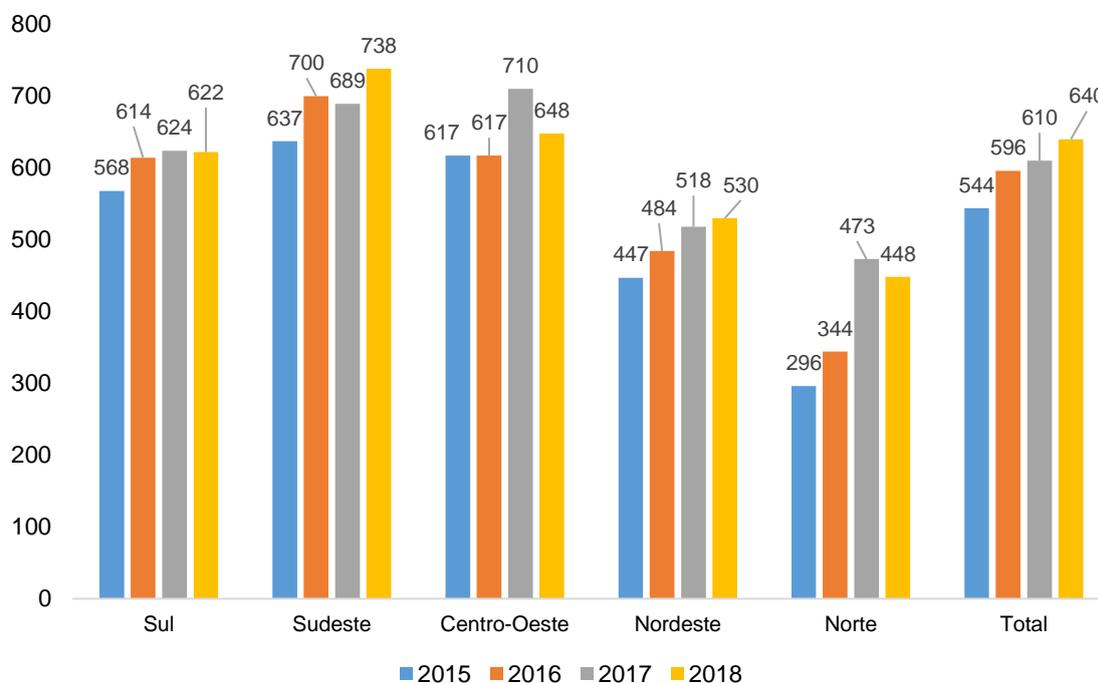
Segundo o Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia de 2018, a taxa de prevalência estimada de pacientes em diálise é de 640 pessoas por milhão de população (p.m.p) (Gráfico 18), se configurando como a maior taxa de prevalência observada nos últimos anos. Conforme o gráfico 19, observamos que a Região Sudeste apresentou a maior taxa de prevalência estimada de pacientes em diálise (738 p.m.p), seguida da Região Centro-Oeste com 648 p.m.p, Região Sul com 622 p.m.p, Região Nordeste com 530 p.m.p e Região Norte com 448 p.m.p.

Gráfico 18- Taxa de prevalência estimada de pacientes em diálise no Brasil, pessoas por milhão de população, 2012 a 2018.



Fonte: Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia 2018.

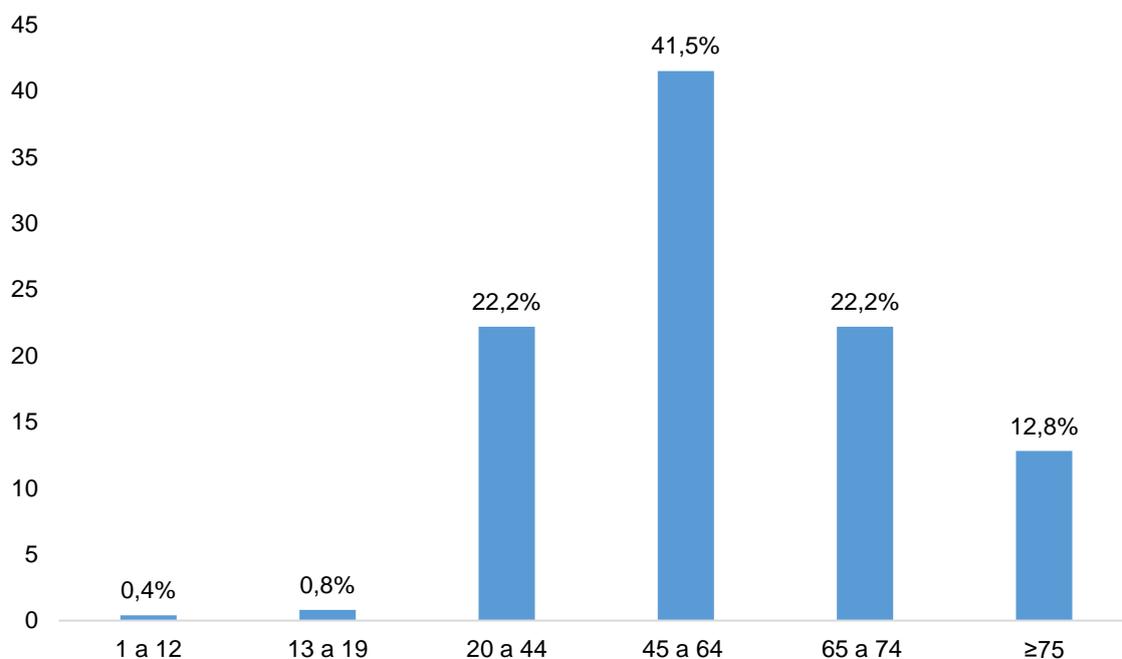
Gráfico 19 - Taxa de prevalência estimada de pacientes em diálise por Região – Brasil, pessoas por milhão de população, 2012 a 2018.



Fonte: Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia 2018.

Como representado no gráfico 20, observa-se que a faixa etária (anos) que apresenta o maior percentual de pacientes em diálise é a de 45 a 64 anos com 41,5%, seguida da faixa etária de 20 a 44 anos e 65 a 74 anos com 22,2%, e maiores ou igual a 75 anos com 12,8%.

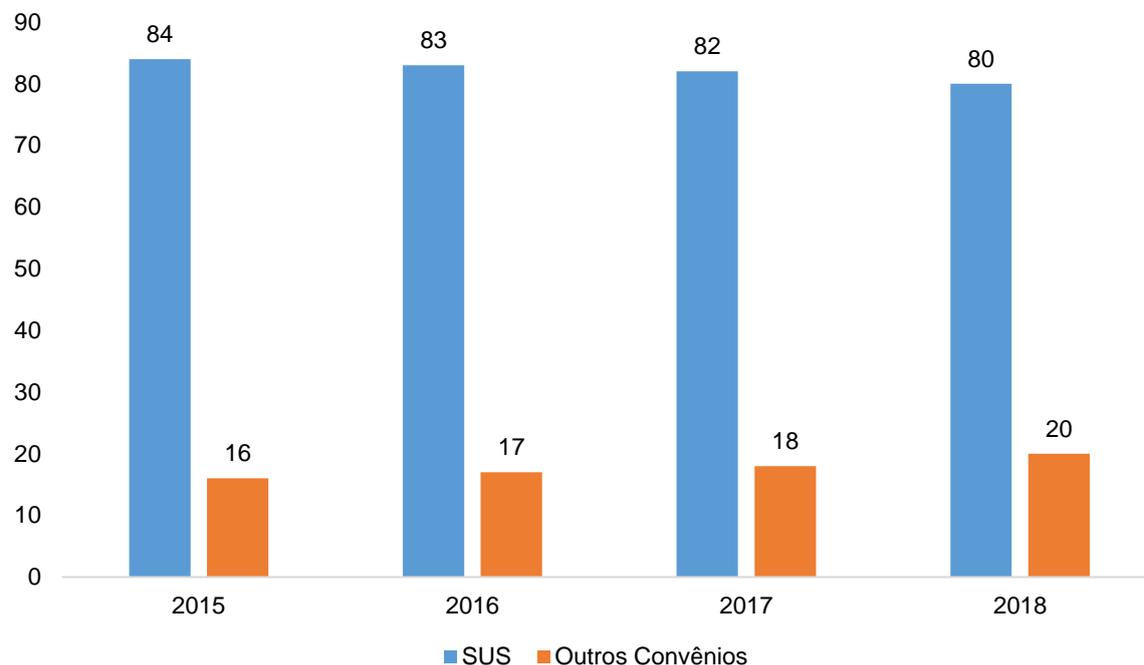
Gráfico 20 - Distribuição percentual de pacientes em diálise conforme a faixa etária (anos).



Fonte: Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia 2018.

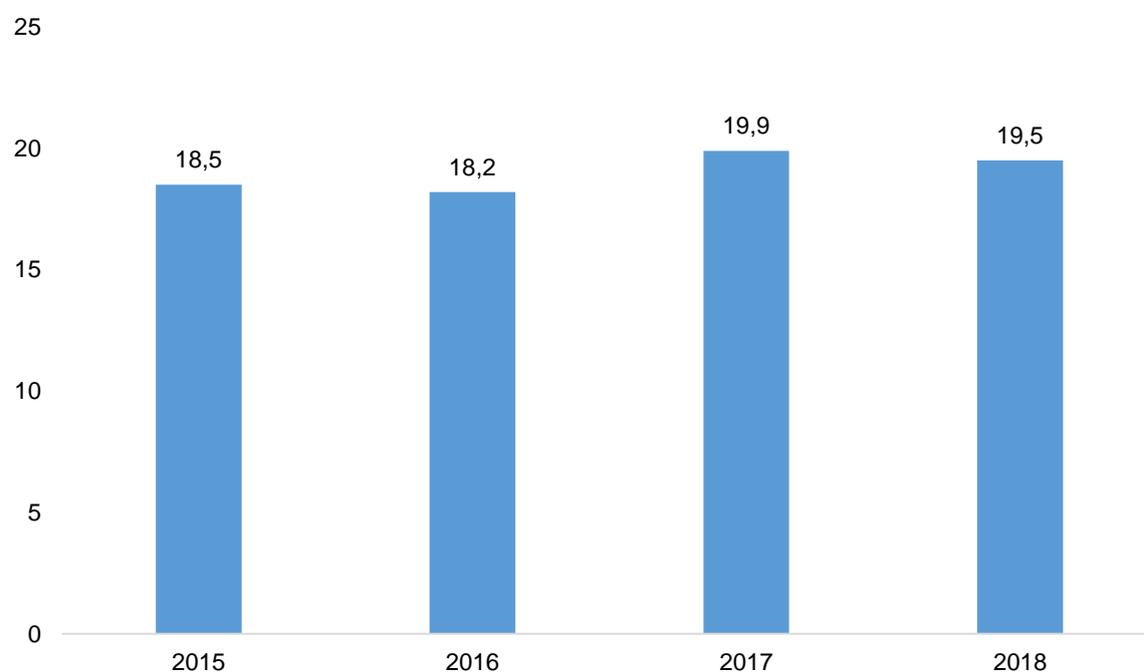
O Sistema Único de Saúde (SUS) foi responsável por 80% das diálises feitas em 2018 (Gráfico 21) e a taxa anual de mortalidade de pacientes em diálise é de cerca de 19,5%.

Gráfico 21- Porcentagem de pacientes em diálise conforme a fonte pagadora, entre os anos de 2015 e 2018.



Fonte: Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia 2018.

Gráfico 22 - Taxa de mortalidade anual de pacientes em diálise, 2015 a 2018.



Fonte: Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia 2018.

Doenças do Aparelho Circulatório (DAC)

As doenças do aparelho circulatório (DAC), expressas no Capítulo IX do CID-10, se configuraram como a quinta causa de internação no Distrito Federal em 2018, com 16.163 Autorização de Internação Hospitalar (AIH) representando 7,95% do total de 203.213 de AIH, com conseqüente alto gasto nesse componente do sistema de saúde (Gráfico 23).

Gráfico 23- Número de AIH por Capítulos do CID-10, 2010.



Fonte: Sala de Situação - SES-DF, data da extração: 12/09/2019.

Segue distribuição por faixa etária das cinco principais causas de internação relacionadas ao capítulo IX (Doenças do Aparelho Circulatório) do CID-10.

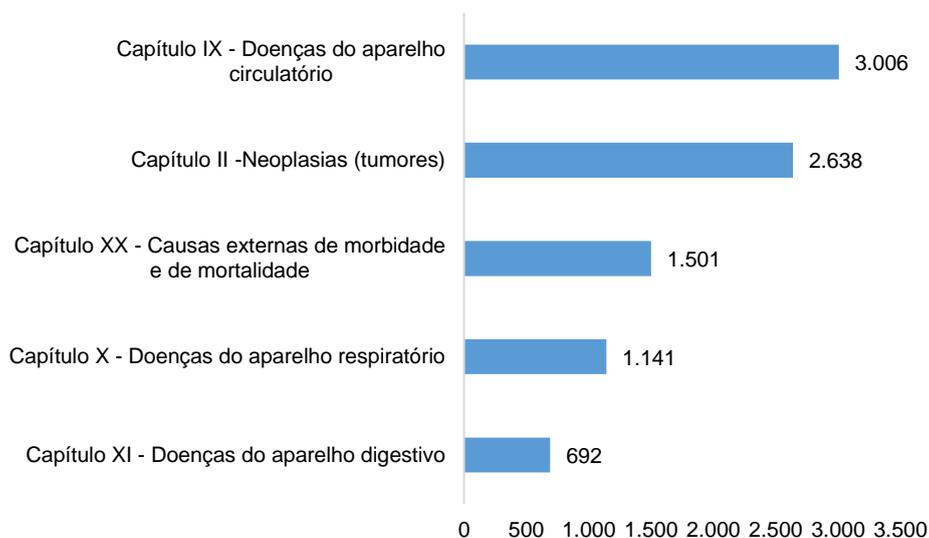
Tabela 38 - Principais cinco causas de internação hospitalar relacionadas às Doenças do Aparelho Circulatório (Cap. IX), por CID-10 por faixa etária no Distrito Federal em 2018.

| Causas por CID 10 | Faixa etária | | | | | | | | Total |
|--|--------------|---------|--------|---------|---------|---------|---------|------|-------------|
| | <1 | 01 - 04 | 05- 09 | 10 - 19 | 20 - 39 | 40 - 59 | 60 - 79 | 80 + | |
| I500 Insuficiência cardíaca congestiva | 72 | 41 | 7 | 18 | 126 | 549 | 883 | 223 | 1919 |
| I64 Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico | 0 | 0 | 0 | 15 | 97 | 501 | 832 | 304 | 1749 |
| I219 Infarto agudo do miocárdio não especificado | 3 | 2 | 0 | 1 | 46 | 526 | 698 | 122 | 1398 |
| I509 Insuficiência cardíaca não especificada | 6 | 5 | 2 | 8 | 57 | 236 | 492 | 174 | 980 |
| I209 Angina pectoris, não especificada | 1 | 0 | 0 | 3 | 32 | 262 | 361 | 48 | 707 |

Fonte: SIH/SES-DF – Competência: mês 06 de 2019, via sítio Sala de Situação - Dados atualizados em 08/08/2019

Dentre os óbitos por Capítulo CID-10 de residentes do DF no ano de 2018, as Doenças do Aparelho Circulatório (Capítulo IX) apresentaram a maior quantidade de óbitos com 3.006, seguida pelas Neoplasias (Capítulo II) com 2.638 óbitos, depois as Causas externas de morbidade e de mortalidade (Capítulo XX) com 1.501 óbitos, seguido pelas Doenças do Aparelho Respiratório (Capítulo X) com 1.141 óbitos, e por último as Doenças do Aparelho Digestivo (Capítulo XI) com 692 óbitos.

Gráfico 24 - Quantidade de óbitos por Capítulo CID-10 de residentes do DF, 2018.



Fonte: Sala de Situação - SES-DF, data da extração: 12/09/2019.

As DAC também registraram a segunda maior causa de óbito prematuro (1.234 óbitos), ocorridos entre 30 a 69 anos no ano de 2018, sendo 734 (59,48%) óbitos no sexo masculino e 500 (40,52%) óbitos no sexo feminino. A Região de Saúde Sudoeste foi a que apresentou a maior quantidade de óbitos por DAC nessa faixa etária com 341 (27,63%), seguida pela Região de Saúde Oeste com 254 óbitos (20,58%), Região Norte com 201 óbitos (16,29%), Região Sul com 133 óbitos (10,78%), Região Centro-Sul com 109 óbitos (8,83%), Região Central com 101 óbitos (8,18%), e por último a Região Leste com 87 óbitos (7,05%).

Doenças do Aparelho Respiratório (DAR)

As doenças do aparelho respiratório (DAR), expressas no Capítulo X do CID-10, se configuraram como a sexta causa de internação no Distrito Federal em 2018, com 16.110 (AIH), representando 7,92% do total de AIH (203.213), como representado no gráfico 23.

Segue distribuição por faixa etária das cinco principais causas de internação relacionadas ao Capítulo X (Doenças do Aparelho Respiratório) do CID-10.

Verifica-se maior volume de internações de adultos relacionados a pneumonia bacteriana não especificada e outras pneumonias não especificadas. Na tabela 39 contém as cinco causas respiratória mais frequentes, estratificadas por idade.

Tabela 39- Principais cinco causas de internação hospitalar relacionadas às Doenças do Aparelho Respiratório (Cap. X), por CID-10 por faixa etária no Distrito Federal em 2018.

| Causas por CID 10 | Faixa etária | | | | | | | | Total |
|---|--------------|---------|--------|---------|---------|---------|---------|------|--------------|
| | <1 | 01 - 04 | 05- 09 | 10 - 19 | 20 - 39 | 40 - 59 | 60 - 79 | ≥ 80 | |
| J 159 Pneumonia bacteriana não especificada | 447 | 881 | 288 | 139 | 152 | 262 | 437 | 301 | 2.907 |
| J189 Pneumonia não especificada | 274 | 557 | 164 | 76 | 178 | 302 | 440 | 315 | 2.306 |
| J219 Bronquite aguda não especificada | 857 | 626 | 47 | 19 | 6 | 11 | 20 | 3 | 1.589 |
| J459 Asma não especificada | 112 | 611 | 491 | 132 | 47 | 69 | 55 | 14 | 1.531 |
| J158 outras pneumonias bacterianas | 89 | 204 | 75 | 42 | 76 | 123 | 196 | 139 | 944 |

Fonte: SIH/SES-DF – Competência: mês 06 de 2019, via sítio Sala de Situação - Dados atualizados em 08/08/2019

Dentre os óbitos por Capítulo CID-10 de residentes do DF no ano de 2018, as Doenças do Aparelho Respiratório – DAR (Capítulo X) apresentaram a quarta maior quantidade de óbitos com 1.141, seguida pelas Doenças do Aparelho Digestivo (Capítulo XI) com 692 óbitos, como exposto no gráfico 24.

As DAR registraram a quinta maior causa de óbito prematuro (294 óbitos), ocorridos entre 30 a 69 anos no ano de 2018, sendo 166 (59,46%) óbitos no sexo masculino e 128 (43,54%) óbitos no sexo feminino. A Região de Saúde Sudoeste foi a que apresentou a maior quantidade de óbitos por DAR nessa faixa etária com 72 (24,49%), seguida pela Região de Saúde Oeste com 66 óbitos (22,45%), Região Norte com 45 óbitos (15,31%), Região Sul com 37 óbitos (12,59%), Região Leste com 25 óbitos (8,5%), Região Central com 23 óbitos (7,82%), Região Centro-Sul com 22 óbitos (7,48%).

Câncer

O câncer é reconhecido como um problema de saúde pública no Brasil desde 1919 (MARQUES; FIGUEIREDO; GUTIÉRREZ, 2015). Com cerca de 10 milhões de casos novos e sete milhões de óbitos por ano, o câncer se tornou uma das mais devastadoras doenças em todo o mundo. Suas causas e tipos variam entre diferentes populações e em diferentes partes do mundo (BRASIL, 2008). Admite-se que pelo menos um terço dos casos de câncer poderiam ser evitados se fossem tomadas medidas de prevenção como modificar hábitos alimentares, praticar exercícios físicos regularmente, evitar o fumo e o álcool, entre outras.

A incidência e a mortalidade por câncer estão crescendo rapidamente em todo o mundo. As razões são complexas, mas refletem tanto o envelhecimento quanto o crescimento da população, assim como mudanças na prevalência e distribuição dos principais fatores de risco para o câncer, vários dos quais estão associados ao desenvolvimento socioeconômico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

A estimativa de câncer para o Brasil durante o período 2018-2019 é de 600 mil novos casos para cada ano.

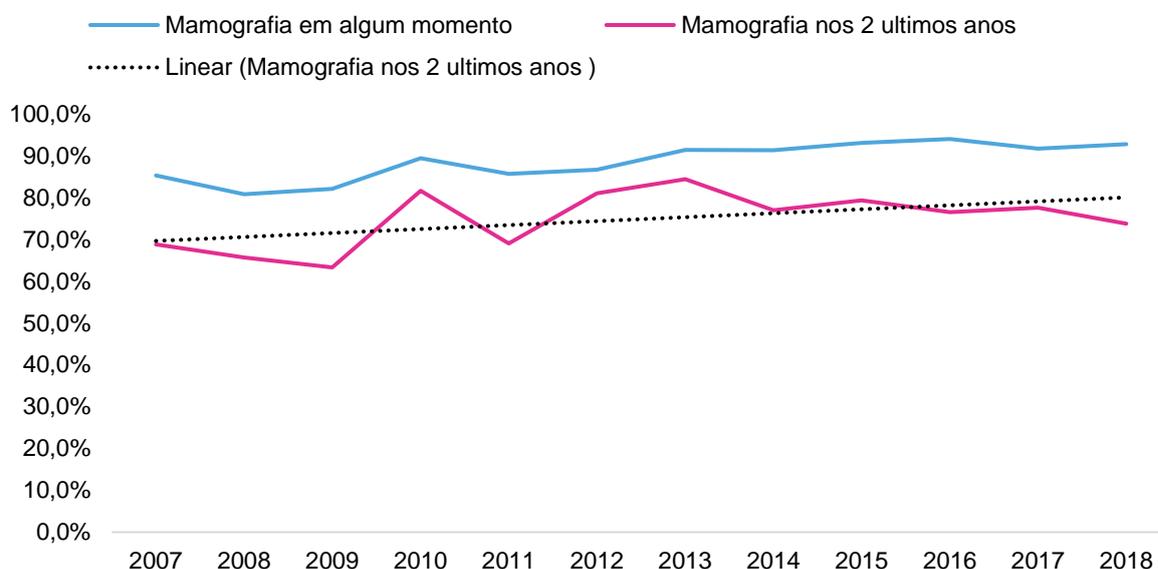
Para o Brasil, estimam-se 59.700 casos novos de câncer de mama, para cada ano do biênio 2018-2019, com um risco estimado de 56,33 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2016). O câncer de mama é o primeiro mais frequente nas mulheres da Região Centro-Oeste (51,96/100 mil).

Objetivando ampliar e qualificar a detecção precoce do câncer de mama e, com isso, reduzir a mortalidade, foram elaboradas as Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama (BRASIL, 2015.). Em consonância com as recomendações internacionais, o Ministério da Saúde recomenda que todas as mulheres entre 50 e 69 anos de idade façam exames de mamografia pelo menos uma vez a cada dois anos, além de recomendar o exame anual para mulheres acima de 35 anos que pertençam a grupos de alto risco (BRASIL, 2018).

Segundo dados do Sistema Vigitel no DF, no período de 2007 a 2018, houve um aumento em 7,3% no percentual de mulheres (50 a 69 anos de idade) que realizaram mamografia nos últimos dois anos. Este dado já obteve taxa mais elevada no ano de 2013 com 84,4%, porém vem apresentando tendência decrescente: 77,0% (2014), 79,3% (2015), 76,5% (2016), 77,6% (2017) e 73,8% (2018) (Gráfico 25).

Estes dados refletem a preocupação na detecção precoce do câncer de mama baseado no tripé: (1) conscientização de sinais e sintomas de câncer pela população, acompanhada de adequado acesso dos casos sintomáticos aos serviços de saúde; (2) avaliação clínica e confirmação diagnóstica com qualidade e em tempo apropriado; (3) acesso ao tratamento adequado nos casos confirmados de câncer, com qualidade e em tempo oportuno (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Gráfico 25 - Percentual de mulheres (50 a 69 anos de idade) que realizaram mamografia no DF, 2007 a 2018.



Fonte: Sistema Vigitel: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

As neoplasias, expressas no Capítulo II do CID-10, se configuraram como a sétima causa de internação no Distrito Federal em 2018 (com 11.532 Autorização de Internação Hospitalar – AIH, representando 5,67% do total de AIH - 203.213) (Gráfico 23).

Nas faixas etárias de <1 ano a 4 anos o maior número de internações por CID-10 se dá por leucemia linfoblástica aguda com 210 registros, leucemia mieloide aguda com 19, neoplasia maligna do cérebro, exceto lobos e ventrículos com 16, neoplasia maligna da glândula suprarrenal, não especificada com 11, e a neoplasia maligna do encéfalo, não especificado com 10.

Nas faixas etárias de 15 a 19 anos o maior número de internações por CID-10 se dá por leucemia linfoblástica aguda com 76 registros, neoplasia maligna da omoplata (escápula) e ossos longos dos membros superiores com 21, leucemia mieloide aguda com 21, doença de Hodgkin, não especificada com 14, doença de Hodgkin, predominância linfocítica com 12.

Nas faixas etárias de 20 a 29 anos o maior número de internações por CID-10 se dá por leucemia linfoblástica aguda com 45 registros, neoplasia maligna do testículo com 26, neoplasia maligna do cérebro, exceto lobos e ventrículos com 23, leucemia mieloide aguda com 21, neoplasia maligna da mama com 14.

Nas faixas etárias de 30 a 49 anos o maior número de internações por CID-10 se dá por leiomioma do útero com 413 registros, neoplasia maligna da mama com 184, neoplasia maligna do colo do útero com 103, neoplasia maligna do cérebro, exceto lobos e ventrículos com 94, neoplasia maligna da mama com lesão invasiva com 83.

Nas faixas etárias de 50 a 69 anos o maior número de internações por CID-10 se dá por neoplasia maligna da mama, não especificada com 233 registros, neoplasia maligna do cólon com 162, neoplasia maligna da próstata com 158, neoplasia maligna dos brônquios ou pulmões com 121, e mieloma múltiplo com 120.

Nas faixas etárias maiores de 70 anos o maior número de internações por CID-10 se dá por neoplasia maligna da próstata com 172 registros, neoplasia maligna dos brônquios ou pulmões com 81, neoplasia maligna do cólon com 57, neoplasia maligna do reto com 56, neoplasia maligna da mama com 56.

Dentre os óbitos por Capítulo CID-10 de residentes do DF no ano de 2018, as Neoplasias (Capítulo II) apresentaram a segunda maior quantidade de óbitos com 2.638, seguida pelas Causas externas de morbidade e de mortalidade (Capítulo XX) com 1.501 óbitos, seguido pelas Doenças do Aparelho Respiratório (Capítulo X) com 1.141 óbitos, e por último as Doenças do Aparelho Digestivo (Capítulo XI) com 692 óbitos (Gráfico 24).

As neoplasias registraram a maior causa de óbito prematuro (1.420 óbitos), ocorridos entre 30 a 69 anos no ano de 2018, sendo 782 (55,07%) óbitos no sexo masculino e 638 (44,93%) óbitos no sexo feminino. A Região de Saúde Sudoeste foi a que apresentou a maior quantidade de óbitos por neoplasias nessa faixa etária com 388 (27,32%), seguida pela Região de Saúde Oeste com 272 óbitos (19,15%), Região Norte com 173 óbitos (12,18%), Região Central com 164 óbitos (11,55%), Região Sul com 153 óbitos (10,77%), Região Centro-Sul com 152 óbitos (10,7%), e por último a Região Leste com 115 óbitos (8,1%).

Câncer de Colo de Útero

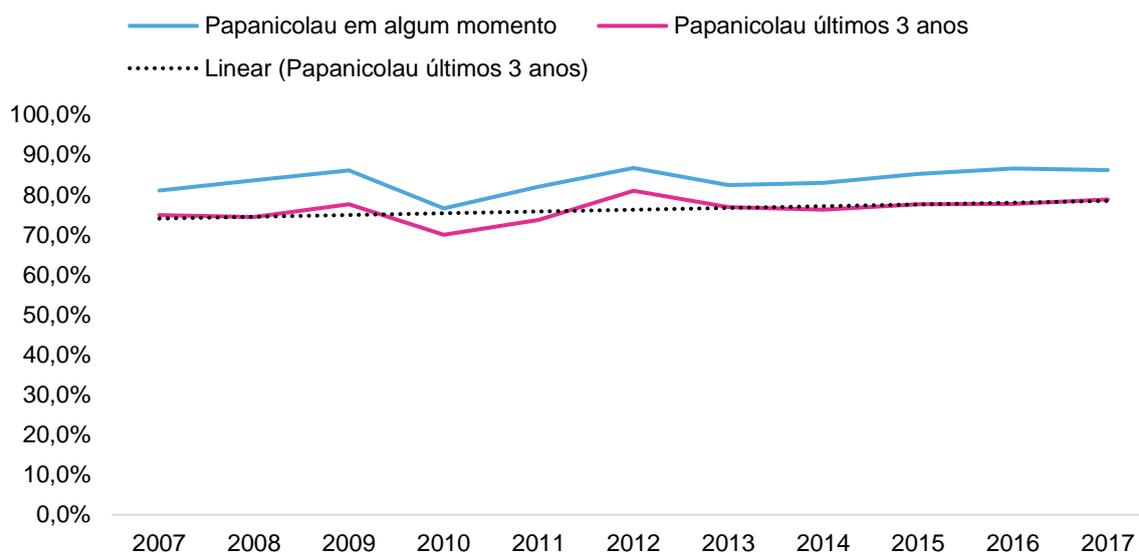
O câncer do colo do útero ocupa o sétimo lugar no ranking mundial, sendo o quarto tipo mais comum na população feminina (INCA, 2016). Globalmente, a maioria dos casos (70%) ocorre em áreas com menores níveis de desenvolvimento humano (BRAY, 2018).

Para o Brasil, foi estimado 16.370 casos novos de câncer do colo do útero para cada ano do biênio 2018-2019, com um risco estimado de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres, ocupando a terceira posição. O câncer do colo do útero é o segundo mais incidente na Região Centro-Oeste (18,32/100 mil) (INCA, 2016).

O controle de câncer do colo do útero constitui uma das prioridades da agenda de saúde do país e integra o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (BRASIL, 2018). O Ministério da Saúde, por meio da publicação “Diretrizes para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero 2016”, recomenda o exame citopatológico em mulheres assintomáticas com idade entre 25 e 64 anos, a cada três anos, após dois exames anuais consecutivos normais (INCA, 2016)..

Segundo dados do Sistema Vigitel no DF, no período de 2007 a 2017, houve um aumento em 5,2% no percentual de mulheres (25 a 64 anos de idade) que realizaram exame de citologia oncótica para câncer de colo do útero nos últimos três anos (Gráfico 26).

Gráfico 26 - Percentual de mulheres (25 a 64 anos de idade) que realizaram exame de citologia oncótica para câncer de colo do útero, no DF, 2007 a 2017.



Fonte: Sistema Vigitel: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

O Distrito Federal enfrenta alterações do perfil epidemiológico das doenças. Significativos processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional associados à determinantes sociais de saúde, vulnerabilidades, como as populações de baixa renda e escolaridade, e, fatores de risco modificáveis da população geram aumento da incidência das doenças crônicas não transmissíveis.

As DCNT geram forte impacto sobre a saúde da população traduzido em altos custos para o tratamento das complicações e elevadas taxas de mortalidade. Ações do Ministério da Saúde como a Política Nacional de Promoção da Saúde revisada em 2017 e o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT, visam promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e apoiar os serviços de saúde voltados às doenças crônicas (BRASIL, 2019).

Em concordância com as ações do Ministério da Saúde, o Distrito Federal instituiu em 2007 o Núcleo de Vigilância Epidemiológica de Doenças não Transmissíveis (NVEDNT) responsável pela vigilância, promoção da saúde, prevenção e proteção de DCNT e seus fatores de risco com o objetivo de reduzir a morbidade, incapacidade e mortalidade oriundas das DCNT. O NVEDNT constituiu em 2012 o “Projeto de Ações Estratégicas para o

Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis” com o objetivo de implantar, implementar e fortalecer as ações de vigilância e prevenção das DCNT e seus fatores de risco. O “Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Distrito Federal” foi estruturado e lançado em 2017 e possui meta reduzir em 2% ao ano a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNTs. O plano contém ações estratégicas com foco na vigilância e monitoramento, promoção da saúde e cuidado integral atuando como rede de atenção à saúde nos diferentes níveis de atenção.

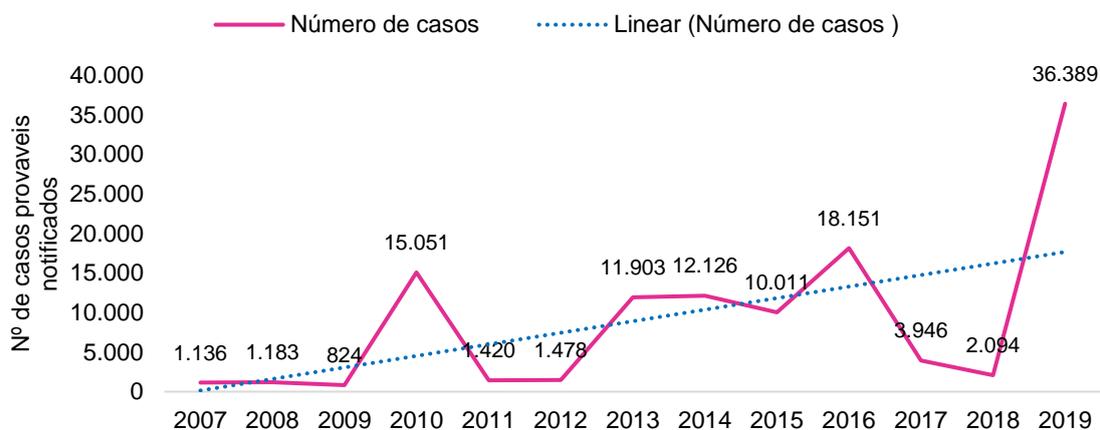
1.3.2.2 Doenças Transmissíveis

Dengue

A dengue é uma doença infecciosa aguda febril, não contagiosa, sistêmica e de etiologia viral, causada por quatro distintos sorotipos do vírus resultando em manifestações clínicas com formas e intensidades diversas (ARAÚJO, 2017). Sua transmissão se dá por vetor, mosquitos de gênero *Aedes*, sendo a principal espécie o *Aedes aegypti*, este também é o transmissor do vírus da Febre Amarela, do vírus Chikungunya e do vírus Zika, os quais causam doenças com altos potenciais de perdas sociais e econômicas (GABRIEL, 2018). A dengue é um dos principais problemas de saúde pública no mundo e considerada em expansão pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Nos últimos 50 anos, a doença aumentou sua incidência em 30 vezes, ocasionando, anualmente, cerca de 50-100 milhões de infecções em mais de 100 países endêmicos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). Segundo dados mundiais houve uma expansão pelas Américas indicando de uma forma clara a dificuldade de controle do vetor associado a vulnerabilidade social da população.

Dados epidemiológicos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN e Informativo Epidemiológico demonstram que no Distrito Federal houve aumento significativo no número de notificações de casos prováveis. Segundo o SINAN, os casos “prováveis” incluem todas as possíveis categorias para classificação final dos casos suspeitos (confirmados, inconclusivos e em branco) da ficha de investigação, contidas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN Online) para Dengue, excluindo apenas os casos descartados.

Gráfico 27 - Número de notificações de casos prováveis no Distrito Federal, 2007[†] a 2019^{*}



Fonte: (†) Sistema de Informações de Agravos de Notificação – SINAN. (*) SVS/SES-DF. Informativo Epidemiológico Ano 14 nº 25, julho de 2019.

A análise dos dados epidemiológicos referentes ao período 2014 a 2018 demonstram que as Regiões Administrativas com maior prevalência de casos prováveis de dengue são: Planaltina com 7.060 casos (15,5%), seguida de Ceilândia (4.097 casos – 9,0%), São Sebastião (3.949 casos – 7,7%), Samambaia (2.868 casos – 6,3%).

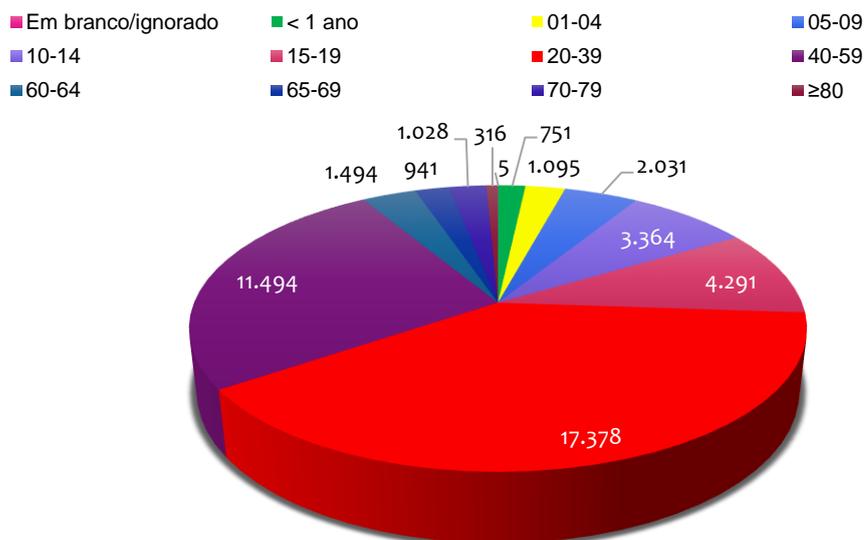
As faixas etárias mais acometidas pela dengue durante o período de 2014 a 2017, segundo dados do SINAN, estão compreendidas entre 30 a 39 anos com 17.378 casos (39,3%), seguida pelas faixas etárias de 40 a 59 anos com 11.540 casos (26,1%), 15 a 19 anos com 4.291 casos (9,7%). Esses dados demonstram o significativo impacto da dengue na população economicamente ativa (Gráfico 28).

Tabela 40- Número de casos de dengue por Regiões Administrativas do Distrito Federal, 2014 a 2018.

| Regiões de Saúde | RA | Ano | | | | | TOTAL |
|------------------|--------------------|---------------|---------------|---------------|--------------|--------------|---------------|
| | | 2014* | 2015** | 2016† | 2017‡ | 2018§ | |
| CENTRAL | Asa Norte | 170 | 293 | 249 | 30 | 50 | 792 |
| | Asa Sul | 149 | 101 | 221 | 31 | 6 | 508 |
| | Cruzeiro | 33 | 121 | 59 | 6 | 8 | 227 |
| | Lago Norte | 111 | 86 | 247 | 7 | 12 | 463 |
| | Lago Sul | 94 | 145 | 138 | 16 | 9 | 402 |
| | Sudoeste/Octogonal | 32 | 31 | 60 | 3 | 2 | 128 |
| | Varjão | 80 | 45 | 41 | 4 | 3 | 173 |
| CENTRO-SUL | Candangolândia | 121 | 42 | 181 | 11 | 9 | 364 |
| | Guará | 363 | 382 | 531 | 139 | 39 | 1.454 |
| | Núcleo Bandeirante | 108 | 50 | 203 | 12 | 7 | 380 |
| | Park Way | 43 | 25 | 79 | 10 | 3 | 160 |
| | Riacho Fundo I | 117 | 55 | 235 | 55 | 21 | 483 |
| | Riacho Fundo II | 77 | 42 | 179 | 68 | 20 | 386 |
| | SCIA (Estrutural) | 150 | 152 | 373 | 156 | 23 | 854 |
| SIA | 5 | 0 | 14 | 1 | 1 | 21 | |
| LESTE | Itapoã | 146 | 156 | 634 | 115 | 116 | 1.167 |
| | Jardim Botânico | 30 | 52 | 95 | 9 | 6 | 192 |
| | Paranoá | 279 | 293 | 472 | 127 | 154 | 1.325 |
| | São Sebastião | 756 | 388 | 1.751 | 300 | 299 | 3.494 |
| NORTE | Fercal | 308 | 51 | 80 | 27 | 7 | 473 |
| | Planaltina | 2381 | 2270 | 1.430 | 553 | 426 | 7.060 |
| | Sobradinho I | 644 | 544 | 438 | 119 | 52 | 1.797 |
| | Sobradinho II | 1045 | 772 | 358 | 111 | 39 | 2.325 |
| OESTE | Brazlândia | 243 | 348 | 1.946 | 93 | 48 | 2.678 |
| | Ceilândia (1) | 743 | 751 | 1.950 | 530 | 123 | 4.097 |
| SUDOESTE | Águas Claras (2) | 94 | 134 | 272 | 59 | 31 | 590 |
| | Recanto das Emas | 314 | 302 | 816 | 144 | 110 | 1.686 |
| | Samambaia | 548 | 409 | 1.359 | 300 | 252 | 2.868 |
| | Taguatinga | 411 | 561 | 1.362 | 277 | 127 | 2.738 |
| | Vicente Pires | 56 | 152 | 356 | 38 | 34 | 636 |
| SUL | Gama | 363 | 841 | 509 | 315 | 46 | 2.074 |
| | Santa Maria | 641 | 381 | 460 | 275 | 33 | 1.790 |
| | Em branco | 260 | 253 | 549 | 6 | 9 | 1.077 |
| | Não Classificados | 0 | 0 | 1 | 3 | 0 | 4 |
| TOTAL | | 11.608 | 10.228 | 17.648 | 3.956 | 2.094 | 45.534 |

Fonte: (*) DIVEP/SVS/SES-DF. Informativo Epidemiológico de Dengue, Chikungunya e Zika. Ano 10, nº 45, dezembro de 2015. SE 50 de 2015. (**) DIVEP/SVS/SES-DF. RESUMO DO INFORMATIVO DA DENGUE, CHIKUNGUNYA E ZIKA – 2016. SE nº 52 de 2016. (†) DIVEP/SVS/SES-DF. Informativo Epidemiológico de Dengue, Chikungunya e Zika. Ano 12, nº 46, dezembro de 2017. Até a SE 50 de 2017. (‡ §) DIVEP/SVS/SES-DF. Informativo Epidemiológico de Dengue, Chikungunya e Zika. Ano 13, nº 52, dezembro de 2018. SE 52 de 2018. (1) Dados da RA 32 - Sol Nascente/Pôr do Sol, criada com a Lei 6.359/2019, eram contados na RA 9 – Ceilândia. (2) Dados da RA 33 – Arniqueira, criada com a Lei 6.391/2019, eram contados na RA 20 – Águas Claras.

Gráfico 28- Número de casos prováveis de dengue segundo a faixa etária, 2014 a 2017.



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. Data da extração: 16/08/2019.

Tuberculose

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa que, globalmente representa a principal causa de morte por um único agente infeccioso (ZUMLA, 2013). As estimativas da OMS retratam que em 2016, 10,4 milhões de pessoas adoeceram por tuberculose, entretanto apenas 6,3 milhões de casos foram notificados (SILVA, 2018). Os índices de mortalidade para 2016 demonstram que houve 1,3 milhão de mortes por tuberculose entre pacientes não infectados pelo HIV e 374.000 mortes entre os pacientes infectados pelo HIV (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

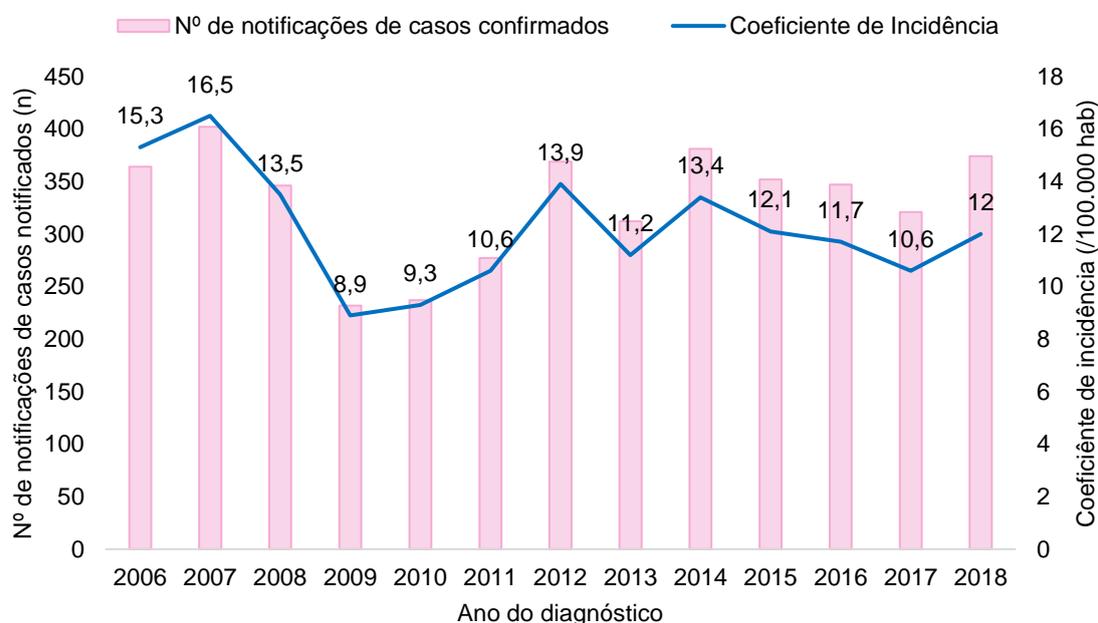
Embora, mundialmente, as taxas de incidência e mortalidade por tuberculose estão caindo, a doença continua sendo uma importante questão de saúde pública.

No Brasil, em 2018, foram diagnosticados 72.788 casos novos de TB correspondendo a um coeficiente de incidência de 34,8 casos/100 mil hab. Em 2017, os dados sobre mortalidade foram de 4.534 óbitos por TB com coeficiente de mortalidade de 2,2 óbitos/100 mil hab. (BRASIL, 2019).

Segundo dados epidemiológicos, no Distrito Federal em 2018, foram notificados 374 casos novos de tuberculose com taxa de incidência de 12 casos por 100 mil habitantes. A análise da série história 2006 a 2018 mostra maior incidência em 2007, com 16,5 casos/100 mil habitantes, seguida do ano de 2012, com 13,9 casos/100 mil habitantes e, 2014 com 13,4

casos/100 mil habitantes. No período de 2006 a 2018, houve redução de 27% no coeficiente de incidência de casos novos (Gráfico 29).

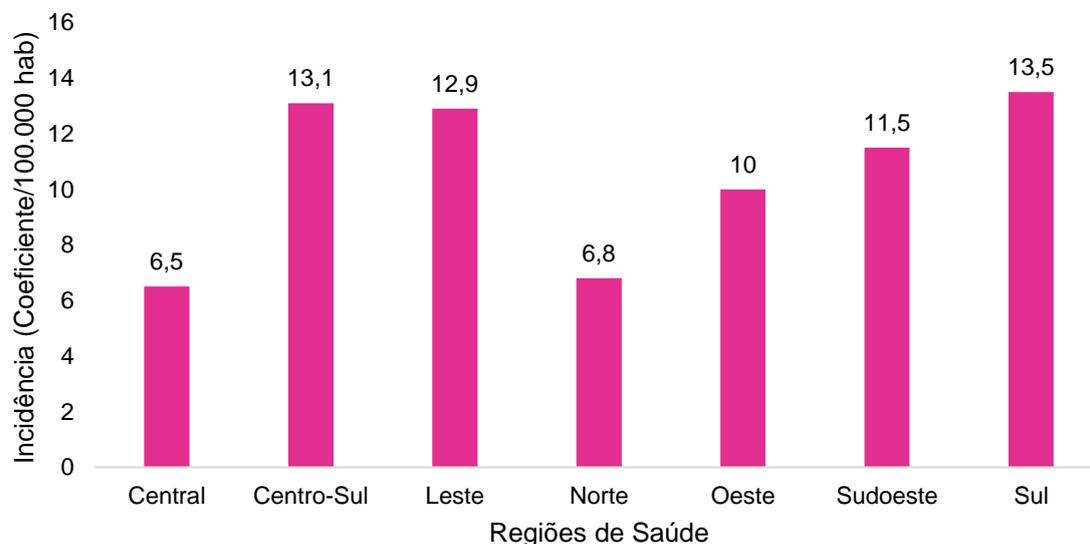
Gráfico 29 - Número de notificações de casos notificados de tuberculose no Distrito Federal, 2006 a 2018.



Fonte: DIVEP/SVS/SES-DF. Informe Epidemiológico Tuberculose. Ano 2016 nº 2, dezembro de 2017.

A análise do coeficiente de incidência de tuberculose por Região de Saúde, em 2017, mostra maior incidência na Região Sul (13,5), seguida da Região Centro-Sul (13,1), Região Leste (12,9) e Sudoeste (11,5) (Gráfico 30).

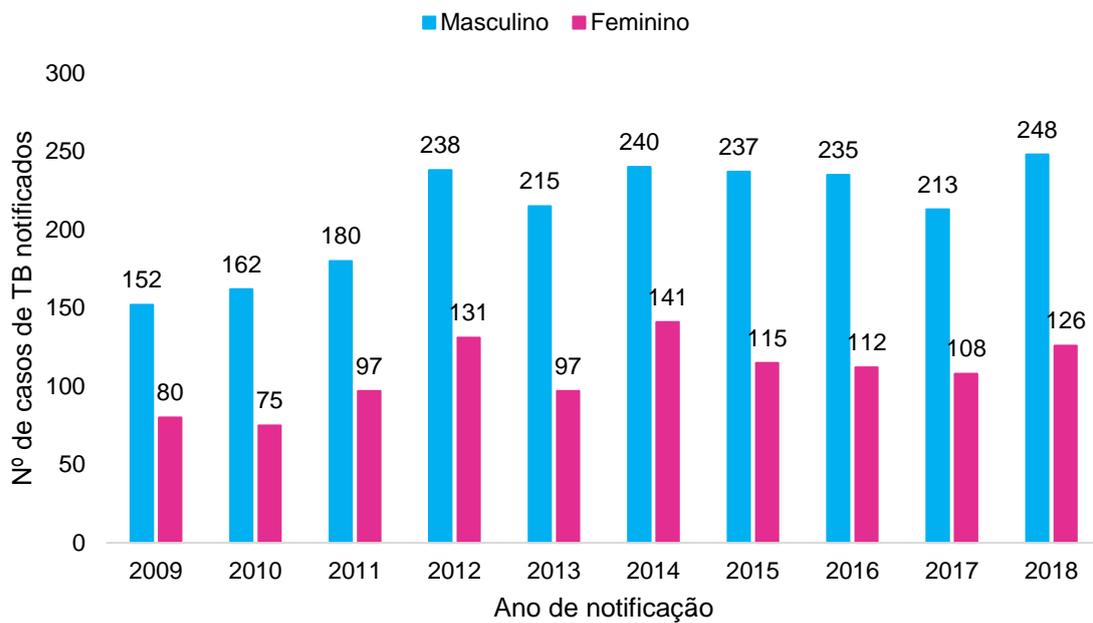
Gráfico 30 - Coeficiente de incidência de tuberculose por região de saúde, em 2017.



Fonte: DIVEP/SVS/SESDF. Informativo epidemiológico. Ano 07, nº 07, março de 2019.

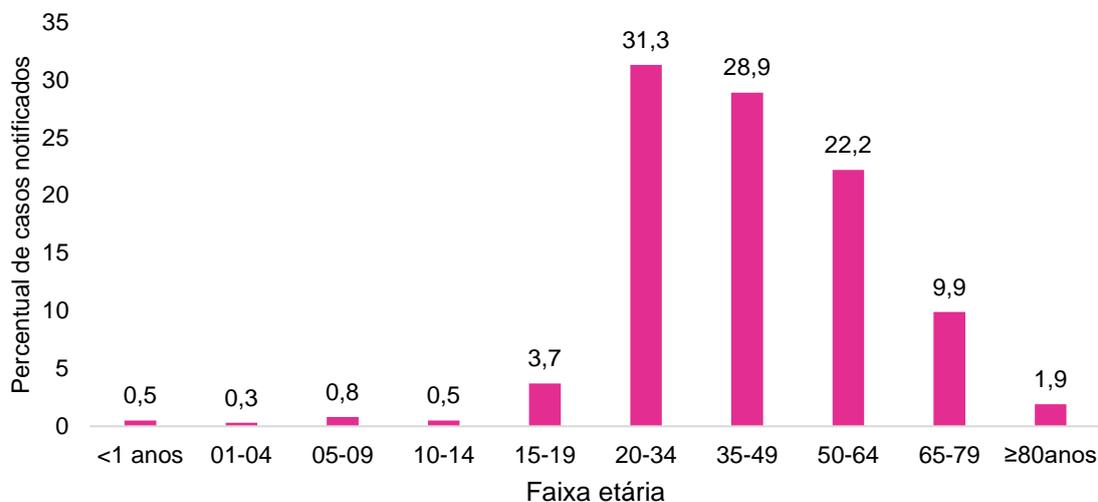
As distribuições dos casos de tuberculose pelo sexo, durante o período de 2009 a 2018, demonstram maior incidência no sexo masculino (Gráfico 31). A análise da distribuição dos casos de tuberculose segundo a faixa etária demonstra maior concentração de casos na faixa etária entre 20 a 34 anos (31,3 %), seguida de 35 a 49, com 28,9%, ambas representando população jovem e em idade economicamente ativa (Gráfico 32).

Gráfico 31- Distribuição de frequência dos casos novos diagnosticados tuberculose segundo sexo e ano. Distrito Federal, 2009 a 2018.



Fonte: DIVEP/SVS/SESDF. Informativo epidemiológico. Ano 07 nº 07, março de 2019.

Gráfico 32- Distribuição de frequência dos casos novos diagnosticados tuberculose segundo faixa etária. Distrito Federal, 2018.



Fonte: DIVEP/SVS/SESDF. Informativo epidemiológico. Ano 07 nº 07, março de 2019.

Em 2015, a OMS lançou um plano mundial de combate a Estratégia *End TB*, onde estabeleceu metas, como, redução na taxa de incidência de TB em 80% e, redução nos índices de mortalidade por TB de 90% até 2035. O principal foco de ação se concentra a identificação precoce de pacientes já infectados e, aqueles com infecção latente, a fim de iniciar tratamento efetivo precoce. Este plano possui ações na atenção e prevenção com foco no cuidado do paciente; a consolidação de políticas e sistemas de apoio, e o fortalecimento de pesquisas na área (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Seguindo recomendações mundiais, o Ministério da Saúde publicou em 2017 o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública com meta de reduzir para < 10 casos/100.000 hab a taxa de incidência de TB e, reduzir a mortalidade para < 1 morte/100.000 hab (BRASIL, 2017).

Hanseníase

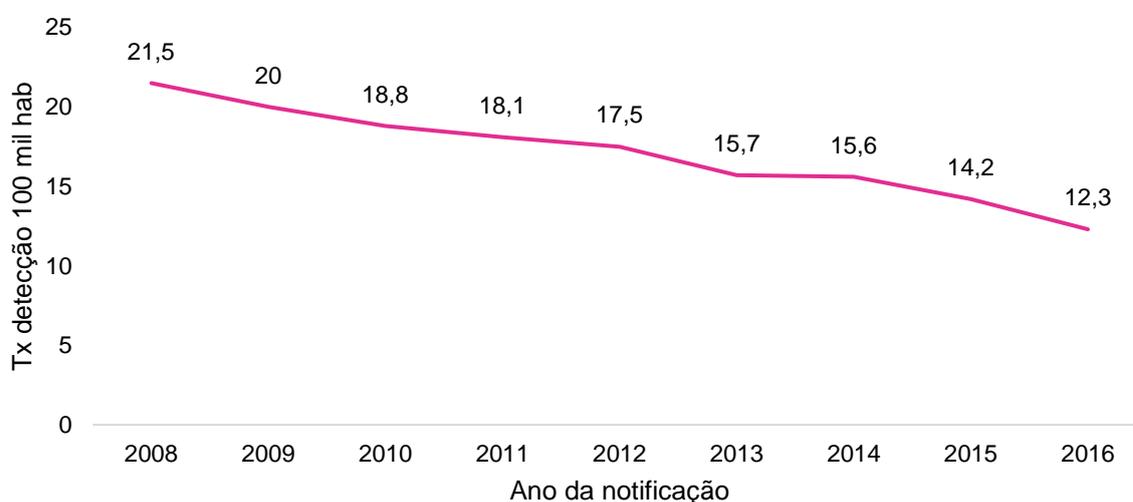
A hanseníase é uma doença endêmica, infectocontagiosa, de aspecto crônico, causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae*, microrganismo de característica intracelular obrigatório e tem preferência por células cutâneas e dos nervos periféricos dos olhos, trato respiratório superior, membros superiores e inferiores (FINEZ; SALOTTI, 2011). O microrganismo possui alta infectividade, porém, baixa patogenicidade, à dependência de sua relação com o hospedeiro e grau de endemidade do meio.

A doença apresenta acometimento dermato-neurológico, com grande potencial incapacitante devido a deformidades osteoarticulares e outras sequelas (ARAÚJO, et al.

2014). A incapacidade física acomete aproximadamente 23,0% dos pacientes com hanseníase após a alta (GONÇALVES; SAMPAIO; ANTUNES, 2009). Apresenta variadas formas clínicas que são determinadas de acordo com níveis de resposta imune celular ao *M. leprae*, classificadas como: indeterminada, tuberculoide, dimorfa e virchowiana (ARAÚJO, et al., 2014).

Segundo dados da OMS, o Brasil ocupa o segundo lugar em número de casos de hanseníase notificados com 26.875 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). Os dados do Ministério da Saúde demonstram que, no período de 2008 a 2016, houve redução de 42,8% no número de casos notificados de hanseníase.

Gráfico 33 - Taxa de detecção de hanseníase no Brasil, 2008 a 2016.

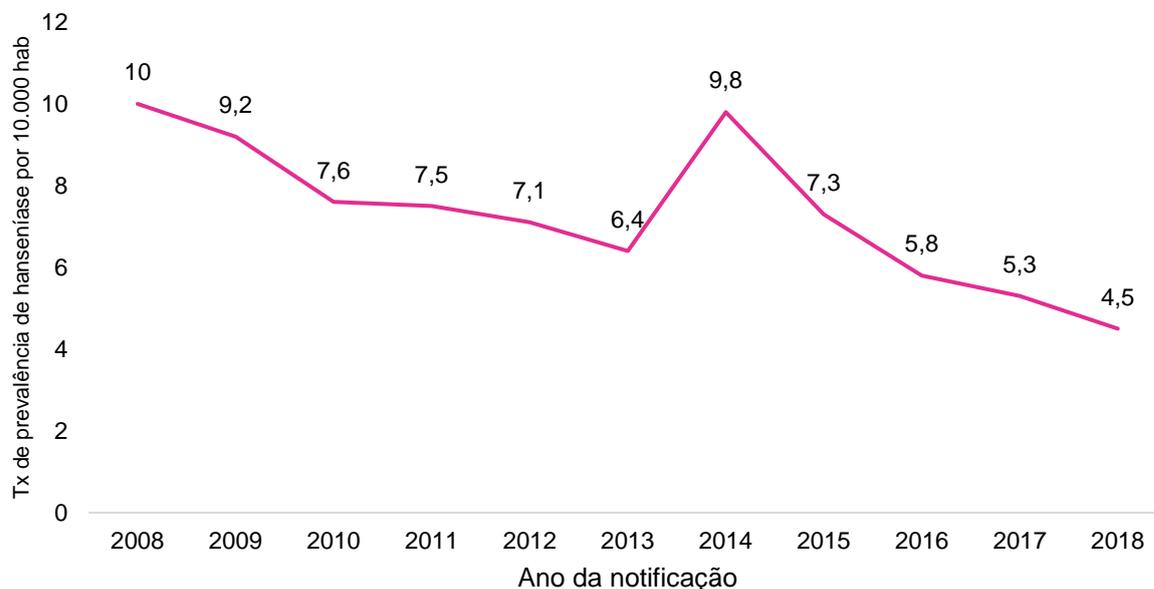


Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. 2018; 49. Situação epidemiológica e estratégias de prevenção, controle e eliminação das doenças tropicais negligenciadas no Brasil, 1995 a 2016.

Segundo boletim epidemiológico, no Distrito Federal em 2018, houve 139 casos diagnosticados de hanseníase, entre residentes, equivalendo a uma taxa de prevalência de 4,5 por 100 mil habitantes (Gráfico 34). A maior taxa de prevalência foi observada em 2008, com 10 casos/100 mil hab. Este dado vem reduzindo ao longo dos anos e, no período de 2008 a 2018, mostra redução de 55%.

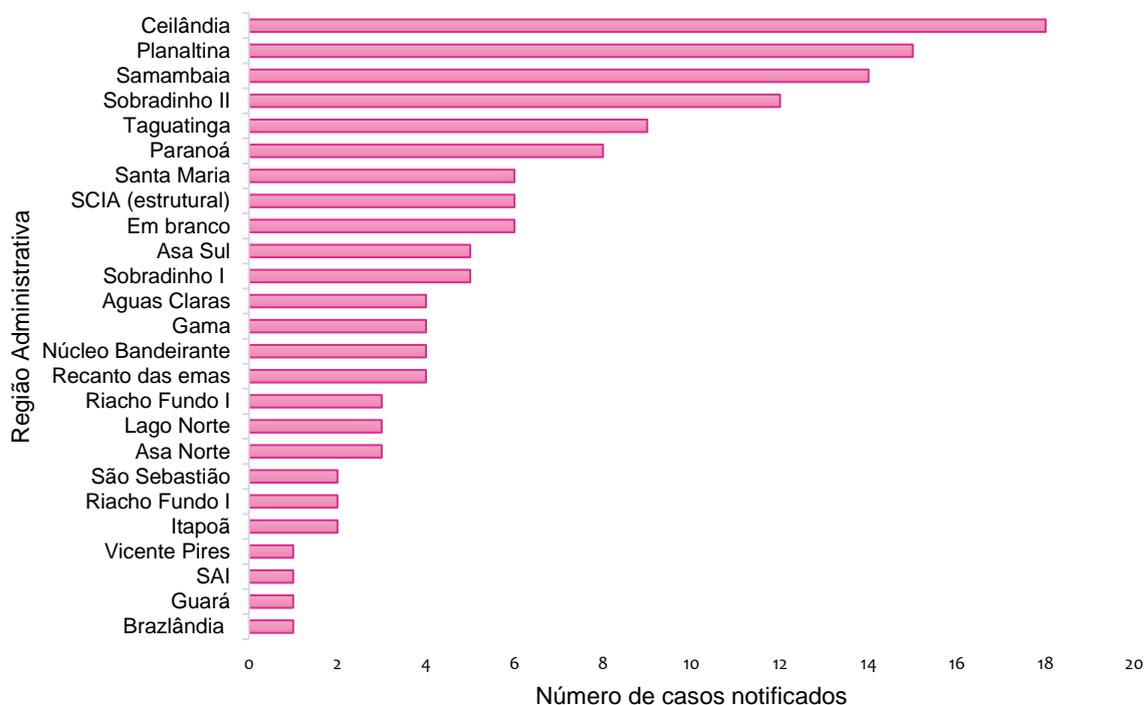
A distribuição de casos novos de hanseníase por Região Administrativa, em 2018, mostra que Ceilândia teve 18 casos (12,9%), seguida de Planaltina (15 casos – 10,8%), Samambaia (14 casos – 10,1%), Sobradinho II (12 casos – 8,6%) e Taguatinga (9 casos – 6,5%) (Gráfico 35).

Gráfico 34- Taxa de prevalência anual de hanseníase por 100.000 habitantes. Distrito Federal, 2008 a 2018.



Fonte: DIVEP/SVS/SESDF. Informativo Epidemiológico Ano 14, nº 1. Agosto 2019.

Gráfico 35- Distribuição anual de casos novos de hanseníase por Região Administrativa. Distrito Federal, 2018.

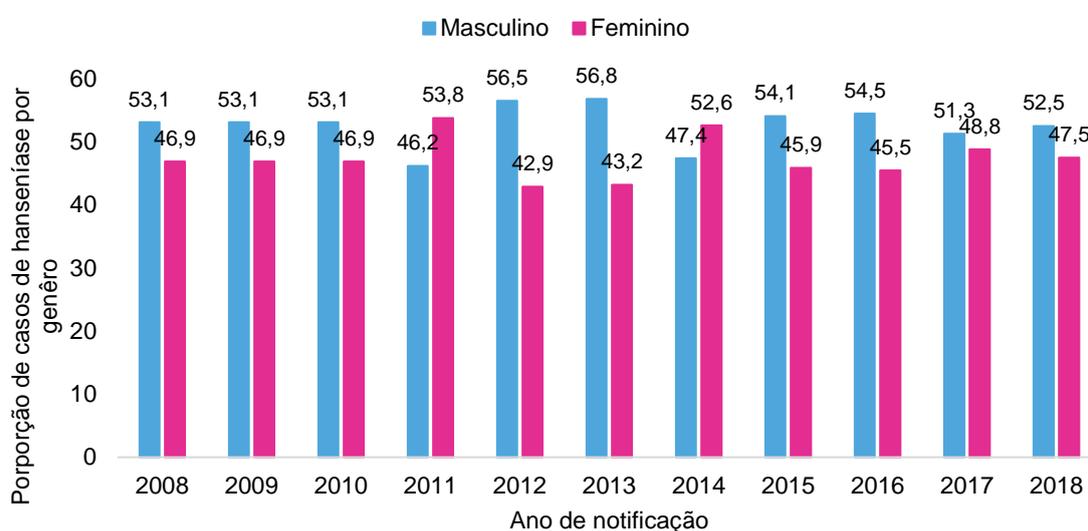


Fonte: DIVEP/SVS/SESDF. Informativo Epidemiológico Ano 14, nº 1. Agosto 2019. (*) Dados da RA 32 - Sol Nascente/Pôr do Sol, criada com a Lei 6.359/2019, eram contados na RA 9 – Ceilândia. (**) Dados da RA 33 – Arniqueira, criada com a Lei 6.391/2019, eram contados na RA 20 – Águas Claras.

Quanto ao gênero, o maior número de casos foi no sexo masculino, com a média de 52,5% para o sexo masculino, e de 47,5% para o feminino. O gráfico 36 demonstra a evolução da proporção de casos de hanseníase por gênero.

Objetivando definição do esquema terapêutico, o Ministério da Saúde preconiza a classificação operacional para a hanseníase, a qual considera casos paucibacilares (PB), forma menos grave, onde o paciente apresenta até cinco lesões e diagnosticados clinicamente nas formas indeterminada e ou tuberculoide, e casos multibacilares (MB), forma mais grave; o paciente apresenta com mais de cinco lesões e classificados clinicamente nas formas dimorfa e ou virchoviana (PEDRO, 2009; BRASIL, 2008).

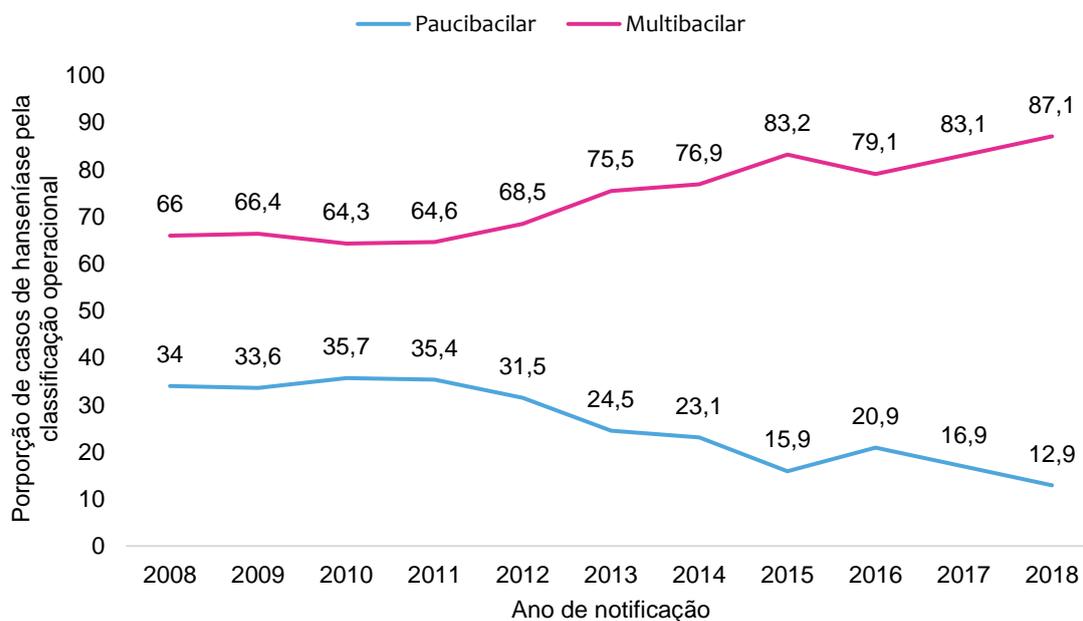
Gráfico 36- Proporção de casos de hanseníase por gênero no Distrito Federal, 2008 a 2018.



Fonte: DIVEP/SVS/SESDF. Informativo Epidemiológico Ano 14, nº 1. Agosto 2019. /SVS/SESDF. Relatório de avaliação das ações de controle da hanseníase no Distrito Federal. Maio, 2018.

No DF em 2018, entre o total de casos novos, a proporção de casos, segundo a classificação operacional, mostrou 87,1% de multibacilares (121 casos) e 12,9% de paucibacilares (18 casos).

Gráfico 37- Proporção de casos de hanseníase pela classificação operacional, 2008 a 2018.

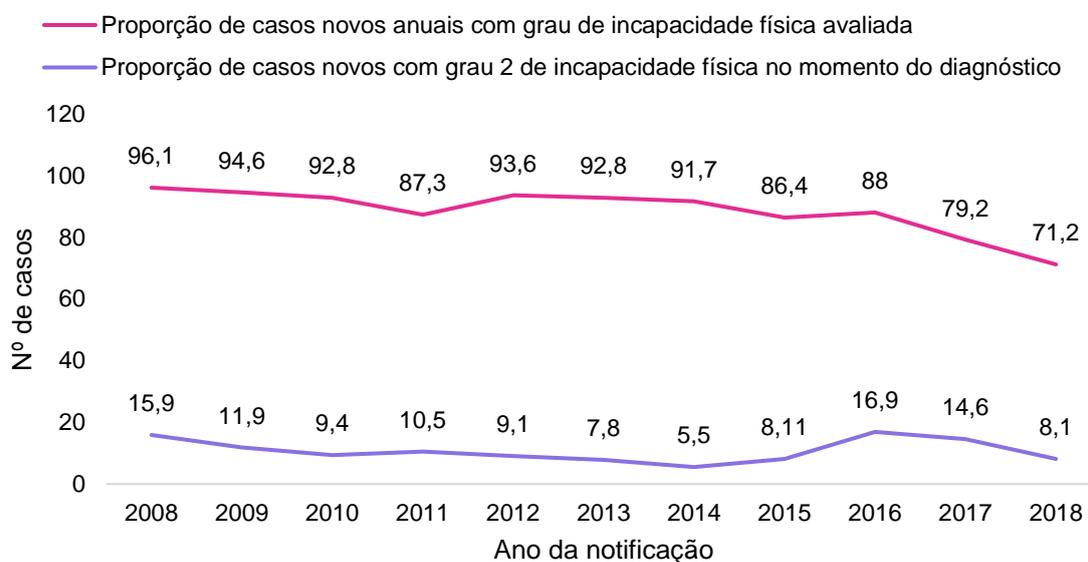


Fonte: DIVEP/SVS/SESDF. Informativo Epidemiológico Ano 14, nº 1. Agosto 2019. DIVEP/SVS/SESDF. Relatório de avaliação das ações de controle da hanseníase no Distrito Federal. Maio, 2018.

Em relação à taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase, na população de zero a 14 anos, por 100 mil habitantes, foram detectados no Distrito Federal três casos em 2018, sendo a taxa de detecção de 0,36 casos/100 mil habitantes, caracterizando parâmetro baixo pelos critérios do Ministério da Saúde.

Grau de incapacidade física: Na avaliação do período entre 2008 e 2018, observa-se uma redução na proporção de casos novos avaliados quanto ao grau de incapacidade física no momento do diagnóstico em 25,9% (Gráfico 38).

Gráfico 38 - Proporção de casos novos avaliados de hanseníase quanto ao grau de incapacidade física, 2008 a 2018.

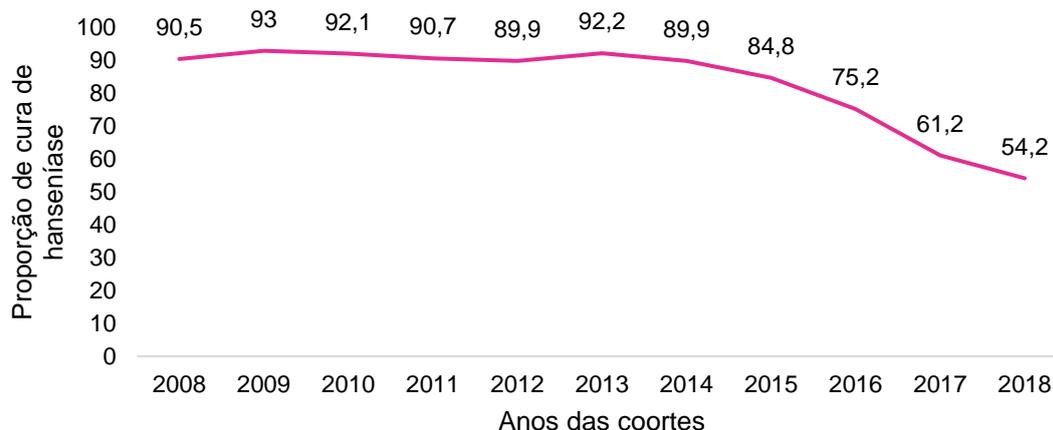


Fonte: DIVEP/SVS/SESDF. Informativo Epidemiológico Ano 14, nº 1. Agosto 2019.

O percentual de pacientes com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico (lesões nos olhos, mãos e pés), em 2018 foi 8,1%, demonstrando que a detecção é tardia e inoportuna e que, portanto, o objetivo do diagnóstico precoce dos casos com vistas a diminuir os impactos das incapacidades, não está sendo alcançado.

A proporção de cura entre os casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes para 2018 foi de 54,2%. O ano com maior proporção de casos de cura foi 2009 com 93%. Houve uma redução significativa de 41,7% na proporção de casos de cura entre 2009 e 2018.

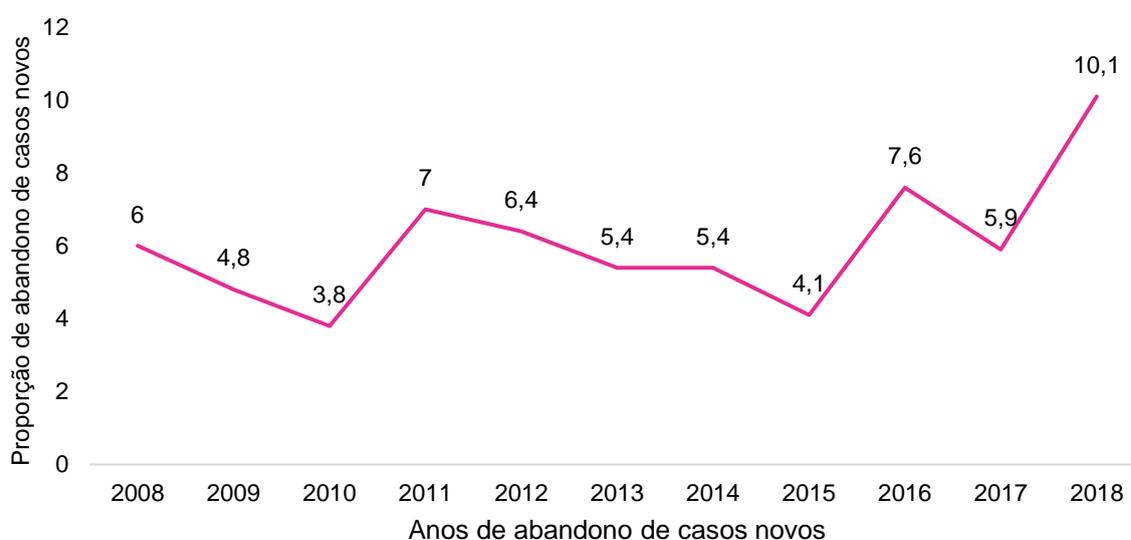
Gráfico 39 - Proporção de cura de hanseníase no Distrito Federal, 2008 a 2018.



Fonte: DIVEP/SVS/SESDF. Informativo Epidemiológico Ano 14, nº 1. Agosto 2019.

O número de abandonos de casos novos de hanseníase nos anos das coortes em 2018 foi de 10,1%. Segundo dados do Ministério da Saúde, este dado indica a possibilidade da baixa adesão do paciente com o tratamento. Alguns estudos retratam fatores relacionados ao abandono do tratamento, tais como: esquecimento, atividades laborais, efeitos colaterais e complicações da doença, problemas familiares e o estresse, bem como, alcoolismo (ROLIM et al., 2016). A baixa adesão ao tratamento pode levar a ocorrência de resistência medicamentosa.

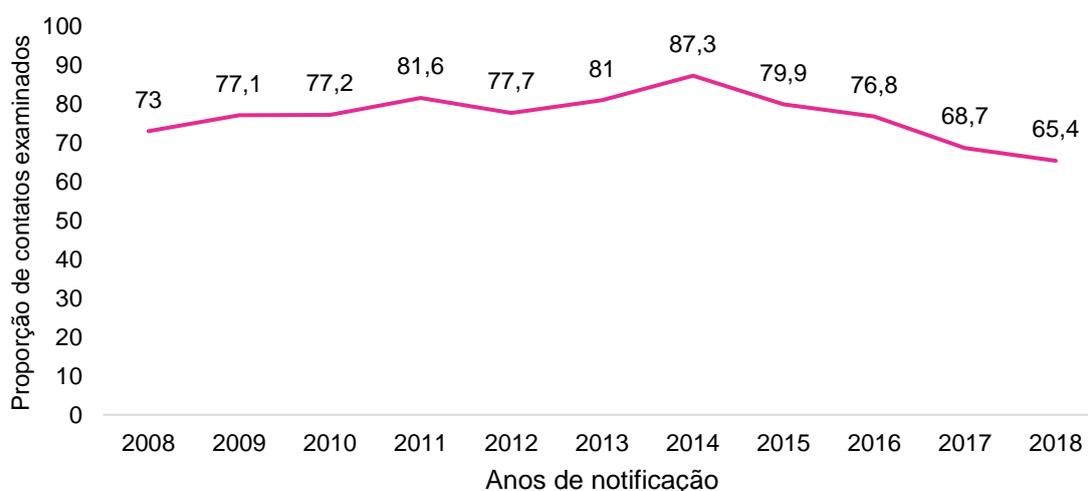
Gráfico 40 - Proporção de abandono de casos novos de hanseníase no Distrito Federal, 2008 a 2018.



Fonte: DIVEP/SVS/SESDF. Informativo Epidemiológico Ano 14, nº 1. Agosto 2019.

A proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes, em 2018, foi de 65,4%. Esses dados acerca do exame dos comunicantes vem apresentando tendência de queda a partir do ano de 2015. A análise do período entre 2014 a 2018 demonstra uma redução de 25,1%. Este dado reitera a importância para a identificação precoce de casos novos e, conseqüente, quebra da cadeia de transmissão da endemia na população.

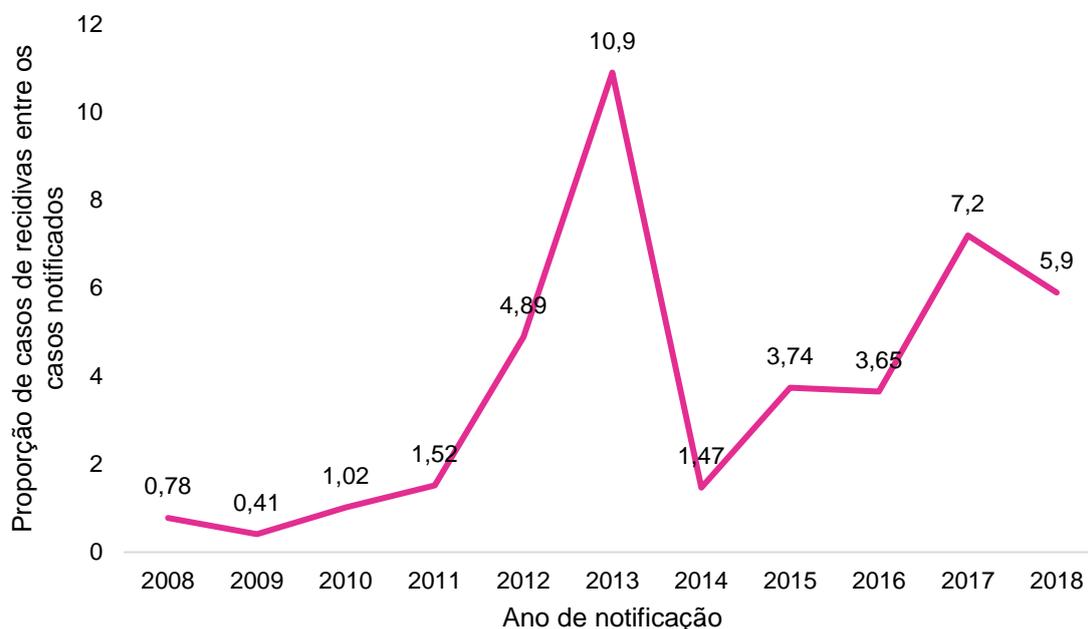
Gráfico 41- Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase no Distrito Federal, 2008 a 2018.



Fonte: DIVEP/SVS/SESDF. Informativo Epidemiológico Ano 14, nº 1. Agosto 2019.

Quanto à proporção de casos de recidivas entre os casos notificados no DF, observa-se uma tendência de elevação entre o período de 2014 a 2018 em torno de 300%. Este dado é preocupante devido a probabilidade de insuficiência e falência terapêutica. Assim sendo, o risco de casos de hanseníase com resistência medicamentosa, tanto secundária, como primária poderá tornar-se mais frequente futuramente.

Gráfico 42- Proporção de casos de recidivas entre os casos notificados no Distrito Federal, 2008 a 2018.



Fonte: DIVEP/SVS/SESDF. Informativo Epidemiológico Ano 14, nº 1. Agosto 2019.

HIV/AIDS

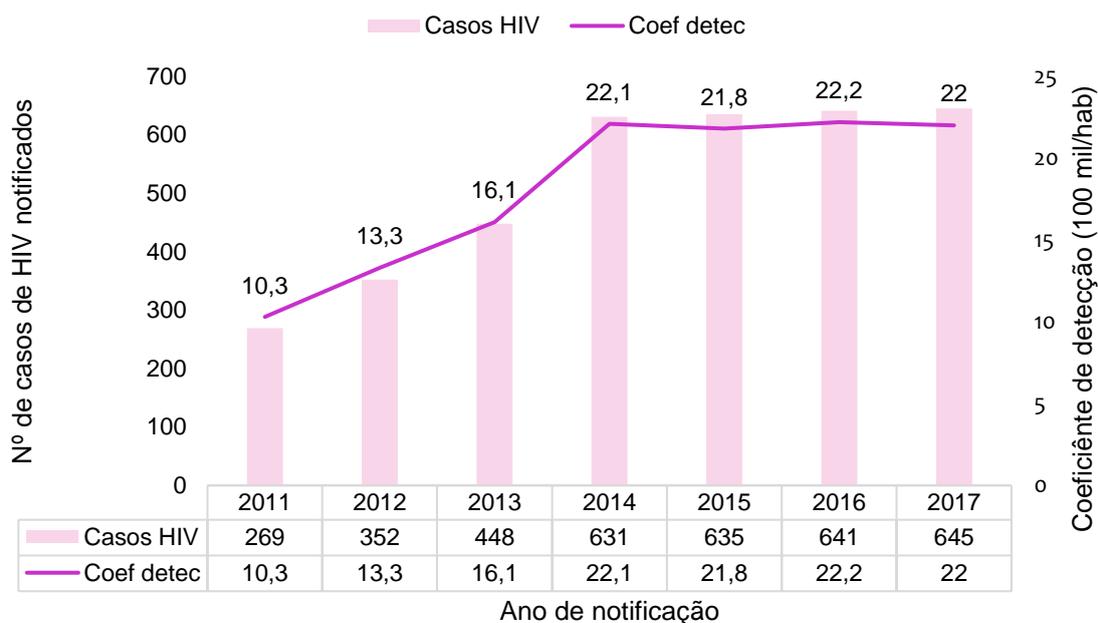
Mundialmente, segundo dados da OMS de 2018, cerca de 37,9 milhões de pessoas vivem com HIV (vírus da imunodeficiência humana). Destes, 1,7 milhão foram diagnosticadas em 2018 e ocorreram 770 mil mortes ocasionadas pela imunodeficiência. Nas Américas, são cerca de 3,5 milhões de pessoas HIV+ (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016; 2019).

No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde em 2017, foram diagnosticados 42.420 novos casos de HIV e 37.791 casos de AIDS, com uma taxa de detecção de 18,3/100.000 habitantes. Desde o ano de 2012, observa-se uma diminuição na taxa de detecção de AIDS no Brasil, que passou de 21,7/100.000 habitantes (2012) para 18,3/100.000 habitantes em 2017, configurando um decréscimo de 15,7% (BRASIL, 2018). Foram notificados, no período de 2000 até junho de 2018, 116.292 gestantes infectadas com HIV, das quais 7.882 no ano de 2017, com uma taxa de detecção de 2,8/1.000 nascidos vivos. Foram registrados no SIM, em 2017, 11.463 óbitos por causa básica AIDS (CID10: B20 a B24), com uma taxa de mortalidade de 4,8/100.000 habitantes. No período de 2014 a 2017 a taxa de mortalidade sofreu decréscimo de 15,8%.

No Distrito Federal, em 2018, foram notificados 672 casos de HIV em adultos e 47 casos de HIV em Gestantes. Conforme dados da vigilância epidemiológica do DF, o número de casos e os coeficientes de detecção de AIDS têm reduzido nos últimos anos, enquanto

que os de HIV têm aumentado, devendo-se principalmente pelo aumento da detecção precoce dos casos de HIV, antes do desenvolvimento de AIDS (Gráficos 43 e 44).

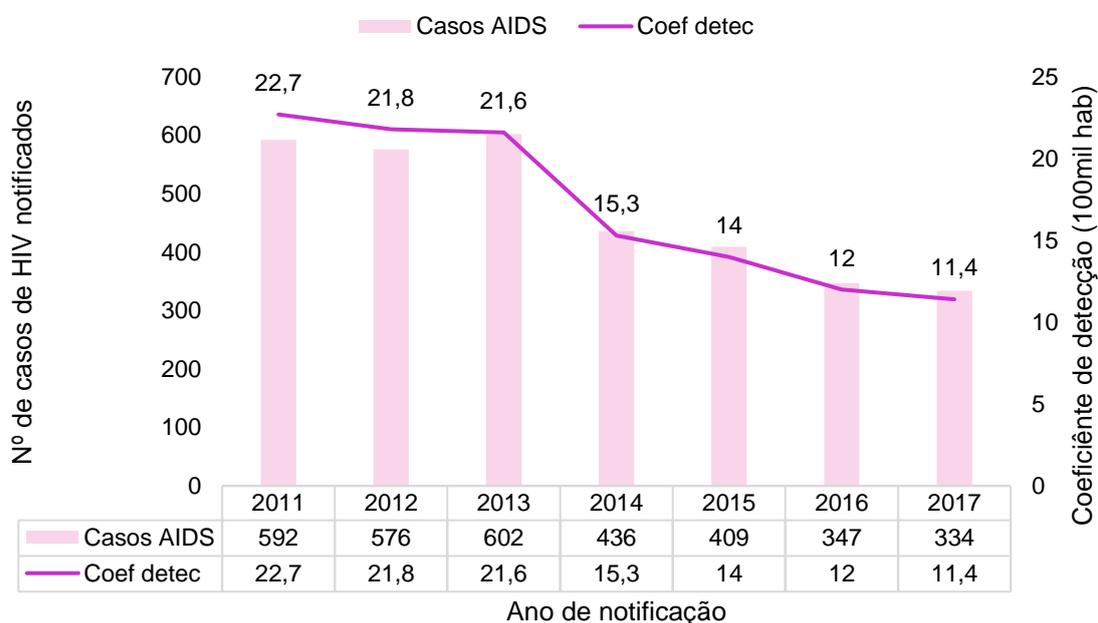
Gráfico 43 - Casos de HIV notificados (número absoluto, coeficiente de detecção por 100.000 habitantes), segundo ano de diagnóstico e sexo. Distrito Federal, 2011 a 2017.



Fonte: DIVEP/SVS/SES-DF. Boletim epidemiológico HIV, AIDS e Infecções sexualmente transmissíveis. Ano 8, nº 01, novembro de 2017. DIVEP/SVS/SES-DF. Boletim epidemiológico HIV, AIDS e Infecções sexualmente transmissíveis. Ano 9, nº 01, novembro de 2018.

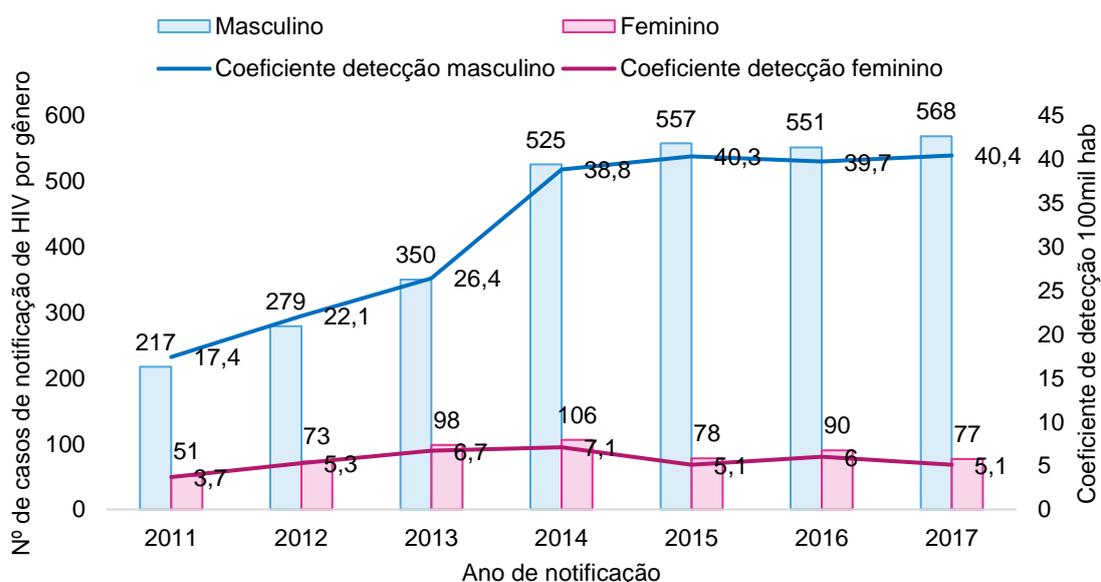
O número de casos de HIV notificados durante o período de 2011 a 2017 relacionados ao gênero demonstra tendência crescente na população masculina demonstrando que nesta população há maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV (Gráfico 45). Em relação aos casos de AIDS notificados durante o mesmo período, observa-se tendência decrescente em ambas as populações (Gráfico 46).

Gráfico 44 - Casos de AIDS notificados (número absoluto, coeficiente de detecção por 100.000 habitantes e razão de sexos), segundo ano de diagnóstico e sexo. Distrito Federal, 2011 a 2017.



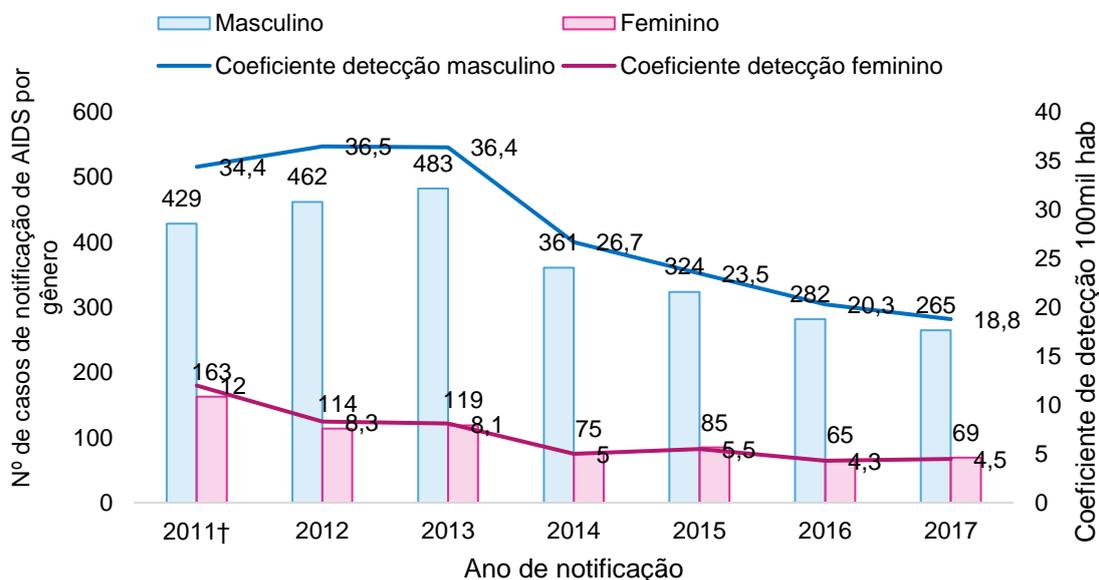
Fonte: DIVEP/SVS/SES-DF. Boletim epidemiológico HIV, AIDS e Infecções sexualmente transmissíveis. Ano 8, nº 01, novembro de 2017. DIVEP/SVS/SES-DF. Boletim epidemiológico HIV, AIDS e Infecções sexualmente transmissíveis. Ano 9, nº 01, novembro de 2018.

Gráfico 45- Casos de HIV notificados (número absoluto, coeficiente de detecção por 100.000 habitantes e razão de sexos), segundo ano de diagnóstico e sexo. Distrito Federal, 2011 a 2017.



Fonte: DIVEP/SVS/SES-DF. Boletim epidemiológico HIV, AIDS e Infecções sexualmente transmissíveis. Ano 8, nº 01, novembro de 2017. DIVEP/SVS/SES-DF. Boletim epidemiológico HIV, AIDS e Infecções sexualmente transmissíveis. Ano 9, nº 01, novembro de 2018.

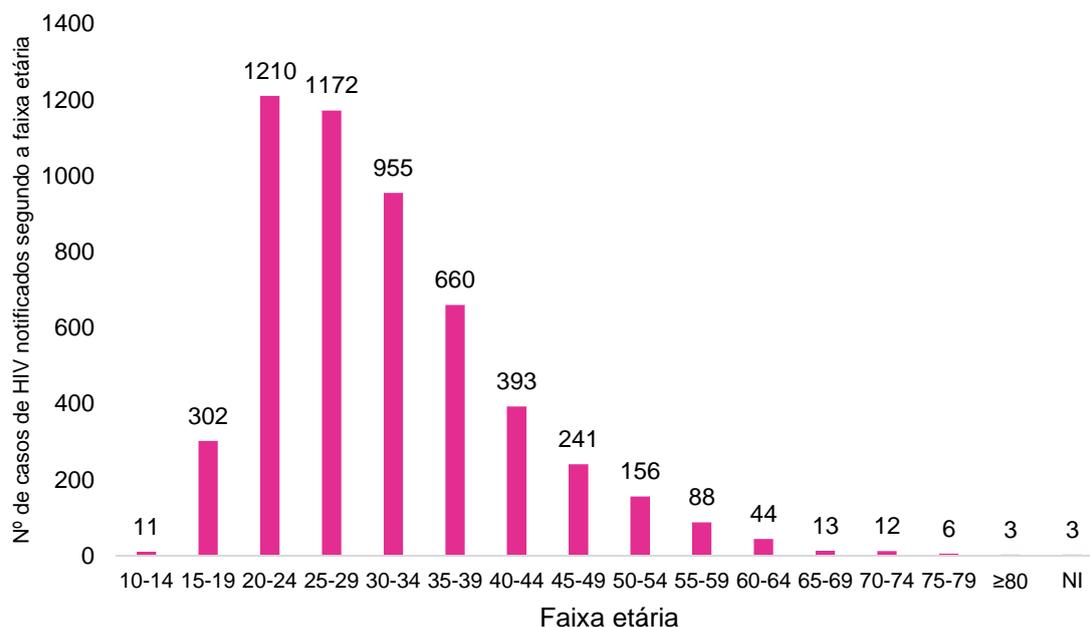
Gráfico 46 - Casos de AIDS notificados (número absoluto, coeficiente de detecção por 100.000 habitantes e razão de sexos), segundo ano de diagnóstico e sexo. Distrito Federal, 2011 a 2017.



Fonte: †DIVEP/SVS/SES-DF. Boletim epidemiológico HIV, AIDS e Infecções sexualmente transmissíveis. Ano 8, nº 01, novembro de 2017. DIVEP/SVS/SES-DF. Boletim epidemiológico HIV, AIDS e Infecções sexualmente transmissíveis. Ano 9, nº 01, novembro de 2018.

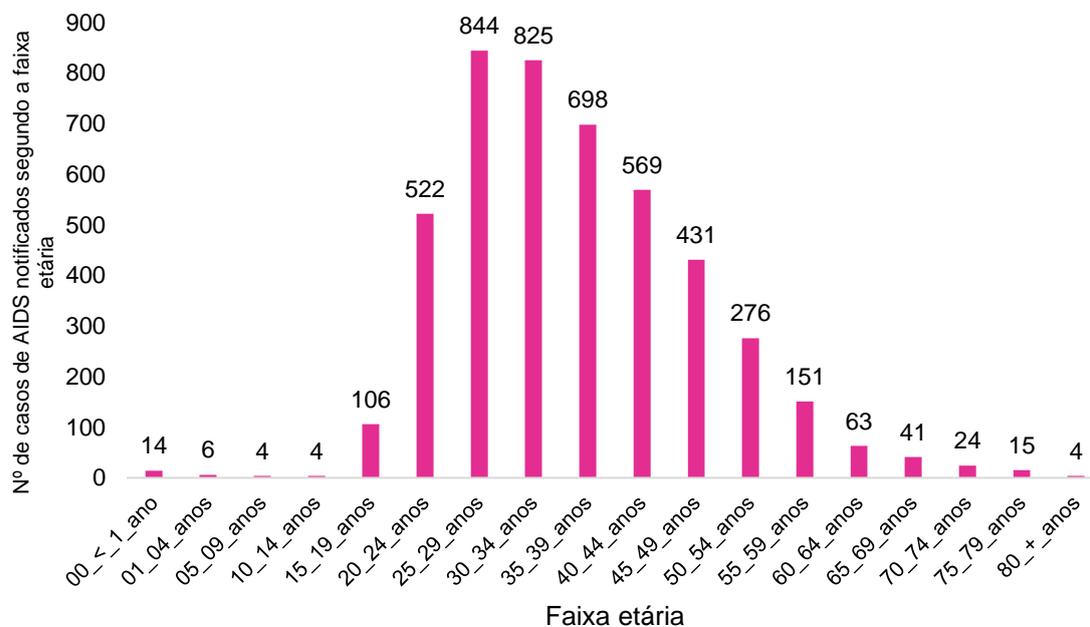
A distribuição de casos de HIV pela faixa etária demonstra maior prevalência de casos na faixa etária dos 20-24 anos com 1.210 casos (23,0%), seguido das faixas etárias: 25-29 anos (1.172 casos – 22,2%), 30-34 anos (955 casos – 18,1%), 35-39 anos (660 – 12,5%) e 40-45 anos (393 casos – 7,5%) (Gráfico 47). Já a distribuição dos casos de AIDS demonstra maior prevalência na faixa etária de 25-29 anos com 844 casos (18,3%), seguido das faixas etárias 30-34 anos (825 casos – 17,9%), 35-39 anos (698 casos – 15,2%), 40-44 anos (569 casos – 12,4%), 45-49 (431 casos – 9,4%) (Gráfico 48).

Gráfico 47- Casos de HIV, segundo faixa etária. Distrito Federal, 2009 a 2017.



Fonte: SVS/SES-DF competência semana de diagnóstico 36 de 2019, dados atualizados em 09/09/2019 extraído via Sala de Situação da SES-DF

Gráfico 48 - Casos de AIDS, segundo faixa etária. Distrito Federal, 2009 a 2017.



Fonte: SVS/SES-DF competência semana de diagnóstico 36 de 2019, dados atualizados em 09/09/2019 extraído via Sala de Situação da SES-DF.

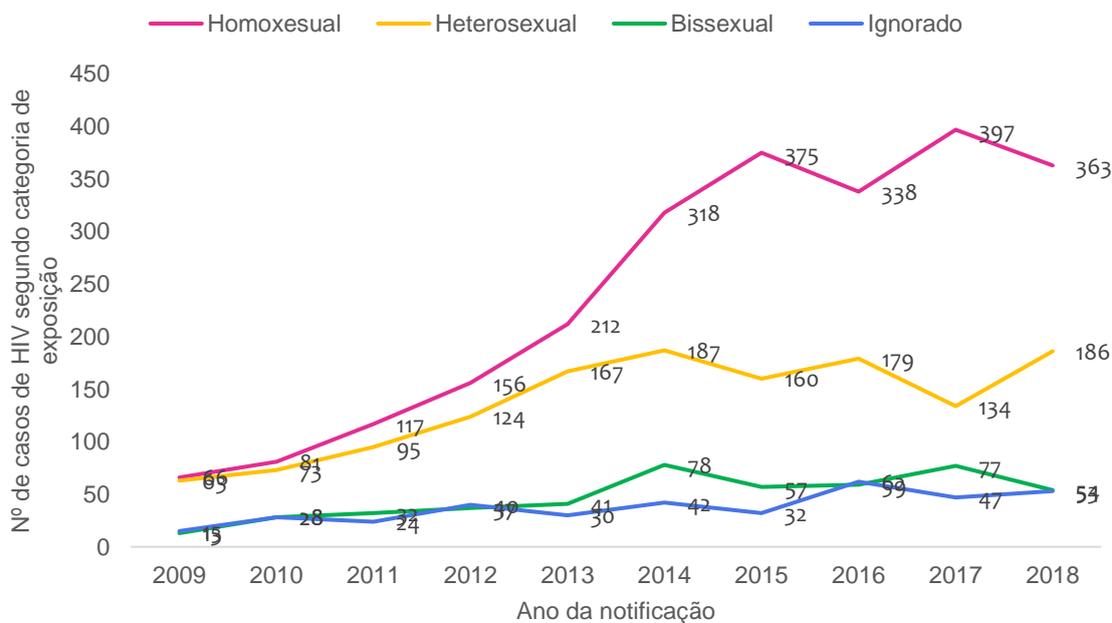
Os casos de HIV relacionados à categoria de exposição, no período de 2009 a 2018, demonstram maior tendência de crescimento na população de homossexuais.

Tabela 41- Casos de HIV segundo a categoria de exposição no Distrito Federal, 2009 a 2018.

| Categoria de exposição | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | TOTAL |
|-------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Bissexual | 13 | 28 | 32 | 37 | 41 | 78 | 57 | 59 | 77 | 54 | 476 |
| Bissexual/Drogas | 2 | 1 | 1 | 1 | - | - | 2 | 1 | 1 | 1 | 10 |
| Drogas | - | 2 | 2 | - | - | 3 | - | - | 1 | 4 | 12 |
| Homossexual | 66 | 81 | 117 | 156 | 212 | 318 | 375 | 338 | 397 | 363 | 2.423 |
| Homossexual / Drogas | - | 1 | - | 2 | - | 4 | 2 | 2 | 5 | 3 | 19 |
| Homossexual / Hemofilia | - | - | - | - | - | 1 | - | - | 1 | - | 2 |
| Heterossexual | 63 | 73 | 95 | 124 | 167 | 187 | 160 | 179 | 134 | 186 | 1.368 |
| Heterossexual/Drogas | - | 1 | 5 | - | 2 | 4 | 8 | 9 | 1 | 1 | 31 |
| Perinatal | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 7 | 7 |
| Transfusão | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - | 1 |
| Ignorado | 15 | 28 | 24 | 40 | 30 | 42 | 32 | 62 | 47 | 53 | 373 |

Fonte: SVS/SES-DF competência semana de diagnóstico 36 de 2019, dados atualizados em 09/09/2019 extraído via Sala de Situação da SES-DF

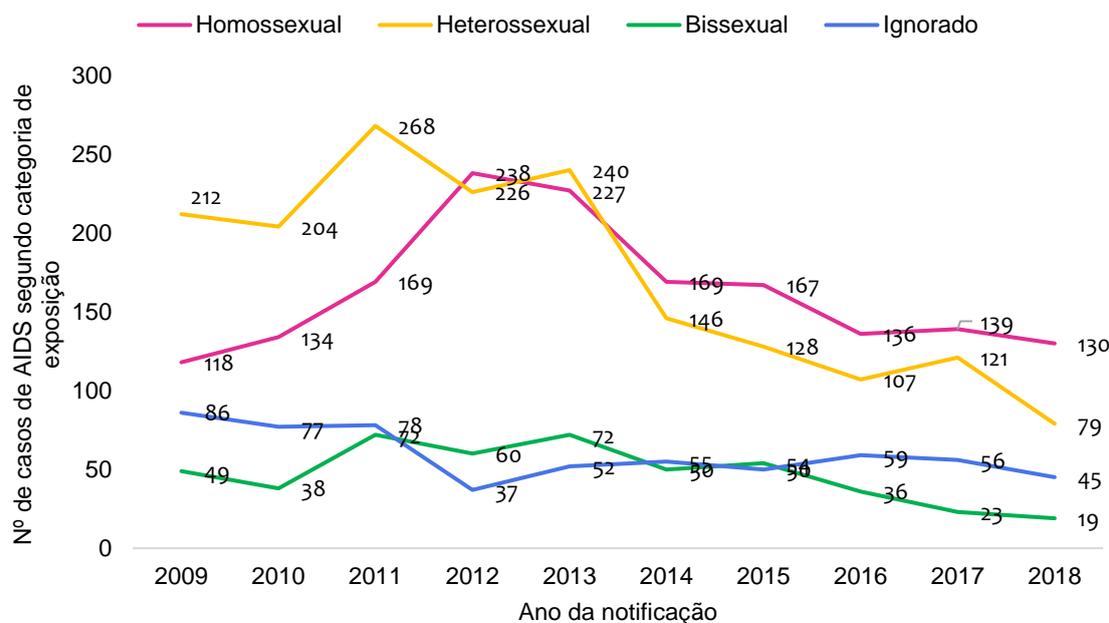
Gráfico 49- Evolução dos casos de HIV relacionados à categoria de exposição. DF, 2009 a 2018.



Fonte: SVS/SES-DF competência semana de diagnóstico 36 de 2019, dados atualizados em 09/09/2019 extraído via Sala de Situação da SES-DF

Os casos de AIDS relacionados à categoria de exposição, no período de 2009 a 2018, demonstram maior tendência de redução na população heterossexual.

Gráfico 50 - Número de casos de AIDS segundo categoria de exposição no Distrito Federal, 2009 a 2018.



Fonte: SVS/SES-DF competência semana de diagnóstico 36 de 2019, dados atualizados em 09/09/2019 extraído via Sala de Situação da SES-DF

Os coeficientes de detecção de HIV nas Regiões de Saúde demonstram que as Regiões Administrativas com os maiores coeficientes foram: Riacho Fundo I, Núcleo Bandeirante, Candangolândia, Guará, Águas Claras, Taguatinga. Sendo que, as quatro primeiras são pertencentes à Região Centro-Sul e as seguintes à Região Sudoeste (Tabela 42).

Tabela 42- Casos de HIV notificados (número e coeficiente de detecção por 100.000 hab.), segundo localidade de residência, por ano de diagnóstico. Distrito Federal, 2012 a 2017.

| Região de Saúde | Número de casos | | | | | | | Coeficiente de detecção | | | | | |
|--------------------|-----------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|-------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | TOTAL | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
| CENTRAL | 76 | 78 | 109 | 125 | 99 | 93 | 580 | 29,8 | 28,8 | 26,6 | 43,8 | 22,9 | 21,7 |
| Asa Norte | 25 | 28 | 39 | 46 | 41 | 34 | 213 | 20 | 21,1 | 28,6 | 32,8 | 28,5 | 23,8 |
| Asa Sul | 21 | 22 | 27 | 44 | 27 | 28 | 169 | 24,1 | 23,4 | 27,8 | 44 | 26,2 | 27,3 |
| Cruzeiro | 9 | 11 | 16 | 9 | 7 | 10 | 62 | 25,1 | 28,8 | 40,9 | 22,4 | 17 | 24,6 |
| Lago Norte | 3 | 5 | 6 | 8 | 10 | 6 | 38 | 9 | 14,1 | 16,4 | 21,3 | 25,9 | 15,6 |
| Lago Sul | 11 | 9 | 11 | 8 | 7 | 4 | 50 | 36,3 | 27,6 | 32,6 | 23 | 19,5 | 11,2 |
| Sudoeste/Octogonal | 7 | 3 | 9 | 10 | 6 | 11 | 46 | 13,6 | 5,5 | 16,1 | 17,5 | 10,2 | 18,9 |
| Varjão | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 9,8 | 0 | 9,5 | 0 |
| CENTRO-SUL | 53 | 62 | 80 | 92 | 85 | 89 | 461 | 17,1 | 14,7 | 26,6 | 20,8 | 22,9 | 28,6 |
| Candangolândia | 7 | 1 | 4 | 5 | 5 | 6 | 28 | 42,7 | 5,8 | 22,6 | 27,6 | 27 | 33 |
| Guará | 26 | 32 | 44 | 46 | 43 | 40 | 231 | 23,7 | 27,4 | 36,7 | 37,4 | 34,1 | 32,1 |
| N. Bandeirantes | 5 | 6 | 10 | 9 | 6 | 10 | 46 | 19,8 | 22,4 | 36,5 | 32,1 | 20,9 | 35,4 |
| Park Way | 3 | 4 | 2 | 2 | 1 | 2 | 14 | 15,2 | 19 | 9,3 | 9 | 4,4 | 8,8 |
| Riacho Fundo I | 6 | 11 | 3 | 10 | 13 | 17 | 60 | 16,2 | 28,3 | 7,5 | 24,6 | 31,3 | 41,7 |
| Riacho Fundo II | 3 | 1 | 9 | 7 | 8 | 11 | 39 | 8,1 | 2,6 | 22,8 | 17,4 | 19,5 | 27,3 |
| SCIA (Estrutural) | 3 | 7 | 8 | 13 | 9 | 3 | 43 | 9,6 | 21,5 | 24,2 | 38,8 | 26,5 | 9 |
| SIA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| LESTE | 19 | 24 | 42 | 45 | 47 | 48 | 225 | 9 | 10,8 | 18,6 | 19,6 | 20,1 | 21 |
| Itapoã | 3 | 0 | 6 | 7 | 5 | 5 | 26 | 6,4 | 0 | 12,1 | 14 | 9,8 | 10 |
| Jardim Botânico | 3 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 12 | 14,7 | 9,3 | 4,5 | 13,2 | 4,3 | 8,7 |
| Paranoá | 10 | 16 | 15 | 15 | 14 | 15 | 84 | 17,6 | 26,9 | 24,7 | 24,2 | 22,2 | 24,3 |
| São Sebastião | 3 | 6 | 20 | 20 | 27 | 26 | 102 | 3,4 | 6,5 | 21,4 | 21,1 | 28 | 27,6 |
| NORTE | 31 | 45 | 45 | 55 | 65 | 52 | 293 | 9,1 | 12,6 | 12,3 | 14,8 | 17,1 | 13,9 |
| Fercal | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 20 | 9,8 | 0 |
| Planaltina | 22 | 21 | 22 | 36 | 30 | 27 | 158 | 12,5 | 11,3 | 11,6 | 18,7 | 15,3 | 14 |
| Sobradinho | 4 | 17 | 14 | 10 | 26 | 20 | 91 | 5,1 | 20,3 | 16,4 | 11,4 | 29 | 22,6 |
| Sobradinho II | 5 | 7 | 9 | 7 | 8 | 5 | 41 | 6,7 | 8,9 | 11,2 | 8,5 | 9,5 | 6,1 |
| OESTE | 36 | 66 | 103 | 100 | 88 | 92 | 485 | 7,6 | 13,2 | 20,3 | 19,3 | 16,6 | 17,7 |
| Brazlândia | 3 | 5 | 13 | 4 | 10 | 10 | 45 | 5,1 | 8 | 20,5 | 6,2 | 15,1 | 15,4 |
| Ceilândia (*) | 33 | 31 | 90 | 96 | 78 | 82 | 440 | 8 | 14 | 20,2 | 21,1 | 16,8 | 18 |
| SUDOESTE | 99 | 128 | 174 | 151 | 177 | 187 | 916 | 14 | 17,1 | 22,8 | 19,4 | 22,2 | 23,9 |
| Águas Claras (**) | 18 | 22 | 30 | 33 | 31 | 35 | 169 | 17,1 | 19,8 | 26,5 | 28,5 | 26,3 | 30,1 |
| Recanto das Emas | 12 | 24 | 23 | 17 | 17 | 28 | 121 | 9,3 | 17,8 | 16,7 | 12,1 | 11,9 | 20 |
| Samambaia | 20 | 34 | 44 | 41 | 55 | 45 | 239 | 9,7 | 15,8 | 20 | 18,3 | 24,1 | 20,1 |
| Taguatinga | 43 | 40 | 66 | 51 | 65 | 70 | 335 | 20,6 | 18 | 29 | 21,9 | 27,2 | 29,7 |
| Vicente Pires | 6 | 8 | 11 | 9 | 9 | 9 | 52 | 9,9 | 12,5 | 16,8 | 13,5 | 13,2 | 13,4 |
| SUL | 22 | 40 | 65 | 61 | 53 | 51 | 292 | 8,5 | 14,6 | 23,3 | 21,4 | 18,2 | 17,8 |
| Gama | 7 | 21 | 40 | 39 | 42 | 33 | 182 | 5,1 | 14,4 | 26,8 | 25,6 | 26,9 | 21,4 |
| Santa Maria | 15 | 19 | 25 | 22 | 11 | 18 | 110 | 12,3 | 14,9 | 19,2 | 16,6 | 8,1 | 13,6 |
| Em branco | 16 | 5 | 13 | 6 | 27 | 33 | 100 | *** | *** | *** | *** | *** | *** |
| TOTAL | 325 | 448 | 631 | 635 | 641 | 645 | 3352 | 13,3 | 16,1 | 26,6 | 21,8 | 22,9 | 22 |

Fonte: DIVEP/SVS/SES-DF. Boletim epidemiológico HIV, AIDS e Infecções sexualmente transmissíveis. Ano 9, nº 01, novembro de 2018. (*) Dados da RA 32 - Sol Nascente/Pôr do Sol, criada com a Lei 6.359/2019, eram contados na RA 9 – Ceilândia. (**) Dados da RA 33 – Arniqueira, criada com a Lei 6.391/2019, eram contados na RA 20 – Águas Claras.

No total de casos de AIDS acumulados nos últimos seis anos, as regiões com os maiores coeficientes foram: Riacho Fundo I, Águas Claras, Taguatinga, Paranoá, Sobradinho e Núcleo Bandeirante (Tabela 43).

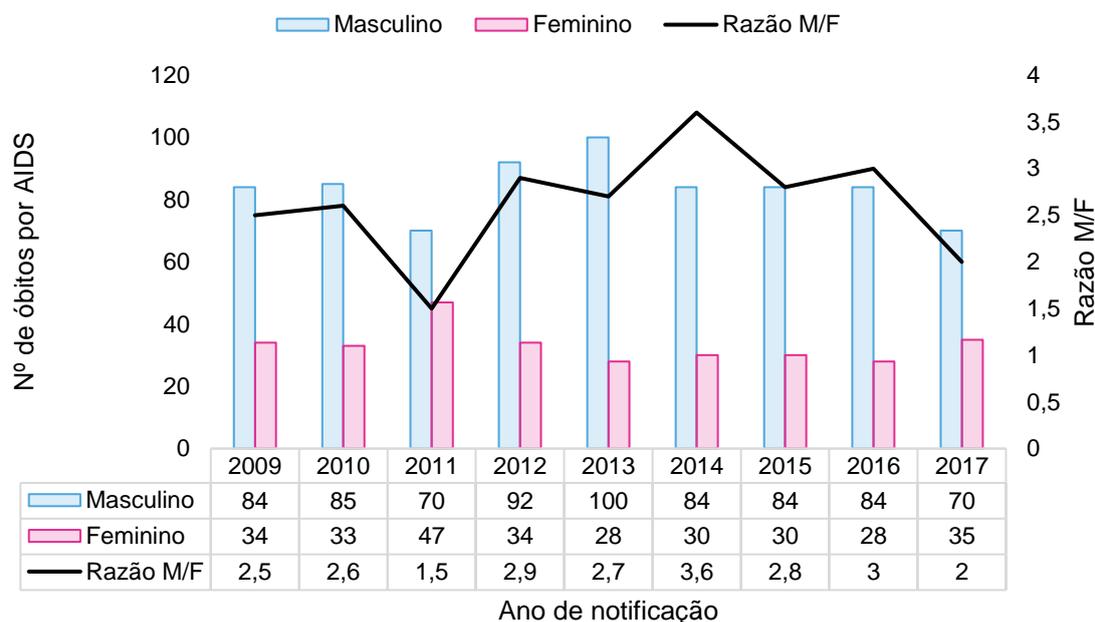
Tabela 43- Casos de AIDS notificados (número e coeficiente de detecção por 100.000 hab.), segundo localidade de residência, por ano de diagnóstico. Distrito Federal, 2012 a 2017.

| Região de Saúde | Número de casos | | | | | | TOTAL | Coeficiente de detecção | | | | | |
|--------------------|-----------------|------------|------------|------------|------------|------------|--------------|-------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
| CENTRAL | 106 | 102 | 75 | 78 | 59 | 30 | 450 | 41,6 | 37,6 | 18,3 | 27,3 | 13,7 | 7 |
| Asa Norte | 43 | 45 | 36 | 33 | 25 | 9 | 191 | 34,5 | 33,9 | 26,4 | 23,5 | 17,4 | 6,3 |
| Asa Sul | 28 | 22 | 9 | 18 | 12 | 8 | 97 | 32,1 | 23,4 | 9,3 | 18 | 11,6 | 7,8 |
| Cruzeiro | 14 | 7 | 6 | 8 | 10 | 3 | 48 | 39 | 18,4 | 15,3 | 19,9 | 24,3 | 7,4 |
| Lago Norte | 10 | 8 | 9 | 10 | 5 | 1 | 43 | 30,1 | 22,5 | 24,6 | 26,6 | 12,9 | 2,6 |
| Lago Sul | 4 | 3 | 8 | 3 | 3 | 5 | 26 | 13,2 | 9,2 | 23,7 | 8,6 | 8,3 | 14 |
| Sudoeste/Octogonal | 3 | 14 | 6 | 4 | 3 | 3 | 33 | 5,8 | 25,7 | 10,7 | 7 | 5,1 | 5,2 |
| Varjão | 4 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 12 | 41,5 | 29,8 | 9,8 | 19,2 | 9,5 | 9,7 |
| CENTRO-SUL | 82 | 85 | 54 | 43 | 37 | 40 | 341 | 26,5 | 20,2 | 18,3 | 9,7 | 13,7 | 12,9 |
| Candangolândia | 4 | 7 | 5 | 1 | 1 | 1 | 19 | 24,4 | 40,5 | 28,3 | 5,5 | 5,4 | 5,5 |
| Guará | 43 | 39 | 29 | 20 | 17 | 15 | 163 | 39,2 | 33,4 | 24,2 | 16,3 | 13,5 | 12 |
| N. Bandeirantes | 7 | 7 | 4 | 5 | 6 | 4 | 33 | 27,7 | 26,2 | 14,6 | 17,8 | 20,9 | 14,2 |
| Park Way | 4 | 3 | 1 | 2 | 0 | 2 | 12 | 20,2 | 14,3 | 4,6 | 9 | 0 | 8,8 |
| Riacho Fundo I | 8 | 14 | 7 | 5 | 8 | 9 | 51 | 21,7 | 36 | 17,6 | 12,3 | 19,3 | 22,1 |
| Riacho Fundo II | 9 | 10 | 4 | 5 | 5 | 5 | 38 | 24,3 | 25,8 | 10,1 | 12,4 | 12,2 | 12,4 |
| SCIA (Estrutural) | 7 | 5 | 4 | 5 | 0 | 4 | 25 | 22,4 | 15,4 | 12,1 | 14,9 | 0 | 12 |
| SIA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| LESTE | 43 | 45 | 27 | 35 | 28 | 27 | 205 | 20,3 | 20,3 | 12 | 15,2 | 12 | 11,8 |
| Itapoã | 2 | 3 | 2 | 2 | 4 | 0 | 13 | 4,3 | 6,2 | 4 | 4 | 7,9 | 0 |
| Jardim Botânico | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 3 | 9 | 0 | 9,3 | 9 | 0 | 8,6 | 13 |
| Paranoá | 19 | 18 | 11 | 14 | 9 | 12 | 83 | 33,5 | 30,2 | 18,1 | 22,6 | 14,3 | 19,4 |
| São Sebastião | 22 | 22 | 12 | 19 | 13 | 12 | 100 | 25,1 | 24 | 12,9 | 20 | 13,5 | 12,7 |
| NORTE | 54 | 54 | 41 | 41 | 43 | 42 | 275 | 15,9 | 15,1 | 11,2 | 11 | 11,3 | 11,2 |
| Fercal | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 4 | 10,8 | 0 | 20,4 | 0 | 9,8 | 0 |
| Planaltina | 31 | 35 | 21 | 26 | 23 | 26 | 162 | 17,6 | 18,9 | 11,1 | 13,5 | 11,7 | 13,5 |
| Sobradinho | 10 | 10 | 12 | 5 | 12 | 14 | 63 | 12,7 | 12 | 14 | 5,7 | 13,4 | 15,8 |
| Sobradinho II | 12 | 9 | 6 | 10 | 7 | 2 | 46 | 16 | 11,4 | 7,4 | 12,2 | 8,3 | 2,4 |
| OESTE | 77 | 91 | 53 | 57 | 37 | 36 | 351 | 16,3 | 18,3 | 10,4 | 11 | 7 | 6,9 |
| Brazlândia | 6 | 10 | 8 | 7 | 4 | 3 | 38 | 10,1 | 16,1 | 12,6 | 10,8 | 6,1 | 4,6 |
| Ceilândia (*) | 71 | 81 | 45 | 50 | 33 | 33 | 313 | 17,1 | 18,6 | 10,1 | 11 | 7,1 | 7,2 |
| SUDOESTE | 157 | 170 | 143 | 123 | 104 | 115 | 812 | 22,1 | 22,8 | 18,7 | 15,8 | 13,1 | 14,7 |
| Águas Claras (**) | 21 | 21 | 16 | 25 | 23 | 24 | 130 | 19,9 | 18,9 | 14,1 | 21,6 | 19,5 | 20,6 |
| Recanto das Emas | 17 | 28 | 25 | 18 | 19 | 17 | 124 | 13,2 | 20,8 | 18,2 | 12,9 | 13,3 | 12,2 |
| Samambaia | 39 | 45 | 41 | 26 | 8 | 26 | 185 | 19 | 20,9 | 18,7 | 11,6 | 3,5 | 11,6 |
| Taguatinga | 74 | 63 | 55 | 50 | 48 | 46 | 336 | 35,4 | 28,4 | 24,2 | 21,5 | 20,1 | 19,5 |
| Vicente Pires | 6 | 13 | 6 | 4 | 6 | 2 | 37 | 9,9 | 20,3 | 9,2 | 6 | 8,8 | 3 |
| SUL | 46 | 46 | 39 | 22 | 34 | 34 | 221 | 17,7 | 16,8 | 14 | 7,7 | 11,7 | 11,9 |
| Gama | 23 | 32 | 27 | 9 | 22 | 21 | 134 | 16,7 | 22 | 18,1 | 5,9 | 14,1 | 13,6 |
| Santa Maria | 23 | 14 | 12 | 13 | 12 | 13 | 87 | 18,9 | 11 | 9,2 | 9,8 | 8,9 | 9,8 |
| Em branco | 11 | 9 | 4 | 10 | 5 | 10 | 49 | *** | *** | *** | *** | *** | *** |
| TOTAL | 576 | 602 | 436 | 409 | 347 | 334 | 2.704 | 21,8 | 21,6 | 18,3 | 14 | 13,7 | 11,4 |

Fonte: DIVEP/SVS/SES-DF. Boletim epidemiológico HIV, AIDS e Infecções sexualmente transmissíveis. Ano 9, nº 01, novembro de 2018. (*) Dados da RA 32 - Sol Nascente/Pôr do Sol, criada com a Lei 6.359/2019, eram contados na RA 9 - Ceilândia. (**) Dados da RA 33 - Arniqueira, criada com a Lei 6.391/2019, eram contados na RA 20 - Águas Claras.

Os óbitos relacionados à AIDS no Distrito Federal têm reduzido nos últimos anos. De 2012 a 2017, o número de óbitos por AIDS foi de 1.052 casos, apresentando em 2017 uma redução de 6,3% em relação ao ano anterior.

Gráfico 51- Número de óbitos por AIDS por sexo no Distrito Federal, 2009 a 2017.



Fonte: †DIVEP/SVS/SES-DF. Boletim epidemiológico HIV, AIDS e Infecções sexualmente transmissíveis. Ano 8, nº 01, novembro de 2017. DIVEP/SVS/SES-DF. Boletim epidemiológico HIV, AIDS e Infecções sexualmente transmissíveis. Ano 9, nº 01, novembro de 2018.

HIV em Gestantes e Crianças Expostas

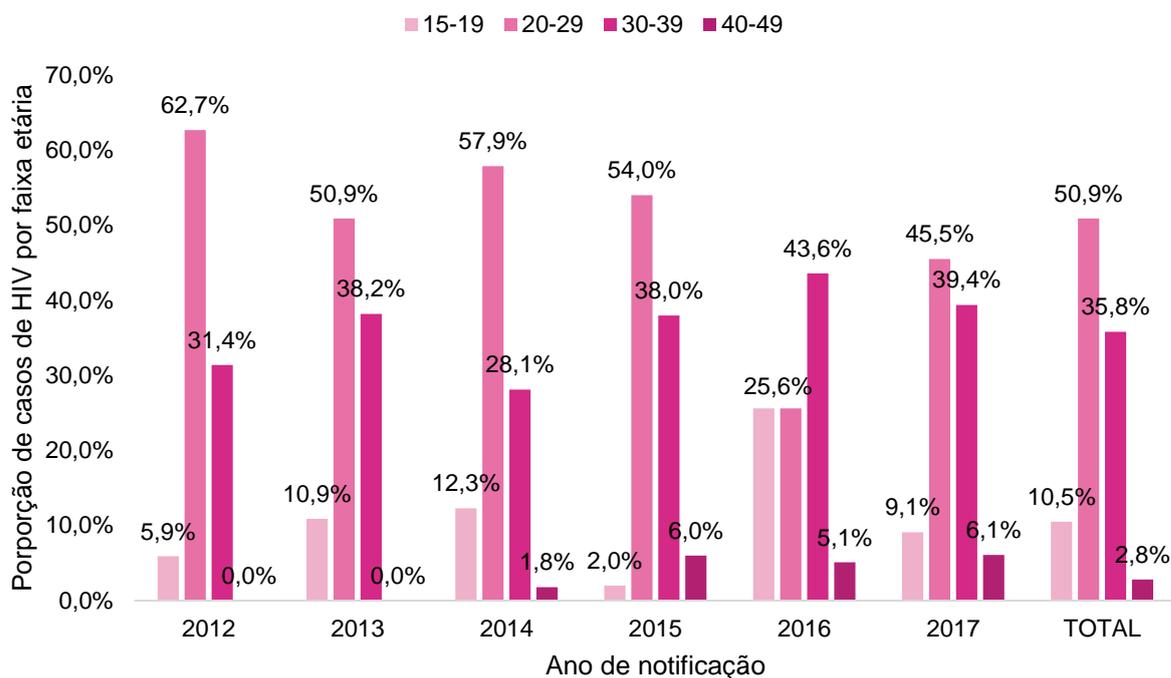
A transmissão vertical do HIV ocorre através da passagem do vírus da mãe para o bebê durante a gestação, o trabalho de parto, o parto propriamente dito (contato com as secreções cérvico-vaginais e sangue materno) ou a amamentação, sendo que cerca de 35% dessa transmissão ocorre durante a gestação, 65% ocorre no peri parto e há um risco acrescido de transmissão através da amamentação entre 7% e 22% por exposição (mamada) (BRASIL 2007).

A infecção pelo HIV na gestação é um agravo de notificação compulsória no Brasil desde 2006. No Brasil, no período de 2000 até junho de 2018, foram notificadas 116.292 gestantes infectadas com HIV (DOMINGUES; SARACENI; LEAL, 2018). A taxa de detecção de gestantes com HIV no Brasil vem apresentando uma pequena tendência de aumento nos últimos anos. Em um período de dez anos, houve um aumento de 21,7% na taxa de detecção de HIV em gestantes: em 2007, a taxa observada foi de 2,3 casos/mil nascidos vivos e, em 2017, passou para 2,8/mil nascidos vivos (BRASIL, 2018.).

No Distrito Federal, de 2012 a 2017, foram notificados 285 casos de gestantes com HIV. No último ano, as Regiões Administrativas com os maiores coeficientes de incidência foram SCIA (Estrutural), Paranoá, Sobradinho I e Taguatinga.

No período de 2012 a 2017, a faixa etária de gestantes mais acometida foi entre 20 a 29 anos (50,9%), seguida por 30 a 39 anos (35,8%) (Gráfico 52).

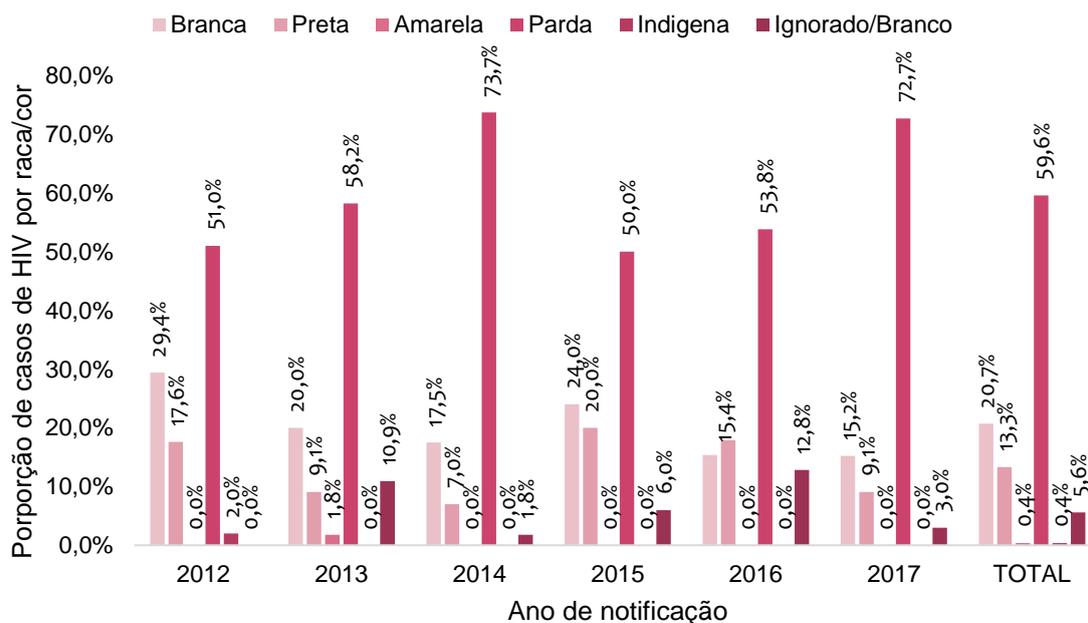
Gráfico 52- Proporção de casos de HIV notificados por faixa etária no DF, 2012 a 2017.



Fonte: DIVEP/SVS/SES-DF. Boletim epidemiológico HIV, AIDS e Infecções sexualmente transmissíveis. Ano 9, nº 01, novembro de 2018.

Quanto à raça/cor, as gestantes que se auto declararam pardas representam a maior parte dos casos (59,6%) (Gráfico 53).

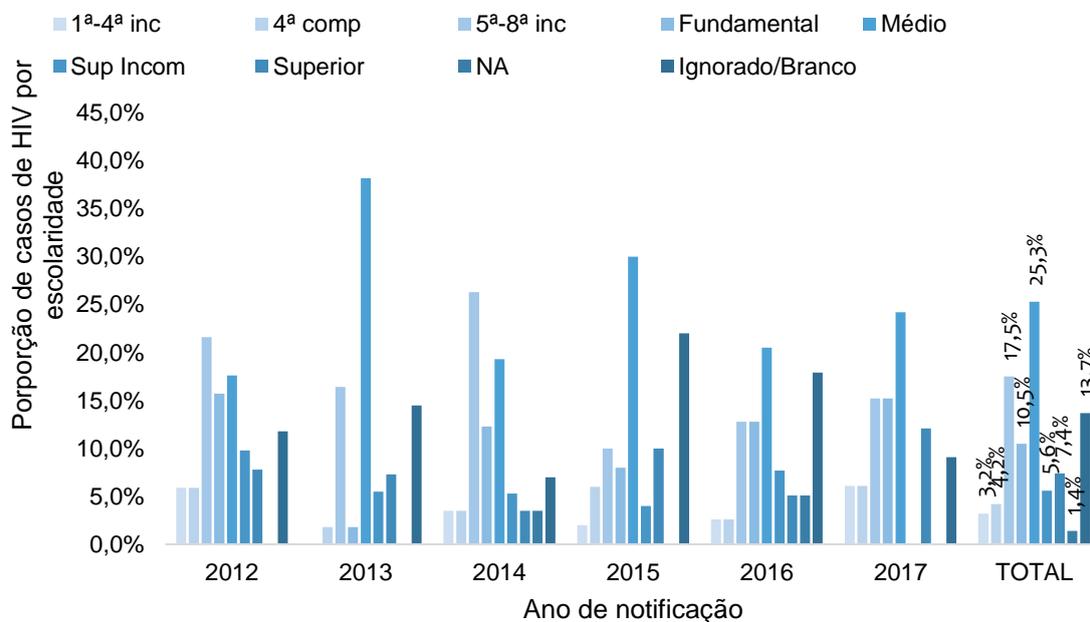
Gráfico 53- Proporção de casos de HIV notificados por raça/cor no DF, 2012 a 2017.



Fonte: DIVEP/SVS/SES-DF. Boletim epidemiológico HIV, AIDS e Infecções sexualmente transmissíveis. Ano 9, nº 01, novembro de 2018.

Em relação à escolaridade, predomina o ensino médio completo em 25,3% das gestantes notificadas (Gráfico 54).

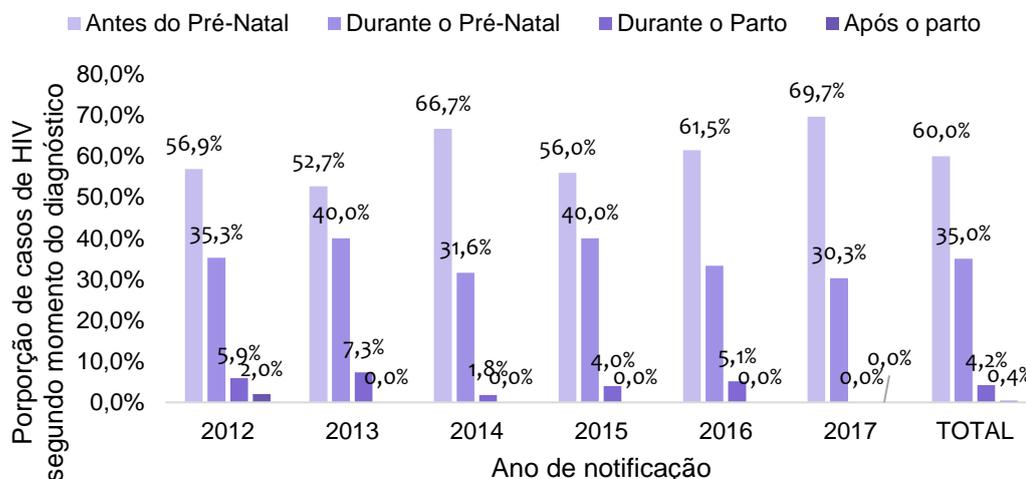
Gráfico 54- Proporção de casos de HIV notificados por escolaridade no DF, 2012 a 2017.



Fonte: DIVEP/SVS/SES-DF. Boletim epidemiológico HIV, AIDS e Infecções sexualmente transmissíveis. Ano 9, nº 01, novembro de 2018.

Segundo dados epidemiológicos, em 2017, 69,7% do número total de gestantes com HIV tinham o conhecimento da sorologia antes de ingressarem na atenção pré-natal. No entanto, 30,3 % das gestantes tomaram conhecimento que estavam com HIV durante o pré-natal (Gráfico 55).

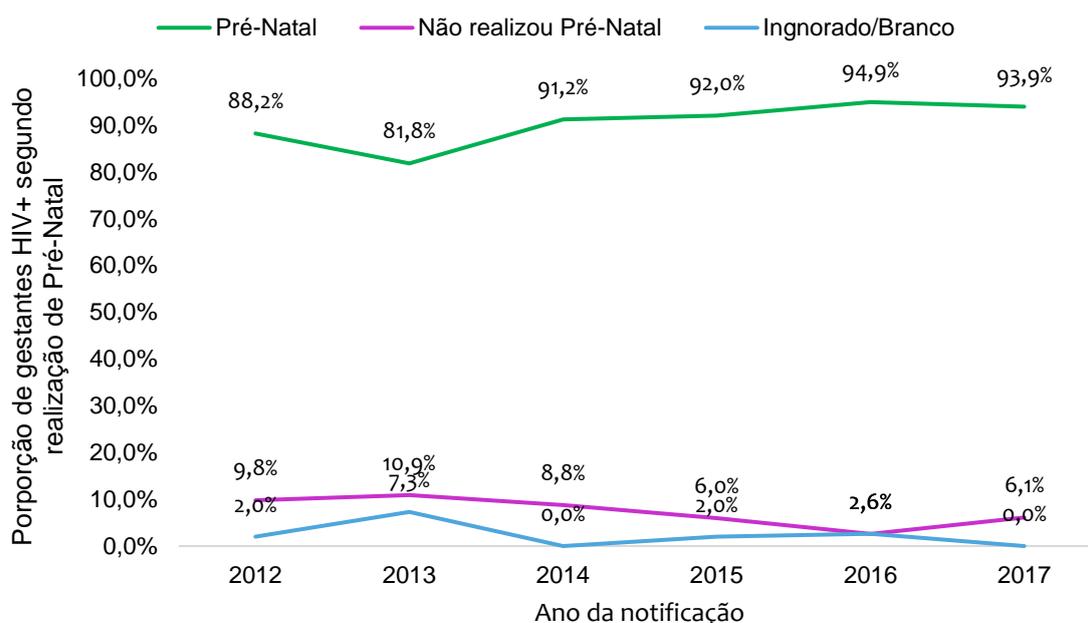
Gráfico 55- Proporção de casos de HIV notificados pelo momento do diagnóstico no DF, 2012 a 2017.



Fonte: DIVEP/SVS/SES-DF. Boletim epidemiológico HIV, AIDS e Infecções sexualmente transmissíveis. Ano 9, nº 01, novembro de 2018.

Na análise dos casos de gestantes com sorologia positiva para HIV, observa-se que no período de 2012 a 2017, em média, 89,8% das gestantes fizeram o pré-natal, nota-se que a partir de 2014 este dado apresentou tendência de crescimento chegando a 94,9% em 2016 (Gráfico 56).

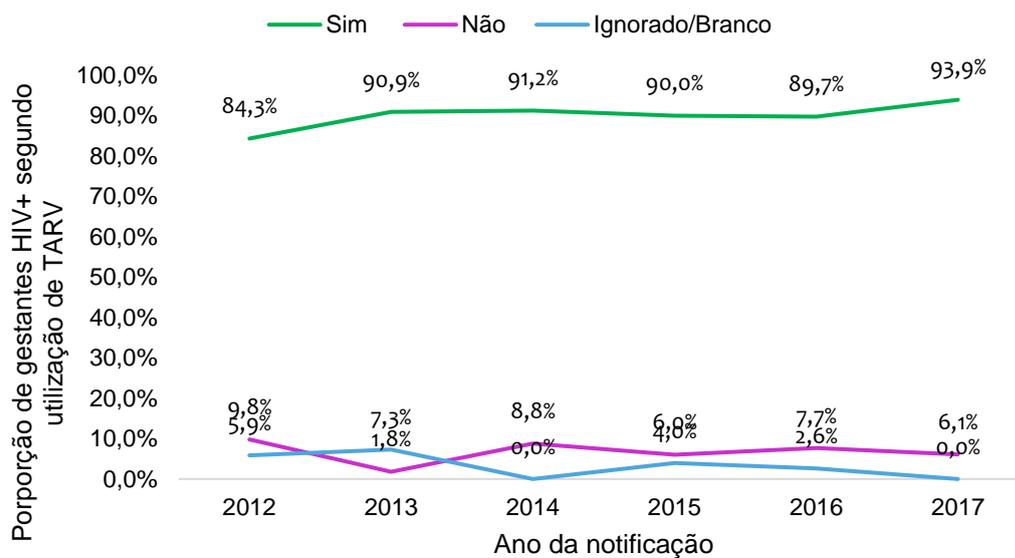
Gráfico 56- Proporção de casos de HIV notificados segundo realização de pré-natal no DF, 2012 a 2017.



Fonte: DIVEP/SVS/SES-DF. Boletim epidemiológico HIV, AIDS e Infecções sexualmente transmissíveis. Ano 9, nº 01, novembro de 2018.

No período analisado, também se observou um aumento da proporção de gestantes com HIV com acesso aos antirretrovirais (ARV) durante a gravidez no DF, chegando à 93,9% em 2017 (Gráfico 57).

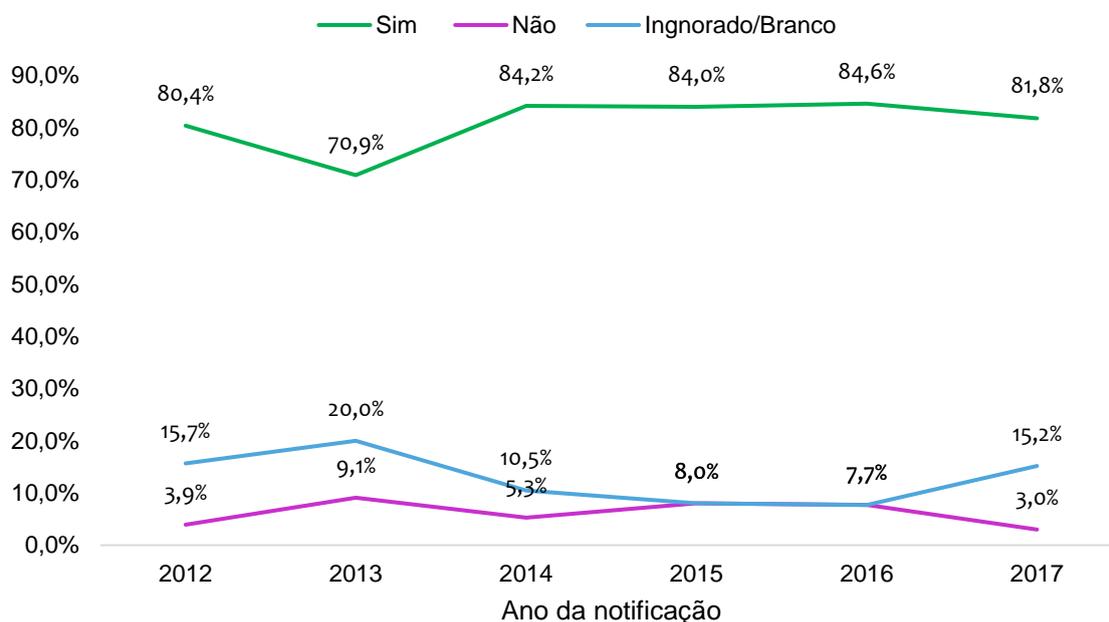
Gráfico 57- Proporção de casos de HIV notificados segundo utilização de TARV pela gestante no DF, 2012 a 2017.



Fonte: DIVEP/SVS/SES-DF. Boletim epidemiológico HIV, AIDS e Infecções sexualmente transmissíveis. Ano 9, nº 01, novembro de 2018.

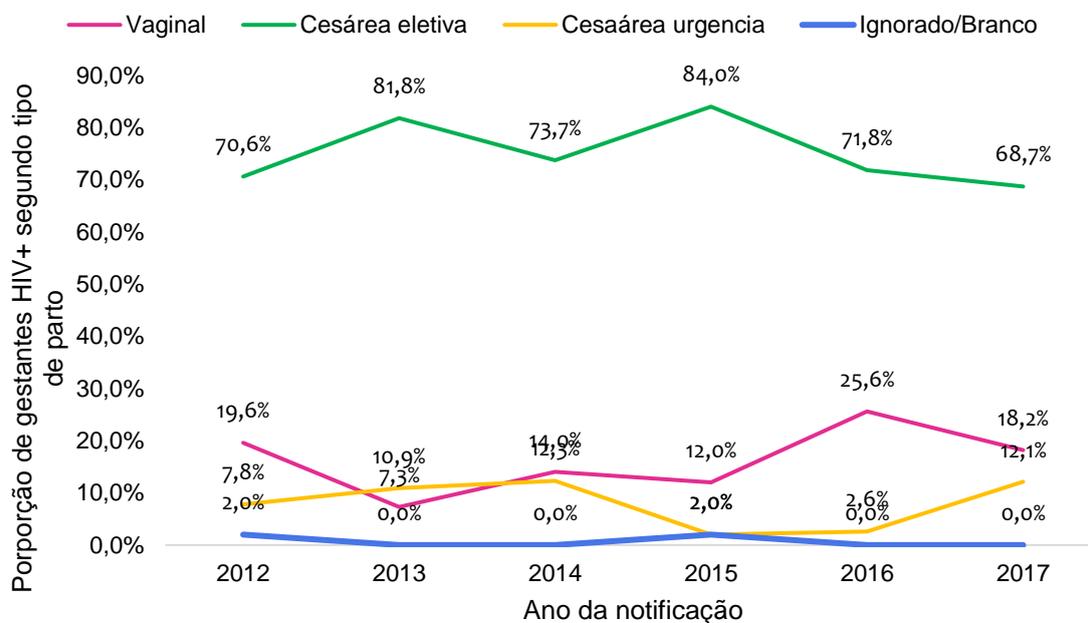
Verificou-se que nos anos analisados, o percentual de profilaxia da transmissão vertical do HIV no momento do parto foi de 80,7%, tendo crescido a partir de 2014 (Gráfico 58). A proporção dos casos em que o parto foi cesariano eletivo foi de 75,8% (Gráfico 59).

Gráfico 58- Proporção de casos de HIV notificados segundo utilização profilaxia no momento do parto no DF, 2012 a 2017.



Fonte: DIVEP/SVS/SES-DF. Boletim epidemiológico HIV, AIDS e Infecções sexualmente transmissíveis. Ano 9, nº 01, novembro de 2018.

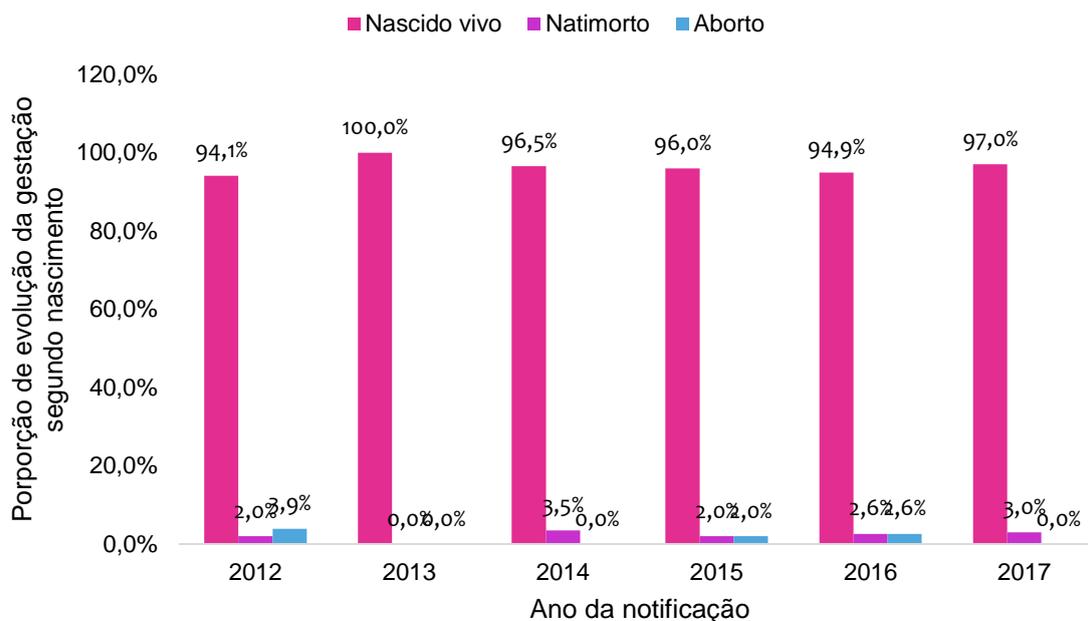
Gráfico 59- Proporção de casos de HIV notificados segundo tipo de parto no DF, 2012 a 2017.



Fonte: DIVEP/SVS/SES-DF. Boletim epidemiológico HIV, AIDS e Infecções sexualmente transmissíveis. Ano 9, nº 01, novembro de 2018.

Em relação à evolução da gravidez, observa-se que, em média, 96,5% das crianças nasceram vivas (Gráfico 60).

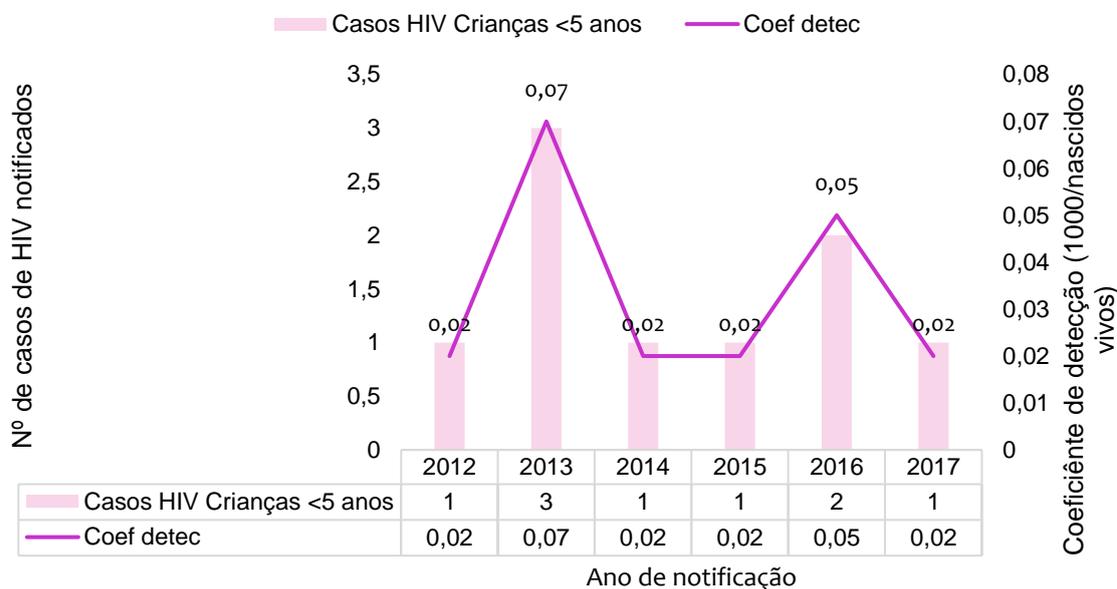
Gráfico 60- Proporção de gestante infectadas pelo HIV, segundo evolução da gravidez, por ano do parto no DF, 2012 a 2017.



Fonte: DIVEP/SVS/SES-DF. Boletim epidemiológico HIV, AIDS e Infecções sexualmente transmissíveis. Ano 9, nº 01, novembro de 2018.

Quanto às crianças com AIDS notificadas no período, verifica-se a estabilização do número de casos ao longo dos últimos anos, confirmando a importância e efetividade das medidas de controle estabelecidas (Gráfico 61).

Gráfico 61- Crianças com AIDS (número e coeficiente de incidência por 1.000 nascidos vivos), por ano de diagnóstico no DF, 2012 a 2017.



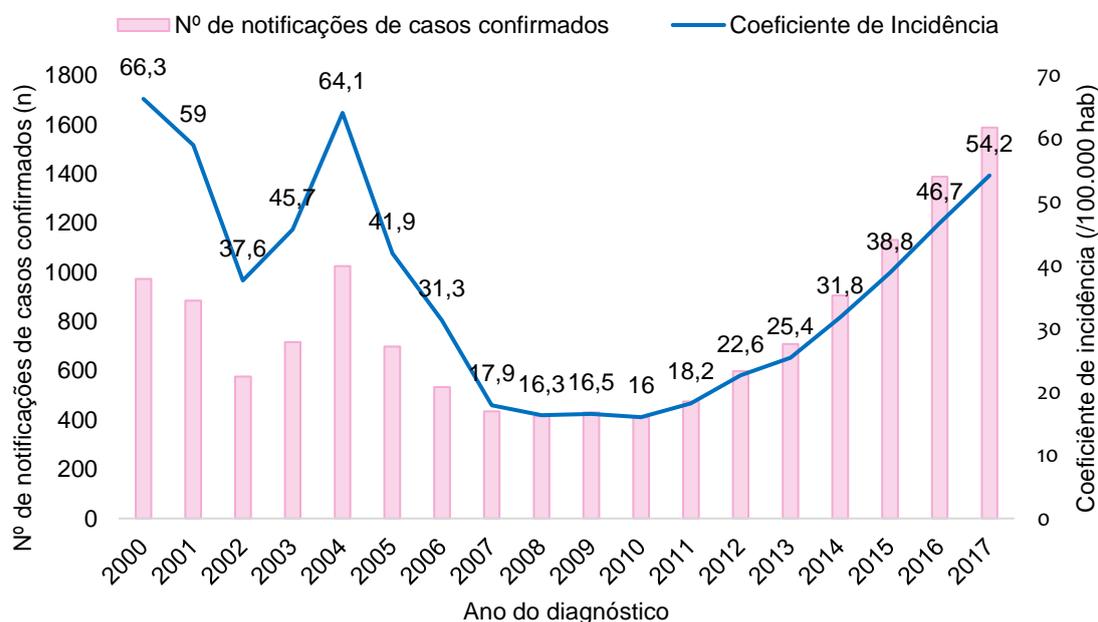
Fonte: DIVEP/SVS/SES-DF. Boletim epidemiológico HIV, AIDS e Infecções sexualmente transmissíveis. Ano 9, nº 01, novembro de 2018.

Sífilis

A sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica, sexualmente transmissível (IST), de evolução crônica, causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Sua transmissão pode ocorrer por via sexual, vertical e sanguínea e, apesar de ter tratamento eficaz e de baixo custo, apresenta importância significativa entre os problemas mais frequentes de saúde pública. A doença é classificada, de acordo com suas diferentes vias de transmissão, em sífilis adquirida e sífilis congênita. Quando não tratada adequadamente, a doença pode evoluir atingindo diferentes fases: primária, secundária, latente e terciária (CAVALCANTE; 2012; REIS et al. ; 2018; BRASIL, 2019).

A análise de dados epidemiológicos do período correspondente entre 2000 a 2017 demonstram que no DF o número de casos de sífilis adquirida teve seu maior pico em 2000 com coeficiente de incidência de 66,3 casos/100 mil habitantes, seguida do ano de 2004, com 64,1 casos/100 mil habitantes e 2017 com 54,2 casos/100 mil habitantes. O menor coeficiente de incidência foi registrado em 2010 com 16 casos/100 mil habitantes. Entre 2010 e 2017 houve um aumento de 238% das notificações de casos de sífilis adquirida no DF (DISTRITO FEDERAL; 2013; 2018).

Gráfico 62 - Número de notificações de casos confirmados e coeficiente de incidência de sífilis no DF, 2000 a 2017.

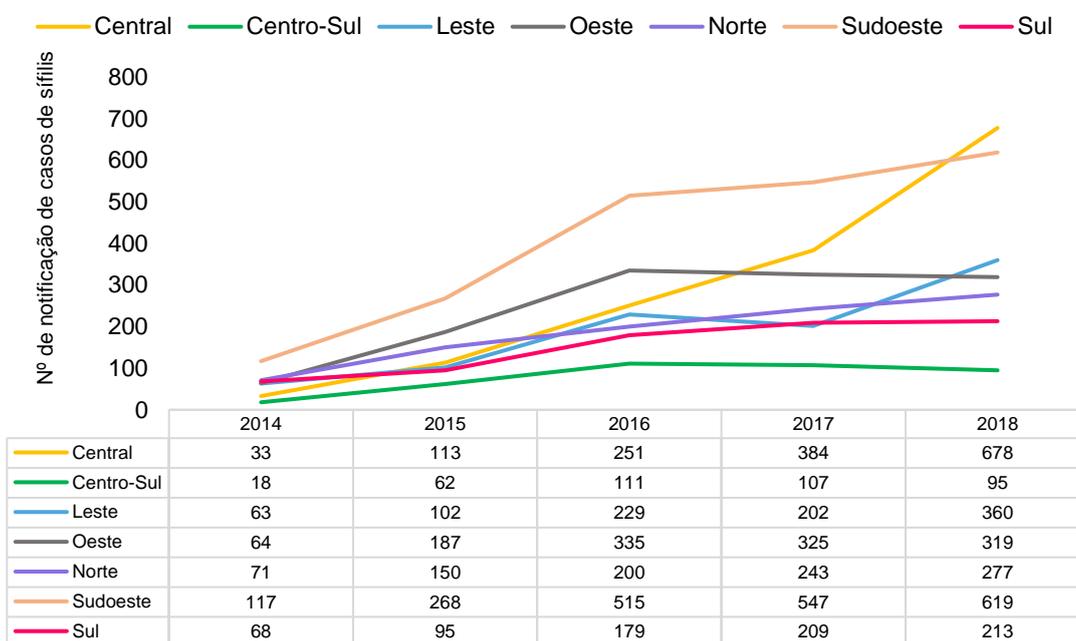


Fonte: DIVEP/SVS/SESDF - Informe epidemiológico de Sífilis o DF, Ano 2, nº 1, abril de 2013. DIVEP/SVS/SESDF - Informe epidemiológico de Sífilis, Ano 7, nº 01 agosto de 2018.

O número de notificações de casos de sífilis por Região de Saúde do Distrito Federal no período de 2014 a 2018 demonstra maior prevalência de casos na Região Sudoeste com um total de 2066 casos (26,5%), seguido pela Região Central com 1.459 casos (18,7%), Região Oeste com 1.230 casos (15,8%) (Gráfico 63 e Tabela 44).

O Ministério da Saúde classifica os casos de notificação compulsória em: sífilis adquirida (SA), sífilis congênita (SC) e sífilis gestacional (SG), sendo que a SC possui maior preocupação para a saúde pública devido à alta frequência de desfechos graves para a gestação e a criança (SANTOS, et al. 2019). O gráfico 64 demonstra a evolução dos casos de sífilis notificados no DF durante o período de 2007 a 2018. Durante o período de 2014 a 2018 houve aumento de 1.065% nos casos de SA, 214% para os casos de SC e, 108% para os casos de SG.

Gráfico 63- Número de casos de sífilis notificados por região de saúde – residentes no DF, 2014 a 2018.



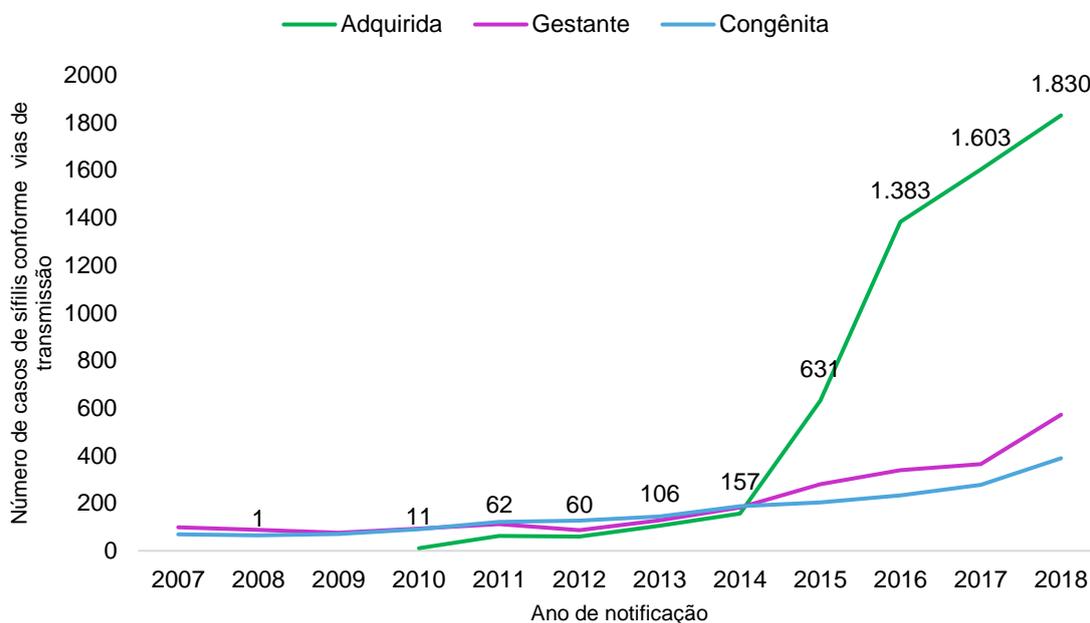
Fonte: SVS/SES-DF competência semana de diagnóstico 36 de 2019, dados atualizados em 09/09/2019.

Tabela 44 - Número de casos de sífilis notificados por Região de Saúde – residentes no DF, 2014 a 2018.

| -Região de Saúde | Nº de casos notificados de Sífilis | Percentual (%) |
|-------------------|------------------------------------|----------------|
| Central | 1.459 | 18,7 |
| Centro-Sul | 393 | 5,0 |
| Leste | 956 | 12,2 |
| Oeste | 1.230 | 15,8 |
| Norte | 941 | 12,1 |
| Sudoeste | 2.066 | 26,5 |
| Sul | 764 | 9,8 |
| TOTAL | 7.809 | 100 |

Fonte: SVS/SES-DF competência semana de diagnóstico 36 de 2019, dados atualizados em 09/09/2019.

Gráfico 64- Evolução do número de notificação de casos de sífilis – residentes no DF, 2007 a 2018.

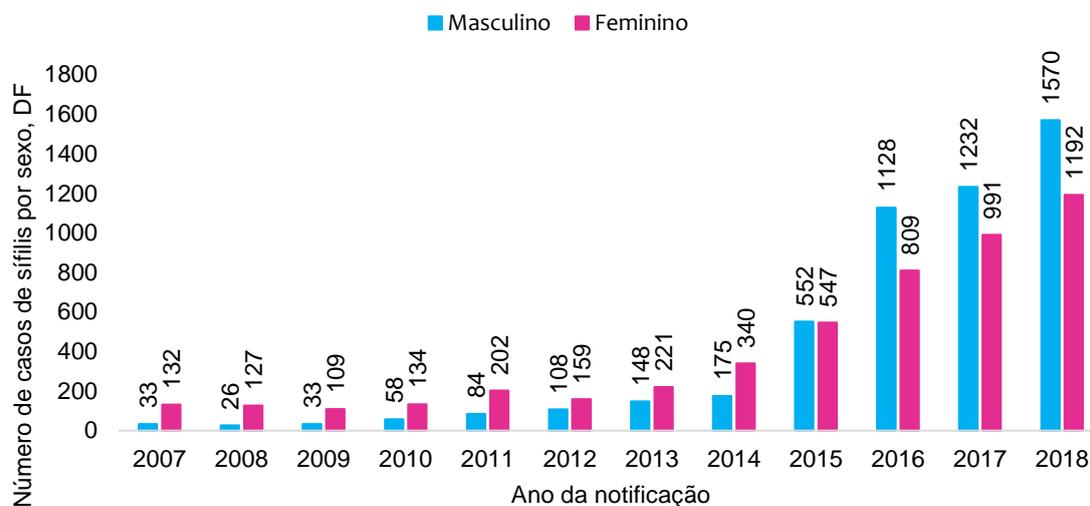


Fonte: SVS/SES-DF competência semana de diagnóstico 36 de 2019, dados atualizados em 09/09/2019.

A OMS estima que em 2016, no mundo, houve cerca de 11 milhões de casos novos de sífilis voltando a ser uma doença de alta prevalência principalmente em países e populações de baixa renda e entre homens jovens (SANTOS, 2019). É necessário mais esforço com fins de ampliar os programas visando aumentar a cobertura dos serviços de prevenção e tratamento para as populações de maior risco, a fim de reduzir o ônus da sífilis na população em geral. Em 2016, a OMS divulgou estratégia global sobre IST 2016-2021, com foco em reduzir os casos de sífilis congênita para ≤ 50 casos/100.000 nascidos vivos em 80% dos países até 2030 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016;2018).

Na análise das notificações de casos novos por sexo, no período de 2007 a 2018, mostra maior prevalência de casos no sexo masculino a partir de 2016 (Gráfico 65).

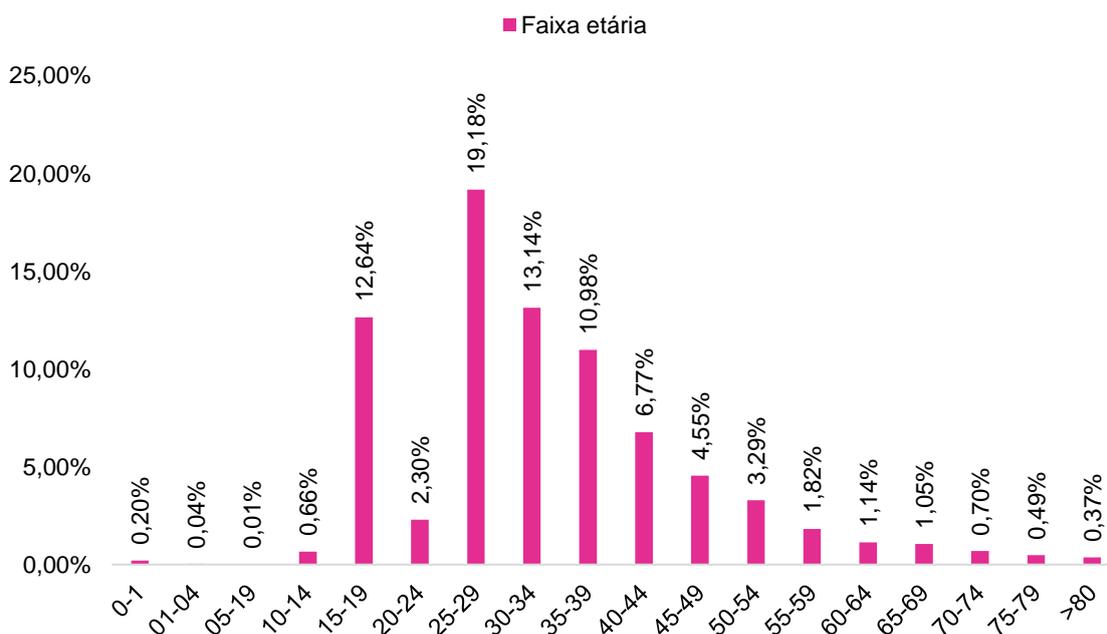
Gráfico 65- Evolução de notificação de casos novos de sífilis por sexo, residentes no DF, 2007 a 2018.



Fonte: SVS/SES-DF competência semana de diagnóstico 36 de 2019, dados atualizados em 09/09/2019.

A faixa etária de maior prevalência de casos novos de sífilis notificados no período de 2007 a 2018 foi a de 25-29 anos com 1.569 casos (19,18%), seguido de 30-34 anos com 1.075 casos (13,14%) e 15-19 anos com 1.034 casos (12,64%) (Gráfico 66).

Gráfico 66- Distribuição dos casos novos de sífilis por faixa etária, residentes no DF, 2007 a 2018.



Fonte: SVS/SES-DF competência semana de diagnóstico 36 de 2019, dados atualizados em 09/09/2019.

1.3.2.3 Violência

Segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde) a violência é o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG, 2002).

A violência é um fenômeno sócio histórico construído nas relações e com grande impacto na saúde devido a sua alta magnitude e frequência. Seus impactos afetam a vida das pessoas que sofrem, das que cometem violência, de seus familiares e da sociedade.

No Brasil os acidentes e a violência configuram problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, com forte impacto na morbidade e na mortalidade da população.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência publicada em 2001 trouxe vários avanços para o desenvolvimento de ações com foco no enfrentamento da violência. Suas diretrizes possibilitam a organização do setor de saúde de modo a estabelecer estratégias de promoção, prevenção, monitoramento e atendimento em todos os níveis de complexidade. Ela é o instrumento orientador da atuação do setor saúde nesse contexto, adotando como expressão desses eventos a morbimortalidade devida ao conjunto das ocorrências acidentais e violentas - devidas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes – e às causas intencionais - agressões e lesões autoprovocadas -que matam ou geram agravos à saúde e que demandam atendimento nos serviços de saúde.

No Distrito Federal o número de óbitos registrados em 2018 no Capítulo XX da CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde) – Causas externas de morbidade e de mortalidade foi de 1.501 representando 11,94% do total de óbitos (12.565) configurando-se na terceira causa de mortalidade, ficando atrás apenas das doenças do aparelho circulatório e neoplasias (tumores). Quanto ao número de registro de AIH (autorização de internação hospitalar), as causas relacionadas ao Capítulo XIX do CID – Lesões envenenamento e algumas outras consequências de causas externas representa a segunda principal causa de internação, perfazendo 18.053 (8,88%) do total das causas.

Foram registradas 8.782 notificações de violência entre os anos de 2017 e 2018, sendo 3.734 em 2017 e 5.048 em 2018, de residentes ou não do DF, no período de janeiro a dezembro, de acordo com o SINAN, dados parciais de 07 de janeiro de 2019.

Em 2018, 76,14% das notificações de violência (3.844/5.048) foram identificadas no sexo feminino. A violência interpessoal compreende 67,61% (3.413/5.048) do total dos tipos registrados no DF em 2018; dentre estes, os mais notificados foram a violência física (1.340) seguida da sexual (1.078), da psicológica (572), negligência e abandono (244) e tortura (79).

Também é objeto de notificação e monitoramento a violência autoprovocada expressa pelo comportamento suicida, nesta categoria foram registradas como “outras violências” as lesões autoprovocadas e as tentativas de suicídio representando 34,31% dos casos (1.732/5.048).

Os dados epidemiológicos de notificações de violência demonstram a presença de vítimas residentes em todas as Regiões Administrativas do DF. Dentre as 10 primeiras Regiões Administrativas com maior número de notificações de pessoas que sofreram violência no período de 2013 a 2018 estão as RA de Ceilândia com 2.242 casos (12,1% do total), Samambaia com 1.732 (9,3%), Gama com 1.157 (6,2%), Taguatinga com 1.071 (5,8%), Planaltina com 994 (5,4%), Recanto das Emas com 999 (5,4%), São Sebastião com 978 (5,3%), Santa Maria com 887 (4,8%), Paranoá com 858 (4,6%), e Itapoã com 750 casos representando 4,0% do total. Destacamos que Brazlândia, Itapoã, Estrutural, Recanto das Emas são alguns exemplos de locais com muitos casos de violência sem equipe de Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência (PAV)

Tabela 45- Distribuição das notificações por localidade de residência da pessoa que sofreu a violência e ano de ocorrência da situação no DF, 2013 a 2018.

| Local de residência no DF | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | TOTAL | % |
|----------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|--------------|
| Águas Claras (*) | 21 | 30 | 24 | 27 | 51 | 85 | 238 | 1,3 |
| Asa Norte | 29 | 25 | 21 | 30 | 39 | 70 | 214 | 1,2 |
| Asa Sul | 9 | 18 | 15 | 27 | 44 | 38 | 151 | 0,8 |
| Brazlândia | 30 | 29 | 21 | 43 | 51 | 58 | 232 | 1,3 |
| Candangolândia | 15 | 5 | 8 | 14 | 9 | 21 | 72 | 0,4 |
| Ceilândia (**) | 352 | 291 | 149 | 311 | 502 | 637 | 2.242 | 12,1 |
| Cruzeiro | 15 | 12 | 13 | 10 | 21 | 33 | 104 | 0,6 |
| Fercal | 3 | 5 | 2 | 7 | 4 | 4 | 25 | 0,1 |
| Gama | 243 | 170 | 138 | 127 | 182 | 297 | 1.157 | 6,2 |
| Guará | 88 | 105 | 99 | 102 | 89 | 202 | 685 | 3,7 |
| Itapoã | 155 | 123 | 107 | 125 | 122 | 118 | 750 | 4,0 |
| Jardim Botânico | 2 | 1 | 3 | 2 | 9 | 3 | 20 | 0,1 |
| Lago Norte | 6 | 21 | 9 | 16 | 15 | 24 | 91 | 0,5 |
| Lago Sul | 2 | 6 | 9 | 6 | 2 | 15 | 40 | 0,2 |
| Núcleo Bandeirante | 14 | 14 | 11 | 12 | 25 | 36 | 112 | 0,6 |
| Paranoá | 128 | 117 | 104 | 145 | 172 | 192 | 858 | 4,6 |
| Park Way | 9 | 6 | 2 | 2 | 5 | 8 | 32 | 0,2 |
| Planaltina | 177 | 110 | 220 | 141 | 142 | 204 | 994 | 5,4 |
| Recanto das Emas | 161 | 210 | 169 | 136 | 156 | 167 | 999 | 5,4 |
| Riacho Fundo I | 32 | 27 | 28 | 25 | 50 | 71 | 233 | 1,3 |
| Riacho Fundo II | 25 | 41 | 32 | 20 | 38 | 45 | 201 | 1,1 |
| Samambaia | 249 | 252 | 266 | 201 | 351 | 413 | 1.732 | 9,3 |
| Santa Maria | 135 | 78 | 104 | 128 | 209 | 233 | 887 | 4,8 |
| São Sebastião | 185 | 116 | 127 | 120 | 191 | 239 | 978 | 5,3 |
| Scia (Estrutural) | 66 | 83 | 55 | 77 | 59 | 72 | 412 | 2,2 |
| SIA | 0 | 2 | 3 | 4 | 4 | 1 | 14 | 0,1 |
| Sobradinho | 78 | 31 | 29 | 68 | 68 | 78 | 352 | 1,9 |
| Sobradinho II | 34 | 26 | 24 | 25 | 15 | 40 | 164 | 0,9 |
| Sudoeste/Octogonal | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 12 | 25 | 0,1 |
| Taguatinga | 139 | 187 | 111 | 144 | 159 | 331 | 1.071 | 5,8 |
| Varjão | 15 | 8 | 9 | 12 | 15 | 18 | 77 | 0,4 |
| Vicente Pires | 16 | 26 | 20 | 34 | 27 | 49 | 172 | 0,9 |
| Em branco** | 646 | 393 | 409 | 528 | 646 | 592 | 3.214 | 17,3 |
| Total | 3.081 | 2.571 | 2.343 | 2.672 | 3.475 | 4.406 | 18.548 | 100,0 |

Fonte: SINAN-SES-DF. Dados parciais atualizados em 14/01/2019. Sujeito a alterações. (*) Dados da RA 33 – Arniqueira, criada com a Lei 6.391/2019, eram contados na RA 20 – Águas Claras. (**) Dados da RA 32 - Sol Nascente/Pôr do Sol, criada com a Lei 6.359/2019, eram contados na RA 9 – Ceilândia.

A Lei Nº 13.427 de 30 de março de 2017, altera o Art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e insere, entre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o princípio da organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral. Esta Lei orienta a organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em

geral, garantindo o atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013.

A atenção integral a pessoas em situação de violência deve atender as normas e diretrizes do SUS, garantindo o cumprimento por meio de ações realizadas de forma interdisciplinar.

No Distrito Federal, a Secretaria de Saúde conta com uma rede de serviços especializados para a atenção integral a saúde de pessoas em situação de violência denominada de “Flores em Rede” – ambulatórios do PAV. Estes possuem programas de referência para o atendimento especializado às situações de violência interpessoal, sexual, física e psicológica.

Os PAV são serviços ambulatoriais de média complexidade, compostos por equipes multiprofissionais (psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, entre outros) distribuídos nas sete regiões de saúde. Eles atuam realizando ações de prevenção secundária aos agravos e nos impactos crônicos na saúde, e tem como foco a redução dos danos provocados pela vivência traumática, promovendo a ressignificação e a reabilitação física e mental.

A rede de serviços dispõe de 16 PAV, sendo 13 PAV que atendem todas as tipologias de violências e faixas etárias. Dois para registro e investigação epidemiológica: Amarilis e Ipê. E mais 5 serviços com especificidade de atendimento: Caliandra e Jasmim para público de até 18 anos; Alecrim para autores de violência sexual de crianças e adolescentes com encaminhamento judicial; Jardim para o suporte de saúde mental para a rede dos PAV e o Programa de Interrupção Gestacional Previsto em Lei (PIGL), único especializado, responsável e habilitado em interrupção gestacional prevista em Lei.

O PIGL compõe a rede dos PAV, logo, para os casos de gravidez em decorrência de violência sexual no DF, a vítima conta com os PAV e com o PIGL. Sendo que, o PIGL é quem acolhe, avalia e realiza o procedimento de interrupção de gestação para os casos previstos em lei.

Atualmente a cobertura é de no mínimo um PAV para cada Região de Saúde. Entretanto, temos algumas Regiões Administrativas que não possuem o PAV e o serviço de referência possui uma capacidade de atendimento mínima perante as necessidades epidemiológicas.

Quadro 2- Número de PAVS por Regiões de Saúde.

| Regiões de Saúde | Regiões Administrativas | Número de PAVS |
|--------------------------|--------------------------------|--|
| Região Norte | Sobradinho I | 01 |
| | Planaltina | 01 |
| Região Leste | Paranoá | 01 |
| | São Sebastião | 01 |
| Região Central | Asa Sul e Asa Norte | 05 (01 que atende autores de violência sexual de crianças e adolescentes). |
| Região Centro-Sul | Guará | 01 |
| | Núcleo Bandeirante | 01 |
| Região Sudoeste | Taguatinga | 01 |
| | Samambaia | 01 |
| Região Oeste | Ceilândia | 01 |
| Região Sul | Gama | 01 |
| | Santa Maria | 01 |
| TOTAL | | 16 |

Fonte: NEPAV/GVDANT/DIVEP/SVS/SES-DF, 2019.

Os PAV funcionam nos Hospitais Gerais, policlínicas e em uma Maternidade no DF e são o ponto focal na temática da violência no território. Realizam ações de promoção, prevenção, assistência especializada, supervisão, matriciamento e capacitação. As composições das equipes variam de serviço para serviço e a constituição de um PAV é a partir da lotação de equipe mínima composta por um psicólogo e uma assistente social.

A organização da rede de serviços para o atendimento às situações de violência está orientada para a prestação da assistência conforme a demanda do caso. Existem fluxos estabelecidos para a atuação em situações agudas e crônicas e estes variam conforme o grau do agravo físico e mental e obedecem a um sistema de classificação de risco. A recomendação é que todas as unidades de saúde estejam capazes de identificar sinais e sintomas de vivências de violências, tipificar, notificar e acionar o cuidado necessário conforme a necessidade do caso e posteriormente proceda aos devidos encaminhamentos da ficha e do paciente para o serviço de referência especializado em violência, que no DF é realizado pela Rede dos PAV, ou ao serviço de maior complexidade.

Em relação aos PAV ressaltamos que o programa já está implantado na SES e que a grande necessidade é de ampliação para cobrir todas as Regiões Administrativas sendo importantíssima a recomposição das equipes já existentes e a composição de equipes novas.

Vale destacar que os PAV já implantados atendem ainda os municípios da RIDE. Temos ainda ausência do programa, que implica em falta de equipe especializada de atendimento e matriciamento, em algumas cidades que apresentam grandes índices de violência e de notificação de casos, sobrecarregando assim a atenção primária ou gerando demanda reprimida nos outros PAV e a possível cronificação dos impactos da violência na saúde física e mental.

Diante do exposto e considerando que a violência é um problema de saúde que repercute em altos custos sociais e econômicos, e gera impacto na qualidade de vida, é necessário que sejam trabalhadas ações de promoção, prevenção e recuperação. Tais ações devem ser integradas entre os três níveis de atenção (primária, secundária e terciária) e contribuir para a construção de uma rede de apoio articulada com equipes técnicas comprometidas e capacitadas para lidarem com a temática da violência em todos os serviços de saúde incluindo o correto preenchimento da ficha de notificação.

É necessário também ampliar e fortalecer os serviços especializados de atendimento, assim como todos os serviços da rede, e a responsabilização dos profissionais que não notificam as situações de violência no âmbito da saúde, pois todos os serviços de saúde tem papel fundamental na notificação desses casos.

Isto implica a necessidade de readequação da organização tradicional dos serviços de saúde; enfrentamento de novos problemas para o atendimento preventivo ou curativo; e evidencia a necessidade de uma atuação muito mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajada, inclusive de outros setores envolvidos, visando às necessidades dos cidadãos (MINAYO, 2006).

1.3.3 Mortalidade

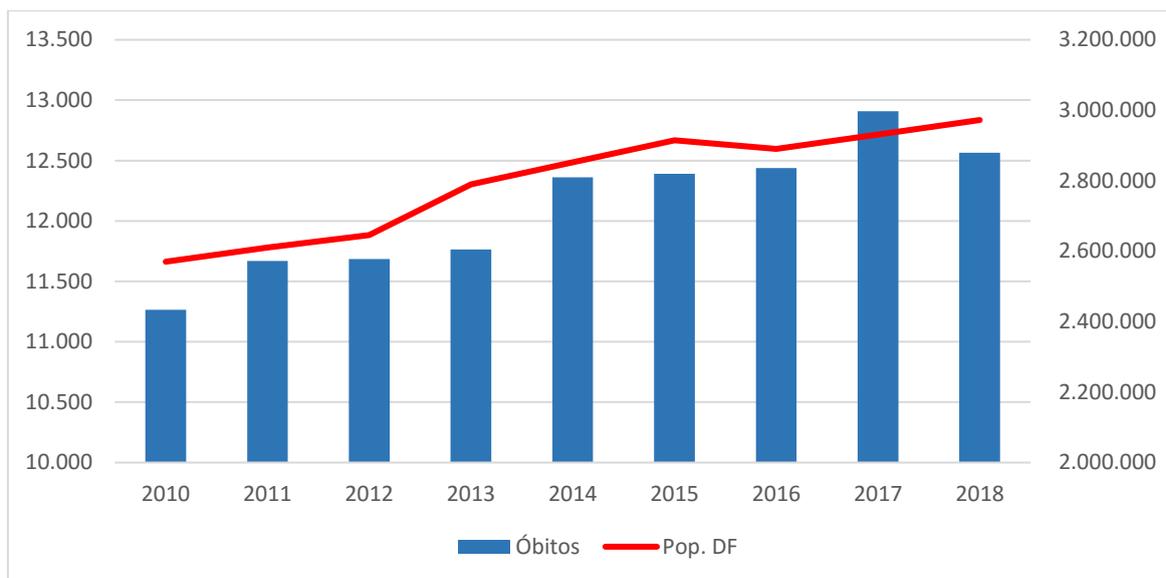
No ano de 2018, no Distrito Federal, foram notificados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 12.565 óbitos. A maioria dos óbitos ocorreu em estabelecimentos de saúde (73,49%), 16,13% ocorreram em domicílio, pouco mais da metade (54,9%) eram de homens e 26,49% encontravam-se acima de 80 anos (3.329 óbitos).

O gráfico 67 demonstra a evolução no número de óbitos notificados na população residente no DF, no período de 2010 a 2018.

A proporção de mortalidade por sexo, no período de 2009 a 2018, demonstra maior prevalência no sexo masculino (Gráfico 68).

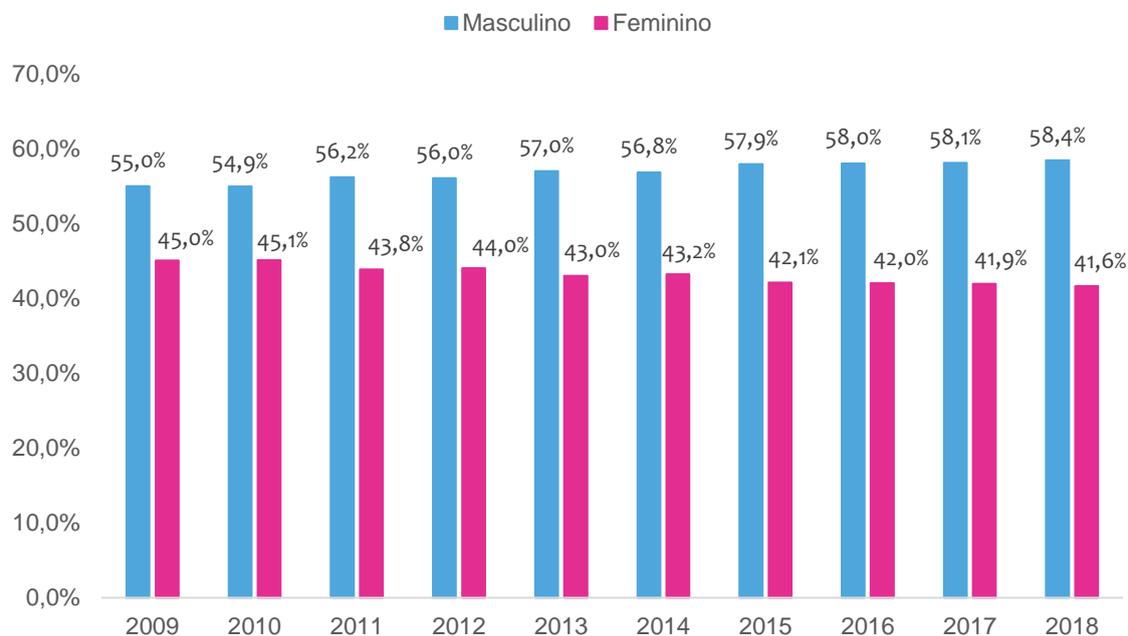
No ano de 2018, a avaliação da proporção de mortalidade por sexo entre as Regiões de Saúde demonstra que a única região com proporção equilibrada é a Central. Todas as demais a proporção do sexo masculino é maior, principalmente na Região Leste (Gráfico 69).

Gráfico 67– Mortalidade geral no Distrito Federal entre os anos de 2010 a 2018.



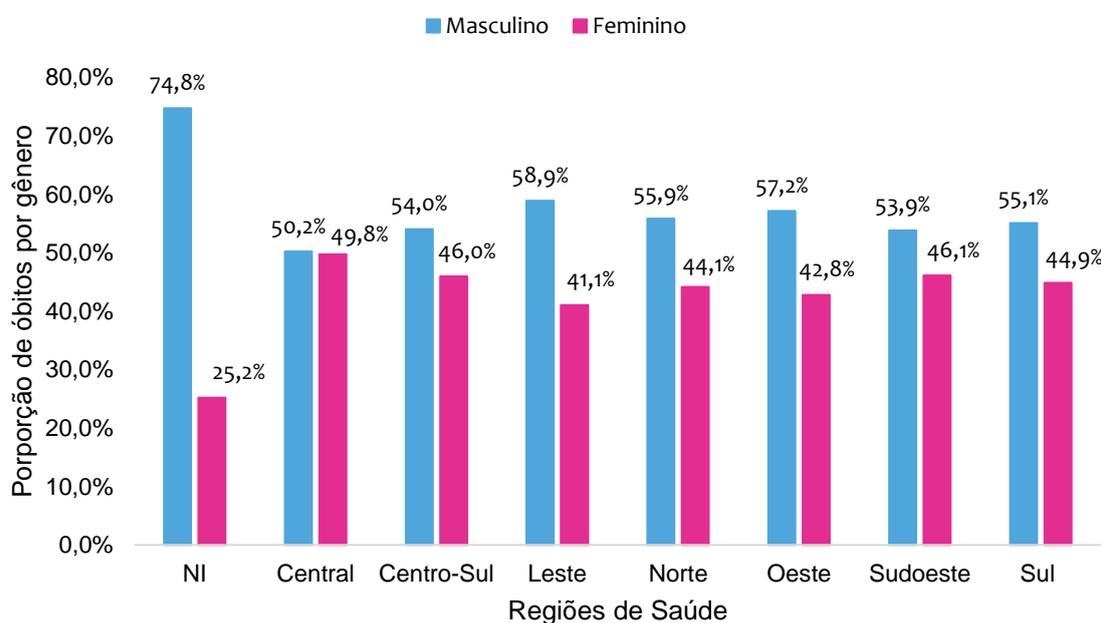
Fonte: SIM/SES-DF competência setembro de 2019, dados atualizados em 09/09/2019, via Sala de Situação da SES-DF.

Gráfico 68- Evolução da proporção de óbitos por sexo no Distrito Federal entre os anos de 2009 a 2018.



Fonte: SIM/SES-DF competência setembro de 2019, dados atualizados em 09/09/2019, via Sala de Situação da SES-DF.

Gráfico 69 - Proporção de óbitos por sexo nas Regiões de Saúde do Distrito Federal em 2018.

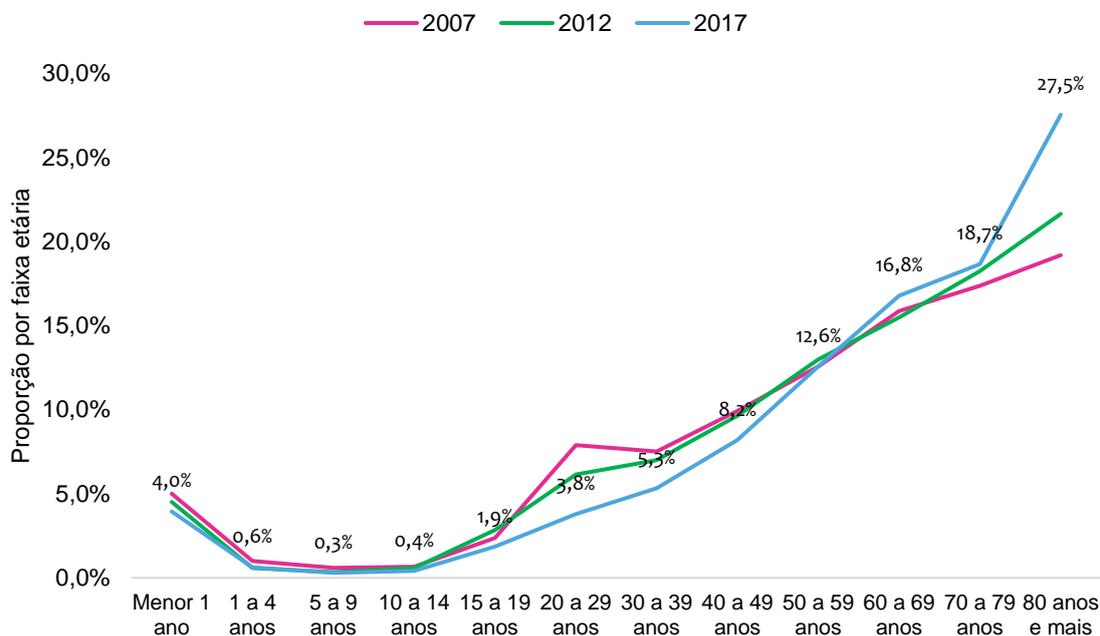


Fonte: SIM/SES-DF competência setembro de 2019, dados atualizados em 09/09/2019, via Sala de Situação da SES-DF. NI = não informado.

A mortalidade por proporção de faixa etária nos anos de 2007, 2012 e 2017, demonstra maior prevalência nas faixas etárias acima dos 60 anos de idade. Observa-se, também, redução da mortalidade proporcional nas faixas etárias de menores de 1 ano até os 50 anos caracterizando, assim, um aumento da expectativa de vida da população.

A mortalidade por Região de Saúde no período de 2014 a 2018 demonstra maior número de óbitos na Região Sudoeste (15.684 óbitos), seguida da Região Oeste (11.748 óbitos), Norte (8.323 óbitos) e Central (8.281 óbitos).

Gráfico 70 – Proporção de óbito por faixa etária nos anos de 2007, 2012 e 2017 no Distrito Federal.



Fonte: SIM/SES-DF competência setembro de 2019, dados atualizados em 09/09/2019, via Sala de Situação da SES-DF.

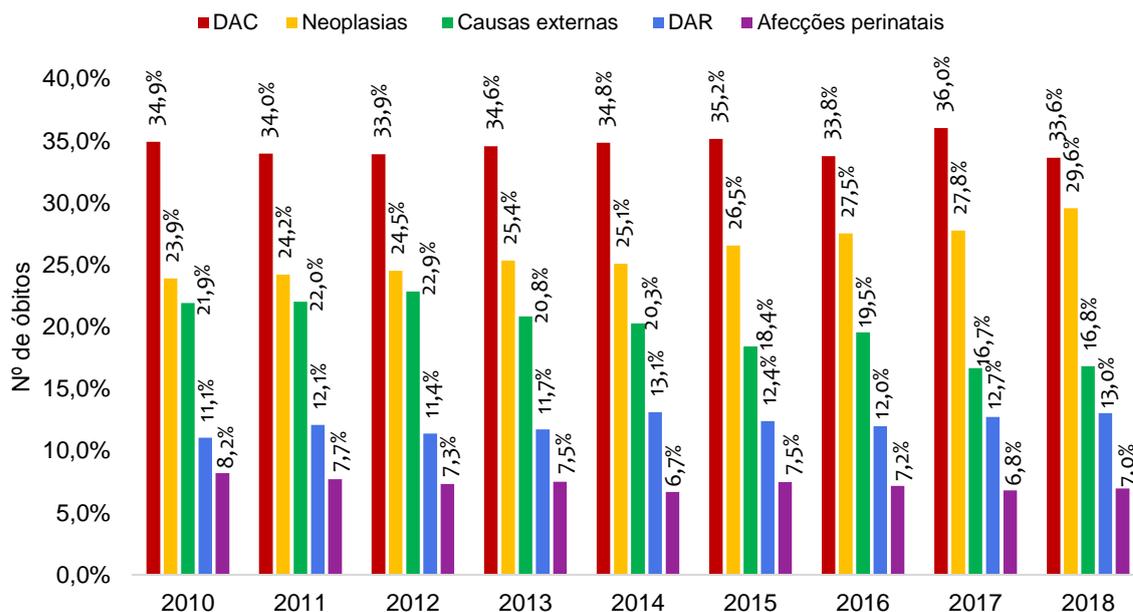
Tabela 46 – Número de óbitos por Região de Saúde do Distrito Federal entre os anos de 2014 e 2018.

| Região de Saúde | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | TOTAL |
|-----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Sudoeste | 3.092 | 3.080 | 3.097 | 3.209 | 3.206 | 15.684 |
| Oeste | 2.352 | 2.310 | 2.287 | 2.381 | 2.418 | 11.748 |
| Norte | 1.611 | 1.691 | 1.630 | 1.740 | 1.651 | 8.323 |
| Central | 1.650 | 1.645 | 1.700 | 1.635 | 1.651 | 8.281 |
| Centro-Sul | 1.292 | 1.354 | 1.278 | 1.442 | 1.340 | 6.706 |
| Sul | 1.356 | 1.303 | 1.348 | 1.349 | 1.328 | 6.684 |
| Leste | 822 | 867 | 888 | 929 | 855 | 4361 |
| Não informado | 186 | 140 | 210 | 223 | 116 | 875 |
| TOTAL | 12.361 | 12.390 | 12.438 | 12.908 | 12.565 | 62.662 |

Fonte: SIM/SES-DF competência setembro de 2019, dados atualizados em 09/09/2019, via Sala de Situação da SES-DF Sala de Situação no sítio <https://salasit.saude.df.gov.br> extraído em: 01/09/2019.

A mortalidade no Distrito Federal, por capítulo do Código Internacional de Doenças (CID-10), no período de 2010 a 2018 demonstra tendência de aumento nos óbitos por doenças neoplásicas e nas doenças do aparelho respiratório. Em relação aos óbitos por causas externas e nas afecções perinatais houve redução durante o mesmo período (Gráfico 71).

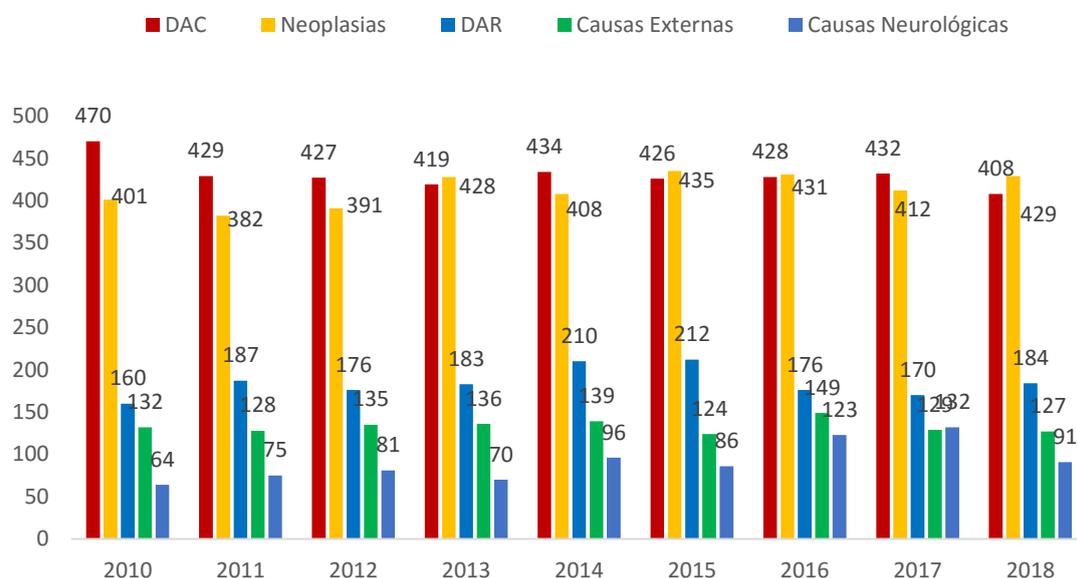
Gráfico 71- Principais causas de mortalidade geral por capítulo da CID-10 entre os anos 2010 e 2018.



Fonte: SIM/SES-DF competência setembro de 2019, dados atualizados em 09/09/2019, via Sala de Situação da SES-DF.

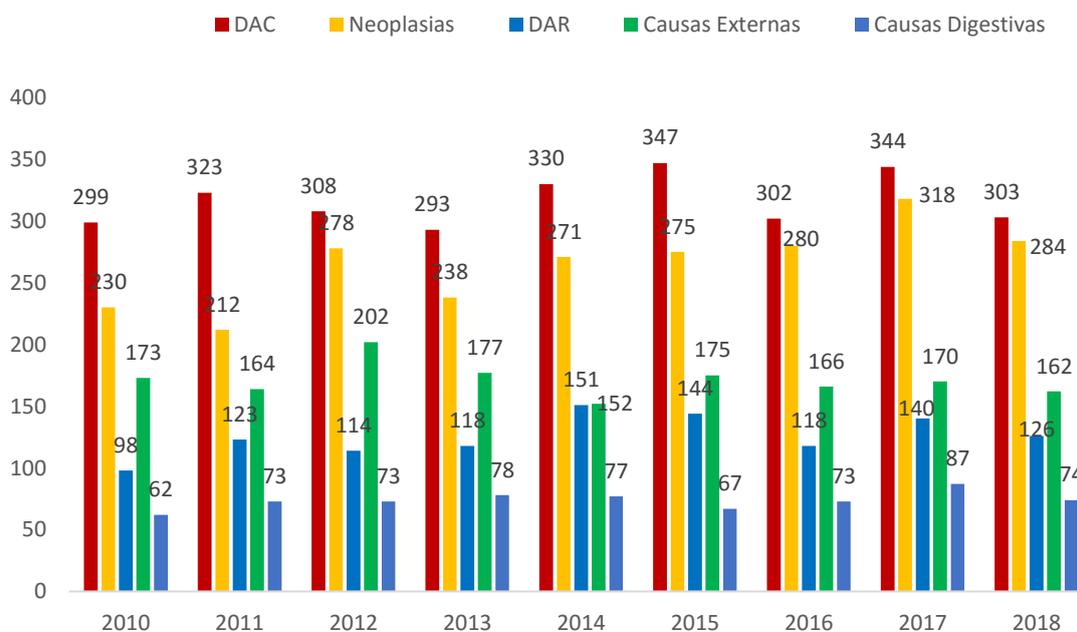
A estratificação dos óbitos por Região de Saúde segue, na maioria das Regiões o padrão Distrital, com diferenças observadas na quinta principal causa de óbito por Capítulo CID-10. Porém, as doenças do aparelho cardiocirculatório, neoplasias, causas externas e doenças do aparelho respiratório se mantêm como as mais prevalentes como causa de morte.

Gráfico 72- Principais causas de mortalidade geral na Região Central por capítulo da CID-10 entre os anos 2010 e 2018.



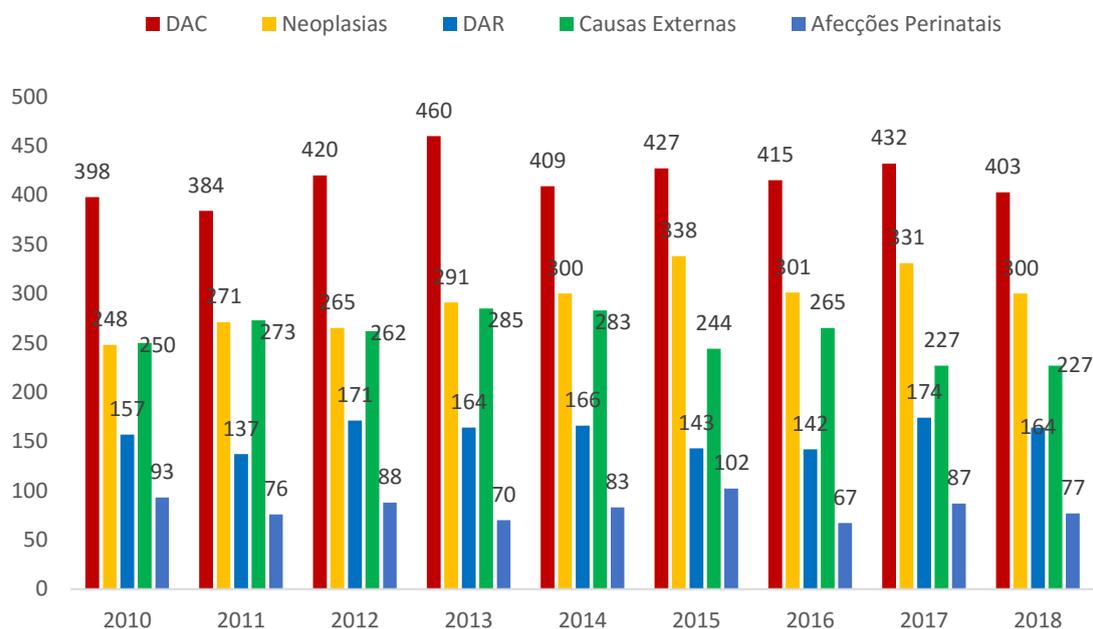
Fonte: SIM/SES-DF competência setembro de 2019, dados atualizados em 09/09/2019, via Sala de Situação da SES-DF.

Gráfico 73- Principais causas de mortalidade geral na Região Centro-Sul por capítulo da CID-10 entre os anos 2010 e 2018.



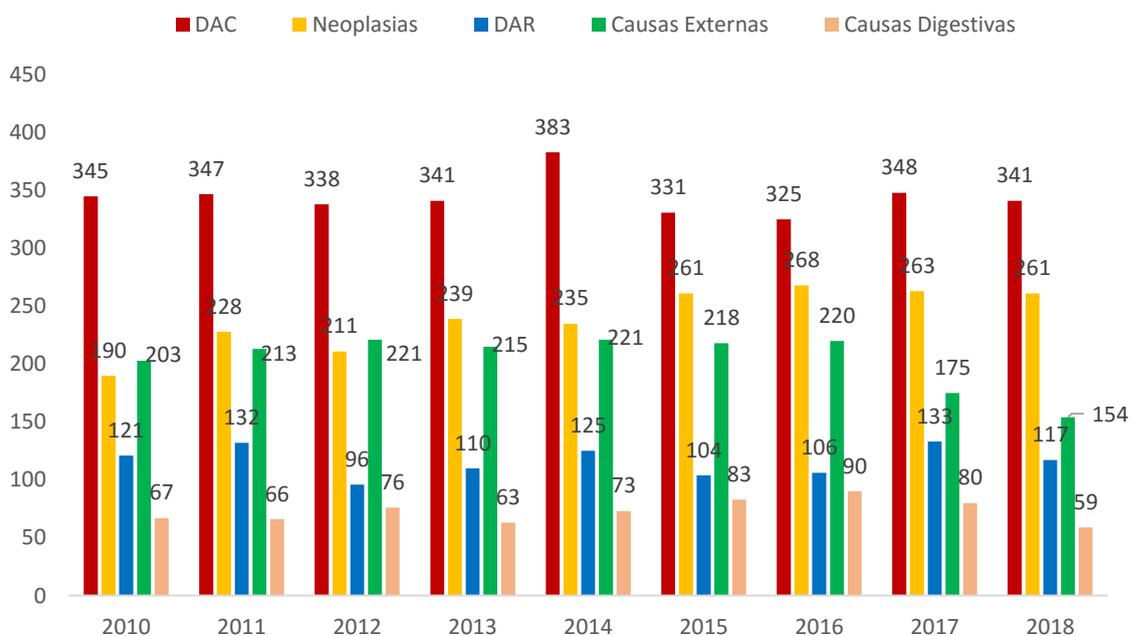
Fonte: SIM/SES-DF competência setembro de 2019, dados atualizados em 09/09/2019, via Sala de Situação da SES-DF.

Gráfico 74 - Principais causas de mortalidade geral na Região Norte por capítulo da CID-10 entre os anos 2010 e 2018.



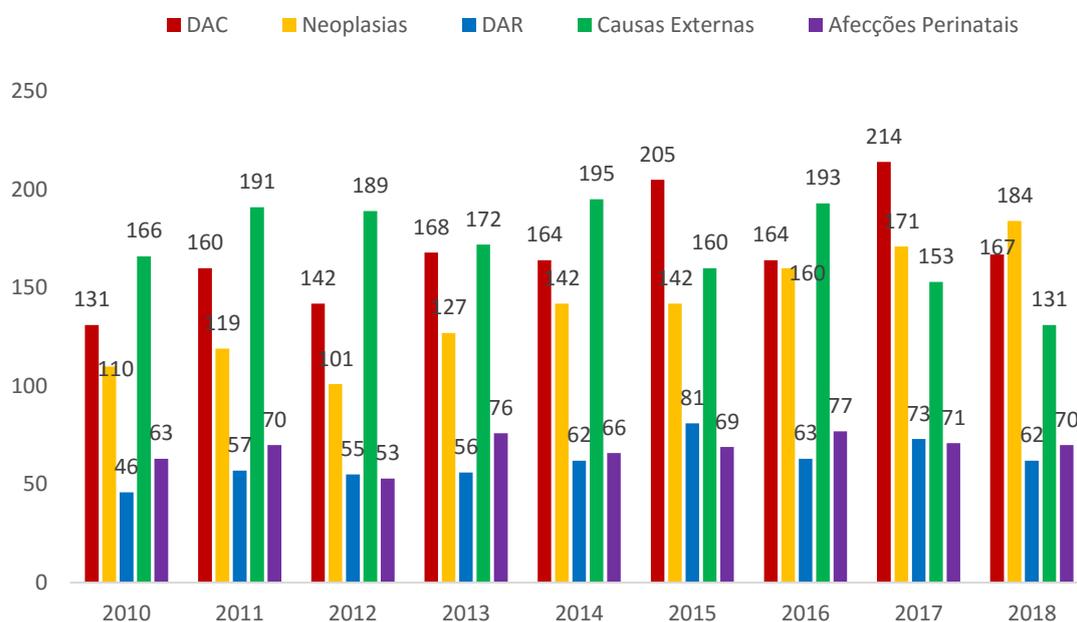
Fonte: SIM/SES-DF competência setembro de 2019, dados atualizados em 09/09/2019, via Sala de Situação da SES-DF.

Gráfico 75- Principais causas de mortalidade geral na Região Sul por capítulo da CID-10 entre os anos 2010 e 2018.



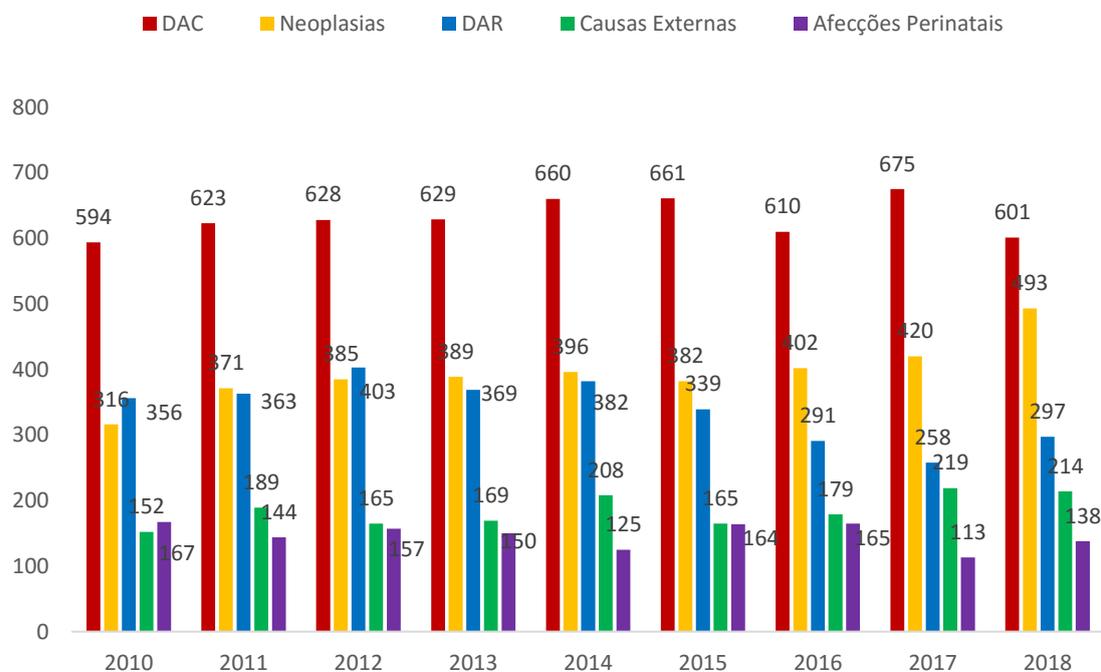
Fonte: SIM/SES-DF competência setembro de 2019, dados atualizados em 09/09/2019, via Sala de Situação da SES-DF.

Gráfico 76- Principais causas de mortalidade geral na Região Leste por capítulo da CID-10 entre os anos 2010 e 2018.



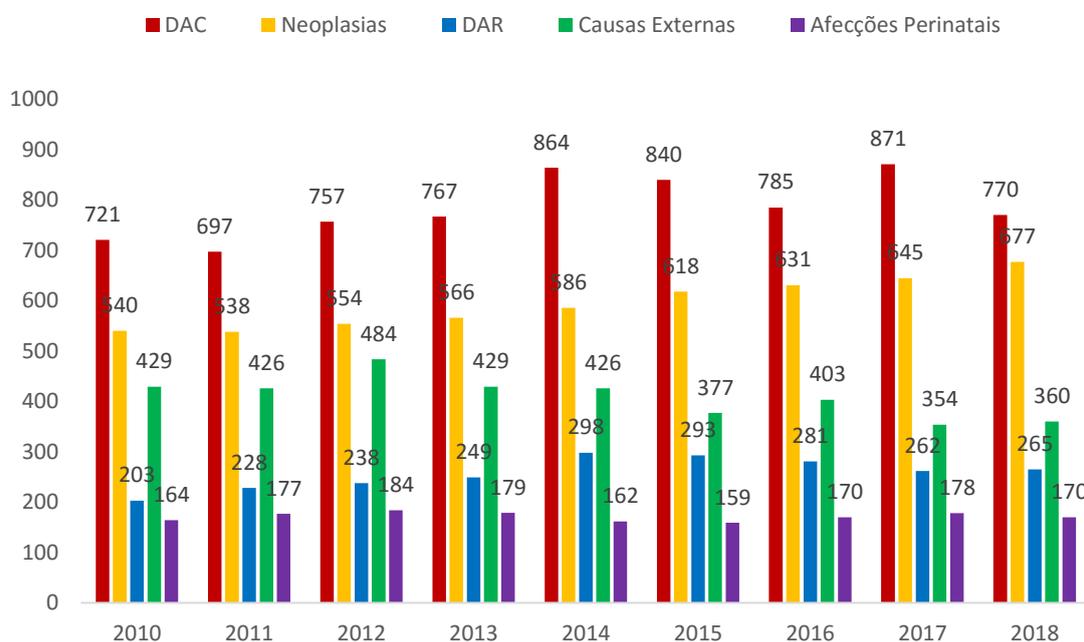
Fonte: SIM/SES-DF competência setembro de 2019, dados atualizados em 09/09/2019, via Sala de Situação da SES-DF.

Gráfico 77- Principais causas de mortalidade geral na Região Oeste por capítulo da CID-10 entre os anos 2010 e 2018.



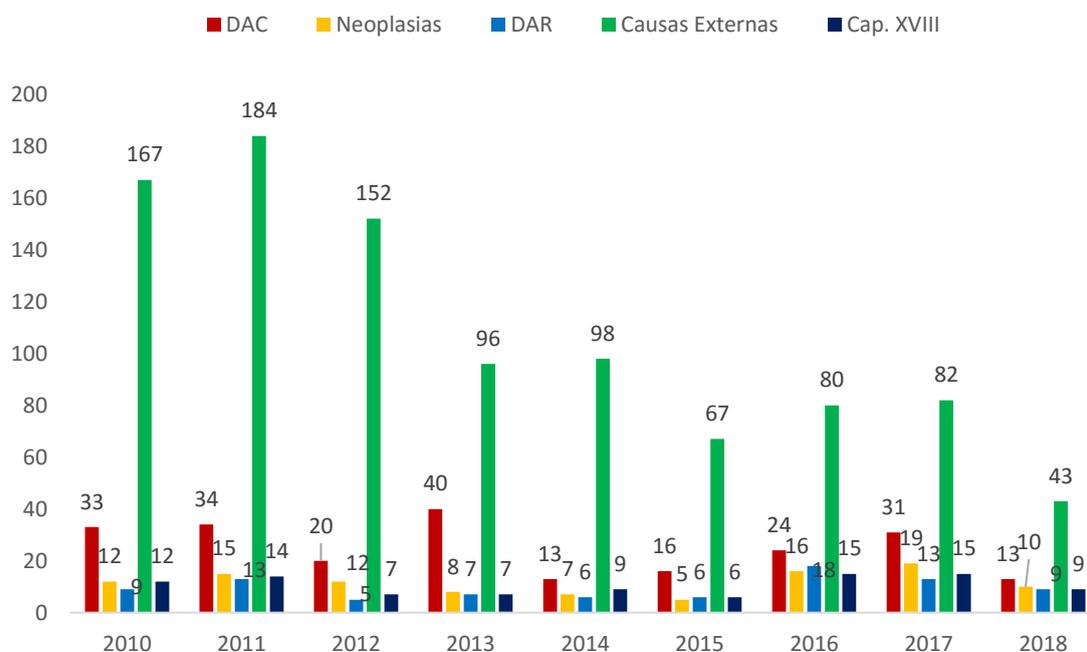
Fonte: SIM/SES-DF competência setembro de 2019, dados atualizados em 09/09/2019, via Sala de Situação da SES-DF.

Gráfico 78- Principais causas de mortalidade geral na Região Sudoeste por capítulo da CID-10 entre os anos 2010 e 2018.



Fonte: SIM/SES-DF competência setembro de 2019, dados atualizados em 09/09/2019, via Sala de Situação da SES-DF.

Gráfico 79- Principais causas de mortalidade geral sem informação da Região de Saúde por capítulo da CID-10 entre os anos 2010 e 2018.



Fonte: SIM/SES-DF competência setembro de 2019, dados atualizados em 09/09/2019, via Sala de Situação da SES-DF.

1.4 Determinantes e fatores de risco ambientais

1.4.1 Qualidade da água para consumo humano

A água utilizada para consumo humano é um bem essencial que garante saúde e qualidade de vida à população desde que seja distribuída em quantidade suficiente e com qualidade que atenda ao padrão de potabilidade estabelecido na legislação vigente. Essas diretrizes são as medidas mais efetivas para a prevenção de diversas doenças de transmissão hídrica.

Os Agravos de Transmissão Hídrica e Alimentar são doenças causadas por alimentos e água contaminados com microrganismos e/ou suas toxinas, por organismos animais, fungos, plantas e suas toxinas, e outros contaminantes químicos e físicos. São elas: cólera, febre tifoide, hepatite A e doenças diarreicas agudas de várias etiologias: bactérias - *Shigella*, *Escherichia coli*; vírus – *Rotavírus*, *Norovírus* e *Poliovírus*; e parasitas – *Ameba*, *Giardia*, *Cryptosporidium*, *Cyclospora*.

Além dos biológicos, há também os contaminantes não biológicos como Agrotóxicos, toxinas, metais pesados e produtos químicos.

Nesse sentido, o Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano - VIGIAGUA, componente da Vigilância em Saúde Ambiental (VSA), foi estabelecido pela legislação vigente, o Anexo XX da Portaria de Consolidação do MS nº. 005/2017 (BRASIL, 2017), e estruturado a partir dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse programa desempenha um papel importante com ações voltadas para vigilância da qualidade da água para consumo humano, promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos de veiculação hídrica, reduzindo sua morbimortalidade.

Assim, o VIGIAGUA consiste no conjunto de ações adotadas continuamente pelas autoridades de saúde pública a fim de garantir à população o acesso à água em quantidade suficiente e qualidade compatível com o padrão de potabilidade, estabelecido na legislação vigente. Basicamente, o monitoramento da qualidade da água visa avaliar a qualidade da água consumida pela população ao longo do tempo.

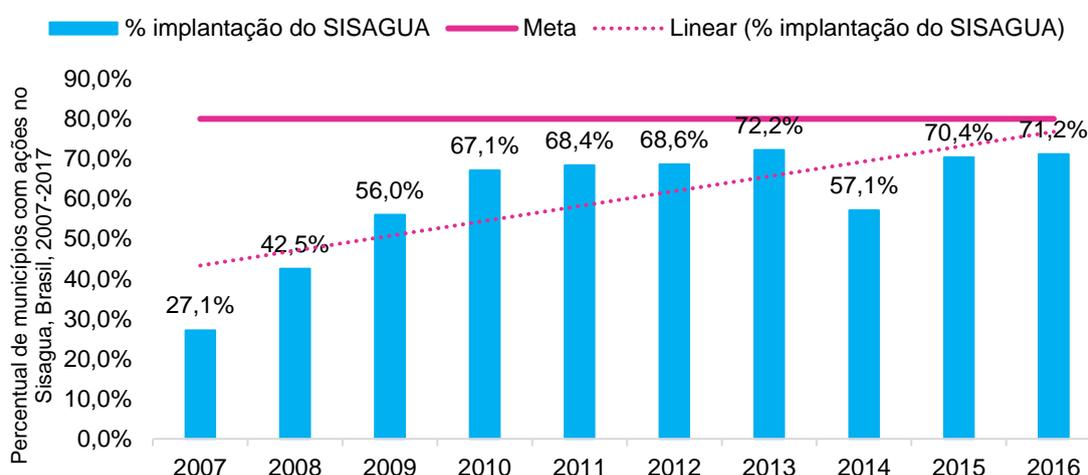
Para realizar o monitoramento da qualidade da água devem ser coletadas amostras para análises dos parâmetros definidos na Norma de Potabilidade da Água.

Para execução das ações inerentes ao Programa VIGIAGUA, são obedecidas as diretrizes para a vigilância da qualidade da água para consumo humano estabelecida pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) e implementadas de forma complementar pelos Estados, DF e Municípios, respeitando os princípios do SUS, bem como prioridades, objetivos, metas e indicadores do Vigiágua.

Segundo dados do Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para consumo humano de 2007 a 2016 observa-se uma evolução positiva quanto ao percentual de municípios brasileiros com dados de Cadastro, Controle e Vigilância no Sisagua, entretanto o percentual de municípios implantados ainda é inferior à meta estabelecida de 80% (Gráfico 80).

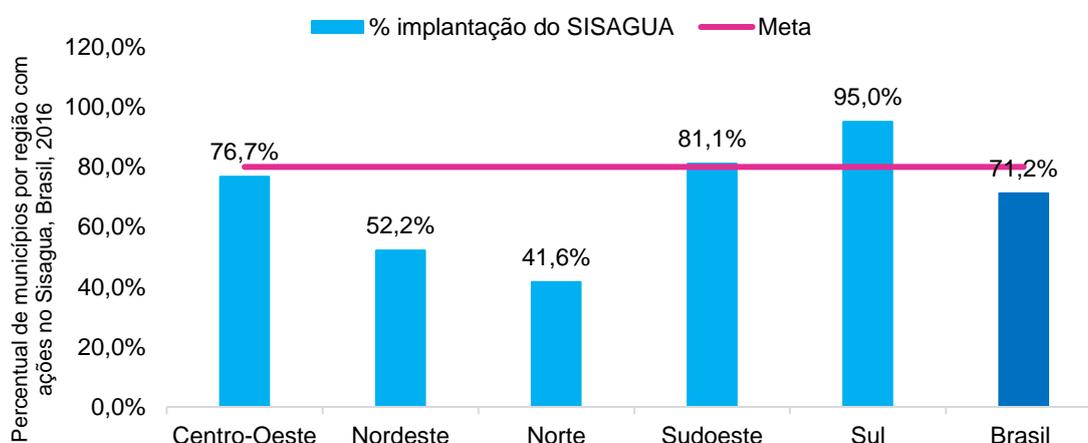
A avaliação dos percentuais de municípios desenvolvendo ações de vigilância da qualidade da água para consumo humano por região geográfica demonstra que a Região Centro-Oeste possui 76,7% de conformidade (Gráfico 81). O Distrito Federal apresenta 55% das RA com cadastro, controle e vigilância no SISAGUA (Gráfico 82).

Gráfico 80- Percentual de municípios com ações no Sisagua, Brasil, 2007 a 2017.



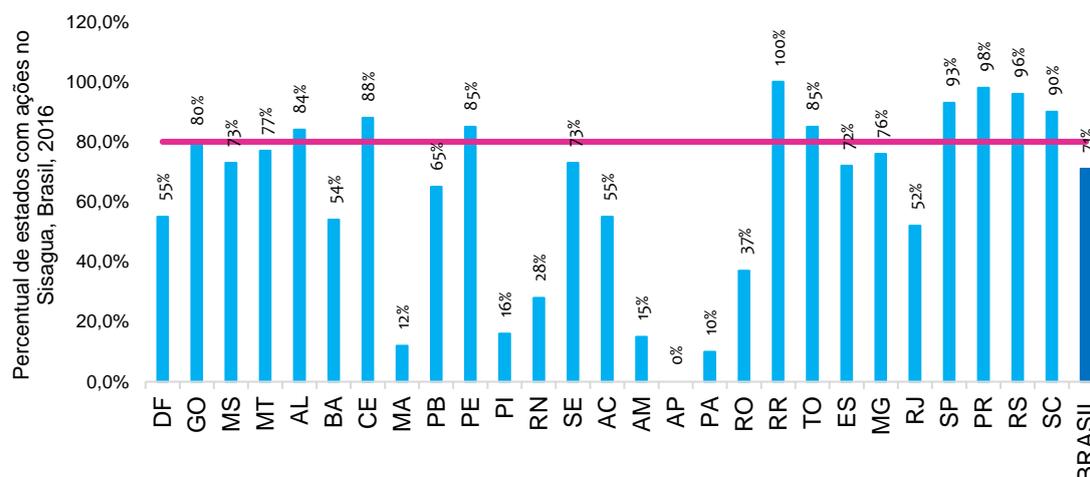
Fonte: Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, 2016.

Gráfico 81- Percentual de municípios por região com ações no Sisagua, Brasil, 2016.



Fonte: Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, 2016.

Gráfico 82- Percentual de estados com ações no Siságua, Brasil, 2016.



Fonte: Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, 2016.

Entre as diversas ações desenvolvidas no DF para implantação e fortalecimento do VIGIAGUA, são destaques:

- » Monitoramento da qualidade da água consumida pela população do Distrito Federal, por meio da coleta, análise e gerenciamento dos dados e providências.
- » Realização de inspeções em Sistemas de Abastecimento de Água e Soluções Alternativas Coletivas com objetivo de avaliar a eficiência do tratamento da água e os riscos à saúde associados com pontos críticos e vulnerabilidades detectadas.
- » Capacitação de agentes públicos para realização de inspeção em Sistemas de Abastecimento de Água e Soluções Alternativas Coletivas.
- » Monitoramento e coleta de amostras de água para pesquisa do *Vibrio cholerae*.
- » Monitoramento e coleta de amostras de água para pesquisa de *Cianobactérias*.
- » Participação em Conselhos e Grupos de Trabalho para discussão de temas relacionados aos recursos hídricos e potabilidade da água.

1.4.2 Agrotóxicos

A partir da década de 1960 os governos brasileiros adotaram a política agrícola de modernização no campo, chamada “revolução verde”, baseada na monocultura e no uso intensivo de agrotóxicos, incentivada por meio de isenções fiscais cedidas às indústrias químicas formuladoras de agrotóxicos (BRASIL, 2018)

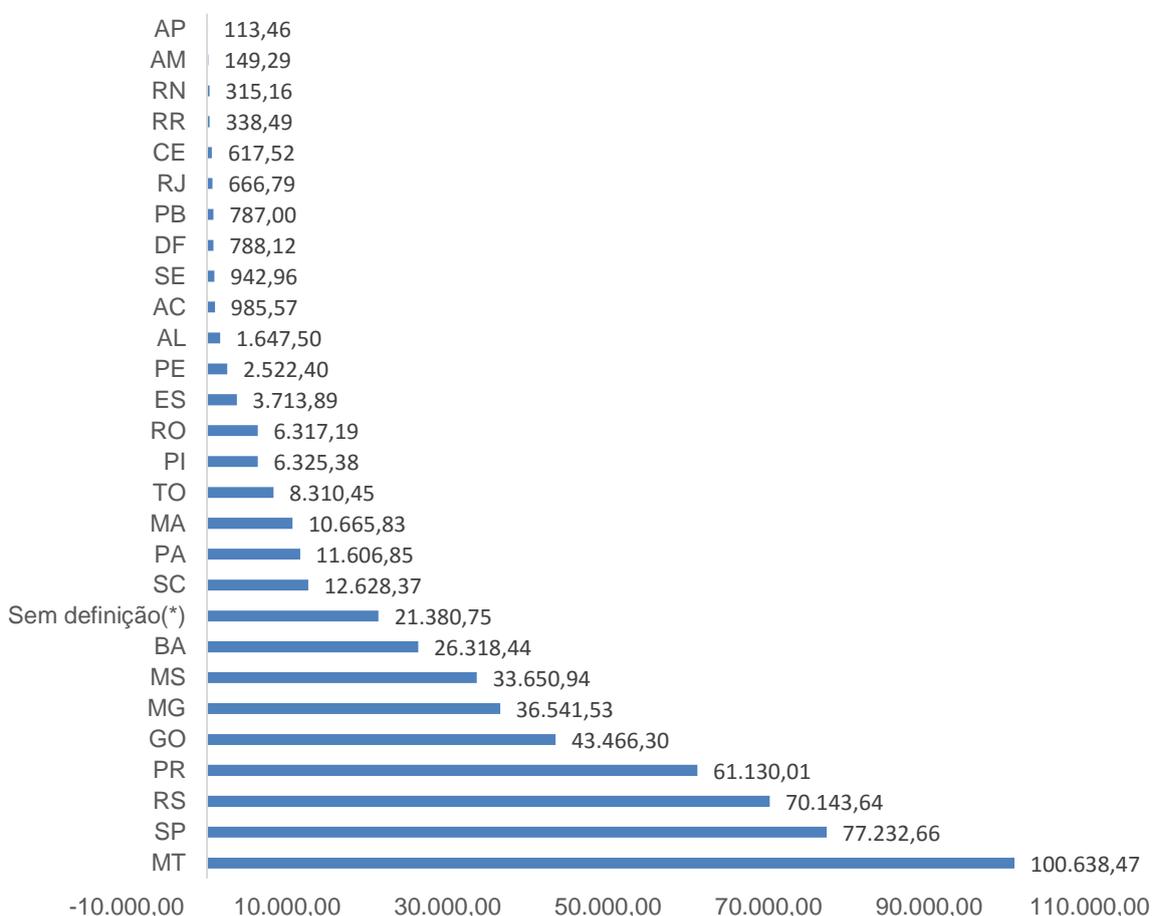
Desde então, esse modelo de desenvolvimento vem gerando impactos sociais e ambientais de curto, médio e longo prazos, os quais são custeados por toda a população por meio de gastos públicos com recuperação de áreas contaminadas, prevenção, diagnóstico e

tratamento de intoxicações agudas e crônicas, afastamentos e aposentadorias por invalidez de trabalhadores rurais e até mortes por utilização dessas substâncias (BRASIL, 2018).

Com relação à comercialização de agrotóxicos no País e considerando as unidades federativas, em números absolutos, o Distrito Federal está entre os 10 que menos comercializaram agrotóxicos no ano de 2017.

Gráfico 83- Quantitativo de agrotóxicos e afins comercializados, por unidade federada, Brasil, 2017.

Quantitativo de agrotóxicos e afins comercializados, por unidade federada, Brasil, 2017



Fonte: IBAMA, dados atualizados em 25/06/2018. Informação extraída 20/08/2019. (*) Sem definição: corresponde ao somatório das quantidades comercializadas de agrotóxicos e afins cujas empresas titulares dos registros não conhecem com precisão a distribuição territorial das vendas, por ser uma atividade realizada por terceiros.

Porém ao longo dos anos, observa-se no Distrito Federal o crescimento da taxa de consumo de agrotóxicos, sem aumento proporcional na área plantada.

Gráfico 84 - Número de Notificações por agrotóxico no DF, 2000 a 2017.



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

Entre as inúmeras atividades que utilizam agrotóxicos, destacam-se a agropecuária, a produção industrial, as madeiras, a silvicultura, o manejo florestal, a preservação de estradas, a saúde pública, o controle de algas, a desinsetização e a desratização. Desse modo, a utilização de agrotóxicos não se restringe ao meio rural e afeta, também, o meio urbano. Dentre os grupos que apresentam considerável vulnerabilidade à exposição a agrotóxicos estão os trabalhadores rurais, de empresas do agronegócio, de fábricas formuladoras e desinsetizadoras e de campanhas de saúde pública.

A intoxicação por agrotóxicos faz parte da Lista de Notificação Compulsória do Sistema Único de Saúde, e deve ser notificada semanalmente por meio da ficha de 15 intoxicações exógenas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) por médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde que prestam assistência ao paciente; pelos responsáveis por estabelecimentos públicos ou privados educacionais, de cuidado coletivo, além de serviços de hemoterapia, unidades laboratoriais e instituições de pesquisa.

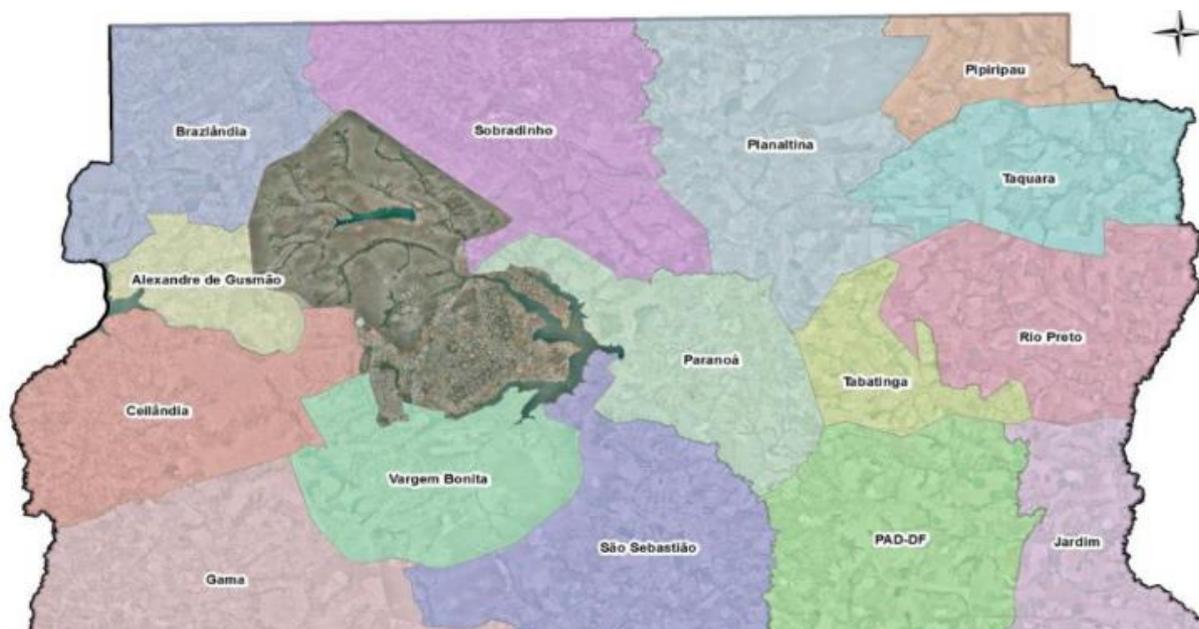
Em 2013, a incidência de intoxicações exógenas por agrotóxicos no País foi de 6,23 casos por 100 mil habitantes. No período de 2007 a 2014, houve um aumento de 87%³ dos casos notificados, sendo que o total acumulado no período alcançou 68.873 casos.

Na realidade do Distrito Federal, considerando que a população rural representa 3,42% da população do DF, conforme Censo de 2010, e que a agricultura representa 0,5% da atividade predominante das pessoas (CODEPLAN, 2019), é importante ressaltar a

vulnerabilidade do trabalhador (a) agrícola no que se refere ao manejo de agrotóxicos, em particular, no contexto da agricultura familiar. Essa vulnerabilidade é evidenciada na exposição do núcleo familiar aos efeitos nocivos desses agentes, na contaminação do ambiente intradomiciliar, nos processos de descarte inadequado de embalagens vazias, na inadequação da destinação dos resíduos do processo produtivo, além do fato de rótulos e bulas de agrotóxicos muitas vezes não estarem adequados às exigências legais ou apresentarem informações geralmente ininteligíveis sobre essas substâncias (BRASIL, 2018).

O Distrito Federal conta com Assentamentos ou Agrovilas, Colônias Agrícolas e Núcleos Rurais espalhados pelas Regiões Administrativas do DF. No mapa abaixo, estão identificados alguns locais-referência para atividades integradas com a Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Distrito Federal – EMATER-DF – sendo que a maior concentração de área rural se encontra em Sobradinho, São Sebastião, Planaltina, Gama, Brazlândia, Paranoá e Ceilândia.

Figura 3- Áreas Rurais do DF da EMATER



Fonte: Gerência de Desenvolvimento Econômico Rural/EMATER-DF.

Principalmente nessas RA listadas acima, há a produção de grandes culturas (soja, milho, feijão, sorgo, trigo, café), produção de olerícolas (alface, batata, cenoura, milho verde, repolho, tomate) e frutas (banana, goiaba, limão, maracujá, tangerina, laranja). Isto implica no uso intenso e difuso dos agrotóxicos pelos trabalhadores rurais que são certamente os que entram em contato mais direto com estes produtos, e por maior tempo, seja nas empresas do agronegócio, na agricultura familiar e camponesa. Um segundo grupo seriam as comunidades situadas em torno desses empreendimentos agrícolas ou industriais, onde comumente vivem

as famílias dos trabalhadores, em áreas rurais ou urbanas. Um terceiro grupo seriam os consumidores de alimentos contaminados, em que está incluída praticamente toda a população.

A compreensão dos agrotóxicos enquanto relevante problema ambiental e de saúde pública vem crescendo e o setor saúde vem buscando intervir quanto aos fatores condicionantes da expansão da exposição, bem como em relação ao controle do uso de agrotóxicos, com o objetivo de estabelecer medidas preventivas e ações de vigilância de riscos e agravos.

A identificação e notificação dos casos, bem como as estratégias de prevenção e de assistência, são imprescindíveis para a organização e o fortalecimento das ações de Vigilância em Saúde Ambiental no âmbito do DF. Para tanto, é importante produzir e difundir protocolos diagnósticos e terapêuticos, qualificar profissionais e aprimorar os mecanismos e fluxos de registro e análise das informações.

Nesse sentido segue abaixo o perfil da população do DF exposta às intoxicações por agrotóxicos notificadas no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação).

Conforme dados da tabela 47, no período de 2008 a 2018, foram registrados no SINAN 632 notificações por intoxicações por agrotóxicos agrícolas e agrotóxicos saúde pública, conforme denominação utilizada pelo SINAN. No ano de 2018, houve um decréscimo do número de notificações podendo se explicar pela subnotificação dos casos.

Tabela 47- Número de Notificações por intoxicações por agrotóxicos agrícolas e de saúde pública no DF, 2008 a 2018.

| UF | Ano | | | | | | | | | | | Total |
|-----------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------------|
| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | |
| DF | 1 | 20 | 37 | 29 | 31 | 54 | 44 | 178 | 124 | 72 | 42 | 632 |

Fonte: SINAN. Extração dos dados em agosto de 2019.

O perfil das intoxicações por agrotóxicos notificadas no SINAN buscou analisar a série histórica dos casos notificados de intoxicações por agrotóxicos, entre 2008 e 2018, de acordo com as variáveis: faixa etária, sexo, raça, ocupação, circunstância de exposição, tipo de exposição, tipo de atendimento, evolução.

Com relação a faixa etária, a de 20 a 34 anos (33,70%) predominou, seguida da faixa de 35 a 49 (33,38%) e da de 50 a 64 anos (19,30%), ou seja, a maioria correspondente a população economicamente ativa.

Tabela 48- Frequência da notificação por intoxicação por agrotóxicos, por faixa etária no DF, 2008 a 2018.

| Faixa etária | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Total |
|---------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| <1 ano | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 5 |
| 1-4 | 0 | 0 | 0 | 2 | 4 | 8 | 5 | 0 | 1 | 2 | 2 | 24 |
| 5-9 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 8 |
| 10-14 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | 10 |
| 15-19 | 0 | 3 | 5 | 3 | 1 | 2 | 3 | 5 | 2 | 3 | 0 | 27 |
| 20-34 | 1 | 5 | 18 | 16 | 13 | 21 | 14 | 46 | 36 | 22 | 21 | 213 |
| 35-49 | 0 | 9 | 9 | 3 | 7 | 7 | 14 | 74 | 45 | 31 | 12 | 211 |
| 50-64 | 0 | 2 | 2 | 0 | 5 | 12 | 3 | 45 | 33 | 13 | 7 | 122 |
| 65-79 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 4 | 3 | 1 | 0 | 11 |
| 80 e+ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Total | 1 | 20 | 37 | 29 | 31 | 54 | 44 | 178 | 124 | 72 | 42 | 632 |

Fonte: SINAN. Extração dos dados em agosto de 2019.

Para a variável sexo, a maior parte das pessoas intoxicadas eram do sexo masculino, com 76,10%, enquanto as mulheres figuraram em 23,89% dos casos.

Tabela 49- Frequência das notificações de intoxicação por agrotóxicos, por sexo e ano no DF, 2008 a 2018.

| Sexo | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Total |
|------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Masculino | 1 | 19 | 30 | 20 | 19 | 40 | 28 | 142 | 99 | 58 | 25 | 481 |
| Feminino | 0 | 1 | 7 | 9 | 12 | 14 | 16 | 36 | 25 | 14 | 17 | 151 |

Fonte: SINAN. Extração dos dados em agosto de 2019.

Segundo a tabela 49, entre as notificações que tiveram o campo “raça” preenchido (N=632 casos) nos anos de 2008 a 2018, a maioria correspondia a ignorada/em branco

(60,75%), seguida de pardos (21,99%), branca (12,02%), preta (4,27%), amarela (0,79%) e indígena (0,15%).

Tabela 50 - Notificação por intoxicação por agrotóxicos, por raça no DF, 2008 a 2018.

| Raça | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Total |
|----------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Ignorada/ Em branco | 0 | 1 | 8 | 20 | 13 | 42 | 30 | 109 | 97 | 49 | 15 | 384 |
| Branca | 0 | 11 | 7 | 3 | 2 | 5 | 3 | 27 | 10 | 2 | 6 | 76 |
| Preta | 1 | 3 | 3 | 3 | 4 | 2 | 2 | 5 | 3 | 1 | 0 | 27 |
| Amarela | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 3 | 0 | 1 | 0 | 5 |
| Parda | 0 | 5 | 19 | 3 | 11 | 5 | 9 | 34 | 13 | 19 | 21 | 139 |
| Indígena | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Total | 1 | 20 | 37 | 29 | 31 | 51 | 44 | 178 | 124 | 72 | 42 | 632 |

Fonte: SINAN. Extração dos dados em agosto de 2019.

A seguir, são listadas as dez ocupações que apresentaram as maiores frequências de notificação de intoxicação por agrotóxicos (Tabela 51). Os trabalhadores (as) agropecuários em geral representaram 54,11% do total de ocupações registradas no Sinan, seguidos dos não classificados (24,84%) e dos agentes de saúde pública (5,06%).

Tabela 51- Frequência das notificações de intoxicação por agrotóxicos, por ocupação no DF, 2008 a 2018.

| Ocupação | Total | (Em %) |
|---|--------------|---------------|
| Trabalhador agropecuário em geral | 342 | 54,11 |
| Não classificados | 157 | 24,84 |
| Agente de saúde pública | 32 | 5,06 |
| Agente de defesa ambiental | 15 | 2,37 |
| Trabalhador na cultura de soja | 15 | 2,37 |
| Agente comunitário de saúde | 10 | 1,58 |
| Operador de máquinas de beneficiamento de produtos agrícolas | 5 | 0,79 |
| Dona de casa | 4 | 0,63 |
| Engenheiro agrônomo | 4 | 0,63 |
| Técnico agrícola | 3 | 0,47 |

Fonte: SINAN. Extração dos dados em agosto de 2019.

Os dados de notificação de intoxicações por agrotóxicos, segundo a circunstância de exposição, mostraram que a maioria dos casos foram decorrentes de uso habitual (52,05%), seguido de acidental (18,35%), e depois tentativa de suicídio (9,96%) conforme a tabela 52.

Tabela 52 - Frequência da notificação de intoxicações por agrotóxicos, segundo circunstância de exposição, por ano no DF, 2008 a 2018.

| Circunstância de exposição | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Total |
|-----------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Tentativa de suicídio | 0 | 0 | 4 | 5 | 4 | 20 | 10 | 5 | 3 | 6 | 6 | 63 |
| Acidental | 0 | 1 | 14 | 8 | 7 | 14 | 13 | 13 | 8 | 6 | 32 | 116 |
| Uso habitual | 0 | 2 | 14 | 8 | 14 | 4 | 10 | 151 | 71 | 55 | 0 | 329 |
| Ignorado/ Em branco | 0 | 0 | 3 | 8 | 1 | 10 | 2 | 4 | 13 | 1 | 2 | 44 |
| Ambiental | 0 | 16 | 1 | 0 | 3 | 1 | 2 | 1 | 28 | 3 | 1 | 56 |
| Outra | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 5 | 7 | 2 | 1 | 1 | 1 | 21 |
| Ingestão de alimento | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 |

Fonte: SINAN. Extração dos dados em agosto de 2019.

Com relação ao tipo de exposição, observa-se que: a maior parte dos casos de intoxicação (37,18%) ocorreu por exposição crônica, equivalente a 235 casos; seguida de 177 casos (28,00%) da exposição aguda-única; 17,56% de ignorado/em branco com 11 casos, 12,81% exposição aguda repetida, correspondendo a 81 casos; 4,43% de exposição aguda sobre crônica, equivalente a 28 casos.

Define-se exposição aguda única aquela decorrente de uma única exposição ao agente, num período de tempo de 24 horas; exposição aguda repetida como decorrente de múltiplas exposições ao mesmo agente num período de tempo de 15 dias; exposição crônica como a exposição prolongada ao mesmo agente, de forma contínua ou intermitente, por mais de 15 dias; exposição aguda sobre crônica quando os casos de exposição crônica sofrem exposição aguda ao mesmo agente em determinado tempo; e os casos ignorados ou em branco quando são desconhecidos o tempo e a frequência das exposições.

Esses dados evidenciam a necessidade de os serviços de saúde estarem preparados para o atendimento de casos de exposição crônica, que, dependendo da dose de exposição, podem representar alto risco de óbito ou de morbidades associadas. Além disso, esses dados também sinalizam a necessidade de os profissionais de saúde registrarem informações sobre o tipo de exposição, que são essenciais para correto diagnóstico, tratamento, monitoramento e prevenção da intoxicação.

Tabela 53 - Frequência da notificação por intoxicação por agrotóxicos, por ano e por tipo de exposição no DF, 2008 a 2018.

| Tipo de exposição | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Total |
|----------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Aguda-única | 0 | 0 | 3 | 14 | 7 | 38 | 23 | 4 | 31 | 23 | 34 | 177 |
| Ignorado/ Em branco | 0 | 0 | 14 | 9 | 4 | 8 | 7 | 14 | 40 | 9 | 6 | 111 |
| Aguda repetida | 0 | 0 | 10 | 5 | 10 | 1 | 5 | 5 | 20 | 23 | 2 | 81 |
| Crônica | 1 | 20 | 5 | 1 | 9 | 4 | 6 | 151 | 28 | 10 | 0 | 235 |
| Aguda sobre crônica | 0 | 0 | 5 | 0 | 1 | 3 | 3 | 4 | 5 | 7 | 0 | 28 |

Fonte: SINAN. Extração dos dados em agosto de 2019.

Com relação ao tipo de atendimento, a maioria dos casos (60,12%) recebeu atendimento ambulatorial e 31,80% recebeu atendimento hospitalar (Tabela 54).

Tabela 54 - Frequência da notificação por intoxicação por agrotóxicos, por ano, segundo tipo de atendimento no DF, 2008 a 2018.

| Tipo de atendimento | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Total |
|----------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Hospitalar | 1 | 0 | 6 | 23 | 14 | 44 | 29 | 11 | 20 | 12 | 41 | 201 |
| Ambulatorial | 0 | 18 | 10 | 4 | 16 | 8 | 12 | 156 | 98 | 58 | 0 | 380 |
| Ignorado/ Em branco | 0 | 1 | 20 | 2 | 0 | 2 | 3 | 10 | 6 | 2 | 0 | 46 |
| Domiciliar | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 3 |
| Nenhum | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |

Fonte: SINAN. Extração dos dados em agosto de 2019.

Ao se analisar a frequência das notificações de intoxicação segundo a evolução dos casos, predominou a cura sem seqüela em 80,3%, indicando que o tratamento foi adequado. Em 12,6% dos casos as informações sobre a evolução eram ignoradas ou o campo referente a esse item da ficha de notificação estava em branco; enquanto os casos que evoluíram para óbito representaram 3,3%, equivalente a 2.804 notificações (Tabela 55).

Tabela 55 - Frequência da notificação por intoxicação por agrotóxicos, por ano e por evolução no DF, 2008 a 2018.

| Evolução | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Total |
|--------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Cura sem sequela | 0 | 2 | 8 | 14 | 5 | 31 | 31 | 8 | 11 | 10 | 27 | 147 |
| Ignorada/ Em branco | 1 | 17 | 29 | 14 | 25 | 18 | 10 | 162 | 106 | 50 | 14 | 446 |
| Óbito por intoxicação exógena | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 6 |
| Perda de seguimento | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| Cura com sequela | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 3 | 2 | 7 | 5 | 10 | 0 | 30 |
| Óbito por outra causa | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |

Fonte: SINAN. Extração dos dados em agosto de 2019.

Diante de todo esse perfil da população exposta, cabe ao setor saúde estar atento à exposição ambiental e dos trabalhadores em toda a cadeia produtiva envolvendo os agrotóxicos, a fim de propiciar a estrutura necessária para monitoramento, vigilância e assistência da população exposta.

O Ministério da Saúde estruturou, para este fim, a Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos (VSPEA) que tem como objetivo desenvolver ações integradas de saúde, voltadas para a adoção de medidas de prevenção dos fatores de risco, promoção à saúde, assistência e vigilância em saúde das populações expostas, ou potencialmente expostas a agrotóxicos.

No DF se faz necessário fortalecer ações de promoção e prevenção por meio das Unidades Básicas de Saúde que estão mais próximas da população rural de forma a identificar e monitorar esses riscos.

1.5 Situação de Saúde de Grupos Populacionais Específicos e Vulneráveis

A noção de equidade, estruturante no Sistema Único de Saúde brasileiro, muitas vezes reportada como igualdade, conforme textos legais, relaciona-se à questão de justiça em acesso e condução das ações para manutenção da saúde. Desse modo, tal conceito relaciona-se à redução das disparidades no estado de saúde e no atendimento em serviços de saúde em decorrência do pertencimento social do indivíduo, reconhecendo que determinantes sociais de grupos específicos impactam em seus resultados em saúde.

Também se considera que o direito à saúde deve atender às necessidades dos diferentes grupos populacionais.

O conceito de vulnerabilidade está relacionado a grupos sociais marginalizados, excluídos dos benefícios e direitos que deveriam ser comuns a todos os cidadãos. Essa marginalização confere fragilidade a esses grupos, comumente formados por cidadãos que vivem em contextos socioeconômico e culturais mais precários e complexos. Esses cidadãos possuem necessidades específicas de saúde daí a necessidade de políticas públicas de saúde para garantir o seu acesso aos serviços de saúde.

Neste contexto, a Atenção Primária, por intermédio da Gerência de Atenção à Saúde de Populações em Situação Vulnerável e Programas Especiais (GASPVP/DAEAP/COAPS/SAIS), compete implementar políticas de atenção à saúde a populações vulneráveis, de modo a contribuir para a redução das iniquidades no Sistema Único de Saúde (SUS) e prover acesso qualificado aos serviços de saúde dos segmentos populacionais mais vulnerabilizados como a população negra; população em situação de rua; ciganos; indígenas; lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e intersexo (LGBTI+); dentre outros.

1.5.1 População Indígena

Conforme o último Censo do IBGE, datado 2010, a população indígena no Brasil é de 897 mil indivíduos, sendo que 325 mil moram em áreas urbanas (Censo IBGE, 2010), vivendo em dupla situação de vulnerabilidade, em decorrência seja de sua origem étnica, seja de sua nova situação de vida em ambiente urbano.

Apesar de várias tribos terem habitado a região do DF antes da fundação de Brasília, hoje, no Distrito Federal, não existem terras indígenas demarcadas e a sua população é composta por pequena parcela desse segmento (0,24%), segundo o Censo Demográfico de 2010.

A população autodeclarada indígena do Distrito Federal concentra-se principalmente na área urbana (97%), assim como os demais estratos da população (96,5%). Sua distribuição nas Regiões Administrativas não apresenta padrão evidente, exceto por sua maior aparição em Ceilândia, onde estão 13% do povo indígena do DF. Destacam-se também os percentuais presentes em Planaltina (8,6%), Samambaia (8,5%), Plano Piloto (7,3%) e Recanto das Emas (6,7%).

A atenção à saúde integral da população indígena do Distrito Federal considera o espaço e processo sociocultural dessa população na execução da assistência inclusive reconhecendo a eficácia de suas ações tradicionais de cuidado à saúde e o direito desses povos à sua cultura. Os serviços de saúde ofertados contemplam prevenção, incluindo

imunização, controle de doenças infecciosas e também ações para prevenção de doenças crônicas e suas complicações, as quais já afetam a população indígena.

1.5.2 População de LGBTI+

Segundo dados da CODEPLAN (2017) foram encontradas na PNAD, de 2013, 5.386 pessoas em relacionamento homoafetivo no Distrito Federal, com o índice de variação de 33,2%, esse número indica que essa população pode variar entre 1.879 a 8.892. Para o ano de 2014, utilizando os dados da PNAD, encontramos no Distrito Federal 3.659 pessoas em relacionamento homoafetivo.

O Ambulatório de assistência especializada no Processo Transexualizador às pessoas travestis e transexuais na rede pública de saúde do Distrito Federal com equipe multidisciplinar, localizado na Unidade Mista de Saúde da Asa Sul, hoje denominada Hospital Dia, possui múltiplos serviços de assistência à população de travestis e de homens e mulheres transgêneros.

A atenção à saúde da população LGBTI+ tem como principais desafios a garantia do respeito ao nome social nos serviços e saúde, o respeito à orientação sexual e sua importância na saúde dos sujeitos, além do avanço na discussão sobre o processo transexualizador no DF.

1.5.3 População Negra

Lançada em 2009, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra visa promover a equidade no SUS e combater o racismo e a discriminação nas instituições e nos serviços de saúde. Haja visto que há um recorte de desigualdade relacionado à cor da pele por questões históricas com repercussões na saúde desse grupo populacional.

De acordo com a PDAD 2019, estima-se que em 2018, 47,5% (1.370.285) da população do DF se declarava parda e 10,1% (289.710) se declarava com cor preta. (CODEPLAN, 2019)

Nesse ínterim a GASPVP, no âmbito do DF, tem por propósito garantir o acesso das pessoas negras aos serviços de saúde da atenção primária de forma oportuna e humanizada, com igualdade de direitos, reduzindo agravos que incidem desproporcionalmente nesta população.

A GASPVP tem como frente principal de trabalho a coordenação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN) cujo objetivo é subsidiar a formulação, a implantação e o monitoramento de programas, projetos e ações em consonância com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, visando o fomento e a ampliação da equidade e

igualdade étnico racial na Atenção à Saúde da População Negra no Distrito Federal. Tem como primeiro desafio implantar adequadamente a coleta do quesito raça, cor, nos serviços de saúde, conforme portaria de nº 201 de 03 de outubro de 2014, construir estratégias de enfrentamento ao racismo institucional nos serviços de saúde.

1.5.4 Populações do Campo

A atenção à saúde da população do campo é realizada fundamentalmente por equipes de saúde da família. Hoje são 36 equipes que atendem em torno de 55% da população residente nas áreas rurais do DF. É realizado periodicamente o rastreamento de intoxicação exógena por agrotóxicos em produtores/ trabalhadores rurais, em parceria com a SVS e Emater.

1.5.5 População em Situação de Rua

A população em situação de rua refere-se ao grupo heterogêneo composto por indivíduos que apresentam condições de pobreza extrema; vínculos familiares interrompidos ou fragilizados; inexistência de moradia convencional regular e utilização dos logradouros públicos e áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento.

O Decreto nº 7.053 de 23/12/2009 institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento representando a formalização do reconhecimento dessa população como cidadãos de direitos. Contudo, ainda não há acolhimento sistemático desse reconhecimento na sociedade.

O dado mais recente acerca da população de rua no DF é oriundo do Cadastro Único, onde foi verificada a existência de 3.314 pessoas vivendo em situação de rua cadastradas no Cadastro Único no território do Distrito Federal, dado extraído em 20 de abril de 2019.

Contudo, os consultórios na rua hoje existentes tiveram como base de cálculo o último censo da população em situação de rua do Distrito Federal referente ao ano de 2011 o qual identificou 2.512 indivíduos. Este número subsidiou o credenciamento das 3 equipes de Consultório na Rua nas Regiões de Saúde Central (Plano Piloto), Sudoeste (Taguatinga) e Oeste (Ceilândia), considerando o parâmetro de 1 equipe para cada 80 a 1000 PSR (Pessoas em Situação de Rua).

As equipes de Consultórios na Rua têm por propósito potencializar estratégias utilizadas no território, criando redes e vínculos, tendo como objetivo garantir o cuidado integral desta população através de sua inserção na rede de saúde e intersetorial. A efetividade da atenção, a formação e a composição multiprofissional da equipe, o suporte

logístico para a abordagem na rua, o apoio institucional e de especialistas constituem-se nos diferenciais dessas equipes.

1.5.6 População Cigana

No DF são mais de 3 mil pessoas que se reconhecem como pertencentes ao povo cigano que moram principalmente nas Regiões Administrativas de Sobradinho, Lago Norte e Brazlândia.

De um modo geral, os ciganos procuram assistência espontaneamente nas Unidades Básicas de Saúde, são imediatistas (não querem esperar para serem atendidos) e nas consultas agendadas para retorno normalmente não comparecem.

Como característica dessa população, os homens não procuram a Unidade Básica de Saúde para resolver suas demandas em saúde; as mulheres, normalmente, não fazem coleta de exames preventivos e nem pré-natal. Outra dificuldade vivida pelas equipes de saúde que atendem a este público é que não gostam de apresentar documentação individual para os atendimentos, fato que prejudica a veracidade das informações e o devido cadastro nos prontuários e sistemas de informação.

A atenção à saúde da população cigana é realizada fundamentalmente por equipes de saúde da família, que realizam atendimento de acordo com a demanda e ciclo de vida.

Com o intuito de fortalecer o conhecimento mútuo: profissionais de saúde precisam conhecer melhor a realidade das mulheres ciganas; as mulheres ciganas precisam compreender melhor a dinâmica do atendimento à saúde. Ou seja, construir pontes e possibilidades de um diálogo mais efetivo – a GASPVP promove Rodas de conversa com os servidores da UBS Rota do Cavalo sobre principais aspectos culturais, como criar vínculos com o povo para melhor atender as demandas em saúde e estratégias para ações em saúde cigana.

A equipe de referência, realiza ação em saúde com a população cigana no acampamento, diagnóstico Rural Participativo (DRP) das necessidades de saúde da população cigana residente neste acampamento e através desta ação foi possível identificar as reais necessidades que a comunidade da região possui através de suas próprias falas. Sendo possível intervir intersetorialmente com outras Secretarias de Estado visando melhorar as condições de saúde dos mesmos.

1.5.7 Pessoa Privada de liberdade do Sistema Socioeducativa: adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas

O crescimento dos problemas relacionados à violência contra adolescentes e o envolvimento cada vez mais precoce destes com a criminalidade sensibilizou o Ministério da Saúde (MS) a instituir, em 14 de julho de 2004, a Portaria nº 340 para a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação Provisória (PNAISARI), conclamando as unidades federativas a elaborar o seu Plano Operativo Estadual (POE-DF), o qual forneceu as diretrizes para a atenção integral à saúde dos adolescentes e estabeleceu as competências de cada um dos atores envolvidos.

A criação de uma política de atenção à saúde de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas representou um importante passo a caminho da integração operacional do Sistema Socioeducativo, propiciando articulação entre órgãos e respeitando o princípio da incompletude institucional e a necessidade da oferta, em caráter de prioridade absoluta, de políticas públicas, especialmente a de saúde.

Em 23 de maio de 2014, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1082, consolidada na Portaria de consolidação nº 2 GM/MS, redefinindo as diretrizes da PNAISARI. A partir desta publicação a SES-DF reelaborou seu Plano, a qual foi denominado “Plano Operativo Distrital de Atenção à Saúde de Adolescentes cumprindo medidas socioeducativas”, e nele foi incluído também atenção à saúde de adolescentes em cumprimento de medidas em meio aberto.

Dessa forma, a atenção à saúde de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas no DF se deu desde 2006, por meio de uma parceria entre a Secretaria de Estado de Saúde (SES) e a Secretaria de Estado que coordena o Sistema Socioeducativo. A Portaria Conjunta DF nº 04, publicada no DODF nº 196 em 11/10/2017 estabelece as competências das duas secretarias para garantir a atenção à saúde para essa clientela.

A SES tem como principais competências, dentre outras: elaborar normas, diretrizes, fluxos e protocolos para atenção à saúde de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas; designar equipes de saúde de referência na atenção primária à saúde, atenção secundária e atenção terciária para cada unidade socioeducativa de internação, internação provisória e semiliberdade; garantir o atendimento em saúde dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto por meio das equipes de APS do território de domicílio dos adolescentes; disponibilizar acompanhamento e tratamento aos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa com indicativo de transtornos mentais e/ou abuso/dependência de drogas, nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS ou em outros equipamentos da rede de atenção à saúde mental indicados; designar profissionais dos CAPS como referências para a atenção à saúde mental dos adolescentes

que cumprem medidas socioeducativas e apoio matricial das equipes de saúde das unidades de internação e internação provisória, em conformidade com o art. 13 da Portaria nº 1.082 de 2014, do MS; cadastrar e atualizar os dados dos profissionais de saúde das unidades de internação e internação provisória no SCNES (Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde); fornecer os medicamentos constantes na Relação de Medicamentos Padronizados na SES (REME) e produtos de saúde, conforme as normas e diretrizes estabelecidas pela Assistência Farmacêutica Central e a disponibilidade de estoque na Rede SUS; disponibilizar cartões SUS, cadernetas de saúde de adolescentes, preservativos, insumos, materiais de consumo, testes rápidos, vacinas e os formulários de atendimento e exames da SES às unidades socioeducativas.

Em um período de 12 meses dão entrada na Unidade de Atendimento Inicial (UAI) cerca de 5.360 adolescentes. A UAI recebe os adolescentes apreendidos em flagrante de delito e por mandado de busca e apreensão, para apuração de ato infracional, onde eles permanecem até decisão do sistema de justiça, no prazo máximo de 24 horas. Após decisão judicial, eles são liberados ou recebem uma medida socioeducativa. Até a presente data existem cerca de 1000 adolescentes cumprindo medida socioeducativa de internação e semiliberdade, 950 do sexo masculino e 50 do sexo feminino.

Há 29 (vinte e nove) unidades socioeducativas e 15 unidades de meio aberto, seis unidades de semiliberdade e oito unidades de internação, as quais pertencem à SEJUS. As Unidades de Saúde Socioeducativas somente estão presentes nas unidades de internação, as quais tem equipes de enfermagem que fazem parte da SEJUS, sendo compostas por enfermeiros, técnicos de enfermagem, técnicos administrativos e algumas unidades por psicólogos. Os atendimentos são apoiados pelas Equipes de Saúde da Família do território (ESF). Cada unidade socioeducativa tem uma ESF de referência.

Na tabela 56 estão as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Equipes Saúde da Família (ESF), os/as adolescentes atendidos/as pelas Unidades de Atendimento em Meio Aberto (UAMA) devem ser referenciados/as às UBS mais próximas de sua residência (local de moradia).

Tabela 56 - Unidades Socioeducativas de Internação, Internação Provisória e Semiliberdade do DF/referências na Atenção Primária à Saúde.

| Região de Saúde | Unidade Socioeducativa | Capacidade | Localização | Tipo de Medida Socioeducativa | UBS (CNES) | ESF/INE |
|-------------------|--|---------------------|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Central | UAI – Unidade de Atendimento Inicial | 30 adolescentes/dia | Brasília | Atendimento Inicial | UBS 02 – Cruzeiro Velho | Equipe específica NAI/UAI |
| Centro Sul | Semiliberdade Guará (fem.) | 20 Adolescentes | Guará I | Semiliberdade | UBS 01 – Guará 1 | ESF 01/INE: 469203 |
| | UIPSS - Unidade de Internação Provisória em Saúde | 180 Adolescentes | São Sebastião | Internação provisória | UBS 03 | ESF Bosque |
| Leste | UISS – Unidade de Internação de São Sebastião | 120 Adolescentes | Núcleo Rural Aguilhada São Sebastião | Internação | UBS 01 – São Sebastião | ESF Rosa |
| | UIBRA – Unidade de Internação de Brazlândia | 60 Adolescentes | | Internação | UBS 01 – São Sebastião | ESF Rosa |
| Norte | UIP – Unidade de Internação de Planaltina | 90 Adolescentes | Planaltina | Internação | UBS 05 – Planaltina | ESF Andorinha/INE: 469955 |
| | UNIRE – Unidade de Internação de Recanto das Emas | 180 adolescentes | Recanto das Emas | Internação | UBS 02 – Recanto das Emas | ESF Roxa |
| Sudoeste | UNISS – Unidade de Internação de Saída Sistemática | 80 adolescentes | Recanto das Emas | Internação | UBS 02 – Recanto das Emas | ESF Roxa |
| | Semiliberdade Recanto das Emas | 20 Adolescentes | Recanto das Emas | Semiliberdade | UBS 02 – Recanto das Emas | ESF Roxa |
| | Semiliberdade Taguatinga 01 | 20 Adolescentes | Taguatinga Sul | Semiliberdade | UBS 05 – Taguatinga | ESF Rosa |
| | Semiliberdade Taguatinga 02 | 20 Adolescentes | Taguatinga Sul | Semiliberdade | | |
| Sul | UISM – Unidade de Internação de Santa Maria | 180 adolescentes | Santa Maria | Internação e internação provisória | UBS 5 – Santa Maria | ESF 04 – Santa Maria |
| | Semiliberdade Gama | 20 | Gama | Semiliberdade | UBS 05 – Gama | ESF 212 – Gama |
| | Semiliberdade Santa Maria | 20 | Gama | Semiliberdade | UBS 05 – Gama | ESF 212 – Gama |

Fonte: COAPS/SAIS/SES em setembro de 2019.

Quanto as referências na APS para a saúde bucal, as UBS de referência são as constantes nesta tabela para os adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas de semiliberdade, internação provisória, internação e saída sistemática e as UBS mais

próximas da residência dos/das adolescentes para os adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto

Os parâmetros adotados para atenção à saúde dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, conforme definição pelo MS na Portaria n.º 1083, de 21 de maio de 2014, se pautam em quatro eixos temáticos com vinte indicadores. Os eixos correspondem à: saúde sexual e saúde reprodutiva (oito indicadores), saúde mental (quatro indicadores), violências (dois indicadores), promoção da saúde (seis indicadores). Os indicadores são correlacionados entre o número de adolescentes que dão entrada na unidade socioeducativa com o número de ações relacionadas à atenção à saúde, realizados junto aos adolescentes. Em relação ao perfil epidemiológico foi verificado que 70% dos diagnósticos são referentes a questões psicossociais e 30% correspondem aos agravos biológicos. Os principais diagnósticos psicossociais são: abuso/dependência de substâncias psicoativas, distúrbios de conduta, violência familiar e opressão familiar, conflitos familiares, transtornos mentais decorrentes ou não do abuso de drogas (depressão, ansiedade, fobias, psicoses, transtorno do estresse pós-traumático, dificuldade escolar/distúrbio de aprendizagem, alcoolismo parental, dentre outros). Quanto aos diagnósticos orgânicos, os mais prevalentes são: alterações em saúde bucal, doenças sexualmente transmissíveis (DST), dermatoses, distúrbios respiratórios, distúrbios gastrointestinais, cefaleias, acne, dislipidemias e sobrepeso. Em relação às adolescentes do sexo feminino, além das questões descritas acima, ocorrem: tensão pré-menstrual, DST, alterações ginecológicas e intercorrências decorrentes da gravidez, parto e puerpério. Constatou-se que as demandas devido ao uso abusivo de drogas e à história de vida dos adolescentes e suas famílias são potencializadas pelo sofrimento psíquico provocado pela privação de liberdade.

1.5.7 Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional

A Assistência à Saúde para o Sistema Prisional foi instituída pela Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP) e compreende ações individuais e coletivas visando promover, prevenir, reduzir e/ou eliminar riscos e agravos à saúde da população privada de liberdade (PPL) por meio de serviços de atenção primária e serviços complementares.

Em todos os presídios do Distrito Federal existem Unidades Básicas de Saúde Prisional (UBS Prisional) com equipes de saúde da SES-DF que atendem diariamente dentro dos presídios de segunda à sexta-feira nos períodos da manhã e tarde.

A Portaria Nº 482 de 1º de abril de 2014, institui normas para a operacionalização da PNAISP e estabelece que as equipes das UBS Prisionais são configuradas em vários tipos de acordo com a população prisional de cada Unidade:

- A equipe tipo I deve realizar minimamente 6h semanais para unidades de até 100 custodiados. Sua composição mínima é formada por um (1) cirurgião-dentista, um (1) enfermeiro, um (1) médico, um (1) técnico de enfermagem/auxiliar de enfermagem, um (1) técnico de higiene bucal/auxiliar.
- A equipe tipo II deve realizar minimamente 20 horas semanais e cobrir de 101 a 500 custodiados. Tem a composição mínima de um (1) assistente social, um (1) cirurgião-dentista, um (1) enfermeiro, um (1) médico, um (1) psicólogo, um (1) técnico de enfermagem/auxiliar de enfermagem, um (1) técnico de higiene bucal/auxiliar de saúde bucal, e mais um (1) profissional de nível superior dentre as categorias: enfermagem, farmácia, fisioterapia, assistente social, nutrição, psicologia ou terapia ocupacional. Para equipe tipo II com Saúde Mental deve ser acrescentado um psiquiatra ou um médico com experiência em saúde mental e dois (2) profissionais de nível superior segundo as opções anteriormente citadas.
- A equipe tipo III deve cobrir de 501 a 1200 custodiados, realizando minimamente 30 horas semanais com a mesma configuração da equipe tipo II com saúde mental.

A cobertura das equipes de saúde está satisfatória nas Unidades da Penitenciária Feminina do Distrito Federal/Ala de Tratamento Psiquiátrico (PFDF/ATP) e Centro de Progressão Penitenciária (CPP). Nas Unidades do Complexo da Papuda a cobertura gira em torno de 33% com queda a cada semana devido ao crescente aprisionamento.

Tabela 57 - Localização das unidades básicas de saúde prisional.

| UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PRISIONAL | PPL | SRS |
|---|---------------|------------|
| Centro de Detenção Provisória (CDP) | 3.464 | Leste |
| Centro Internamento e Reeducação (CIR) | 2.211 | |
| Penitenciária do Distrito Federal I (PDF I) | 4.446 | |
| Penitenciária do Distrito Federal II (PDF II) | 4.330 | |
| Centro de Progressão Penitenciária (CPP) | 1.495 | Centro-Sul |
| Divisão de Controle e Custódia de Presos (DCCP) | 169 | |
| Penitenciária Feminina do DF – PFDF/ATP | 817 | Sul |
| TOTAL | 16.932 | |

Fonte: SESIPE/SSP 19/08/2019.

PPL = Pessoas Privadas de Liberdade; SRS = Superintendência da Região de Saúde; ATP = Ala de Tratamento Psiquiátrico.

As ações de atenção básica são ofertadas dentro das Unidades Prisionais, conforme a carteira de serviços da APS e as consultas e exames especializados são regulados na Rede SUS. A atenção hospitalar conta com as Alas de Segurança em três hospitais (HRL, HRAN e HBDF) com leitos exclusivos para a PPL do DF.

De acordo com os atendimentos realizados nas UBS Prisionais, os problemas de saúde mais recorrentes são: afecções dermatológicas, doenças infectocontagiosas (HIV/SIDA, sífilis, tuberculose, hanseníase, hepatites virais), doenças respiratórias, condições físicas resultantes de traumas e/ou lesões, doenças do aparelho digestivo, doenças crônicas (ex.: diabetes mellitus, hipertensão, doenças renais), dependência química de álcool e drogas, doenças psiquiátricas e afecções bucais.

Muitos dos problemas de saúde apresentados são de origem infecciosa e devem ser contidos na admissão da PPL no sistema prisional, de modo a evitar a disseminação de doenças nas unidades prisionais, provocando surtos e epidemias. Para tanto há normatização para o acolhimento dos detentos na sua chegada às Unidades Prisionais na perspectiva de contribuir para a prevenção e controle de problemas de saúde no contexto prisional, durante o cumprimento da pena.

A Saúde no Sistema Prisional conta com recurso de incentivo financeiro repassado fundo a fundo pelo Ministério da Saúde por equipe credenciada, e a PPL também entra no cálculo para recebimento do recurso do PAB fixo da Atenção Básica.

As ações de saúde nas UBS Prisionais são realizadas através de compromisso mútuo firmado entre a SES-DF e a SSP/DF.

O espaço físico e equipamentos devem ser adquiridos pela SSP/DF, enquanto que os insumos e materiais médicos hospitalares são adquiridos pela SES-DF por meio das diversas áreas técnicas e executados em programas de trabalho específicos de cada área.

Em todas as unidades de assistência prisional é utilizado o e-SUS AB. Para tanto foram instalados computadores e realizado capacitações através das Diretorias de Atenção Primária em cada território. Algumas inconsistências e dificuldades com internet bem como afastamento de servidores interfere na alimentação do sistema com consequente perdas nos dados de produtividade.

1.5.8 Programa Bolsa Família

A GASPVP também tem por atributo o monitoramento do indicador de vulnerabilidade social denominado “Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde dos beneficiados no Programa Bolsa Família (PBF) ”.

As condicionalidades de saúde caracterizam-se como uma importante ferramenta do PBF que possibilita a garantia do acesso às ações e serviços do SUS às populações em situação de vulnerabilidade social, assegurando o princípio da equidade.

As pactuações e metas de acompanhamento são realizadas junto ao Ministério da Saúde e contratualizadas com as Regiões de Saúde do DF. O indicador mensura o número de beneficiários do PBF com condicionalidades de saúde acompanhadas pela atenção básica por um determinado período em relação ao número total de beneficiários do Programa Bolsa Família no mesmo período.

CAPÍTULO II

ESTRUTURA, ORGANIZAÇÃO E “VISÃO” DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

O disposto constitucional que determina o acúmulo das competências de estado e município pelo Distrito Federal, torna a SES-DF responsável pela gestão da atenção primária, de média e alta complexidade, além de ações de vigilância em todo o seu território.

A partir do entendimento de que os diferentes níveis de atenção se diferenciam entre si mais pela densidade tecnológica que encerram do que da complexidade do atendimento que pode ser prestado, verifica-se que a estrutura dos serviços em níveis hierárquicos passa a ser substituído por estrutura policêntrica horizontal – uma rede (MENDES ,2011).

Os níveis de atenção são estruturados segundo as densidades tecnológicas existentes em cada um. Sua existência permite gerenciar racionalmente os recursos sem prejuízo no atendimento para cada tipo de demanda de saúde da população (BRASIL, 2010). Níveis de atenção à saúde representa um dos fundamentos das Redes de Atenção à Saúde.

A organização da atenção em níveis é primordial para a racionalização do uso dos recursos e no estabelecimento do foco gerencial dos entes de governança da RAS. A atenção primária em saúde comporta serviços de menor densidade tecnológica, a atenção secundária abrange densidade tecnológica intermediária e a atenção terciária comporta os serviços de maior densidade tecnológica (MENDES ,2011).

2.1 Atenção Primária à Saúde

Em 2017 a atenção primária em saúde do Distrito Federal foi reestruturada a partir da implantação do Projeto de Conversão da Atenção Primária para a Estratégia Saúde da Família (Converte). A implantação procedeu a publicação da Portaria SES-DF nº 77 de 14/02/2017 a qual estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal e da Portaria SES-DF nº 78 de 14/02/2017, a qual regulamenta o artigo 51 da Portaria 77, disciplinando o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde ao modelo de Estratégia de Saúde da Família estabelecendo normas e prazos para o processo de implantação.

A primeira estabeleceu a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, fundamentada na Estratégia de Saúde da Família. Já a Portaria nº 78 regulamenta o artigo 51 da Portaria nº 77, de 2017, que disciplina o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo de Estratégia Saúde da Família e estabelece normas e prazos a serem cumpridos neste processo.

A proposta de reestruturação se deu a partir da lógica da ordenação do cuidado à saúde a partir da atenção primária como porta de entrada preferencial; não excluído a necessidade de atendimento por outros serviços, e baseada na Estratégia de Saúde da Família. A atenção primária à saúde passa a ter papel primordial no processo de coordenação

e integração do cuidado e não representa mais apenas a “porta de entrada” no sistema de saúde.

A atenção primária estruturada é capaz de atender a maior parte das demandas da população por serviços de saúde (CORRÊA et al., 2019), evitando acesso de demandas não urgentes a serviços especializados e permitindo que estes atendam casos mais graves e complexos oportunamente. Alberga clínica ampliada tecnologias variadas de cuidar que, embora complexa, guardam em si baixa densidade tecnológica. Tal estruturação engloba a manutenção e ampliação das medidas de prevenção de agravos em saúde, a assistência multiprofissional articulada e a ruptura do modelo centrado na figura do médico, entre as especialidades de Clínica Médica, Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia (CORRÊA et al., 2019),

A Portaria 77/2017 define a composição das equipes na Estratégia de Saúde da Família. Sendo que a equipe de Saúde da Família (eSF) é composta por médico de família e comunidade (40 horas), um enfermeiro (40 horas), 40 a 80 horas de técnicos de enfermagem (no mínimo um profissional de 40 horas) e até seis agentes comunitários de saúde. A Equipe de Saúde Bucal (eSB) é composta por um odontólogo (40 horas) e um técnico em saúde bucal (40 horas) e é responsável por um território equivalente a, no máximo, ao de duas equipes de saúde da família (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 2017).

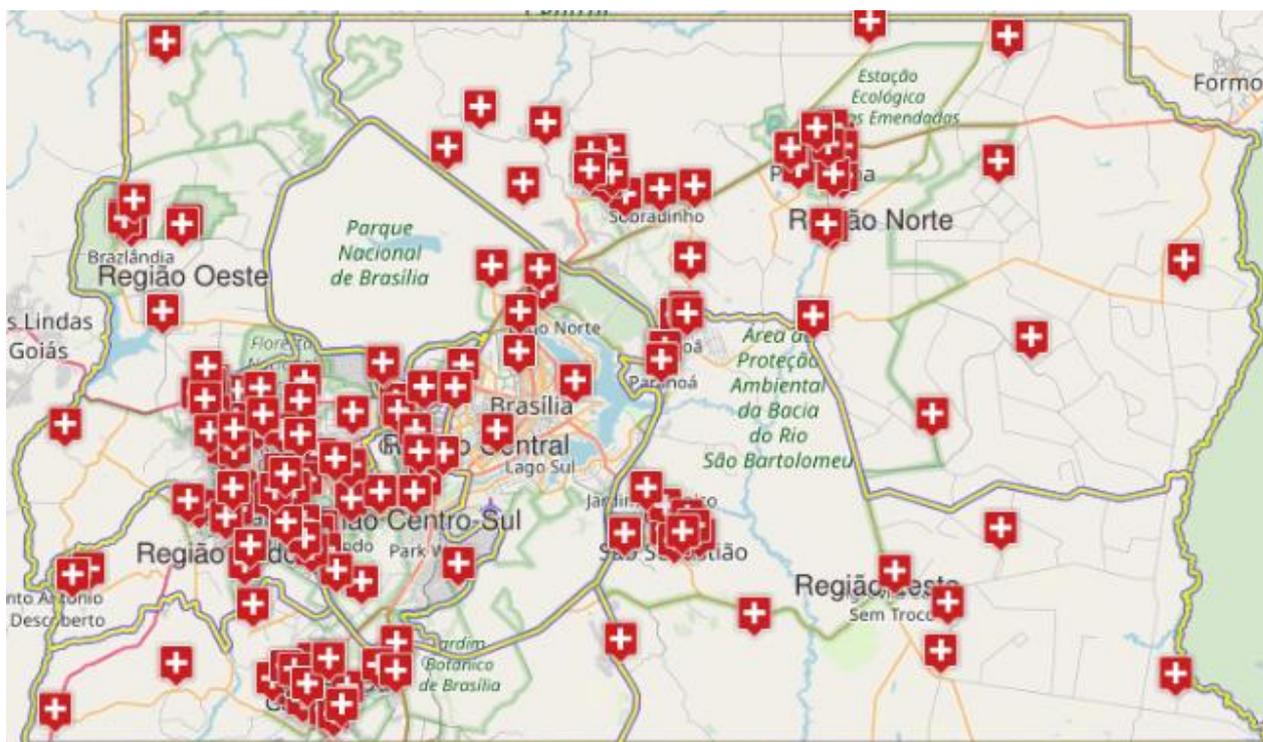
No Distrito Federal hoje, dispomos de 172 Unidades Básicas de Saúde, sendo assim distribuídas:

Tabela 58 – Número de Unidades Básicas de Saúde por Região de Saúde.

| Região | Nº de UBS |
|-------------------------|------------------|
| Central | 9 |
| Centro-Sul | 19 |
| Leste | 28 |
| Norte | 34 |
| Oeste | 26 |
| Sudoeste | 34 |
| Sul | 22 |
| Distrito Federal | 172 |

Fonte: CNES mês 08 de 2019 Dados atualizados em 11/09/2019; via Sala de Situação

Figura 4- Mapa de distribuição das Unidades Básicas de Saúde no Distrito Federal



Fonte: CNES mês 08 de 2019, dados atualizados em 11/09/2019, via Sala de Situação SES-DF, agosto de 2019.

A manutenção da Estratégia de Saúde da Família e sua articulação com a atenção ambulatorial especializada são fatores importantes para o desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde, eixo estruturante do Plano Distrital de Saúde.

Nesse sentido, dentro do Eixo de Gestão das Redes de Atenção à Saúde, destaca-se como Diretriz orientadora o fortalecimento e ampliação da Atenção Primária à Saúde como ordenadora dessas Redes, a ser trabalhada nesse Plano Distrital de Saúde.

Como proposta da COAPS (Coordenação de Atenção Primária à Saúde) para a qualificação da gestão e da atenção, visando a melhoria dos serviços prestados na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal foi firmado o convênio QualisAPS entre a SES DF e a Fiocruz, envolvendo também a FIOTEC (Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde). Será realizado o emprego de métodos inovadores no desenvolvimento de sistemática de avaliação para as equipes da rede, da oferta de cursos de especialização e aperfeiçoamento e da divulgação científica, difusão e incorporação dos conhecimentos. A sistemática de avaliação consiste em elaborar e implantar o conjunto de métodos de avaliação da APS do Distrito Federal, com vistas a possibilitar processo de certificação, com base em critérios da SES-DF, realizando ciclos avaliativos. O curso de especialização traduz-se no desenvolvimento e oferta de especialização, Lato Sensu, em Gestão da Estratégia Saúde da Família para profissionais da SES-DF, na modalidade semipresencial, com aplicação prática. O curso na modalidade de aperfeiçoamento em

Estratégia Saúde da Família é destinado a profissionais de nível superior da SES-DF e deverá ser ofertado na modalidade de ensino a distância (EAD). A divulgação científica, contribuindo para a difusão e incorporação dos conhecimentos do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal, será promovida mediante organização e contratação de fascículo temático para publicação dos artigos científicos elaborados.

2.2 Atenção Especializada

A atenção secundária, também chamada de média complexidade (sob os aspectos dos blocos de financiamento do SUS) abarca serviços ambulatoriais, presentes nos ambulatórios hospitalares de especialidades e nas policlínicas evidenciados por assistência diagnóstica e terapêutica de média complexidade. A Portaria nº 773 de 19/07/2018 estabelece diretrizes e normas para a organização da Atenção Ambulatorial Secundária (AASE) definindo-a como o conjunto de ações e serviços especializados em nível ambulatorial, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, que compreende serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico.

A atenção ambulatorial é composta de serviços nos quais atuam profissionais especializados e uso de recursos tecnológicos para apoio diagnóstico e tratamento. A atenção ambulatorial especializada tem papel de garantir a retaguarda assistencial e consultora com atenção básica, articulando-se ainda com a atenção hospitalar e atenção às urgências e emergências.

Os níveis de atenção secundário e terciário incluem maior densidade tecnológica que a atenção primária.

A integração entre os níveis de atenção primário e especializado demonstra programas de saúde mais efetivos, usuários mais satisfeitos, identificação de pessoas com alto risco de hospitalização e redução do uso de serviços especializados.

A organização da AAE relaciona-se ao amadurecimento das estratégias de fortalecimento da APS junto ao desenvolvimento do CONVERTE-APS. Isso porque o CONVERTE-APS trouxe à luz questões como a realidade da fragmentação dos serviços na rede, ausência de diagnóstico e informações de produtividade e de recursos humanos dos serviços existentes, experiências isoladas de regulação em determinadas Regiões de Saúde, falta de integração entre as regiões e entre os níveis de atenção em uma mesma região, ausência de padronização de protocolos com critérios de encaminhamento, serviços médico-centrados e guetos de excelência que prestava atendimento de qualidade aos que tinham oportunidade de entrar por inúmeras vias de acesso sem, contudo, estarem disponíveis de forma transparente e igualitária.

Concomitante ao Converte-APS, ocorreram iniciativas exitosas como estratégias de matriciamento e a Planificação da Atenção à Saúde, tendo influenciado o projeto de organização da Atenção Ambulatorial Secundária no DF.

Com a organização dos processos de trabalhos devido à Planificação da Atenção à Saúde, iniciada na Região de Saúde Leste, surgiu a necessidade premente de organizar os demais níveis de atenção. Dentre as demandas que apareceram de forma natural estavam a organização do nível ambulatorial secundário, a regulação de consultas e também a organização hospitalar para recebimento da referência e contra referência aos cuidados ordenados pela atenção primária.

A modelagem organizacional das SRS (Superintendências das Regiões de Saúde) foi por níveis de atenção, bem como, por gestão de processos. Assim, naquele momento a estrutura administrativa das SRS passou a ser composta por uma Diretoria Administrativa e Diretorias Assistenciais: Diretoria de Atenção Primária (DIRAPS) e Diretorias Hospitalar (DH).

Os serviços ambulatoriais estavam, em parte vinculados à SRS, como os CAPS, UPAS, e outros serviços especializados. Esses serviços ambulatoriais especializados não tinham um padrão de organização administrativa, uns estavam formalizados na estrutura e a grande maioria não. Dessa forma, em novembro de 2017 foram iniciadas oficinas para reestruturação dos cargos para a criação de uma Diretoria Regional de Atenção Secundária (DIRASE).

O Conselho de Saúde do Distrito Federal, identificando a importância da organização da AS aprova a Resolução nº 505, de 09 de outubro de 2018 (DODF, 15/10/2018), que resolve, dentre outros itens, determinar que a Atenção Ambulatorial Secundária seja uma estratégia de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, organizada a partir da territorialização e das linhas de cuidado, de acordo com os princípios de descentralização e regionalização do SUS.

Para organização dos fluxos as áreas técnicas da SES-DF trabalharam em protocolos de encaminhamento, delimitando os critérios que definem a permanência do usuário na APS, e quando estes precisam ser encaminhados para as especialidades.

No intuito de facilitar o manuseio dos protocolos, a Diretoria de Atenção Secundária da SES-DF apresentou estes em formato de Notas Técnicas (NT) que foram divulgadas à todas as equipes de ESF, assim como aos profissionais da AASE, além de disponibilização permanente em sítio eletrônico. O cumprimento dos critérios de encaminhamento é monitorado pelos agentes de regulação das regiões, cabendo também aos profissionais da AASE avaliar a qualidade dos encaminhamentos, produzindo relatórios que diagnostiquem os pontos mais sensíveis das equipes, permitindo o planejamento das ações de matriciamento, que devem ser individualizadas às necessidades de cada equipe.

A reestruturação do sistema público de saúde do Distrito Federal com base na APS e ESF traz, como um desafio, a organização de uma rede de suporte para possibilitar que o primeiro nível de atenção seja o mais resolutivo possível. Evidências científicas demonstram que uma APS forte depende de retaguarda com a mesma robustez para que o cuidado em saúde das pessoas sejam o mais qualificado possível. Assim, são desenvolvidos e reestruturados os níveis ambulatorial especializado e o hospitalar.

A necessidade de se promover a integração entre tais níveis é um outro desafio para a gestão do SUS. Desta forma, foi estruturado o Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal (CRDF) e suas Centrais de Regulação (CR) para a execução de um processo regulatório de acesso baseado no desenvolvimento de panoramas de oferta de serviços de saúde e no modelo de regionalização do Distrito Federal.

Como proposta da atenção especializada em saúde está a construção do Hospital Oncológico do Distrito Federal, o Hospital de Ceilândia, a construção de UPAS (Unidades de Pronto Atendimento), e o Hospital do Guará.

2.3 Redes de Atenção à Saúde

Redes de Atenção à Saúde (RAS) são “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL 2010). Nesse contexto, tais sistemas possuem três elementos constitutivos: a população, elemento essencial e a razão de ser das RAS; estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde às condições agudas e crônicas.

Os sistemas de apoio, fazem parte da estrutura operacional, são representados pelos locais de prestação de serviços comuns a todos os níveis de atenção à saúde no que se refere à assistência farmacêutica, ao apoio diagnóstico e terapêutico e aos sistemas de informação em saúde.

Nesse sentido, o SUS está organizado em uma complexa rede com base em qualidades e especificidades da população, região e padrões de gestão existentes. O atendimento no SUS estruturado em Redes de Atenção à Saúde (RAS) se coaduna com os princípios do SUS e leva à organização dos serviços de saúde. As RAS, tendo a atenção primária em saúde como ordenadora do cuidado, representam “estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessitam com efetividade e eficiência” (BRASIL, 2010).

Para organização da RAS é necessário a delimitação das regiões de saúde e sua população e estabelecimento da carteira de serviços de cada região.

A organização da assistência em RAS no Distrito Federal comporta as principais redes temáticas: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Condições Crônicas, Rede de Atenção Psicossocial e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

2.3.1 Rede de Atenção Materno Infantil – Rede Cegonha

A estruturação da atenção à saúde materna e infantil até os 24 meses de vida, foi sistematizada com a publicação da Portaria 1.459/2011. Essa rede foi nomeada Rede Cegonha e seu funcionamento visa garantir às mulheres, usuárias do SUS, o planejamento reprodutivo, o atendimento adequado, seguro e humanizado, a partir da confirmação da gravidez, na atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, incluindo a atenção à saúde da criança até os dois primeiros anos de vida. Os objetivos da Rede Cegonha são (BRASIL, 2011):

“I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;

II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolubilidade; e

III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal”

A organização da Rede Cegonha compreende quatro componentes:

I - Pré-Natal

II - Parto e Nascimento

III - Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança

IV - Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação

Os componentes Pré-Natal, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança, as ações e serviços abaixo descritos, estão disponíveis em **todas as unidades básicas de saúde**.

A tabela abaixo contém a distribuição dos serviços relacionados à Rede Cegonha por Regiões de Saúde.

Tabela 59 - Serviços da Rede Cegonha por Região de Saúde, 2018.

| Estabelecimento | Região de Saúde | | | | | | | Total |
|-------------------------|-----------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| | Central | Centro-Sul | Leste | Norte | Oeste | Sul | Sudoeste | |
| Centro de Parto Normal | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Centro de Saúde/UBS (*) | 10 | 19 | 28 | 34 | 26 | 22 | 34 | 173 |
| Hospital Geral | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 11 |
| Posto de Saúde | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Total Geral | 11 | 20 | 30 | 38 | 28 | 24 | 36 | 187 |

Fonte: GECAD/DICS/CCSGI/SUPLANS/SES-DF. Dados extraídos do CNES/DATASUS, referentes a competência de dezembro de 2018. (**) 01 - Centro de Práticas Integrativas em Saúde (CERPIS) e 172 UBS.

Quanto ao Componente Parto e Nascimento a Rede Hospitalar é composta de leitos obstétricos e de UTI. Também há o Hospital Materno Infantil de Brasília como Unidade de Referência Distrital (URD). As tabelas seguintes trazem o quantitativo de leitos de internação clínica e leitos de terapia intensiva e cuidados intermediários por Região de Saúde e Unidade de Referência Distrital.

Tabela 60 - Número de Leitos gineco-obstétricos e pediátricos, por Região de Saúde e Unidade de Referência Distrital, na Rede Cegonha, 2019.

| Região | Tipo de leito | | | |
|--------------|--------------------|-----------------------|-------------------|---------------------|
| | Gineco-Obstetrícia | Obstetrícia Cirúrgica | Pediatria Clínica | Pediatria Cirúrgica |
| Central | 44 | 0 | 29 | 0 |
| Centro-Sul | 0 | 0 | 22 | 0 |
| Norte | 64 | 48 | 34 | 4 |
| Sul | 140 | 31 | 63 | 0 |
| Leste | 49 | 8 | 28 | 0 |
| Oeste | 33 | 109 | 65 | 0 |
| Sudoeste | 114 | 0 | 78 | 0 |
| URD (HMIB) | 53 | 76 | 61 | 14 |
| URD - IHB | 10 (*) | 0 | 39 | 10 |
| URD - HCB | 0 | 0 | 72 | 48 |
| TOTAL | 507 | 272 | 491 | 76 |

Fonte: CNES mês competência julho de 2019, extraído via Sala de Situação, dados atualizados em 16/08/2019. (*) leitos de ginecologia.

Tabela 61 – Número de Leitos de UTI/UCIN, no CNES, por Região de Saúde e URD, DF, 2019.

| | Situação do Leito | Região de Saúde | | | | | | | | | |
|-----------------------|-------------------|-----------------|------------|-------|-----|-------|-------|----------|----------|----------|---------|
| | | Central | Centro-Sul | Norte | Sul | Leste | Oeste | Sudoeste | URD HMIB | URD HBDF | URD HCB |
| UTI NEO - TIPO II | Existentes | 0 | 0 | 10 | 18 | 0 | 8 | 8 | 0 | 0 | 0 |
| | Habilitados | 0 | 0 | 0 | 18 | 0 | 8 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| UTI NEO- TIPO III | Existentes | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 46 | 6 | 0 |
| | Habilitados | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 46 | 6 | 0 |
| UCINCa | Existentes | 3 | 0 | 16 | 10 | 4 | 6 | 6 | 16 | 0 | 0 |
| | Habilitados | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| UCINCo | Existentes | 12 | 0 | 22 | 23 | 12 | 28 | 10 | 15 | 0 | 0 |
| | Habilitados | 0 | 0 | 0 | 10 | 0 | 0 | 0 | 15 | 0 | 0 |
| UTI PED - TIPO II | Existentes | 0 | 0 | 0 | 21 | 0 | 0 | 5 | 20 | 0 | 30 |
| | Habilitados | 0 | 0 | 0 | 11 | 0 | 0 | 2 | 16 | 0 | 0 |
| UTI PEDI - TIPO III | Existentes | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 | 0 |
| | Habilitados | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 |
| UTI MATERNA - TIPO II | Existentes | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 | 0 | 0 |
| | Habilitados | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 |

Fonte: CNES mês competência julho de 2019, extraído via Sala de Situação, dados atualizados em 16/08/2019. UTI = Unidade de Terapia Intensiva; UCIN = Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal; UCINCo = UCIN Convencional; UCINCa = UCIN Canguru; CNES = Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; URD = Unidade de Referência Distrital; HMIB = Hospital Materno Infantil de Brasília; HBDF = Hospital de Base do Distrito Federal; HCB = Hospital da Criança de Brasil.

Em oficina realizada em 2019 junto às Superintendências das Regiões de Saúde foram elencados problemas relacionados ao funcionamento das Redes por tema. Em relação à Rede Cegonha os que foram relatados com maior frequência envolveram a ausência de transporte sanitário, déficit de profissionais de saúde, grande demanda oriunda do entorno do DF, falta de insumos, falta de integração dos sistemas de informação, baixa cobertura de Estratégia Saúde da Família e divulgação ineficiente dos protocolos.

Foram definidos objetivos a serem atingidos no sentido de dirimir ou mitigar os principais problemas em cada Rede de Atenção. Nesse sentido, pretende-se ampliar as equipes da Estratégia de Saúde da Família, a oferta oportuna do acesso ao pré-natal de risco habitual e de alto risco, qualificar a atenção do pré-natal a fim de possibilitar avaliação e classificação de risco, acolhimento às intercorrências na gestação, identificação precoce de comorbidades e afecções maternas e do feto, assim como a qualificação da assistência à criança para crescimento e desenvolvimento saudável.

2.3.2 Rede de Atenção às Urgências e Emergências

A instituição da Rede de Urgências e Emergências (RUE) ocorreu com a reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências, a partir da publicação da Portaria GM/MS nº 1.600/2011 (BRASIL 2011), e esta Rede visa articular e integrar os serviços de saúde para que o acesso humanizado e integral seja também universal e qualificado em situações de urgência e emergência com resposta oportuna e adequada para cada caso.

A estrutura da RUE é formada pelos componentes:

- I - Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde;
- II - Atenção Básica em Saúde;
- III - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências;
- IV - Sala de Estabilização;
- V - Força Nacional de Saúde do SUS;
- VI - Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas;
- VII - Hospitalar; e
- VIII - Atenção Domiciliar.

A implementação da RUE deve considerar a epidemiologia e densidade populacional das regiões de saúde e o atendimento deve ocorrer com classificação de risco, qualidade e resolutividade em todos os serviços de atenção. A Portaria 1.600/2011 considera como linhas de cuidado prioritárias da RUE: cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica.

Tabela 62 - Estrutura Rede de Urgência e Emergência por Região de Saúde, 2019.

| Região de Saúde | Atenção Domiciliar (*) | UPA | Componente Hospitalar | SAMU |
|-------------------------|------------------------|-----|--|--------------------------|
| Central | 1 EMAD 1 EMAP | 0 | 332 leitos gerais 16 leitos de UTI 15 leitos de UCIN 1 leito de unidade de isolamento | 3 USB 1 USA 2 MOTO |
| Centro-Sul | 2 EMAD 1 EMAP | 1 | 58 leitos gerais | 4USB 2 MOTO |
| Norte | 3 EMAD 1 EMAP | 1 | 343 leitos gerais 18 leitos de UTI 38 leitos de UCIN 4 leitos de unidade de isolamento | 4 USB 1 USA 4 MOTO |
| Sul | 1 EMAD 1 EMAP | 0 | 732 leitos gerais 120 leitos de UTI 33 leitos de UCIN 9 leitos de unidade de isolamento | 4 USB 1 USA 4 MOTO |
| Leste | 2 EMAD 2 EMAP | 1 | 216 leitos gerais 10 leitos de UTI 16 leitos de UCIN 1 leito de unidade de isolamento | 2 USB |
| Oeste | 2 EMAD 1 EMAP | 1 | 503 leitos gerais 18 leitos de UTI 34 leitos de UCIN | 5 USB 1 USA 2 MOTO |
| Sudoeste | 3 EMAD 2 EMAP | 2 | 535 leitos gerais 41 leitos de UTI 16 leitos de UCIN 2 leitos de unidade de isolamento | 8 USB 2 USA 6 MOTO |
| DISTRITO FEDERAL | --- | --- | --- | 1 USA NEO 1 NUSAM |
| URD - IHBDF | --- | --- | 634 leitos gerais 71 leitos de UTI | --- |
| URD - HMIB | --- | --- | 216 leitos gerais 76 leitos de UTI 31 leitos de UCIN | --- |
| URD - HSVP | --- | --- | 83 leitos | --- |

Fonte: CNES mês de competência julho de 2019, extraído via Sala de Situação, dados atualizados em 16/08/2019. Sítio <https://salasit.saude.df.gov.br/cnes-leitos/>. Acessado em 22/08/2019. (*) SES/SUPLANS/CCSGI/DICS/GECAD, extraído do SCNES, competência 06/2019. EMAD = Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar; EMAP = Equipes Multiprofissionais de Apoio; UPA = Unidade de Pronto Atendimento; UTI = Unidade de Terapia Intensiva; USB = Unidade de Suporte Básico; USA = Unidade de Suporte Avançado; MOTO = motolância.

Em oficina realizada em 2019 junto às Superintendências das Regiões de Saúde foram elencados problemas relacionados ao funcionamento das Redes por tema. Em relação à Rede de Urgências e Emergências os que foram relatados com maior frequência envolveram

deficiências relacionadas a número de profissionais e de insumos, falta de capacitação sobre a aplicação dos fluxos de referência e contrarreferência, ausência de transporte sanitário, falta de integração dos sistemas de informação e inadequação da infraestrutura das bases.

Considerando a Rede de Urgência e Emergências foram definidos objetivos relacionados à promoção da integralidade da assistência a partir das linhas de cuidados prioritárias (trauma, acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio) e, em conjunto com a vigilância em saúde, fortalecimento das ações voltadas para a promoção, prevenção e vigilância relacionadas à acidentes e violências.

2.3.3 Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

Seguindo tendências mundiais, o Brasil enfrenta, desde o século passado, uma importante mudança no perfil das cargas de doenças que acometem sua população. São observados no país três processos ocorrendo de forma concomitante: transição demográfica, oriunda da redução dos níveis de fecundidade, mortalidade e aumento da expectativa de vida – acarretando em aumento progressivo do número da proporção de idosos em relação aos demais; transição epidemiológica, expressa na tripla carga de doenças: uma agenda não superada de doenças infecciosas e carências, uma carga importante de causas externas e uma presença fortemente hegemônica das condições crônicas e, por fim, a transição nutricional, na qual mudanças no padrão alimentar do brasileiro relacionadas à inatividade física (sedentarismo) favorecem o aumento progressivo de sobrepeso, obesidade, e comorbidades associadas.

Nas últimas décadas, a mortalidade por DCNT ultrapassou as taxas de mortalidade por doenças infecto-parasitárias. Dessa forma, a prevenção e controle de seus fatores de risco são fundamentais para barrar o crescimento, evitando consequências trágicas para a qualidade de vida da população e para o Sistema Único de Saúde.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são as principais causas de morte e de internação no DF. Dentre estas, destaca-se as quatro principais: doenças do aparelho circulatório (DAC), diabetes mellitus (DM), neoplasias e doenças respiratórias crônicas (DRC), as quais são responsáveis por mais da metade destes eventos. O termo “epidemia de DCNT”, tem sido empregado para alertar o constante aumento das prevalências dessas enfermidades, que acomete de modo cruel as populações mais vulneráveis, àquelas de menor renda e escolaridade (BRASIL, 2011).

Uma vez que o DF possui uma alta desigualdade social, as populações das regiões de maior vulnerabilidade acabam por ter maior chance de desenvolver essas condições. Isto reforça as características centrais das DCNT que acometem de modo cruel, os indivíduos

mais vulneráveis, reduzindo ainda mais a qualidade de vida desta população. Nesse sentido, estratégias intra e intersetoriais devem ser priorizadas a fim de favorecer a saúde do território como um todo.

Vale ressaltar a importância do investimento e envolvimento das Superintendências das Regiões de Saúde da SES-DF para a mudança da realidade epidemiológica, dos fatores de risco e proteção das DCNT no DF.

Visando interromper a crescente magnitude das DCNT e de seu impacto sobre a sociedade e os sistemas de saúde, o Distrito Federal elaborou o Plano de Ações para o Enfrentamento das DCNT 2017-2022. Este é fundamentado em três áreas:

- 1) Vigilância e monitoramento
- 2) Promoção da Saúde; e
- 3) Cuidado Integral.

A meta principal é a redução da taxa de mortalidade prematura em indivíduos de 30 a 69 anos pelo conjunto das quatro principais DCNT (circulatórias, câncer, diabetes e respiratórias) no DF.

Acerca dos fatores de risco modificáveis, ressalta-se a necessidade de incluir as crianças e adolescentes nas ações de promoção da saúde e prevenção das DCNT, principalmente envolvendo a Equipe de Saúde da Família (ESF) e Programa Saúde na Escola (PSE), uma vez que os hábitos de vida estão em formação nessas fases da vida. O cuidado integrado ao indivíduo, considerando a família e o ambiente para identificação dos espaços promotores da saúde, são essenciais para realização de ações de baixo custo e efetivas, contribuindo no enfrentamento das DCNT.

Outra ação importante da Secretaria de Saúde foi o investimento de esforços na discussão e elaboração da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade, com a primeira apresentação em 21 de agosto de 2014 pelo Ministério da Saúde, ao Secretário de Saúde do DF e demais áreas da Secretaria de Estado de Saúde. Também foram apresentadas, pela Gerência de Doenças e Agravos Não Transmissíveis da Subsecretaria de Vigilância em Saúde, os dados epidemiológicos do sobrepeso e da obesidade no DF, bem como foram apresentados, pela Gerência de Nutrição da Subsecretaria de Atenção à Saúde, dados de levantamento das ações e serviços para o diagnóstico situacional da SES DF relativos à Linha de Cuidado.

Em oficina realizada em 2019 junto às Superintendências das Regiões de Saúde foram elencados problemas relacionados ao funcionamento das Redes por tema. Em relação à Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, os que foram relatados com maior frequência relacionaram-se à falta de integração dos sistemas de informação e rede de internet precária, ausência de transporte sanitário, déficit de profissionais, inadequação da infraestrutura das unidades de saúde, falta de insumos, falta de aplicação padronizada dos

fluxos de referência e contrarreferência, ineficiência do processo de abastecimento de medicamentos, comunicação deficiente entre profissionais.

Considerando esse contexto foram definidos objetivos relacionados ao fortalecimento e ampliação da atenção primária em saúde, fortalecimento de iniciativas de promoção e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, estabelecimento da assistência com base em linhas de cuidado e protocolos clínicos.

2.3.4 Rede de Atenção Psicossocial

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, dispõe sobre a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, e também seus familiares, no âmbito do SUS.

A RAPS objetiva reconfigurar a rede de saúde local, organizando os dispositivos que oferecem assistência em saúde mental a partir dos serviços substitutivos de base comunitária e territorial. Os componentes da RAPS existem para assistir os pacientes segundo suas demandas de saúde mental em diferentes pontos de atenção em todos os níveis de atenção à saúde bem como considerando a interface da saúde com outras áreas. São sete os componentes da RAPS:

I - Atenção Básica: formada pelas Unidades Básicas de Saúde e Centros de Convivência e Cultura;

II - Atenção Psicossocial: formada pelos Centros de Atenção Psicossocial;

III - Atenção de Urgência e Emergência: formada pelo SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, pronto socorro em Hospital Geral, Unidades Básicas de Saúde, entre outros;

IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório: formada por Unidade de Acolhimento e Serviços de Atenção em Regime Residencial;

V - Atenção Hospitalar: formada por leitos de psiquiatria em hospital geral, Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral);

VI - Estratégias de Desinstitucionalização: formada pelos Serviços Residenciais Terapêuticos;

VII - Estratégias de Reabilitação Psicossocial: iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

Quadro 3- Componentes e Pontos de Atenção da RAPS.

| Componentes | Pontos de Atenção |
|---|---|
| Atenção Básica em Saúde | Unidade Básica em Saúde Núcleo de Apoio à Saúde da Família Consultório na Rua Apoio aos Serviços do componente da Atenção Residencial de Caráter Transitório Centros de Convivência e Cultura |
| Atenção Psicosocial Estratégica | Centros de Atenção Psicosocial, nas suas diferentes modalidades |
| Atenção de Urgência e Emergência | SAMU 192 Sala de Estabilização UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/Pronto Socorro Unidades Básicas de Saúde |
| Atenção Residencial de Caráter Provisório | Unidade de Acolhimento Serviço de Atenção em Regime Residencial |
| Atenção Hospitalar | Enfermaria especializada Hospital Geral Serviço Hospitalar de Referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas. |
| Estratégias de Desinstitucionalização | Serviços Residenciais Terapêuticos Programa de Volta pra Casa |
| Estratégias de Reabilitação Psicosocial | Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais |

Fonte: Plano Diretor de Saúde Mental do DF 2017-2019.

Tabela 63 - Serviços da Rede de Atenção Psicosocial por Região de Saúde, 2018.

| Estabelecimento | Regiões de Saúde | | | | | | | Total |
|---------------------------------------|-------------------------|-------------------|--------------|--------------|--------------|------------|-----------------|--------------|
| | Central | Centro-Sul | Leste | Norte | Oeste | Sul | Sudoeste | |
| Centro de Atenção Psicosocial (CAPS) | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 5 | 18 |
| Centro de Saúde/UBS (*) | 10 | 19 | 28 | 34 | 26 | 22 | 34 | 173 |
| Clínica e Ambulatórios especializados | 3 | 0 | 0 | 3 | 2 | 0 | 3 | 11 |
| Hospital Geral | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 11 |
| Posto de Saúde | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Total Geral | 17 | 22 | 31 | 44 | 32 | 25 | 44 | 215 |

Fonte: GECAD/DICS/CCSGI/SUPLANS/SES-DF. Dados extraídos do CNES/DATASUS, referentes a competência de dezembro de 2018. Nota: (*) 01 - Centro de Práticas Integrativas em Saúde (CERPIS) e 172 UBS.

Quanto ao Componente Atenção Psicosocial Estratégica, atualmente a Rede de Saúde Mental no DF é composta por 18 CAPS, sendo 14 habilitados pelo Ministério da Saúde.

O matriciamento realizado pelos CAPS é previsto como a principal estratégia para descentralizar as demandas de casos leves para as UBS, direcionando os serviços especializados para a atenção aos casos graves. Tal processo denota uma corresponsabilização no cuidado aos pacientes com demandas em saúde mental com as equipes da Atenção Primária em Saúde (APS), com vistas à diminuição das lacunas assistenciais na rede.

Tendo em vista a Política de Atenção Primária em Saúde da SES-DF, é objetivo da Diretoria de Saúde Mental implementar ações de fortalecimento da saúde mental na APS, tais como: matriciamento para as ESF (intervenção precoce, prevenção de agravos, referência e contrarreferência, medicação psiquiátrica, consultas compartilhadas e demais necessidades das equipes); planejamento, coordenação e execução de ações educativas em saúde mental dos NASFs.

O atendimento em saúde mental prestado em nível ambulatorial compreende um conjunto de atividades individuais e coletivas prestadas por equipe multiprofissional.

Tabela 64 - Relação dos Hospitais Gerais com Ambulatórios de Psiquiatria e/ou Psicologia por Região de Saúde.

| Região de Saúde | Hospital |
|------------------------|--|
| Central | Hospital Regional da Asa Norte – HRAN |
| Centro-Sul | Hospital Regional do Guarã – HRGu |
| Norte | Hospital Regional de Sobradinho - HRS |
| Sul | Hospital Regional do Gama - HRG Hospital Regional de Santa Maria - HRSM |
| Leste | Hospital da Região Leste - HRL |
| Oeste | Hospital Regional de Brazlândia – HRBz Hospital Regional da Ceilândia – HRC |
| Sudoeste | --- |
| URD | Hospital Materno Infantil de Brasília – HMIB |

Fonte: Plano Diretor de Saúde Mental, 2017-2019.

Quanto a Componente Atenção de Urgência e Emergência, em 2016, o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) criou o Núcleo de Saúde Mental (NUSAM/SAMU) para o atendimento às emergências de saúde mental. O serviço conta com uma equipe multiprofissional, em período integral, composta por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, um auxiliar de serviço social e um técnico administrativo.

No atendimento pré-hospitalar os serviços de referência para as emergências em saúde mental são o SAMU e o Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF).

Os usuários com transtornos mentais graves e persistentes ou com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (SPA), inicialmente,

devem ser atendidos nos Hospitais Gerais ou Unidades de Pronto Atendimento (UPA) para avaliação das condições clínicas e, caso necessário, encaminhados para os serviços especializados. Os atendimentos de urgência e emergência nos serviços especializados em saúde mental são realizados no Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) e na Unidade de Psiquiatria do Hospital de Base do Distrito Federal (UP/HBDF).

No componente de atenção residencial de caráter transitório da RAPS a Portaria GM/MS nº 121 de 25 de janeiro 2012, institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas. No DF há uma Unidade de Acolhimento (UA) em Samambaia, vinculada ao CAPS AD III Samambaia, destinada a pessoas acima de 18 anos, com demandas decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas. Esta unidade oferece acolhimento transitório para no máximo 15 usuários por até seis meses, sempre voluntário, que estejam em tratamento nos CAPS e que necessitem de apoio profissional para a busca de emprego, estudo e outras alternativas de moradia.

Quanto ao Componente Hospitalar a Portaria GM/MS nº 148 de 31 janeiro 2012, define normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência do Componente Hospitalar da RAPS e institui incentivos financeiros de investimento e custeio.

Atualmente a SES-DF dispõe de 40 leitos em Hospitais Gerais e 119 leitos em Hospitais Especializados, credenciados junto ao MS como referência em saúde mental, organizando os serviços e os atendimentos segundo etiologia do quadro clínico, faixa etária e presença ou não de comorbidades.

Para a RAPS do DF, dois importantes dispositivos hospitalares são referência no atendimento em saúde mental: a Unidade de Psiquiatria do Hospital de Base e o Hospital São Vicente de Paulo.

A Diretoria de Serviços de Saúde Mental (DISSAM/COASIS/SAIS/SES), em parceria com a Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF/CATES/SAIS/SES), vêm somando esforços para garantir a distribuição de medicamentos no âmbito da psiquiatria. Cabe destacar que o componente medicamentoso é fundamental para a assistência integral dos pacientes, uma vez que facilita o manejo do cuidado, evita crises e reinternações.

Tabela 65 - Distribuição de Leitos Habilitados em Saúde Mental, por Serviços Hospitalares, no DF, 2017.

| Hospital | Quantidade por Tipo de Leito | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------|
| | Clínico Saúde Mental | Psiquiatria |
| Hospital Materno Infantil de Brasília | 10 | -- |
| Hospital Regional da Ceilândia | 3 | -- |
| Hospital Regional do Gama | 8 | -- |
| Hospital Regional do Paranoá | 3 | -- |
| Hospital Regional de Santa Maria | 6 | -- |
| Hospital Regional de Sobradinho | 10 | -- |
| Hospital de Base do Distrito Federal | -- | 36 |
| Hospital São Vicente de Paulo | -- | 83 |
| TOTAL DF | 40 | 119 |

Fonte: Plano Diretor de Saúde Mental do DF 2017-2019.

Os psicotrópicos estão entre as classes de medicamentos mais utilizados na SES-DF, com os antidepressivos ocupando o primeiro lugar desse grupo, seguido pelos antiepilépticos e antipsicóticos, de acordo com os dados consolidados de distribuição de medicamentos para as Unidades de Saúde do Distrito Federal em 2016 (DISTRITO FEDERAL, 2017).

O Adolescentro busca o trabalho em rede com outros serviços nos diversos níveis de atenção da Secretaria de Saúde, bem como o estabelecimento de parcerias com equipamentos sociais de outras secretarias da administração do Distrito Federal. O serviço presta atendimento individual e em grupo a adolescentes de 10 a 18 anos de idade, nas modalidades a seguir: Programa Biopsicossocial, Programa de Atenção a Adolescentes com Vivência de Violência Sexual, Assistência, Tratamento em psiquiatria e neurologia a adolescentes, e seguimento de adolescentes já acompanhados no serviço, nas áreas de Terapia Ocupacional, Assistência Social, Psicologia, Nutrição, Odontologia e Ginecologia. Atende toda a população do Distrito Federal, está localizado na Asa Sul.

Em oficina realizada em 2019 junto às Superintendências das Regiões de Saúde foram elencados problemas relacionados ao funcionamento das Redes por tema. Em relação à Rede de Atenção Psicossocial, os que foram relatados com maior frequência relacionaram-se à ausência de transporte sanitário, déficit de profissional, falta de acolhimento com classificação de risco, falta de comunicação ou desconhecimento da carteira de serviço da rede, ineficiência do processo de abastecimento de medicamentos, ausência de prontuário único e comunicação deficiente entre profissionais.

Tabela 66 - Unidades que dispensaram Medicamentos para a Saúde Mental, por Região Administrativa, 2017.

| Região de Saúde | Região Administrativa | Medicamentos da Atenção Básica | Medicamentos do Componente Especializado* |
|-------------------|-----------------------|--------------------------------|---|
| Central | --- | --- | |
| Centro-Sul | Asa Sul | Adolescentro | Farmácia do Componente Especializado na Asa Sul |
| | Riacho Fundo I | ISM | |
| | Guará | UBS 02 | |
| | Núcleo Bandeirante | UBS 02 | |
| Norte | Sobradinho | UBS 01 | |
| | | UBS 02 Sobradinho I | |
| | | UBS 03 | |
| | | UBS 02 Sobradinho II | |
| | Planaltina | UBS 01 | |
| | | UBS 03 | |
| | | UBS 04 | |
| Sul | Gama | UBS 03 | Farmácia do Componente Especializado no Gama |
| | Santa Maria | UBS 02 | |
| Leste | Paranoá | UBS 01 | |
| | | UBS 02 | |
| | São Sebastião | UBS 01 | |
| Oeste | Ceilândia | UBS 10 | Farmácia do Componente Especializado em Ceilândia |
| | Brazlândia | UBS 01 | |
| | | UBS 02 | |
| Sudoeste | Samambaia | UBS 1 Samambaia | |
| | Taguatinga | UBS 7 Taguatinga | |
| | | UBS 11 Vicente Pires | |
| | Recanto das Emas | UBS 04 Recanto das Emas | |

Fonte: Plano Diretor de Saúde Mental do DF 2017-2019 *sob Protocolos Clínicos; ISM = Instituto de Saúde Mental.

No sentido de dirimir ou mitigar os principais problemas na Rede de Atenção Psicossocial o objetivo estratégico a ser alcançado é o de fortalecer as ações de promoção, prevenção e tratamento de transtornos mentais e o uso de álcool e outras drogas.

2.3.5 Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência

A Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, em 30 de março em 2007 definiu que pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de

condições com as demais pessoas. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência foi criada mediante a Portaria GM/MS nº 1.060, de 5 de junho de 2002.

As **diretrizes** da rede de cuidado à pessoa com deficiência são:

- I - Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II - Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III – Enfrentamento aos estigmas e preconceitos, promovendo o respeito pela diferença e pela aceitação das pessoas com deficiência;
- IV - Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V - Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI - Diversificação das estratégias de cuidado;
- VII- Desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII- Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- IX - Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- X - Promoção de estratégias de educação permanente; e
- XI - Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular;
- XII- Desenvolvimento de pesquisa clínica e inovação tecnológica em reabilitação, articuladas às ações do Centro Nacional em Tecnologia Assistiva (MCT).

Conforme já dito no item 1.1 Panorama Demográfico na tabela 5, 35,9% (1.032.469 habitantes) da população do DF apresenta algum tipo de dificuldade, sendo a dificuldade em enxergar a mais observada com 26,5% (763.603 habitantes).

Nesse sentido, se faz necessário ampliar o acesso com o acolhimento e a classificação de risco e a qualificação do atendimento às pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, ostomias e múltiplas deficiências, temporária e permanente, progressiva, regressiva ou estável; intermitente e contínua com foco na organização de rede e na atenção integral à saúde.

Os objetivos específicos da rede são:

- I - Promover cuidados em saúde especialmente dos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências;

- II - Desenvolver ações de prevenção e identificação precoce de deficiências na fase pré, peri e pós natal, infância, adolescência e vida adulta;
- III – Ampliar a oferta e os itens de Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM);
- IV – Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com deficiência, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária, através da articulação com os órgãos de assistência social;
- V - Promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;
- VI - Desenvolver ações intersetoriais de promoção e prevenção à saúde em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;
- VII - Produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede, por meio de cadernos, cartilhas e manuais;
- VIII - Organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência;
- IX – Construir indicadores capazes de monitorar e avaliar a qualidade dos serviços.

Componentes da Rede no DF:

I - Atenção Básica:

a) Unidade Básica de Saúde;

a.1) Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF);

a.2) Atenção odontológica na atenção básica;

a.3) Outras ações estratégicas para a ampliação do acesso e a qualificação da atenção à pessoa com deficiência na atenção básica:

II- Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências:

a) Centro Especializado em Reabilitação (CER):

b) Oficina Ortopédica;

c) Centros de Especialidades Odontológicas;

d) CEAL (Centro Educacional da Audição e Linguagem Ludovico Pavoni);

III- Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.

a) HAB

Tabela 67- Serviços da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência por Região de Saúde, 2019.

| Região de Saúde | CER | Ambulatório Saúde Funcional | Policlínica | CEO | Estomia | Oficina Ortopédica |
|-----------------|----------------------|-----------------------------|-------------|-----|---------|--------------------|
| Central | 1(*) (**) | 1 | 2 | 3 | 3 | 1 (*) |
| Centro-Sul | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| Norte | 0 | 2 | 1 | 2 | 2 | 0 |
| Sul | 0 | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 |
| Leste | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| Oeste | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 |
| Sudoeste | 1(*) (Taguatinga) | 2 | 3 | 3 | 2 | 0 |
| URD | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |

Fonte: SES/SAIS/COASIS/DASIS/GESSF. (*) referência para todas as regiões; (**) CEAL-LP Centro Educacional de Audição e Linguagem Ludovico Pavoni; CER – Centro Especializado em Reabilitação; CEO = Centro de Especialidade Odontológica.

Centro Especializado em Reabilitação (CER)

O CER é um ponto de atenção ambulatorial especializado em reabilitação que realiza diagnóstico e tratamento nas modalidades de deficiência física e intelectual. Na rede SES temos 02 CERs (Taguatinga, CEAL - Asa Norte) habilitados e 01 no HAB em processo de habilitação. Além dos CERs, a SES DF conta com os Ambulatórios de Saúde Funcional em todas as Regiões de Saúde, que ofertam serviços de reabilitação nas diversas áreas de atuação da fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional. Ao todo são 12 Ambulatórios de Saúde Funcional.

Em oficina realizada em 2019 junto às Superintendências das Regiões de Saúde foram elencados problemas relacionados ao funcionamento das Redes por tema. Em relação à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, os que foram relatados com maior frequência relacionaram-se à pouca capacitação das equipes incluindo a abordagem das notas técnicas/protocolos/fluxos ocasionando a não aplicação de fluxos de referência e contrarreferência, déficit de profissionais especializados (ortelistas e protesistas), falta de integração dos sistemas de informação, falta de insumos, inadequação da infraestrutura das unidades de saúde e necessidade de manutenção, absenteísmo elevado, falta de intérprete em libras.

O objetivo a ser atingido para melhoria e fortalecimento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência relaciona-se à garantia de acesso ao cuidado integral a partir da ampliação da oferta de serviços a esses usuários.

Triagem neonatal

São quatro os exames que todo bebê tem o direito de ser submetido, logo após o nascimento:

- Teste do pezinho
- Teste do olhinho
- Teste da orelhinha
- Teste do coraçãozinho

O teste do pezinho, nome mais conhecido pela população do exame de triagem neonatal biológica, é exame para rastreamento de doenças metabólicas, genéticas, enzimáticas e endocrinológicas possibilitando a detecção precoce para encaminhamento e tratamento oportunos, a fim de evitar sequelas e óbito. É realizado a partir da coleta de amostra de sangue periférico coletado no calcanhar do recém-nascido. O Ministério da Saúde preconiza triagem para seis doenças. Contudo, no Distrito Federal o teste é ampliado para rastreamento de 30 doenças: TSH neonatal (hipotireoidismo congênito), hemoglobina neonatal (hemoglobinopatias), IRT (fibrose cística), 17OHP (hiperplasia adrenal congênita), biotinidase (deficiência da biotinidase), galactose (galactosemia), G6PD (deficiência G6PD), toxoplasmose IgM (toxoplasmose congênita), acilcarnitinas e aminoácidos por espectrofotometria de massa (22 doenças de erros inatos de metabolismo). É realizada a coleta em todas as maternidades públicas e encaminhada para a análise no Hospital de Apoio em caso de alteração de exame é realizada investigação para confirmação. Crianças com doenças confirmadas são encaminhadas para o Hospital de Apoio de Brasília, Hospital da Criança de Brasília ou Hospital Materno Infantil de Brasília, conforme estabelecido no Programa de Triagem Neonatal do DF. Quando na consulta na UBS for verificado que o teste do pezinho não foi coletado, o exame deve ser coletado de imediato (no mesmo dia) na própria UBS seguindo o mesmo fluxo de encaminhamento para o HAB para processamento.

O teste do olhinho ou teste do reflexo vermelho, pode detectar qualquer alteração que cause obstrução no eixo visual, como catarata, glaucoma congênito além de outros, cuja identificação precoce pode possibilitar o tratamento no tempo oportuno e o desenvolvimento normal da visão. O exame é realizado nas maternidades públicas até a alta do recém-nascido. Além da realização do teste do olhinho antes da alta hospitalar o mesmo deve ser repetido nas consultas dos primeiros 24 meses de vida (três vezes por ano) e anualmente até o quinto ano de vida. Quando alterado, encaminhar, via regulação ambulatorial, para serviço oftalmológico de referência.

Acerca do teste da orelhinha ou triagem auditiva neonatal (TANU) o exame é feito, geralmente, no segundo ou terceiro dia de vida do bebê e identifica problemas auditivos no recém-nascido. As crianças nascidas fora do ambiente hospitalar devem fazê-lo antes de

completarem 3 meses de vida. Este é disponibilizado nos serviços de maternidade antes da alta do recém-nascido. No caso do Centro de Parto Normal (localizado em São Sebastião) o teste é realizado duas vezes por mês, com agendamento realizado na alta.

O teste de triagem neonatal para cardiopatia congênita crítica é conhecido como teste do coraçãozinho. Consiste em medir a oxigenação do sangue e os batimentos cardíacos do recém-nascido com o auxílio de um oxímetro de pulso entre 24h a 48h após o nascimento. Caso algum problema seja detectado, o bebê é encaminhado para realização de ecocardiografia. Se alterado, é encaminhado para um centro de referência em cardiopatia para tratamento.

Desenvolvimento das Dimensões transversais e estruturantes das Redes de Atenção à Saúde

Demais objetivos foram definidos para o desenvolvimento/fortalecimento de todas as Redes de Atenção à Saúde por meio dos quais se almeja o fortalecimento do processo de regulação para o acesso do usuário aos serviços de saúde nos diferentes níveis assistenciais, a oferta de assistência humanizada e de qualidade, qualificação dos servidores para melhoria da assistência e reestruturação dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico nos três níveis de atenção e a melhoria e modernização da estrutura física e tecnológica da SES-DF.

2.4 Integração Atenção Primária à Saúde (APS) e Vigilância em Saúde (VS)

A vigilância em saúde, em uma concepção que a define como um modelo de atenção, é caracterizada como um conjunto articulado de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, sob a ótica da integralidade do cuidado, o que inclui tanto a abordagem individual quanto a coletiva dos problemas de saúde.

A Portaria GM/MS 1378/2013 propõe que as ações de Vigilância em Saúde sejam coordenadas com as demais ações e serviços desenvolvidos e ofertados no Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir a integralidade da atenção à saúde da população, envolvendo práticas e processos de trabalho voltados para:

- A vigilância da situação de saúde da população, com a produção de análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública;

- A detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública;
- A vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis;
- A vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, dos acidentes e violências;
- A vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde;
- A vigilância da saúde do trabalhador;
- Vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse a saúde;
- Outras ações de vigilância que, de maneira rotineira e sistemática, podem ser desenvolvidas em serviços de saúde públicas e privadas nos vários níveis de atenção, laboratórios, ambientes de estudo, trabalho e na própria comunidade.

Visto isso, a integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde é condição obrigatória para a construção da integralidade do cuidado sob a lógica das RAS (Redes de Atenção à Saúde). É primordial para a consolidação dessa integração a compatibilização dos territórios de atuação.

A territorialização é base do trabalho das equipes de atenção básica para a prática da vigilância em saúde. O propósito fundamental deste processo é permitir eleger prioridades para o enfrentamento dos problemas identificados nos territórios de atuação, o que refletirá na definição das ações mais adequadas, contribuindo para o planejamento e programação local. Para tal, é necessário o reconhecimento e mapeamento do território, segundo a lógica das relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde. Isso implica um processo de coleta e sistematização de dados demográficos, socioeconômicos, político-culturais, epidemiológicos e sanitários que, posteriormente, devem ser interpretados e atualizados periodicamente pela equipe de saúde.

Para Milton Santos (2003), a utilização dos conceitos de espaço e território permitiu disparar uma transformação no modelo de atenção, antes centrado na doença, para focar nos determinantes sociais e nas condições de saúde (BRASIL, 2018).

Nesse sentido, ao se pensar em estratégias integradas de ação de APS e VS, é fundamental que os profissionais tenham conhecimento do seu território (determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, população de risco, situações de risco sanitário, contextos locais cobertos pela ESF/AB, territórios indígenas, etc.) e que os processos de trabalho sejam organizados com vistas ao enfrentamento dos principais problemas de saúde-doença da comunidade, entendendo que as ações de VS devem estar incorporadas no cotidiano das equipes da atenção básica, auxiliando na percepção dos problemas de saúde e no planejamento das estratégias de intervenção para a promoção e proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças.

As ações de promoção da saúde e prevenção de agravos e doenças se destacam dentre as que precisam estar integradas ao processo de trabalho das equipes. No que tange à coordenação do cuidado e à ordenação da Rede de Atenção à Saúde, a Atenção Básica se configura como o centro de comunicação, com a responsabilidade de realizar o cuidado integral e contínuo da população que está sob sua responsabilidade, e ser a porta de entrada prioritária. Nessa perspectiva, é também possível e desejável integrar as ações de VS, observando-se sua transversalidade na elaboração das linhas de cuidado e construção de fluxos assistenciais, assim como na definição dos pontos de atenção prioritários para a execução de ações de VS, que podem se constituir, caso necessário, em unidades sentinelas para o monitoramento de alguns agravos relevantes.

Uma ação estratégica de promoção à saúde e prevenção de agravos que contribui para o fortalecimento da parceria entre a vigilância e a APS é o PNI (Programa Nacional de Imunizações). A APS executa as ações de vacinação, englobando a educação em saúde, a busca ativa de faltosos e o acompanhamento de possíveis eventos adversos.

Diante desse cenário, é importante que os profissionais da APS trabalhem com a lógica de risco, utilizando a epidemiologia como ferramenta para mapear vulnerabilidades do território, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos, bem como riscos à saúde decorrentes do ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.

Isso posto, é importante entender as ações de vigilância em saúde como transversais a todas as ações da equipe da APS, que envolvem desde o olhar sobre o território até a organização de linhas de cuidado, passando pelo entendimento do processo saúde-doença que norteia as consultas individuais e coletivas, visitas domiciliares, grupos e procedimentos realizados pelas equipes de Atenção Primária.

2.4.1 Imunização

A Subsecretaria de Vigilância à Saúde – SVS, por intermédio de seus núcleos e gerências de vigilância epidemiológica e imunização, executa ações de controle de doenças imunopreveníveis, agudas e de transmissão hídrica e alimentar sob vigilância epidemiológica, além de supervisionar o fluxo de informações relacionadas a estas doenças. Tem a função de divulgar informações e dados que possibilitem o conhecimento e a análise de fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, a fim de que possam ser adotadas medidas de controle e prevenção das doenças relacionadas, função primordial da vigilância epidemiológica.

A cobertura vacinal (CV) é um indicador que estima a proporção da população-alvo vacinada e para seu cálculo, utiliza-se o total de últimas doses do esquema da vacina de interesse, no numerador, dividido pela estimativa da população-alvo, no denominador.

A cobertura vacinal acumulada alcançada nas Regiões de Saúde, durante o ano de 2018, está apresentada na tabela 68. Nas linhas correspondentes às regiões, apresentam-se em verde as vacinas que atingiram a meta de cobertura recomendada. Destaca-se que as Regiões de Saúde Leste, Norte e o Distrito Federal não alcançaram a meta de cobertura vacinal para nenhuma vacina avaliada.

Tabela 68 – Coberturas vacinais do calendário infantil para criança menores de dois anos por Região de Saúde do Distrito Federal, dados acumulados de janeiro a agosto de 2019. Distrito Federal, 2019.

| REGIÃO/RA | POP | BCG | | ROTAVÍRUS | | MENINGO C | | POLIO | | PENTA | | PNEUMO-10V | | TRÍPLICE VIRAL | | TETRA VIRAL | | HEPATITE A | | FEBRE AMARELA | | HEPATITE B | |
|--------------------|---------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|----------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|
| | | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| SUDOESTE | 8.355 | 6.718 | 80,4 | 6.366 | 76,2 | 6.486 | 77,6 | 6.287 | 75,3 | 6.110 | 73,1 | 6.581 | 78,8 | 6.835 | 81,8 | 6.746 | 80,7 | 6.906 | 82,7 | 6.216 | 74,4 | 6.186 | 74,0 |
| ÁGUAS CLARAS | 1.667 | 504 | 30,2 | 424 | 25,4 | 495 | 29,7 | 384 | 23,0 | 341 | 20,5 | 405 | 24,3 | 574 | 34,4 | 555 | 33,3 | 647 | 38,8 | 516 | 30,9 | 343 | 20,6 |
| RECANTO DAS EMAS | 1.391 | 1.106 | 79,5 | 1.165 | 83,8 | 1.187 | 85,4 | 1.197 | 86,1 | 1.152 | 82,8 | 1.236 | 88,9 | 1.176 | 84,6 | 1.182 | 85,0 | 1.194 | 85,9 | 1.060 | 76,2 | 1.155 | 83,1 |
| SAMAMBAIA | 2.616 | 2.171 | 83,0 | 2.034 | 77,8 | 2.076 | 79,4 | 2.081 | 79,5 | 2.033 | 77,7 | 2.143 | 81,9 | 2.190 | 83,7 | 2.108 | 80,6 | 2.142 | 81,9 | 1.989 | 76,0 | 2.045 | 78,2 |
| TAGUATINGA | 2.079 | 2.624 | 126,2 | 2.413 | 116,1 | 2.414 | 116,1 | 2.305 | 110,9 | 2.270 | 109,2 | 2.468 | 118,7 | 2.599 | 125,0 | 2.627 | 126,4 | 2.631 | 126,6 | 2.381 | 114,5 | 2.328 | 112,0 |
| VICENTE PIRES | 602 | 313 | 52,0 | 330 | 54,8 | 314 | 52,2 | 320 | 53,2 | 314 | 52,2 | 329 | 54,7 | 296 | 49,2 | 274 | 45,5 | 292 | 48,5 | 270 | 44,9 | 315 | 52,3 |
| CENTRAL | 2.825 | 3.110 | 110,1 | 2.234 | 79,1 | 2.633 | 93,2 | 2.050 | 72,6 | 1.934 | 68,5 | 2.117 | 74,9 | 2.805 | 99,3 | 2.839 | 100,5 | 3.050 | 108,0 | 2.883 | 102,0 | 1.975 | 69,9 |
| PLANO PILOTO | 1.625 | 1.708 | 105,1 | 1.244 | 76,5 | 1.504 | 92,5 | 1.114 | 68,5 | 1.039 | 63,9 | 1.159 | 71,3 | 1.647 | 101,3 | 1.511 | 93,0 | 1.685 | 103,7 | 1.639 | 100,8 | 1.077 | 66,3 |
| CRUZEIRO | 657 | 426 | 64,8 | 287 | 43,7 | 311 | 47,3 | 260 | 39,6 | 274 | 41,7 | 276 | 42,0 | 359 | 54,6 | 377 | 57,4 | 399 | 60,7 | 385 | 58,6 | 274 | 41,7 |
| LAGO NORTE | 217 | 372 | 171,7 | 192 | 88,6 | 203 | 93,7 | 187 | 86,3 | 175 | 80,8 | 190 | 87,7 | 251 | 115,8 | 233 | 107,5 | 248 | 114,5 | 232 | 107,1 | 176 | 81,2 |
| LAGO SUL | 177 | 462 | 261,5 | 406 | 229,8 | 503 | 284,7 | 363 | 205,5 | 327 | 185,1 | 387 | 219,1 | 400 | 226,4 | 585 | 331,1 | 579 | 327,7 | 508 | 287,5 | 329 | 186,2 |
| VARJÃO DO TORTO | 149 | 142 | 95,1 | 105 | 70,3 | 112 | 75,0 | 126 | 84,4 | 119 | 79,7 | 105 | 70,3 | 148 | 99,1 | 133 | 89,1 | 139 | 93,1 | 119 | 79,7 | 119 | 79,7 |
| CENTRO SUL | 3.404 | 3.195 | 93,9 | 2.897 | 85,1 | 2.929 | 86,0 | 2.798 | 82,2 | 2.910 | 85,5 | 2.975 | 87,4 | 3.208 | 94,2 | 3.160 | 92,8 | 3.159 | 92,8 | 3.046 | 89,5 | 2.921 | 85,8 |
| CANDANGOLÂNDIA | 190 | 106 | 55,8 | 136 | 71,6 | 139 | 73,2 | 154 | 81,1 | 154 | 81,1 | 139 | 73,2 | 148 | 77,9 | 159 | 83,7 | 173 | 91,1 | 133 | 70,0 | 155 | 82 |
| GUARÁ | 1.259 | 1.239 | 98,4 | 1.030 | 81,8 | 1.032 | 81,9 | 908 | 72,1 | 1.003 | 79,6 | 1.032 | 81,9 | 1.168 | 92,7 | 1.168 | 92,7 | 1.173 | 93,1 | 1.170 | 92,9 | 1.004 | 79,7 |
| NÚCLEO BANDEIRANTE | 398 | 400 | 100,5 | 283 | 71,1 | 279 | 70,1 | 240 | 60,3 | 270 | 67,8 | 288 | 72,4 | 335 | 84,2 | 321 | 80,7 | 324 | 81,4 | 299 | 75,1 | 276 | 69,3 |
| RIACHO FUNDO I | 543 | 460 | 84,7 | 429 | 79,0 | 440 | 81,0 | 435 | 80,1 | 451 | 83,0 | 439 | 80,8 | 447 | 82,3 | 458 | 84,3 | 452 | 83,2 | 435 | 80,1 | 451 | 83,0 |
| RIACHO FUNDO II | 497 | 463 | 93,2 | 531 | 106,9 | 524 | 105,5 | 559 | 112,6 | 521 | 104,9 | 559 | 112,6 | 536 | 107,9 | 517 | 104,1 | 492 | 99,1 | 513 | 103,3 | 521 | 104,9 |
| SCIA (ESTRUTURAL) | 517 | 527 | 102,0 | 488 | 94,5 | 515 | 99,7 | 502 | 97,2 | 511 | 98,9 | 518 | 100,3 | 574 | 111,1 | 537 | 103,9 | 545 | 105,5 | 496 | 96,0 | 514 | 99,5 |
| NORTE | 3.777 | 3.294 | 87,2 | 2.985 | 79,0 | 2.963 | 78,4 | 3.069 | 81,2 | 2.904 | 76,9 | 3.045 | 80,6 | 3.125 | 82,7 | 2.913 | 77,1 | 2.956 | 78,3 | 2.814 | 74,5 | 2.923 | 77,4 |
| FERCAL | 137 | 132 | 96,1 | 113 | 82,3 | 113 | 82,3 | 118 | 85,9 | 122 | 88,8 | 119 | 86,7 | 151 | 110,0 | 128 | 93,2 | 136 | 99,0 | 120 | 87,4 | 123 | 89,6 |
| PLANALTIMA | 2.045 | 1.827 | 89,4 | 1.587 | 77,6 | 1.583 | 77,4 | 1.679 | 82,1 | 1.584 | 77,5 | 1.622 | 79,3 | 1.682 | 82,3 | 1.485 | 72,6 | 1.507 | 73,7 | 1.475 | 72,1 | 1.591 | 77,8 |
| SOBRADINHO I | 871 | 780 | 89,6 | 765 | 87,9 | 761 | 87,4 | 755 | 86,7 | 703 | 80,7 | 780 | 89,6 | 774 | 88,9 | 753 | 86,5 | 766 | 88,0 | 735 | 84,4 | 708 | 81,3 |
| SOBRADINHO II | 725 | 567 | 78,2 | 520 | 71,8 | 506 | 69,8 | 517 | 71,3 | 495 | 68,3 | 524 | 72,3 | 518 | 71,5 | 547 | 75,5 | 547 | 75,5 | 484 | 66,8 | 501 | 69,1 |
| SUL | 2.761 | 4.065 | 147,2 | 2.716 | 98,4 | 2.688 | 97,3 | 2.671 | 96,7 | 2.547 | 92,2 | 2.825 | 102,3 | 2.773 | 100,4 | 2.797 | 101,3 | 2.728 | 98,8 | 2.497 | 90,4 | 2.560 | 92,7 |
| GAMA | 1.371 | 1.329 | 96,9 | 1.421 | 103,6 | 1.423 | 103,8 | 1.482 | 108,1 | 1.366 | 99,6 | 1.487 | 108,4 | 1.500 | 109,4 | 1.545 | 112,7 | 1.505 | 109,7 | 1.354 | 98,7 | 1.377 | 100,4 |
| SANTA MARIA | 1.390 | 2.736 | 196,8 | 1.295 | 93,2 | 1.265 | 91,0 | 1.189 | 85,5 | 1.181 | 85,0 | 1.338 | 96,3 | 1.273 | 91,6 | 1.252 | 90,1 | 1.223 | 88,0 | 1.143 | 82,2 | 1.183 | 85,1 |
| LESTE | 3.115 | 1.953 | 62,7 | 1.791 | 57,5 | 1.853 | 59,5 | 2.065 | 66,3 | 1.745 | 56,0 | 1.829 | 58,7 | 1.791 | 57,5 | 1.682 | 54,0 | 1.720 | 55,2 | 1.604 | 51,5 | 1.748 | 56,1 |
| ITAPOÃ | 689 | 598 | 86,8 | 610 | 88,6 | 627 | 91,0 | 672 | 97,6 | 603 | 87,6 | 632 | 91,8 | 576 | 83,6 | 556 | 80,7 | 574 | 83,3 | 521 | 75,7 | 604 | 87,7 |
| PARANOÁ | 827 | 726 | 87,8 | 653 | 78,9 | 711 | 85,9 | 729 | 88,1 | 668 | 80,7 | 685 | 82,8 | 711 | 85,9 | 631 | 76,3 | 629 | 76,0 | 580 | 70,1 | 669 | 80,9 |
| SÃO SEBASTIÃO | 1.599 | 629 | 39,3 | 528 | 33,0 | 515 | 32,2 | 664 | 41,5 | 474 | 29,6 | 512 | 32,0 | 504 | 31,5 | 495 | 31,0 | 517 | 32,3 | 503 | 31,5 | 475 | 29,7 |
| OESTE | 5.168 | 5.145 | 99,6 | 5.215 | 100,9 | 5.240 | 101,4 | 5.264 | 101,9 | 5.183 | 100,3 | 5.351 | 103,5 | 5.249 | 101,6 | 5.152 | 99,7 | 5.189 | 100,4 | 4.744 | 91,8 | 5.214 | 100,9 |
| BRAZLÂNDIA | 789 | 778 | 98,6 | 784 | 99,4 | 781 | 99,0 | 767 | 97,3 | 777 | 98,5 | 798 | 101,2 | 782 | 99,2 | 789 | 100,0 | 790 | 100,2 | 716 | 90,8 | 780 | 98,9 |
| CEILÂNDIA | 4.379 | 4.367 | 99,7 | 4.431 | 101,2 | 4.459 | 101,8 | 4.497 | 102,7 | 4.406 | 100,6 | 4.553 | 104,0 | 4.467 | 102,0 | 4.363 | 99,6 | 4.399 | 100,4 | 4.028 | 92,0 | 4.434 | 101,2 |
| TOTAL DF | 29.680 | 27.480 | 92,6 | 24.204 | 81,5 | 24.792 | 83,5 | 24.204 | 81,5 | 23.333 | 78,6 | 24.723 | 83,3 | 25.786 | 86,9 | 25.289 | 85,2 | 25.708 | 86,6 | 23.804 | 80,2 | 23.527 | 79,3 |

Fonte: Doses Aplicadas: SIPNI Web (salas da rede pública e privada). Acesso em 24/09/2019; População: SINASC 2017 - GIASS/SVS-DF

Obs.: Doses contabilizadas para as vacinas: Rotavírus (D2 Rota +D2 Rota Penta); Meningo C (D2 Meningo C +D2 Meningo ACWY); Pólio (D3 VIP +D3 Penta Inativada + D3 Hexa); Penta (D3 Penta + D3 Hexa); Pneumo 10v (D2 Pneumocócica 10 valente + D2 Pneumocócica 13 valente); SCR (D1 TV + D1 Tetra Viral); TETRA (DU TetraViral); HEPATITE A (D1); HEPATITE B (D3 Hepatite B + D3 Penta + D3 Hexa); Febre Amarela (DU + D inicial).

Destaca-se que as coberturas nas regiões Norte, Sudoeste e Leste estão abaixo da cobertura do DF, portanto contribuindo para o não alcance da meta de cobertura estipulada pelo Ministério da Saúde (95%).

Cobertura Vacinal para o HPV

A vacinação contra o papilomavírus humano (HPV) é indicada pelo Programa Nacional de Imunizações para meninas de 9 a 14 anos e para meninos de 11 a 14 anos. A vacinação para o público feminino teve início em 2013, enquanto que para o público masculino, o início se deu em 2017.

No período entre 2013 a 2018, 51,2% das meninas residentes do DF, com idade entre 9 a 14 anos receberam pelo menos duas doses da vacina contra HPV. No período entre 2017 e 2018, 18,3% dos meninos residentes do DF, com idade entre 11 a 14 anos receberam pelo menos duas doses da vacina contra HPV (Tabela 70).

Tabela 69 - Total de segundas doses e cobertura vacinal contra o HPV para o período de 2013 a 2018 para meninas e de 2017 a 2018 para meninos. Distrito Federal, 2019.

| Sexo | n (D2) | CV (%) |
|----------------|---------------|---------------|
| MENINAS | 67.934 | 51,2 |
| MENINOS | 16.789 | 18,3 |

Fonte: Informativo Imunizações, ano 1, nº 1, fevereiro de 2019.

2.4.2 Importância da Notificação das Doenças de Notificação Compulsória pela Atenção Primária em Saúde

A notificação compulsória é obrigatória a todos os profissionais de saúde no exercício da profissão bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos de saúde públicos ou privados de saúde e de ensino, em conformidade com a Lei n. 6.259 de 30 de outubro de 1975. A notificação compulsória de doenças e agravos é elemento primordial para o desencadeamento de ações de vigilância em saúde (SOUSA et al., 2012)

O incremento nas notificações oportunas das doenças e agravos de notificação compulsória (DNC) aumenta a sensibilidade do sistema de vigilância em saúde em investigar maior número de casos, oportunizando a investigação e registro dos casos verdadeiros, subsidiando ações de prevenção e controle considerando o perfil epidemiológico das regiões de saúde e municípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A notificação das DNC é uma ação de responsabilidade de todos os níveis de assistência. Entretanto, durante muitos anos as ações de vigilância ocorriam a nível federal com pouca ou nenhuma participação dos municípios.

Com a criação do SUS os serviços da atenção primária passam a integrar a porta de entrada preferencial dos usuários. Somado a isso, é previsto que cada Região de Saúde deve realizar ações e conter serviços de vigilância em saúde, o que torna os serviços da APS fundamentais para ações efetivas de vigilância em saúde aproximando a vigilância da prática assistencial cotidiana.

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização, de acordo com os preceitos do SUS. Um de seus fundamentos é articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe e coordenação do cuidado na rede de serviços.

Entre as ações de vigilância em saúde que devem ser realizadas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) encontra-se a notificação compulsória de doenças e agravos constantes na Portaria Ministerial nº 1.271, de 6 de junho de 2014. O fortalecimento deste fundamento da APS, dentre outras ações de vigilância, constitui estrutura de suporte para adoção de ações abrangentes, contínuas e em tempo ótimo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

2.5 Assistência Farmacêutica

A assistência farmacêutica faz parte do sistema de apoio o qual é um componente do elemento “estrutura operacional” da Rede de Atenção à Saúde (MENDES, 2011).

Atua apoiando as ações de saúde demandadas por uma comunidade no que tange às atividades relacionadas com os medicamentos. Isso inclui intervenções logísticas relacionadas à seleção, à programação, à aquisição, ao armazenamento, à distribuição dos medicamentos e às ações assistenciais da farmácia clínica. Acrescente-se a isso ações de vigilância como o formulário terapêutico, a dispensação, a adesão ao tratamento, a conciliação de medicamentos e a farmacovigilância. Na construção das RAS a organização do sistema de atenção farmacêutica deve considerar, portanto, a logística de medicamentos (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição) e a farmácia clínica.

Verifica-se aumento de demanda por medicamentos principalmente relacionado a condições crônicas e ao envelhecimento da população. Quanto aos gastos, a assistência farmacêutica constitui o segundo maior item de despesa dos sistemas de atenção à saúde, o primeiro sendo a atenção hospitalar.

Os gastos crescentes com assistência farmacêutica decorrem por aumento do número de pessoas que consomem medicamentos, aumento do número de prescrições por pessoas e custo das prescrições que decorrem de inovações tecnológicas.

Os medicamentos estão sob a responsabilidade da Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF), unidade orgânica de direção vinculada à Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde – SAIS. É responsável, ainda, pela normatização das ações e programas de assistência farmacêutica na rede pública de saúde do DF (DISTRITO FEDERAL, 2019).

São três os componentes da assistência farmacêutica, além da Atenção Especializada:

1. Componente básico
2. Componente estratégico
3. Componente especializado
4. Atenção Especializada

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se ao fornecimento dos medicamentos e insumos para o tratamento precoce e adequado dos problemas mais comuns e/ou prioritários, passíveis de atendimento na atenção primária em saúde, incluindo aqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos. A execução das ações e serviços de saúde do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é descentralizada, sendo o

Distrito Federal responsável pela seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos e insumos.

O componente estratégico abrange todos os medicamentos utilizados para tratamento das doenças de perfil endêmico, cujo controle e tratamento tenham protocolo e normas estabelecidas e que possuam impacto socioeconômico. São doenças que atingem ou colocam em risco as coletividades e que seu tratamento é uma importante estratégia para o controle epidemiológico. Os medicamentos estratégicos são repassados pelo Ministério da Saúde para o Distrito Federal, o qual tem a responsabilidade de distribuí-los de acordo com a demanda. Alguns programas que fazem parte deste componente são: DST/AIDS, tuberculose, hanseníase, tabagismo, influenza, endemias focais (exemplo: leishmaniose, malária, esquistossomose e doença de chagas) e infecção pelo vírus sincicial respiratório. (<http://www.saude.df.gov.br/componente-estrategico/> em 19/08/2019).

O terceiro componente, especializado da assistência farmacêutica, visa garantir a integralidade do tratamento medicamentoso em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde (MS).

Existem três farmácias do componente especializado:

1. Núcleo de Farmácia do Componente Especializado na Asa Sul (Farmácia de Alto Custo) – Estação 102 Sul do Metrô,
2. Núcleo de Farmácia do Componente Especializado em Ceilândia (Farmácia de Alto Custo) em Ceilândia,
3. Núcleo de Farmácia do Componente Especializado no Gama (Farmácia de Alto Custo) no Setor Leste do Gama.

Além dos medicamentos dos componentes básico, estratégico e especializado, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal é a responsável pela seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos da Atenção Especializada, a qual contempla os medicamentos padronizados para atenção hospitalar e para média complexidade, aos usuários do SUS. Portanto, abarca os medicamentos que não fazem parte dos componentes ou que não estão contemplados nos protocolos do Ministério da Saúde e que, no entanto, são importantes para a saúde da população local.

Existem quatro farmácias para dispensação dos medicamentos da média complexidade atualmente:

- Farmácia ambulatorial especializada do Hospital de Base do Distrito Federal,
- Farmácia Escola – Farmácia do Hospital Universitário de Brasília,
- Policlínica de Taguatinga,
- Policlínica de Planaltina.

A principal ocorrência apontada pelos gestores como um problema relacionado à assistência farmacêutica foi a ineficiência do abastecimento de medicamentos. Subsequentemente, foi elencado a ineficiência da distribuição adequada de medicamento o qual, embora por vezes constem nos estoques centrais, não alcança a totalidade da população que os necessita. Outro entrave se trata dos locais de distribuição de medicamentos, que muitas vezes não atendem de forma integral as necessidades dos usuários, por terem poucos locais de dispensação e, por fim, falta de farmacêutico nas unidades.

Outro modelo de farmácia existente no âmbito da SES-DF é desenvolvido pelo Núcleo de Farmácia Viva. Trata-se de uma Unidade subordinada à Gerência do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Suas atividades estão regulamentadas pela Portaria GM MS nº 886 de abril de 2010 e pela RDC Anvisa nº 18 de abril de 2013. O Núcleo de Farmácia Viva realiza as etapas de cultivo, colheita e processamento de plantas medicinais, bem como, o armazenamento de drogas vegetais, a manipulação e a distribuição de 09 fitoterápicos oficiais a 21 Unidades de Saúde.

O Núcleo de Farmácia Viva representa o Projeto de Fitoterapia da SES-DF, institucionalizado há 30 anos pela Portaria nº 14 de 13 de agosto de 1989. Entre os nove fitoterápicos produzidos, três constituem-se como única opção ao atendimento do componente básico, levando-se em consideração a principal indicação terapêutica. São eles: gel de erva baleeira (anti-inflamatório tópico), tintura de boldo (antidispéptico) e tintura de funcho (antifisético) e o gel de alecrim pimenta (antimicótico tópico).

Considerando que sua estrutura física laboratorial é a mesma há 20 anos, e considerando a abrangência e crescimento na demanda de atendimento pelos fitoterápicos produzidos pelo Núcleo de Farmácia Viva, torna-se necessário realizar reforma e ampliação de suas instalações, além de investimento em internet, de forma a possibilitar o controle informatizado de produção/distribuição de estoque às Unidades de Saúde abastecidas.

A aspiração maior do governo 2019-2022 no que concerne à assistência farmacêutica é garantir que a população tenha acesso ao medicamento certo na hora certa. Para tanto os resultados-chave são contratação de serviços de operação logística para armazenamento e distribuição de materiais e medicamentos, com a implantação de sistema informatizado de controle do abastecimento de medicamentos e materiais, com alertas, indicadores, relatórios gerenciais e integração de dados com painel de monitoramento em tempo real; implantação de pelo menos uma unidade de farmácia de alto custo por Região de Saúde; implantação do Projeto do Complexo de Assistência Farmacêutica; ampliação da estrutura física do laboratório de farmacotécnica do Hospital Regional de Taguatinga-HRT e reforma da Farmácia Viva e implantação de Centrais de infusão de medicamentos injetáveis.

2.6 Apoio Diagnóstico e Terapêutico

O sistema de apoio diagnóstico e terapêutico abarca diagnóstico por imagem, serviços de medicina nuclear diagnóstica e terapêutica, a eletrofisiologia diagnóstica e terapêutica, as endoscopias, a hemodinâmica e a patologia clínica (anatomia patológica, genética, bioquímica, hematologia, imunologia, microbiologia e parasitologia). A forma convencional de organização desses serviços o torna fragmentado, pouco eficiente, operando com baixa escala, com retrabalho e redundância dos serviços prestados tornando o sistema desconfortável para o usuário, irracional e dispendioso para o sistema. Isso tudo dificulta a oferta universal e equânime ocorrendo demanda reprimida de usuários, além de repetição nas realizações e demora na avaliação clínica dos resultados (MENDES, 2011).

No contexto de atenção à saúde organizado em rede temáticas, o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico deve ser integrado transversalmente em todas essas redes. De modo geral, a reorganização dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico do modo convencional ineficiente para um sistema racional, acessível, de qualidade e integrado implica em centralizar unidades de processamento, descentralizar coleta dos exames para todas as unidades de atenção à saúde, especialmente para as unidades de APS, e uma conexão dessas duas pontas por meio de um sistema logístico eficaz (MENDES, 2011).

O serviço de apoio diagnóstico da rede SES-DF é dividido em quatro grandes áreas: patologia clínica, radiologia, anatomia patológica e medicina nuclear.

Os laboratórios de Patologia Clínica (Núcleos de Patologia Clínica – NUPAC) ofertam atualmente exames de bioquímica, hematologia, hormônios, microbiologia, uroanálise e parasitologia. Todos pertencentes à rede própria da SES-DF.

Quadro 4- Localização dos Serviços de patologia clínica na Rede do DF.

| Região de Saúde | Unidades |
|------------------------|--|
| CENTRAL | Hospital Regional da Asa Norte |
| CENTRO-SUL | Laboratório Regional do Guará |
| | Hospital Regional do Guará |
| NORTE | Hospital Regional de Planaltina |
| | Hospital Regional de Sobradinho |
| SUL | Hospital Regional do Gama |
| | Hospital Regional de Santa Maria |
| LESTE | Hospital da Região Leste |
| OESTE | Laboratório Regional da Ceilândia |
| | Hospital Regional da Ceilândia |
| | Hospital Regional de Brazlândia |
| SUDOESTE | Gerência de Serviços de Atenção Secundária – Policlínica de Taguatinga |
| | Hospital Regional de Samambaia |
| | Hospital Regional de Taguatinga |
| URD | Hospital de Apoio de Brasília |
| | Hospital Materno Infantil de Brasília |
| | Hospital da Criança de Brasília |
| | Hospital de Base do Distrito Federal |

Fonte: GEDIAG/DUAEC/CATES/SAIS/SES em agosto de 2019.

Os serviços localizados dentro de hospitais possuem atendimento ininterrupto, responsáveis por atender pacientes de emergência e internação. Enquanto os NUPAC fora dos hospitais funcionam somente de segunda a sexta das 07 às 18h, atendendo apenas pacientes ambulatoriais.

O atendimento de Radiologia e Diagnóstico por Imagem ofertado pela Rede SES-DF conta com procedimentos de média e alta complexidade disponíveis para a população. Sendo considerados exames de média complexidade: ultrassonografia, radiografia, radiografia telecomandada e mamografia. Os procedimentos diagnósticos de alta complexidade são: tomografia, ressonância magnética e densitometria óssea.

Acerca do fluxo para solicitação de exames radiológicos o atendimento ocorre por prioridade clínica. A priorização do atendimento depende da qualidade das informações da condição de saúde do paciente fornecida previamente pelos profissionais da rede básica de saúde. Portanto, havendo necessidade de complementação dos dados, os médicos reguladores providenciarão o retorno dos encaminhamentos para os respectivos solicitantes.

Os serviços ofertados pelos Núcleos de Anatomia Patológica (NUCAP, NUAP, NCITO e NCAP) da rede SES compreendem: necropsias de pacientes internados (não judiciais e não violentas), exame anatomopatológico, exame citopatológico. Os exames de imuno histoquímica estão em fase final de contratualização/regulação com o Hospital Universitário de Brasília (HUB) e o Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF).

Quadro 5- Localização dos Serviços de Radiologia.

| Região de Saúde | Unidades |
|------------------------|---------------------------------------|
| CENTRAL | Hospital Regional da Asa Norte |
| | Hospital Dia |
| CENTRO-SUL | Hospital Regional do Guará |
| NORTE | Hospital Regional de Planaltina |
| | Hospital Regional de Sobradinho |
| SUL | Hospital Regional do Gama |
| | Hospital Regional de Santa Maria |
| LESTE | Hospital da Região Leste |
| OESTE | Hospital Regional da Ceilândia |
| | Hospital Regional de Brazlândia |
| SUDOESTE | Central de Radiologia de Taguatinga |
| | Hospital Regional de Samambaia |
| | Hospital Regional de Taguatinga |
| URD | Hospital de Apoio de Brasília |
| | Hospital Materno Infantil de Brasília |
| | Hospital da Criança de Brasília |
| | Hospital de Base do Distrito Federal |

Fonte: GEDIAG/DUAEC/CATES/SAIS/SES em agosto de 2019.

Os Laboratórios de Anatomia da Rede SES-DF processam os materiais biológicos exceto quando se trata de análise imuno histoquímica a qual é realizada na unidade executora (HUB ou HBDF). Os laudos de citologia e biópsia são incluídos no prontuário eletrônico (TrakCare® e/ou SISCAN). Os laudos de autópsia são fornecidos nas unidades de Anatomia.

O atendimento à população nas unidades ocorre de segunda a sexta das 7h às 19h.

Quadro 6 - Localização dos Serviços de Anatomia Patológica.

| Região de Saúde | Unidades |
|------------------------|---|
| Central | Hospital Regional da Asa Norte |
| Norte | Hospital Regional de Sobradinho |
| Sul | Hospital Regional do Gama |
| | Hospital Regional de Santa Maria |
| Oeste | Hospital Regional da Ceilândia |
| Sudoeste | Hospital Regional de Taguatinga |
| URD | Hospital Materno Infantil de Brasília (1 Núcleo de Anatomia Patológica e 1 Núcleo Central de Citopatologia) |
| | Hospital de Base do Distrito Federal |

Fonte: GEDIAG/DUAEC/CATES/SAIS/SES em agosto de 2019.

Quadro 7 - Serviços de apoio diagnóstico disponíveis por Região de Saúde, URD e unidades contratadas.

| | Patologia Clínica | Anatomia Patológica | Genética | Endoscopias | Ultrassonografia | Radiografia | Tomografia Computadorizada | Mamografia | Densitometria | Cintilografia | Ressonância Magnética | Cateterismo Cardíaco |
|--|-------------------|---------------------|----------|-------------|---------------------|----------------------------|----------------------------|--------------|---------------|---------------|-------------------------|----------------------|
| Central | HRAN | HRAN | --- | HRAN | HRAN CSB 01* | HRAN | HRAN | --- | --- | --- | --- | --- |
| Centro-Sul | HRGU (**) | --- | --- | --- | HRGU | HRGU | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Norte | HRS HRPL | HRS | --- | HRS | HRS HRPL | HRS HRPL | HRS | HRSAM | --- | --- | --- | --- |
| Sul | HRG HRSM | HRG | --- | HRG | HRG HRSM | HRG HRSM | HRG HRSM | --- | --- | --- | --- | --- |
| Leste | HRL | --- | --- | --- | HRL | HRL | HRL | --- | --- | --- | --- | --- |
| Oeste | HRC HRBZ (¥) | HRC | --- | HRC | HRC HRBZ | RCHRBZ | HRC | HRC | --- | --- | --- | --- |
| Sudoeste | HRT HRSam (¥¥) | HRT | --- | HRT | HRT HRSam CRT | HRT HRSam CRT | HRT | HRSAM HRT | --- | --- | --- | --- |
| URD | HAB HMIB | HMIB | HAB | HBDF HCB | HBDF HCB HMIB | HBDF HAB HMIB HCB | HBDF HCB HMIB | HMIB | HBDF | --- | --- | --- |
| Serviços contratado e complementares no SUS DF | --- | --- | --- | HUB | HUB ICDF | --- | HUB ICDF | HUB | HUB | HUB | HUB ICDF Outros * | ICDF |

Fonte: GEDIAG/DUAEC/CATES/SAIS/SES e SIA/SES- DF competência junho de 2019, dados atualizados em 14/08/2019 via Sala de Situação da SES-DF

(*) Radiograph, Hospital São Francisco, Diagnostik. (**) Laboratório Regional do Guará. (¥) Laboratório Regional de Ceilândia. (¥¥) Policlínica de Taguatinga. URD = Unidade de Referência Distrital; CSB 01 = Centro de Saúde de Brasília 01 - Hospital Dia; CRT = Centro Radiológico de Taguatinga.

Considerando o Decreto nº 38.332, de 13 de julho de 2017, que dispõe sobre a criação do Instituto Hospital de Base do Distrito Federal-IHB, foi criado, conforme as legislações da referida instituição, o Núcleo de Medicina Nuclear do Hospital de Base do Distrito Federal, sob gestão do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGESDF), que é responsável pela oferta das terapias com radioisótopos, sobretudo as iodoterapias.

Somado a isso há a contratualização da SES-DF com o Hospital Universitário de Brasília (HUB) para realização dos exames de cintilografia e radioterapia.

Os serviços de patologia clínica no SUS frequentemente apresentam ineficiência, baixa qualidade, dificuldades de acesso pelos usuários e demora na apresentação de resultados (MENDES, 2011).

Na SES foram verificados, junto aos gestores das Regiões de Saúde alguns problemas e entraves ao bom funcionamento das Redes de Atenção à Saúde. Os problemas foram

resumidos em: descontinuidade na oferta de insumos para exames, incluindo insumos para realização de testes rápidos (os quais não contêm abastecimento regular); lentidão na liberação dos resultados de exames ambulatoriais; déficit de serviços de apoio diagnóstico local; demora na marcação ambulatorial de exames de imagem, os quais muitas vezes são realizados apenas na atenção terciária; horário de coletas laboratoriais restrito; salas de coleta improvisadas em unidades alugadas e oferta insatisfatória de exames de imagem.

Em vista disso, o objetivo estratégico buscará alcançar a reestruturação dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico nos diferentes níveis de atenção.

Iniciativas elencadas pelo governo 2019-2022 contemplam, dentre outras, ações para estruturação de uma Central de Laudos com ênfase nos exames complementares básicos essenciais para a Atenção Primária em Saúde; ampliação dos serviços ofertados pelas Unidades Básicas de Saúde incluindo equipamentos para realização de exames de apoio diagnóstico; reforma parcial das unidades de radiologia do Hospital Regional de Planaltina e laboratório do Hospital Regional de Planaltina.

2.7 Governança Pública

A Política de Governança Pública e Compliance foi instituída no âmbito da administração direta, autárquica e fundacional do Poder Executivo do Distrito Federal pelo Decreto nº 39.736, de 28 de março de 2019.

Conforme dispõe o decreto, **Governança pública** é o “conjunto de mecanismos de liderança, estratégia e controle voltadas para avaliar, direcionar e monitorar a gestão, com vistas à condução e geração de resultados nas políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade” e **Compliance público** é o “alinhamento e adesão a valores, princípios e normas para sustentar e priorizar o interesse público em relação ao interesse privado no setor público”.

As diretrizes que orientam a implementação da Política de Governança Pública e Compliance são, em síntese, propor soluções tempestivas e inovadoras para buscar os resultados esperados pela sociedade, promover a desburocratização, a modernização da gestão pública e a integração dos serviços públicos, monitorar o desempenho e avaliar os resultados das políticas públicas e das ações governamentais prioritárias, implementar controles internos fundamentados na gestão de risco, avaliar a conformidade da execução das políticas públicas e promover a elevação dos padrões de conduta ética dos agentes públicos distritais e a participação social.

Nos termos do art. 6º do Decreto nº. 39.736/2019, deve-se implementar, no mínimo, os seguintes mecanismos, instâncias e práticas de governança:

I - formas de acompanhamento de resultados, inclusive por meio do Índice Integrado de Governança e Gestão Públicas (IGG);

II - soluções para melhoria do desempenho do órgão ou entidade;

III - mecanismos institucionais para mapeamento de processos;

IV - instrumentos de promoção do processo decisório com base em evidências; e

V - elaboração e implementação de planejamento estratégico do órgão ou entidade.

A SES-DF, para promover a prática da Governança Pública e do *Compliance* e mitigar a prática de irregularidades e fraudes, pretende estruturar a governança corporativa, investir em segurança da informação, aprimorar o monitoramento dos resultados e da gestão dos contratos, além de aperfeiçoar o modelo de Governança do SUS/DF, promovendo a coparticipação das SRS e URD e do controle social, por meio dos Conselhos Regionais de Saúde.

Nesse sentido, o Comitê Interno de Governança Pública da Secretaria de Estado da Saúde - CIG/SES, foi instituído pela Portaria Nº 459, de 26 de junho de 2019, conforme orientação do Decreto Nº 39.736, de 28 de março de 2019, com a finalidade de garantir o desenvolvimento e a apropriação das melhores práticas de governança na SES de forma contínua e progressiva.

O Comitê Interno de Governança Pública da SES conta com subcomitês assessores, de caráter permanente, formalizados na portaria supracitada: Subcomitê de Integridade e Gestão de Riscos; Subcomitê de Ética; Subcomitê de Gestão de Processos; e Subcomitê de Gestão de Projetos.

2.7.1 Planejamento

2.7.1.1 Planejamento Estratégico

A palavra estratégia tem origem grega: *stratos* = exército + *ego* = líder, que significa conduzir, liderar para superar obstáculos e alcançar o objetivo esperado, e constitui uma escolha que a organização deve fazer sobre o caminho mais adequado a ser percorrido para alcançar objetivos ou superar desafios.

Quando integrada ao planejamento estratégico, há uma relação com a tomada de decisão, com a análise de riscos, com o seguimento do processo, com a identificação de agentes sociais e econômicos envolvidos.

De acordo com Lobato (2000) o planejamento estratégico é um processo dinâmico por meio do qual são definidos caminhos que a organização deverá trilhar, somado a um comportamento proativo, considerando a análise de seu ambiente e a sua razão de existir,

visando construir o seu futuro desejado.

Com isso, trata-se de uma atividade fundamental para a gestão estratégica das organizações, orientando-se por um conjunto de princípios metodológicos que determinam as atividades dos gestores e técnicos envolvidos nessa tarefa (ENAP, 2014).

Portanto, o planejamento estratégico deve possuir um forte componente comunicacional, adotando práticas dialógicas para estabelecer consensos e acordos sobre compromissos (OPAS, 2014).

O Plano Estratégico do Distrito Federal 2019-2060 foi elaborado a partir de oito eixos temáticos, dentre eles o Eixo de Gestão e Estratégia, Saúde, Segurança, Educação, Desenvolvimento Econômico, Desenvolvimento Social, Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente. Para cada eixo foram definidas batalhas, resultados-chave, iniciativas e tendências. As batalhas que precisam ser vencidas (método *Must Win Battles* – MWB) definem as aspirações de médio e curto prazos para a organização.

No eixo Saúde, o Plano Estratégico do Distrito Federal 2019-2060 define quatro batalhas que precisam ser vencidas, até 2023:

1ª Batalha – Garantir que a população tenha acesso ao medicamento certo na hora certa;

2ª Batalha – Garantir o acesso aos serviços de saúde para a população;

3ª Batalha – Promover a saúde e prevenir o adoecimento da população; e

4ª Batalha – Implantar a saúde digital do DF.

Para o período de 2020-2030, a SES-DF, em cumprimento à Política de Governança Pública e *Compliance* (art. 6º, inciso V, do Decreto nº. 39.736/2019), pretende elaborar o “Plano Estratégico da Saúde”, seguindo a metodologia estabelecida para a elaboração do Plano Estratégico do Distrito Federal 2019-2060. Nesse sentido, as principais premissas para elaboração e monitoramento do Plano Estratégico da SES são:

1. Planejamento como plataforma para priorização de ações: definir o que é estratégico, em contraposição ao que é importante, é o grande desafio ao se planejar ações de um governo complexo como o do Distrito Federal.

2. Indicadores finalísticos para acompanhar, mensurar e avaliar o desempenho do governo: na perspectiva de se orientar os resultados-chave por índices que trazem a visão do resultado finalístico, optou-se por aqueles que representam os impactos gerados pelas ações de governo.

3. Metodologias adaptadas à realidade do Distrito Federal: para se elaborar o Plano Estratégico do Distrito Federal, duas principais metodologias serviram de pilares conceituais: Objectives and Key Results (OKR) e Must Win Battles (MWB). Durante a execução das atividades, uma série de adaptações foi realizada a fim de garantir a adequação da

metodologia à realidade do Distrito Federal. A teoria deve ajudar a prática e não torná-la mais difícil.

4. Estruturação dos focos temporais: no horizonte temporal mais próximo, a análise foi rigorosa e pormenorizada, com foco em cenários de curto e médio prazos. No horizonte temporal mais distante, que por norma é difuso e de âmbito geral, o Plano foi pautado por tendências que auxiliarão sua revisão na medida em que as incertezas forem diminuindo.

5. Planejamento estratégico como forma de aprendizagem organizacional: o Plano Estratégico resultante deste trabalho será o documento norteador dos esforços do governo para realização de seus objetivos estratégicos, devendo tornar-se uma poderosa ferramenta de aprendizagem organizacional.

A proposta é de que o planejamento estratégico, esteja em perfeita conformidade com a estrutura de gestão e que não sejam criadas estruturas paralelas de gerenciamento de planos de ação considerados mais estratégicos a cada momento ou situação, porquanto “o planejamento descolado da gestão corre o risco de tornar-se um conjunto de estudos, diagnósticos e proposições de objetivos sem eficácia instrumental, atividade incapaz de mobilizar os recursos necessários de forma racional, na direção pretendida pelo plano” (BRASIL, 2011).

2.7.1.2 Planejamento Governamental no SUS

O planejamento governamental é um dever constitucional, previsto no art. 165 da Constituição Federal. Ao poder executivo são atribuídas responsabilidades de elaborar planos plurianuais, diretrizes orçamentárias e orçamentos anuais.

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro 1990, nos arts. 36 e 37, define que o processo de planejamento e orçamento do SUS será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

A Lei Complementar nº. 141, de 13 de janeiro de 2012, dispõe que o processo de planejamento da saúde deve observar os prazos do Plano Plurianual – PPA, da Lei de Diretrizes Orçamentárias e da Lei Orçamentária Anual e ser com eles compatíveis.

No âmbito do SUS/DF, os instrumentos de planejamento que norteiam a tomada de decisão são o Plano Distrital de Saúde (PDS) e o Plano Plurianual (PPA).

O Plano Distrital de Saúde 2020-2023 (PDS 2020-2023), tem como base territorial as Regiões de Saúde, uma vez que essas são os espaços geográficos fundamentais de garantia da integralidade das ações e serviços de saúde para a população no SUS. O mesmo foi

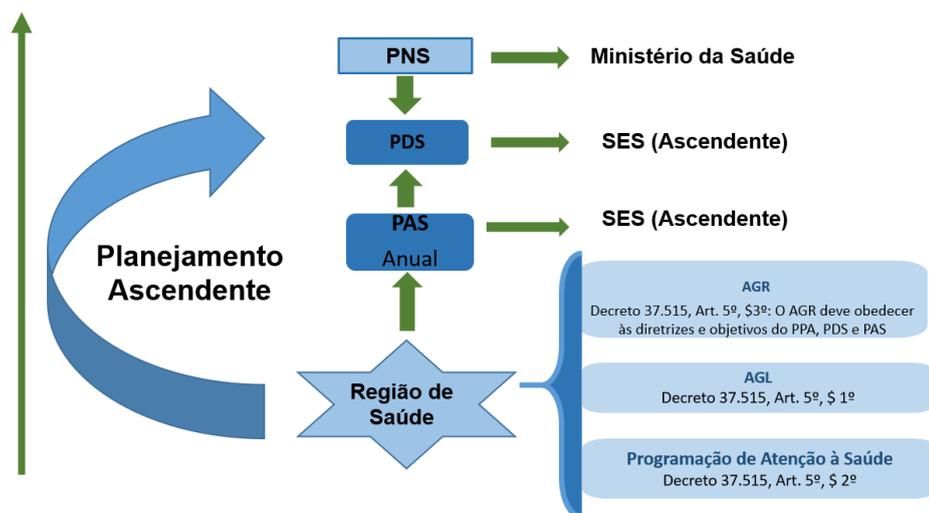
elaborado em conjunto com as Superintendências das Regiões de Saúde e está de acordo com as diretrizes estabelecidas na X Conferência Distrital de Saúde, apresentando os Eixos, Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores. Os objetivos expressam o que deve ser feito, refletindo as situações a serem alteradas pela implementação de estratégias e ações no território, as metas representam um compromisso para alcançar os objetivos e os indicadores permitem o acompanhamento do alcance das metas, portanto, são essenciais nos processos de monitoramento e avaliação.

Assim, o planejamento no SUS se fundamenta em uma dinâmica federativa em que cada uma das esferas possui suas atribuições específicas, que articuladas produzem um planejamento orientado para impulsionar estratégias de regionalização (DISTRITO FEDERAL, 2018). Nesse sentido, o planejamento regional surge das necessidades e demandas em saúde da população local.

No Distrito Federal define-se sete regiões como menor unidade de gestão em saúde de um território, a partir de uma base populacional delimitada, com estrutura de serviços e de gestão elaboradas de forma homogênea, embora respeitadas as singularidades regionais. Os hospitais especializados passaram a ter denominação de unidades de referência distrital (URD), para os quais também foram desenhadas estruturas organizacionais similares.

A estruturação do planejamento ascendente a partir das regiões com as contratualizações existentes está representada na figura 5.

Figura 5- Estruturação do Planejamento em Saúde das Regiões



Fonte: Manual de Planejamento, Orçamento, Monitoramento e Avaliação da SES-DF, 2018.

2.7.3 Modelos de Gestão e o SUS DF

O conjunto das entidades, órgãos e agentes públicos voltados para a prestação de serviços públicos e o atendimento das necessidades do cidadão e da coletividade constitui a Administração Pública direta e indireta.

No SUS/DF, a administração direta é representada pela Secretaria de Estado de Saúde e a administração indireta pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde e Fundação Hemocentro de Brasília.

Além disso, algumas unidades de saúde estão sob gestão assistencial de entes do chamado Terceiro Setor: o Hospital da Criança de Brasília, sob gestão do Instituto do Câncer Infantil e Pediatria Especializada – ICIPE, o Hospital de Base do Distrito Federal, Hospital Regional de Santa Maria e Unidade de Pronto Atendimento sob gestão do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal – IGESDF.

A atuação de todos esses “atores” no exercício de suas competências contribui para o funcionamento harmônico do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal e para a consecução de seus objetivos.

A Regionalização da Saúde no Distrito Federal

Até o ano de 2015, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal - SES-DF era organizada em Subsecretarias e Coordenações Gerais de Saúde (CGS). As Coordenações se subordinavam à Subsecretaria de Atenção à Saúde – SAS (atualmente SAIS), caracterizando um modelo de gestão centralizado e com limites de responsabilidades indefinidos.

Essa centralização prejudicava o cumprimento, pelo DF, de determinações legais prevista na Lei 8080/90, de desenvolver as atribuições reservadas aos Estados e municípios (art.19), e também de cumprir o princípio nacional do SUS de regionalização das ações e serviços de saúde (art.7, IX, a).

Assim, para o cumprimento de suas competências legais e a execução de suas atividades, a Secretaria de Estado de Saúde foi reorganizada em Administração Central (ADMC), Superintendências das Regiões de Saúde (SRS) e Unidades de Referência Distrital (URD) e, também, foi atualizado o Regimento Interno da Secretaria.

À ADMC foi atribuído o papel de Estado, que normatiza e controla a rede de serviços, e às Superintendências foi conferida a responsabilidade pela execução das ações e serviços (papel de municípios). A estrutura de serviços e de gestão das sete Superintendências foi elaborada de forma padrão sem, contudo, desrespeitar as singularidades regionais. Os hospitais especializados passaram a ter denominação de Unidades de Referência Distrital

(URD), para os quais também foram desenhadas estruturas organizacionais similares.

No ano de 2016, instituiu-se o Programa de Gestão Regionalizada (Decreto nº. 37.515/2016), para concretizar a descentralização das ações e serviços de saúde e corresponsabilizar as Superintendências das Regiões de Saúde, no alcance de metas e resultados definidos em Acordos de Gestão.

Os Acordos de Gestão Regional (AGR) são instrumentos celebrados entre a Administração Central da SES-DF e as Superintendências das Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital. O objeto dos Acordos é a contratualização de metas, com o estabelecimento da gestão por resultados e corresponsabilização de todos os envolvidos, e seus objetivos estratégicos são:

1. Fomentar a organização de práticas de gestão com vistas à integralidade da assistência à saúde, racionalização dos recursos públicos e melhoria na qualidade das informações;

2. Estimular a efetivação do processo de descentralização e compartilhamento de responsabilidades entre a ADMC e Superintendências referentes as ações e serviços em saúde e da gestão orçamentária e financeira da SES-DF, com vistas a consolidação do Programa de Gestão Regional da Saúde (PRS) do Distrito Federal.

Para promover a gestão por resultados, faz-se necessário o aperfeiçoamento dos processos de planejamento, programação, monitoramento e avaliação em saúde considerando que cabe a cada Superintendência e Unidades de Referência Distrital explicitar suas necessidades, sua capacidade de produção e o que necessita para buscar uma atenção integral a sua comunidade.

Outra importante estratégia, de acordo com o Decreto 37.515/2016, que deve ser reforçada, é a constituição dos Colegiados de Gestão Regional como espaço colegiado para discussão e definição de prioridades, orientação de soluções para a organização de uma Rede de Atenção à Saúde integrada e resolutiva nas sete Regiões de Saúde.

Nessa perspectiva, em 2018, a DIPLAN/COPLAN/SUPLANS elaborou para cada Região de Saúde um caderno com as informações disponíveis na ADMC. Essas informações devem ser analisadas à luz da gestão regional que poderá utilizá-la, integralmente ou em parte, conforme os dados e informações mais próximas da realidade, caso as Superintendências identifiquem os erros dos seus dados que ora estão disponíveis na ADMC.

O Terceiro Setor

O Terceiro Setor é composto por entidades da sociedade civil, sem fins lucrativos, que se destinam à prestação de serviços de interesse coletivo e social não exclusivos do Estado, podendo receber incentivo estatal (também chamado de fomento) para o desempenho de tais

atividades. Tais entidades são chamadas de entes de cooperação ou entidades paraestatais (“ao lado do Estado”).

O Terceiro Setor engloba basicamente os serviços sociais autônomos, as entidades de apoio, as organizações sociais (OS) e as organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP). Tais entidades não fazem parte da Administração Pública, mas quando recebem subsídios estatais para seu funcionamento, estarão sujeitas ao controle por parte da Administração e do Tribunal de Contas.

O Decreto n.º 37.843, de 13 de dezembro de 2016, regulamenta a aplicação da Lei Nacional n.º 13.019, de 31 de julho de 2014, para dispor sobre o regime jurídico das parcerias celebradas entre a administração pública distrital e as organizações da sociedade civil no âmbito do Distrito Federal.

O IGESDF

O Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal – IGESDF, Serviço Social Autônomo, compõe o novo modelo de gestão de serviços públicos de saúde no Distrito Federal.

Inicialmente, a Lei nº 5.899, de 03 de julho de 2017, autorizou a criação do serviço social autônomo Instituto Hospital de Base do Distrito Federal – IHBDF, pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, de interesse coletivo e de utilidade pública, com o objetivo de prestar assistência médica qualificada e gratuita à população e de desenvolver atividades de ensino, pesquisa e gestão no campo da saúde, em cooperação com o Poder Público.

O IHBDF assumiu a gestão do Hospital de Base do Distrito Federal e era incumbido de administrar os bens móveis e imóveis que compõem o patrimônio da unidade da Secretaria de Estado de Saúde de denominação correlata, conforme art. 12, Parágrafo único, e art. 4º da Lei 5.899/2017.

Em 2019, a Lei nº. 6.270, de 30 de janeiro de 2019, alterou a nomenclatura do IHBDF para Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal e seus limites de atuação assistencial passaram a abranger as unidades de pronto atendimento - UPAs e o Hospital Regional de Santa Maria – HRSM.

Os Serviços Sociais Autônomos não integram a administração pública direta ou indireta. (Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. Acórdão n.1064790, 20170020137585ADI, Relator: ROMÃO C. OLIVEIRA CONSELHO ESPECIAL, Data de Julgamento: 21/11/2017, Publicado no DJE: 07/12/2017. Pág.: 67/68). Portanto, o Poder Executivo do Distrito Federal, por intermédio da Secretaria de Estado de Saúde, celebra contrato de gestão com o IGESDF.

O contrato de gestão deve observar os princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, eficiência e economicidade, e deve especificar o programa de trabalho proposto pelo Instituto, estipular as metas a ser atingidas e os respectivos prazos de execução, bem como a previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a ser utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade, atendendo ao quadro epidemiológico e nosológico do Distrito Federal e respeitando as características e a especificidade da entidade, conforme disposições do art. 2º, inciso III, da Lei nº 5.899/2017.

A execução do Contrato de Gestão é supervisionada pela Secretaria de Estado de Saúde e fiscalizada pelo Tribunal de Contas do Distrito Federal – TCDF, que verifica, especialmente, a legalidade, a legitimidade, a operacionalidade e a economicidade no desenvolvimento das respectivas atividades e na consequente aplicação dos recursos repassados, com base nos critérios definidos no inciso III (art. 2º, inciso VI, da Lei nº 5.899/2017).

O ICIPE

O ICIPE (Instituto do Câncer Infantil e Pediatria Especializada) é uma associação de direito privado, sem fins econômicos ou lucrativos, criado em 22/05/2009, pela ABRACE (Associação Brasileira de Assistência às Famílias de Crianças Portadoras de Câncer e Hemopatias), com o objetivo de promover assistência à saúde, mediante a prestação de serviços hospitalares e ambulatoriais, com ênfase também no desenvolvimento de ensino e pesquisa em saúde (DISTRITO FEDERAL, 2018).

Sua qualificação como Organização Social no Distrito Federal ocorreu por meio do Decreto nº 31.589, de 15/04/2010, tendo sido posteriormente convalidada por meio do Decreto nº 32.980, de 10/06/2011, sendo a única OS a ter Contrato de Gestão em vigência com o GDF.

Em 28/06/2011, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal celebrou parceria com o ICIPE, por meio do Contrato de Gestão – CG nº 001/2011, com os seguintes objetivos: organização, implantação e gestão das ações de assistência à saúde no Hospital da Criança de Brasília José de Alencar (HCB). Em 2014, com a incorporação do Bloco II e ampliação dos serviços prestados, foi celebrado o Contrato de Gestão nº 001/2014 - SES-DF.

Ressalta-se que, a Organização Social é fiscalizada, quanto aos resultados obtidos na execução do contrato, pela Comissão de Acompanhamento do Contrato de Gestão - CACG nº 001/2014.

2.7.4 Sistema de Monitoramento e Avaliação

O Sistema Estratégico de Planejamento da Secretaria de Saúde - SESPlan, institucionalizado e gerido pela DIPLAN/SUPLANS, operacionaliza a sistemática do monitoramento do planejamento da SES-DF. Tem como maior benefício, ser integrado e customizado para análise dos resultados dos instrumentos de planejamento. Qualifica as informações promovendo seu melhor uso e gera maior aprendizado pelos profissionais da agenda estratégica da secretaria (DISTRITO FEDERAL, 2018).

Esse sistema consolida informações e resultados para apoiar a tomada de decisão dos gestores e constitui um sistema institucional para o monitoramento da execução das ações estratégicas visando a integração dos instrumentos de planejamento pactuados. Permite aproximação do planejamento ao orçamento com diretrizes na execução, monitoramento e avaliação contínua dos serviços de saúde na SES-DF. Trata-se de um modelo integrado para o gerenciamento dos instrumentos de planejamento de forma a auxiliar os profissionais e gestores a situação do seu desempenho, visando uma gestão para resultados (DISTRITO FEDERAL, 2018).

Nesse contexto, reforça o ciclo do planejamento com foco no desempenho, entendendo este como o grau ou medida com que uma intervenção opera segundo critérios, normas e diretrizes específicos, ou o alcance de resultados de acordo com metas ou planos estabelecidos (HARTZ; FELISBERTO; SILVA, 2008)

Outro sistema de apoio à gestão do orçamento é o SIGGO gerido pelo Governo do Distrito Federal cabendo a DIPLAN mantê-lo atualizado.

A sistemática de Monitoramento visa identificar gargalos, propor melhorias e garantir transparência no processo. Além de articulado, deve ser sistemático e contínuo, ou seja, com uma periodicidade bem definida e respeitando os diferentes prazos: curto, médio e longo. Essas fases estruturadas objetivam subsidiar a tomada de decisão dos atores interessados, gestores e técnicos. Está organizada em 5 fases correlacionadas (DISTRITO FEDERAL, 2018):

- Fase 1: As áreas responsáveis pelo acompanhamento dos resultados dos indicadores, ações e etapas do orçamento alimentam dados e informações no Sistema Estratégico do Planejamento-SESPlan até o 10º dia do mês subsequente ao período a ser monitorado.
- Fase 2: A equipe técnica da DIPLAN/SUPLANS realiza uma análise quantitativa e qualitativa das informações registradas no sistema. Realiza-se as RAR - Reuniões de Análise de Resultados, que são reuniões sistemáticas para discussão e análise das ações e resultados dos instrumentos de planejamento, PAS e Etapa SAG, a qual operacionaliza o PDS na respectiva esfera de gestão e orienta eventuais

redirecionamentos. (Fase 3 e 4)

- Fase 3: RAR bimestral: Qualificação dos dados e informações com ajustes e análise dos resultados parciais com a equipe técnica, gerentes e diretores do nível central e administrativo (ADMC) da SES-DF .

- Fase 4: RAR quadrimestral: Análise de resultados para tomada de decisões com os diretores, coordenadores, subsecretários, secretários adjuntos e o secretário de saúde.

Para fortalecer a sistemática de monitoramento na SES é realizado capacitações contínuas dos técnicos e gestores das Subsecretarias da ADCM, FEPECS e FHB responsáveis pelo monitoramento das pactuações de metas, indicadores, ações e etapa do orçamento no SESPlan, de forma a qualificar o preenchimento das informações. Tal ação de capacitação contínua se configura numa importante estratégia, dado o alto índice de rotatividade dos técnicos/gestores responsáveis pelo monitoramento. Se faz necessário reforçar as reuniões de análise de resultados bimestral e quadrimestral de forma a contribuir para a qualificação da tomada de decisão.

2.7.5 Controle Social

A Constituição de 1988, no art. 198, determina que a sociedade participe da gestão do sistema de saúde. Além disso, a Lei nº 8.080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, e a Lei nº 8.142/90 trazem conteúdos importantes sobre essa participação.

De acordo com a Lei 8.080/90, as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS, devem obedecer aos princípios estabelecidos em seu art. 7º, dentre eles, o da participação da comunidade.

As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde, instâncias definidas no art. 1º da Lei nº.8.142/90, constituem, atualmente, os principais espaços para o exercício da participação e do controle social na implantação e na implementação das políticas de saúde em todas as esferas de governo (BRASIL, 2013)

As Conferências de Saúde reúnem-se com representantes dos vários segmentos sociais, a cada quatro anos, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde.

Já o Conselho de Saúde é órgão colegiado, de caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde,

inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões devem ser homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

O fortalecimento dos Conselhos Regionais de Saúde é uma das estratégias para promoção do controle social. A SES-DF busca, também, promover o debate sobre ética, transparência pública e cidadania, conscientizando a população sobre a importância de cada cidadão na tarefa de participar da gestão pública e do controle social do gasto público para a construção de uma sociedade mais justa e livre de corrupção.

Outro ator importante nesse processo é a ouvidoria, que constitui um canal de comunicação entre cidadãos e gestores e contribui para a avaliação e fiscalização da qualidade dos serviços de saúde. Ela efetiva o controle social e auxilia no aprimoramento da gestão do sistema de saúde, atuando também para a efetivação do cumprimento da Lei de Acesso a Informação - Lei Nº 12.527, de 18 de novembro de 2011.

2.7.6 Controladoria Setorial da Saúde

A Controladoria Setorial da Saúde (CONT), unidade descentralizada da Controladoria-Geral do DF (CGDF) que compõe a estrutura organizacional da SES-DF, é responsável pela coordenação e execução das ações asseguradoras da legalidade e moralidade administrativas, com atuação em macrofunções como: controle interno; correição; transparência e controle social e ouvidoria.

A CONT objetiva oferecer mecanismos de participação do cidadão no controle das ações governamentais e disponibilizar melhores canais de comunicação entre a sociedade e o governo, para que o cidadão possa participar diretamente das políticas públicas, manifestando suas críticas, sugestões e denúncias.

A atuação da Controladoria possui direta vinculação com as Batalhas do Eixo - Gestão e Estratégia, do Plano Estratégico do Distrito Federal 2019-2060:

Destarte, a Controladoria objetiva oferecer mecanismos de participação do cidadão no controle das ações governamentais e disponibilizar melhores canais de comunicação entre a sociedade e o governo, para que o cidadão possa participar diretamente das políticas públicas, manifestando suas críticas, sugestões e denúncias.

Quadro 8 - Quarta Batalha: Ser referência no combate à corrupção e na promoção da integridade pública.

| 4ª Batalha | |
|---|---|
| Ser referência no combate à corrupção e na promoção da integridade pública | |
| Descrição da Batalha | Resultados-Chave |
| Uma das principais bandeiras do Brasil contemporâneo é o aprimoramento de instrumentos de controle e combate à corrupção. Dessa forma, cabe ao Distrito Federal melhorias em mecanismos de transparência e de punição aos ilícitos cometidos por agentes públicos a fim de garantir o cidadão de maior confiabilidade nas instituições. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Executar 100% das ações previstas no Plano de Combate à Corrupção 2. Implementar programas de integridade em 100% dos órgãos e entidades definidos como alta complexidade 3. Implementar a Rede de Transparência Pública em 100% dos órgãos e entidades definidos como alta complexidade 4. Aumentar de 38% para 60% a efetiva melhora na prestação dos serviços públicos demandados por meio da ouvidoria com base na resolutividade das solicitações e reclamações avaliadas pelos cidadãos 5. Implantar estrutura correcional e de tomada de contas especial ou comissões permanentes em 100% dos órgãos e entidades definidos como alta complexidade |

Fonte: Plano Estratégico do Distrito Federal 2019-2060.

Quadro 9 - Quinta Batalha: Fortalecer a coordenação de ações de governo de forma eficaz, responsável, transparente e inclusiva.

| 5ª Batalha | |
|---|--|
| Fortalecer a coordenação de ações de governo de forma eficaz, responsável, transparente e inclusiva | |
| Descrição da Batalha | Resultados-Chave |
| Os órgãos e entidades governamentais possuem como principal atribuição a garantia da prestação dos serviços públicos. Para a excelência na prestação desses serviços é necessário que haja ações integradas para identificar prioridades e padronizar mecanismos de gestão e articulação interna e externa. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Implantar projetos de integração de dados e disseminação de informações de políticas públicas em 4 secretarias prioritárias do DF 2. Implementar modelo de gestão estratégica em todos os órgãos e entidades do GDF 3. Implantar 5 projetos para avaliação e formatação de políticas públicas |

Fonte: Plano Estratégico do Distrito Federal 2019-2060.

Ouvidoria

A Ouvidoria busca diversificar e modernizar as formas e meios de acolher as manifestações e informações públicas. Nesse sentido, disponibiliza diferentes formas de acesso: Central telefônica 160, 162, Sistema TAG e o e- SIC - Sistema de Informação ao Cidadão, por meio do qual recebe os pedidos de informações. Analisando os requerimentos recebidos pela Ouvidoria, destaca-se solicitação de informações públicas

referente a recursos humanos em saúde, solicitação de vistas a processos licitatórios, unidades de Saúde, dentre outros.

No período de 2016 a 2018, foram registradas um total de 79.886 de manifestações nos sistemas de Ouvidoria: OuvidorSUS, OUV-DF e E-SIC (Sistema da Lei de Acesso à Informação), conforme detalhamento abaixo:

Tabela 690 - Número de manifestações nos sistemas de ouvidoria no Distrito Federal, 2016 a 2018.

| ANO | SISTEMA | | | | TOTAL GERAL |
|--------------|---------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| | TAG* | OUV-DF* | OuvidorSUS | E-SIC | |
| 2016 | 17.806 | 11.010 | 1.089 | 526 | 30.431 |
| 2017 | 0 | 25.398 | 830 | 565 | 26.793 |
| 2018 | 0 | 31.462 | 1.427 | 783 | 33.672 |
| Total | 17.806 | 56860 | 3.346 | 1.874 | 79.886 |

Fonte: Ouvidoria/SES DF.

O sistema TAG foi substituído pelo OUV-DF a partir de julho/2016. Abaixo, tem-se o detalhamento da tipologia das manifestações registradas nos sistemas OUV-DF, OuvidorSUS e TAG, este último, até dezembro de 2016.

Tabela 701- Tipologia das manifestações de ouvidoria no Distrito Federal, 2016 a 2018.

| ANO | TIPOLOGIA | | | | | |
|--------------|--------------|---------------|---------------|--------------|--------------|------------|
| | Denúncia | Reclamação | Solicitação | Informação | Elogio | Sugestão |
| 2016 | 1.523 | 15.200 | 9.013 | 1.377 | 2.676 | 116 |
| 2017 | 1909 | 14.715 | 3591 | 3368 | 2675 | 170 |
| 2018 | 1716 | 20.228 | 3.368 | 4.037 | 3.347 | 193 |
| Total | 5.148 | 34.943 | 15.972 | 8.782 | 8.698 | 479 |

Fonte: Ouvidoria/SES DF.

Unidade Setorial de Transparência e Controle Social (USTRAC)

A Unidade Setorial de Transparência e Controle Social (USTRAC) é responsável pela disseminação, no âmbito da SES-DF, da cultura do controle social, transparência e acesso à informação.

Nesse sentido, a USTRAC é responsável pelo monitoramento da aplicação da Lei

de Acesso à Informação – LAI nº 4.990, de 12 de dezembro de 2012. O índice anual de atendimento à Lei de Acesso à Informação é calculado por meio da média entre o atendimento à transparência passiva e à transparência ativa.

A transparência passiva se refere aos pedidos de acesso a informações, registrados pelos cidadãos, ao Governo do Distrito Federal e a transparência ativa trata das informações de interesse coletivo ou geral, relacionadas no art. 8º da Lei nº 4.990/2012 e nos arts. 7º e 8º do Decreto Distrital nº 34.276/2013, que os órgãos e entidades do Poder Executivo do Governo do Distrito Federal devem disponibilizar em seus sítios oficiais, independentemente de requerimento. Em 2018, a SES-DF conquistou o Prêmio 100% de Índice de Transparência Ativa, concedido anualmente pela CGDF.

O propósito futuro da USTRAC é garantir o direito de acesso à informação de qualidade à população do Distrito Federal, bem como ser mecanismo de incentivo da transparência pública e do controle social.

Unidade Setorial de Controle Interno (USCI)

A Unidade Setorial de Controle Interno (USCI) é responsável pelos trabalhos de Inspeção (ações focadas na conformidade e no atendimento de demandas mandatórias) e de Auditoria (ações de natureza consultiva e de avaliação dos mecanismos de gestão, principalmente controles e riscos), além da promoção de ações para o aperfeiçoamento dos controles internos primários e da governança.

De forma finalística, as ações de controle no âmbito do Poder Executivo do Distrito Federal, por meio de auditorias e inspeções, resultam na análise e fiscalização de ações e programas e são realizadas em consonância com a Constituição Federal de 1988 (CF/88) e legislação que trata do Sistema de Controle Interno (SCI).

As prioridades organizacionais das Unidades de Controle Interno foram expressas no Decreto nº 39.620, de 07 de janeiro de 2019, que estabelece medidas de integridade pública e ampliação da transparência no âmbito da Administração Direta e Indireta do Distrito Federal para combater, com mais efetividade, os atos de corrupção, desvio, fraude e improbidade administrativa.

A Diretoria de Inspeção (DINSP), realiza inspeções nas unidades da SES, com o objetivo de atestar a regularidade das atividades executadas, identificar falhas e irregularidades em contratos e processos e propor controles administrativos para evitar reincidência.

A Diretoria de Auditoria (DIAUD) trabalha em três frentes principais: Gestão de Riscos, Monitoramento das Recomendações de Auditoria da Controladoria-Geral do Distrito

Federal (CGDF) e emissão de pareceres sobre pagamentos de Despesas Indenizatórias (D.I) e Despesas de Exercícios Anteriores (D.E.A).

A proposta para o próximo quadriênio é apoiar e fomentar a implementação da gestão de riscos e o aprimoramento da estrutura de controles primários na SES-DF, além de aperfeiçoar as análises de processos de pagamento de despesas indenizatórias (D.I), de despesas de exercícios anteriores (D.E.A) e de despesas de atas de registro de preço (ARP).

Unidade Setorial de Correição Administrativa (USCOR)

A Unidade Setorial de Correição Administrativa (USCOR) é responsável por combater irregularidades, na esfera administrativa no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde, por meio de ações preventivas, corretivas e educativas, que visam a redução das incertezas, o aperfeiçoamento dos processos de trabalho e a responsabilidade gerencial na prestação de serviços de saúde digno à população.

O intuito da USCOR é prevenir e apurar irregularidades, por meio da instauração e condução de procedimentos correccionais, e também promover debates para prevenção da corrupção.

2.7.7 Gestão da Informação em Saúde

A Gestão da Informação (GI) aborda um conjunto de estratégias que visa identificar as necessidades de informação, mapear, nos diferentes ambientes da organização, os fluxos formais de informação, assim como o processo de coleta, filtragem, análise, organização, armazenagem e disseminação, com o objetivo de apoiar o desenvolvimento das atividades cotidianas e a tomada de decisão no ambiente corporativo.

Proporciona maior aprimoramento da informação, promovendo o gerenciamento de todo o ciclo de vida da documentação, com conseqüente aumento da segurança da informação e da comunicação, além de acesso de forma transparente, tempestiva, precisa e com qualidade.

Para tanto a GI se utiliza da Tecnologia da Informação (TI), conjunto de dispositivos individuais, como hardware, software, telecomunicações ou qualquer outra tecnologia que faça parte ou gere tratamento da informação, ou, ainda, que a contenha (CRUZ, 2008).

Nesse contexto, os Sistemas de Informação apresentam-se como os componentes inter-relacionados que coletam, processam, armazenam e distribuem informações para apoiar o controle e a tomada de decisão institucional. Conceitualmente, os Sistemas de Informação se constituem em um conjunto de partes quaisquer que geram informações, ou, também, o

conjunto de software, hardware, recursos humanos e respectivos procedimentos que antecedem e sucedem o software (REZENDE, 2002).

A SES pretende instituir a Política de Gestão de Informação, com o objetivo de garantir que os dados cheguem aos locais/pessoas certas sem que ocorram erros ou problemas de integridade, apoiando o desenvolvimento das atividades cotidianas, a tomada de decisão no âmbito da gestão em cada ambiente da SES-DF e promovendo a Transparência Ativa. São ações programadas:

Atividades da Política de Gestão da Informação (GI)

- ✓ Gestores e servidores qualificados e sensibilizados em GI;
- ✓ Identificação das necessidades de informação de cada área da SES-DF;
- ✓ Mapeamento dos fluxos formais de informação nos diferentes ambientes da SES-DF;
- ✓ Definição de fluxos de coleta, filtragem, análise, organização, armazenagem e disseminação dos dados;
- ✓ Identificar demandas e necessidades de informação; mapear e reconhecer fluxos formais, prospectar e monitorar informações; coletar, selecionar e filtrar informações; tratar, analisar, organizar, armazenar informações;
- ✓ Publicar informações utilizando tecnologias de informação e comunicação e retroalimentar o ciclo.

Entregas/resultados da Política de Gestão da Informação (GI)

- ✓ Informação confiável; fidedigna; de qualidade; relevante; precisa e segura
- ✓ Apoio à cultura organizacional positiva em relação ao compartilhamento e a socialização de informações estratégicas;
- ✓ Comunicação informacional eficiente, com a utilização das melhores tecnologias de informação e comunicação (TIC) disponíveis;
- ✓ Sistemas corporativos, produtos e serviços informacionais de diferentes naturezas, visando o compartilhamento e uso de informação;
- ✓ Normas e padrões de sistematização da Gestão da Informação pactuados e aprovados.

2.7.8 Gestão do Trabalho

A Subsecretaria de Gestão de Pessoas – SUGEP/SES tem como objetivo aprimorar os processos de planejamento, gestão, qualificação e formação de profissionais de saúde, no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal.

Com base nos dados disponíveis no Sistema SIGRH, o quantitativo de profissionais do

SUS, no ano de 2018 é trazido considerando os profissionais com vínculo efetivo, requisitados, estagiários, aprendiz, terceirizados e residentes.

Baseado nisso, a tabela abaixo traz o quantitativo da força de trabalho dos profissionais efetivos da SES, bem como dos exonerados, aposentados e comissionados no ano de 2018, totalizando 36.575, sendo 33.391 (91,29%) são servidores efetivos que possuem vínculos protegidos no SUS/DF. Esses dados podem ser compreendidos como profissionais fixos para atender boa parte das demandas de saúde no DF, considerando que a grande maioria dos trabalhadores da saúde são valorizados com vínculos empregatícios efetivos.

Tabela 712 - Total de servidores da SES-DF, por tipos de vínculos, com e sem cargos comissionados nas atividades meio e atividades fins, existentes em dezembro de 2018.

| Tipo de vínculos | Número de servidores em cargo em comissão, sem vínculo efetivo e efetivos para atividade meio e os das atividades fim | | | | Total |
|------------------------------------|---|-----------------------------|--------------------------------|---------------------------|---------------|
| | Comissionados em atividades meio | Efetivos em atividades meio | Comissionados em atividade fim | Efetivos em atividade fim | |
| | Efetivos do GDF | 688 | 5.226 | 927 | |
| Comissionados sem vínculo efetivo | 343 | 0 | 158 | 138 | 639 |
| Requisitados de órgãos do GDF | 0 | 525 | 0 | 224 | 749 |
| Requisitados de órgãos fora do GDF | 0 | 295 | 0 | 0 | 295 |
| Estagiários Menor | 0 | Falta | 0 | 0 | - |
| Aprendiz/Projeto Jovem Candango | 0 | Falta | 0 | 0 | - |
| Terceirizados (FUNAP) | 0 | 95 | 0 | 0 | 95 |
| Residentes | 0 | 0 | 0 | 1406 | 1406 |
| Total | 1.031 | 6.141 | 1.085 | 28.318 | 36.575 |

Fonte: SUGEP/SES-DF. Dados extraídos do SIGRH, em 23/05/2019, sujeitos a alteração.

A tabela 74 demonstra a variação da quantidade de profissionais no ano de 2018 com algumas variações período. As tabelas a seguir tratam da distribuição da força de trabalho lotados na Administração Central (ADMC) e Superintendências das Regiões de Saúde. A classificação apresentada é a tipologia adotada pelo CNES e trazida do Sistema de Recursos Humanos (SIGRH) do GDF.

Tabela 723 - Total dos profissionais de saúde, período de jan-dez/2017, SES-DF, nº de admitidos, desligados, aposentados, percentual de variação, 2018.

| Carreira | Total Jan/2018 | Admitidos | Desligados | Aposentados | Total Dez/2018 | % Variação |
|----------------------------------|----------------|--------------|------------|-------------|----------------|--------------|
| Auxiliar de Saúde | 2.027 | 188 | 93 | 117 | 2.019 | -0,09% |
| Cirurgião-Dentista | 512 | 103 | 4 | 9 | 599 | 16,99% |
| Emprego Comunitários do DF | 1.433 | 1 | 15 | 9 | 1.402 | -2,16% |
| Enfermeiro Especialista em Saúde | 3.255 | 381 | 43 | 74 | 3.520 | 8,14% |
| Médico | 2702 | 287 | 36 | 35 | 2.919 | 8,03% |
| Outras | 5.156 | 685 | 203 | 108 | 5.439 | 5,48% |
| PPGG | 1289 | 249 | 176 | 6 | 1256 | -2,56% |
| Técnico em Saúde | 606 | 7 | 41 | 52 | 539 | -11,05% |
| Total Geral | 33.226 | 3.228 | 928 | 824 | 34.528 | 3,91% |

Fonte: SUGEP/SES-DF. Dados extraídos do Relatório Anual de Atividades, 2018.

Tabela 734 - Quantidade de servidores da SES-DF, lotados na Administração Central, segundo carreira/cargo, SES-DF, ano de 2017 e 2018, Variação.

| Administração Central | 2017 | 2018 | % Variação |
|--|--------------|--------------|--------------|
| Agente Comunitário de Saúde | 4 | 5 | 25,00 |
| Agente de Vigilância Ambiental em Saúde | 389 | 385 | -1,03 |
| Analista em Planejamento e Gestão Urbana e Regional | 2 | 0 | -100,00 |
| Analista em Políticas Públicas e Gestão Governamental | 204 | 179 | -12,25 |
| Auditor de Atividades Urbanas | 146 | 146 | 0,00 |
| Auxiliar em Saúde | 111 | 155 | 39,64 |
| Cirurgião-dentista | 13 | 22 | 69,23 |
| Enfermeiro* | 173 | 214 | 23,70 |
| Especialista em Saúde* | 412 | 473 | 14,81 |
| Gestor em Pol Publ e Gestão Governamental | 26 | 18 | -30,77 |
| Médico* | 168 | 207 | 23,21 |
| Técnico em Planejamento e Gestão Urbana e Gestão Urbana e Regional | 14 | 0 | -100,00 |
| Técnico em Políticas Públicas e Gestão Governamental | 169 | 157 | -7,10 |
| Técnico em Saúde | 982 | 1.367 | 39,21 |
| Total | 2.813 | 3.328 | 18,31 |

Fonte: SUGEP/SES-DF, dez/2018. Dados extraídos do SIGRH, sujeitos a alterações.

Nota: (*) Considerando os profissionais lotados e atuando no CRDF (Central de Regulação e SAMU).

Tabela 745 - Quantidade de servidores da SES-DF, lotados na Superintendência da Região de Saúde Centro-Norte, segundo carreira/cargo, SES-DF, ano de 2017 e 2018, Variação

| Superintendência da Região de Saúde Centro-Norte | 2017 | 2018 | % Variação |
|---|--------------|--------------|-------------------|
| Agente Comunitário de Saúde | 2 | 4 | 100,00 |
| Agente de Vigilância Ambiental em Saúde | 1 | 0 | -100,00 |
| Analista em Políticas Públicas e Gestão Governamental | 2 | 3 | 50,00 |
| Auxiliar em Saúde | 167 | 195 | 16,77 |
| Cirurgião-dentista | 41 | 69 | 68,29 |
| Enfermeiro | 220 | 294 | 33,64 |
| Especialista em Saúde | 220 | 299 | 35,91 |
| Gestor em Pol Publ e Gestão Governamental | 4 | 2 | -50,00 |
| Médico | 507 | 600 | 18,34 |
| Técnico em Políticas Públicas e Gestão Governamental | 2 | 2 | 0,00 |
| Técnico em Saúde | 1.054 | 1.265 | 20,02 |
| Total | 2.220 | 2.733 | 23,11 |

Fonte: SUGEP/SES-DF, dez/2018. Dados extraídos do SIGRH, sujeitos a alterações.

Tabela 756 - Quantidade de servidores da SES-DF, lotados na Superintendência da Região de Saúde Centro-Norte, segundo carreira/cargo, SES-DF, ano de 2017 e 2018,

| Superintendência da Região de Saúde Centro-Sul | 2017 | 2018 | % Variação |
|---|--------------|--------------|-------------------|
| Agente Comunitário de Saúde | 121 | 116 | -4,13 |
| Analista em Políticas Públicas e Gestão Governamental | 15 | 8 | -46,67 |
| Auxiliar em Saúde | 218 | 125 | -42,66 |
| Cirurgião-dentista | 73 | 48 | -34,25 |
| Enfermeiro | 402 | 192 | -52,24 |
| Especialista em Saúde | 331 | 168 | -49,24 |
| Gestor em Pol Publ e Gestão Governamental | 2 | 2 | 0,00 |
| Médico | 598 | 214 | -64,21 |
| Técnico em Políticas Públicas e Gestão Governamental | 4 | 3 | -25,00 |
| Técnico em Saúde | 1803 | 847 | -53,02 |
| Total | 3.567 | 1.723 | -51,70 |

Fonte: SUGEP/SES-DF, dez/2018. Dados extraídos do SIGRH, sujeitos a alterações.

Tabela 767 - Quantidade de servidores da SES-DF, lotados na Superintendência da Região de Saúde Leste, segundo carreira/cargo, SES-DF, ano de 2017 e 2018, Variação

| Superintendência da Região de Saúde Leste | 2017 | 2018 | % Variação |
|---|--------------|--------------|-------------------|
| Agente Comunitário de Saúde | 143 | 135 | -5,59 |
| Analista em Políticas Públicas e Gestão Governamental | 10 | 10 | 0,00 |
| Auxiliar em Saúde | 91 | 129 | 41,76 |
| Cirurgião-dentista | 42 | 58 | 38,10 |
| Enfermeiro | 238 | 277 | 16,39 |
| Especialista em Saúde | 161 | 195 | 21,12 |
| Gestor em Pol Publ e Gestão Governamental | 2 | 2 | 0,00 |
| Médico | 404 | 423 | 4,70 |
| Técnico em Saúde | 988 | 1157 | 17,11 |
| Total | 2.079 | 2.386 | 14,77 |

Fonte: SUGEP/SES-DF, dez/2018. Dados extraídos do SIGRH, sujeitos a alterações.

Tabela 778 - Quantidade de servidores da SES-DF, lotados na Superintendência da Região de Saúde Norte, segundo carreira/cargo, SES-DF, ano de 2017 e 2018, Variação

| Superintendência da Região de Saúde Norte | 2017 | 2018 | % Variação |
|---|--------------|--------------|-------------------|
| Agente Comunitário de Saúde | 155 | 151 | -2,58 |
| Analista em Políticas Públicas e Gestão Governamental | 13 | 11 | -15,38 |
| Auxiliar em Saúde | 250 | 258 | 3,20 |
| Cirurgião-dentista | 69 | 80 | 15,94 |
| Enfermeiro | 322 | 380 | 18,01 |
| Especialista em Saúde | 228 | 254 | 11,40 |
| Gestor em Pol Publ e Gestão Governamental | 1 | 1 | 0,00 |
| Médico | 603 | 617 | 2,32 |
| Técnico em Planejamento e Gestão Urbana e Regional | 1 | 0 | -100,00 |
| Técnico em Políticas Públicas e Gestão Governamental | 4 | 3 | -25,00 |
| Técnico em Saúde | 1.655 | 1833 | 10,76 |
| Total | 3.301 | 3.588 | 8,69 |

Fonte: SUGEP/SES-DF, dez/2018. Dados extraídos do SIGRH, sujeitos a alterações.

Tabela 79 - Quantidade de servidores da SES-DF, lotados na Superintendência da Região de Saúde Oeste, segundo carreira/cargo, SES-DF, ano de 2017 e 2018, Variação

| Superintendência da Região de Saúde Oeste | 2017 | 2018 | % Variação |
|---|--------------|--------------|-------------------|
| Agente Comunitário de Saúde | 199 | 190 | -4,52 |
| Agente de Vigilância Ambiental em Saúde | 1 | 1 | 0,00 |
| Analista em Políticas Públicas e Gestão Governamental | 16 | 14 | -12,50 |
| Auxiliar em Saúde | 242 | 280 | 15,70 |
| Cirurgião-dentista | 93 | 100 | 7,53 |
| Enfermeiro | 350 | 423 | 20,86 |
| Especialista em Saúde | 231 | 296 | 28,14 |
| Gestor em Pol Publ e Gestão Governamental | 1 | 1 | 0,00 |
| Médico | 553 | 558 | 0,90 |
| Técnico em Planejamento e Gestão Urbana e Regional | - | - | 0,00 |
| Técnico em Políticas Públicas e Gestão Governamental | 12 | 12 | 0,00 |
| Técnico em Saúde | 1721 | 1999 | 16,15 |
| Total | 3.419 | 3.874 | 13,31 |

Fonte: SUGEP/SES-DF, dez/2018. Dados extraídos do SIGRH, sujeitos a alterações.

Tabela 780- Quantidade de servidores da SES-DF, lotados na Superintendência da Região de Saúde Sudoeste, segundo carreira/cargo, SES-DF, ano de 2018.

| Superintendência da Região de Saúde Sudoeste | 2017 | 2018 | % Variação |
|---|--------------|--------------|-------------------|
| Agente Comunitário de Saúde | 268 | 255 | -4,85 |
| Analista em Políticas Públicas e Gestão Governamental | 30 | 23 | -23,33 |
| Auxiliar em Saúde | 275 | 324 | 17,82 |
| Cirurgião-dentista | 95 | 123 | 29,47 |
| Enfermeiro | 540 | 591 | 9,44 |
| Especialista em Saúde | 402 | 452 | 12,44 |
| Gestor em Políticas e Gestão Governamental | 3 | 7 | 133,33 |
| Médico | 857 | 861 | 0,47 |
| Técnico em Planej e Gestão Urbana e Regional | 3 | 0 | -100,00 |
| Técnico em Políticas Públicas e Gestão Governamental | 16 | 15 | -6,25 |
| Técnico em Saúde | 2.553 | 2788 | 9,20 |
| Total | 5.042 | 5.439 | 7,87 |

Fonte: SUGEP/SES-DF, dez/2018. Dados extraídos do SIGRH, sujeitos a alterações.

Tabela 791 - Quantidade de servidores da SES-DF, lotados na Superintendência da Região de Saúde Sul, segundo carreira/cargo, SES-DF, ano de 2018.

| Superintendência da Região de Saúde Sul | 2017 | 2018 | % Variação |
|---|--------------|--------------|-------------------|
| Agente Comunitário de Saúde | 166 | 160 | -3,61 |
| Analista em Políticas Públicas e Gestão Governamental | 26 | 25 | -3,85 |
| Auxiliar em Saúde | 237 | 270 | 13,92 |
| Cirurgião-dentista | 64 | 69 | 7,81 |
| Enfermeiro | 445 | 502 | 12,81 |
| Especialista em Saúde | 330 | 355 | 7,58 |
| Gestor em Políticas e Gestão Governamental | 2 | 2 | 0,00 |
| Médico | 565 | 696 | 23,19 |
| Técnico em Planejamento e Gestão Urbana e Regional | 1 | 0 | -100,00 |
| Técnico em Políticas Públicas e Gestão Governamental | 8 | 8 | 0,00 |
| Técnico em Saúde | 2.669 | 2846 | 6,63 |
| Total | 4.513 | 4.933 | 9,31 |

Fonte: SUGEP/SES-DF, dez/2018. Dados extraídos do SIGRH, sujeitos a alterações.

As tabelas a seguir trazem o demonstrativo do quantitativo das Unidades de Referência Distrital (URD).

Tabela 802 - Quantidade de servidores da SES-DF, lotados no Hospital de Base do DF, segundo carreira/cargo, SES-DF, ano de 2018.

| Hospital de Base do DF | 2017 | 2018 | % Variação |
|---|--------------|--------------|-------------------|
| Analista em Políticas Públicas e Gestão Governamental | 4 | 2 | -50,00 |
| Auxiliar em Saúde | 265 | 111 | -58,11 |
| Cirurgião-dentista | 20 | 17 | -15,00 |
| Enfermeiro | 283 | 174 | -38,52 |
| Especialista em Saúde | 243 | 136 | -44,03 |
| Médico | 768 | 627 | -18,36 |
| Técnico em Planejamento e Gestão Urbana e Regional | 1 | 0 | -100,00 |
| Técnico em Políticas Públicas e Gestão Governamental | 1 | 0 | -100,00 |
| Técnico em Saúde | 1.647 | 856 | -48,03 |
| Total | 3.232 | 1.923 | -40,50 |

Fonte: SUGEP/SES-DF, dez/2018. Dados extraídos do SIGRH, sujeitos a alterações.

Tabela 813 - Quantidade de servidores da SES-DF, lotados no Hospital de Apoio, segundo carreira/cargo, SES-DF, ano de 2018.

| Hospital de Apoio | 2017 | 2018 | % Variação |
|---|-------------|-------------|-------------------|
| Analista em Políticas Públicas e Gestão Governamental | 0 | 1 | 100,00 |
| Auxiliar em Saúde | 27 | 30 | 11,11 |
| Cirurgião-dentista | 1 | 2 | 100,00 |
| Enfermeiro | 27 | 32 | 18,52 |
| Especialista em Saúde | 64 | 70 | 9,38 |
| Médico | 48 | 56 | 16,67 |
| Técnico em Saúde | 136 | 150 | 10,29 |
| Total | 304 | 342 | 12,50 |

Fonte: SUGEP/SES-DF, dez/2018. Dados extraídos do SIGRH, sujeitos a alterações.

Com os esforços para recomposição do número de servidores da SES foram realizados atos de nomeação, em substituição a nomeações tornadas sem efeito, aposentadorias de 2017 e de servidores que tiveram publicadas suas exonerações e vacâncias, conforme demonstrado na tabela 86.

Tabela 824 - Quantidade de servidores da SES-DF, lotados no Hospital São Vicente de Paulo - HSVP, segundo carreira/cargo, SES-DF, ano de 2018.

| Hospital São Vicente de Paula - HSVP | 2017 | 2018 | % Variação |
|---|-------------|-------------|-------------------|
| Analista em Políticas Públicas e Gestão Governamental | 3 | 3 | 0,00 |
| Auxiliar em Saúde | 27 | 28 | 3,70 |
| Enfermeiro | 22 | 26 | 18,18 |
| Especialista em Saúde | 25 | 18 | -28,00 |
| Gestor em Políticas e Gestão Governamental | 1 | 1 | 0,00 |
| Médico | 25 | 27 | 8,00 |
| Técnico em Saúde | 179 | 190 | 6,15 |
| Total | 282 | 293 | 3,90 |

Fonte: SUGEP/SES-DF, dez/2018. Dados extraídos do SIGRH, sujeitos a alterações.

Tabela 835 - Número total de servidores nomeados, por carreira na SES, 2018.

| Carreira de Servidores Nomeados SES-DF | 2017 | 2018 | % Variação |
|---|--------------|--------------|-------------------|
| Auxiliar em Saúde | 65 | 287 | 341,54 |
| Técnico em Saúde | 1.145 | 1551 | 35,46 |
| Especialista em Saúde (Total) | 173 | 342 | 97,69 |
| Assistente social | 28 | 13 | -53,57 |
| Fisioterapeuta | 30 | 176 | 486,67 |
| Nutricionista | 11 | 31 | 181,82 |
| Psicólogo | 51 | 30 | -41,18 |
| Terapeuta ocupacional | 10 | 22 | 120,00 |
| Biólogo | 3 | 3 | 0,00 |
| Biomédico | 23 | 47 | 104,35 |
| Farmacêutico bioquímico laboratório | 17 | 19 | 11,76 |
| Enfermeiro | 215 | 331 | 53,95 |
| Cirurgião-Dentista | 64 | 120 | 87,50 |
| Médico | 905 | 1455 | 60,77 |
| Total | 2.567 | 4.427 | 72,46 |

Fonte: <<http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2019/01/PLANILHA-NOMEA%C3%87%C3%95E.2018.SITE.pdf>>.

Em 2018, com objetivo de recompor a força de trabalho, foram realizadas 749 concessões de ampliação de jornada de trabalho, decorrentes das retratações e mediante a opção pelo regime de 40 horas de trabalho para os servidores.

A tabela abaixo mostra os concursos públicos da SES-DF, vigentes durante os anos de 2018 e 2020 (prorrogáveis por mais 02 anos), que tem por objetivo a contratação de profissionais para suprir as demandas.

Tabela 846 - Número de vagas propostas por cargo/especialidade, por número de vagas, aprovados, nomeados e aguardando nomeação para os concursos no ano de 2018, SES-DF, 2018.

| Cargo/Especialidade | Vagas | Aprovados | Nomeados | Aguardando Nomeação (*) |
|-----------------------------------|-------|-----------|----------|-------------------------|
| MÉDICOS | | | | |
| Médico - Anestesiologia | 54 | 179 | 164 | 73 |
| Médico - Neonatologia | 72 | 84 | 84 | 9 |
| Médico - Pediatria | 72 | 208 | 208 | 70 |
| Médico – Med. Intensiva Adulto | 72 | 150 | 116 | 69 |
| Médico - Biometria/P. Médica | 4 | 35 | 0 | 35 |
| Médico - Cancerologia | 10 | 14 | 8 | 8 |
| Médico - Cardiologia | 20 | 76 | 30 | 58 |
| Médico – Cir. do Apar. Digestivo | 5 | 21 | 0 | 21 |
| Médico - Cirurgia Geral - Trauma | 20 | 161 | 31 | 143 |
| Médico - Cirurgia Oncológica | 10 | 11 | 0 | 11 |
| Médico - Cirurgia Pediátrica | 5 | 9 | 2 | 7 |
| Médico - Endoscopia | 5 | 28 | 4 | 25 |
| Médico - Genética | 2 | 6 | 0 | 6 |
| Médico - Geriatria | 2 | 20 | 4 | 17 |
| Médico – Ginec. E Obstetrícia | 20 | 147 | 55 | 123 |
| Médico – Hemat. E Hemoterapia | 6 | 9 | 0 | 9 |
| Médico - Infectologia | 5 | 25 | 2 | 24 |
| Médico - Medicina De Emergência | 45 | 406 | 277 | 244 |
| Médico – M. Física e Reabilitação | 3 | 4 | 4 | 2 |
| Médico - Nefrologia | 20 | 24 | 13 | 19 |
| Médico - Neurologia | 20 | 43 | 3 | 41 |
| Médico - Neurologia Pediátrica | 10 | 9 | 9 | 5 |
| Médico – Ort. e Traumatologia | 4 | 76 | 7 | 69 |
| Médico - Paliativista | 2 | 8 | 5 | 4 |
| Médico - Pneumologia | 8 | 18 | 6 | 17 |
| Médico - Radioterapia | 8 | 11 | 0 | 11 |
| Médico – T. Intensiva Pediátrica | 30 | 39 | 39 | 0 |
| Médico - Família e Comunidade | 30 | 199 | 168 | 133 |
| Administrador | 10 | 884 | 0 | 884 |
| Analista De Sistemas | 10 | 454 | 0 | 454 |
| Contador | 10 | 185 | 2 | 183 |
| Economista | 5 | 68 | 0 | 68 |
| Estatístico | 5 | 5 | 0 | 5 |
| Farm. Bioquímico - Farmácia | 10 | 550 | 4 | 546 |
| Físico (Medicina Nuclear) | 1 | 1 | 0 | 1 |
| Físico (Radiodiagnóstico) | 3 | 1 | 0 | 1 |
| Físico (Radioterapia) | 3 | 2 | 0 | 2 |
| Fonoaudiólogo | 10 | 135 | 0 | 135 |
| Téc. em Com. Social (Jornalista) | 5 | 435 | 0 | 435 |

(continua)

(continuação)

| | | | | |
|---------------------------------|----|------|----|------|
| Enfermeiro Obstetra | 20 | 212 | 2 | 210 |
| Enferm. da Família e Comunidade | 10 | 1178 | 3 | 1175 |
| Téc. de Lab. – Hemat. e Hemot. | 10 | 166 | 6 | 160 |
| Técnico em Contabilidade | 10 | 128 | 19 | 109 |

Fonte: GESP/DIPMAT/SUGEP/CIGEC/SES-DF, 2019.

Nota: (*) Aguardando nomeação: Cadastro Reserva + Solicitações de “Fim de Fila”.

Dentre os desafios a serem enfrentados, estão a implementação da gestão estratégica de pessoas, da educação permanente do SUS/DF e da política de saúde do trabalhador, a estruturação dos processos de trabalho; a integração dos sistemas de informação na gestão de pessoas.

2.7.9 Gestão Orçamentária e Financeira

A Constituição Federal de 1988 determina que as três esferas de governo – federal, estadual e municipal – financiem o Sistema Único de Saúde (SUS). Os percentuais de investimento financeiro dos municípios, estados e União no SUS são definidos, atualmente, pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Por esta lei, municípios e Distrito Federal devem aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde cabendo aos estados 12%.

O Distrito Federal é um ente federativo singular, porquanto possui competências constitucionais que são próprias de Estados e Municípios, cumulativamente, conforme dispõe o art. 32, §1º, CF. Nesse sentido, sua forma de financiamento também difere dos demais entes da federação e a aplicação dos percentuais ocorre dentro de cada base, municipais e estadual, o que resulta em uma média de 13% da arrecadação dos impostos.

Em conformidade com o Art. 7º e 8º da LC-141/2012, o Governo do Distrito Federal - GDF aplica, anualmente, em ações e serviços de saúde, no mínimo 15% (quinze por cento) da receita oriunda dos impostos de base municipal e 12% (doze por cento) da base estadual.

A utilização da receita própria para a apuração do percentual mínimo aplicado com ações e serviços de saúde, no período de setembro a dezembro de 2018, foi de R\$ 16.889.631.974,91 (dezesseis bilhões, oitocentos e oitenta e nove milhões, seiscentos e trinta e um mil, novecentos e setenta e quatro reais e noventa e um centavos) que é o somatório das receitas próprias (Receita Líquida de Impostos) mais receitas de transferências constitucionais legais. Deste valor, o mínimo a ser aplicado pelo GDF seria de R\$ 2.202.722.107,97 (dois bilhões, duzentos e dois milhões, setecentos e vinte e dois mil, cento e sete reais e noventa e sete centavos), que correspondem a 13,04% da receita geral (Tabela 88).

Tabela 857 - Origem dos recursos e descrição das despesas para Cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000, segundo valor acumulado, participação mínima (% e R\$), SES-DF, até dezembro de 2018.

| Origem dos Recursos | Valor Acumulado | Participação Mínima | |
|---|--------------------------|-------------------------|-------------------------|
| | | % | R\$ 1,00 |
| 1) Base de Cálculo Estadual | 11.024.089.608,92 | 12 | 1.322.890.753,07 |
| 2) Base de Cálculo Municipal | 5.865.542.365,99 | 15 | 879.831.354,90 |
| 3) Total: (1) + (2) | 16.889.631.974,91 | 13,04 | 2.202.722.107,97 |
| Descrição das Despesas | | Valor (R\$) | % |
| 4) Total Aplicado nas Funções 10 e 28 | | 3.010.451.574,63 | |
| 5) * Exclusões (ODC função 28) | | (7.528.820,81) | |
| 6) Total: (4) - (5) | | 3.017.980.395,44 | 17,87 |
| SUPERAVIT / DÉFICIT (+): (6) - (3) | | 815.258.287,47 | 4,83 |

Fonte: GEPLoS/DIPLAN/COPLAN/SUPLANS/SES-DF. Dados extraídos da Portaria-SEFAZ nº 37, de 25/01/2019, publicada no DODF nº 21, de 30/01/2019, p. 76-77. Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO).

Nota: *Exclusões: Aplicações na função 28 (Encargos Especiais) em gastos que não se referem a custeio de pessoal em atividade de saúde. Outras exclusões: Despesas que não se enquadram em ASPS e saldo financeiro no final do exercício no PDPAS.

Quanto ao ciclo orçamentário, é importante destacar o orçamento, documento que prevê a quantidade de recursos que, em um determinado período (normalmente um ano), deve entrar e sair dos cofres públicos (receitas e despesas públicas), com especificação de suas principais fontes de financiamento e das categorias de despesa mais relevantes. Formalizado por meio de lei proposta pelo Poder Executivo, apreciada e ajustada pelo Poder Legislativo na forma definida pela Constituição (BRASIL, 2016).

A elaboração da peça orçamentária é subordinada a leis superordenadoras (Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO e Plano Plurianual – PPA).

O orçamento da SES-DF em 2018 é composto por diversas fontes de recursos, sendo as principais: o tesouro do GDF (43,89%), o repasse fundo a fundo (Fonte 138) do Ministério da Saúde (8,61%), a Fonte 338 do Ministério da Saúde (3,07%), os convênios realizados com a União (0,51%) e o Fundo Constitucional do Distrito Federal (43,35%). A Operação de Crédito Interna (OCI) e as Emendas Individuais Federais, somam juntos 0,57%, definido no gráfico abaixo como “outros”.

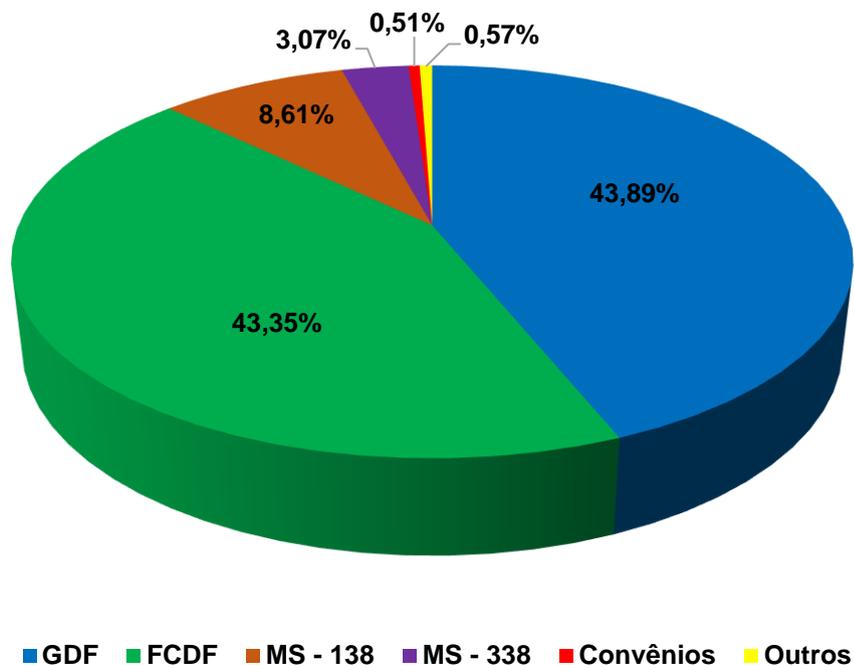
No início do exercício, a execução orçamentária, normalmente, começa com arrecadação menor e no decorrer do ano, à medida que as receitas ingressam nos cofres públicos do GDF, o percentual de recursos do tesouro tendem a ser maiores.

Quadro 10- Normativas da elaboração do orçamento público.

| Normas físicas e orçamentárias | Vigências | Conteúdo Básico |
|---|-------------------------|---|
| Constituição Federal | Permanente | Prerrogativas de cada poder, definição do sistema de planejamento e orçamento, vinculações, vedações e princípios. |
| Leis Complementares – Lei n.4.320/64 e LC n. 101/2000 (LRF) | Permanente | Normas gerais de prazos e vigências, Elaboração e organização das leis temporárias (PPA/LDO/LOA), gestão financeira e patrimonial e normas de gestão fiscal voltadas à responsabilidade fiscal. |
| Plano Plurianual – PPA | Temporária 04 anos | Diretrizes, objetivos e metas para as despesas de capital decorrentes e despesas correntes continuadas, projetos prioritários. |
| Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO | Temporária 1 ano | Metas e prioridades, orientação para a elaboração e execução da lei orçamentária e previsão das alterações na legislação tributária, conteúdo determinado pela LRF (Anexo de Metas Fiscais, Anexo de Riscos Fiscais, definição da reserva de contingência etc.) |
| Lei Orçamentária Anual (orçamento fiscal, da seguridade social e de investimentos de empresas estatais) | Temporária 1 ano | Estimativa da receita e fixação da despesa orçamentária – autoriza anualmente dotações orçamentárias para cada categoria de programação; projeto de lei de crédito suplementar e especial, além de medidas provisórias, podem alterar a lei orçamentária anual. |
| Resoluções, Normas e Regulamentos internos do Poder Legislativo | Permanente | Normas de apreciação da matéria orçamentária na Comissão Mista de Orçamento e no Congresso Nacional Decretos, Portarias, Instruções. |
| Normativas do Poder Executivo | Permanente e Temporária | Decretos de limitação de empenho e de pagamento, portarias previstas na Lei n. 4.320/64 ou na LDO etc. |

Fonte: (GREGGIANIN 2005)

Gráfico 85 - Composição do Orçamento da SES-DF, 2018.



Fonte: GEPLoS/DIPLAN/COPLAN/SUPLANS/SES-DF. Dados extraídos do SIGGO, QDD em 27/06/2019.

A proposta orçamentária da saúde é realizada mediante a necessidade de despesas corrente e de capital das áreas técnicas da pasta. A elaboração do projeto da Lei Orçamentária Anual é da SEEC (Secretaria de Estado de Economia), onde apresenta um teto orçamentário por pasta que deve adequar o orçamento previsto com o teto orçamentário.

Nos últimos 10 anos a proposta orçamentária da saúde no DF não pode ser contemplada na sua plenitude sendo necessária a suplementação de recursos ao longo dos anos. Observa-se que o SUS vem sofrendo com o subfinanciamento ao mesmo tempo, em que a demanda por serviços de saúde aumenta, motivada por mudanças nos perfis socioeconômico e epidemiológico dos brasileiros. Entre as mudanças, o envelhecimento da população, o aumento dos acidentes de trânsito e da violência e o crescimento do desemprego, que faz com que pessoas abandonem os planos de saúde, aumentando a procura pela rede pública. Nesse sentido, é, especialmente, importante identificar formas de mobilização de recursos e de melhor utilização dos recursos disponíveis.

Investimentos no SUS

Após o dimensionamento dos recursos próprios parte-se para conseguir recursos de outras fontes, sendo o orçamento da União, normalmente a principal delas. As dotações orçamentárias destinadas às transferências de recursos são alocadas no Orçamento Geral da União de duas formas (CONASS 2016):

- Recursos de Programa/Ação

É a dotação orçamentária na qual as entidades públicas e privadas têm a iniciativa de cadastrar propostas de projetos mediante programas previamente elencados pelo órgão público concedente.

- Recursos de Emenda Parlamentar

É a dotação orçamentária na qual o Poder Legislativo pode participar e influir no Orçamento Geral da União com vistas a aperfeiçoar as propostas encaminhadas pelo Poder Executivo. Na esfera do Distrito Federal, o Poder Executivo realiza o processamento das emendas de acordo com a legislação vigente, iniciando a análise pelas propostas prioritárias.

- Recursos de financiamento externo: BID (Banco Interamericano de Desenvolvimento), BIRD (Banco Internacional de Reconstrução do Desenvolvimento), WFO/UNICEF (Organização Mundial da Família/Fundo das Nações Unidas para a Infância), OPAS/OMS (Organização Panamericana de Saúde/Organização Mundial da Saúde), dentre outros.

Gestão de Custos

A Gestão de Custos constitui uma ferramenta de grande relevância para as instituições hospitalares privadas ou públicas, pois enquanto a apuração serve de instrumento eficaz de gerência e acompanhamento dos serviços, o controle permite a implantação de medidas corretivas que visam um melhor desempenho das unidades, com base na possível redefinição das prioridades essenciais, aumento da produtividade e racionalização do uso de recursos, dentre outras medidas administrativas. O conhecimento dos custos no serviço público é fundamental para atingir uma alocação eficiente dos recursos.

A SES-DF, atuou como piloto nacional na implantação em unidades hospitalares e, atualmente, participa do Programa Nacional de Gestão de Custos – PNGC, do Ministério da Saúde. Em 2014, a Secretaria foi incluída no projeto piloto de Gestão de Custos para Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e, em 2015, apresentou demanda ao Ministério da Saúde para inclusão da Atenção Primária.

A implantação da Gestão de Custos, para todas as unidades de saúde da rede SES-DF, incluindo a Atenção Primária, tornou-se obrigatória, por meio da Portaria nº 79, de 29 de abril de 2015. A Gestão de Custos nas SESDF encontra-se, ainda, em implementação, com algumas unidades em fase mais avançada e outras em fase inicial.

O método utilizado no PNGC é o de Custeio por Absorção, aquele que faz debitar, ao custo dos produtos, todos os custos da área de fabricação, sejam eles definidos como diretos ou indiretos, fixos ou variáveis, de estrutura ou operacionais. O sistema trabalha com 05 (cinco) grupos de gastos: pessoal, serviços de terceiros, material de consumo, despesas gerais e depreciação (este último ainda não é trabalhado).

As ações e esforços estão concentrados na ampliação da Gestão de Custos para toda a rede SES-DF, incluindo as unidades de saúde da Atenção Primária e Secundária à Saúde: Unidades Básicas de Saúde - USBs, Unidades Mistas, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, Laboratório Central – LACEN, entre outras. Para tanto, a SES vem fortalecendo a parceria com o Ministério da Saúde com o intuito de viabilizar a inserção da Atenção Primária no ApuraSUS, realizando mapeamentos na rede e capacitando os servidores nas regionais de saúde.

A melhoria constante na qualidade da informação de custos e de produção nas unidades de saúde, com base na padronização de relatórios de análise crítica, a fim de prover o agente de custos de ferramentas gerenciais, visa qualificar as informações técnicas para a melhoria da gestão. Planeja-se implantar a Gestão de Custos em 100% das unidades de saúde da rede SES-DF, de forma a consolidá-la como instrumento gerencial que promove a otimização da utilização dos recursos e a melhoria dos processos de trabalho.

Para aprimoramento da gestão orçamentária e financeira a Secretaria de Saúde vem

envidando esforços para o incremento da captação de recursos, inclusive por meio do aumento do teto MAC (Média e Alta Complexidade), o aprimoramento dos processos internos da gestão de custo nas Regiões de Saúde, otimizando os recursos que já são disponibilizados.

2.7.10 Regulação da Atenção à Saúde

O processo de regulação do acesso à assistência no DF é exercido pelo Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal - CRDF e suas unidades operacionais. Abrange a regulação médica como autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização definidos e pactuados entre os gestores envolvidos para a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos, transplantes de órgãos e tecidos e outros que se fizerem necessários.

No contexto da regionalização do Distrito Federal, toda a regulação do acesso à assistência à saúde é realizada por meio dos panoramas 1, 2 e 3, os quais são operacionalizados através do Sistema de Regulação para o módulo regionalizado (SISREG III).

O Panorama 1 abrange a regulação regional. O território possui aptidão para gerenciar sua própria distribuição da oferta e a alocação da demanda dos pacientes conforme sua capacidade instalada, além de serem responsáveis pela qualificação das solicitações (consultas/procedimentos/internações), de acordo com os fluxos e protocolos vigentes.

Os procedimentos ambulatoriais regulados por especialidade e panoramas seguem as seguintes distribuições:

- Consultas reguladas por especialidade – panorama 1

1. Mastologia geral
2. Endocrinologia adulto
3. Oftalmologia geral
4. Dermatologia geral
5. Cardiologia adulto
6. Otorrinolaringologia geral

O Panorama 2 abrange a regulação pactuada/inter-regional. A região ofertante do recurso deverá ter aptidão para gerenciar, além de sua demanda, também a demanda de outro território/região, mediante pactuação prévia.

O Panorama 3 é regulação realizada centralmente pelo CRDF. Refere-se a recursos que não estão presentes na maioria dos territórios, sendo estes escassos e estratégicos, estando concentrados em unidades executantes próprias, contratadas e/ou conveniadas específicas que servem a toda a rede.

Consultas reguladas por especialidade - panorama 3

1. Alergia e imunologia
2. Otorrinolaringologia - subespecialidades
3. Saúde auditiva
4. Oftalmologia - subespecialidades
5. Cirurgia plástica
6. Cirurgia vascular – venosas e arteriais
7. Pediatria – apenas subespecialidades
8. Radioterapia
9. Oncologia clínica

Exames regulados - panorama 3

1. Densitometria óssea
2. Estudo eletrofisiológico
3. Ecocardiografia
4. Tomografia computadorizada
5. Ressonância magnética
6. Procedimentos endovasculares
7. Audiometria
8. Mamografia
9. Holter 24 horas
10. Monitoração ambulatorial da pressão arterial
11. Potencial evocado auditivo
12. Ressonância magnética
13. Retinografia
14. Teste de esforço
15. Teste de processamento auditivo
16. “Tilt-test”
17. Ultrassonografia doppler arterial
18. Ultrassonografia transfontanela
19. Vectoeletronistagmografia
20. Videoendoscopia nasal rígida
21. Videolaringoscopia

O CRDF coordena, executa, monitora e avalia a regulação do acesso aos leitos hospitalares clínicos, cirúrgicos e de unidades de terapia intensiva, aos procedimentos cirúrgicos eletivos, aos procedimentos e consultas ambulatoriais, ao atendimento de urgência

móvel e todo o processo de transplantes de órgãos e tecidos e habilitação de unidades transplantadoras.

Os sistemas utilizados para a regulação dos leitos clínicos e cirúrgicos é o Sistema de Gestão de Leitos (SISLEITOS). Os leitos de terapia intensiva são regulados por meio do Sistema de Prontuário Eletrônico TrakCare®. Já os procedimentos ambulatoriais e cirurgias eletivas são regulados pelo Sistema Nacional de Regulação (SISREG III).

Todos os hospitais da Rede SES-DF possuem cadastro de seus leitos clínicos e cirúrgicos no SISLEITOS, o qual registra as solicitações, internações, situação de leitos e lista de espera em esquema de 7 dias por semana e 12 horas por dia.

A regulação e monitoramento da situação dos leitos de unidade de terapia intensiva é realizada continuamente (7 dias por semana e 24 horas por dia) por acesso ao sistema TrakCare®.

Atualmente, há dois hospitais conveniados à SES-DF com cirurgias eletivas reguladas – Instituto Hospital de Base do Distrito Federal e Instituto de Cardiologia do Distrito Federal. Ainda este ano será iniciado a regulação de cirurgias eletivas dos demais hospitais da SES-DF.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, possui vinculado à Gerência de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (GAPHM), sete Núcleos de Atendimento Pré-Hospitalar (NAPH), como segue: 1. Núcleo de Atendimento Pré-Hospitalar Norte 2. Núcleo de Atendimento Pré-Hospitalar Sul 3. Núcleo de Atendimento Pré-Hospitalar Sudoeste 1 4. Núcleo de Atendimento Pré-Hospitalar Sudoeste 2 5. Núcleo de Atendimento Pré-Hospitalar Oeste 6. Núcleo de Atendimento Pré-Hospitalar Centro-Norte e Leste 7. Núcleo de Atendimento Pré-Hospitalar Centro-Sul.

As ambulâncias do SAMU são classificadas conforme a Portaria GM/MS n° 2048, de 5 de novembro de 2002 que aprovou o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.de Suporte.

O suporte aeromédico funciona em parceria com o Corpo de Bombeiros Militares do Distrito Federal (CBMDF). A aeronave pertence ao CBMDF e a tripulação é composta por servidores de saúde do SAMU.

O Centro de Informação e Assistência Toxicológica – CIATox, pertencente à Central de Informações Toxicológicas e Atendimento Psicossocial – CEITAP, está previsto na Portaria de Consolidação MS/GM nº 3, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde, especificamente Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

A Portaria MS/GM nº 2.048/2002, também regulamentou que a atenção às crises psiquiátricas é competência do SAMU. No Distrito Federal, a implantação do Núcleo de Saúde Mental – NUSAM – teve início em julho de 2011, por meio do serviço de psicologia. Devido à

eficiência do projeto, em maio de 2016, o NUSAM foi reconhecido junto ao Conselho de Saúde do Distrito Federal, entendido como um serviço essencial dentro da Rede de Atenção Psicossocial (Resolução CSDF no 457, de 05 de abril de 2016). O serviço possui funcionamento 24h e 7 dias por semana, sendo formado por dois componentes de atendimento: um fixo e um móvel. O componente fixo do NUSAM é uma baia de regulação em saúde mental inserida na Central de Regulação de Urgências 192.

O componente móvel trata-se de uma Unidade de Suporte Avançado – USA – especializada em saúde mental, que atende pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e/ou persistentes com prioridade para aquelas que apresentam: a) extrema agitação psicomotora, auto agressividade e heteroagressividade; b) comportamento violento com riscos para si e para terceiros; c) comportamento suicida; d) surto psicótico; e) necessidade de contenção química in loco; f) vítimas de violência (física e sexual); g) dependência química grave que não conseguem pedir ajuda sozinhos; h) situações de crise decorrente da vivência de eventos de desastres, catástrofes, calamidades, luto traumático; i) outros pacientes com necessidades de cuidados intensivos psiquiátricos e psicológicos.

A CET (Central Estadual de Transplantes) é responsável pela formulação, promoção, monitoramento e avaliação da Política Distrital de Doação de Órgãos e tecidos. Suas atividades são direcionadas a pacientes em fila de espera cadastrados (receptor), família do doador, centros transplantadores/equipes e equipes assistenciais. Realiza regulação de transplante dos seguintes órgãos: fígado, rim, coração, pâncreas e pulmão. E regula os transplantes dos tecidos: córnea, medula óssea, pele e osso.

2.7.11 Cadeia de Suprimentos

O Plano Estratégico do Distrito Federal 2019-2060, elaborado a partir de oito eixos temáticos, traz em seu Eixo Saúde, as batalhas a serem enfrentadas entre 2019-2022. A primeira batalha é “Garantir que a população tenha acesso ao medicamento certo na hora certa.”

A reorganização dos processos que compõem a Cadeia de Suprimentos da SES-DF - planejamento, aquisição, armazenamento e distribuição - envolve desde a adequada análise da demanda (o quê, quanto e quando comprar) até o controle constante do uso efetivo de medicamentos e insumos pelas unidades de saúde.

A necessidade de reestruturação da Cadeia de Suprimentos na SES-DF tem por objetivo contribuir para mitigar a precarização nos atendimentos à população, seja por irregularidade no abastecimento de insumos e medicamentos, ou por perdas e desperdícios.

Destaca-se que, o mapeamento do processo de contratações e a publicação do Manual de Contratações (2017) trouxeram melhorias às compras. Entretanto, há necessidade de

outras medidas para garantir o abastecimento, especialmente relacionadas ao sistema de gestão de materiais e a implementação do Plano Anual de Compras e Contratações da SES-DF, em conformidade com o previsto no Decreto Nº 37.729, de 26 de outubro de 2016, na Portaria Nº 500, de 09 de novembro de 2018, e legislações correlatas.

Diante desse cenário e, considerando que o objetivo precípua da Cadeia de Suprimentos consiste em alocar os recursos necessários ao processo produtivo com qualidade, em quantidades adequadas, no tempo correto e com menor custo, espera-se os seguintes benefícios desse processo:

- Planejamento coerente da demanda, baseados em dados de consumo;
- Processo de contratação qualificado;
- Controle e rastreabilidade dos medicamentos e produtos para a saúde, mitigando desprovements, desperdícios e extravios;
- Estoques com informações confiáveis, rastreáveis e em tempo real.

2.8 Ensino, Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Saúde

2.8.1 Ensino e Pesquisa, valorização do servidor

Evidências e conhecimentos científicos são subsídios para a elaboração de políticas públicas de saúde e para a tomada de decisão por parte dos gestores. Devem contribuir para a sustentabilidade do SUS, a melhoria da qualidade de vida da população e para o aprimoramento do acesso aos bens e serviços em saúde pela população.

A Subsecretaria de Gestão de Pessoas – SUGEP/SES-DF e a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS são responsáveis, respectivamente, pela elaboração de programas de aperfeiçoamento de pessoal e formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação.

A SES DF, nas propostas de ações estratégicas apresentadas para a educação em saúde, ressalta dois aspectos:

a) a necessidade de preparar equipes para atuação multiprofissional, considerando os fatores técnicos e comportamentais;

b) a necessidade de criar uma trilha básica de competências necessárias ao profissional de saúde que ingressa na SES, que dará base a uma cultura de trabalho em equipe, proatividade, capacidade de lidar com a diversidade de pessoas e atuações, e preparação para atuar com controle de metas, indicadores e resultados, por meio de sistemas informatizados.

Para execução dessas ações estratégicas, foi elaborado um Plano de Educação Permanente em Saúde (PEPS) (DISTRITO FEDERAL, 2019), com os seguintes objetivos: o aprender e o ensinar devem ser incorporados ao cotidiano das organizações e ao trabalho; a educação tem por base a aprendizagem significativa e a possibilidade de transformar as práticas profissionais; a educação se faz a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm; a educação considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações.

A Gerência de Educação em Saúde/SUGEP deve coordenar a elaboração e aprovação do PEPS SES-DF nas instâncias definidas pela PNEPS, divulgar as diretrizes de educação em saúde da SES-DF, avaliar e aprovar, em conjunto com a EAPSUS, os projetos de ação educativa da SES-DF e propor a reestruturação dos NEPS, com processo seletivo interno para provimento dos cargos.

A Escola de Aperfeiçoamento do SUS – EAPSUS/FEPECS/DF deve planejar as ações educativas a partir das demandas das unidades da SES, de acordo com o perfil epidemiológico e executar os programas de desenvolvimento profissional indicados no PEPS SES-DF. Ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde – NEPS coube a promoção das ações de Educação Permanente e Continuada, nas Regiões de Saúde.

Concernente à formação de recursos humanos, a FEPECS, criada pela Lei 2.676/2001, tem a finalidade de formação de quadros profissionais de nível técnico e superior, de pesquisas e extensão, e atua por meio de suas três escolas: Escola Superior em Ciências da Saúde - ESCS, Escola Técnica de Brasília - ETESB e a Escola de Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde - EAPSUS.

A ESCS coordena cursos de graduação, atualmente medicina e enfermagem, pós-graduação e extensão. Na pós-graduação, a ESCS oferece 145 programas de Residência, distribuídos nas áreas Médica, de Enfermagem, Nutrição, Odontologia, Fisioterapia e Psicologia e, desde 2015, a Escola oferece Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde. Além disso, a ESCS possui na sua estrutura a Coordenação de Pesquisa e Comunicação Científica – CPCC, responsável pelas atividades de pesquisa no âmbito de toda a SES-DF, inclusive a elaboração de editais de fomento da Fepecs, o monitoramento e avaliação dos resultados, de forma articulada com a Fundação de Apoio à Pesquisa do DF - FAP-DF, Conselho de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, Ministério da Saúde - MS e outros.

A ETESB tem por objetivo oferecer cursos de Educação Profissional Técnica, Pós-técnica e Formação Inicial e Continuada aos trabalhadores e à comunidade, em consonância com as estratégias e prioridades do SUS no Distrito Federal, e a EAPSUS compreende processos educacionais voltados ao aprimoramento de competências dos profissionais da

Rede SUS/DF. A Educação Permanente e a Educação Continuada ofertadas pela Escola apresentam uma proposta de ação educativa para os trabalhadores a partir de problemas encontrados na realidade dos serviços, correlacionando teoria e prática e considerando as experiências individuais e comunitárias.

Para o quadriênio 2020-2023, serão implementadas as seguintes ações de ensino e pesquisa (fonte: Relatório da Coordenadoria de Projetos Estratégicos\FEPECS):

- Ampliar a oferta de cursos técnicos e pós-técnicos;
- Qualificar 100% dos Agentes Comunitários de Saúde da SES-DF no Curso de Qualificação Profissional Inicial;
- Ampliar os Programas de Residência Médica em áreas prioritárias para a SES-DF;
- Ampliar os Programas de Residência em Áreas Profissionais de Saúde, modalidade multiprofissional;
- Manter a oferta de curso graduação e de pós-graduação stricto sensu na modalidade Mestrado Profissional;
- Ampliar os Projetos e Programas de Extensão da ESCS;
- Ampliar as ações para qualificação da integração ensino-serviço na SES-DF; e
- Ampliar oferta de vagas em ações educativas para servidores da SES-DF e comunidade.

Há desafios importantes relativos à formação de profissionais baseados nas necessidades das Regiões de Saúde e ADMC para que se viabilizem as mudanças necessárias no modelo de atenção com foco nas redes de atenção e na regionalização. Para que isso aconteça é necessário a aproximação entre as áreas da saúde e da educação para a qualificação dos profissionais do SUS DF.

Como proposta para o próximo quadriênio está a implementação do Plano de Educação Permanente, a reestruturação e fortalecimento dos NEPS (Núcleos de Educação Permanente).

2.8.2 Gestão da TIC (Tecnologia da Informação e Comunicação)

O termo Tecnologia da Informação (TI) serve para designar o conjunto de recursos tecnológicos e computacionais para a geração e uso da informação, fundamentada em componentes como: hardware (dispositivos e periféricos), software e seus recursos, sistemas de telecomunicações e gestão de dados e informações. Uma vez que se vivencia na "era da informação", a tecnologia da informação tornou-se uma parte natural da vida cotidiana (REZENDE, 2002).

O termo Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) refere-se ao conjunto de tecnologias que permitem o acesso à informação através do uso de telecomunicação, e se configura num meio facilitador que permite a comunicação entre todas as áreas. A informação e a comunicação são ferramentas que otimizam os serviços e propiciam um conhecimento abrangente, juntamente com as tecnologias que auxiliam essas práticas.

Segundo Spinola e Pessoa (SPÍNOLA; PESSOA, 1997) a informação é uma ferramenta poderosa para uma organização, pois, por meio dela, pode-se ter o domínio dos diversos parâmetros que regem a sua dinâmica.

O uso das TICs vem transformando o cotidiano das atividades humanas, sendo que, na década de 1970 o foco esteve sobre os serviços bancários, na década de 1980 sobre os processos industriais; e, desde o final da década de 1990 e início da década de 2000 a atenção voltou-se principalmente para a área da Saúde (RUIZ ,2006).

A área da saúde é uma grande interessada na transformação digital. O emprego das tecnologias de informação e comunicação (TIC) cresce, o número de estabelecimentos com acesso aumenta, o rol das tecnologias aplicadas diversifica-se e se amplia o contingente de profissionais que interagem com sistemas de informação (BRASIL, 2018).

A transformação digital traz para a área de saúde uma geração de trabalhadores que é usuária cotidiana da tecnologia digital e, por isso, quando comparada às gerações anteriores, tem maior facilidade para lidar com os equipamentos digitais. Essa geração também tem maiores expectativas sobre o funcionamento de interfaces computacionais e menor tolerância a sistemas emperrados, burocráticos e inseguros (BRASIL, 2018).

Nesse sentido gera expectativa dos clientes de que os serviços respondam com agilidade, precisão e transparência. São pessoas que exigem a presença das marcas nas redes sociais e expõem sua opinião nessas plataformas, ouvem a manifestação de outros clientes para tomar decisões, procuram nos serviços valores reais, identificados com seus próprios princípios, a um preço justo e baseado na economia compartilhada (BRASIL 2018).

O momento atual exerce uma grande pressão sobre as empresas fornecedoras de tecnologia e de serviços de saúde para que elas se organizem para propiciar uma experiência de usuário adequada aos novos tempos (BRASIL, 2018).

A pressão vem do funcionário e do paciente usuário dos serviços, ambos pedindo uma experiência digital adequada aos padrões modernos de usabilidade, o que inclui acesso móvel, ritmo acelerado como o das redes sociais, informação consistente e verificável, eficiência e qualidade estética.

A pressão por inovação é grande, e a experiência de usuário é peça-chave nesse processo. É necessário ouvir os canais de contato com o usuário, entender antecipadamente a experiência e descartar rapidamente ideias que possam fracassar.

No Brasil, a Política Nacional de Informática e Informação em Saúde, elaborada em 2004, teve como objetivo promover o uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação, para melhorar os processos de trabalho em saúde, resultando em um Sistema Nacional de Informação em Saúde articulado, que possa produzir informações para os cidadãos, a gestão, os profissionais de saúde, a geração de conhecimentos e o controle social. Esse sistema integrado deverá garantir ganhos de eficiência e de qualidade, contribuindo para a melhoria da saúde da população brasileira (BRASIL, 2016).

Há que ressaltar que um fator fundamental para a melhoria dos sistemas de informação em saúde é a utilização dessas informações como insumos na produção cotidiana das decisões dos gestores dos sistemas de atenção à saúde, conforme sustenta a atenção à saúde baseada em evidência. A atenção deve estar suportada por tecnologia de informação potente, especialmente por prontuários clínicos integrados.

Segundo Mendes (2011) as tecnologias de informação ancoram os sistemas logísticos, que são o quarto componente das redes de atenção à saúde. Os sistemas logísticos são soluções tecnológicas, que garantem uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas nas redes de atenção à saúde, permitindo um sistema eficaz de referência e contrarreferência das pessoas e trocas eficientes de produtos e informações, ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio, nas redes de atenção à saúde.

O processo de Gestão de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) é composto por dois subprocessos: o subprocesso de Elaboração do Plano Diretor de TIC (PDTIC) e o subprocesso de Execução e Monitoramento do PDTIC. Esses subprocessos são responsáveis por garantir a entrega de serviços e de soluções de TIC que atendam aos objetivos institucionais.

O Plano Diretor de Tecnologia da Informação (PDTI) da SES DF é de responsabilidade da CTINF (Coordenação Especial de Tecnologia de Informação em Saúde), e tal instrumento deve nortear as aquisições de bens e serviços de TIC.

Segundo o PDTI as metas para cumprimento até 2022 são:

1. adoção das disciplinas de governança de TIC: gestão de incidentes, gestão de problemas, gestão de mudanças, gestão de liberação, gestão de cronograma, gestão de escopo, gestão de orçamento;
2. capacitação de servidores em TIC, Governança de TI e Gerência de Projetos;
3. integração de sistemas de apoio às atividades de saúde;
4. modernização dos equipamentos de TIC dos usuários;
5. disponibilização de acesso à rede de alta-velocidade da SES-DF;

6. disponibilização de serviços computacionais de apoio às atividades de saúde com acesso pelo smartphone (TDc – para colaboradores da SES-DF e TDu – para usuários dos serviços da SES-DF).

Para além disso, foi instituído pela Portaria nº 97, de 09 de junho de 2016, o Comitê Gestor de Informação e Informática (CGI), no âmbito da SES-DF, com o objetivo de elaborar e revisar os procedimentos que visem o aperfeiçoamento e a atualização dos sistemas de informação. A CTINF é responsável pelas funções de Secretaria Executiva do Comitê.

O grande desafio é ser referência em gestão, aperfeiçoamento e inovação em soluções e serviços de TIC - Tecnologia da Informação e Comunicações na saúde do Distrito Federal, para que sejam consolidados o desenvolvimento e a manutenção dos sistemas de informação, a administração dos recursos do parque computacional e o atendimento e suporte aos recursos/serviços de TIC que estão sob o seu domínio de atuação. Para isto, é necessário que seja ampliada a utilização dos recursos em diversas fontes, que assegurem investimentos permanentes e, ao mesmo tempo, que sejam adotadas as melhores práticas de gestão para a melhoria dos custos, a fim de que seja possível ampliar e modernizar a infraestrutura tecnológica que são mantidas pela SES.

A ampliação e a modernização do parque tecnológico da SES permitirão que todas as Unidades de Saúde utilizem os serviços de atendimento hospitalar e ambulatorial com maior eficiência, eficácia e efetividade, que os dados do Sistema Integrado de Saúde – SIS sejam efetivamente inter-relacionados com os sistemas do Ministério da Saúde e com os demais sistemas das políticas de atenção à saúde, aumentando de forma exponencial a gestão das informações, a melhora substancial na captação e gestão de recursos e, ainda agilizando as tomadas de decisões nos diversos níveis da SES.

Promover a expansão para todas as Unidades de Saúde da utilização dos serviços de registro de atendimento hospitalar e ambulatorial, desenvolver as habilidades e competências para facilitar a execução das rotinas dos processos de trabalho, manter uma central de serviços que melhor atenda e preste o suporte devido para os usuários dos sistemas de informação e recursos computacionais e agilizar as tomadas de decisões na SES, são objetivos que serão alcançados com a implantação da rede de comunicação em 100% de todas as Unidades de Saúde.

Além disso, num mundo globalizado no qual a informação e o conhecimento acontecem de forma dinâmica, se faz necessária a implementação de mecanismos que proporcionem a integração entre os servidores e colaboradores para o registro, o compartilhamento e a geração de novos conhecimentos, que irão subsidiar a modernização dos sistemas de informação; bem como na busca pela disponibilidade, integridade, confidencialidade e autenticidade das informações que assegurem a segurança da informação e comunicações na SES; fatores essenciais para as informações sejam captadas,

compiladas e fornecidas com altíssimo grau de qualidade e que possam fomentar o acompanhamento e o fortalecimento do controle social das ações em saúde no Distrito Federal.

Há muitos desafios na área de tecnologia da informação e conhecimento na SES DF, um deles que foi levantado na Oficina com as Regiões de Saúde é a falta de interoperabilidade dos sistemas de informação entre os níveis de atenção, o que gera prejuízo na assistência prestada ao usuário.

Saúde Digital

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), um dos principais objetivos da saúde digital ou e-Saúde é o monitoramento da saúde populacional. Por isso, a maioria das ações em saúde digital consiste em unificar informações sobre pacientes, como medicamentos em uso, consultas e exames, integrando softwares e dispositivos por meio da tecnologia atualmente disponível.

Implantar a saúde digital no DF é a 4ª Batalha prevista no Plano Estratégico do Distrito Federal 2019-2060. Para seu alcance, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) celebraram o Convênio nº. 01/2019 com a finalidade de qualificar a gestão e a prestação de serviços na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal.

Nesse convênio, serão desenvolvidas ações em três grandes eixos - monitoramento e avaliação de ações para fortalecer a Atenção Primária; formação de profissionais e divulgação científica dos resultados. A execução das ações se dará por meio de métodos inovadores no desenvolvimento de sistemática de avaliação para as equipes da rede, da oferta de cursos de especialização e aperfeiçoamento e da divulgação científica, difusão e incorporação dos conhecimentos.

A Sala de Situação é resultado da parceria entre SES-DF e FIOCRUZ, celebrada por meio do Convênio nº. 01/2017. O portal informatizado, criado em julho de 2018, apresenta informações, de forma executiva e gerencial, para subsidiar a tomada de decisão, a gestão, a prática profissional e a geração de conhecimento.

2.8.3 Inovação em Saúde

De forma geral, existem dois tipos de inovação: a radical, disruptiva, e a incremental. Pode-se entender a inovação radical como o desenvolvimento e introdução de um novo produto, processo ou forma de organização da produção inteiramente nova, que representa uma ruptura estrutural com o padrão tecnológico anterior, já as inovações incrementais,

referem-se à introdução de qualquer tipo de melhoria em um produto, processo ou organização da produção dentro de uma empresa, sem, no entanto, alteração na estrutura.

O setor saúde vive um momento de transição, em que a ineficiência dá lugar à tecnologia; o papel é substituído pelo digital e as camadas de burocracia e lentidão do setor são rompidas pela disrupção.

Na SES-DF já é possível observar o impacto que essas primeiras sementes plantadas têm na construção de um sistema de saúde mais forte e consolidado, que leve a inovação a um novo patamar — trazendo o chamado “futuro da saúde” para mais perto de nós.

A inovação contribuiu, no último quadriênio, com o ganho de eficiência em processos-chave da instituição:

- gestão da Atenção Primária à Saúde – APS, com a transformação do modelo assistencial de saúde, tornando todas as unidades básicas de saúde em Estratégia Saúde da Família e ampliando a cobertura populacional de 30% para 69% (Projeto CONVERTE);
- gestão de processos e documentos eletrônico, com a implantação do Sistema Eletrônico de Informações – SEI;
- mensuração dos resultados em tempo real para tomada de decisão mais ágil e integração dos instrumentos de planejamento, com a implantação do Sistema Estratégico de Planejamento – SESPlan; e
- estruturação e consolidação de dados e informações sobre a situação de saúde, para subsidiar a tomada de decisão e aumentar a transparência ativa das informações da Secretaria de Saúde, com a criação da Sala de Situação;
- estruturação de cadeia de suprimentos, logística e operação, por meio do mapeamento e atualização dos sistemas.

Além disso, a SES-DF, em setembro de 2017, aderiu à Rede Federal de Inovação no Setor Público – InovaGov, e instituiu, por meio da Portaria SES-DF nº 425, de 08 de abril de 2018, a Rede InovaSES, formada pela conexão de servidores, unidades organizacionais e outras instituições governamentais e não governamentais parceiras e atuantes na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, com objetivo comum de fomentar e viabilizar a inovação com foco na valorização das pessoas, no conhecimento e no compromisso com os resultados do SUS no Distrito Federal.

A SESF/DF também criou o Laboratório InovaSES, espaço de realização de oficinas para despertar postura empreendedora no servidor e incubar projetos transformadores de produtos e serviços, e o Portal InovaSES, canal aberto para conectar e promover a gestão do conhecimento.

Para os próximos anos, o objetivo é incubar projetos que resolvam problemas da Secretaria, estimulando os servidores a trabalharem de forma colaborativa para a construção de protótipos de forma a controlar o risco de inovar, e, também, fomentar a busca, descoberta,

experimentação, desenvolvimento e adoção de novos produtos, processos e novas técnicas organizacionais.

2.9 Infraestrutura

2.9.1 Engenharia Clínica e Predial

A Secretaria de Saúde investe continuamente na aquisição de equipamentos para diminuir o tempo de espera dos pacientes por exames e, também, aumentar o número de usuários atendidos. Em 2018, foram adquiridos novos mamógrafos e tomógrafos.

A projeção é de um aumento de 20% no número de equipamentos de mamografia. Dois equipamentos já foram instalados, um no Hospital de Base e outro no Hospital Materno Infantil de Brasília.

Os tomógrafos, por sua vez, demandarão investimento de R\$ 2,5 milhões cada e devem ser instalados no Hospital Regional de Sobradinho, Hospital Regional de Taguatinga e Central de Radiologia de Taguatinga.

Para os próximos anos, planeja-se a aquisição de 21 arcos cirúrgicos e oito torres de endoscopia. Os arcos são equipamentos de raios-X, por meio dos quais é possível produzir imagens em tempo real, com milhares de tons de cinza, a partir da geração de imagens digitais. Com esses aparelhos podem ser feitas cirurgias em geral. Além disso, está prevista a ampliação no quantitativo de canais dos três tomógrafos que estão sendo adquiridos para um modelo com maior resolução, o que possibilitará maior precisão nos diagnósticos.

A Secretaria de Saúde também objetiva firmar contratos de manutenção para todos os equipamentos adquiridos e de ventiladores pulmonares, monitores, oxímetros, aspiradores e desfibriladores.

Está, também, prevista a atualização do parque tecnológico de imagens e exames laboratoriais com a implantação de sistema de tecnologia de informação digital com equipagem, adequação das estruturas físicas, capacitação dos profissionais dos serviços de média e alta complexidade no DF para fortalecer a assistência à saúde à população do Distrito Federal, com o suporte da infraestrutura.

A manutenção predial é executada por prestadores de serviços contratados pela SES/DF. A execução dos contratos é acompanhada pela equipe de engenharia da Subsecretaria de Infraestrutura em Saúde e pelas Gerências de Apoio Operacional das Superintendências e Unidades de Referência Distrital.

A meta para o quadrênio 2020-2023 é alcançar 100% de cobertura contratual para manutenção dos equipamentos prediais, tais como, elevadores, condicionadores de ar,

escadas rolantes, entre outros. Pretende-se, assim, estabelecer uma sistemática mais eficiente e eficaz da gestão predial, com foco na manutenção preventiva e corretiva, pois uma atuação preventiva traz impactos positivos na economicidade de gastos públicos e, principalmente, na confiabilidade dos sistemas e instalações que integram as edificações, trazendo segurança e bem-estar aos servidores, usuários e terceirizados.

2.9.2 Estrutura Física

O SUS/DF possui uma rede ampla de serviços próprios. Estão cadastrados 374 estabelecimentos próprios no Sistema Nacional de Cadastro de e Estabelecimentos de Saúde (SCNES), desde unidades básicas de saúde (UBS) até as unidades especializadas.

A manutenção dos estabelecimentos e equipamentos e a necessidade de ampliações, decorrentes do crescimento populacional, demandam, cada vez mais, investimentos.

Como proposta tem-se a construção e a reforma de unidades básicas e especializadas para fortalecimento da atenção primária, secundária e terciária.

CAPÍTULO III

EIXOS, DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

| METAS E INDICADORES - PLANO DISTRITAL DE SAÚDE - PDS 2020 - 2023 | | | | | | | | |
|---|---|-------------------------------|-------------------|------------------------|-------------------|-------|------|-------|
| EIXO DE GESTÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE | | | | | | | | |
| DIRETRIZ | D01. Fortalecimento e ampliação da Atenção Primária à Saúde como ordenadora das Redes de Atenção à Saúde. | | | | | | | |
| OBJETIVO ESTRATÉGICO | OE01. Ampliar as equipes da Atenção Primária à Saúde em suas diferentes modalidades (ESF, ESB e NASF) considerando aspectos territoriais e epidemiológicos. | | | | | | | |
| Metas | Indicadores | Índice de Referência Ano/2018 | Unidade de Medida | Tendência (polaridade) | Índices desejados | | | |
| | | | | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
| Ampliar para 81% a cobertura populacional estimada pelas equipes de Estratégia Saúde da Família – ESF até 2023. | Cobertura populacional estimada pelas Equipes de Estratégia Saúde da Família - ESF. | 57% | Percentual | Maior Melhor | 72% | 75% | 78% | 81% |
| Aumentar para 48% a cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde Bucal até 2023. | Cobertura populacional estimada de Saúde Bucal na atenção básica. | 32,5% | Percentual | Maior Melhor | 33% | 38% | 43% | 48% |
| Aumentar para 77% a cobertura das equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) até 2023. | Cobertura das equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB). | 43% | Percentual | Maior Melhor | 50% | 66% | 71% | 77% |
| Reduzir em 2% ao ano as Internações por Condições Sensíveis a Atenção Básica (ICSAB). | Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB). | 22,5% (Ano/2017) | Percentual | Menor-Melhor | 22% | 21,5% | 21% | 20,5% |
| Avaliar 100% das equipes de APS conforme critérios do Programa QualisAPS até 2023. | Percentual de Equipes da APS (ESF, AB e ESB) avaliadas pelo Programa QualisAPS. | (Indicador Novo) | Percentual | Maior Melhor | 20% | 50% | 80% | 100% |

| Cadastrar 100% da população coberta pelas equipes habilitadas pelo Ministério da Saúde. | Percentual da população cadastrada pelas equipes habilitadas pelo Ministério da Saúde. | 23% | Percentual | Maior Melhor | 100% | 100% | 100% | 100% |
|--|--|-------------------------------|-------------------|------------------------|-------------------|------|------|-------|
| DIRETRIZ | D02. Fortalecimento das Redes de Atenção por meio de ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e o tratamento assegurando o cuidado integral e contínuo nos diferentes níveis de assistência. | | | | | | | |
| OBJETIVO ESTRATÉGICO | OE02. Fortalecer a rede de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) por meio de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento das doenças com foco nos fatores de risco assegurando o cuidado integral e contínuo nos diferentes níveis de assistência. | | | | | | | |
| Metas | Indicadores | Índice de Referência Ano/2018 | Unidade de Medida | Tendência (polaridade) | Índices desejados | | | |
| | | | | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
| Aumentar para 100% as equipes da APS que realizam atividades coletivas com ênfase na adoção de hábitos saudáveis até 2023. | Proporção de equipes da APS que realizam atividades coletivas com ênfase na adoção de hábitos saudáveis. | 25% | Percentual | Maior Melhor | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Aumentar para 65,5% as Unidades de Saúde que ofertam as Práticas Integrativas em Saúde (PIS) até 2023. | Proporção de Unidades de Saúde da Rede SES que ofertam as Práticas Integrativas em Saúde (PIS). | 55% | Percentual | Maior Melhor | 62% | 63% | 64% | 65,5% |
| Alcançar 0,31 na razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico a cada três anos até 2023. | Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária. | 0,16 | Razão | Maior Melhor | 0,28 | 0,29 | 0,30 | 0,31 |

| | | | | | | | | |
|---|---|--------|---------------------|--------------|--------|--------|--------|--------|
| Alcançar 0,16 na razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade até 2023. | Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária. | 0,05 | Razão | Maior Melhor | 0,10 | 0,12 | 0,14 | 0,16 |
| Reduzir 6% ao ano a taxa de Internações por Diabetes Mellitus e suas complicações até 2023. | Taxa de Internações por Diabetes Mellitus e suas complicações. | 3,63% | Percentual | Menor-Melhor | 3,41% | 3,20% | 3,01% | 2,83% |
| Reduzir 11% ao ano a taxa de Internações por Hipertensão Arterial e suas complicações até 2023. | Taxa de Internações por Hipertensão Arterial e suas complicações. | 3,44% | Percentual | Menor-Melhor | 3,06% | 2,72% | 2,42% | 2,15% |
| Alcançar 100% dos pacientes iniciando o primeiro tratamento em até 60 dias após o diagnóstico de câncer. | Percentual de pacientes que iniciam o primeiro tratamento em até 60 dias após o diagnóstico de câncer. | 58% | Percentual | Maior Melhor | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Reduzir 2% ao ano a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias) | Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias). | 201,9% | Percentual /100.000 | Menor-Melhor | 197,8% | 193,8% | 189,9% | 186,1% |

| OBJETIVO ESTRATÉGICO | | | | | | | | |
|---|--|---|-------------------|------------------------|-------------------|-------|------|-------|
| OE03. Estruturar as ações de vigilância em saúde, atuando de forma transversal às Redes de Atenção, ampliando e qualificando as ações de promoção à saúde, educação, análise, monitoramento e controle, redução e diagnóstico precoce dos agravos de notificação. | | | | | | | | |
| Metas | Indicadores | Índice de Referência Ano/2018 | Unidade de Medida | Tendência (polaridade) | Índices desejados | | | |
| | | | | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
| Aumentar 0,6% ao ano os casos de doenças de notificação compulsória encerrados em até 60 dias após a notificação. | Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após a notificação. | 93,5% | Percentual | Maior Melhor | 94% | 94,5% | 95% | 95,5% |
| Manter, anualmente, ≤ 1 o número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos. | Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos. | 0 | Número absoluto | Menor-Melhor | ≤ 1 | ≤ 1 | ≤ 1 | ≤ 1 |
| Aumentar 10,5% ao ano a cura dos casos novos de Hanseníase diagnosticados nos anos das coortes. | Proporção de cura dos casos novos de Hanseníase diagnosticados nos anos das coortes. | DF - 54,20% 80,60% (Referencial MS) | Percentual | Maior Melhor | 60% | 66% | 73% | 81% |
| Aumentar em 13,5% ao ano a cura dos casos novos de Tuberculose Pulmonar com confirmação laboratorial. | Proporção de Cura de Casos Novos de Tuberculose Pulmonar com Confirmação Laboratorial. | DF - 45% 75% (Referencial MS) | Percentual | Maior Melhor | 51% | 58% | 66% | 75% |
| Manter ≥ 97% ao ano o registro de óbitos com causa básica definida. | Proporção de registro de óbitos com causa básica definida. | 97% | Percentual | Maior Melhor | ≥97% | ≥97% | ≥97% | ≥97% |

| Ter 100% ao ano o preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionadas ao trabalho | Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionadas ao trabalho. | 98% | Percentual | Maior Melhor | 100% | 100% | 100% | 100% |
|--|--|-------------------------------|-------------------|------------------------|-------------------|--------|-------|------|
| Aumentar 5% ao ano as notificações por acidente de trabalho. | Número de notificações por acidente de trabalho. | 1.308 | Número Absoluto | Maior Melhor | 1374 | 1442 | 1514 | 1590 |
| OBJETIVO ESTRATÉGICO | OE04. Promover a assistência à mulher e a parceria durante planejamento reprodutivo, pré-natal, parto, puerpério e acompanhamento da primeira infância com atendimento adequado, seguro e humanizado. | | | | | | | |
| Metas | Indicadores | Índice de Referência Ano/2018 | Unidade de Medida | Tendência (polaridade) | Índices desejados | | | |
| | | | | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
| Reduzir o número de óbitos maternos para 13 óbitos até 2023. | Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência. | 17 | Número Absoluto | Menor-Melhor | 16 | 15 | 14 | 13 |
| Reduzir 10% ao ano do número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade. | Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade. | 379 | Número Absoluto | Menor-Melhor | 341 | 307 | 276 | 249 |
| Aumentar para 2% ao ano a investigação dos óbitos em Mulheres em Idade Fértil (MIF) até 2023. | Proporção de óbitos de Mulher em Idade Fértil (MIF) (10 a 49 anos) investigados. | 87% | Percentual | Maior Melhor | 88,7% | 90,4% | 92,2% | 94% |
| Aumentar para 48% o total de parto normal no SUS e na saúde suplementar até 2023. | Percentual de parto normal no SUS e na Saúde Suplementar. | 46% | Percentual | Maior Melhor | 46% | 46,50% | 47% | 48% |

| | | | | | | | | |
|--|---|--------|------------------|--------------|--------|--------|--------|--------|
| Reduzir para 9,5% a gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos até 2023. | Percentual de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos. | 12% | Percentual | Menor-Melhor | 11% | 10,5% | 10% | 9,5% |
| Reduzir para 10,10‰ a taxa de mortalidade infantil até 2023. | Taxa de mortalidade infantil. | 10,3‰ | Percentual | Menor-Melhor | 10,25‰ | 10,20‰ | 10,15‰ | 10,10‰ |
| Investigar 100% dos óbitos infantis e fetais no ano. | Proporção de óbitos infantis e fetais investigados. | 92,5% | Percentual | Maior Melhor | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Aumentar o volume de leite humano doado aos Bancos de Leite Humano do DF para 21.000 litros até 2023. | Volume (litros) de leite humano doado aos Bancos de Leite Humano do DF. | 18.951 | Número Absoluto | Maior Melhor | 19.500 | 20.000 | 20.500 | 21.000 |
| Alcançar a cobertura vacinal de 100% (MS) para as quatro vacinas do calendário básico selecionadas (Poliomielite, Pneumocócica 10-valente, Pentavalente e Tríplice Viral) no DF. | Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de um ano de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomeélite (3ª dose) e para crianças de um ano de idade, Tríplice Viral (1ª dose) - com coberturas vacinais preconizadas. | 0% | Percentual | Maior Melhor | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Reduzir 7% ao ano a taxa de internação por doença diarreica aguda em crianças até 24 meses de vida. | Taxa de internação por doença diarreica aguda em crianças até 24 meses de vida. | 20,60‰ | Percentual /1000 | Menor-Melhor | 19,15‰ | 17,81‰ | 16,56‰ | 15,40‰ |

| OBJETIVO ESTRATÉGICO | | OE05. Organizar a Rede de Atenção Psicossocial, promovendo o pleno funcionamento dos serviços e a qualificação dos profissionais de saúde, fortalecendo as ações de promoção, prevenção e tratamento de transtornos mentais e o uso de álcool e outras drogas. | | | | | | |
|---|--|---|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Metas | Indicadores | Índice de Referência Ano/2018 | Unidade de Medida | Tendência (polaridade) | Índices desejados | | | |
| | | | | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
| Aumentar para 0,70 a cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial até 2023. | Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial. | 0,51% | Percentual /100.000 | Maior Melhor | 0,64% | 0,65% | 0,67% | 0,70% |
| Aumentar 20% ao ano os CAPS que realizam ações de Matriciamento com equipes de Atenção Primária a Saúde | Percentual de CAPS que realizam ações de Matriciamento com equipes de Atenção Primária a Saúde | 42,86% | Percentual | Maior Melhor | 51,43% | 61,71% | 74,06% | 88,87% |
| OBJETIVO ESTRATÉGICO | | OE06. Fortalecer a Rede de Urgência e Emergência nos diferentes níveis de atenção com fortalecimento das linhas de cuidados prioritárias e as ações voltadas para promoção, prevenção e vigilância relacionadas a acidentes e violências. | | | | | | |
| Metas | Indicadores | Índice de Referência Ano/2018 | Unidade de Medida | Tendência (polaridade) | Índices desejados | | | |
| | | | | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
| Reduzir em 4% ao ano os óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). | Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). | 4,43% | Percentual | Menor-Melhor | 4,25% | 4,08% | 3,92% | 3,76% |
| Reduzir em 4% ao ano os óbitos nas internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE). | Proporção de óbitos nas internações por Acidente Vascular Encefálico (AVE). | 5,61% | Percentual | Menor-Melhor | 5,38% | 5,17% | 4,96% | 4,76% |
| Reduzir o tempo - resposta ao chamado do SAMU para 22 minutos, até 2023. | Tempo-resposta ao chamado do SAMU. | 33,5 minutos | Minutos | Menor-Melhor | 28 min | 26 min | 24 min | 22 min |

| | | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Aumentar em 5% ao ano o número de unidades de saúde públicas e privadas com notificação de violência interpessoal e autoprovocada | Número de unidades de saúde públicas e privadas com notificação de violência interpessoal e autoprovocada. | 129 | Número Absoluto | Maior Melhor | 135 | 142 | 149 | 156 |
| Aumentar em 10% ao ano a proporção de notificação de violência nas unidades básicas de saúde. | Proporção de notificação de violência nas unidades básicas de saúde. | 8,00% | Percentual | Maior Melhor | 8,80% | 9,68% | 10,64% | 11,71% |
| Reduzir em 2% ao ano a mortalidade por acidentes de trânsito em residentes do DF | Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito em residentes do DF. | 11,21% | Percentual /100.000 | Menor-Melhor | 10,98% | 10,76% | 10,54% | 10,32% |
| Reduzir em 5% ao ano a taxa de mortalidade por queda acidental (60 anos e mais) em residentes do DF | Taxa de mortalidade por queda acidental (60 anos e mais) em residentes do DF. | 64,59% (Ano/ 2017) | Percentual /100.000 | Menor-Melhor | 61,36% | 58,29% | 55,37% | 52,60% |
| OBJETIVO ESTRATÉGICO | OE07. Ampliar a oferta de ações e serviços de Atenção à Pessoa com Deficiências. | | | | | | | |
| Metas | Indicadores | Índice de Referência Ano/2018 | Unidade de Medida | Tendência (polaridade) | Índices desejados | | | |
| | | | | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
| Ampliar em 10% a cada ano o acesso de Pessoas com Deficiência - PCD na primeira consulta especializada em odontologia. | Percentual de Pessoas com Deficiência - PCD com acesso na primeira consulta especializada em odontologia. | (Indicador Novo) | Percentual | Maior Melhor | 15% | 25% | 35% | 45% |
| Aumentar para 65% os pacientes contemplados com órteses, | Percentual de pacientes contemplados com órteses, próteses e | (Indicador Novo) | Percentual | Maior Melhor | 50% | 55% | 60% | 65% |

| próteses e meios auxiliares de locomoção até 2023. | meios auxiliares de locomoção. | | | | | | | | |
|--|--|-------------------------------|-------------------|------------------------|-------------------|--------|--------|--------|------|
| Realizar a triagem auditiva neonatal em 100% dos nascidos vivos até 2023. | Percentual de nascidos vivos que realizaram a triagem auditiva neonatal | 86% | Percentual | Maior Melhor | 90% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| DIRETRIZ | D03. Implementar ações e projetos para desenvolvimento das dimensões transversais e estruturantes das Redes de Atenção a Saúde - RAS. | | | | | | | | |
| OBJETIVO ESTRATÉGICO | OE08. Fortalecer o processo de regulação para o acesso do usuário aos serviços de saúde nos diferentes níveis assistenciais. | | | | | | | | |
| Metas | Indicadores | Índice de Referência Ano/2018 | Unidade de Medida | Tendência (polaridade) | Índices desejados | | | | |
| | | | | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | |
| Atingir 85% de cirurgias eletivas reguladas realizadas até 2023. | Percentual de cirurgias eletivas reguladas realizadas. | 66% | Percentual | Maior Melhor | 70% | 75% | 80% | 85% | |
| Aumentar em 2,5% ao ano o número de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais regulados. | Número de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais regulados. | 83.879 | Número Absoluto | Maior Melhor | 85.975 | 88.124 | 90.327 | 92.585 | |
| Atingir 85% de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais regulados até 2023. | Percentual de consultas, procedimentos e exames ambulatoriais regulados realizados. | 66% | Percentual | Maior Melhor | 70% | 75% | 80% | 85% | |

| Aumentar em 5% ao ano o número de transplantes de órgãos e tecidos realizados no DF. | Número de transplantes de órgãos e tecidos realizados no DF. | 511 | Número Absoluto | Maior Melhor | 537 | 564 | 592 | 622 |
|---|--|-------------------------------|-------------------|------------------------|-------------------|------|------|------|
| OBJETIVO ESTRATÉGICO | OE09. Oferecer assistência de qualidade e segurança do paciente nos diferentes níveis de atenção à saúde. | | | | | | | |
| Metas | Indicadores | Índice de Referência Ano/2018 | Unidade de Medida | Tendência (polaridade) | Índices desejados | | | |
| | | | | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
| Classificar 100% dos usuários admitidos nas emergências fixas da rede SESDF até 2023. | Percentual de atendimentos abertos (GAE) com classificação de risco | 47,57% | Percentual | Maior Melhor | 55% | 60% | 80% | 100% |
| Ampliar para 100% as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) da rede SES com horário ampliado de visita nos três turnos até 2023. | Percentual de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) da rede SES com horário ampliado de visita nos três turnos. | (Indicador novo) | Percentual | Maior Melhor | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Implantar em 100% das unidades básicas de saúde a Política de Segurança do Paciente. | Percentual de unidades básicas de saúde com a Política de Segurança do Paciente implantada. | (Indicador novo) | Percentual | Maior Melhor | 40% | 60% | 80% | 100% |
| OBJETIVO ESTRATÉGICO | OE10. Qualificar os servidores para melhoria da assistência nas redes de atenção. | | | | | | | |
| Metas | Indicadores | Índice de Referência Ano/2018 | Unidade de Medida | Tendência (polaridade) | Índices desejados | | | |
| | | | | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |

| Executar 80% das capacitações programadas no Plano Distrital de Educação Permanente em Saúde até 2023. | Percentual de execução do Plano Distrital de Educação Permanente em Saúde. | 0 | Percentual | Maior Melhor | 30% | 50% | 60% | 80% |
|---|---|-------------------------------|-------------------|------------------------|-------------------|--------|--------|--------|
| Aumentar em 5% ao ano as ações educativas ofertadas pela EAPSUS. | Número de ações educativas em saúde ofertadas pela EAPSUS | (Indicador Novo) | Número absoluto | Maior Melhor | 17 | 18 | 19 | 20 |
| Realizar 2 (duas) oficinas de ações temáticas orientadas aos serviços de saúde nos cenários de Integração Ensino-Serviço. | Número de oficinas de ações temáticas orientadas aos serviços de saúde nos cenários de Integração Ensino-Serviço. | (Indicador Novo) | Número Absoluto | Maior Melhor | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Qualificar 80% dos profissionais que atuam na Atenção Primária até 2023. | Percentual de Profissionais da Atenção Primária à Saúde qualificados. | (Indicador Novo) | Percentual | Maior Melhor | 25% | 50% | 65% | 80% |
| OBJETIVO ESTRATÉGICO | OE11. Reestruturar os Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) nos diferentes níveis de atenção. | | | | | | | |
| Metas | Indicadores | Índice de Referência Ano/2018 | Unidade de Medida | Tendência (polaridade) | Índices desejados | | | |
| | | | | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
| Manter ≥1,8% a taxa de doações de sangue na Fundação Hemocentro de Brasília até 2023. | Taxa de doações de sangue na Fundação Hemocentro de Brasília. | 1,80% | Percentual | Maior Melhor | ≥1,80% | ≥1,80% | ≥1,80% | ≥1,80% |

| Implementar os processos de trabalho conforme a RDC 302/2005 em 100% dos laboratórios de patologia clínica até 2023. | Percentual de laboratórios com processos de trabalho adequados conforme RDC 302/2005. | (Indicador Novo) | Percentual | Maior Melhor | 25% | 50% | 75% | 100% |
|--|--|-------------------------------|-------------------|------------------------|-------------------|------|------|------|
| EIXO DE GESTÃO E INOVAÇÃO | | | | | | | | |
| DIRETRIZ | D04. Promoção da Governança Pública contribuindo para a gestão estratégica, liderança e controle. | | | | | | | |
| OBJETIVO ESTRATÉGICO | OE12. Fomentar boas práticas para fortalecer a desburocratização, transparência e modernização da gestão. | | | | | | | |
| Metas | Indicadores | Índice de Referência Ano/2018 | Unidade de Medida | Tendência (polaridade) | Índices desejados | | | |
| | | | | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
| Alcançar 100% da implantação do Acordo de Gestão Local até 2023. | Percentual da implantação do Acordo de Gestão Local. | (Indicador Novo) | Percentual | Maior Melhor | 25% | 50% | 75% | 100% |
| Atingir 60% do Índice de Resolutividade das manifestações de Ouvidoria recebidas até 2023. | Índice de Resolutividade das manifestações de Ouvidoria recebidas. | 34% | Percentual | Maior Melhor | 40% | 45% | 55% | 60% |
| Capacitar 100% dos conselheiros de saúde em Controle Social até 2023. | Percentual de conselheiros de saúde capacitados em Controle Social. | (Indicador Novo) | Percentual | Maior Melhor | 25% | 50% | 75% | 100% |
| Alcançar 100% dos Critérios de Transparência na Saúde até 2023. | Percentual dos Critérios de Transparência na Saúde alcançados. | (Indicador Novo) | Percentual | Maior Melhor | 60% | 70% | 80% | 100% |

| OBJETIVO ESTRATÉGICO | | OE13. Aprimorar estratégias para o incremento da Captação de Recursos na SES-DF e o aperfeiçoamento dos processos internos para a gestão de custo. | | | | | | |
|---|--|--|-------------------|------------------------|-------------------|------|------|------|
| Metas | Indicadores | Índice de Referência Ano/2018 | Unidade de Medida | Tendência (polaridade) | Índices desejados | | | |
| | | | | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
| Alcançar 100% das unidades de atenção secundária de saúde com Programa de Gestão de Custos implantado e custo total apurado até 2023. | Percentual de unidades da atenção secundária de saúde com programa de gestão de custos implantado e custo total apurado. | 9% (ano/2019) | Percentual | Maior Melhor | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Alcançar 100% das unidades básicas de saúde com Programa de Gestão de Custos implantado e custo total apurado até 2023. | Percentual de unidades básicas de saúde com programa de gestão de custos implantado e custo total apurado. | 0% | Percentual | Maior Melhor | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Aumentar 2,5% ao ano do teto da média e alta complexidade (MAC) em relação ao teto do ano anterior. | Percentual de aumento do teto da média e alta complexidade (MAC) em relação ao teto do ano anterior. | R\$492.002.691,80 | Percentual | Maior Melhor | 2,5% | 2,5% | 2,5% | 2,5% |
| DIRETRIZ | | D05. Desenvolvimento de estratégias para valorização do servidor. | | | | | | |
| OBJETIVO ESTRATÉGICO | | OE14. Ofertar condições e oportunidades para desenvolvimento biopsicossocial dos servidores da SES. | | | | | | |
| Metas | Indicadores | Índice de Referência | Unidade de Medida | Tendência (polaridade) | Índices desejados | | | |
| | | | | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |

| Reduzir a taxa de absenteísmo para 7,5% ao ano. | Taxa de absenteísmo de profissionais da saúde | 12,0% | Percentual | Menor Melhor | 7,5% | 7,5% | 7,5% | 7,5% |
|--|--|-------------------------------|-------------------|------------------------|-------------------|--------|--------|--------|
| Aumentar 5% ao ano as ações para valorização do servidor. | Número de ações/iniciativas para valorização do servidor (eventos, campanhas, eventos datas comemorativas). | (Indicador Novo) | Número | Maior Melhor | 24 | 26 | 28 | 30 |
| DIRETRIZ | D06. Gestão da Cadeia de Suprimentos com racionalidade, eficiência e satisfação do usuário. | | | | | | | |
| OBJETIVO ESTRATÉGICO | OE15. Prover insumos de saúde com qualidade, em quantidade adequada, no tempo correto e com a melhor relação custo-efetividade. | | | | | | | |
| Metas | Indicadores | Índice de Referência Ano/2018 | Unidade de Medida | Tendência (polaridade) | Índices desejados | | | |
| | | | | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
| Alcançar 95% dos medicamentos padronizados com estoque disponível na rede SES – DF até 2023. | Percentual de medicamentos padronizados com estoque disponível na rede SES-DF. | 85,55% (06/2019) | Percentual | Maior Melhor | 90% | 92% | 94% | 95% |
| Alcançar 50,30% dos leitos dos hospitais da SES-DF com implantação do sistema de distribuição por dose individualizada até 2023. | Percentual de leitos dos hospitais da SES-DF com implantação do sistema de distribuição por dose individualizada. | 45,29% | Percentual | Maior Melhor | 47,40% | 48,35% | 49,31% | 50,30% |

| Reduzir 5% ao ano do tempo médio licitatório para materiais médicos hospitalares padronizados de compra regular. | Tempo médio do processo licitatório para materiais médicos hospitalares padronizados de compra regular. | 178 | Dias | Menor Melhor | 169 | 161 | 153 | 145 |
|---|---|---|-------------------|------------------------|-------------------|------|------|------|
| Reduzir 5% ao ano do tempo médio licitatório para medicamentos padronizados de compra regular. | Tempo médio do processo licitatório para medicamentos padronizados de compra regular. | 138 | Dias | Menor Melhor | 131 | 125 | 118 | 112 |
| DIRETRIZ | D07. Melhoria e modernização da estrutura física e tecnológica da SES DF. | | | | | | | |
| OBJETIVO ESTRATÉGICO | OE16. Fortalecer o serviço de Engenharia e Arquitetura e a Engenharia Clínica na SES DF. | | | | | | | |
| Metas | Indicadores | Índice de Referência Ano/2018 | Unidade de Medida | Tendência (polaridade) | Índices desejados | | | |
| | | | | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
| Concluir 100% ao ano das obras programadas. | Percentual de obras concluídas. | Considerar a partir do planejamento 2020 - 2023 | Percentual | Maior Melhor | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Alcançar 80% ao ano a cobertura dos contratos de manutenção para equipamentos de infraestrutura (ar condicionado, geradores, câmaras de cadáveres, câmaras frias, elevadores e escadas rolantes). | Percentual de contratos de manutenção para equipamentos de infraestrutura. | 75,21% | Percentual | Maior Melhor | 80% | 80% | 80% | 80% |

| | | | | | | | | |
|--|---|--------------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Alcançar 80% ao ano a cobertura de contratos de manutenção preventiva e corretiva de equipamentos de Baixa e Média complexidade. | Percentual de contratos de manutenção preventiva e corretiva de equipamentos de Baixa e Média complexidade. | 77,45% | Percentual | Maior Melhor | 80% | 80% | 80% | 80% |
| Manter 85% ao ano a cobertura de contratos de manutenção de equipamentos médico-hospitalares de Alta Complexidade. | Percentual de equipamentos médico-hospitalares de Alta Complexidade com contratos de manutenção | 88,89% | Percentual | Maior Melhor | 85% | 85% | 85% | 85% |
| OBJETIVO ESTRATÉGICO | OE17. Fomentar novas estratégias e soluções em tecnologias de comunicação para promover otimização de processos e integração dos sistemas de informação visando qualidade e a continuidade do cuidado. | | | | | | | |
| Metas | Indicadores | Índice de Referência Ano/2018 | Unidade de Medida | Tendência (polaridade) | Índices desejados | | | |
| | | | | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
| Executar 100% das entregas previstas no Projeto Saúde Digital até 2023. | Percentual de entregas previstas no Projeto Saúde Digital | (Indicador Novo) | Percentual | Maior Melhor | 40% | 60% | 80% | 100% |
| EIXO DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL | | | | | | | | |
| DIRETRIZ | D08. Gerenciamento de riscos ambientais e vigilância para a saúde com alerta precoce. | | | | | | | |
| OBJETIVO ESTRATÉGICO | OE18. Fortalecer as ações de controle dos fatores de riscos para as doenças e agravos relacionados a fatores não biológicos, em situações de catástrofes por produtos químicos perigosos e desastres naturais. | | | | | | | |
| Metas | Indicadores | | | | Índices desejados | | | |

| | | Índice de Referência Ano/2018 | Unidade de Medida | Tendência (polaridade) | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|---|--|-------------------------------|---------------------|------------------------|--------|--------|--------|--------|
| Analisar 97,30% das amostras de água para consumo humano coletadas no DF, em relação aos parâmetros nacionais, até 2023. | Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez. | 95,77% | Percentual | Maior Melhor | 95,80% | 96,30% | 96,80% | 97,30% |
| Manter o índice de infestação do <i>Aedes aegypti</i> menor que 1%, ao ano. | Percentual de imóveis positivos nos 04 Levantamentos Rápidos de Índice para <i>Aedes aegypti</i> (LIRAA) realizados. | < 1,48% | Percentual | Menor Melhor | <1% | <1% | <1% | <1% |
| Realizar no mínimo 4 ciclos dos seis preconizados de visitas domiciliares para o controle de dengue em 80% nos imóveis do DF. | Número de ciclos que atingiram o mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue. | 0 | Número Absoluto | Maior Melhor | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Manter a taxa de incidência de dengue <100 na população do DF até 2023. | Taxa de incidência de dengue na população do DF. | 130,22 | Percentual /100.000 | Menor Melhor | < 100 | < 100 | < 100 | < 100 |

| Realizar 100% de cobertura de coleta e análise de água para consumo humano nas bacias hidrográficas do DF, para o parâmetro agrotóxicos. | Proporção de coleta e análise de água para consumo humano em relação à quantidade de bacias hidrográficas do DF, para o parâmetro agrotóxicos. | 57,14% | Percentual | Maior Melhor | 70% | 80% | 90% | 100% |
|--|--|-------------------------------|-------------------|------------------------|-------------------|-------------|-------------|-------------|
| Reduzir em 5% o uso de agrotóxicos no Distrito Federal até 2023. | Proporção de redução de uso de agrotóxicos no Distrito Federal por meio do programa VSPEA. | 788 tonelada (Ano/2017) | Percentual | Menor Melhor | (2%) 772 | (3%) 764 | (4%) 756 | (5%) 748 |
| Ter 80% de cobertura do VIGISOLO no DF até 2023. | Cobertura de áreas do VIGISOLO no Distrito Federal. | (Indicador Novo) | Percentual | Maior Melhor | 20% | 40% | 60% | 80% |
| DIRETRIZ | D09. Fomento à intersetorialidade para a sustentabilidade em saúde para as populações em situação de vulnerabilidade. | | | | | | | |
| OBJETIVO ESTRATÉGICO | OE19. Fortalecer ações em saúde para população em situação de vulnerabilidade na perspectiva biopsicossocial. | | | | | | | |
| Metas | Indicadores | Índice de Referência Ano/2018 | Unidade de Medida | Tendência (polaridade) | Índices desejados | | | |
| | | | | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
| Reduzir 2% ao ano a fratura de fêmur em pessoas com 60 anos ou mais. | Taxa de fratura de fêmur em pessoas com 60 anos ou mais. | 14,13% | Percentual | Menor Melhor | 13,84% | 13,57% | 13,29% | 13,03% |

| | | | | | | | | |
|--|--|------------------|-----------------|--------------|-----|-----|-----|------|
| Implantar em 100% das regiões de saúde o serviço de Matriciamento para o atendimento à população LGBTI+, até 2023. | Percentual das regiões de saúde com serviço de Matriciamento para o atendimento à população LGBTI+. | (Indicador Novo) | Percentual | Maior Melhor | 14% | 40% | 70% | 100% |
| Ampliar para 65% o acompanhamento das Condições de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF) até 2023. | Cobertura de acompanhamento das Condições de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF). | 58,18% | Percentual | Maior Melhor | 58% | 60% | 63% | 65% |
| Ampliar para 100% o número de adolescentes que realizaram pelo menos uma avaliação clínica pela ESF de referência da Unidade Socioeducativa de Internação até 2023 | Percentual de adolescentes que realizaram pelo menos uma avaliação clínica pela ESF de referência da Unidade Socioeducativa de Internação. | 84% | Percentual | Maior Melhor | 85% | 90% | 95% | 100% |
| Aumentar para 17 Equipes de Atenção Básica Prisional no DF até 2023. | Número de Equipes de Atenção Básica Prisional no DF. | 13 | Número Absoluto | Maior Melhor | 14 | 15 | 16 | 17 |

CAPÍTULO IV

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÃO FINAIS

A população do Distrito Federal mostra-se bem distribuída quanto ao sexo. Maior parte da população encontra-se em faixa etária economicamente ativa - 69% entre 15 e 59 anos. Estima-se que um terço da população tenha estudado curso superior. Por outro lado, 2,3% das pessoas com 25 anos ou mais de idade são analfabetos. Embora o DF possua o mais alto IDH do país, a alta desigualdade da distribuição da renda per capita entre as Regiões Administrativas se reflete, em parte, nos indicadores de saúde uma vez que menores rendas estão associadas a piores condições de vida e saúde. Esse contexto justifica o direcionamento de ações diferenciadas para as populações mais vulneráveis social e economicamente.

Outra questão importante, considerando a população usuária dos serviços do SUS no Distrito Federal, se refere aos residentes dos municípios da RIDE DF e Entorno que diariamente se deslocam para o Distrito Federal em busca de atendimento à saúde. Se faz urgente e necessário pactuar ações e responsabilidades quanto ao financiamento desses atendimentos entre as Unidades Federadas envolvidas na RIDE DF e Entorno.

Ainda que a taxa de natalidade e fecundidade apresentam decréscimo nos últimos anos, verifica-se que a principal causa de internação hospitalar está relacionada ao parto e puerpério. E dentre os nascimentos observou-se aumento da prematuridade. Ações de qualificação do pré-natal, direcionamento para serviços de atenção secundária e terciária em tempo adequado e com acesso disponível para a gestante e feto tornam-se imperativas.

Paralelo a isso ações para o controle das doenças transmissíveis, com destaque a dengue, sífilis, HIV/AIDS, hanseníase e tuberculose, sem prejuízo da atenção às demais, necessitam de intensificação em todos os níveis de assistência bem como no que tange a vigilância em saúde.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis vêm apresentando também um aumento, figurando como as principais causas de óbito na população. Os principais fatores de risco para o desenvolvimento dessas doenças podem ser, em sua maioria, manejados na atenção primária, reforçando a necessidade de aprimorar o cuidado à saúde ofertado no nível primário de atenção. Outro alerta diz respeito ao aumento do número de casos de acidentes e violência – problemática de saúde pública. Sendo assim, é de fundamental relevância direcionar ações de saúde e intersetoriais no controle de seus condicionantes e determinantes.

As Redes de Atenção alinhadas com este PDS, Cegonha, Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial e da Pessoa com Deficiência, considerando a estrutura operacional do apoio diagnóstico e terapêutico, a regulação do acesso em saúde e demais sistemas logísticos, transporte sanitário e governança, sendo a atenção primária a ordenadora do cuidado em saúde são a linha condutora para a atenção à saúde no próximo quadriênio.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A. E. R. A., et al. Neural complications and physical disabilities in leprosy in a capital of northeastern Brazil with high endemicity. *Rev Bras Epidemiol*.p. 899-910. 2014

ARAÚJO, V. E. M., BEZERRA, J. M. T.; AMÂNCIO, F. F.; PASSOS, V. M. A ; CARNEIRO, M. Aumento da carga de dengue no Brasil e unidades federadas, 2000 e 2015: análise do Global Burden of Disease Study 2015. *Revista Brasileira de Epidemiologia*.p. 205-216. 2017

BOERMA, T., MATHERS, C. D. The World Health Organization and global health estimates: improving collaboration and capacity. *BMC Medicine*, 2015.

BRASIL . Vigitel: o que é, como funciona, quando utilizar e resultados. Disponível em: < <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/vigitel/>>. Acesso em: 15 ago 2019.

— . Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.459 de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. 2011.

— . Secretaria de Vigilância em Saúde.Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico - HIV Aids. v. 49, n. 53, 2018.

— . Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV AIDS, 2018.

— . Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Brasil livre da Tuberculose: evolução dos cenários epidemiológicos e operacionais da doença. Boletim Epidemiológico nº 09, 2019.

— Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasil Livre da Tuberculose. Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública, 2017.

— . Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Guia de apoio à gestão estadual dos SUS, 2016.

— . Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS Diretrizes para Detecção Precoce do Câncer de Mama – Relatório de Recomendação, 2015.

— . Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Planejamento governamental e gestão pública no Brasil: elementos para ressignificar o debate e capacitar o Estado. Brasília: IPEA, 2011.

—. Ministério da Saúde [internet]. Disponível em : <<http://portalarquivos.saude.gov.br/campanhas/sifilis/>>. Acesso em 25 ago 2019.

—. Ministério da Saúde. [internet]. Disponível em : <<http://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/plano-de-acoes-estrategicas-para-o-enfrentamento-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt>>. Acesso em em 25 ago 2019.

—. Ministério da Saúde. Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde. Guia Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2018.

—. Ministério da Saúde. Para entender o controle social na saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

—.Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.600 de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), 2011.

—. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Relatório do III Fórum de Monitoramento do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde, 2018.

—. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição socioeconômica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

—. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Relatório Nacional de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

—. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

—. Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2018.

—. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

—. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022-série B. Vol. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF, 2011.

—. Ministério da Saúde Plano Nacional de Saúde (PNS 2016-2019), 2019.

—. Portaria de Consolidação MS/GM nº 5 de 28 de setembro de 2017. Anexo XX. 2017.

—. Portaria GM/MS 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). 2010.

—. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso, 2007.

—. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Relatório do III Fórum de Monitoramento do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças. 2018.

—. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. Brasília, 2008.

—. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2007: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico, 2008.

—. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2017 Saúde Suplementar : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico., 2018.

—. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.

BRAY, F; FERLAY, J.; SOERJOMATARAM, I.; SIEGEL, R. L.; TORRE, L. A.; JEMAL, A. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin, p.394-424,2018.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. Physis: Revista Saúde Coletiva, p.77-93,2007.

CAVALCANTE, A. E. S.; SILVA, M. A. M.; RODRIGUES, A. R. M.; NETTO, J. J. M.; MOREIRA, A. C. A.; GOYANNA, N. F. Diagnóstico e tratamento da Sífilis: uma investigação com mulheres assistidas na atenção básica em Sobral. J bras Doenças Sex Transm, Ceará, p. 239-245, 2012:.

CODEPLAN. A natalidade no Distrito Federal entre 2000 e 2016: evolução e características. texto para discussão, 2019.

—.. A Natalidade no Distrito Federal entre 2000 e 2016: evoluções e características - sumário executivo. 2019.

—. Atlas do Distrito Federal. Brasília: Secretaria de Planejamento, Orçamento e Gestão, 2017.

—.. PDAD - Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios 2018. Brasília, 2019.

—.. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios do Distrito Federal - PDAD/DF - 2015. 2016.

CONASS. Guia de apoio à gestão estadual do SUS. 2016. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/guiainformacao/investimentos-no-sus/>>. Acesso em 30 ago 2019.

CORRÊA, D. S. R. C., et al. Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva n.24, v.6, p.2031-2041,2019.

CRUZ, T. Sistemas, organizações e métodos: estudo integrado das novas tecnologias de informação. 3ªed.. São Paulo: Atlas, 2008.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Subsecretaria de Vigilância em Saúde - Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Relatório Epidemiológico sobre Natalidade no Distrito Federal. GIASS,2016.

—. 2018. Controladoria-Geral do Distrito Federal. RELATÓRIO DE INSPEÇÃO Nº 1/2016–DIACG/COAPP/SUBCI/CGDF. Disponível em: <<http://www.cg.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/68-1.pdf>>. Acesso em: 10 set 2019.

—. Decreto nº 37.057 de 14 de janeiro de 2016. Dispõe sobre a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, que especifica e dá outras providências.

—. Decreto nº 37.515 de 26 de julho de 2016, publicado no DODF nº 143 em 27 de julho de 2016. Institui o Programa de Gestão Regional da Saúde - PRS para as Regiões de Saúde. Brasília, 2016.

—. Decreto nº 38.982 de 10 de abril de 2018. Altera a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências. 2018.

—Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Vigilância à Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Informe epidemiológico de Sífilis o DF, Ano 2, nº 1, 2013.

— Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Informe epidemiológico de Sífilis, Ano 7, nº 012018.

—. Secretaria de Estado de Saúde. Plano de educação permanente em saúde - PEPS Brasília, 2019.

—. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Manual de Planejamento, Orçamento, Monitoramento e Avaliação da SES-DF. Brasília, 2018.

—. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal 2017-2019. 2017.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SARACENI, V.; LEAL, M. C. Notificação da infecção pelo HIV em gestantes: estimativas a partir de um estudo nacional. Rev Saude Publica n.52, v43,p.1-9, 2018.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. Epidemiol. Serv. Saúde.p. 529-532, 2012.

ENAP . Gestão da Estratégia com uso do BSC, 2014.

FINEZ, M. A.; SALOTTI, S. R. A. Identification of the degree of impairment in leprosy patients through a simplified neurological evaluation. J Health Sci Inst, p. 171-175, 2011.

GABRIEL, A. F. B., ABE, K. C.; GUIMARÃES, M. P. ; MIRAGLIA, S. G. K. Avaliação de impacto à saúde da incidência de dengue associada à pluviosidade no município de Ribeirão Preto, São Paulo. Cad. Saúde Colet.,p. 446-452,2018.

GONÇALVES, S. D.; SAMPAIO, R. F.; ANTUNES, C. M. F. Predictive factors of disability in patients with leprosy. Rev Saúde Pública, p. 267-74,2009.

GREGGIANIN, E. Reforma orçamentária - efetividade do sistema de planejamento e orçamento. Em Reforma orçamentária: propostas de ajustes no sistema de planejamento e orçamento (orçamento plurianual). Brasília, 2005.

HARTZ, Z. M. A.; FELISBERTO, E.; SILVA, L. M. V.. Meta-avaliação da atenção básica à saúde - teoria e prática. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

IDF. Pocketbook for management of diabetes in childhood and adolescence in under-resourced countries. 2015 .

INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil, 2016.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2019. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/df/brasil/panorama>>. Acesso em: 09 jul 2019).

KRINGOS, D. S.; BOERNA, W.; van der ZEE, J.; GROENEWEGEN, P. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Affairs*, n.32, v.4,p. 686-694, 2013.

KRUG, E. G. Relatório mundial sobre violência e saúde. Geneva: World Health Organization, 2002.

LOBATO, D. M. Administração Estratégica. Rio de Janeiro: Ed.Ltda, 2000

MALTA, D. C. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil – 2015. *Rev. Bras. Epidemiol*,p.3-16, 2015.

MALTA, D. C.; SILVA JUNIOR, J. B. S. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiol Serv Saude*, 2013.

MARQUES, C. A. V.; FIGUEIREDO, E. N.; GUTIÉRREZ, M. G. R. Políticas de saúde pública para o controle do câncer de mama no Brasil. *Rev enferm UERJ*, p. 272-8,2015.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MINAYO, M. C. S. Violência e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia de vigilância epidemiológica. 7. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

OPAS. Manual de planejamento, execução e avaliação de projetos da Representação da OPAS/OMS no Brasil. Brasília, 2014.

PEDRO, H. S. P., et al. Leprosy: agreement between the operational classification data obtained from the SINAN and bacilloscopic examination. *Hansen Int*, p.13-19, 2009.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013. 2013.

REIS, G. J.; BARCELLOS, C.; PEDROSO, M. M.; XAVIER, D. R. Diferenciais intraurbanos da sífilis congênita: análise preditiva por bairros do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2018.

REZENDE, D. A. Tecnologia da informação integrada à inteligência empresarial: alinhamento estratégico e análise da prática nas organizações. São Paulo: Atlas, 2002.

ROLIM, M. F. N.; ABRANTES, V. E. F ; PEREIRA, G. S. A.; SOUSA, M. N. A. ; TEMOTEO, R. C. A.. Fatores relacionados ao abandono ou interrupção do tratamento da Hanseníase. *Journal of Medicine and Health Promotion*, p. 254-266, 2016.

RUIZ, J. G. The impact of e-learning in medical education. *Academic Medicine*. n.81, v.3, 2006.

SANTOS, S. B.; MACHADO, A. P. A.; SAMPAIO, L. A. ; ABREU, L. C.; BEZERRA, I. M. P. Acquired Syphilis: construction and validation of educational technology for adolescents. *J Hum Growth Dev*, p. 65-74, 2019.

SBD. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016). 2016.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Plano Distrital de Saúde 2016-2019. Brasília, 2015.

—. Sala de Situação. 2018. <https://salasit.saude.df.gov.br/>.

—. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do. 2017.

—. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. 2019. Mediamentos. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/medicamentos/>>. Acesso em: 16 ago 2019.

SILVA, D. R.; MELLO, F. C.Q ; KRITSKI, A.; DALCOLMO, M.; ZUMLA, A.; MIGLIORI, G. B.. Série Tuberculose. *J Bras Pneumol* 44, n.2, p.71-72, 2018.

Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP. Prevenção da prematuridade – uma intervenção da gestão e da assistência. Departamento de Neonatologia, 2017.

SOUSA, S. P. O., MASCARENHAS, M. D. M ; SILVA, M. C. B.; ALMEIDA, R. A. M. Conhecimento sobre doenças e agravos de notificação compulsória entre profissionais da Estratégia Saúde da Família no Município de Teresina, Estado do Piauí, Brasil - 2010. *Epidemiol Serv Saúde*, p. 465-474, jul-set de 2012.

SOUZA, D O; SILVA, E. V. S; SILVA, N. O. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da questão social Saúde Soc.,p. 44-56,2013.

SOUZA, M. F. M.; MALTA, D. C. ; FRANCA, E. B. ; BARRETO, M. L. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. Ciênc. saúde coletiva, 2018.

SPÍNOLA, M. M.; PESSOA, M. S. P. Tecnologia da informação. Em Gestão de Operações - a engenharia de produção à serviço da modernização da empresa., por J. C. CONTADOR. São Paulo, 1997.

UNA-SUS/UFMA. Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha. 2015.

VOGEL, J. P., et al. WHO Multi-Country Survey on Maternal and Newborn Health Research Network. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. Lancet Global Health,p. e260-70, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Noncommunicable diseases prematurely take 16 million lives annually, WHO urges more action. Disponível em:<<https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/noncommunicable-diseases/en/>>. Acesso em: 11 jul 2019.

—. Appropriate technology for birth. Lancet, p. 436-437, 1985.

—. Cancer Control: Early Detection. WHO Guide for Effective Programmes. Geneva, 2007 .

—. Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas. 2017.

—. Dengue guidelines for diagnosis, treatment prevention and control. Geneva, 2009 .

—. Global health sector strategy on HIV 2016–2021. 2016.

—. Global health sector strategy on sexually transmitted infections, 2016–2021. 2016.

—. Global tuberculosis report. 2017.

—. Leprosy – number of new leprosy cases: 2017. 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/neglected_diseases/ntddata/leprosy/leprosy.html>. Acesso em: 15 ago 2019.

—. Noncommunicable diseases country profiles 2018. Geneva:, 2018.

—.. Progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections 2019. Accountability for the global health sector strategies, 2016–2021. Geneva, 2019.

—. Report on global sexually transmitted infection surveillance. Geneva, 2018.

—. Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva, 2018.

—. Cancer control: knowledge into action. WHO guide for effective programmes; module 3. Geneva, 2007.

—. World Report on Disability. Geneva, 2011.

YE, J.; BETRÁN, A. P.; GUERRERO, V. M ; SOUZA, J. P.; ZHANG, J. Searching for the optimal rate of medically necessary cesarean delivery. Birth. n.41,v. 3. p. 237-243, 2014.

ZUMLA, A., RAVIGLIONE, M.; HAFNER, R.; von REYN, C. F. Tuberculosis. N Engl J Med, p. 745-755,2013.