



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE



# RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO

2012

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

# **RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO - 2012**

**Brasília  
Agosto/2013**

Governador do Distrito Federal

**AGNELO QUEIROZ**

Vice-Governador

**TADEU FILIPPELLI**

Secretário de Estado de Saúde

**RAFAEL DE AGUIAR BARBOSA**

Secretário-Adjunto de Saúde

**ELIAS FERNANDO MIZIARA**

Subsecretário de Planejamento Regulação Avaliação e Controle

**LUCAS CARDOSO VERAS NETO**

Subsecretário de Atenção à Saúde

**ROBERTO JOSÉ BITTENCOURT**

Subsecretária de Vigilância à Saúde

**MARÍLIA COELHO CUNHA**

Subsecretária de Atenção Primária à Saúde

**ROSALINA ARATANI SUDO**

Subsecretária de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde

**MARIA NATIVIDADE GOMES DA SILVA TEIXEIRA**

Subsecretário de Logística e Infraestrutura em Saúde

**PEDRO CARDOSO DE SANTANA FILHO**

Subsecretaria de Tecnologia e Informação em Saúde

**JOSÉ CARLOS ESTEVES FRANCISCO**

Subsecretaria de Gestão Participativa

**JOSÉ BONIFÁCIO CARREIRA ALVIM**

Subsecretaria de Administração Geral

**JOSÉ DE MORAES FALCÃO**

Ouvidoria de Saúde

**FRANCIS NAKLE DE ROURE**

Fundo de Saúde do Distrito Federal

**JOSÉ MENEZES NETO**

Fundação Hemocentro de Brasília

**BEATRIZ MACDOWELL SOARES**

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

**GISLENE REGINA DE SOUSA CAPITANI**

Secretária Executiva do Conselho de Saúde do Distrito Federal

**IVANDA MARTINS CARDOSO**

**Aprovado pela Resolução CSDF nº 416/2013, de 29/10/2013.**

## **INFORMAÇÕES TÉCNICAS**

**Subsecretaria de Planejamento, Regulação, Avaliação e Controle - SUPRAC**  
**Lucas Cardoso Veras Neto - Subsecretário**

**Diretoria de Controle e Avaliação de Serviços de Saúde - DICOAS/SUPRAC**  
**Aramy Ruffoni Guedes - Diretor**

### **Equipe Organização e Elaboração**

**Gerência de Monitoramento e Avaliação de Serviços de Saúde**  
**- GEMOAS/DICOAS/SUPRAC -**

**Marilza Oliveira de Almeida**  
**Carolini Priscila Silva de Lima Oliveira**  
**Graziella Giovanna de Lucas Zeferino**  
**Cynthia Rodovalho Rosa**  
**Luciana da Silva Lira**  
**Angelina Mendes Cardoso Mineiro**  
**Gutemberg Gonçalves de Lima**

### **Colaboração**

**Diretoria de Planejamento e Programação em Saúde - DIPPS/SUPRAC**

**Rodrigo Rodrigues Miranda**  
**Cláudia Daniela Simioli**  
**Camila Fernandes dos Santos**  
**Nathália D. Arcanjo M. Silva**

**Fundo de Saúde do Distrito Federal**  
**José Menezes Neto**

**Gerência de Cadastramento de Estabelecimentos de Saúde**  
**GECES/DICOAS/SUPRAC**  
**André Luiz Dias**

---

D614r Distrito Federal (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde.  
Relatório anual de gestão 2012 / Secretaria de Estado de Saúde do  
Distrito Federal. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde, 2013.  
136 p. il.

1. Saúde - Gestão - Distrito Federal. 2. Sistema Único de Saúde.  
I. Título.

CDU (2.ed) 614.2(817.4)(047)

---

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Municípios mais Populosos do Brasil	18
Figura 2	Evolução Populacional de Brasília	18
Figura 3	Regiões Administrativas do DF	19
Figura 4	Sistema de Saúde da SES/DF	21
Figura 5	Rede Física de Saúde Pública e Privada Prestadora de Serviços ao SUS - Tipo de Gestão e Esfera Administrativa	56

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Raça da População do DF do Último Censo (ano 2010)	16
Gráfico 2	Perfil da População do DF	17
Gráfico 3	Morbidade Hospitalar por Grupo de Causas CID - 10 - Ano 2012	38
Gráfico 4	Principais Ocorrências de Morbidade Hospitalar CID - 10 - 2012	38
Gráfico 5	Principais Ocorrências de Morbidade Hospitalar CID - 10 - Anos 2009 a 2012	39
Gráfico 6	Comparativo das Principais Ocorrências de Morbidade Hospitalar CID - 10 entre as Faixas Etárias 10 a 19 anos e 20 a 59 anos	41
Gráfico 7	Principais Ocorrências de Morbidade Hospitalar CID - 10 em maiores de 60 anos - 2012	42
Gráfico 8	Principais Ocorrências de Morbidade CID - 10 em menores de 1 ano - 2012	52
Gráfico 9	Tipo de Gestão	58
Gráfico 10	Esfera Administrativa (Gerência)	59
Gráfico 11	Vínculos dos Profissionais do SUS	61
Gráfico 12	Leitos de Terapia Intensiva	117
Gráfico 13	Conclusões das Investigações Preliminares em 2012	130
Gráfico 14	Julgamentos Proferidos em 2012	130
Gráfico 15	Sanções Disciplinares Aplicadas em 2012	131
Gráfico 16	Manifestações Acolhidas pela Ouvidoria	133
Gráfico 17	Status das Manifestações	133

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	População do Último Censo (ano 2010)	15
Tabela 2	Perfil Demográfico da População do Último Censo (ano 2010)	16
Tabela 3	Perfil da População por Sexo e Faixa do Último Censo (ano 2010)	16
Tabela 4	Número de óbitos e coeficiente de mortalidade (por 100.000 hab) segundo as causas mais frequentes e ano do óbito - Distrito Federal - 2010 a 2012	30
Tabela 5	Número de óbitos em adultos de 20 a 39 anos e coeficiente específico de mortalidade (por 100.000 hab. De 20 a 39 anos) segundo as causas mais frequentes e ano do óbito - Distrito Federal - 2010 a 2012	30
Tabela 6	Número de óbitos em adultos de 40 a 59 anos e coeficiente específico de mortalidade (por 100.000 hab. De 40 a 59 anos) segundo as causas mais frequentes e ano do óbito - Distrito Federal - 2010 a 2012	31
Tabela 7	Número de óbitos em idosos com 60 anos ou mais e coeficiente específico de mortalidade (por 100.000 hab. 60 anos ou mais) segundo as causas mais frequentes e ano do óbito - Distrito Federal - 2010 a 2012	31

Tabela 8	Número de óbitos em menores de um ano e coeficiente específico de mortalidade (por 100.000 hab. Menores de um ano) segundo as causas mais frequentes e ano do óbito - Distrito Federal - 2010 a 2012	32
Tabela 9	Número de óbitos em crianças de um a nove anos e coeficiente específico de mortalidade (por 100.000 hab. De um a nove anos) segundo as causas mais frequentes e ano do óbito - Distrito Federal - 2010 a 2012	33
Tabela 10	Número de óbitos em adolescentes de 10 a 19 anos e coeficiente específico de mortalidade (por 100.000 hab. De 10 a 19 anos) segundo as causas mais frequentes e ano do óbito - Distrito Federal - 2010 a 2012	34
Tabela 11	Número de casos de meningite em residentes no DF por etiologia e ano de notificação 2010 a 2012	51
Tabela 12	Rede Física de Saúde Pública e Privada Prestadora de serviços ao SUS – Tipo de Gestão e Esfera Administrativa	58
Tabela 13	Esfera Administrativa (Gerência)	59
Tabela 14	Força de trabalho	61
Tabela 15	Quantitativo de profissionais - Servidores requisitados	62
Tabela 16	Servidores comissionados sem vínculo - SES/DF	62
Tabela 17	Contratados temporários - SES/DF	62
Tabela 18	Número de unidades de saúde notificadoras da violência sexual e/ou outras formas de violência DF	92
Tabela 19	Situação da investigação dos óbitos maternos e dos demais óbitos de mulheres em idade fértil - residentes no DF- janeiro a novembro de 2012	96
Tabela 20	Indicadores Financeiros	104
Tabela 21	Metas do Hospital da Criança de Brasília - 2012	117

### **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1	População Rural x Urbana (Dados do SargSUS, 2013)	15
Quadro 2	Ações da Secretaria de saúde no ano de 2012	24
Quadro 3	Mortalidade por grupos de causas, faixa etária e por residência	25
Quadro 4	Mortalidade por grupos de causas, faixa etária e por residência nos anos de 2011, 2010 e 2009	26
Quadro 5	Percentual de Mortalidade referente aos anos de 2009 à 2011	27
Quadro 6	Morbidade Hospitalar por grupos de causas, faixa etária e por residência	35
Quadro 7	Morbidade Hospitalar por Grupos de Causas e Faixa Etária - Internações por Capítulo CID 10 nos anos de 2012, 2011, 2010 e 2009	36
Quadro 8	Quantitativo de profissionais do SUS	60
Quadro 9	Distribuição dos médicos cadastrados (CNES) que atuam no SUS, por 1.000 habitantes, segundo Unidades da Federação – Brasil, 2012	64
Quadro 10	Objetivo: Estruturar o atendimento em atenção primária à saúde com ênfase na estratégia saúde da família.	69
Quadro 11	Objetivo: Promover a ampliação do acesso à atenção especializada de média e alta complexidade com foco em linhas de cuidado prioritárias.	70
Quadro 12	Objetivo: Implementar a rede de atenção à saúde mental em todas as Regiões de Saúde do DF, aumentando a cobertura	72

Quadro 13	Objetivo: Organizar, expandir e qualificar a rede de atenção à urgência e emergência no DF.	73
Quadro 14	Objetivo: Proporcionar a população do Distrito Federal acesso à assistência farmacêutica de qualidade e de forma integral em todos os níveis de atenção	74
Quadro 15	Objetivo: Atuar nos fatores desencadeantes e condicionantes de doenças e agravos com a finalidade de conhecer, detectar, prevenir, controlar, reduzir e eliminar riscos e danos à saúde individual ou coletiva, em como acidentes e agravos relacionados ao trabalho	75
Quadro 16	Objetivo: Assegurar sangue, seus componentes e exames especializados com qualidade e em quantidade adequada para a população do DF, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS	76
Quadro 17	Objetivo: Estabelecer ciclos de melhoria contínua nos sistemas de gestão a fim de aumentar a efetividade e resolubilidade do sistema de saúde do DF	78
Quadro 18	Objetivo: Ampliar a regulação e acesso para consultas especializadas e leitos gerais	80
Quadro 19	Objetivo: Completar a informatização das unidades de saúde e processos de trabalho da SES	81
Quadro 20	Objetivo: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização e qualificação das relações de trabalho dos profissionais da SES-DF	81
Quadro 21	Objetivo: Assegurar os processos educação em saúde (formação inicial e desenvolvimento profissional), de acordo com os princípios e diretrizes do SUS	83
Quadro 22	Objetivo: Promover pesquisas que instrumentalizem a tomada de decisão dos gestores da SES-DF	84
Quadro 23	Objetivo: Promover a adoção de instrumentos para aprimorar a corresponsabilização dos administradores e técnicos no nível local	84
Quadro 24	Objetivo: Criar mecanismos que viabilizem parcerias mais efetivas entre governo e a sociedade e instrumentalizem o controle social	85
Quadro 25	Objetivo: Melhorar a infraestrutura das unidades de saúde mediante reformas, ampliações e construções para qualificar o acesso aos serviços de saúde	86
Quadro 26	Objetivo: Promover a gestão e incorporação de tecnologia a fim de aumentar a efetividade/resolubilidade no sistema de saúde do DF	89
Quadro 27	Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada	90
Quadro 28	Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de serviços de atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.	91
Quadro 29	Número e ano das notificações no DF, 2009 - 2013	92
Quadro 30	Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.	92
Quadro 31	Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas	97

Quadro 32	Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção	97
Quadro 33	Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde	99
Quadro 34	Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais de saúde	101
Quadro 35	Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS	101
Quadro 36	Demonstrativo da utilização de recursos	103
Quadro 37	Demonstrativo orçamentário	106
Quadro 38	Despesas com saúde	107
Quadro 39	Despesas próprias com saúde e serviços públicos de saúde	107
Quadro 40	Controle de restos a pagar vinculados à saúde inscritos em exercícios anteriores	107
Quadro 41	Controle de restos a pagar vinculados à saúde	108
Quadro 42	Despesas com saúde - Fundo Constitucional	108
Quadro 43	Ações de saúde, programas de saúde e principais atividades realizadas	110
Quadro 44	Melhorias realizadas na infraestrutura da SES/DF	115
Quadro 45	Quantitativo de refeições	116
Quadro 46	Número de viaturas e a regulação	121
Quadro 47	Dados estatísticos e série histórica 2008 e 2012	123
Quadro 48	Movimentação de pessoal - SES/DF - 2012	128

## SUMÁRIO

	Apresentação	10
1.	Identificação do Estado	11
1.1.	Secretário Estadual de Saúde	11
1.2.	Fundo Estadual de Saúde	11
1.3.	Conselho Estadual de Saúde	11
1.4.	Conferência Estadual de Saúde	11
1.5.	Plano Estadual de Saúde	11
1.6.	Plano de Carreira, Cargos e Salários	11
1.7.	Contrato Organizativo de Ação Pública - COAP	11
1.8.	Informações sobre Regionalização	12
1.9.	Considerações Iniciais	12
1.10.	A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal	13
2.	Demografia e Dados de Morbimortalidade	15
2.1.	População Estimada do Ano 2012	15
2.1.1.	População - Sexo e Faixa Etária	16
2.1.2.	Análise e Considerações Gerais do Gestor sobre Dados Demográficos	17
2.1.3.	A Saúde no Distrito Federal e suas Incongruências	19
2.1.4.	Condições Atuais de Funcionamento do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal	20
2.2.	Mortalidade por Grupo de Causas, Faixa Etária e por Residência.	25
2.2.1	Análises e Considerações Sobre Mortalidade por Grupo de Causas, Faixa Etária e por Residência.	27
2.3.	Morbidade Hospitalar Por Grupos de Causas e Faixa Etária	35
2.3.1	Análises e Considerações Morbidade Hospitalar Geral na População Residente no DF	37
3.	Rede Física de Saúde, Pública e Privada, Prestadora de Serviços ao SUS.	56
3.1.	Tipo de Gestão	56
4.	Profissionais SUS	60
5.	Programação Anual da Saúde	69
6.	Indicadores de Transição Pacto-COAP 2012	90
7.	Demonstrativo da Utilização dos Recursos	103
7.1.	Bloco de Financiamento	103
7.2.	Análise Considerações Sobre a Utilização dos Recursos	104
7.3.	Indicadores Financeiros	104
7.4.	Análise Considerações Sobre os Indicadores Financeiros	105
8.	Demonstrativo Orçamentário	106
9.	Análise e Considerações Gerais Sobre o Relatório de Gestão	110
9.1.	Considerações Gerais	110
9.1.1.	Ações de Atenção Primária à Saúde da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde	110
9.1.2.	Ações de Atenção à Saúde da Subsecretaria de Atenção à Saúde	115
9.1.3.	Ações de Vigilância em Saúde da Subsecretaria de Vigilância em Saúde	124
9.1.4.	Ações na Área de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde	127
9.1.5.	Ações na Subsecretaria de Planejamento, Avaliação Regulação e Controle	127
9.1.6.	Ações da Subsecretaria de Administração Central	128
9.1.7.	Ações da Corregedoria	128
9.1.8	Ações da Ouvidoria	131

9.2.	Recomendações Para a Próxima Programação Anual de Saúde e/ou Redirecionamentos Para o Plano de Saúde	134
10.	Apreciação do Relatório de Gestão	135
11.	Bibliografia	136

## APRESENTAÇÃO

A elaboração do Relatório Anual de Gestão (RAG) constitui um instrumento legal em cumprimento à Portaria GM/MS nº 3.176, de 24/12/2008 de acompanhamento, controle e avaliação das ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal - SUS-DF e seu financiamento. Representa respeito e compromisso com os usuários do SUS-DF, além de exigir o envolvimento dos gestores e técnicos das Subsecretarias que compõem a estrutura da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

O presente RAG é composto de tabelas, quadros e gráficos que evidenciam o quantitativo realizado pelos diversos serviços ofertados pela Secretaria, bem como análises, considerações e recomendações, demonstrando, dentre outras informações, um diagnóstico detalhado da saúde do Distrito Federal e o perfil das ações que foram realizadas e das que estão sendo traçadas para melhoria contínua dos serviços prestados.

Em suma, contribui para o planejamento e definição das políticas públicas, ajudando os gestores na tomada de decisão e no aperfeiçoamento da gestão participativa. É considerado um instrumento de mudanças e não apenas uma burocracia a mais a ser cumprida.

## RELATÓRIO DE GESTÃO - PERÍODO DE JANEIRO A DEZEMBRO DE 2012

<b>1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTADO</b>	
Razão social:	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
CNPJ:	00.394.700/0001-08
Endereço:	Setor de Áreas Isoladas Norte (SAIN) Parque Rural s/n Sede da SES/DF
CEP:	70086-900
Telefone:	(61) 3348-6104
E-mail:	gabsuprac@gmail.com
Site:	www.saude.df.gov.br
<b>1.1. SECRETÁRIO ESTADUAL DE SAÚDE</b>	
Nome	Rafael de Aguiar Barbosa
Secretaria de saúde teve mais de um gestor no período a que se refere o RAG:	Não
Data da Posse	01/01/2011
<b>1.2. FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE</b>	
Instrumento legal de criação do Fundo de Saúde:	Lei Complementar n° 11, de 12/07/1996
CNPJ:	12.116.247/0001-57
O Gestor do Fundo é o Secretário da Saúde?	Sim
Nome do Gestor do Fundo:	Rafael de Aguiar Barbosa
Cargo do Gestor do Fundo:	Secretário de Estado de Saúde
<b>1.3. CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE</b>	
Instrumento legal de criação do CMS:	Lei n° 2225, de 28/03/1973
Nome do Presidente do CMS:	Rafael de Aguiar Barbosa
Segmento:	Gestor
Data da última eleição do conselho:	29/06/2011
Telefone:	(61) 3223-6252
E-mail:	conselho.saudedf@gmail.com
<b>1.4. CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE</b>	
Data da última Conferência de Saúde:	08/2011
<b>1.5. PLANO ESTADUAL DE SAÚDE</b>	
A Secretaria de Saúde tem Plano de Saúde aprovado pelo Conselho de Saúde?	Sim
Período a que se refere o Plano de Saúde:	2012 à 2015
Aprovação no Conselho de Saúde	Resolução n° 395, em 14/08/2012
<b>1.6. PLANO DE CARREIRA, CARGOS E SALÁRIOS</b>	
O Estado possui Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS)?	Sim
O Estado possui Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS)?	Não
<b>1.7. CONTRATO ORGANIZATIVO DE AÇÃO PÚBLICA - COAP</b>	
O estado firmou Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - COAP na região de Saúde?	Não

<b>1.8. INFORMAÇÕES SOBRE REGIONALIZAÇÃO</b>	
Regiões de saúde existentes no Estado	7

## 1.9 Considerações Iniciais

O Relatório Anual de Gestão - RAG é um instrumento de planejamento, monitoramento e avaliação da gestão do SUS, regulamentado pelo item IV, do art. 4º, da Lei 8.142/1990, e subsidia as ações de auditoria, fiscalização e controle do SUS.

Esse relatório é também um meio de comprovação da aplicação dos recursos da União repassados ao Fundo Nacional de Saúde, para os Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em atendimento à Portaria nº GM/MS 204, de 29 de janeiro de 2007, apresentando os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde (PAS), por meio da apuração do conjunto de ações, metas e indicadores, orientando desta forma, as mudanças e ajustes para a elaboração da programação do ano seguinte.

Os relatórios anuais são também importantes insumos para a avaliação do Plano de Saúde, contemplam aspectos qualitativos e quantitativos e envolvem a análise do processo geral de desenvolvimento do Plano. Registram os avanços obtidos, os obstáculos que dificultaram o trabalho e também as medidas que devem ser implementadas ou reordenadas para que se garanta a transformação da realidade sanitária no território.

O RAG reflete também os resultados dos compromissos e responsabilidades assumidos pelo ente federado no Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), firmado na região.

A Portaria nº 3.176, de 24 de dezembro de 2008, em seu art. 8º, dispõe que o RAG deverá ser encaminhado para apreciação e aprovação do Conselho de Saúde do Distrito Federal para posterior envio à Comissão Intergestores Tripartite - CIT e ao Tribunal de Contas da União.

O Ministério da Saúde disponibilizou o Sistema de Apoio - SARGSUS, **definido na Portaria GM nº 3.027, de 26 de novembro de 2007**, cujo objetivo é apoiar os Municípios, Estados e Distrito Federal, na construção dos seus Relatórios de Gestão, por meio de preenchimento de formulários on-line. Assim, a partir de 2011, por decisão do Acórdão nº 1459/2011 do Tribunal de Contas, foi instituída a obrigatoriedade da alimentação do SARGSUS, pelos entes federados, o que possibilita o acesso por qualquer cidadão via rede mundial de computadores.

O SARGSUS captura a maior parte dos dados dos sistemas de informação em saúde, agregando-os em uma única base de dados, de forma a facilitar o processo de análise das informações pelos gestores das Secretarias de Saúde, como os Sistemas de Informações de Pactuações do Pacto pela Saúde - SISPACTO, Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS, Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES, Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH-SUS e Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM, integrados ao DATASUS. Além da inclusão das informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Hodiernamente, o Relatório Anual de Gestão, representa para Secretaria de Saúde do Distrito Federal um instrumento de gestão, haja vista possibilitar ao gestor a análise das ações desenvolvidas e dos resultados alcançados, bem como para nortear as ações futuras.

## **1.10 A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SES/DF**

A **Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF)**, órgão de direção superior subordinado diretamente ao Governador do Distrito Federal foi reestruturada por meio do Decreto nº 33.384, de 05 de dezembro de 2011, para o fortalecimento da rede, mediante uma gestão mais moderna, participativa e democrática.

Integram a estrutura organizacional da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal as seguintes Unidades Administrativas: Subsecretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde - SUGETES, Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS, a Subsecretaria de Atenção à Saúde - SAS, a Subsecretaria de Vigilância à Saúde - SVS, a Subsecretaria de Administração Geral - SUAG, a Corregedoria da SES/DF - COR, a Subsecretaria de Planejamento, Regulação, Avaliação e Controle - SUPRAC, a Ouvidoria Geral da SES-DF, a Subsecretaria de Tecnologia da Informação em Saúde - SUTIS, a Subsecretaria de Logística e Infraestrutura da Saúde - SULIS e Subsecretaria de Gestão Participativa - SUGEPAR.

A **Subsecretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde - SUGETES** - tem a função de definir e adequar às políticas, o planejamento, a execução e o controle das atividades relacionadas à gestão de profissionais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, valorizando os talentos individuais dos servidores, por meio de uma política em educação, promovendo medidas de aprimoramento dos servidores, visando serviços de qualidade à população do Distrito Federal.

A **Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS** foi criada por meio do Decreto nº 32.104, de 24 de agosto de 2010, publicado no DODF nº 164 de 25/08/2010, fato que marcou o início do processo de fortalecimento institucional e político da Atenção Primária de Saúde (APS). Sua missão é garantir à população do Distrito Federal a promoção e recuperação da saúde do cidadão, com ações voltadas para a Atenção Primária a Saúde, com base nos princípios do SUS.

A **Subsecretaria de Atenção à Saúde - SAS** - tem como missão adequar, normatizar, planejar e coordenar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da população do Distrito Federal, especificamente nos níveis de média e alta complexidade, de acordo com os princípios e diretrizes preconizadas pelo SUS. Todas as ações e cuidados englobam a assistência, o acesso aos exames e o fornecimento de medicamentos e insumos para a recuperação, restabelecimento, e a manutenção da saúde de pacientes internados nas unidades hospitalares e no domicílio.

A **Subsecretaria de Vigilância à Saúde - SVS** - tem o objetivo de atuar nos fatores desencadeantes, determinantes e condicionantes de doenças e agravos, com a finalidade de conhecer, detectar, prevenir, controlar, reduzir e eliminar riscos e danos à saúde individual ou coletiva, bem como acidentes e agravos relacionados ao trabalho.

A **Subsecretaria de Administração Geral - SUAG** dirige, coordena e controla a execução setorial das atividades de orçamento e finanças, administração de material, almoxarifado e, patrimônio, subsidia os órgãos centrais e gerencia setorialmente as atividades sistêmicas, relacionadas com as funções de orçamento, documentação e comunicação administrativa de materiais e patrimônio; realiza os procedimentos e processos necessários para garantir os insumos às unidades da SES/DF com vistas a garantir um efetivo atendimento ao público usuário, e ainda acompanha a execução de convênios e contratos firmados pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal com fornecedores e prestadores de serviço.

A **Subsecretaria de Planejamento, Regulação, Avaliação e Controle - SUPRAC** - coordena os processos de elaboração de planejamento, programação orçamentária e regulação do acesso à saúde pela população; colaborando com as atividades de avaliação e

controle dos serviços e visando assim, a excelência na prestação de cuidados de saúde para a população do Distrito Federal.

A **Subsecretaria de Tecnologia da Informação em Saúde - SUTIS** - coordena a produção e operação dos produtos e serviços essenciais referentes ao processo de informatização, a atualização e ampliação da rede tecnológica de todas as unidades de saúde.

A **Subsecretaria de Gestão Participativa - SUGEPAR** foi criada com o objetivo de fortalecer a gestão e o controle social da SES, propondo, apoiando e acompanhando os mecanismos constituídos de participação popular e controle social.

A **Subsecretaria de Logística e Infraestrutura da Saúde - SULIS** - foi instituída com o objetivo de prover e manter a infraestrutura física das diversas Unidades de Saúde da rede SES-DF, bem como das atividades de serviços gerais e da infraestrutura dos equipamentos médico-hospitalares. Dirige, coordena e controla a execução setorial das atividades de suas três diretorias: Diretoria de Engenharia, Arquitetura e Tecnologia, de Apoio às Unidades e de Engenharia Clínica de Equipamentos Médicos.

A **Corregedoria da Saúde** - instituída por meio do Decreto Distrital nº 32.747, de 2 de fevereiro de 2011, publicado no DODF nº 24, de 3 de fevereiro de 2011, com o propósito de combater as irregularidades na esfera administrativa promovendo a defesa do patrimônio público e a prestação do serviço de saúde digno à população no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Sua competência abrange a prevenção de falhas e orientação das unidades de saúde no âmbito da SES/DF; o controle e a correta aplicação dos recursos públicos; a execução de atividades de auditoria e de controle interno, bem como a coibição e a punição dos desvios de conduta funcional em defesa dos interesses do patrimônio público, em conformidade com os princípios e diretrizes preconizadas pelo Sistema Único de Saúde.

A **Ouvidoria da Saúde** - instituída pelo art. 2º, do Decreto n.º 29.867, de 18/12/2008, é uma Unidade de natureza mediadora, conciliadora, consultiva e que tem por finalidade aprimorar os canais de comunicação da Secretaria de Estado de Saúde com o usuário do Sistema Único de Saúde, visando o aperfeiçoamento da qualidade e da eficácia dos serviços prestados ao cidadão.

As principais representações da gestão da SES-DF em instâncias colegiadas relacionadas ao SUS são:

- **Colegiado de Gestão do Distrito Federal** - é um espaço de decisão, que tem por finalidade a identificação e definição de prioridades e da pactuação de soluções, que visam à implementação e operacionalização do Sistema Único de Saúde no âmbito do Distrito Federal.

- **Conselho de Saúde do Distrito Federal** - é uma instância de deliberação do Sistema Único de Saúde de caráter permanente e deliberativo tendo como missão a fiscalização, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde.

São órgãos vinculados à SES:

- **Fundo de Saúde do Distrito Federal - FSDF** - criado pela Lei Complementar nº 11, de 12 de julho de 1996, nos termos do parágrafo 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e objetiva ser o instrumento de administração e suporte financeiro para gerir, executar, promover, supervisionar e fiscalizar as atividades relacionadas com a execução financeira e orçamentária das ações do Sistema de Saúde do Distrito Federal, sob a orientação e supervisão direta do Secretário de Saúde do Distrito Federal.

- **Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde** - tem como finalidade desenvolver as habilidades e competências dos servidores e profissionais que integram o Sistema de Saúde do Distrito Federal.

- **Fundação Hemocentro de Brasília** - tem como finalidade a coordenação do SSCH - Sistema de Sangue, Componentes e Hemoderivados.

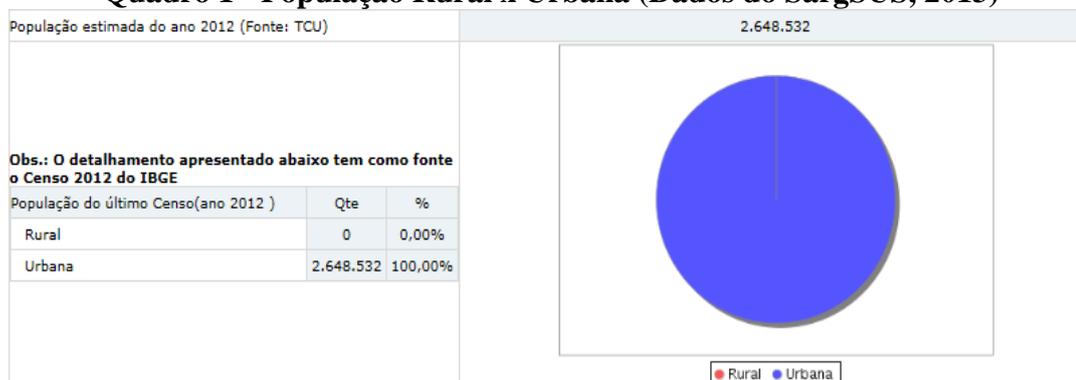
## 2. DEMOGRAFIA E DADOS DE MORBIMORTALIDADE

### 2.1. População Estimada do ano 2012: 2.648.532 habitantes (SARGSUS, 2013).

O detalhamento apresentado abaixo tem como fonte o Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.

De acordo com os dados disponíveis no SARGSUS - 2013, o Distrito Federal não possui população rural, sendo ela essencialmente urbana. Porém, conforme demonstrou o último Censo 2010 do IBGE, 96,58% da população do DF é urbana, desde a sua inauguração, e 3,42% é de população rural (tabela 1 - População do último Censo, 2010).

**Quadro 1 - População Rural x Urbana (Dados do SargSUS, 2013)**



Fonte: Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão - SARGSUS, 2013.

**Tabela 1 - População do Último Censo (ano 2010)**

População do último Censo (ano 2010)	Quantidade	%
Rural	87.950	3,42%
Urbana	2.482.210	96,58%
Total	2.570.160	100%

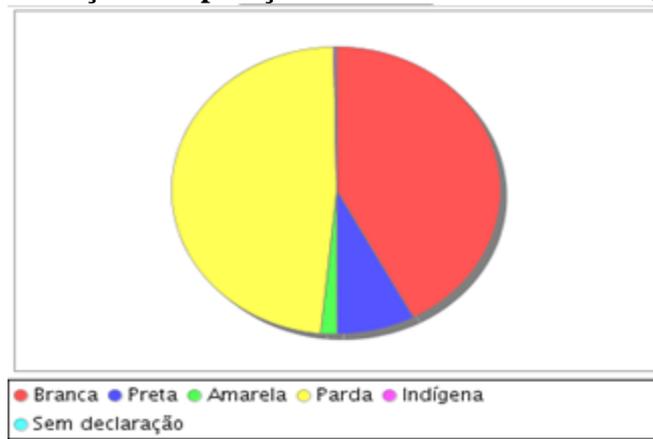
Fonte: Censo do IBGE, 2010.

Em relação à distribuição pela raça, a população do DF não difere das características dos brasileiros de forma geral, apresentando leve predominância de habitantes da cor parda/branca. Em 2007, 49,5% dos habitantes declararam ser pardos, e 41,6%, brancos. Os que se autodeclararam negros são 7,4% (aumento de 32,4% em relação aos de 2007, provavelmente pela conscientização da origem étnica).

**Tabela 2 - Perfil Demográfico da População do Último Censo (ano 2010)**

Perfil Demográfico da População do último Censo (ano 2010)	Quantidade	%
Branca	1.084.418	43,90%
Preta	198.072	7,48%
Amarelo	41.522	1,57%
Parda	1.239.882	46,81%
Indígena	6.128	0,23%
Sem declaração	138	0,01%

Fonte: Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão - SARGSUS, 2013.

**Gráfico 1 - Raça da População do DF do Último Censo (ano 2010)**

Fonte: Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão - SARGSUS, 2013.

### 2.1.1. População - Sexo e Faixa Etária

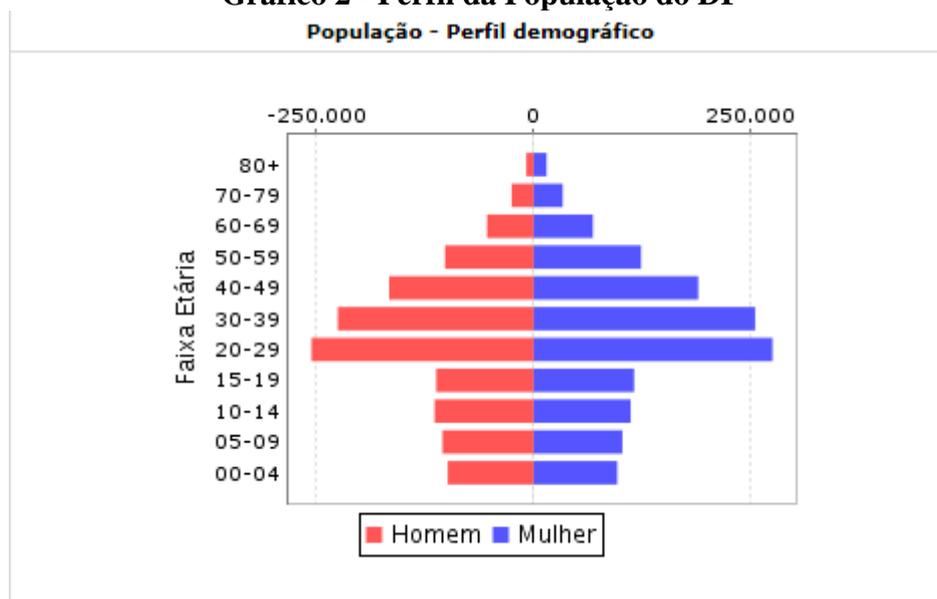
Em termos de gênero, o DF está praticamente dividido, com leve predominância feminina: **são 1.341.280 mulheres (52,2%) e 1.228.880 homens (47,8%)**. A situação atual é bem diferente da registrada em 1997, quando a quantidade de habitantes do sexo feminino era superior em seis pontos percentuais à do sexo masculino. O aumento relativo da população masculina aconteceu no quinquênio 1997- 2002, quando alcançou 20,6%, enquanto que a feminina apresentou 18,3% de acréscimo no mesmo período, segundo dados do IBGE.

**Tabela 3 - Perfil da População por Sexo e Faixa do Último Censo (ano 2010)**

Faixas Etárias	Homem	Mulher	Total
0-4	98.864	95.980	194.844
5-9	104.928	101.896	206.824
10-14	113.968	111.410	225.378
15-19	112.108	115.368	227.476
20-29	255.444	274.462	529.906
30-39	225.219	254.494	479.713
40-49	166.230	189.138	355.368
50-59	102.017	123.367	225.384
60-69	53.636	68.006	121.642
70-79	25.396	33.289	58.685
80+	8.542	14.770	23.312
Total	1.266.352	1.382.180	2.648.532

Fonte: Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão - SARGSUS, 2013.

**Gráfico 2 - Perfil da População do DF**



Fonte: Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão - SARGSUS, 2013.

Quanto à distribuição da faixa etária apresentada pelos habitantes do Distrito Federal, os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) de 2007, revelam redução no número de nascimentos e acréscimo no percentual da população acima de 60 anos que passou de 4,8% (1997- 2007) para 7,2% (2002-2007), o que representou um aumento de 94,3%. O número de crianças reduziu-se para 11,4% entre 2002 e 2007 (era 13,7% de 1997 a 2002). Na pesquisa de 2009, os idosos já representavam 7,8% da população, sendo que este aumento indica a necessidade do desenvolvimento de políticas públicas específicas e direcionadas para esse segmento da população.

### 2.1.2. Análises e Considerações Gerais do Gestor Sobre Dados Demográficos

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE divulgados em agosto de 2012, a população estimada do Brasil foi de 193.946.886, ou seja, 3.191.087 a mais do que em 2010, quando a população era de 190.755.799 brasileiros. Os dados foram estimados para os 5.565 municípios brasileiros existentes em 2010, que foram estatisticamente reconstituídos para 2000, quando existiam originalmente 5.507 municípios instalados.

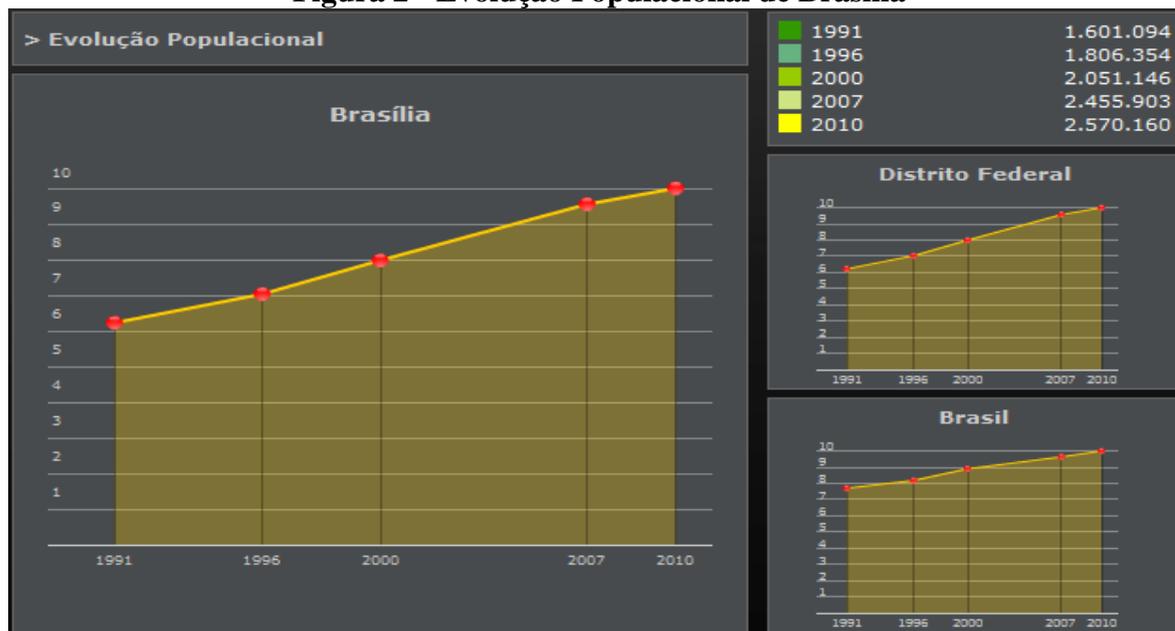
Para o Distrito Federal foi apontada uma população de aproximadamente 2,6 milhões de pessoas, sendo que em 10 anos o Distrito Federal apresentou um crescimento populacional de aproximadamente 25%, o dobro da média registrada pela população brasileira, que foi de 12,3%. Isso contribuiu para que a Região Centro-Oeste aumentasse o percentual entre os brasileiros, passando de 6,9% para 7,4%. (IBGE, 2011). Este crescimento culminou na subida do Distrito Federal, em duas posições no ranking brasileiro, ultrapassando Belo Horizonte e Fortaleza, e ficando atrás somente de cidades como São Paulo (11,37 milhões de habitantes), Rio de Janeiro (6,39 milhões), e Salvador (2,71 milhões). Estes municípios juntos somam 40,75 milhões de habitantes, representando 21,02% da população, conforme as Figuras 1 e 2.

**Figura 1 - Municípios mais Populosos do Brasil**

OS 15 MUNICÍPIOS MAIS POPULOSOS											
ORDEM	UF	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO 2000	UF	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO 2010	UF	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO 2012		
1º	SP	São Paulo	10.434.252	SP	São Paulo	11.253.503	SP	São Paulo	11.376.685		
2º	RJ	Rio de Janeiro	5.857.904	RJ	Rio de Janeiro	6.320.446	RJ	Rio de Janeiro	6.390.290		
3º	BA	Salvador	2.443.107	BA	Salvador	2.675.656	BA	Salvador	2.710.965		
4º	MG	Belo Horizonte	2.238.526	DF	Brasília	2.570.160	DF	Brasília	2.643.532		
5º	CE	Fortaleza	2.141.402	CE	Fortaleza	2.452.185	CE	Fortaleza	2.500.194		
6º	DF	Brasília	2.051.146	MG	Belo Horizonte	2.375.151	MG	Belo Horizonte	2.395.785		
7º	PR	Curitiba	1.587.315	AM	Manaus	1.802.014	AM	Manaus	1.861.835		
8º	PE	Recife	1.422.905	PR	Curitiba	1.751.907	PR	Curitiba	1.776.761		
9º	AM	Manaus	1.405.835	PE	Recife	1.537.704	PE	Recife	1.555.039		
10º	RS	Porto Alegre	1.360.590	RS	Porto Alegre	1.409.351	RS	Porto Alegre	1.416.714		
11º	PA	Belém	1.280.614	PA	Belém	1.393.399	PA	Belém	1.410.430		
12º	GO	Goiânia	1.093.007	GO	Goiânia	1.302.001	GO	Goiânia	1.333.767		
13º	SP	Guarulhos	1.072.717	SP	Guarulhos	1.221.979	SP	Guarulhos	1.244.515		
14º	SP	Campinas	969.396	SP	Campinas	1.080.113	SP	Campinas	1.093.630		
15º	RJ	São Gonçalo	891.119	MA	São Luis	1.014.837	MA	São Luis	1.039.610		
TOTAL 15 MAIORES			36.249.835	TOTAL 15 MAIORES			40.160.406	TOTAL 15 MAIORES			40.759.761
TOTAL BRASIL			169.799.170	TOTAL BRASIL			190.755.799	TOTAL BRASIL			193.946.886
% TOTAL BRASIL			21,35%	% TOTAL BRASIL			21,05%	% TOTAL BRASIL			21,02%

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas - DPE, Coordenação de População e Indicadores Sociais - Copis, 2012.

**Figura 2 - Evolução Populacional de Brasília**



Fonte: IBGE, site: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=530010#>, 2012.

De acordo com o IBGE “As estimativas populacionais são fundamentais para o cálculo de indicadores econômico e sociodemográficos, nos períodos intercensitários e são, também, um dos parâmetros utilizados pelo Tribunal de Contas da União, na distribuição do Fundo de Participação de Estados e Municípios”. Esta divulgação anual obedece à lei complementar nº 59, de 22 de dezembro de 1988, e ao artigo 102 da lei nº 8.443, de 16 de julho de 1992.

### 2.1.3. A Saúde no Distrito Federal e suas Incongruências

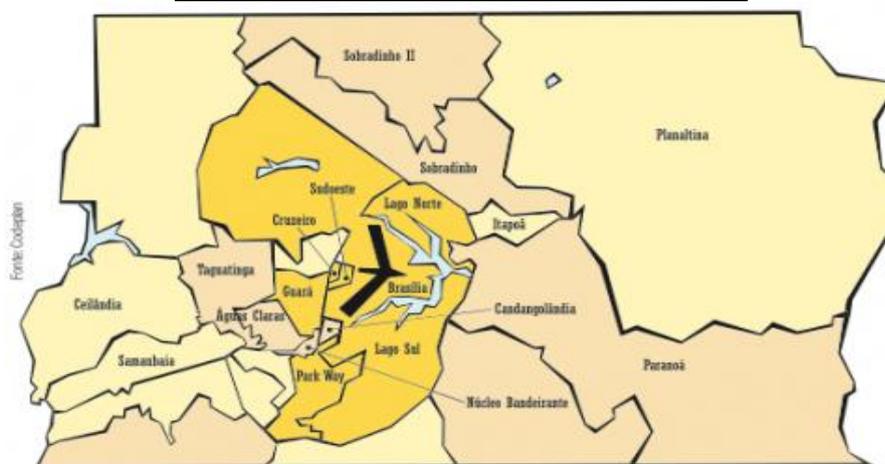
A respeito da situação da saúde no DF, existe um panorama das condições geopolíticas e sociais que impactam na vida de sua população, que reflete na capacidade do sistema de saúde, considerando sua estrutura administrativa, recursos materiais e pessoais. Assim, são relatadas as incongruências a serem enfrentadas pelas políticas de saúde, tais como: demanda por saúde e oferta de serviços, gestão do sistema de saúde local e política de gestão de pessoas dessa Secretaria.

Devido à forte migração de mão de obra para a construção da capital do país, Brasília é a unidade da Federação com maior número de forasteiros. Foram cerca de 60 mil candangos (nome dado aos trabalhadores que vieram de toda parte, principalmente do Nordeste, de Goiás e de Minas, ao centro do país para construir a nova cidade). No primeiro Censo nacional que incluiu Brasília, em 1970, os nascidos na capital eram 22,2% da população. O índice foi aumentando gradativamente: 31,9% em 1980; 41,5% em 1991; e 46,8% em 2000. Na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), em 2008, 48,9% da população era formada por nativos. Atualmente, estima-se que Brasília tenha pelo menos metade da população nascida em solo brasiliense. A participação dos estrangeiros na população do Distrito Federal é pequena, chegando a 0,3%.

O Distrito Federal (DF) é uma Unidade da Federação com características peculiares de acordo com a Lei Orgânica do DF. Possui funções político-administrativas de estado e município, organizando-se em Regiões Administrativas. A prestação de serviços de assistência e proteção à saúde da população é de competência do DF em comum com a União.

Em 1964, foi sancionada uma lei que dividiu o território do Distrito Federal em oito regiões administrativas, incluindo municípios que antes pertenciam ao Estado de Goiás, como Planaltina e Brazlândia. As regiões administrativas foram surgindo ao longo dos anos, até que, em 2009, chegou ao número atual de 31. São elas: Brasília, Gama, Taguatinga, Brazlândia, Sobradinho, Fercal, Planaltina, Paranoá, Núcleo Bandeirante, Ceilândia, Guará, Cruzeiro, Samambaia, Santa Maria, São Sebastião, Recanto das Emas, Lago Sul, Riacho Fundo, Lago Norte, Candangolândia, Águas Claras, Riacho Fundo II, Sudoeste/ Octogonal, Varjão, Park Way, SCIA/Estrutural, Sobradinho II, Jardim Botânico, Itapoã, Setor de Indústria e Abastecimento - SIA e Vicente Pires, conforme Figura 3 a seguir.

**Figura 3 - Regiões Administrativas do DF**



O DF é a única unidade da federação composta por regiões administrativas (30) em vez de cidades

Fonte: Anuário do DF, 2011. No mapa acima não estão representadas as subdivisões de Brasília (Asa Sul e Asa Norte) e a Região Administrativa Fercal.

Embora o DF esteja dividido em regiões administrativas e não em municípios, como nos demais estados, os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE não levam em consideração essa divisão. Sendo assim, a população do Distrito Federal corresponde ao somatório de todas as Regiões Administrativas supracitadas.

Com o intuito de proporcionar o desenvolvimento econômico e social, nos aspectos de infraestrutura, criação de empregos e capacitação profissional, saneamento básico, ocupação do solo, transportes, proteção ao meio ambiente, saúde, educação, cultura, produção agropecuária, habitação, telecomunicação, turismo, segurança e combate à pobreza foi criada a Região de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (Ride/DF).

Compõe a Ride: o Distrito Federal as cidades de Abadiânia, Água Fria de Goiás, Águas Lindas de Goiás, Alexânia, Cabeceiras, Cidade Ocidental, Cocalzinho de Goiás, Corumbá de Goiás, Cristalina, Formosa, Luziânia, Mimoso de Goiás, Novo Gama, Padre Bernardo, Pirenópolis, Planaltina, Santo Antônio do Descoberto, Valparaíso de Goiás e Vila Boa (em Goiás), Unai, Buritis e Cabeceira Grande (em Minas Gerais). Essa região, segundo os dados do Censo do IBGE 2010, ultrapassa 3,5 mil habitantes, trazendo como consequência o aumento por serviços de saúde, segurança, transporte, no Distrito Federal.

Com a expansão populacional desordenada do Distrito Federal e a definição das políticas públicas de saúde no DF, historicamente, sempre ter sido pautada pelo conjunto de sua população, sem levar em conta o contingente populacional da Região do Entorno e a forte influência do processo migratório, tem sido uma das principais justificativas das autoridades públicas e dos especialistas para explicar a realidade da situação em que se encontra atualmente o DF, especialmente, no que diz respeito às ações e aos serviços de saúde que tem se tornado, nos últimos anos, cada vez mais precária.

#### **2.1.4. Condições atuais de funcionamento do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal**

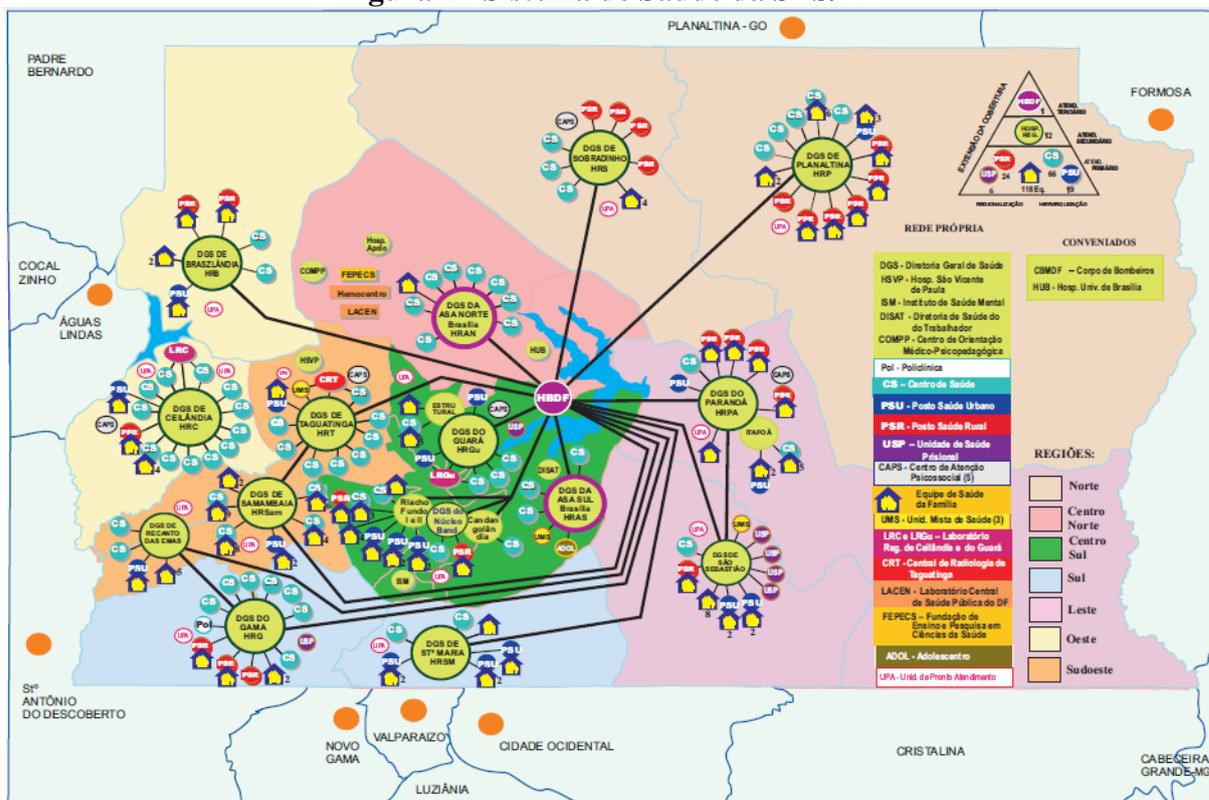
O sistema de saúde no DF caracteriza-se pela predominância de estabelecimentos de saúde sob a administração direta da Secretaria de Estado de Saúde do DF - SES/DF. Do ponto de vista da regionalização são sete regiões de saúde, subdividas em quinze Diretorias Gerais de Saúde, não coincidentes com as regiões administrativas que são em número de trinta e uma.

Segundo o Plano Diretor de Regionalização 2005, a SES/DF, desde 1979, elaborou o Plano de Assistência à Saúde priorizando a assistência primária e preconizando um sistema regionalizado e hierarquizado. Este sistema é sustentado por meio de uma rede de serviços composta de Postos de Saúde, Centros de Saúde, Hospitais Regionais, Hospital de Base do Distrito Federal, Hospital de Apoio, Hospital São Vicente de Paulo, Instituto de Saúde Mental, Diretoria de Saúde do Trabalhador, Centro de Orientação Médico-Psicopedagógica (referência no atendimento e crianças e adolescentes), Laboratório Central de Saúde Pública e Central de Radiologia de Taguatinga, interligadas por um Sistema de referência e contra referência.

Na atualidade está sendo elaborado novo Plano Diretor de Regionalização contemplando as seguintes atualizações: Clínicas da Família, Hospital da Criança José Alencar, Hospital Materno Infantil de Brasília, a divisão da Diretoria de Saúde do Trabalhador que se transformou respectivamente em Diretoria de Saúde Ocupacional - DSOC, voltado para a saúde dos servidores da SES e Diretoria do Centro Distrital de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST, com a função de monitoramento e avaliação da rede de serviços sentinela para a saúde do trabalhador no Distrito Federal.

O Distrito Federal, sendo uma cidade-estado, não possui municípios e por isso sua descentralização é apenas de serviços, conforme desenho apresentado na ilustração a seguir, onde se observa a distribuição das unidades de saúde da rede e suas referências e contra referências, conforme representado na figura 4 - Sistema de Saúde da SES/DF.

**Figura 4 - Sistema de Saúde da SES/DF**



Fonte: Sistema de Saúde da SES/DF (NUEST/GEMOASSUPRAC/SES, 2011).

O Plano Diretor de Regionalização do DF, produzido em 2005, apropriou-se dos conceitos estabelecidos pela NOAS 01/02 e tornou explícito o desenho de regionalização dos serviços de saúde no DF, tomando como base a realidade encontrada e levando em consideração, principalmente: o perfil social, demográfico e epidemiológico da população, a identificação dos problemas de saúde prioritários, a análise da capacidade instalada, os fluxos de usuários e a situação geográfica, com o intuito de mapear os serviços disponíveis para a melhoria da qualidade de atenção e do acesso dos cidadãos às ações de saúde em todos os níveis de complexidade.

Entre as atuais quinze (15) Coordenações Gerais de Saúde encontram-se diversos serviços distribuídos heterogeneamente, que são responsáveis por: atenção e internação domiciliar, atendimento ambulatorial, internação, urgência e emergência e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico.

Sob o ponto de vista exclusivamente da parametrização numérica, as Unidades de Atenção Primária, hoje, cobrem o atendimento de 52,2% da população do DF. Entretanto, observa-se uma distribuição geográfica inequânime, que aliada ao crescimento populacional, dificulta o acompanhamento proporcional pela rede SES/DF.

A Secretaria de Saúde tem investido fortemente na reformulação dos processos de trabalho das unidades básicas de saúde. A principal estratégia para isto é a ampliação da cobertura de atenção à saúde com as Equipes de Saúde da Família. Isto está se dando tanto

com a contratação de novos profissionais como convertendo o Programa de Agentes Comunitários de Saúde em Equipes de Saúde da Família. Além disso, estão sendo elaborados protocolos de atendimento para os profissionais e protocolo de fluxo. Também se iniciaram as oficinas de territorialização para que as unidades trabalhem com as seguintes diretrizes:

I - definição do território de atuação e de população sob a responsabilidade das UBS e das equipes; II - programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população; III - desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais; IV - realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade; V - prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita; VI - realizar atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território; Do Processo de trabalho das equipes de Atenção Primária. VII - desenvolver ações educativas; VIII - desenvolver ações intersetoriais; IX - apoiar as estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social; X - realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados /compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde.

Em termos de infraestrutura, foram adequados e reformados 22 Centros de Saúde e estão garantidos recursos para reforma dos demais e foram construídas 6 Clínicas de Saúde da Família com capacidade para instalar 24 Equipes de Saúde da Família, que estavam ocupando casas alugadas, espaços comunitários cedidos ou dividindo espaço nos Centros de Saúde tradicionais. Foram ainda adquiridos novos equipamentos e mobiliários para as unidades básicas de saúde. Portanto, o investimento em infraestrutura e as ações continuadas de mudança do processo de trabalho em APS têm contribuído para a construção de um processo de atendimento à saúde de maneira mais integral, resolutiva e com maior eficiência.

A atenção aos quadros agudos e principalmente às urgências constitui-se em importante componente da assistência à saúde que é causadora de grande impacto na população e também uma porta de entrada aos serviços de saúde. Contudo, apresenta baixa resolubilidade pelas limitações para avaliação e continuidade de tratamento de casos mais complexos que necessitam investigação e procedimentos não disponibilizados.

A elaboração e a efetivação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências - RUE visam à criação de pontos de atenção sinérgicos, complementares e cooperativos, envolvendo todos os componentes do sistema de saúde necessários ao tratamento adequado e resolutivo das patologias que mais acometem a população.

A adoção de medidas para a resolução da superlotação das unidades de emergência constitui-se em ponto de inflexão da RUE e para tal foram adotados os seguintes procedimentos: (1) implantação do Acolhimento com Classificação de Risco em todas as portas de entrada das emergências, a fim de qualificar e ordenar o atendimento; (2) direcionamento dos pacientes classificados com risco clínico azul e verde para atendimento referenciado e resolutivo; (3) implantação da Gestão de Leitos e Vagas no intuito de otimizar a utilização do leito hospitalar retirando os pacientes das unidades de urgência e emergência; (4) ampliação do número de leitos de retaguarda destinados à transferência de pacientes crônicos para continuidade de tratamento em unidades específicas; (5) transferência mais ágil dos pacientes aos leitos de UTI por meio da qualificação do atendimento; (6) capacitação de equipes especializadas para o atendimento nas salas vermelhas; (7) pactuação para o trabalho coordenado, qualificado e resolutivo de todos os entes.

Mas os serviços do SUS-DF não se resumem aos relacionados à atenção direta à saúde, existem também os serviços de vigilância à saúde, a Fundação Hemocentro e a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.

A Vigilância em Saúde é caracterizada por um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde das populações que vivem em determinados territórios, sob a ótica da integralidade do cuidado, o que inclui tanto a abordagem individual quanto coletiva dos problemas de saúde. Suas áreas de atuação estão divididas em: vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e no serviço especializado do atendimento à Saúde do trabalhador, integrando às ações de caráter individual e organizadas sob a forma de consultas e procedimentos.

Vinculadas à estrutura da SES/DF existem duas fundações: a Fundação Hemocentro de Brasília e a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde FEPECS.

A Fundação Hemocentro é o órgão coordenador do sistema de sangue, componentes e hemoderivados do Distrito Federal.

A FEPECS se caracteriza como uma instituição multiprofissional de formação de quadros profissionais de nível básico, técnico, superior, de extensão, pós-graduação e de pesquisa. É uma fundação de direito público que mantém a Escola Técnica de Brasília (ETESB) de educação profissional de nível técnico e a Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), Instituição de Ensino Superior desenvolvedora da tríade ensino, pesquisa e extensão.

Apesar de todas as dificuldades e com base na conjuntura atual da SES/DF, pode-se afirmar que há uma responsabilidade do gestor público em avançar com novas propostas, para uma política de melhoria na prestação dos serviços de saúde. Sabe-se que há muitos desafios a serem enfrentados, que compreendem desde melhorias na infraestrutura de forma a suprir vazios assistenciais, aperfeiçoar e capacitar permanentemente os profissionais, visando aprimorar a atenção à saúde prestada à população.

Diante dos cenários relatados e dos dados apresentados, a Secretaria procurou no ano de 2012 desenvolver várias ações para os usuários do SUS-DF, no intuito de atender com qualidade a demanda sempre crescente pelos serviços saúde.

Dentre as diversas ações realizadas estão listadas algumas abaixo, assim como, serão descritas várias outras, por Subsecretaria, no item 8 - Análises e Considerações Gerais sobre o Relatório de Gestão.

## Quadro 2 - Ações da Secretaria de Saúde no ano de 2012

- Inauguração do Bloco Materno infantil em Sobradinho visando oferecer cuidados à gestante e à criança, oferecendo os serviços de: pré-parto, parto e puerpério; Ginecologia; UTI Neonatal, Unidade de Cuidados Intermediários de Neonatologia (UCIN); Banco de Leite e Nutrição, além da realização de exames.
- Realização do dia mundial de prevenção da AVC, Diabetes.
- Assinatura do Termo de Adesão ao Protocolo de Cooperação Técnica, visando unir esforços na implementação de programas e ações regionais voltadas à prevenção de acidentes de trabalho no âmbito do DF e Tocantins.
- Oferta a 40 pacientes do serviço de Home Care - internação domiciliar para pacientes de alta complexidade.
- Mutirão de Ressonância Magnética com o objetivo de zerar a fila de espera por exames de ressonância magnética.
- Informatização de grande parte das unidades da rede SES/DF.
- Implantação do terceiro turno no Centro de saúde nº 2 no Núcleo Bandeirante, oferecendo, aos moradores da cidade, consultas nas áreas de clínica médica, ginecologia e pediatria, das 7h às 22h, de segunda a sexta-feira, facilitando o atendimento às pessoas que trabalham durante o dia e não tem como ir às consultas em horário comercial. Esse serviço já é oferecido nas regionais de Riacho Fundo e Candangolândia.
- Implantação do Serviço de Gerenciamento de leitos no Hospital Regional do Gama, proporcionando agilidade nos resultados de exames e pareceres, facilitando os diagnósticos e reduzindo a taxa de permanência nos leitos.
- Reformas e ampliação de 17 centros e postos de Saúde.
- Implantação do Centro de Emergência da Regional de Saúde do Guará;
- Atendimento mais ágil no Hospital Regional de Santa Maria com a implantação do método de ações de acolhimento e classificação de risco.
- Funcionamento 24 horas dos Centros de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPS - AD) em Ceilândia e Samambaia, em razão da implantação do Comitê de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas pelo GDF.
- Realização de mais de 25 mil exames, com a implantação da Carreta da Mulher em 15 unidades do Distrito Federal. Os exames realizados foram: 8.176 mamografias, 8.613 ecografias e 8.234 preventivos do câncer de colo útero. A Unidade móvel funcionou de segunda à sexta, das 7h às 17h.
- Participação da Secretaria de Saúde no 2º Salão de Negócios da Acessibilidade, Reabilitação e Inclusão Social.
- Distribuições de 6.840 órteses e próteses, incluindo 1.858 óculos, 803 aparelhos auditivos, 714 cadeiras de rodas, 400 próteses mamárias, 219 bengalas, 71 cadeiras de rodas motorizadas, além de andadores, cadeiras de banho, calçados especiais, coletes e muletas.
- Criação de comissões hospitalares no Hospital Regional do Gama, com o objetivo de melhorar as atividades de assistência aos pacientes e os processos de trabalho interno no Hospital.
- Realização de 942 atendimentos no Programa de Prevenção e Atendimento às Pessoas em Situação de Violência - PAV Orquídea, em pouco mais de um ano de funcionamento no Hospital Regional de Samambaia.
- Realização de mutirão de tomografia no Hospital Regional de Taguatinga, com o objetivo de diminuir a demanda do exame na rede pública de saúde.
- Cadastramento de Centros de Especialidades Odontológicas, em atendimento ao Programa Brasil Sorridente, lançado no Distrito Federal em novembro de 2012.
- Realização de mais de oito mil atendimentos na UPA do Núcleo Bandeirante, em apenas um mês de funcionamento, após a sua inauguração.
- Realização de 1224 atendimentos na Clínica da Família, no Areal, em apenas um mês de funcionamento, após a sua inauguração.
- Realização de mais de 46 mil atendimentos nos sete Centros de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) da Secretaria de Saúde (dados até setembro, 2012).
- Formação da primeira turma do Curso de Graduação em Enfermagem, da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), iniciada em 2009.
- Criação do “Prêmio Reconhece SES”, com o objetivo destacar os melhores desempenhos na Rede SES/DF em 2012, com base nas fontes de informações que incluem: manifestações dos usuários registradas pelos instrumentos da Ouvidoria da SES DF - Soiweb (160) e o Ouvidor SUS (136); notícias veiculadas pela mídia local, registradas pela Assessoria de Comunicação, além de indicadores monitorados pela Subsecretaria de Planejamento, Regulação, Avaliação e Controle - SUPRAC.

Fonte: Assessoria de Comunicação da SES/DF, disponível em [www.saude.df.gov.br/ascom](http://www.saude.df.gov.br/ascom), acesso 2013.

## 2.2. Mortalidade por Grupo de Causas, faixa etária e por residência

**Quadro 3 - Mortalidade por grupos de causas, faixa etária e por residência (Fonte: Portal DATASUS Tabnet/SIM - 2011 )**

Mortalidade por Capítulo CID 10	Faixa Etária													Total
	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 e mais	Idade Ignorada	
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	7	1	2	3	3	23	65	72	70	72	70	82	2	472
Capítulo II Neoplasias [tumores]	3	9	7	8	15	36	89	223	377	495	498	375	1	2.136
Capítulo III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	2	2	1	5	6	11	6	2	5	6	4	17	0	67
Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	3	0	4	2	3	10	21	39	96	105	145	159	0	587
Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	0	2	4	42	37	34	16	15	12	5	167
Capítulo VI Doenças do sistema nervoso	9	13	9	10	16	15	16	16	20	34	40	110	2	310
Capítulo VIII Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	3	5	1	5	6	36	111	236	408	618	718	837	13	2.997
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	22	8	6	4	5	19	20	31	64	113	262	509	3	1.066
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	4	0	3	4	2	17	61	119	136	92	95	89	3	625
Capítulo XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	0	0	0	0	1	2	0	3	1	6	0	13
Capítulo XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	0	0	0	3	1	7	7	4	5	13	16	11	0	67
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário	0	1	0	1	1	7	10	15	20	29	45	74	0	203
Capítulo XV Gravidez, parto e puerperio	0	0	0	0	2	7	10	0	0	0	0	0	0	19
Capítulo XVI Algumas afecções originadas no período perinatal	294	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	294
Capítulo XVII Malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas	125	15	5	3	1	2	4	2	2	1	0	0	0	160
Capítulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	5	0	0	0	3	5	9	28	13	14	13	34	5	129
Capítulo XX Causas externas de morbidade e de mortalidade	22	17	17	35	217	535	398	228	122	97	73	88	91	1.940
<b>Total</b>	499	71	55	83	283	734	870	1.054	1.373	1.708	1.995	2.403	125	11.253

Fonte: Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão - SARGSUS, 2013 - Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia - IBGE / Censo 2010 (dado população).

**Quadro 4 - Mortalidade por grupos de causas, faixa etária e por residência nos anos de 2011, 2010 e 2009**

Capítulo CID-10	2011															2010	%	2009	%
	FAIXA ETÁRIA																		
	< 1a	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 e mais	Idade ignorada	2011	%				
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	7	1	2	3	3	23	65	72	70	72	70	82	2	472	4,2	488	4,5	435	4,2
II. Neoplasias (tumores)	3	9	7	8	15	36	89	223	377	495	498	375	1	2.136	19,0	2.047	18,9	1.946	18,6
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitários	2	2	1	5	6	11	6	2	5	6	4	17	-	67	0,6	45	0,4	56	0,5
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	3	-	4	2	3	10	21	39	96	105	145	159	-	587	5,2	591	5,4	499	4,8
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	-	2	4	42	37	34	16	15	12	5	167	1,5	152	1,4	130	1,2
VI. Doenças do sistema nervoso	9	13	9	10	16	15	16	16	20	34	40	110	2	310	2,8	287	2,6	253	2,4
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	0,0		0,0		0,0
IX. Doenças do aparelho circulatório	3	5	1	5	6	36	111	236	408	618	718	837	13	2.997	26,6	2.990	27,6	2.890	27,6
X. Doenças do aparelho respiratório	22	8	6	4	5	19	20	31	64	113	262	509	3	1.066	9,5	946	8,7	860	8,2
XI. Doenças do aparelho digestivo	4	-	3	4	2	17	61	119	136	92	95	89	3	625	5,6	537	4,9	543	5,2
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	-	-	-	-	-	1	2	-	3	1	6	-	13	0,1	9	0,1	7	0,1
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	-	-	-	3	1	7	7	4	5	13	16	11	-	67	0,6	67	0,6	62	0,6
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	-	1	-	1	1	7	10	15	20	29	45	74	-	203	1,8	182	1,7	185	1,8
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-	-	2	7	10	-	-	-	-	-	-	19	0,2	20	0,2	23	0,2
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	294	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	294	2,6	311	2,9	293	2,8
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	125	15	5	3	1	2	4	2	2	1	-	-	-	160	1,4	197	1,8	187	1,8
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	5	-	-	-	3	5	9	28	13	14	13	34	5	129	1,1	104	1,0	172	1,6
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	22	17	17	35	217	535	398	228	122	97	73	88	91	1.940	17,2	1.878	17,3	1.918	18,3
<b>TOTAL</b>	<b>499</b>	<b>71</b>	<b>55</b>	<b>83</b>	<b>283</b>	<b>734</b>	<b>870</b>	<b>1.054</b>	<b>1.373</b>	<b>1.708</b>	<b>1.995</b>	<b>2.403</b>	<b>125</b>	<b>11.253</b>	100,0	<b>10.851</b>	100,0	<b>10.459</b>	100,0

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

**Quadro 5 - Percentual de Mortalidade referente aos anos de 2009 a 2011**

Capítulo CID-10	Var. Percent.							
	Rel.2010 a 2011	Rel.2009 a 2011	2011	%	2010	%	2009	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	-6,7	0,8	472	4,2	488	4,5	435	4,2
II. Neoplasias (tumores)	0,6	2,0	2.136	19,0	2.047	18,9	1.946	18,6
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	43,6	11,2	67	0,6	45	0,4	56	0,5
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	-4,2	9,3	587	5,2	591	5,4	499	4,8
V. Transtornos mentais e comportamentais	5,9	19,4	167	1,5	152	1,4	130	1,2
VI. Doenças do sistema nervoso	4,2	13,9	310	2,8	287	2,6	253	2,4
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0
IX. Doenças do aparelho circulatório	-3,3	-3,6	2.997	26,6	2.990	27,6	2.890	27,6
X. Doenças do aparelho respiratório	8,7	15,2	1.066	9,5	946	8,7	860	8,2
XI. Doenças do aparelho digestivo	12,2	7,0	625	5,6	537	4,9	543	5,2
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	39,3	72,6	13	0,1	9	0,1	7	0,1
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	-3,6	0,4	67	0,6	67	0,6	62	0,6
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	7,6	2,0	203	1,8	182	1,7	185	1,8
XV. Gravidez parto e puerpério	-8,4	-23,2	19	0,2	20	0,2	23	0,2
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	-8,8	-6,7	294	2,6	311	2,9	293	2,8
XVII. Malf cong deformid e anomalias	-21,7	-20,5	160	1,4	197	1,8	187	1,8
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	19,6	-30,3	129	1,1	104	1,0	172	1,6
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-0,4	-6,0	1.940	17,2	1.878	17,3	1.918	18,3
<b>TOTAL</b>	0,0	0,0	<b>11.253</b>	100,0	<b>10.851</b>	100,0	<b>10.459</b>	100,0

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

### 2.2.1. Análises e Considerações Sobre Mortalidade por Grupo de Causas, Faixa Etária e por Residência.

As informações disponibilizadas pelo SARGSUS no que concerne ao quadro de Mortalidade (item 2.2) referem-se ao ano de 2011, uma vez que os dados são informados pelo Ministério da Saúde a cada dois anos. Os dados apresentados abaixo se referem a grupos de causas e causas de mortalidade, contendo neste último a série histórica do período compreendido de 2010 a 2012.

O Quadro 5 acima demonstra o percentual de 2011 e as variações em relação aos anos de 2010 e 2009 e estão apresentadas abaixo em ordem de **maior incidência de grupo de causas de mortalidade**:

1. Doenças do aparelho circulatório apresentou o maior percentual (26,6%) com variação de (-3,3%) e (-3,6%). Houve aumento considerável.
2. Neoplasias (tumores) (19,0%) variou de (0,6%) e (2,0%). Teve aumento em 2011.
3. Causas externas de morbidade e mortalidade (17,2%) variação de (-0,4%) e (6,0%). Teve redução.
4. Doenças do aparelho respiratório (9,5%) com variação de (8,7%) e (15,2%). Teve aumento.
5. Doenças do aparelho digestivo (5,6%) variando (12,2%) e (7,0%), Houve aumento.

6. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (5,2%) com variações de (-4,2%) e (9,3%). Diminuiu em relação a 2010 e aumentou em 2009.
7. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (4,2%) variação de (-6,7%) e (0,8%). Teve redução em 2011.
8. Doenças do sistema nervoso (2,8%) variação de (4,2%) e (13,9%). Houve aumento.
9. Algumas afec. originadas no período perinatal (2,6%) com variação de (-8,8) e (-6,7). Houve redução.
10. Doenças do aparelho geniturinário (1,8%) variando em (7,6%) e (2,0%). Teve aumento.
11. Transtornos mentais e comportamentais (1,5%) com variações de (5,9%) e (19,4%), comparado aos dois últimos anos houve aumento.
12. Malf. Cong. deformidade e anomalias cromossômicas (1,4%) variação de (-21,7%) e (20,5%). Houve redução em relação a 2010 e 2009.
13. Sint. sinais e achad anorm ex clín e laborat (1,1%) variação de (19,6%) e (-30,3%). Aumentou em relação a 2010 e diminuiu em relação a 2009.
14. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár (0,6%) variação de (43,6%) e (11,2%). Teve aumento significativo.
15. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo (0,6%) variação de (-3,6%) e (0,4%). Reduziu em 2010 e aumentou em relação a 2009.
16. Gravidez parto e puerpério (0,2%) variação de (-8,4%) e (-23,2%). Houve redução.
17. Doenças da pele e do tecido subcutâneo (0,1%) variação de (39,3%) e (72,6%). Houve aumento.
18. Doenças do ouvido e da apófise mastóide (0,0%) onde não houve alterações.

### **- Mortalidade por Causas**

A causa de óbito mais frequente, em 2012, em residentes no Distrito Federal foi a agressão por homicídio (Tabela 4), sendo também a que apresentou maior elevação entre as principais causas de óbito, diferente de 2011 que ocupava o terceiro lugar. As mortes por agressão (homicídio) passaram de 660 em 2006 (27,7 óbitos por 100.000 habitantes) para 942 óbitos em 2012, (35,6 óbitos por 100.000 habitantes), o que configura uma elevação de 28,5% do coeficiente de mortalidade por esta causa. As mortes por agressão são mais frequentes em adolescentes e em adultos jovens. Este importante problema de saúde pública exige intervenções de diversas áreas de governo e da sociedade civil e não apenas da área de saúde (Fonte: SIM).

A segunda causa de óbito está representada pelas doenças cerebrovasculares, sendo considerada em adultos (40 a 59 anos) e em idosos (acima de 60 anos), a principal causa de óbito. Em 2011 e 2012, ocorreu a redução do coeficiente de mortalidade por esta causa entre os idosos, mas, entre os adultos, apresentou uma elevação em 2011, reduzindo discretamente em 2012. A prevenção desses óbitos está relacionada a mudanças nos hábitos de vida, especialmente a redução do sedentarismo, do tabagismo e da introdução de uma alimentação adequada. Parte desses óbitos pode ser evitada pelo atendimento de emergência que permita o diagnóstico precoce e a instituição do tratamento adequado, evitando complicações.

O infarto agudo do miocárdio foi a terceira causa de morte em 2012, sendo mais frequente em adultos e idosos, assim como aconteceu nas doenças cerebrovasculares, com

pequena elevação em 2011. A prevenção também é semelhante à das doenças cerebrovasculares, exigindo mudança de hábitos de vida, diagnóstico precoce e tratamento adequado.

Os acidentes de transporte terrestre representam a quarta causa mais frequente de óbito, entretanto o coeficiente de mortalidade desta causa apresentou redução em 2011 e 2012. Os acidentes de transporte terrestre foram a principal causa de óbito em crianças (de um a nove anos) e a segunda mais frequente em adolescentes (10 a 19 anos) e em adultos jovens (20 a 39 anos). Assim como no caso das mortes por agressão, a redução desses óbitos exige intervenção integrada de diversas áreas de governo e da sociedade civil.

A pneumonia, quinta causa mais frequente, acomete principalmente idosos (60 anos ou mais) e crianças (1 a 9 anos). Em 2011, seu coeficiente de mortalidade apresentou elevação, com redução em 2012. Vacinação e atenção básica de saúde com resolubilidade e com uma cobertura mais ampla podem contribuir para a redução desses óbitos.

Diabetes *Melittus* foi a sexta causa de óbito. O coeficiente de mortalidade pela doença apresentou redução em 2011 e em 2012, podendo melhorar a redução desse índice com as seguintes ações: estímulo de hábitos de vida adequados (alimentação saudável, exercícios físicos), ampliação da cobertura de atenção primária e resolubilidade de todos os serviços de saúde, além do diagnóstico precoce e tratamento adequado.

As mortes por bronquite, enfisema e asma, sétimo grupo mais frequente, estão relacionadas ao tabagismo e a fatores externos alergênicos em pessoas predispostas. Portanto, a redução está relacionada à promoção à saúde, com redução do tabagismo e à prevenção, evitando-se contato com os alérgenos. Além disso, o papel dos serviços de saúde no acompanhamento e tratamento desses pacientes é importante para reduzir o número de óbitos. O coeficiente de mortalidade por essas doenças elevou-se em 2011 e diminuiu em 2012.

A insuficiência cardíaca, oitava causa de óbito, é mais comum em idosos. Muitas vezes está relacionada ao processo de arteriosclerose coronariana, levando ao comprometimento do miocárdio, exigindo ações de prevenção a longo prazo. O coeficiente de mortalidade por insuficiência cardíaca apresentou queda em 2011, mas elevou-se em 2012.

As doenças causadas pela ingestão de álcool foram a nona causa de óbito mais frequente, e a segunda na faixa etária de 40 a 59, com elevação em 2011 e 2012. Foram 286 mortes em 2012 (Tabela 4), devido a doenças causadas diretamente pela ingestão de álcool. Entretanto, sabe-se que a ingestão excessiva de álcool relaciona-se indiretamente a muitas outras causas de morte, como os acidentes de transporte e as agressões. A prevenção exige a instituição de políticas públicas integradas que desestimulem o consumo de bebidas alcoólicas, como, por exemplo, restrições à propaganda; restrições à exibição e ao acesso direto aos produtos nos pontos de venda; rigorosa fiscalização da proibição da venda a menores; fiscalização aos motoristas que dirigem alcoolizados; campanhas de divulgação dos malefícios do consumo excessivo de bebidas alcoólicas e elevação da carga tributária.

A mortalidade por neoplasias de brônquios e pulmões, décima causa mais frequente, elevou-se em 2012. A redução do tabagismo é considerada a forma mais eficiente de prevenção da neoplasia e dos óbitos pela doença.

**Tabela 4 - Número de óbitos e coeficiente de mortalidade (por 100.000 hab) segundo as causas mais frequentes e ano do óbito - Distrito Federal - 2010 a 2012\***

Causas	2010		2011		2012	
	Nº	Coef.	Nº	Coef.	Nº	Coef.
Agressão (homicídio)	784	30,5	901	34,5	942	35,6
Doenças cerebrovasculares	906	35,3	904	34,6	869	32,8
Infarto agudo do miocárdio	534	20,8	552	21,1	566	21,4
Acid. de transp. terrestre	554	21,6	553	21,2	549	20,8
Pneumonias	493	19,2	539	20,7	520	19,7
Diabetes mellitus	495	19,3	475	18,2	457	17,3
Bronquite, enfisema, asma	330	12,8	374	14,3	363	13,7
Insuficiência cardíaca	294	11,4	288	11,0	326	12,3
Doenças causadas pela ingestão de álcool	261	10,2	300	11,5	286	10,8
Neoplasia de brônquios e pulmão	231	9,0	228	8,7	273	10,3
Doenças hipertensivas	273	10,6	263	10,1	263	9,9
Doença de Chagas	204	7,9	188	7,2	207	7,8
Doenças isquêm. coração (exceto infarto)	175	6,8	182	7,0	195	7,4
Neoplasia de mama**	161	12,0	171	12,6	189	13,7
Quedas	206	8,0	193	7,4	178	6,7
Anomalias congênitas	197	7,7	160	6,1	156	5,9
Miocardiopatias (exceto alcoólica)	265	10,3	187	7,2	149	5,6
Neoplasia de estômago	147	5,7	136	5,2	146	5,5
Neoplasia de cólon	135	5,3	129	4,9	135	5,1
Suicídio	148	5,8	100	3,8	129	4,9

\*Dados provisórios

\*\*Coeficiente por 100 mil mulheres

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade

**Tabela 5 - Número de óbitos em adultos de 20 a 39 anos e coeficiente específico de mortalidade (por 100.000 hab. de 20 a 39 anos) segundo as causas mais frequentes e ano do óbito - Distrito Federal - 2010 a 2012\***

Causas	2010		2011		2012	
	Nº	Coef.	Nº	Coef.	Nº	Coef.
Agressão (homicídio)	445	45,4	516	51,9	537	53,2
Acid. de transp. Terrestre	245	25,0	269	27,0	236	23,4
Suicídio	72	7,3	51	5,1	62	6,1
Doenças causadas pela ingestão de álcool	59	6,0	65	6,5	41	4,1
Aids	52	5,3	48	4,8	37	3,7
Doenças cerebrovasculares	31	3,2	39	3,9	23	2,3
Diabetes mellitus	16	1,6	20	2,0	20	2,0
Leucemias	15	1,5	16	1,6	16	1,6
Quedas	9	0,9	28	2,8	15	1,5
Pneumonias	31	3,2	23	2,3	14	1,4

\*Dados provisórios

Fonte: Sistema de informação sobre Mortalidade

**Tabela 6 - Número de óbitos em adultos de 40 a 59 anos e coeficiente específico de mortalidade (por 100.000 hab. de 40 a 59 anos) segundo as causas mais frequentes e ano do óbito - Distrito Federal - 2010 a 2012\***

Causas	2010		2011		2012	
	Nº	Coef.	Nº	Coef.	Nº	Coef.
Doenças cerebrovasculares	176	31,2	196	34,2	198	34,1
Doenças causadas pela ingestão de álcool	144	25,6	167	29,2	174	30,0
Acid. de transp. terrestre	137	24,3	134	23,4	148	25,5
Infarto agudo do miocárdio	141	25,0	120	21,0	132	22,8
Agressão (homicídio)	108	19,2	106	18,5	111	19,1
Diabetes mellitus	104	18,5	104	18,2	89	15,3
Neoplasia de brônquios e pulmão	42	7,5	50	8,7	82	14,1
Neoplasia de mama	72	12,8	80	14,0	82	14,1
Insuficiência cardíaca	64	11,4	52	9,1	68	11,7
Aids	52	9,2	59	10,3	64	11,0

\*Dados provisórios

Fonte: Sistema de informação sobre Mortalidade

**Tabela 7 - Número de óbitos em idosos com 60 anos ou mais e coeficiente específico de mortalidade (por 100.000 hab. 60 anos ou mais) segundo as causas mais frequentes e ano do óbito - Distrito Federal - 2010 a 2012\***

Causas	2010		2011		2012	
	Nº	Coef.	Nº	Coef.	Nº	Coef.
Doenças cerebrovasculares	694	351,2	663	330,4	646	317,6
Pneumonias	395	199,9	448	223,2	434	213,4
Infarto agudo do miocárdio	381	192,8	420	209,3	420	206,5
Diabetes mellitus	371	187,7	348	173,4	347	170,6
Bronquite, enfisema, asma	297	150,3	333	165,9	309	151,9
Insuficiência cardíaca	218	110,3	219	109,1	246	120,9
Doenças hipertensivas	195	98,7	191	95,2	204	100,3
Neoplasia de brônquios e pulmão	184	93,1	173	86,2	188	92,4
Doença de Chagas	138	69,8	136	67,8	156	76,7
Doenças isquêm. coração (exceto infarto)	143	72,4	150	74,7	155	76,2

\*Dados provisórios

Fonte: Sistema de informação sobre Mortalidade

## - Mortalidade Infantil

O Comitê de Investigação ao Óbito Infantil e Fetal do Núcleo de Saúde da Criança, com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil no ano de 2012, continuou a realizar diversas ações, conforme abaixo:

- Promoção de reuniões mensais com os grupos técnicos dos Comitês de Prevenção e Controle do Óbito Infantil e Fetal das Coordenações Gerais de Saúde, para qualificação do processo de investigação, análise dos casos, identificação dos fatores

determinantes do óbito infantil e fetal, construção do processo de trabalho nos Comitês e pactuação das metas.

- Realização de reuniões mensais com os coordenadores dos Programas de Assistência Integral à Saúde da Criança nas Coordenações Gerais de Saúde.
- Realização de oficinas contemplando o Programa Hospital Amigo da Criança, de acordo com as diretrizes da Portaria-SAS-MS nº 80, de 24/02/2011 e monitoração da autoavaliação destas unidades junto ao Ministério da Saúde, no curso para formação de facilitadores da estratégia AIDPI Neonatal (em parceria com o Ministério da Saúde).
- Organização de oficinas da Rede Amamenta Brasil nos Centros de Saúde e equipes da Estratégia de Saúde da Família, abordando aspectos relacionados com a assistência a mãe, aos cuidadores e a criança no 1º ano de vida, tendo em vista, dentre outras, a criação de um plano de ação a ser executado em cada localidade, contemplando o pré-natal, o puerpério, atuações junto a comunidade adscrita e a vigilância alimentar e nutricional (ex.: baixo peso, desnutrição, prevalência do aleitamento materno, sobrepeso e obesidade, etc.).
- Realização do Seminário Anual de Prevenção e Controle do Óbito Infantil e Fetal.
- Realização de ações de sensibilização junto as Coordenações Gerais de Saúde, para a importância da vigilância ao óbito infantil e fetal.
- Participação da oficina de “Redes de Atenção à Saúde no SUS” do CONASS, com foco na Rede Cegonha.

**Tabela 8 - Número de óbitos em menores de um ano e coeficiente específico de mortalidade (por 100.000 hab. menores de um ano) segundo as causas mais frequentes e ano do óbito - Distrito Federal - 2010 a 2012\***

Causas	2010		2011		2012	
	Nº	Coef.	Nº	Coef.	Nº	Coef.
Anom congênitas	162	429,5	125	326,3	118	303,9
Recém-Nasc. afetado p/ compl. da grav. e do parto	108	286,3	135	352,4	104	267,9
Infecções espec. período perinatal	34	90,1	44	114,9	45	115,9
Afec. respiratórias RN	31	82,2	29	75,7	42	108,2
Prematuridade	43	114,0	25	65,3	34	87,6
Doença da membrana hialina	37	98,1	23	60,0	21	54,1
Hipoxia intra-uterina/asfixia nascer	20	53,0	6	15,7	19	48,9
Pneumonias	6	15,9	15	39,2	16	41,2
Doenças infecciosas intestinais	3	8,0	1	2,6	5	12,9
Insuficiência renal	-	-	-	-	3	7,7

\*Dados provisórios

\*\*Coeficiente por 100 mil mulheres

Fonte: Sistema de informação sobre Mortalidade

**Tabela 9 - Número de óbitos em crianças de um a nove anos e coeficiente específico de mortalidade (por 100.000 hab. de um a nove anos) segundo as causas mais frequentes e ano do óbito - Distrito Federal - 2010 a 2012\***

Causas	2010		2011		2012	
	Nº	Coef.	Nº	Coef.	Nº	Coef.
Acid. de transp. terrestre	23	6,5	12	3,4	15	4,1
Anom congênitas	16	4,5	20	5,6	10	2,8
Agressão (homicídio)	1	0,3	5	1,4	6	1,7
Pneumonias	9	2,6	7	2,0	5	1,4
Leucemias	7	2,0	5	1,4	3	0,8
Doenças infecciosas intestinais	-	-	1	0,3	2	0,6
Desnutrição	-	-	1	0,3	2	0,6
Miocardopatias (exceto alcoólica)	-	-	1	0,3	2	0,6
Infec. Meningocócica	4	1,1	2	0,6	1	0,3
Aids	-	-	-	-	1	0,3

\*Dados provisórios

Fonte: Sistema de informação sobre Mortalidade

#### **- Mortalidade entre Adolescentes**

As causas externas e doenças do sistema nervoso foram as principais causas de mortalidade entre adolescentes (10 a 19 anos) no ano de 2011. As doenças do sistema nervoso ultrapassaram os coeficientes de mortalidade por neoplasias entre adolescentes, que até 2010 configurou-se como segunda causa de maior mortalidade.

Há diferenças significativas com relação às faixas etárias quanto aos coeficientes de mortalidade por causas externas. O grupo de 10 a 14 anos ficou em torno de 35 óbitos por grupos de 100.000 adolescentes, mas passou de 217 óbitos por grupo de 100.000 adolescentes de 15 a 19 anos. Quando agrupados o coeficiente de mortalidade é de 252 óbitos por grupo de 100.000 adolescentes entre 10 e 19 anos (ver Tabela 10).

A epidemiologia descrita acima aponta para um novo desafio às políticas: a saúde mental de adolescentes. Nesse desafio, a SES vem investindo na prevenção das doenças do sistema nervoso, com a implantação de novos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e no que tange às mortes por causas externas, bem como investir em planos intersetoriais de combate à violência.

A SES-DF vem investindo em projetos de prevenção de violência e tem assumido a multiplicação da "Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências" para os diversos membros que compõem a rede de cuidado e de proteção social no território. Acredita-se que essa medida poderá, em longo prazo, promover impacto positivo na diminuição das mortes por causas externas, no que tange à violência. E ainda, promove a cultura da paz nas escolas inseridas no Programa Saúde na Escola - PSE.

**Tabela 10 - Número de óbitos em adolescentes de 10 a 19 anos e coeficiente específico de mortalidade (por 100.000 hab. de 10 a 19 anos) segundo as causas mais frequentes e ano do óbito - Distrito Federal - 2010 a 2012\***

Causas	2010		2011		2012	
	Nº	Coef.	Nº	Coef.	Nº	Coef.
Agressão (homicídio)	157	35,7	184	41,2	195	43,1
Acid. de transp. terrestre	47	10,7	33	7,4	49	10,8
Suicídio	12	2,7	8	1,8	16	3,5
Leucemias	7	1,6	8	1,8	10	2,2
Anom. congênitas	3	0,7	4	0,9	8	1,8
Anemias	3	0,7	9	2,0	3	0,7
Doenças hipertensivas	1	0,2	0	0,0	3	0,7
Insuficiência renal	-	-	1	0,2	3	0,7
Insuficiência cardíaca	-	-	2	0,4	2	0,4
Bronquite, enfisema, asma	3	0,7	2	0,4	2	0,4

\*Dados provisórios.

Fonte: Sistema de informação sobre Mortalidade

### - Mortalidade Materna

Devido ao caráter evitável em 92% dos casos, a Mortalidade Materna torna-se uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres.

No Distrito Federal, no período de 2006 a 2012, o número anual de óbitos maternos variou de 17 óbitos (em 2007, 2010 e 2011) a 24 óbitos (em 2009). A maior razão de mortalidade materna foi registrada em 2009 (54,6 óbitos por 100.000 nascidos vivos) e a menor em 2010 (38,4 óbitos por 100.000 nascidos vivos). Em 2012, ocorreram 18 óbitos maternos (43,2 óbitos por 100 mil nascidos vivos).

As causas obstétricas diretas foram mais frequentes que as indiretas, indicando que a mortalidade materna pode ser reduzida com medidas que aumentem a efetividade da assistência ao pré-natal, parto e puerpério. A hipertensão arterial na gestação, parto ou puerpério, uma causa obstétrica direta, foi a principal causa de óbito materno (13 mortes - 25% dos óbitos maternos) no período de 2010 a 2012. Esta é a principal causa de morte materna também no Brasil (20% dos óbitos maternos).

A partir de 2010 foi implantado um módulo específico no Sistema de Informação sobre Mortalidade (Fonte: SIM) para registro das investigações epidemiológicas de mulheres em idade fértil (de 10 a 49 anos). Naquele ano a proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados foi superior a 85%, mas, em 2011, foi de 57,8%. Em 2012, voltou a elevar ultrapassando os 85%. Nos três anos houve elevados percentuais de casos cuja investigação foi encerrada tardiamente (mais de 120 dias após o óbito). (Fonte: SIM).

## 2.3 Morbidade Hospitalar por Grupos de Causas e Faixa Etária

**Quadro 6 - Morbidade Hospitalar por grupos de causas, faixa etária e por residência (Fonte: Portal DATASUS Tabnet/SIH - Jan a Dez - 2012 )**

Internações por Capítulo CID-10	Faixa Etária													Total
	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 e mais		
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	811	1.207	484	262	174	436	518	609	468	377	392	288	6.026	
Capítulo II Neoplasias [tumores]	44	183	145	177	242	556	957	1.784	1.591	1.388	992	393	8.452	
Capítulo III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	51	125	131	84	72	163	134	150	97	74	75	43	1.199	
Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	112	135	223	177	102	164	270	399	457	446	313	197	2.995	
Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais	2	10	8	23	165	851	971	828	460	167	43	9	3.537	
Capítulo VI Doenças do sistema nervoso	207	322	288	237	249	409	480	616	636	373	275	268	4.360	
Capítulo VII Doenças do olho e anexos	20	75	86	51	62	114	151	188	223	219	145	36	1.370	
Capítulo VIII Doenças do ouvido e da apófise mastoide	38	60	42	40	22	40	54	52	27	11	13	1	400	
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	81	120	87	104	128	431	961	1.811	2.468	2.892	2.574	1.509	13.166	
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	2.379	3.009	1.616	556	315	643	781	882	980	1.247	1.437	1.128	14.973	
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	272	429	577	569	569	1.588	2.095	2.117	1.827	1.419	891	431	12.784	
Capítulo XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	141	475	316	192	184	387	425	420	264	186	171	133	3.294	
Capítulo XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	8	80	95	203	163	365	431	464	460	299	182	44	2.794	
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário	423	469	325	295	484	1.132	1.507	1.456	1.061	882	657	311	9.002	
Capítulo XV Gravidez, parto e puerperio	8	1	2	325	6.866	19.406	10.173	1.220	18	9	5	3	38.036	
Capítulo XVI Algumas afecções originadas no período perinatal	5.634	17	1	4	17	35	20	6	0	1	0	1	5.736	
Capítulo XVII Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	497	342	218	152	91	99	71	42	45	28	21	2	1.608	
Capítulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	95	147	140	110	136	303	340	313	284	210	218	104	2.400	
Capítulo XIX Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	83	364	467	636	1.118	2.913	2.625	2.121	1.366	882	559	360	13.494	
Capítulo XX Causas externas de morbidade e de mortalidade	0	3	5	4	11	22	24	18	13	3	1	2	106	
Capítulo XXI Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	45	38	41	30	30	415	865	508	209	106	57	18	2.362	
<b>Total</b>	<b>10.951</b>	<b>7.611</b>	<b>5.297</b>	<b>4.231</b>	<b>11.200</b>	<b>30.472</b>	<b>23.853</b>	<b>16.004</b>	<b>12.954</b>	<b>11.219</b>	<b>9.021</b>	<b>5.281</b>	<b>148.094</b>	

Fonte: Portal DATASUS Tabnet/SIH - Jan a Dez - 2012 - Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia - IBGE / Censo 2010 (dado população).

**Quadro 7 - Morbidade Hospitalar por Grupos de Causas e Faixa Etária - Internações por Capítulo CID 10 nos anos de 2012, 2011, 2010 e 2009**

Capítulo CID-10	2012												2011	%	2010	%	2009	%
	Faixa Etária																	
	Menor 1	%	1 a 9	%	10 a 19	%	20 a 59	%	60 e +	%	total	%						
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	811	7,4	1.691	13,1	436	2,8	2.031	2,4	1.056	4,1	6.025	4,1	6.337	4,2	6.832	4,5	5.786	3,8
II. Neoplasias (tumores)	44	0,4	328	2,5	419	2,7	4.888	5,9	2.773	10,9	8.452	5,7	9.104	6,0	9.010	5,9	9.655	6,3
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt im	51	0,5	256	2,0	156	1,0	544	0,7	192	0,8	1.199	0,8	1.240	0,8	1.184	0,8	1.199	0,8
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metab	112	1,0	358	2,8	279	1,8	1.290	1,5	956	3,7	2.995	2,0	2.857	1,9	2.943	1,9	2.745	1,8
V. Transtornos mentais e comportamentais	2	0,0	18	0,1	188	1,2	3.110	3,7	219	0,9	3.537	2,4	3.344	2,2	4.182	2,7	3.378	2,2
VI. Doenças do sistema nervoso	207	1,9	610	4,7	486	3,1	2.141	2,6	916	3,6	4.360	2,9	3.714	2,4	3.351	2,2	3.467	2,3
VII. Doenças do olho e anexos	20	0,2	161	1,2	113	0,7	676	0,8	400	1,6	1.370	0,9	1.780	1,2	1.822	1,2	1.375	0,9
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	38	0,3	102	0,8	62	0,4	173	0,2	25	0,1	400	0,3	451	0,3	469	0,3	534	0,4
IX. Doenças do aparelho circulatório	81	0,7	207	1,6	232	1,5	5.671	6,8	6.975	27,3	13.166	8,9	13.767	9,1	13.795	9,0	13.318	8,8
X. Doenças do aparelho respiratório	2.379	21,7	4.625	35,8	871	5,6	3.286	3,9	3.811	14,9	14.972	10,1	14.834	9,8	14.661	9,6	15.197	10,0
XI. Doenças do aparelho digestivo	272	2,5	1.006	7,8	1.138	7,4	7.627	9,2	2.741	10,7	12.784	8,6	12.389	8,2	13.138	8,6	13.429	8,8
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	141	1,3	791	6,1	376	2,4	1.496	1,8	490	1,9	3.294	2,2	3.517	2,3	3.265	2,1	2.906	1,9
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjunt	8	0,1	175	1,4	366	2,4	1.720	2,1	525	2,1	2.794	1,9	2.572	1,7	2.585	1,7	2.766	1,8
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	423	3,9	794	6,2	779	5,0	5.156	6,2	1.850	7,2	9.002	6,1	8.958	5,9	8.824	5,8	8.929	5,9
XV. Gravidez parto e puerpério	8	0,1	3	0,0	7.191	46,6	30.817	37,0	17	0,1	38.036	25,7	40.649	26,8	42.206	27,5	42.598	28,0
XVI. Algumas afec originadas no período perin	5.634	51,4	18	0,1	21	0,1	61	0,1	2	0,0	5.736	3,9	5.059	3,3	4.759	3,1	5.049	3,3
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromoss	497	4,5	560	4,3	243	1,6	257	0,3	51	0,2	1.608	1,1	1.674	1,1	1.747	1,1	2.040	1,3
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e labor	95	0,9	287	2,2	246	1,6	1.240	1,5	532	2,1	2.400	1,6	2.492	1,6	2.489	1,6	2.333	1,5
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas ext	83	0,8	831	6,4	1.754	11,4	9.025	10,8	1.801	7,1	13.494	9,1	13.793	9,1	12.738	8,3	12.236	8,0
XX. Causas externas de morbidade e mortalid	-	0,0	8	0,1	15	0,1	77	0,1	6	0,0	106	0,1	113	0,1	103	0,1	36	0,0
XXI. Contatos com serviços de saúde	45	0,4	79	0,6	60	0,4	1.997	2,4	181	0,7	2.362	1,6	3.065	2,0	3.189	2,1	3.214	2,1
Total	10.951	100,0	12.908	100,0	15.431	100,0	83.283	100,0	25.519	100,0	148.092	100,0	151.709	100,0	153.292	100,0	152.190	100,0

Fonte: Portal DATASUS Tabnet/SIH - Jan a Dez - 2012, 2011, 2010 e 2009 - Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia - IBGE / Censo 2010 (dado população).

### **2.3.1. Análises e Considerações Morbidade Hospitalar Geral na População Residente no DF**

O número de internações na rede pública de saúde do Distrito Federal é influenciado por três fatores, são eles:

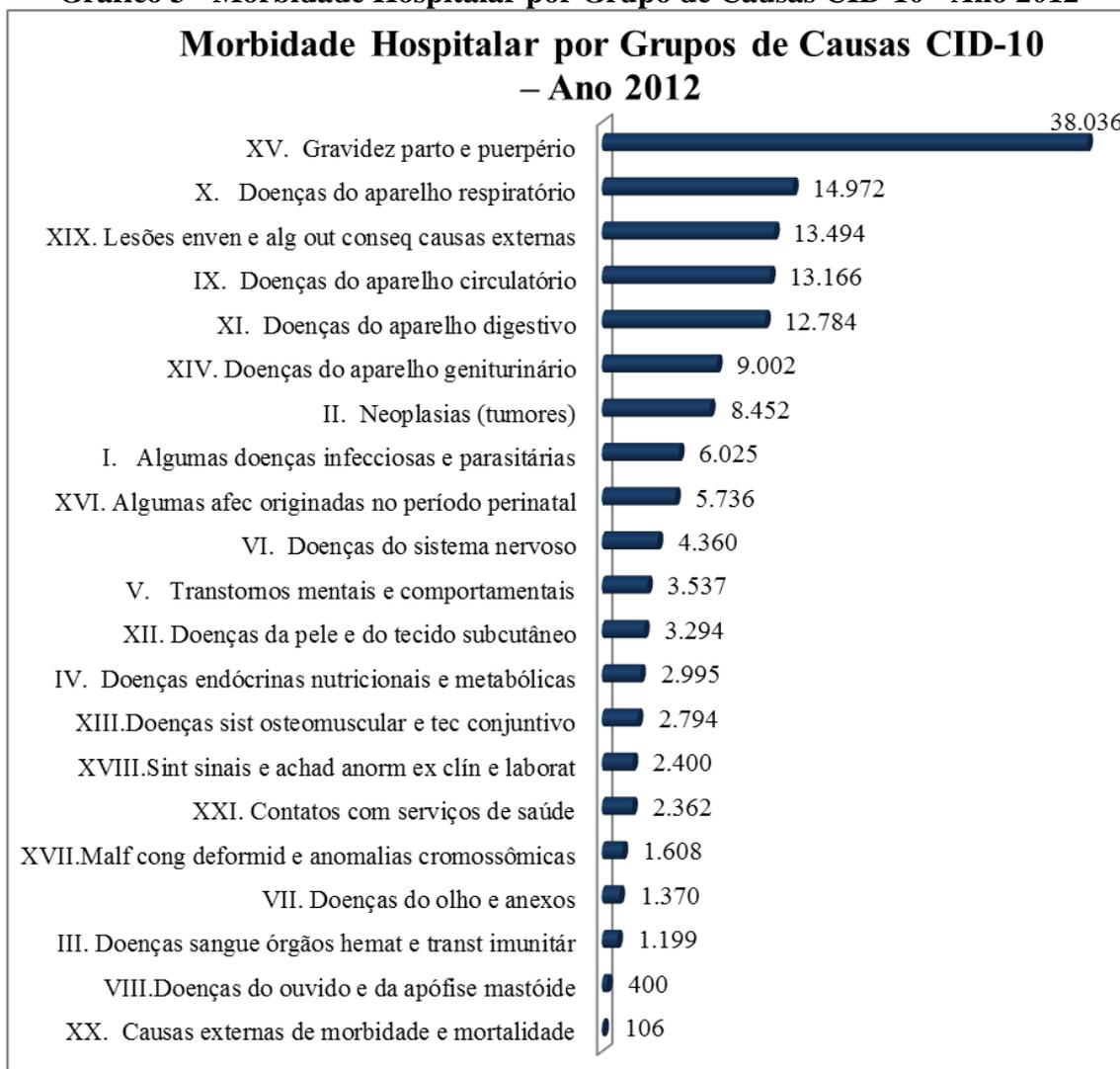
1. A quantidade de pessoas que utiliza o SUS-DF é influenciada pelas variações no tamanho da população que compõem a RIDE e pela proporção de pessoas que têm acesso aos estabelecimentos privados, principalmente por planos de saúde.
2. A frequência com que as diversas doenças e agravos acometem a população.
3. A capacidade dos estabelecimentos públicos de atender à demanda pelos seus serviços.

O número de internações hospitalares no SUS-DF em 2012 caiu 2,69%, em relação ao ano anterior.

#### **- Internações por Gravidez, Parto e Puerpério**

O maior número de internações em 2012, assim como nos anos anteriores, foi motivado por gravidez, parto e puerpério, conforme pode ser visualizado nos gráficos 3 e 4. Grande parte desses atendimentos (18.756 internações) ocorreu por parto único espontâneo. Essa é uma demanda esperada, em consonância com a recomendação do Conselho Federal de Medicina, de que os partos, mesmo normais, sejam realizados em ambiente hospitalar. Nos últimos quatro anos, conforme Gráfico 5, observa-se um discreto declínio nas internações por gravidez, parto e puerpério, provavelmente devido à queda da taxa de natalidade e ao aumento da proporção de pessoas que utilizam os serviços de saúde privados, por intermédio de planos de saúde (o número de nascimentos nos estabelecimentos privados passou de 12.842, em 2009, para 13.608, em 2012 - Fonte: Sistema de Informação de Nascidos Vivos - SINASC). Além disso, a diminuição das internações por gravidez, parto e puerpério coincide com a diminuição da taxa de fertilidade da população. Mantendo-se as condições atuais, pode-se esperar discreta diminuição no número de internações por gravidez, parto e puerpério nos próximos anos.

**Gráfico 3 - Morbidade Hospitalar por Grupo de Causas CID-10 - Ano 2012**



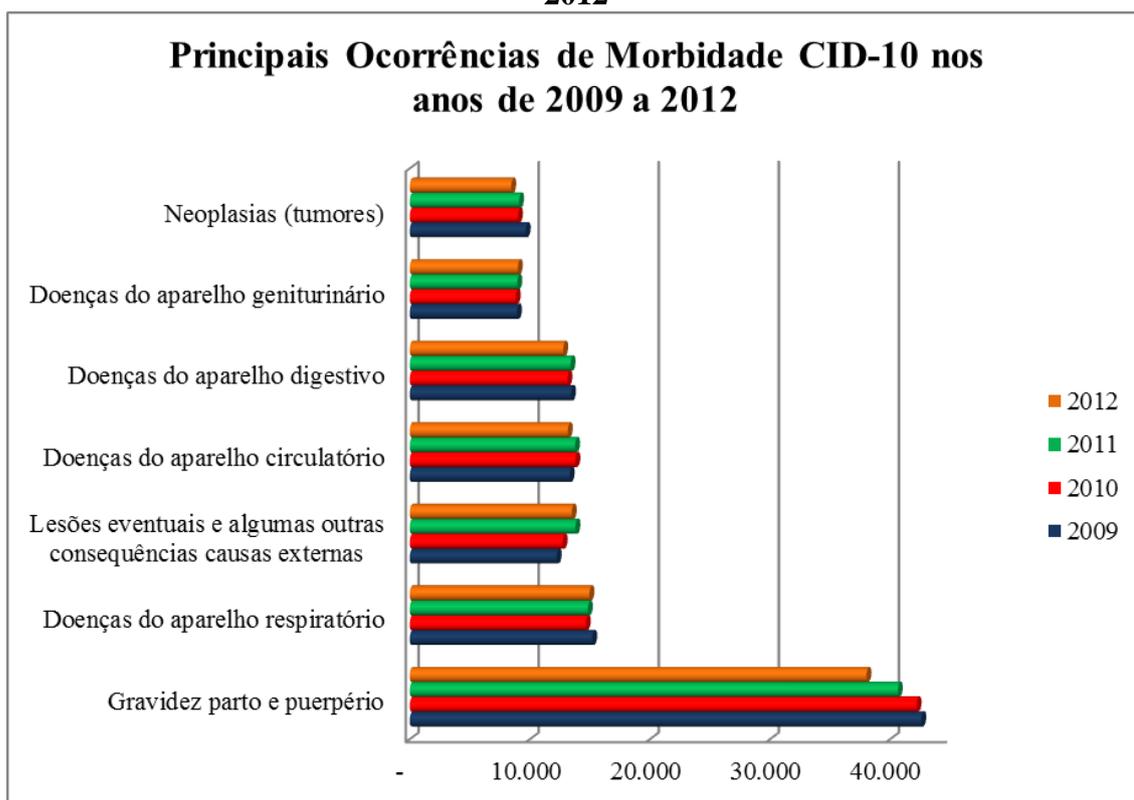
Fonte: Portal DATASUS Tabnet/SIH, 2012.

**Gráfico 4 - Principais Ocorrências de Morbidade Hospitalar CID-10 - Ano 2012**



Fonte: Portal DATASUS Tabnet/SIH, 2012.

**Gráfico 5 - Principais Ocorrências de Morbidade Hospitalar CID-10 - Anos de 2009 a 2012**



Fonte: Portal DATASUS Tabnet/SIH, 2012.

## **- Internações por Doenças do Aparelho Respiratório**

O segundo maior número de internações no DF foi causado por doenças do aparelho respiratório, como pode ser visualizado nos gráficos 3 e 4. Nesse grupo, destacam-se as pneumonias e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Essa última está fortemente relacionada ao tabagismo. Segundo informação do Instituto Nacional do Câncer (Inca), a prevalência de tabagismo vem diminuindo no Brasil. Apesar disso, observou-se, na rede pública de saúde do DF, aumento das internações por DPOC (de 963 internações, em 2009, para 1826 internações, em 2012). No caso das pneumonias, os grupos mais vulneráveis são as crianças e os idosos (as doenças respiratórias foram a primeira causa de internação na faixa etária de 1 a 9 anos e a segunda em menores de um ano e em maiores de 60 anos). As internações por pneumonia caíram de 8.457 internações em 2009, para 7.017, em 2012. Possivelmente, as campanhas de vacinação contra a gripe e pneumonia, em grupos populacionais específicos, favoreceram esse resultado. As internações por doenças do aparelho respiratório em geral tiveram pequena redução em 2010, mas, nos anos seguintes, apresentou elevação que ocorreu principalmente pelo aumento no número de casos de DPOC, bronquite e asma.

## **- Ações da Coordenação da Pneumologia para reduzir a morbidade hospitalar:**

As ações da Coordenação da Pneumologia foram:

1. A SES tem Pneumologistas que atuam em ambulatórios específicos na atenção primária, secundária e terciária para o atendimento de pacientes com doenças respiratórias crônicas (Asma, Asma de Difícil Controle, DPOC, Tabagismo, Hipertensão Pulmonar, Bronquiectasias, Distúrbios do Sono e no auxílio da cessação do tabagismo, fator predisponente importante na gênese de doenças crônicas respiratórias).

2. O DF disponibiliza acesso a tratamento medicamentoso da Asma, DPOC, Hipertensão Pulmonar em parceria com o Ministério da Saúde ou custeando isoladamente alguns medicamentos específicos através de protocolos Clínicos da SES-DF.

3. Elaboração de protocolo clínico para atendimento de pacientes com indicação de uso de ventilação não invasiva domiciliar (colocado em consulta pública em 2012 e aprovado em 25/03/2013).

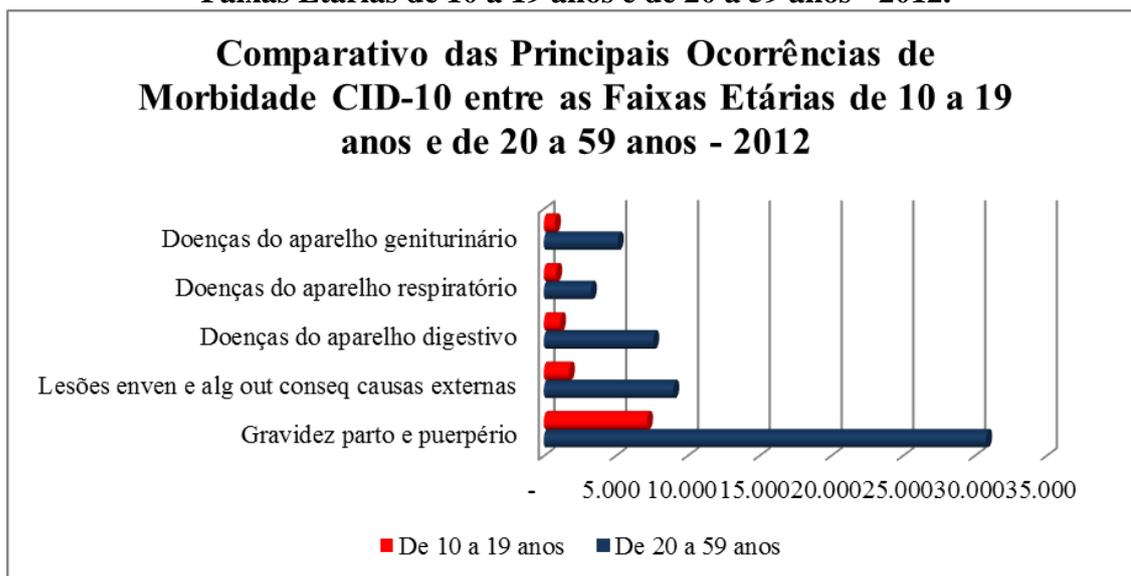
4. Ata de registro de preços 58/2012 para fornecimento de CPAP/ BIPAP para pacientes portadores de Doenças Neuromusculares.

## **- Internações por Traumatismos Diversos**

Os traumatismos diversos (Capítulo XIX- CID 10) representaram a terceira maior causa de internação, como mostrado nos gráficos 4 e 5. Pode-se inferir que são consequentes a acidentes e agressões diversas. Depois de três anos de elevações consecutivas (2009 a 2011), houve discreta redução em 2012 (dados sujeitos a retificação). É uma causa importante de internação de adolescentes (10 a 19 anos) e de adultos (20 a 59 anos), conforme mostrado no gráfico 6. A entrada no sistema de saúde da maioria dos traumatizados ocorre pelos prontos-socorros, que devem estar preparados para recebê-los, inclusive com a disponibilidade de

exames de imagem que, na maioria das vezes, são onerosos. A proporção significativa desses traumas que deixa sequelas ou evoluem para óbito, representam importante perda para a sociedade, especialmente por acometer, com frequência, indivíduos jovens. A prevenção dessa morbidade não depende exclusivamente do setor saúde, mas principalmente de políticas de desenvolvimento social, segurança pública e educação, exigindo um trabalho integrado com esses setores do governo e a sociedade civil.

**Gráfico 6 - Comparativo das Principais Ocorrências de Morbidade CID-10 entre as Faixas Etárias de 10 a 19 anos e de 20 a 59 anos - 2012.**



Fonte: Portal DATASUS Tabnet/SIH, 2012.

#### - Internações por Doenças do Aparelho Circulatório

As internações por doenças do aparelho circulatório (quarto grupo de causas mais frequentes - gráficos 3 e 4) são representadas principalmente pelos casos de acidente vascular cerebral, doenças isquêmicas do coração e insuficiência cardíaca, em geral, causados por arteriosclerose. Todavia, as doenças do aparelho circulatório foi a principal causa de internação em maiores de 60 anos (Gráfico 7), e os fatores que precipitam a ocorrências dessas doenças são: hábitos de vida inadequados, como sedentarismo, tabagismo e alimentação inadequada. A prevenção dessas doenças ocorre a médio e longo prazo. O número de internações elevou-se em 2010 e apresentou discreta redução em 2011 e 2012. Com o envelhecimento populacional, pode-se esperar, nos próximos anos, a manutenção ou ligeira elevação das internações por essas doenças.

**Gráfico 7 - Principais Ocorrências de Morbidade CID - 10 em maiores de 60 anos - 2012.**



Fonte: Portal DATASUS Tabnet/SIH, 2012.

#### **- Internações por Doenças do Aparelho Digestivo**

No grupo das doenças do aparelho digestivo (quinto mais frequente - Gráficos 3 e 4), as causas que apresentaram maior número de ocorrências foram a colelitíase e as doenças do apêndice. A primeira tem relação com hábitos alimentares, hereditariedade e outros fatores de difícil prevenção. A principal doença do apêndice, a apendicite, é uma inflamação do apêndice, não sendo possível sua prevenção. As internações por doenças do aparelho digestivo mostraram queda entre 2009 (13.429 internações) e 2012 (12.784 internações).

#### **- Internações por Doenças do Aparelho Geniturinário**

As internações por doenças do aparelho geniturinário representam o sexto grupo mais frequente (Gráficos 3 e 4). São várias as doenças nesse grupo, sendo uma das mais relevantes foi à insuficiência renal, muitas vezes associada a doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes. O número de internações por doenças do aparelho geniturinário apresentou discreta elevação nos últimos dois anos.

#### **- Internações por Neoplasias**

As neoplasias *in situ*, benignas e de comportamento incerto são as mais frequentes no grupo das neoplasias, que representam o sétimo principal grupo de doenças causadoras de internação (Gráficos 3 e 4). Outras neoplasias de magnitude elevada são o leiomioma de útero e o câncer de mama. A maioria desses casos tem abordagem cirúrgica, com grande

possibilidade de resolução, especialmente quando diagnosticados precocemente. As internações por neoplasias diminuíram de 9.655 internações, em 2009, para 8.452 internações, em 2012. Porém, o número de óbitos nos mesmos anos passou, respectivamente, de 1.940 óbitos para 2.192 óbitos (Fonte: SIM), o que pode indicar diminuição da capacidade de resolução e/ou dificuldade de acesso aos serviços. A neoplasia de brônquios e pulmões acarretou maior número de mortes em 2012 (273 óbitos, fonte: SIM), mas foi responsável por poucas internações (274), inferindo que boa parte dos doentes não fez tratamento na rede pública de saúde.

As ações relacionadas ao controle, prevenção, detecção precoce e tratamento do câncer foram:

- Programa Saúde na Escola-Promoção de Saúde, Prevenção de Doenças e Atenção a Saúde, com realização de palestras sobre os Fatores de Risco de Câncer em todas as Escolas Públicas do Distrito Federal.

- Programa Saber Saúde de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer nas Escolas.

- Programa de Capacitação Permanente Antitabagismo - Capacitação de servidores da área de Saúde para reduzir a incidência de fumantes e mortalidade por câncer e doenças relacionadas ao tabaco.

- Programa de Controle do Câncer de Mama - Detecção e Diagnóstico Precoce do Câncer de Mama com Mamografia. Em 2012, a cobertura da população feminina assintomática foi determinada pelo indicador da razão entre mamografias realizadas na faixa etária de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária no Distrito Federal, no ano de 2012. O indicador pactuado foi 0,09%, e o percentual alcançado foi de 0,06%, o que representou 70,53%.

- Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero- Rastreamento do Câncer do Colo do Útero com exame citopatológico. - Em 2012, a cobertura da população feminina foi determinada pelo indicador da razão entre exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 25 a 64 anos / população alvo no Distrito Federal no ano. A meta pactuada foi 0,12% para 2012, o que correspondeu a 100,47%.

- Seguimento das mulheres com exames citopatológicos do colo do útero alterados até alta por cura, transferência e óbito.

- Programa Pró-mulher - Diagnóstico rápido e Tratamento do Câncer do Colo Uterino. A partir de outubro de 2012, as pacientes com exame citopatológico alterado são inseridas num fluxo de agendamento de consulta prioritário para realização de colposcopia e biópsia de colo uterino, e realização de tratamento.

- Programa Câncer não tem Fila - Regulação de Consultas Médicas nas Especialidades de Radioterapia, Oncologia Clínica, Mastologia e Ginecologia - Colposcopia e Exame de Mamografia. Teve redução do tempo de espera para consultas e exames regulados com tempo médio de espera inferior a 15 dias.

## **- Internações e Casos de Doenças Infecciosas e Parasitárias**

Entre as doenças infecciosas e parasitárias (oitavo grupo mais frequente - Gráfico 3), sobressai a diarreia e a gastroenterite de origem infecciosa presumível. Em geral, essas doenças estão associadas a hábitos de higiene inadequados, má conservação de alimentos e saneamento insuficiente. As internações por doenças infecciosas e parasitárias passaram de 5.786 internações, em 2009, para 6.025 internações, em 2012.

No ano de 2012, foram notificados 25.851 (vinte e cinco mil oitocentos e cinquenta e um) casos de doenças no Sistema de Informação de Agravos de Notificação no Distrito Federal (dados sujeitos à alteração). A varicela apresentou a maior ocorrência de notificações, somando 6.758 (seis mil setecentos e cinquenta e oito) casos. Na sequência, observaram-se as seguintes notificações mais recorrentes: dengue - 3.402 (três mil quatrocentos e dois) casos, violência doméstica, sexual e/ou outras formas de violência - 1.814 (um mil oitocentos e quatorze) casos, intoxicações exógenas - 1.443 (um mil quatrocentos e quarenta e três) casos, hepatites virais - 1.372 (um mil trezentos e setenta e dois) casos, síndrome do corrimento uretral em homem - 1.242 (um mil duzentos e quarenta e dois) casos e condiloma acuminado - 1.220 (um mil duzentos e vinte) casos. Destacaram-se ainda, as doenças e agravos relacionados ao trabalho, cujas notificações vêm aumentando desde 2011, quando foram incluídas na lista de doenças de notificação compulsória em âmbito nacional. Em 2012, foram registradas 1.295 (um mil duzentos e noventa e cinco) notificações e a principal causa verificada foi a de acidente de trabalho grave.

Como resultado de diversas medidas de controle adotadas, em 2012, não houve registro de casos confirmados, em residentes no Distrito Federal, de vários agravos de notificação compulsória, tais como: antraz, botulismo, cólera, difteria, doença de Chagas aguda, rubéola, sarampo, doença de Creutzfeldt-Jacob, febre amarela urbana e silvestre, febre do Nilo, paralisia flácida aguda, peste, raiva, síndrome da rubéola congênita, tétano acidental e neonatal e tularemia.

Permanece o desafio de enfrentar doenças infecciosas como a tuberculose, hanseníase, a AIDS, hepatites virais e a sífilis congênita. Destaca-se a presença de vetores e reservatórios, principalmente do *Aedes Aegypti*, dispersos em todas as regiões administrativas e com isso o risco contínuo de aparecimento de dengue, principalmente porque as ações de controle dependem de medidas preventivas interinstitucionais, envolvendo diversos setores governamentais e a participação da população.

As doenças sexualmente transmissíveis representaram um percentual importante no conjunto das notificações. Destacaram-se, em 2012, as seguintes: síndrome do corrimento uretral em homem, condiloma acuminado, AIDS, sífilis congênita, sífilis em adulto, sífilis em gestante, síndrome do corrimento cervical em mulheres, síndrome da úlcera genital.

A sífilis é uma doença infecciosa, transmitida pela via sexual e, também, verticalmente durante a gestação. Acomete praticamente todos os órgãos e sistemas, e, apesar de ter tratamento eficaz e de baixo custo, vem se mantendo como problema de saúde pública até os dias atuais. No período de 2007 a 2011, detectou-se menos de 500 casos anuais de sífilis adquiridos no DF. Em 2012, o número de casos informados chegou a 526 (quinhentos e vinte e seis). Em média, no período de 2007 a 2012, as localidades com as maiores detecções de sífilis adquiridas foram São Sebastião, Varjão, Candangolândia, Riacho Fundo I, Núcleo Bandeirante e Paranoá, em ordem decrescente. A razão de sexo masculino/feminino é um importante indicador a ser analisado no monitoramento da dinâmica epidemiológica das Doenças Sexualmente Transmissíveis. A análise desse indicador para sífilis no DF mostrou uma maior frequência de infecções para o sexo masculino a partir de 2008. A razão variou de menos de um caso em homens para cada caso em mulheres em 2007. Em 2011, a razão apresentada foi o dobro de casos do sexo masculino para cada caso do sexo feminino. Em 2012, verificou-se 2,7 casos em homens para cada caso em mulheres no DF. No período de 2007 a 2011, observou-se maior incidência específica nas faixas etárias mais jovens (20-29 anos e 30-39 anos) nos homens, quando comparada com as mulheres (50-59 anos). Em 2012, a faixa etária mais acometida foi de 30-39 anos em ambos os sexos. Analisando a variável local de residência, destacam-se Ceilândia, Taguatinga e Samambaia. (Fonte: Boletim Epidemiológico de DST/AIDS-DF, ano 4, nº 1, Nov, 2012).

A análise das notificações de sífilis em gestante demonstrou que o coeficiente de detecção apresentou queda no período de 2007 a 2009, passando de 2,2 casos por 1.000 nascidos vivos (NV) em 2007, para 1,9 por 1.000 NV em 2009 (Fonte: Boletim Epidemiológico de DST/AIDS-DF, ano 4, nº 1, Nov, 2012). Entretanto, em 2010 observou-se um aumento da taxa de detecção desse agravo, com 2,2 casos, elevando-se para 118 (2,7 casos por 1000 NV) em 2011. Em 2012, a notificação dos casos reduziu para 97. Ressalta-se que esse número pode estar subestimado, pois um estudo realizado nas maternidades públicas distritais no ano de 2010 sobre a sífilis gestacional revelou prevalência de 0,59%\*. Com base nessa prevalência, estimou-se a ocorrência de 196 casos de sífilis em gestante para 2010, portanto, a razão de detecção entre os casos esperados e àqueles notificados no Distrito Federal continua muito aquém da esperada. Em média, no período de 2008 a 2012, as maiores razões de detecção ocorreram, em ordem decrescente nas localidades de Riacho Fundo, Park Way, Estrutural, Brazlândia e Sobradinho. A faixa etária das gestantes com maior proporção de casos de sífilis é a de 20-34 anos. Quanto à escolaridade, há muitos casos notificados em que esta informação não foi preenchida (37% em 2012), prejudicando a análise desses dados. Segundo os dados disponíveis, a proporção de casos de sífilis tem sido menor, nos últimos 4 anos, nas gestantes com nível superior completo ou incompleto. Em 2007, 2008 e 2010, a maior proporção de casos ocorreu em gestantes com escolaridade de 5ª a 8ª séries incompletas (ensino fundamental) e, em 2009, 2011 e 2012, em gestantes com ensino médio completo. (\*Fonte: Tavares LHLC, Silva O, Paz LC, Lopes LAB, Oliveira MLC, Macedo MML, Geraldes S. Monitoramento das ações pró-redução da transmissão vertical da sífilis na rede pública do Distrito Federal. *Enfermagem em Foco* 2012; 3(1):29-35).

No Distrito Federal, embora tenha ocorrido um declínio da sífilis congênita no período de 2004 a 2009 (3,4 casos por 1.000 NV em 2004 para 1,6 por 1000 NV no ano 2009), em 2010 observou-se um recrudescimento da incidência da transmissão vertical da sífilis, ao elevar-se para 2,1 casos por 1.000 NV. Em 2011, a incidência foi de 118 casos (2,7 casos por 1.000 NV) e em 2012 foram detectados 122 casos de sífilis congênita, correspondendo a uma taxa de 2,8 casos por 1.000 NV. Em relação às características dos casos de sífilis congênita notificados no período de 2007 a 2012, observou-se que a maior proporção dos casos de diagnosticados no DF tem menos que sete dias de vida, número que pode indicar que o diagnóstico está sendo realizado nas maternidades. A proporção de óbitos, abortos e natimortos por sífilis congênita vêm aumentando nos dois últimos anos, o que pode ser atribuído a uma melhoria na vigilância epidemiológica da mortalidade por esse agravo. A maior proporção de casos ocorreu em crianças, cujas mães encontravam-se na faixa etária de 20 a 34 anos de idade, de cor parda e cursavam da 5ª a 8ª séries incompletas. Embora 83,7% tenham realizado pré-natal, apenas 52,4% apresentou o diagnóstico naquele momento e em somente 15% dos casos o parceiro realizou o tratamento.

A adesão da SES/DF à Rede Cegonha representa um importante diferencial na busca de melhoria das ações de prevenção e controle da transmissão vertical da sífilis. Espera-se que a implementação da Rede Cegonha seja um instrumento de qualificação dos serviços e de desenvolvimento profissional, e permita o conhecimento oportuno do status sorológico da gestante, da parturiente e de seu(s) parceiro(s) e possibilite a adoção de medidas preventivas pertinentes e o início oportuno do tratamento. (Fonte: Boletim Epidemiológico de DST/AIDS-DF, ano 4, nº 1, Nov, 2012)

Dentre os casos de AIDS diagnosticados no Brasil, o DF ocupa o 25º lugar dentre as capitais brasileiras, com um coeficiente de incidência médio de 16 casos por 100.000 habitantes, nos últimos 5 (cinco) anos. Desde a identificação do primeiro caso de AIDS, em 1985, até outubro de 2012, já foram identificados 8.076 casos da doença. Em 2011, a incidência foi de 18,1/100.000hab. As 10 (dez) primeiras localidades do Distrito Federal em

incidência de HIV/AIDS, no período de 2007 a 2011, foram em ordem decrescente: SIA (Estrutural), Taguatinga, Cruzeiro, Lago Sul, São Sebastião, Paranoá, Asa Norte, Núcleo Bandeirante, Asa Sul e Sudoeste/Octogonal.

A razão de sexos (Masculino: Feminino) entre os casos de AIDS no Distrito Federal diminuiu consideravelmente desde início da epidemia. Em 1987, a razão era de 8,5:1 e, no período de 2000 a 2006, observou-se uma relativa estabilização em 2:1. A partir de 2007 ocorreu um incremento consistente nesta razão, chegando a 4,1 casos em homens, para cada caso de AIDS em mulheres em 2012. Ao analisar a variável raça/cor, verificou-se em 2011, o sexo masculino, 45,5% dos casos foram em indivíduos da raça/cor preta ou parda, 43,2% da branca e 0,6% em amarelos. Dentre os casos de AIDS em mulheres, 56,3% dos casos ocorreram em indivíduos da raça/cor preta ou parda e 34,1% na branca. A análise da informação sobre escolaridade constitui-se um importante indicador do nível socioeconômico dos casos identificados com HIV/AIDS no Brasil, normalmente utilizado como *proxi* do nível de renda. Dentre os homens, a maior proporção dos casos tem ensino superior, seguido do ensino médio. Dentre as mulheres, a maior proporção dos casos possui ensino fundamental ou ensino médio no Distrito Federal. Ressalta-se que a análise dessas características ficou prejudicada, devido à grande proporção de registros com essas variáveis em branco ou ignorado, especialmente entre as mulheres. Com relação aos coeficientes de incidência, de modo geral eles são mais elevados nas faixas etárias entre 30 a 39 anos em ambos os sexos, seguidas dos índices nas faixas de 40 a 49 anos e 20 a 29 anos de idade. Ao longo da série histórica, percebe-se uma instabilidade dos coeficientes de incidência de AIDS entre os homens na faixa etária de 20 a 29 anos e de maiores de 50 anos. No DF, a categoria de exposição homo/bissexual caracteriza de forma mais importante a dinâmica da epidemia entre os homens, com expressão relevante em todas as faixas etárias, em especial entre os adolescentes. Em 2011, no sexo masculino, 57,7% dos casos tiveram como categoria de exposição a homo/bissexual e 26,8% a heterossexual. Entre as mulheres, a principal categoria de exposição é a heterossexual (mais 80% dos casos).

O número de crianças que adquiriu o HIV por transmissão vertical caiu a partir de 1997, quando se iniciou a quimioprofilaxia da transmissão do HIV durante a gestação e o parto, sendo registrados 7 casos em 2003 e um caso em 2012. A vigilância epidemiológica desse agravo pretende contribuir para o aprimoramento das ações que buscam diminuir a transmissão materno-infantil do HIV no Distrito Federal. É importante destacar que a vigilância desse agravo ainda apresenta importantes limitações no DF, dentre as quais se destacam a subnotificação dos casos, a baixa completude das informações do instrumento de notificação e investigação e a grande proporção de casos sem encerramento oportuno. Outra ação fundamental para a prevenção da transmissão vertical (TV) do HIV é o início da administração de antiretrovirais para as crianças expostas. Em 2007, 77,8% das crianças expostas ao HIV por TV, residentes no DF, receberam medicamento nas primeiras 24 horas após o nascimento, mas em 17,8% dos casos essa informação ficou ignorada. Em 2011, 40,7% dos casos receberam profilaxia nas primeiras 24 horas após o nascimento. A análise também ficou prejudicada, pois 51,9% dos casos não tinham essa informação preenchida na ficha de investigação epidemiológica.

O número de casos de hepatite B registrados no DF entre 2007 e 2012 totalizou 872 (oitocentos e setenta e dois), prevalentes em sua maioria no sexo masculino com 483 (55,4%) casos. Neste período, a maior taxa foi registrada no ano de 2009, com a detecção de 8,2 casos da doença para cada 100 mil habitantes. As taxas de detecção também são maiores para os homens, com registro de 9,1 para cada 100 mil no ano de 2009 e 6,0, em 2011. Para o sexo feminino, a taxa mais elevada também ocorreu no ano de 2009, no qual se registraram 7,4 casos para cada 100 mil mulheres. Ceilândia, Planaltina e Samambaia possuem o maior

número de casos notificados na série temporal, apresentando juntos quase 40% (347 casos). Quanto às taxas de detecção, em 2011, observou-se que foram mais elevadas em São Sebastião (15,3 por 100 mil habitantes), SCIA-Estrutural (12,3), Guará (12,1) e Samambaia (11,9). No que se refere à distribuição dos casos segundo raça/cor, 64,5% foram brancos e pardos e, quanto à faixa etária, predominaram os casos em adultos jovens com idade entre 20 a 39 anos. Sobre a variável escolaridade, maiores proporções de indivíduos notificados com hepatite B possuíam o ensino fundamental incompleto (11,8%) ou o ensino médio completo (15,1%). A maioria dos casos foi de 2007 a 2012.

Em relação à hepatite C foram notificados nos portadores crônicos da doença (544), seguidos da forma aguda onde houve o registro de 228 ocorrências, no período Distrito Federal entre os anos de 2007 e 2012, 1.081 (um mil e oitenta e um) casos com o marcador sorológico anti-HCV reagente, com média anual de 180 casos. O coeficiente de detecção foi menor no ano de 2008, que registrou 5,6 casos para cada 100 mil habitantes, enquanto que o maior índice foi apresentado no ano seguinte com 10 casos para cada 100 mil habitantes. Seiscentos e sete (607), ou seja, 56,1% dos casos na série em estudo ocorreram no sexo masculino, gênero no qual, também, notam-se os coeficientes de detecção mais elevados, com destaque para o ano de 2009, cujo coeficiente foi 12,9 por 100 mil homens. As Regionais de Ceilândia, Planaltina, Taguatinga, São Sebastião, Recanto das Emas e Samambaia foram responsáveis por 588 casos (54,4%), com anti-HCV reagentes no período. Vale ressaltar que algumas regionais não registraram nenhum caso, estando, por vezes, silenciosas quanto à detecção de casos. Sobre as taxas de detecção, no ano de 2011, a Regional de São Sebastião registrou a mais elevada, cujo resultado foi 21,7 casos para cada 100 mil habitantes, seguidas pelas cidades de SCIA (Estrutural), Recanto das Emas, Planaltina, Sobradinho, Núcleo Bandeirante, Cruzeiro, Taguatinga, Riacho Fundo e Paranoá.

A maior proporção de casos de hepatite C no sexo masculino encontra-se na faixa etária entre 40 a 49 anos (41%), ao passo em que no sexo feminino as maiores proporções concentraram-se nas faixas etárias de 20 a 29 anos e 30 a 39 anos, ambas com 21,7%. A informação sobre raça/cor apresenta um percentual ignorado ou em branco considerável, chegando a 26,8%. A despeito disso, 35,3% dos casos pertencem à raça/cor parda e 28,6% a branca. Sobre a escolaridade, maiores proporções de casos concentram-se entre aqueles que possuem de 5ª a 8ª série incompleta do ensino fundamental (12,3%) e naqueles com ensino médio completo (15,4%). Cabe destacar que, dentre as prováveis fontes/mecanismos de infecção obtidos a partir da investigação epidemiológica dos casos anti-HCV reagentes, uma alta proporção (61,6%) encontra-se ignorada ou deixada em branco. Isso aponta para a necessidade de melhoria da qualidade da investigação.

Em 2012, foram notificados 434 (quatrocentos e trinta e quatro) casos de tuberculose. A proporção de cura nas coortes de casos novos tuberculose pulmonar bacilífera referente ao ano de 2011 foi de 72,6%. O resultado ora apresentado refere-se à coorte do ano de 2011, tendo em vista que o resultado da coorte de 2012 somente será encerrado no final do ano de 2013. Os dados são provisórios devido à necessidade de maior intervalo de tempo para o fechamento da base de dados, pois a tuberculose é uma doença com longo período de tratamento. Este indicador avalia a efetividade do tratamento de casos curados dos portadores de tuberculose menos os casos de abandono, óbito ou transferência. Assim, o resultado deste indicador mesmo sendo com base em dados provisórios, sofre a influência do aumento dos casos de abandono, principalmente de pacientes vivendo em situação vulnerável e de casos associados à tuberculose e HIV. Ressalta-se que o monitoramento dos dados é importante tanto para a SVS quanto para as unidades que os geram. No campo da assistência, é preciso desenvolver ações para que os pacientes possam alcançar a cura e evitar o abandono, com

destaque para a estratégia do tratamento supervisionado, a busca de faltosos e de pacientes em abandono, além do tratamento da informação.

A vigilância epidemiológica da co-infecção HIV/M.tuberculosis constitui uma ferramenta importante para o conhecimento desta interação, bem como para a elaboração de uma política de controle eficaz. Envolve a análise da distribuição e da provável disseminação na população. Entre 2009 a 2011, em média, 75,3% dos usuários tiveram acesso ao diagnóstico de HIV na rede pública de saúde do DF.

A hanseníase, transmitida principalmente pelo convívio com pacientes multibacilares antes do tratamento apresenta o exame dos contatos intradomiciliares como uma medida de fundamental importância para a interrupção da cadeia de transmissão. Apesar de todos os esforços para cumprir esta medida, o percentual de contatos examinados em 2012 foi de 71% (considerado precário segundo parâmetro do MS). Os dados epidemiológicos do DF revelam que nos últimos cinco anos, houve uma queda na notificação de casos novos de 37,75%, em média, para 7,55% ao ano. A incidência em menores de 15 anos representa circuitos de transmissão ativos, bem como a manutenção da endemia e a precocidade da exposição da população ao bacilo. Em 2012, foram notificados 188 casos em residentes no DF, dos quais 5 foram em menores de 15 anos de idade. No ano de 2005, o DF alcançou a meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública estabelecida durante a Assembléia Mundial da Saúde - menos de 1 caso por 10.000 habitantes. Este indicador vem sofrendo pequenas variações no decorrer dos anos, e desde 2011 mantém-se compatível com o “estado de eliminação”. No entanto, o coeficiente de detecção (que no DF acompanha a tendência de queda observada no Brasil) mantém-se mediano segundo os parâmetros de avaliação do Ministério da Saúde - de 2 a 9,99 por 100.000 habitantes, corresponde a 6,54/100.000 habitantes. Algumas Regiões Administrativas do DF vem mantendo altos coeficientes de detecção geral, como Brazlândia, Núcleo Bandeirante, Paranoá, Planaltina, Recanto das Emas, São Sebastião e Varjão. Entre os anos de 2008 e 2012, a doença foi mais prevalente no sexo masculino (52,9%) e em ambos os sexos, as raças mais atingidas foram a branca e a parda. A vigilância tem envidado esforços para corrigir o banco de dados com o objetivo de delinear a real situação epidemiológica dessa doença no DF.

A situação das leishmanioses no DF permanece como endêmica e o desafio é evitar a expansão das áreas de transmissão. Isto dirige a atenção do setor saúde para a prevenção contra o vetor (mosquito palha), busca e eliminação dos reservatórios domésticos, os cães doentes e portadores assintomáticos do parasita. São doenças tropicais graves, que podem matar ou deixar sequelas. Em 2012, foram notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN/NET, 70 pessoas com suspeita de Leishmaniose Visceral e trinta e seis casos foram confirmados, dos quais sete são autóctones distribuídos nas seguintes regiões administrativas: Fercal, Lago Norte, Lago Sul, Sobradinho e Sobradinho II. A avaliação dos casos mostra pessoas com menos de 40 anos como as mais acometidas seguidas por crianças e adolescentes. Comparando os casos confirmados em 2012, com os últimos anos, tem-se observado uma estabilidade com pouca variação. Os autóctones em 2012 aumentaram em um caso, em relação ao ano anterior. Nos casos importados ocorreu redução. A maioria dos casos confirmados tem como UF de residência Minas Gerais, Goiás e Distrito Federal. Ocorreram quatro mortes, inclusive, de um caso autóctone. O coeficiente de letalidade de 2012 foi de 11,1%, superior aos dos anos anteriores e o maior desde 2005.

Dos casos de Leishmaniose Tegumentar Americana foram confirmados 48, sendo 4 autóctones. As maiores proporções dos casos confirmados procederam de GO, BA e PA, somando 22 casos. O percentual de cura de casos autóctones no período de 2008 a 2011 foi de 100% e em 2012 reduziu para 75%, tendo em vista o abandono por um dos casos autóctones do DF.

Com relação à hantavirose, foram notificados 76 casos suspeitos, dos quais cinquenta e dois casos residentes no Distrito Federal e vinte e quatro em GO. Dentre os casos notificados, sessenta e dois foram descartados. Dois casos foram confirmados por sorologia, sendo um paciente do DF, que evoluiu para a cura, e o outro de São Sebastião, que evoluiu para óbito, era morador de Águas Lindas/GO (importado). A taxa de letalidade dos casos atendidos no DF foi de 50%. O número de óbitos reduziu de três para um quando se compara o ano 2011 com 2012. As regiões administrativas com maior número de notificações foram Planaltina e Samambaia com 8 casos cada, seguido de Taguatinga com 5.

Até dezembro de 2012, foram diagnosticados e tratados, trinta e seis pacientes com malária, sendo a maioria proveniente da Região Norte. Desses, 26 (72,2%) foram confirmados por exame laboratorial (Gota Espessa). Em nenhum dos casos a transmissão foi no DF. A proporção de casos confirmados, segundo o local de residência, mostra Ceilândia e Samambaia com o maior percentual (13,8%) cada. Não houve ocorrência de óbito relacionado à malária. A identificação do parasita orienta o tratamento e fornece dados à vigilância epidemiológica. Nos casos detectados no DF predominou *Plasmodium Vivax*, com 90,9% dos casos.

Em 2012, foram 3 casos notificados e confirmados de esquistossomose, nenhum com transmissão no DF. São todos importados da BA, MG e MA. Embora não exista registro recente de transmissão de esquistossomose na região do DF, este fato não exclui as áreas indenes das ações de prevenção e controle da endemia. Nesse sentido, em 2013, serão realizados inquéritos para identificar a prevalência da esquistossomose e outras geohelmintíases em escolares, na faixa etária entre 7 e 14 anos.

Em 2012, foram 3 casos suspeitos de febre maculosa, sendo 1 confirmado, por sorologia seriada, com infecção fora do DF (importado). Também houve a notificação de três casos suspeitos da Doença Creutzfeldt - Jakob (DCJ), dos quais dois foram descartados e um considerado inconclusivo. Os dois casos descartados tinham clínica, evolução, exames laboratoriais e de imagem característicos e evoluíram para óbito em 2012. Não foi possível realizar as necropsias e o exame do encéfalo, *post mortem*, indispensável para encerramento com “confirmação” do caso, conforme critérios do Ministério da Saúde. Tais etapas poderão ser realizadas de forma segura quando houver adequação do Serviço de Verificação de Óbito do DF.

Com relação à dengue, foram notificados 3849 (três mil oitocentos e quarenta e nove) casos suspeitos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, o menor número desde 2010. Oitocentos e quarenta foram confirmados, sendo 641 (seiscentos e quarenta e um) autóctones (local provável de infecção no DF) e 199 (cento e noventa e nove) importados. Observou-se uma redução de 56,7% de casos suspeitos notificados comparando a 2011. Em 2012, ocorreram 9 casos de dengue com gravidade: um de febre hemorrágica da dengue - FHD e 8 de dengue com complicação - DCC, tendo um destes evoluído para óbito. As cidades do DF com maior taxa de incidência de casos notificados da doença (nº de casos notificados por 100 mil habitantes) foram Estrutural, Planaltina e São Sebastião e as com maior número de casos notificados foram Planaltina, Ceilândia, Samambaia e Taguatinga. Dos resultados de isolamento viral, obteve-se amostras reagentes de DENV 1 e DENV 4, todos autóctones. Em 2012, foram notificados casos em todas as semanas epidemiológicas, no entanto, houve maior expressão entre os meses de janeiro a maio. Com o aumento das chuvas, espera-se um aumento do número de casos no início do ano. Para tanto, é imprescindível manter as ações de controle do vetor e estímulo à participação da população.

Em 2012, a vigilância ambiental realizou 4 levantamentos rápidos de infestação do *Aedes aegypti*, no território do DF. Os imóveis das áreas apontadas como de maior risco ou em alertas de surtos foram priorizados e trabalhados em mais de 4 (quatro) ciclos de visita

e os imóveis das áreas consideradas como satisfatórias foram trabalhados em, pelo menos, 2 ciclos de visita no ano, sendo reforçados seu monitoramento com a instalação de armadilhas de oviposição. Com o objetivo de avançar na proposta de integração das ações de prevenção e controle da dengue, entre a atenção primária à saúde e a vigilância em saúde, foi realizado um treinamento de Agentes Comunitários de Saúde - ACS e Enfermeiros Supervisores, de modo a fornecer as condições técnicas para a consolidação da integração e aumento do efetivo de servidores no combate à dengue. A primeira etapa contemplou a Coordenação Geral de Saúde de São Sebastião, com participação de 53 ACS e 11 enfermeiros. Foram realizadas 7 Semanas de Prevenção e Controle da Dengue, por várias Coordenações Gerais de Saúde tendo se destacado a 10ª Semana de Prevenção, que marcou o início da intensificação das ações preventivas e de mobilização social para o verão 2012-2013 lançada pelo Governador e pelo Secretário de Saúde, no Palácio do Buriti. Nesse mesmo ano, a SES DF encaminhou mensagens via celular alertando os usuários para o cuidado com criadouros do mosquito.

As meningites de origem infecciosa, em particular a doença meningocócica, a meningite tuberculosa, a meningite por *Haemophilus influenzae* tipo b e as meningites virais, são as mais importantes do ponto de vista da saúde pública, pela magnitude de sua ocorrência, potencial de transmissão, patogenicidade e relevância social.

No Distrito Federal, em 2012, muitos casos de meningite não tiveram etiologia informada. Dentre os casos em que foi possível conhecer a etiologia, os mais frequentes foram classificados como de doença meningocócica e de meningites bacterianas não especificadas. O número de casos de meningite meningocócica apresentou queda em 2012, o de meningites bacterianas permaneceu igual, porém inferior ao de 2011.

A incidência de meningite por *Haemophilus* começou a diminuir a partir de 1998, quando foi iniciada a vacinação de crianças a partir dos dois meses de idade contra *Haemophilus influenzae* tipo b. A elevada cobertura vacinal em menores de um ano tem mantido a incidência em patamares bastante inferiores aos que foram registrados na década de 1990. Houve três casos de meningite por *Haemophilus* em 2010 e dois em 2012. Em 2011, não houve casos confirmados.

Em 2012, registrou-se queda acentuada dos casos de meningite por pneumococo. A vacina pneumocócica foi introduzida no calendário oficial de vacinação das crianças em 2010, contribuindo para essa queda.

Registra-se ainda que não houve casos confirmados de meningite tuberculosa em 2012. A vacina BCG tem sido aplicada no calendário oficial de vacinação usada para prevenir formas graves de tuberculose.

**Tabela 11 - Número de casos de meningite em residentes no DF por etiologia e ano de notificação 2010 a 2012**

<b>Etiologia</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>M. por <i>Haemophilus</i></b>	3	0	2
<b>M. por Pneumococo</b>	10	14	3
<b>M. Tuberculosa</b>	2	1	0
<b>Doença Meningocócica</b>	42	22	17
M. Meningocócica	15	6	4
M. Mening.c/ Meningococemia	13	8	8
Meningococemia	14	8	5
<b>M. Bact. Não Especificada</b>	25	20	20
<b>M. Viral</b>	13	11	12
<b>M. Outras Etiologias</b>	5	5	11
<b>M. Não Especificada</b>	56	58	51
<b>Ignorada</b>	1	0	0

Fonte: Dados provisórios.

Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN/NET

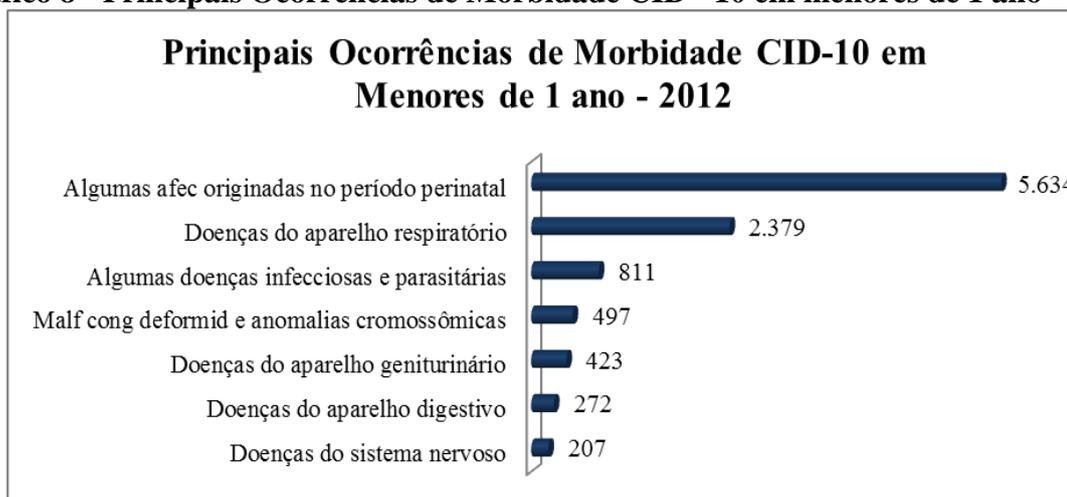
### - Coqueluche

A incidência de coqueluche no início da década de 1980 era alta, com coeficientes de incidência de mais de 100 casos por 100.000 habitantes. A partir de 1983, houve uma redução importante (coeficiente de incidência de 33 casos por 100.000 hab.). A partir do ano 2000, especialmente devido às elevadas coberturas vacinais, a incidência foi mais reduzida, atingindo o coeficiente de 1,1 casos por 100.000 hab. Desde então, o coeficiente anual tem variado de 0,6 a 2,2 casos por 100.000 habitantes. As maiores incidências neste último período ocorreram em 2001, 2004, 2009 e 2012, indicando que o bacilo circula com maior frequência em intervalos de três a cinco anos, provavelmente pelo acúmulo de indivíduos suscetíveis na população. A imunidade conferida pela vacina dura de 5 a 10 anos. Em 2010 e 2011, as coberturas vacinais da DPT em menores de um ano (três doses) foram respectivamente 94,82% e 95,56%, inferiores aos anos, de 2009 e 2010, cujos coeficientes foram respectivamente, 97,35% e 100,08% (Relatório Estatístico da SES-DF, 2011). Em 2012, foram confirmados 59 casos de coqueluche, que correspondem a 2,2 casos por 100 mil habitantes. No período de 2007 a 2012, foram registrados 4 quatro óbitos por coqueluche, um em 2009 e três em 2012, todos em crianças com menos de quatro meses de idade.

### - Internações em Menores de 1 ano

As afecções originadas no período perinatal (nono grupo mais frequente (Gráfico 3) foi a principal causa de internação nos menores de um ano. As afecções mais frequentes nesse grupo são: o baixo peso e os transtornos respiratórios, ambos associados, na maioria das vezes, à prematuridade (Gráfico 8). Parte dessas internações pode ser reduzida com medidas que aumentem a efetividade da assistência ao pré-natal e ao parto, incluindo a indicação precisa da cirurgia cesariana. As internações por afecções originadas no período perinatal passaram de 5.049 internações, em 2009, para 5.736, em 2012.

**Gráfico 8 - Principais Ocorrências de Morbidade CID - 10 em menores de 1 ano - 2012.**



Fonte: Portal DATASUS Tabnet/SIH, 2012.

### - Acidentes por Animais Peçonhentos

O tipo de acidente mais frequente no período de 2008 a 2012 foi à picada de escorpião, que passou de 167 casos, em 2008, para 421, em 2012, o que representou um aumento percentual de 152,10%. As Regiões Administrativas que apresentaram os maiores coeficientes de incidência de acidente por escorpião, em 2012, foram em ordem decrescente: Paranoá, Candangolândia e Fercal.

No período de 2010 a 2012, os coeficientes de incidência apresentados foram ligeiramente superiores em homens e a faixa etária mais acometida foi a de menores de 01 (um) ano e, em 2012, a de maiores de 80 anos. A maior parte das picadas por escorpião atingiu as extremidades do corpo: mãos e pés.

Para evitar complicações e óbitos, os casos graves e moderados de escorpionismo devem receber soroterapia o mais rapidamente possível. No período de 2010 a 2012, 43,8% dos casos graves e 23,9% dos casos moderados foram atendidos na primeira hora após o acidente e 31,3% dos casos graves e 37,0% dos casos moderados, entre primeira e a terceira hora. A soroterapia foi aplicada em 87,5% dos casos graves e em 71,7% dos casos moderados.

Os coeficientes de incidência de agressões por serpentes em 2010, 2011 e 2012 foram respectivamente 3,6 casos por 100.000 habitantes, 4,3 casos por 100.000 habitantes e 4,3 casos por 100.000 habitantes.

As localidades com os maiores coeficientes de incidência de acidentes por serpente têm sido as que apresentam maior parcela da população residente em áreas rurais ou em áreas recentemente ocupadas. Em 2012, estas regiões foram ordem decrescente: Fercal, Paranoá e Brazlândia. A maior parte dos acidentados recebeu atendimento nas primeiras três horas após a picada (61,6% no período 2010-2012). Os acidentes elapídicos (por cobra coral) apresentaram a maior proporção de casos graves. A soroterapia foi realizada em 73,3% dos casos e em 90,7% dos casos graves. Nos acidentes botrópicos, a média de ampolas utilizada foi maior que o recomendado nos acidentes leves e menor que o recomendado nos graves. Não houve óbitos por acidentes por serpente no período de 2010 a 2012.

Após expressiva queda em 2007, o coeficiente de incidência de acidentes por abelhas elevou-se, mantendo-se, a partir de 2008, coeficientes de incidência superiores aos

registrados antes de 2007. Em 2010, 2011 e 2012, os coeficientes de incidência foram respectivamente: 3,9 casos por 100.000 habitantes, 4,8 casos por 100.000 habitantes e 3,8 casos por 100 mil habitantes. Não houve óbitos causados por acidentes por abelhas no período de 2001 a 2012.

## **- Análise sobre a Natalidade**

### **a) Perfil de Nascimentos**

#### **- Taxa Bruta de Natalidade**

A natalidade no Distrito Federal vem sofrendo redução ao longo dos últimos anos. Em 2001 foram registrados 46.967 nascidos vivos residentes em Brasília e em 2011 este número passou a ser 43.468. Neste mesmo período, a taxa bruta de natalidade, que é a relação entre o número de nascidos vivos para cada grupo de 1.000 habitantes, teve uma redução de 25%, passando de 22,4 em 2001 para 16,7, em 2011.

Apesar da significativa redução, a taxa de natalidade comporta-se diferentemente em cada localidade do Distrito Federal, variando de 9,7, por 1.000 habitantes do Lago Norte, a 21,0 por 1.000 habitantes da Estrutural. Esta variação pode ser decorrente tanto da estrutura etária que compõe as diferentes localidades, como ser resultante de condições socioeconômicas precárias.

### **b) Taxa de Fecundidade Total**

A taxa de fecundidade total também diminuiu na última década, de 2,1 para 1,7 filhos por mulher. Considera-se que para haver a reposição populacional, seria necessária uma taxa mínima de 2,1, e caso não ocorresse a migração para o Distrito Federal, a tendência seria de redução da população.

### **c) Tipos de Parto**

O percentual de parto cesáreo aumentou 41% no período de 2001 a 2011, passando de 41% para 53% no Distrito Federal. Entretanto, o percentual de partos normais na Rede Pública em 2012, representou 56,6% (Indicador pactuado nacionalmente) superando a meta estabelecida de 47%.

A análise da realização de parto cesáreo, por local de residência da mãe, no ano de 2011, mostra uma grande variação ao se comparar as mães residentes na Estrutural, pois 36% tiveram parto cesáreo, em relação às mães do Sudoeste/Octogonal, 87%.

Verifica-se ainda que a proporção de partos cesáreas tem aumentado com a escolaridade, sendo que 77,0% dos partos ocorreram entre as mães com 12 ou mais anos de estudo. Outro fator observado que interfere na proporção de cesáreas é a idade materna. As

mulheres menores de 20 anos tiveram partos cesáreos, o que correspondeu a 31,5%, e as acima de 35 anos foi de 66,9%.

#### **d) Peso ao nascer**

No período de 2001 a 2011, houve um aumento de 11% na proporção de recém-nascidos com peso menor que 2500g, indo de 8,7% em 2001 para 9,7% em 2011.

Neste período, a proporção de recém-nascidos com peso abaixo de 2500g manteve-se nos partos vaginais, mas apresentou uma tendência de crescimento nos partos cesáreos.

Analisando o percentual de baixo peso ao nascer (menor que 2500g), por local de residência, em 2011 observou-se uma grande variação de 7,7% na Candangolândia, a 16% no SIA. Entre os nascimentos com peso inferior a 2500g, observou-se menor número de consultas de pré-natal, comparativamente aos nascimentos com peso maior ou igual a 2500g. Esta diferença é estatisticamente significativa, pois ao considerar-se que a ausência do pré-natal ou a realização de até 3 consultas constitui um fator de risco para baixo peso ao nascer, encontra-se *odds ratio* igual a 2,2 (IC95% 2,02-2,41). Isto significa que entre as mães que tiveram de 0 a 3 consultas de pré-natal a chance de o recém-nascido ter peso menor que 2500g é 2,2 vezes maior, do que entre as que realizaram mais de três consultas.

#### **e) Duração da Gestação**

A proporção de prematuridade oscilou bastante, variando de 7,0% a 10,9% no período de 2001 a 2011, sem apresentar tendências a aumento ou redução. Esta flutuação do percentual de prematuridade pode ser decorrente de coleta ou digitação incorreta, como foi observado em 2009, onde 38% dos nascimentos ocorridos no Hospital Regional de Taguatinga - HRT foram registrados com duração da gestação menor que 37 semanas.

Entre os nascimentos prematuros, observa-se que houve um menor número de consultas de pré-natal realizadas, quando comparado aos nascimentos a termo.

Em 2011, mães que fizeram seis consultas ou menos de pré-natal tiveram chance 2,45 vezes maior de ter um prematuro (*odds ratio* igual a 2,45 (IC95% 2,30-2,60)).

#### **f) Idade da Mãe**

Nos últimos 11 anos houve uma redução do percentual de mães com menos de 30 anos (diminuição de 28% de nascimentos de mães com menos de 20 anos e 14% de mães entre 20 e 29 anos) e aumento proporcional nas faixas etárias acima de 30 anos, principalmente acima de 40 anos, onde dobrou o número de nascimentos.

Em 2011, em 13% dos nascimentos as mães tinham menos de 20 anos, 72% entre 20-34 anos e 15% tinham 35 ou mais anos de idade. Entretanto houve muita variação entre os diferentes locais de residência da mãe. Na Estrutural 24% dos nascimentos ocorreram em mães adolescentes (menores de 20 anos), enquanto que no Jardim Botânico este percentual foi

de 0,4%. No Sudoeste em 34% dos nascimentos as mães tinham acima de 35 anos, já no SIA não houve nascimentos de mães nesta faixa etária.

### **g) Consultas de Pré-natal**

A proporção de mães que fizeram sete ou mais consultas de pré-natal aumentou 42% entre 2001 e 2011, passando de 45,6% para 64,7%. Proporcionalmente diminuiu o percentual de mães que tiveram menos de seis consultas durante a gestação. Comparando com 2010, observou-se que em 2011 houve um pequeno aumento da proporção de mães com menos de sete consultas de pré-natal e consequente redução do percentual de sete ou mais consultas, passando de 68,6% em 2010 para 64,7% em 2011. Aproximadamente, dois terços das mães iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação em 2011.

A análise dos nascimentos em 2011 por local de residência mostrou uma grande variação, onde 88% das mães residentes no Sudoeste fizeram pelo menos sete consultas de pré-natal e no SIA foram somente 40%.

Ao analisar a relação entre idade da mãe e número de consultas de pré-natal observou-se que mães com menos de 20 anos de idade tem maior proporção de seis ou menos consultas quando comparadas com mães com mais de 35 anos. Esta relação se inverte com sete ou mais consultas. Há um padrão semelhante na relação entre escolaridade e número de consultas de pré-natal: quanto maior a escolaridade maior o número de consultas.

### **h) Outras informações**

A partir de meados de 2010 foi introduzido um novo modelo de Declaração de Nascido Vivo - DNV, que acrescentou vários campos, muitos com o objetivo de sistematicamente coletar dados para avaliar a indicação de cesárea e subsidiar uma melhor assistência materno-infantil.

Com esta finalidade passou-se a coletar dados sobre indução do trabalho de parto. Observou-se, porém, que esta informação ficou ausente em quase um quarto dos nascimentos ocorridos nos hospitais da Secretaria de Saúde, inviabilizando sua análise. Nos outros hospitais públicos esta informação foi mais bem preenchida e mostrou que em aproximadamente um terço das parturientes o trabalho de parto foi induzido. Nos hospitais privados a proporção foi bem menor, 6,5% dos partos foram induzidos.

Analisando indução do trabalho de parto com o tipo de parto ocorrido, observa-se que cerca de metade dos partos vaginais foram induzidos. Entre as cesáreas 13,1% foram induzidos.

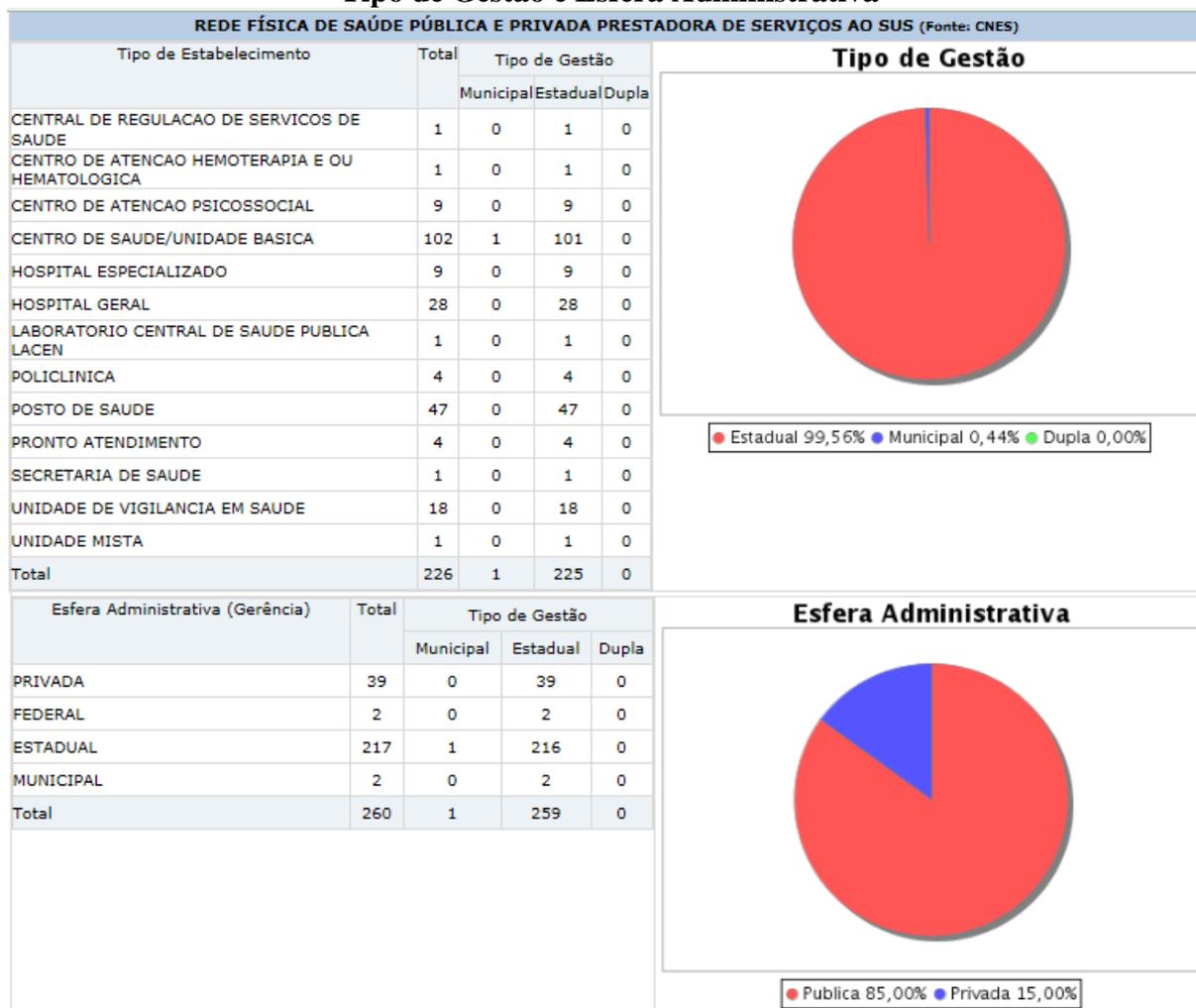
Outro dado que passou a ser coletado foi se a cesárea ocorreu antes ou após o início do trabalho de parto. Novamente observa-se que nos hospitais da SES-DF em quase a metade dos nascimentos esta informação não foi coletada. Nos demais hospitais públicos em 42,4% a cesárea foi realizada antes do início do trabalho de parto e nos hospitais privados este percentual foi de 67,8%.

A idade do pai é outra variável que consta na nova DNV. Apesar da ausência desta informação em mais da metade dos nascimentos, observa-se que a maior frequência ocorreu entre os pais com idade entre 30 a 39 anos de idade.

### 3. REDE FÍSICA DE SAÚDE PÚBLICA E PRIVADA PRESTADORA DE SERVIÇOS AO SUS

#### 3.1. Tipo de Gestão

**Figura 5 - Rede Física de Saúde Pública e Privada Prestadora de Serviços ao SUS  
Tipo de Gestão e Esfera Administrativa**



Fonte: Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão - SARGSUS, 2013 - CNES.

Atualmente no Distrito Federal, o sistema de saúde é composto de uma rede pública regionalizada e hierarquizada. Este sistema caracteriza-se pela predominância de estabelecimentos de saúde sob a administração direta da SES DF. Compõe esta rede de unidades ambulatoriais, hospitalares e de apoio logístico, diagnóstico e terapêutico que, integrados, permitem uma variabilidade de ações e serviços que respondem tanto pelas necessidades em atenção primária até as de maior complexidade (serviços especializados de média e alta complexidade).

A rede pública de saúde da SES/DF se configura da seguinte forma:

- Unidades básicas de saúde: 66 centros de saúde; 01, Adolecentro, 03 unidades mistas; 19 Postos de Saúde Urbano; 22 Postos de Saúde Rurais; 04 Clínicas da Família; 13 Unidades Básicas de Saúde Alugadas; 14 Unidades Básicas Comodato; 15 Local Cedido/Emprestado; 01 Cerpis; 02 Policlínicas; 178 equipes do Programa Saúde da Família (Estratégia de Saúde da Família, Estratégia de Agentes Comunitários e Saúde Bucal) l.
- Centros de Atenção Psicossocial: 15.
- Unidades hospitalares: 12 hospitais regionais (HRAN, HRGu, HRT, HRC, HRBz, HRSam, HRS, HRPL, HRPa, HRG, HMIB, HRSM); 01 hospital terciário, (HBDF); 04 Unidades de Não Regionalizadas (HCB, HSVP, ISM, HAB).
- Unidades Regionais que não possuem Hospitais: Coordenação Geral de Saúde do Recanto das Emas; Coordenação Geral de Saúde de São Sebastião e Coordenação Geral de Saúde da Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo e Park Way).
- Unidades de apoio: 01 central de radiologia; 02 laboratórios regionais; 01 Centro de Orientação Médico-Psicopedagógica; 01 Hemocentro; 01 Laboratório Central (LACEN); 19 núcleos de inspeção de saúde; 01 escola com formação superior, técnica e treinamentos; 01 fundação de ensino e pesquisa em ciências da saúde; 01 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e 01 Centro de Testagem e Aconselhamento;
- Unidades de Pronto Atendimento: 04.

Nos dados apresentados na Figura 5, há um estabelecimento como sendo de gestão municipal, entretanto é uma unidade de saúde cadastrada inicialmente como sendo desta gestão, e redefinido pelo Ministério da Saúde como gestão estadual. Porém, foi excluído da base local do CNES do Distrito Federal, mas ainda está na base nacional que se encontra desatualizado.

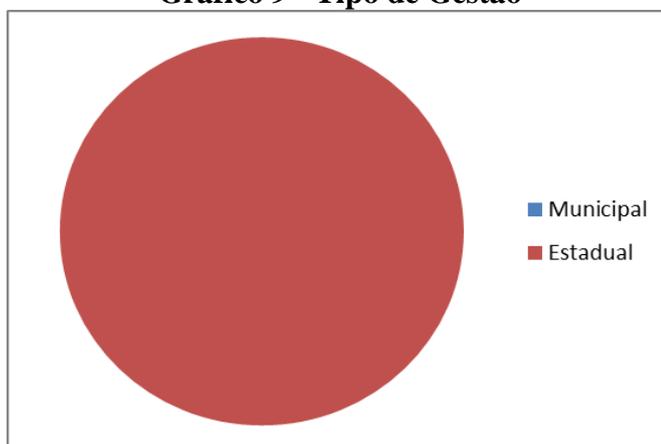
Diante da desatualização da base de dados do Ministério da Saúde, segue abaixo as informações constantes da base de dados do CNES local Brasília/DF.

**Tabela 12 - Rede Física de Saúde Pública e Privada Prestadora de Serviços ao SUS - Tipo de Gestão e Esfera Administrativa**

<b>Tipo de Unidade</b>	<b>Qtd</b>	<b>Municipal</b>	<b>Estadual</b>
Posto de saúde	49	0	49
Centro de saúde/unidade básica	121	0	121
Policlínica	93	0	93
Hospital geral	43	0	43
Hospital especializado	26	0	26
Unidade mista	2	0	2
Pronto socorro geral	2	0	2
Pronto socorro especializado	4	0	4
Consultório isolado	3518	0	3518
Unidade móvel fluvial	1	0	1
Clinica/centro de especialidade	1417	0	1417
Unidade de apoio diagnose e terapia (SADT isolado)	201	0	201
Unidade móvel terrestre	5	0	5
Unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência	2	0	2
Farmácia	3	0	3
Unidade de vigilância em saúde	19	0	19
Cooperativa	6	0	6
Hospital/dia - isolado	12	0	12
Laboratório central de saúde publica LACEN	1	0	1
Secretaria de saúde	1	0	1
Centro de atenção hemoterapia e ou hematológica	11	0	11
Centro de atenção psicossocial	11	0	11
Pronto atendimento	5	0	5
Central de regulação médica das urgências	1	0	1
Serviço de atenção domiciliar isolado (home care)	4	0	4
<b>Total</b>	<b>5558</b>	<b>0</b>	<b>5558</b>

Fonte: Sistema Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES - Base Local SES-DF, Privado e Público.

**Gráfico 9 - Tipo de Gestão**



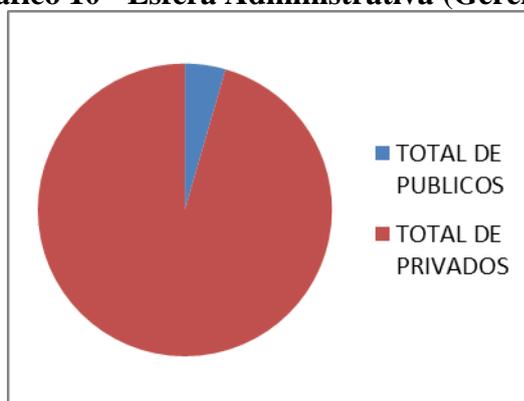
Fonte: Sistema Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES - Base Local SES-DF.

**Tabela 13 - Esfera Administrativa (Gerência)**

<b>Esfera</b>	<b>Total</b>
Federal	7
Estadual	237
Municipal	4
Privada	5.310
Total de públicos	248
Total de privados	5.310
Total	5.558

Fonte: Sistema Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES - Base Local SES-DF.

**Gráfico 10 - Esfera Administrativa (Gerência)**



Fonte: Sistema Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES - Base Local SES-DF.

#### 4. PROFISSIONAIS SUS

**Quadro 8 - Quantitativo de Profissionais do SUS**

PROFISSIONAIS SUS (Fonte: CNES)	
Última atualização: 25/07/2013 17:18:42	
AUTONOMO	
Tipo	Total
CONSULTORIA	3
INTERMEDIADO ORG DA SOCIEDADE CIVIL DE INTERESSE PUBL(OSCIP)	3
INTERMEDIADO P ENTIDADE FILANTROPICA E/OU SEM FINS LUCRATIVO	3
INTERMEDIADO POR EMPRESA PRIVADA	253
INTERMEDIADO POR ORGANIZACAO SOCIAL(OS)	313
SEM INTERMEDIACAO(RPA)	453
SEM TIPO	409
<b>TOTAL</b>	<b>1.437</b>
COOPERATIVA	
Tipo	Total
SEM TIPO	2
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>
ESTAGIO	
Tipo	Total
SEM TIPO	1
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>
OUTROS	
Tipo	Total
CONTRATO VERBAL/INFORMAL	25
PROPRIETARIO	19
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>
RESIDENCIA	
Tipo	Total
SEM TIPO	604
<b>TOTAL</b>	<b>604</b>
VINCULO EMPREGATICIO	
Tipo	Total
CARGO COMISSONADO	150
CELETISTA	1.647
CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	1.306
EMPREGO PUBLICO	1.227
ESTATUTARIO	23.406
SEM TIPO	1.442
<b>TOTAL</b>	<b>29.178</b>

Fonte: Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão - SARGSUS, 2013 - CNES.

**Gráfico 11 - Vínculos dos Profissionais do SUS**



Fonte: Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão - SARGSUS, 2013 - CNES.

**Tabela 14 - Força de Trabalho**

Servidores	Atividade-meio		Atividade-fim		Total	
	C/cargo em Comissão	S/cargo em comissão	C/cargo em comissão	S/cargo em comissão		
Quadro do GDF	477	3.328	1.129	23.968	28.902	
Requisitados	Órgãos do GDF	16	78	8	205	307
	Órgãos do Gov. Federal	22	404	13	444	883
	Órgãos do Legislativo	----	----	----	----	----
Comissionados, sem vínculo efetivo	124	----	229	----	353	
Contratados temporariamente	----	44	----	244	288	
Estagiários	284		230		514	
(+) Cédidos para outros órgãos			254		254	
Conveniados FUNASA			371		371	
Conveniados FUNAP			212		212	
Total geral					32.084	

Fonte: Subsecretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde/SES-DF, 2013.

**Tabela 15 - Quantitativo de Profissionais - Servidores Requisitados**

SERVIDORES		ATIVIDADE MEIO		ATIVIDADE FIM		TOTAL
		Com cargo em comissão	Sem cargo em comissão	Com cargo em comissão	Sem cargo em comissão	
SERVIDORES REQUISITADOS	Órgãos do GDF	16	78	8	205	307
	Órgãos do Governo Federal	22	404	13	444	883
	Órgãos Governamentais	3	1	1	2	7
	Órgãos do Legislativo	0	0	0	0	0
	Total	41	483	22	651	1197
CEDIDOS PARA OUTROS ÓRGÃOS		254				254

Fonte: Subsecretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde/SES-DF, 2013.

**Tabela 16 - Servidores Comissionados S/Vínculo - SES-DF**

Denominação	Quantidade
Assessor	49
Auditor de Saúde	1
Controlador	1
Gerente	21
Gart. Repres. Gab. Gab. SES	1
Subsecretário	3
Supervisor de Emergência	35
Supervisor de Enfermagem	10
Total	353

Fonte: Subsecretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde – SUGETES/SES-DF, 2013.

**Tabela 17 - Contratados - Temporário - SES-DF**

Descrição do. Cargo	Quantidade
Médico - Anestesiologia	42
Médico – Clínica Médica	147
Médico – Neonatologia	10
Médico – Pediatria	59
Técnico em Hemoterapia	30
Total	288

Fonte: SUGETES/SES-DF, 2013

A gestão estratégica de pessoas tem como foco a educação dos profissionais de saúde e como objetivo a implantação da Política Nacional de Educação Permanente orientada para o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências individuais - conhecimentos, habilidades e atitudes, ampliação do nível de escolaridade, profissionalização, valorização e reconhecimento dos servidores, bem como a melhoria da qualidade de vida no trabalho no intuito de comprometê-los aos princípios de um estado ágil, moderno e integrado à sociedade.

Como forma de prover continuamente o quadro de pessoal da Secretaria, foram feitos concursos públicos, iniciando assim o processo de redimensionamento da força de trabalho, considerado de extrema importância, haja a vista a o cenário atual.

No segundo volume de estudo de Demografia Médica no Brasil, citado no site do Conselho de Medicina, os dados apresentados sugere a insuficiência de número de profissionais vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo registros no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), dos 388.015 médicos ativos registrados nos Conselhos Regionais de Medicina, apenas 55,5% (215.348) atuam nos serviços públicos municipais, estaduais e federais.

Pelos registros do CNES, a razão é de 1,11 médicos que atende pelo SUS por 1.000 habitantes, contra uma razão de dois por 1.000 para o conjunto dos profissionais registrados. a distribuição regional, a região Sudeste apresenta a razão mais alta (1,35/1.000) de médicos prestando serviços ao SUS por grupo de 1.000 habitantes, seguida da região Sul com a razão de 1,21. A região Centro-Oeste apresenta a razão de 1,13 e nas demais regiões os índices são ainda menores: o Nordeste, 0,83 e o Norte, 0,66.

Cabe ressaltar que aproximadamente 48,66 milhões de brasileiros possuem acesso aos planos de assistência médico-hospitalar (ANS, 2012), entretanto esta clientela também faz uso do SUS por meio das ações de promoção à vigilância, assistência farmacêutica, urgência, emergência e alta complexidade.

Em todos os Estados, há uma concentração maior de médicos vinculados ao SUS nas capitais, em comparação com a realidade vivenciada pelos municípios, de acordo com o Quadro 9 - Distribuição de Médicos Cadastrados (CNES) que atua no SUS, por 1.000 habitantes, segundo unidades da Federação - Brasil 2012.

**Quadro 9 - Distribuição dos médicos cadastrados (CNES) que atuam no SUS, por 1.000 habitantes, segundo Unidades da Federação - Brasil, 2012**

**Distribuição de médicos cadastrados (CNES) que atuam no SUS, por 1.000 habitantes, segundo Unidades da Federação – Brasil, 2012**

UF/Brasil	Médico CNES/SUS*	População**	Razão***
Distrito Federal	4.559	2.648.532	1,72
Rio de Janeiro	25.655	16.231.365	1,58
Rio Grande do Sul	15.080	10.770.603	1,40
São Paulo	56.142	41.901.219	1,34
Espírito Santo	4.418	3.578.067	1,23
Minas Gerais	23.878	19.855.332	1,20
Santa Catarina	7.157	6.316.906	1,13
<b>Brasil</b>	<b>215.640</b>	<b>193.867.971</b>	<b>1,11</b>
Goiás	6.679	6.154.996	1,09
Mato Grosso do Sul	2.715	2.505.088	1,08
Paraná	11.252	10.577.755	1,06
Sergipe	2.232	2.118.867	1,05
Pernambuco	8.990	8.931.028	1,01
Roraima	466	469.524	0,99
Rio Grande do Norte	3.201	3.228.198	0,99
Paraíba	3.769	3.815.171	0,99
Alagoas	2.848	3.165.472	0,90
Tocantins	1.259	1.417.694	0,89
Acre	651	758.786	0,86
Amapá	573	698.602	0,82
Bahia	11.487	14.175.341	0,81
Piauí	2.497	3.140.213	0,80
Amazonas	2.814	3.590.985	0,78
Rondônia	1.196	1.590.011	0,75
Ceará	6.461	8.606.005	0,75
Mato Grosso	2.334	3.115.336	0,75
Maranhão	3.460	6.714.314	0,52
Pará	3.867	7.792.561	0,50

\* Médicos cadastrados no CNES prestadores de serviços ao SUS (CNES/MS, 2012);

\*\*População geral (IBGE, 2010);

\*\*\* Razão médicos CNES-SUS/1.000 habitantes.

Fonte: Portal do Conselho Federal de Medicina, 2013.

Os dados apresentados reforçam a necessidade de o Estado adotar uma política eficaz de valorização e fixação dos médicos e demais profissionais das carreiras públicas de saúde e na reestruturação do trabalho, com planejamento adequado e de longo prazo. Este priorizando a lotação nas áreas mais carentes e desassistidas.

O primeiro quadrimestre de 2012, a SES realizou levantamento para novas contratações. Neste ínterim entraram em exercício 20 servidores. No segundo quadrimestre foram nomeados 1.415 profissionais, sendo que apenas 907 servidores entraram em exercício, representando 64,09% deste total. No terceiro quadrimestre, 725 servidores dos 1372 que foram nomeados, entraram em exercício.

No ano de 2012, foram realizadas várias ações, incluindo movimentação de profissionais, lotação e treinamento, para melhor execução do serviço, a saber:

- Início do atendimento ao mandado de injunção e ao mandado de segurança dos enfermeiros, médicos e cirurgiões dentistas.
- Realização de um trabalho no intuito de minimizar a inclusão de valores devidos a servidores para exercícios findos (Abono Permanência, Aposentadoria, Diferenças salariais e etc.).
- Providenciadas nomeações e lotações de servidores efetivos e temporários, por conta dos novos serviços, UPA e CF.
- Realização de um trabalho com objetivo de trazer de volta servidores cedidos, evitando-se também a cessão de novos servidores.
- Fortalecimento do processo de verificação de acumulação indevida de cargos, e ações pertinentes.
- Capacitação dos servidores.
- Ampliação da carga horária para 2661 servidores.
- Redimensionamento de Pessoal em Unidades de UTI e Assistência Obstétrica.
- Implantação do Ponto Eletrônico no Hospital de Base do Distrito Federal, no Hospital Regional da Asa Norte e na ADMC, para 1/3 dos servidores da rede.
- Nomeação de 2.223 profissionais, sendo que 1.435 entraram em exercício (64,55%).
- Convocação de 1.583 Temporários.
- Capacitação de 3.326 Servidores.

A Secretaria concedeu 834 (oitocentos e trinta e quatro) aposentadorias, 115 (cento e quinze) pensões e efetivou 843 (oitocentos e quarenta e três) remoções. Contratou profissionais das seguintes especialidades médicas: Acupuntura (02), Anestesiologia (02), Cardiologia (07), Cirurgia Geral (37), Cirurgia Pediátrica (03), Cirurgia Plástica (04), Infectologia (05), Médico da Família e Comunidade (323), Medicina Intensiva (03), Medicina do Trabalho (02), Nefrologia (15), Neonatologia (03), Neurologia (13), Coloproctologia (04), Dermatologia (15), Endocrinologia (01), Gastroenterologia (11), Geriatria (05), Ginecologia e Obstetrícia (72), Neuropediatria (01), Oftalmologia (43), Otorrinolaringologia (09), Psiquiatria (05), Radiologia (41), Urologia (18), Mastologia (10), Reumatologia (13), Alergia e Imunologia (03), Anatomia Patológica (09), Broncoesofagia (04), Cancerologia (04), Cirurgia Cardíaca (01), Cirurgia Torácica (03), Genética Médica (05), Medicina Física e Reabilitação (03), Neurocirurgia (08), Pneumologia (06), Radioterapia (01), totalizando 714 (setecentos e quatorze) médicos e como servidores temporários: Anestesiologia (42), Medicina Intensiva (22), Neonatologia (10), Especialista em Perfusão (04), Clínica Médica (147), Ortopedia e Traumatologia (07), Pediatra (59), Psiquiatra (29), totalizando 320 (trezentos e vinte) médicos temporários.

Houve também a contratação dos seguintes profissionais: Administrador (114), Assistente Social (70), AOSD - Patologia Clínica (56), Enfermeiro (667), Farmacêutico-Bioquímico - Farmacêutico (32), Farmacêutico-Bioquímico - Laboratório (50), Fisioterapeuta (73), Nutricionista (36), Psicólogo (32), Técnico Administrativo (224), Técnico em Nutrição (26), Técnico em Patologia Clínica (78), Técnico em Radiologia (88), no total de 1546 profissionais, como servidores temporários: Técnico em Enfermagem - 24h (454), Técnico em Enfermagem - 40h (335), Técnico em Laboratório Hematologia e Hemoterapia - 24 H (24), Técnico em Laboratório Hematologia e Hemoterapia - 40h (06), totalizando 819 e como servidores sem vínculo: Supervisor de Emergência (35), Gerente (21), Supervisor de Enfermagem (10), Assessor (49), Chefe (104), Controlador (01), Subsecretário (03), Gratificação de representante de Gabinete SES (01), Diretor (11), Pregoeiro (05), Auditor de Saúde (01), Assessor Técnico (105), Assessor Especial (07), totalizando 353 comissionados.

O recurso orçamentário vinculado à Administração de Pessoal correspondeu ao pagamento da folha de pessoal da SES, em complementação aos recursos provenientes do Fundo Constitucional do Distrito Federal - FCDF, que destinou recursos na ordem de 73,10% aproximadamente do total da Categoria de Pessoal e Encargos Sociais da SES/DF. Estas despesas totalizaram o montante de R\$ 3.686.913.153,95 (três bilhões seiscentos e oitenta e seis milhões novecentos e treze mil cento e cinquenta e três reais e noventa e cinco centavos), sendo que R\$ 991.691.042,95 (novecentos e noventa e um milhões seiscentos e noventa e um mil quarenta e dois reais e noventa e cinco centavos) foram pagos com recursos provenientes do Tesouro do GDF, e R\$ 2.695.222.111,00 (dois bilhões seiscentos e noventa e cinco milhões duzentos e vinte e dois mil e cento e onze reais), com recursos oriundos do Fundo Constitucional do DF- FCDF. Desse modo, o percentual correspondente ao FCDF é de 73,10 contra 26,90% dos recursos do tesouro do GDF. Houve pagamento dos encargos relativos ao Regime Próprio de Previdência Social- RPPS, incidente sobre a folha dos servidores efetivos que foram contratados sob o regime da Lei Complementar nº 840/2011.

A implantação da Política Nacional de Educação Permanente na SES tem contato com os órgãos vinculados, a FEPECS e o Hemocentro, por meio de um trabalho intersetorial articulado, para o desenvolvimento individual e institucional. Houve a capacitação de 15.067 servidores da SES/DF e unidades vinculadas (FEPECS e FHB), por meio da oferta de cursos nas modalidades stricto sensu (mestrado), lato sensu (especialização), extensão e treinamentos diversos. Essa capacitação teve como objetivo o aprimoramento de competências e habilidades profissionais dos servidores, por meio da incorporação de conhecimentos teóricos, técnicos e operacionais, favorecendo a efetividade do sistema de saúde.

A Fundação Hemocentro de Brasília treinou 220 servidores para o desempenho de suas atividades, nas seguintes áreas: 2º Congresso Brasileiro dos Arquivos do Poder Judiciário (1), Análise e Melhoria de Processos (1), Apresentação do Novo Protocolo de Tratamento para os Pacientes com Coagulopatias Hereditárias (56), Banco de Dados Aplicado aos Arquivos - Mini Curso (1), Citometria de fluxo (3), Citometria de fluxo protocolo ISHAGE (4), Coleta por Aférese (5), Curso de PDM - Padrão Descritivo de Materiais (6), Distribuição de Produtos utilizados nas Coagulopatias Hereditárias em caráter emergencial (9), Etiquetagem e Coleta automatizada por aférese (1), Excel Avançado (14), Gerenciamento de Projetos (2), Gestão da Segurança da Informação - NBR 27001 e NBR 27002 (2), Instruções de uso do espectrofotômetro (5), Manual de Biossegurança (112), Office Básico (22), Oficina de Captadores e Triagistas da Hemorrede de Santa Catarina e Rio Grande do Sul (6), Oficina de Planejamento Estratégico (43), Processamento Manual de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário (3), QI/QO - INSTRUÇÃO OPERACIONAL (6), SICOP BÁSICO (18), Síndrome Antifosfolípide (4), Sistema de Gestão da Qualidade (1), Telelab - Biossegurança (3), Telelab - Coleta de Sangue (4), Telelab - Coleta de Sangue: Diagnóstico e

Monitoramento das DST, Aids e HV (1), TELELAB - Curso 15 Equipamentos (1), Telelab - Imunohematologia II (2), Tratamento Documental (6), Treinamento em Coagulopatias (12), Treinamento em Ginástica Laboral (19), Treinamento Introdutório Biomédicas da Ashemo (2), Treinamento no equipamento HEMOS - FHB (8), Uso do programa compo vision (2), Verificação de Balanças (2), Verificação de Espectrofotômetros (2).

A Política de Concessão de Benefícios para servidores estão incluídos transporte, alimentação e auxílio creche/pré-escola, ficou assim distribuída:

1) Auxílio-Transporte - atende, por média mensal, a 12.389 servidores.

2) Auxílio Creche e Pré-Escola - destinado aos dependentes dos servidores civis da Administração Direta, Autárquica e Fundacional do Distrito Federal para atendimento às crianças de 0 a 6 anos. Foram beneficiados em média 4.730 dependentes.

3) Auxílio-Alimentação - o benefício passou a ser concedido mensalmente aos servidores públicos civil da Administração Pública Direta, Autárquica e Fundacional, mediante opção, sendo pago em pecúnia e tendo caráter indenizatório. Atende mensalmente, em média, 28.513 servidores.

Para os servidores da Fundação Hemocentro de Brasília, foram concedidos como benefícios legais, 648 (seiscentos e quarenta e oito) auxílios-creche, 696 (seiscentos e noventa e seis) auxílios-transporte e 3.180 (três mil cento e oitenta) auxílios-alimentação, por meio da ação 8504 - Concessão de benefícios a servidores.

A Secretaria desenvolve ainda, Ações de Apoio à Saúde do Trabalhador, com objetivo de elaborar políticas públicas destinadas à proteção, assistência e reabilitação dos trabalhadores do Distrito Federal, vítimas de agravos relacionados ao trabalho. Busca exercer, com isso, a retaguarda técnica para o SUS nas ações de prevenção, promoção, diagnóstico e vigilância.

Neste sentido, foi instituído por intermédio da Portaria nº 1.679/GM/2002, o Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador do DF - CEREST, que faz parte da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador/RENAST do Distrito Federal e foi habilitado pela Portaria GM/MS 387/2003.

Dentre as atividades de sua atuação, destacaram a garantia do acesso, acolhimento, identificação e cuidado dos problemas de saúde decorrentes do trabalho, identificando a interface do processo saúde-doença no trabalho, ocorrendo em 2012, 432 (quatrocentos e trinta e dois) acidentes, sendo que 84,30% corresponderam a acidente típico de trabalho e 15,70% a acidente de trajeto.

Dentre os projetos prioritários e estratégicos da SES/DF um dos objetivos, têm sido a padronização e melhoria nas rotinas de trabalho das escalas de serviços da rede hospitalar, buscando eficiência e efetividade, em consonância com as diretrizes preconizadas pelo Pacto pela Saúde, com a Comissão Permanente da Portaria nº 145/2011, de 12/08/2011, na continuidade da Análise e Melhoria de Processos - Escala de Serviço, integrando o Controle Eletrônico de Frequência ao Módulo - Gestão Escala de Serviço.

Diante do exposto, os avanços na área de Gestão de Pessoas apresentados pela SES/DF foram:

- Elaboração das diretrizes para fortalecimento da Política de Gestão de Pessoas por meio da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, aprovada na 8ª Conferência do Conselho de Saúde do Distrito Federal.

- Diminuição dos servidores sem vínculo que exercem apenas cargo em comissão, o que reflete a valorização do servidor efetivo.

- Mesa de negociação permanente voltada para a um novo paradigma de gestão, visando serviços de qualidades para a população.

- Reestruturação da área de saúde ocupacional, visando diminuir o absenteísmo dos recursos humanos, por meio de atividades preventivas.

- Desenvolvimento e fortalecimento do capital humano, com identificação do perfil de competência do servidor; continuação da realização dos cursos de Pós-Graduação em Gestão de Trabalho e Educação em Saúde, com recursos do PROGESUS-MS, em parceria com a ESCS/FEPECS, por meio de termo de cooperação, além de cursos ofertados pela Escola de Governo, para servidores da SES e outros.

- Capacitação de 84 (oitenta e quatro) servidores na modalidade lato sensu (especialização), 12 (doze) nas modalidades stricto sensu (mestrado) e 997 (novecentos e noventa e sete) extensões.

- Com a reestruturação administrativa da SES, foi criada a Gerência de Monitoramento e Avaliação do Trabalho e dos Profissionais e a Gerência de Educação em Saúde na Subsecretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.

Elaboração do Plano de Ação de Saúde Ocupacional contemplando os seguintes eixos:

- Início da informatização da Diretoria de Saúde Ocupacional - DSOC com software de saúde ocupacional desenvolvido pela SES com interface no SIGRH.

- Aquisição de equipamentos de informática.

- Treinamentos para a automatização do processo de coleta e armazenamento de dados.

- Início de estudos de absenteísmo.

- Promoção e realização do 2º Seminário de Gestão Ocupacional de Servidores com Deficiência.

- Realização de exames médico-admissionais nos candidatos a cargos com reserva de vagas para PCD, tanto de servidores quanto para os de contratos temporários.

- Elaboração de Declaração de Pessoa com Deficiência aos candidatos aprovados ou não nos concursos com base na legislação vigente.

- Elaboração de análise e pareceres de servidores Pessoas com Deficiência - PCD que pleitearam a remoção da lotação ou a restrição laboral.

- Elaboração de análise e parecer dos locais de trabalho dos servidores PCD, visando a sua acessibilidade e inclusão.

- Cadastramento e processamento da pesquisa do mapeamento dos servidores da SES com deficiência.