



# **PLANO DISTRITAL DE SAÚDE 2016 - 2019**

Brasília, Março de 2016.

Governador do Distrito Federal  
Vice-Governador  
Secretário de Estado de Saúde  
Secretário-Adjunto de Saúde  
Subsecretária de Planejamento em Saúde  
Subsecretário de Atenção Integral à Saúde  
Subsecretário de Administração Geral  
Subsecretário de Logística e Infraestrutura da Saúde  
Subsecretária de Gestão de Pessoas  
Subsecretário de Vigilância à Saúde  
Fundo de Saúde do Distrito Federal  
Corregedoria  
Ouvidoria  
Fundação Hemocentro de Brasília  
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde  
Conselho de Saúde do Distrito Federal

**RODRIGO SOBRAL ROLLEMBERG**  
**RENATO SANTANA DA SILVA**  
**HUMBERTO LUCENA P. DA FONSECA**  
**ELIENE ANCELMO BERG**  
**LEILA BERNARDA DONATO GOTTEMS**  
**DANIEL SEABRA R. CASTRO CORREIA**  
**MARÚCIA VALENÇA DE MIRANDA**  
**MARCELLO NÓBREGA DE M. LOPES**  
**FLÁVIA C. M. G. DO NASCIMENTO**  
**TIAGO ARAÚJO COELHO DE SOUZA**  
**RICARDO CARDOSO**  
**ROGÉRIO BATISTA SEIXAS**  
**MEIRE APARECIDA LOPES MACHADO**  
**MIRIAM DAISY CALMON SCAGGION**  
**ARMANDO RAGGIO**  
**HELVÉCIO FERREIRA DA SILVA**

#### ORGANIZAÇÃO

Coordenação de Planejamento, Orçamento e Desenvolvimento Institucional

**CARLOS FERNANDO DAL SASSO DE OLIVEIRA**

Diretoria de Planejamento e Orçamento

**CHRISTIANE BRAGA MARTINS DE BRITO**

Equipe Técnica de Elaboração

**CINTHYA RODRIGUES FERREIRA**

**CLÁUDIA DANIELA SIMIOLI**

**GRACIELA PAULI GIL CARDOSO**

**INARA BESSA DE MENESES**

**LUCIENE DE PAULA LEÃO**

**MARILZA OLIVEIRA DE ALMEIDA**

**NILVÂNIA SILVA ARAÚJO SOARES**

**PAULYANE APARECIDA DE PAULA CARVALHAIS RIBEIRO**

Equipe de Colaboração

**Subsecretaria de Vigilância à Saúde**

**Diretoria de Controle de Serviços de Saúde**

**Diretoria de Contratualização e Custos em Saúde**

**Diretoria de Regulação**

**Gerência de Planejamento Orçamentário em Saúde**

**Demais Áreas Técnicas das Subsecretarias**

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Gráfico 1: Percentual de parto cesáreo por local de residência – DF, 2014

Gráfico 2: Percentual de parto normal por local de residência – DF, 2014

Gráfico 3: Distribuição proporcional dos casos notificados no DF de acordo com o local do ato violento. Distrito Federal, 2010-2014.

Gráfico 4: Distribuição do número de notificações por tipo de violência. Distrito Federal, 2010-2014

Gráfico 5: Coeficiente de mortalidade da tuberculose no Distrito Federal no período 2006 a 2013. Distrito Federal – 2014.

Gráfico 6: Proporção de cura entre os casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera em residentes no Distrito Federal, no período 2004 a 2013.

Gráfico 7: Gráfico de cobertura vacinal por regional de saúde.

Gráfico 8: Cobertura vacinal Campanha influenza segundo grupos prioritários e Distrito Federal. DF, 2015

Gráfico 9: cobertura vacinal Campanha influenza por grupos prioritários por regional de saúde, 2015.

Gráfico 10: Proporção de Gestantes infectadas pelo HIV segundo momento do diagnóstico do HIV e ano do parto. Distrito Federal, 2009 a 2014.

Gráfico 11: Coeficiente de incidência de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes), segundo sexo e ano de notificação. Distrito Federal, 2009-2014.

Gráfico 12: Número de casos de sífilis em gestantes e índice de detecção em nascidos vivos no período de 2009-2014 no Distrito Federal.

Gráfico 13: Coeficiente de detecção de sífilis em gestante por 1.000 nascidos vivos, segundo regiões Administrativas e ano de diagnóstico. Distrito Federal-2014.

Gráfico 14: Coeficiente de detecção de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos, segundo região administrativa e ano de diagnóstico. Distrito Federal, 2009 a 2014\*.

Gráfico 15: Número de casos de hepatite B, segundo sexo e razão de sexos, ano de notificação. Distrito Federal, 2009 a 2014.

Gráfico 16: Distribuição dos casos de hepatite B segundo provável fonte/mecanismo de infecção por ano de notificação. Distrito Federal, 2009 a 2014.

Gráfico 17: Número de casos de hepatite C, segundo sexo e razão de sexos, ano de notificação. Distrito Federal, 2009 a 2014.

Gráfico 18: Taxa de Mortalidade Infantil DF, 2001 A 2014

Gráfico 19: Razão Mortalidade Materna

Gráfico 20 - Coeficiente Geral de Mortalidade no DF, 2001 A 2014

Gráfico 21: Mortalidade Proporcional por Faixa Etária – DF 2001 A 2014

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1: Mapa das Regiões de Saúde do DF

Figura 2: Rede de serviços de vigilância e atenção integral a saúde de pessoas em situação de violência da SES- DF

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1: Demonstrativo da população do DF com as regiões de saúde e RA's.

Tabela 2: População por sexo segundo as Regiões de Saúde – Valores relativos

Tabela 2: População por sexo segundo as Regiões Administrativas – Valores relativos

Tabela 3: População por sexo segundo as Regiões Administrativas – Valores relativos

Tabela 4: Demonstrativo da população DF por faixa etária.

Tabela 5: Demonstrativo da população DF por faixa etária.

Tabela 6: Demonstrativo do índice de analfabetos no DF por Região de Saúde

Tabela 7: Demonstrativo do índice de analfabetos no DF por Região de Saúde

Tabela 8: Tipo de Esgotamento sanitário por rede geral por Região de Saúde

Tabela 9: Tipo de Esgotamento sanitário por rede geral por Região de Saúde

Tabela 7: Abastecimento de água no DF por rede Geral

Tabela 8: Média Mensal de Renda Domiciliar e Média Mensal de Renda Per Capta por RA

Tabela 9: Média Mensal de Renda Domiciliar e Média Mensal de Renda Per Capta por Região de Saúde

Tabela 10 e 11: Percentual de Usuários com Plano de Saúde Privado e Percentual de Usuários sem Plano de Saúde Privado por Regiões de Saúde

Tabela 12: Taxa de Natalidade por RA e Regiões de Saúde, 2014

Tabela 13: Principais causas de internação por classificação CID-10, 2013 a 2015.

Tabela 14: Percentual\* de adultos ( $\geq 18$  anos) que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial, segundo sexo, no Distrito Federal e municípios das capitais, 2013.

Tabela 15: Percentual\* de adultos ( $\geq 18$  anos) que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial, segundo faixa etária, no Distrito Federal, 2006 a 2013.

Tabela 16: Percentual\* de adultos ( $\geq 18$  anos) que referem diagnóstico médico de diabetes, no Distrito Federal e municípios capitais, 2013.

Tabela 17: Percentual\* de adultos ( $\geq 18$  anos) que referem diagnóstico médico de diabetes, segundo sexo, no Distrito Federal, 2006 a 2013.

Tabela 18: Percentual\* de adultos ( $\geq 18$  anos) que referem diagnóstico médico de diabetes, segundo faixa etária, no Distrito Federal, 2006 a 2013.

Tabela 19: Percentual\* de adultos ( $\geq 18$  anos) com excesso de peso, sobrepeso, obesidade e obesidade mórbida, segundo sexo, no Distrito Federal, no período de 2006 a 2013.

Tabela 20: Casos notificados por RA de residência das vítimas de violência no DF nos anos de 2010-2014

Tabela 21: Número e percentual dos casos notificados por faixa etária, sexo e ano de ocorrência, Distrito Federal, 2010 a 2014.

Tabela 22: Número de casos notificados por tipo de violência e faixa etária. Distrito Federal, 2014. Tipo violência

Tabela 23: Número de casos de dengue no Distrito Federal, segundo local de residência, até 2014, 2015.

Tabela 24: Distribuição dos casos confirmados de dengue em residentes do Distrito Federal, segundo localidade de residência.

Tabela 25: Incidência de casos confirmados de dengue em residentes do Distrito Federal, por localidade de residência.

Tabela 26: Número de casos confirmados de dengue grave e óbitos no Distrito Federal, por UF de residência, 2015.

Tabela 27: Total de casos suspeitos, confirmados, descartados de febre Chikungunya no DF.

Tabela 28: Total de casos confirmados de Febre Chikungunya autóctones e importados segundo local provável de infecção em residentes do Distrito Federal.

Tabela 29: Total de casos suspeitos, confirmados, descartados por Febre pelo Vírus Zika.

Tabela 30: Total de casos confirmados de febre pelo Vírus Zika autóctones e importados, segundo local provável de infecção em residentes do Distrito Federal até novembro de 2015.

Tabela 31: Distribuição dos casos confirmados de febre pelo vírus Zika em gestantes, por semana epidemiológica de início de sintomas e local de residência, notificadas no Distrito Federal. DF, 2015 e 2016.

Tabela 32: Número de casos de hantavirose segundo local de infecção, coeficiente de incidência, número de óbitos e coeficiente de mortalidade - Distrito Federal - 2006 a 2013

Tabela 33: Número e percentual de casos novos da tuberculose e coeficiente de incidência por (100.000 habitantes) segundo as Regiões Administrativas. Distrito Federal - 2013

Tabela 34: Número e percentual de casos novos de hanseníase e coeficiente de detecção por (100.000 habitantes) segundo as RA do DF - 2014.

Tabela 35: Número de Casos e Coeficientes de Incidência e de Mortalidade por Leishmaniose Tegumentar Americana - Distrito Federal - 2006 A 2013.

Tabela 36: Número de casos e coeficiente de incidência por leishmaniose tegumentar americana (LTA) por local de residência - Distrito Federal - 2011 a 2013

Tabela 37: Número de casos e de óbitos e coeficientes de incidência e de mortalidade por leishmaniose visceral - Distrito Federal - 2004 a 2013

Tabela 38: Número de casos e coeficiente de incidência de leishmaniose visceral por local de residência - Distrito Federal - 2011 a 2013

Tabela 39: Número de casos de malária em residentes no Distrito Federal por unidade federada da fonte de infecção e ano de início dos sintomas - 2004 a 2013.

Tabela 40: Número de casos, de óbitos e coeficientes de incidência e de mortalidade por esquistossomose por ano - Distrito Federal - 1994 a 2013

Tabela 41: Série histórica de casos de Febre Amarela no DF , 2008 -2012

Tabela 42: Coberturas vacinais e doses aplicadas Campanha Poliomielite, por faixa etária. DF, 2015.

Tabela 43: Número de doses aplicadas Campanha de Multivacinação segundo os imunobiológicos e idade. DF, 2015

Tabela 44: Casos de Doenças Sexualmente Transmissíveis em residentes do Distrito Federal, 2009 a 2014.

Tabela 45: Casos de Condiloma/HPV segundo faixa etária e ano de notificação. Distrito Federal, 2009 a 2014.

Tabela 46: Casos de síndrome do corrimento uretral em homens segundo faixa etária e ano de notificação. Distrito Federal, 2009 a 2014.

Tabela 47: Casos de AIDS notificados (número, coeficiente de incidência por 100.000 habitantes e razão de sexos), por ano de diagnóstico segundo sexo. Distrito Federal, 2009 a 2014.

Tabela 48: Casos de HIV notificados (número, coeficiente de incidência por 100.000 habitantes e razão de sexos), por ano de diagnóstico segundo sexo. Distrito Federal, 2009 a 2014.

Tabela 49: Casos de HIV notificados, por ano de diagnóstico segundo faixa etária. Distrito Federal, 2009 a 2014.

Tabela 50: Óbitos por AIDS (número e taxa de mortalidade por 100.000 habitantes e razão de sexo), segundo ano do óbito. Distrito Federal, 2009 a 2014.

Tabela 51: Gestantes infectadas pelo HIV (número e proporção) segundo momento do diagnóstico do HIV e ano do parto. Distrito Federal, 2009 a 2014.

Tabela 52: Número e coeficiente de detecção ( por 100.000habitantes) dos casos de sífilis adquirida segundo o sexo e ano de notificação. Distrito Federal, 2009-2014.

Tabela 53: Coeficiente de incidência de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes), segundo região administrativa e ano de diagnóstico. Distrito Federal 2009 – 2014

Tabela 54: Coeficiente de detecção de hepatite B (por 100.000 habitantes), segundo local de residência, ano de notificação. Distrito Federal, 2009 a 2014.

Tabela 55: Casos confirmados de hepatite B (número e proporção), segundo forma clínica e faixa etária. Distrito Federal, 2009 a 2014.

Tabela 56: Casos confirmados de hepatite B, segundo o trimestre gestacional que foi diagnosticado a infecção por ano de notificação. Distrito Federal, 2009 a 2014.

Tabela 57: Coeficiente de detecção de hepatite C (por 100.000 habitantes), segundo local de residência, ano de notificação. Distrito Federal, 2009 a 2014.

Tabela 58: Casos confirmados de hepatite C, segundo provável fonte de mecanismo de infecção por ano de notificação. DF 2009 a 2014.

Tabela 59: Taxa de Mortalidade Infantil por RA e Regiões de Saúde, 2014

Tabela 60: Número de óbitos maternos e Razão<sup>1</sup> de Mortalidade Materna (RMM) por local de residência - DF - 2006 a 2014<sup>2</sup>

Tabela 61: Número de óbitos maternos por coordenação de saúde de ocorrência<sup>1</sup> e tipo de estabelecimento - Distrito Federal - 2010 a 2014<sup>2</sup>

Tabela 62: Número e proporção de óbitos maternos por tipo de causa - Distrito Federal - 2010 a 2014<sup>1</sup>

Tabela 63: Ranking de Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no DF, 2014.

Tabela 64: Número de óbitos e coeficiente de mortalidade (por 100 mil habitantes) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e local de residência, Distrito Federal, 2014.

Tabela 65: Lei e data de criação das Regiões Administrativas - Distrito Federal

Tabela 66: Demonstrativo das Unidades Básicas de Saúde – UBS

Tabela 67: Unidades Hospitalares da rede SES DF

Tabela 68: Consolidado Capacidade Instalada de leitos públicos da SES DF

Tabela 69: Capacidade Instalada de Leitos Conveniados – UTI

Tabela 70: Capacidade Instalada de Leitos Privados – UTI

Tabela 71: Situação da Cobertura da Atenção Primária à Saúde no DF

Tabela 72: Demonstrativo das Unidades e Consultórios odontológicos

Tabela 73: Totais de unidades liberadas por Rotina



Tabela 74: Totais de unidades liberadas por Emergência

Tabela 75: Estimativa de Coleta\* de sangue no DF; 2014

Tabela 76: Taxa de doação de sangue efetiva junto à FHB em relação à população do Distrito Federal 2011/2014

Tabela 77: Posição do DF no Ranking Nacional de Transplantes

Tabela 78: Fila de espera para Transplantes no DF

Tabela 79: Tempo de espera para transplantes no DF em meses

Tabela 80: Demonstrativo de Unidades de Saúde Públicas e Privadas responsáveis pelos transplantes no DF

Tabela 81: Capacidade Instalada da rede de urgência e emergência na rede SES DF

Tabela 82: Distribuição dos CAPS conforme área de abrangência, 2015, Distrito Federal

Tabela 83: Indicador Sentinela do LACEN - 2012 a set/2014

Tabela 84: Demonstrativo de consultas reguladas na SES DF

Tabela 85: Demonstrativo de exames cardiológicos regulados na SES DF

Tabela 86: Demonstrativo de exames radiológicos regulados na SES DF

Tabela 87: Demonstrativo de exames e procedimentos oftalmológicos regulados na SES DF

Tabela 88: Demonstrativo de leitos hospitalares regulados na SES DF

Tabela 89: Demonstrativo da Força de Trabalho da rede SES – servidores do quadro e composição de cargos efetivos e em comissão

Tabela 90: Demonstrativo de manifestações no sistema de Ouvidoria

Tabela 91: Histórico da Execução Orçamentária por fonte de recurso

Tabela 92: Histórico do cumprimento da EC 29 – DF

## **PLANO DE SAÚDE 2016-2019**

Os sistemas de saúde no mundo convivem atualmente com dilemas estruturais relacionados à compatibilização entre o aumento contínuo das necessidades de saúde motivado por fatores demográficos, pelo refinamento tecnológico da oferta e aumento do grau de exigência dos cidadãos. Por outro lado convive-se com a pressão sobre as contas públicas, à necessidade de controle dos déficits e dos níveis de dívida pública. A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) universal, cunhado na Constituição Federal (CF) e nas Leis Orgânicas, requer o enfrentamento destes obstáculos que configuram o contexto complexo da gestão pública em saúde.

O Plano Distrital de Saúde é um instrumento que, a partir de uma análise da situação de saúde, apresenta as intenções, objetivos e metas a serem alcançadas no período de quatro anos. Ademais, este documento expressa as políticas, os compromissos e as prioridades de saúde, a partir do planejamento de políticas públicas.

Nos últimos anos o sistema público de saúde do Distrito Federal tem enfrentado problemas decorrentes de mudanças estruturais, epidemiológicas e sociodemográficas no país, no Distrito Federal e Região Integrada de Desenvolvimento do DF e Entorno. O aumento da mortalidade por causas externas como a violência e acidentes de trânsito, as doenças crônicas não transmissíveis como as cardiovasculares e oncológicas, bem como o recrudescimento de epidemias tais como a Dengue, Febre Chikungunya e a Zika vírus constituem-se nos principais desafios da política de saúde. Cabe destacar que todos estes agravos tem um caráter social muito expressivo e envolve diferentes setores governamentais e não governamentais.

A ampliação dos recursos públicos para financiamento das políticas de saúde, aquém do necessário nos últimos anos, em função da situação econômica do país também se configura em um importante desafio a ser manejado pelos gestores, pelos profissionais e pelo controle social.

A análise do contexto atual dos sistemas de saúde sinaliza para o esgotamento das alternativas isoladas e setorializadas de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e coletivos. Verifica-se a urgente e inequívoca necessidade de tornar a saúde o objeto de “todas as políticas”, em uma alusão ao lema da 8ª Conferência Global sobre Promoção da Saúde ocorrida em Helsinque em 2013. Cabe destacar, que a abordagem da “Saúde em todas as Políticas” centra-se no papel dos governos para atingir a saúde da população e equidade; reforça que as políticas e decisões públicas feitas em todos os setores e em diferentes níveis de governança podem ter um

impacto significativo sobre a saúde da população. Esta abordagem implica ainda em se reconhecer o papel exemplar do setor de saúde, mas também reconhece o impacto específico e sinérgico de outros setores do governo sobre a saúde e a equidade.

Não por acaso, o Plano de Governo apresenta compromissos explícitos e abrangentes com o sistema de saúde, tais como o transcrito a seguir:

*“A necessária reconstrução do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal fundamenta-se na ampliação do acesso, na melhoria da qualidade e da eficiência do sistema, como também na promoção da equidade das ações e serviços de saúde, na integralidade da atenção e na continuidade do cuidado. A regionalização do sistema, a atenção básica, o pronto atendimento, a ampliação do Programa Saúde da Família e a modernização da gestão da saúde são elementos estratégicos para a organização e a melhoria das redes de saúde e a integração entre o Distrito Federal e os municípios do Entorno” (Programa de Governo – 2015-2018).*

O Plano Distrital de Saúde – PDS/2016-2019 que ora se apresenta, segue as diretrizes das do Ministério da Saúde, da 15ª Conferência Nacional de Saúde e da 9ª Conferência Distrital de Saúde. Está estruturado com bases nos eixos definidos nas recomendações da 9ª Conferência, as saber: Modelo de Atenção, Modelo de Gestão e Infraestrutura e Logística. Propõe iniciativas factíveis que melhorem os perfis de saúde existentes, dada a complexidade dos fatores condicionantes da saúde, com o envolvimento da sociedade civil, de prestadores de serviços e de universidades, além dos demais órgãos de governo corresponsáveis pela gestão.

Este documento representa o esforço conjunto de todos aqueles que desejam e trabalham para a construção de um sistema de saúde universal, integral, equânime e resolutivo.

**HUMBERTO LUCENA PEREIRA DA FONSECA**

**CONSELHO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**  
**RESOLUÇÃO CSDF Nº 457, DE 05 DE ABRIL DE 2016**

DODF Nº 76, PÁG. 09.

O Plenário do Conselho de Saúde do Distrito Federal em sua Trecentésima Septuagésima Segunda Reunião Ordinária, realizada no dia 05 de abril de 2016, no uso das competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei, nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pela Lei 4.604, de 15 de julho de 2011, Lei Orgânica do Distrito Federal, pela Resolução nº 32, de 22 de novembro de 2011, e Resolução nº 453 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) de 2012, e, ainda,

Considerando a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012;

Considerando que o controle social é um dos fundamentos do SUS, estabelecido na Constituição de 1988, que opera por meio da participação popular no gerenciamento da Saúde do país.

Considerando que a participação e a fiscalização da sociedade sobre as ações do Estado efetiva a vivência da democracia direta;

Considerando que o planejamento, a execução e a avaliação das políticas de saúde fazem-se cada vez mais importantes para diminuir as iniquidades e problemas sociais do Brasil;

Considerando que o Conselho de Saúde do DF tem por finalidade atuar na formulação da política de saúde e no controle de sua execução, no âmbito do Distrito Federal, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção do processo de controle social em toda sua amplitude, no âmbito dos setores públicos e privados;

Considerando a importância da manutenção das ações e políticas em Saúde;

Considerando as metas anuais em Saúde da SES/DF;

Considerando o Plano Distrital de Saúde da SES/DF - 2016/2019;

Considerando que o Relatório de Gestão-RAG é instrumento da gestão do SUS, do âmbito do planejamento, conforme item IV do art. 4º, da Lei Nº 8.142/90, referenciado também na Lei Complementar 141/2012 e na Portaria 575/2012 do Ministério da Saúde, Resolve:

Art. 1º Aprovar o Plano Distrital de Saúde da SES/DF- 2016/2019, autuado sob o nº de processo 060.002.681/2016.

Art. 2º Que os dados do Relatório Anual de Gestão-RAG do DF e as metas constantes do Plano Distrital de Saúde, citado no art. 1º supra, sejam sempre referências, sem prejuízo de outros dados e instrumentos de análise em saúde e da gestão pública, para consubstanciar a avaliação, revisão e aprimoramento das metas anuais da SES/DF.

Art. 3º Que de forma incontinenti a SES/DF apresente o Programa Anual de Saúde do Plano Distrital de Saúde.

HELVÉCIO FERREIRA DA SILVA

Presidente do Conselho de Saúde do DF Homologo a Resolução CSDF n º457, de 05 de abril de 2016, nos termos da Lei nº 4.604 de 15 de julho de 2011.

HUMBERTO LUCENA PEREIRA DA FONSECA

Secretário de Estado de Saúde do DF Brasília/DF, 05, abril de 2016.

## SUMÁRIO

SOBRE O PLANO DE SAÚDE DO DF PARA O PERÍODO DE 2016 A 2019 .....	14
1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE .....	17
1.1 CARACTERIZAÇÃO E GEOGRAFIA DO DISTRITO FEDERAL .....	17
1.2 CONDIÇÕES SOCIOSSANITÁRIAS .....	17
1.2.1. PERFIL DEMOGRÁFICO .....	18
1.2.2. PERFIL SOCIOECONÔMICO .....	22
1.2.3. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO .....	29
1.2.3.1. NATALIDADE .....	29
1.2.3.2. MORBIDADE HOSPITALAR .....	33
1.2.3.3. DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS - DCNT .....	34
1.2.3.4. DOENÇAS CRÔNICAS E AGRAVOS TRANSMISSÍVEIS .....	42
1.2.3.5. IMUNIZAÇÃO NO DF .....	61
1.2.3.6. DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS - DST .....	64
1.2.3.7. MORTALIDADE .....	81
2. A SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL .....	95
2.1. DIVISÃO ADMINISTRATIVA DO DF .....	95
2.2. ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE .....	96
3. GESTÃO DO SUS NA REDE SES .....	104
3.1 ATENÇÃO À SAÚDE .....	104
3.1.1. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	104
3.1.2. ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE .....	110
3.1.3. ESPECIFICIDADES DAS UNIDADES DE APOIO .....	112
3.1.4. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE .....	118
3.1.6. REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE .....	134
3.2 GESTÃO DO TRABALHO NA SAÚDE NA SES DF .....	139
3.3 GESTÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS NO DF .....	141
3.4 REGIONALIZAÇÃO .....	143
3.5 CIÊNCIA, TECNOLOGIA, PRODUÇÃO E INOVAÇÃO EM SAÚDE E GESTÃO .....	145
3.6. INFRAESTRUTURA .....	148
3.7 PLANEJAMENTO, CONTROLE E GESTÃO PARTICIPATIVA .....	149
3.8 GESTÃO FINANCEIRA E ORÇAMENTÁRIA .....	153
4. EIXOS, DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES .....	156
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	158
6. APÊNDICE .....	158
7. ANEXOS .....	158
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	159
9. GLOSSÁRIO .....	160

## **SOBRE O PLANO DE SAÚDE DO DF PARA O PERÍODO DE 2016 a 2019**

O Plano de Saúde do Distrito Federal, mais que uma exigência formal, é um instrumento relevante que contribui para a consolidação do SUS. Trata-se de uma estratégia onde são explicitadas as principais ações planejadas, base da organização e funcionamento do sistema local de saúde. Além disso, expressa as políticas, os compromissos e as prioridades de saúde definidas para uma gestão eficiente e capaz de responder de forma adequada às diferentes necessidades em saúde da população do Distrito Federal.

Assim, a concepção e elaboração deste Plano de Saúde, contou com a participação de gestores da SES DF, técnicos da administração central e das Coordenações de Saúde, da Fundação Hemocentro, FEPECS, além de contemplar as propostas aprovadas na IX Conferência Distrital de Saúde, realizada de 20 de Julho de 2015 a 21 de Julho de 2015.

Para a elaboração deste documento foram realizadas três oficinas de trabalho, uma Audiência Pública e uma Consulta Pública em que se buscou o alinhamento das propostas considerando outros instrumentos de planejamento, tais como o Plano Plurianual, a Lei Orçamentária Anual e o Planejamento Estratégico do GDF. Metodologicamente, foram seguidos os seguintes passos operacionais para balizar a construção dos objetivos, diretrizes e metas:

- Análise situacional das condições de saúde do DF, considerando os 03 (três) eixos: Modelo de Atenção, Modelo de Gestão e Infraestrutura e Logística;
- Priorização de problemas selecionados a partir dos eixos definidos;
- Formulação de objetivos, diretrizes, metas e indicadores de acompanhamento, conforme conceitos vigentes na legislação do PlanejaSUS;
- Análise de viabilidade política, técnica-operacional, financeira e de coerência com as políticas definidas pelo nível gestor da SES DF;
- Sistematização/consolidação dos produtos dos técnicos no nível central e no âmbito à época das Coordenações Gerais de Saúde, bem como as propostas constantes do relatório final da IX Conferência Distrital de Saúde.

O Plano apresenta de forma sintética os resultados desses exercícios coletivos, consolidando as ações propostas por área de intervenção. A forma de agrupamento levou também em consideração as possibilidades de apropriação de valores que dessem maior visibilidade aos custos e gastos da SES, sua relação com o Plano Plurianual do Governo e os programas orçamentários. O Plano Distrital de Saúde está estruturado da seguinte forma:

**PARTE 1-** ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE: Condições Socio sanitárias

**PARTE 2** – A SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL: Estrutura do Sistema de Saúde no DF

**PARTE 3** – GESTÃO NO SUS-DF: Atenção à Saúde; Gestão do Trabalho na Saúde na SES DF; Gestão da Educação em Saúde no âmbito do SUS no DF; Regionalização, Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde e Gestão; Infraestrutura e

Logística; Planejamento, controle e Gestão Participativa; Gestão financeira e Orçamentária.

**PARTE 4 – EIXOS, DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS**

**PARTE 5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS**

**PARTE 6 - APÊNDICES**

**PARTE 7 – ANEXOS**

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

## CAPÍTULO I



### ANÁLISE DA SITUÇÃO DE SAÚDE

#### **Caracterização e Geografia do DF**

##### **Condições Socio sanitárias**

Perfil Demográfico

Perfil Socioeconômico

Perfil Epidemiológico



# **1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE**

## **1.1 CARACTERIZAÇÃO E GEOGRAFIA DO DISTRITO FEDERAL**

O Distrito Federal é uma unidade federativa autônomo dividida em 31 Regiões Administrativas das quais apenas 19 possuem poligonais definidas e aprovadas pela Câmara Legislativa do Distrito Federal.

Brasília se localiza a 15°50'16" sul, 47°42'48" oeste a uma altitude de 1000 a 1200 metros acima do nível do mar no chamado Planalto Central.. Compreende um quadrilátero de 5.789,16 Km<sup>2</sup>, equivalendo a 0,06% da superfície do País, apresentando como limites naturais o rio Descoberto a oeste, e o rio Preto a leste. Ao norte e sul, o Distrito Federal é limitado por linhas retas, ao norte com os municípios de Planaltina, Padre Bernardo e Formosa, e ao sul com Santo Antônio do Descoberto, Novo Gama, Valparaíso de Goiás e Cristalina, todos municípios do Estado de Goiás. Tem divisa ao leste com o município de Cabeceira Grande, pertencente ao Estado de Minas Gerais e Formosa pertencente ao Estado de Goiás e a oeste com os municípios de Santo Antônio do Descoberto e Padre Bernardo também do Estado de Goiás.

O seu Território é constituído por planaltos, planícies e várzeas, características típicas do cerrado, que possui terreno bem plano ou com suaves ondulações. Sua altitude Varia de 600 a 1.100 metros acima do nível do mar e o ponto mais alto é o Pico do Roncador, com 1.341 metros, localizado na Serra do Sobradinho. Em sua localização, o Distrito Federal ocupa uma posição privilegiada, pois divide as principais bacias hidrográficas do país, que são: a Bacia do Paraná, a Bacia do Tocantins-Araguaia e a Bacia do Rio São Francisco.

Os rios do Distrito Federal estão bem supridos pelos lençóis freáticos, razão pela qual não secam no período de estiagem. A fim de aumentar a quantidade de água disponível para a região, foi realizado o represamento de um dos rios da região, o rio Paranoá, para a construção de um lago artificial, o Lago Paranoá, que tem 40 quilômetros quadrados de extensão, profundidade máxima de 48 metros e cerca de 80 quilômetros de perímetro. Outros rios importantes são o Rio Descoberto, o Rio Maranhão, o Rio Preto, o Rio São Bartolomeu e o Rio Sobradinho.

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

## **1.2 CONDIÇÕES SOCIOSSANITÁRIAS**

Para apresentar as características socio sanitárias da população urbana do DF foi utilizada a Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD DF/2013 realizada pela CODEPLAN – Companhia de Planejamento do Distrito Federal. A

PDAD/DF - 2013 contemplou as 31 regiões administrativas do Distrito Federal e representa um rico manancial de informações de natureza socioeconômica sobre as famílias do DF, crucial para o planejamento governamental, mas também de suma importância para o planejamento empresarial, estudos acadêmicos e para a sociedade em geral.

### 1.2.1. PERFIL DEMOGRÁFICO

O Distrito Federal é uma Unidade da Federação totalmente atípica, embora compartilhe muito dos problemas que afligem as demais regiões brasileiras. Originalmente Brasília foi projetada, como exemplo de organização urbana, para abrigar uma população de 500 mil habitantes no ano 2000, quantitativo esse atingido no fim dos anos 60. Seu crescimento aconteceu nos moldes urbanos nacionais típicos, com expansão no sentido centro-periferia e segregação espacial e socioeconômica associada. A população do DF estimada pelo IBGE para 2014 e a projeção da DIVEP/SVS/SES/DF era de 2.852.372 habitantes.

O consolidado da população do DF por Regiões de Saúde representadas pelas Coordenações Gerais de Saúde – CGS e Regiões Administrativas – RA estão demonstradas na Tabela 01.

**Tabela 10: Demonstrativo da população do DF com as regiões de saúde e RA's**

<b>POPULAÇÃO DF - RA - REGIÃO DE SAÚDE</b>		
<b>Região de Saúde</b>	<b>Região Administrativa (RA's)</b>	<b>População 2014</b>
<b>Centro-Sul</b>	<b>RA1 - Brasília (Asa Sul)</b>	96.963
	<b>RA16 - Lago Sul</b>	33.738
	<b>RA8 - N. Bandeirante</b>	27.394
	<b>RA17 - R. Fundo I</b>	39.773
	<b>RA 21- R. Fundo II</b>	39.536
	<b>RA 24 -Park Way</b>	21.621
	<b>RA19 - Candangolândia</b>	17.695
	<b>RA 29 - S.I.A.</b>	2.702
	<b>RA 25 - SCIA (Estrut.)</b>	32.995
	<b>RA10 - Guará</b>	119.927
<b>Total da Região Centro-Sul</b>		<b>432.344</b>
<b>Centro-Norte</b>	<b>RA1 - Brasília (Asa Norte)</b>	136.586
	<b>RA18 - Lago Norte</b>	36.521
	<b>RA11 - Cruzeiro</b>	39.150
	<b>RA 23 - Varjão</b>	10.223
	<b>RA 22 - Sudoeste/Octogonal</b>	55.828
<b>Total da Região Centro-Norte</b>		<b>278.307</b>
<b>Oeste</b>	<b>RA9 - Ceilândia</b>	445.058
	<b>RA4 - Brazlândia</b>	63.531
<b>Total da Região Oeste</b>		<b>508.589</b>

<b>Sudoeste</b>	<b>RA3 - Taguatinga</b>	227.379
	<b>RA 20 - Águas Claras</b>	113.282
	<b>RA 30 - Vicente Pires</b>	65.314
	<b>RA12 - Samambaia</b>	219.794
	<b>RA15 - Recanto das Emas</b>	137.479
<b>Total da Região Sudoeste</b>		<b>763.247</b>
<b>Norte</b>	<b>RA5 - Sobradinho I</b>	85.613
	<b>RA 26 - Sobradinho II</b>	80.627
	<b>RA 31 - Fercal</b>	9.827
	<b>RA 6 - Planaltina</b>	188.990
<b>Total da Região Norte</b>		<b>365.057</b>
<b>Leste</b>	<b>RA7 - Paranoá</b>	60.708
	<b>RA 27- Jd. Botânico</b>	22.119
	<b>RA 28 - Itapoã</b>	49.447
	<b>RA14 - São Sebastião</b>	93.318
<b>Total da Região Leste</b>		<b>225.593</b>
<b>Sul</b>	<b>RA2 - Gama</b>	149.158
	<b>RA13 - Santa Maria</b>	130.076
<b>Total da Região Sul</b>		<b>279.234</b>
<b>Total Geral DF</b>		<b>2.852.372</b>
<b>População RIDE</b>		<b>1.277.600</b>
<b>Total DF e RIDE</b>		<b>4.129.972</b>

Fontes: População DF: DIVEP 2014 /SVS/SES DF Para estimar a população dos distritos aplicaram-se as proporções obtidas pela Divep, de acordo com o Censo de 2010 - IBGE. População RIDE: IBGE Estimativa pop. 2014, disponível no TABNET/ DATASUS

No âmbito do DF, a região administrativa mais populosa é Ceilândia. Em 2014 foram registrados 445.058 habitantes na cidade, que corresponde a 15,60% do total da população do DF, sendo que, em 2000, a cidade tinha apenas 344 mil moradores. Brasília (Plano Piloto) conquistou a segunda posição de região administrativa com o maior número de habitantes, 233.549, e Taguatinga a terceira RA mais populosa com 227.379 moradores.

**Tabela 2: População por sexo segundo as Regiões de Saúde – Valores relativos**

<b>Regiões de Saúde</b>	<b>Sexo</b>	
	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>
<b>Centro-sul</b>	46,62%	53,38%
<b>Centro-Norte</b>	52,05%	47,95%
<b>Leste</b>	49,27%	50,73%
<b>Norte</b>	48,42%	51,58%
<b>Oeste</b>	48,23%	51,77%
<b>Sudoeste</b>	48,05%	51,95%
<b>Sul</b>	48,10%	51,90%
<b>Total Distrito Federal</b>	<b>48,02</b>	<b>51,98</b>

Fonte: Codeplan – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD/DF-2013

A distribuição populacional por sexo mostra que a maioria (51,98%) é constituída por mulheres, situação relativamente semelhante à observada em todas as regiões administrativas, exceto Estrutural (49,49%), Lago Norte (49,50%) e o Setor de Indústria (48,78%) onde prevalecem à população masculina. (Tabelas 02 e 03).

**Tabela 11: População por sexo segundo as Regiões Administrativas – Valores relativos**

Regiões Administrativas - RA	Sexo (%)	
	Masculino	Feminino
Plano Piloto	46,32	53,68
Gama	47,46	52,54
Taguatinga	45,67	54,33
Brazlândia	48,3	51,7
Sobradinho	47,58	52,42
Planaltina	48,62	51,38
Paranoá	47,58	52,42
Núcleo Bandeirante	45,34	54,66
Ceilândia	48,95	51,05
Guará	45,96	54,04
Cruzeiro	45,91	54,09
Samambaia	49,02	50,98
Santa Maria	48,8	51,2
São Sebastião	49,61	50,39
Recanto das Emas	49,27	50,73
Lago Sul	49,92	50,08
Riacho Fundo	45,53	54,47
<b>Lago Norte</b>	<b>50,5</b>	<b>49,5</b>
Candangolândia	49,2	50,8
Águas Claras	48,06	51,94
Riacho Fundo II	48,43	51,57
Sudoeste/Octogonal	47,84	52,16
Varjão	48,28	51,72
Park Way	48,03	51,97
<b>SCIA - Estrutural</b>	<b>50,51</b>	<b>49,49</b>
Sobradinho II	48,94	51,06
Jardim Botânico	48,43	51,57
Itapoã	49,91	50,09
<b>SIA</b>	<b>51,22</b>	<b>48,78</b>
Vicente Pires	49,48	50,52
Fercal	49,51	50,49
<b>Distrito Federal</b>	<b>48,02</b>	<b>51,98</b>

Fonte: Codeplan – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD/DF-2013

Dos residentes no DF 20,38% têm até 14 anos de idade, entretanto, 65,56%, que constituem a grande maioria, concentram-se nos grupos entre 15 e 59 anos. A faixa da população acima de 60 anos de idade é de 14,07%.

As crianças foram encontradas principalmente nos locais recém criados e de baixa renda como Estrutural, localizada na Região Centro Sul com 34,12%, e o Varjão, na Região Centro Norte com 29,24%.

Os jovens de 15 a 24 anos estão presentes principalmente no Recanto das Emas (22,81%), SAI (21,72%) e Varjão (21,65%), nas Regiões Sudoeste, Centro Sul e Centro Norte respectivamente. Em contrapartida, os idosos também estão mais representativos na Região Centro sul, no Lago Sul (29,28%) e Plano Piloto (23,69%), RA's Asa Sul e Asa Norte (Região Centro Norte), regiões administrativas mais antigas, conforme tabela 04.

**Tabela 12: Demonstrativo da população DF por faixa etária.**

<b>Regiões de Saúde</b>	<b>0 a 14 anos</b>	<b>15 a 59 anos</b>	<b>60 ou mais</b>
<b>Centro Sul</b>	16,24%	64,97%	18,79%
<b>Centro Norte</b>	13,11%	65,58%	21,31%
<b>Oeste</b>	22,65%	63,15%	14,20%
<b>Sudoeste</b>	20,20%	67,14%	12,66%
<b>Norte</b>	22,98%	64,97%	12,05%
<b>Leste</b>	24,60%	67,24%	8,15%
<b>Sul</b>	20,92%	64,51%	14,57%
<b>Total DF</b>	<b>20,37%</b>	<b>65,56%</b>	<b>14,07%</b>

Fonte: Codeplan – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD/DF-2013

No que diz respeito à cor/raça, 49,58% da população do Distrito Federal declarou ser parda/mulata, seguida de 45,02% da cor branca e 5,16%, cor preta. As Regiões de Saúde cujas RA's prevalecem a cor branca são: Região Centro Sul representada pelo Lago Sul (80,27%), Região Centro Norte no Sudoeste/Octogonal (73,76%) e Região Leste com Jardim Botânico (66,43%), enquanto nos locais de menor poder aquisitivo, prevaleceu a cor parda/mulata como nas Regiões Norte, na RA Fercal (70,23%), Região Leste no Paranoá (67,98%) e Região Centro Norte no Varjão (66,13%).

Em relação ao percentual de residentes com algum tipo de deficiência, segundo informações da Organização Mundial de Saúde – OMS<sup>1</sup> (<sup>1</sup>www.onu.org.br) aproximadamente 10% de qualquer população é portadora de algum tipo de deficiência. No DF, 4,14% dos moradores declararam ser deficientes. Do total de portadores de necessidades especiais declaradas, a deficiência visual foi a mais observada, 35,45%, seguida pela motora 22,12% e 19,23% têm outros tipos de deficiência.

A região conformada pelo DF e seu entorno possui características peculiares que se refletem diretamente na definição das políticas públicas, uma vez que a relação

observada não se limita à proximidade geográfica. Tais reflexos se estendem a praticamente todos os setores - saúde, educação, transporte, segurança e meio ambiente, como acontece nas grandes regiões metropolitanas, com a diferença fundamental de que envolve territórios de três estados da Federação. Assim é que a Lei Complementar nº 94/1988 criou a Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno e DF – RIDE/DF, adotando como premissa básica a integração de ações entre União, estados e municípios na solução dos problemas vivenciados por essas populações, promovendo o fortalecimento da ação pública na região. Como grande parte dos 22 municípios que integram a RIDE mantém relação de alta dependência com o DF no que se refere à saúde, é essencial conhecer também as características de sua população, com o propósito de contemplá-la, no que couber, no planejamento local de saúde.

Em julho de 2013, a população do DF foi estimada em 2.786.684 habitantes e entre os anos de 2000 e 2013 houve um incremento populacional da ordem de 735.538 habitantes. Em comparação com a sua Região Integrada de Desenvolvimento (RIDE), que também teve acréscimo populacional, o peso da população no DF permaneceu praticamente o mesmo, equivalente a 69,3% em 2000 e 69,0% em 2013, enquanto a participação dos demais municípios da RIDE que era de 30,7% passou para 30,9% em 2010. Segundo o IBGE, no caso do DF, esse aumento é impulsionado pela migração de pessoas em busca de emprego, de saúde, de educação, entre outras oportunidades, enquanto a maior taxa de crescimento dos municípios do Estado de Goiás é atribuída à migração de moradores do DF para os municípios da RIDE, chamados de Entorno, em busca de menor custo de vida. O Distrito Federal foi a Unidade da Federação que mais cresceu no Centro-Oeste na última década, e a população de Brasília e das cidades-satélites já é quase duas vezes maior do que a registrada em 1990 (1.598.415 habitantes).

## **1.2.2. PERFIL SOCIOECONÔMICO**

### **Alfabetização**

O Distrito Federal tem o menor índice de analfabetismo do país entre pessoas com 15 anos ou mais e continua como a Unidade da Federação com a menor taxa: 3,49%. Dentre as regiões de saúde do DF, a que tem o menor índice é a Centro-Norte, que abrange as regiões administrativas da Asa Norte, Cruzeiro, Lago Norte, Sudoeste/Octogonal e Varjão. Dentre as regiões administrativas com maiores índices, destaca-se o Paranoá, com taxa de 9,95% de analfabetos com 15 anos ou mais. A tabela abaixo mostra o índice de analfabetismo por Região de Saúde:

**Tabela 13: Demonstrativo do índice de analfabetos no DF por Região de Saúde**

Distrito Federal e Regiões Administrativas	ÍNDICE ANALFABETOS		
	TOTAL	Analfabetos (15 anos ou mais)	
		Valores Absolutos	Valores Relativos
<b>Centro Norte</b>	122.672	542	0,44%
<b>Centro Sul</b>	173.088	2.113	1,22%
<b>Leste</b>	64.006	3.263	5,10%
<b>Norte</b>	97.853	3.670	3,75%
<b>Oeste</b>	142.438	9.721	6,82%
<b>Sudoeste</b>	225.686	6.680	2,96%
<b>Sul</b>	72.306	2.997	4,14%
<b>Distrito Federal</b>	<b>821.130</b>	<b>28.654</b>	<b>3,49%</b>

Fonte: Codeplan – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD/DF-2013

### Situação dos domicílios (saneamento básico)

Quanto ao esgotamento sanitário, 85,95% dos domicílios contam com rede geral, embora as regiões de criação mais recente, especialmente de alta renda, possuam ampla maioria servida por fossa séptica como Vicente Pires (82,55%), Jardim Botânico (78,20%), Park Way (73,09%). A Região Centro-norte também é a região em que a maioria das residências é contemplada com esgotamento sanitário provido da rede geral, conforme mostra a tabela 6:

**Tabela 14: Tipo de Esgotamento sanitário por rede geral por Região de Saúde**

Regiões de Saúde	Tipo de Esgotamento Sanitário		
	TOTAL	Rede geral	
		Valores Absolutos	Valores Relativos
<b>Centro-Norte</b>	122.666	119.816	97,68%
<b>Centro-Sul</b>	96.164	85.813	89,24%
<b>Leste</b>	64.005	51.903	81,09%
<b>Norte</b>	97.855	67.326	68,80%
<b>Oeste</b>	142.442	119.742	84,06%
<b>Sudoeste</b>	225.690	194.432	86,15%
<b>Sul</b>	72.307	66.695	92,24%
<b>Distrito Federal</b>	<b>821.130</b>	<b>705.725</b>	<b>85,95%</b>

Fonte: CODEPLAN – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD/DF-2013

### Abastecimento de água

A abrangência do abastecimento de água no DF por rede geral é de 97,82%, conforme mostra a tabela 07. Observa-se cobertura de 100% em Taguatinga, Cruzeiro, Riacho Fundo Sudoeste/Octogonal e SIA. Os demais locais tendem à universalização do tipo poço/cisterna, poço/artesiano e caminhão pipa.

**Tabela 7: Abastecimento de água no DF por rede Geral**

<b>Região de Saúde</b>	<b>Rede Geral %</b>
<b>Centro Sul</b>	98,72%
<b>Centro-norte</b>	99,47%
<b>Oeste</b>	98,15%
<b>Sudoeste</b>	99,06%
<b>Norte</b>	94,53%
<b>Leste</b>	94,57%
<b>Sul</b>	96,70%
<b>Distrito Federal</b>	<b>97,82%</b>

Fonte: CODEPLAN – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD/DF-2013

O consumo de água contaminada pode acarretar vários agravos à saúde, como doenças desde diarreias de repetição até uma cólera, hepatites e leptospirose, o que pode justificar o aumento do número de atendimentos e/ou o aumento de atendimentos de retorno pelos mesmos motivos nas emergências das Unidades de Saúde das regiões cujas localidades não possuem o filtro para consumo de água filtrada. O consumo de água potável filtrada foi observado em 78,25% dos domicílios e 8,85% consomem água mineral. Cabe observar que 12,90% dos domicílios não possuem filtro, situação especialmente verificada nos locais de menor renda como Varjão, na Região Centro Norte com 51,99%, Estrutural, 32,67% na Região Centro Sul e Planaltina, 31,42% na Região Norte. O dado é preocupante devido às consequências para a saúde da população.

A quase totalidade dos domicílios, 87,34% possui serviço de coleta urbana de lixo, com 9,88% dos domicílios contando com a coleta seletiva.

### **Atividades Econômicas**

As principais atividades econômicas de Brasília são: comércio, os serviços, Administração Pública, agricultura e a indústria. Da população economicamente ativa, com 10 anos e mais de idade, observou-se que 49,58% têm atividades remuneradas, 14,45% são aposentados e pensionistas e 17,78% somente estudam, de acordo com o PDAD/DF-2013.

A taxa de desemprego no Distrito Federal manteve “relativa estabilidade” na comparação entre maio e junho desse ano, segundo estudo divulgado pela Pesquisa de Emprego e Desemprego – PED, junho 2015 pela Companhia de Planejamento (CODEPLAN). O percentual que era de 14,4% passou para 14,2%, que equivalem a cerca de 223 mil pessoas sem ocupação profissional. Em dezembro de 2014, havia cerca de 181 mil desempregados – 23,2% a menos que o registrado em junho. Segundo a CODEPLAN, os números acompanham uma tendência registrada em anos anteriores. Na comparação com junho de 2013, o desemprego teve alta de 26% – na época, eram 176 mil pessoas sem emprego.

A pesquisa indica que o desemprego aumentou no Plano Piloto, Lago Sul e Lago Norte, embora sejam as localidades que possuam a maior renda domiciliar do DF e o menor índice de desemprego, que passou de 6,4% para 7,4% entre maio e junho.



No grupo de regiões “com menor renda”, a taxa de desemprego é maior, que inclui Brazlândia, Ceilândia, Samambaia, Paranoá, São Sebastião, Santa Maria e Recanto das Emas. Os números da população ocupada expressos no PDAD 2013 estima-se um total de 1.207.111 de pessoas ocupadas, da população com 10 anos e mais de idade. Destes, 0,79% trabalha na agropecuária; 7,03%, na indústria; 25,05% no comércio; 20,90%, na Administração Pública (administração direta, empresas públicas e fundações) e 19,69%, em serviços gerais. Os dados da PDAD/DF mostram que cada Região Administrativa tem suas especificidades, a exemplo dos perfis de residentes segundo a atividade econômica à qual pertence. Verifica-se que os trabalhadores da Administração Pública residem em maior proporção no SIA, Sudoeste/Octogonal, Plano Piloto, Jardim Botânico, Cruzeiro e Lago Norte. Por outro lado, a maioria dos empregados domésticos tem residência fixada no Varjão, Itapoã, Paranoá e São Sebastião. Com relação ao número da população ocupada por setor de atividade, Ceilândia, Samambaia e Plano Piloto aparecem, em primeira posição, em números absolutos de trabalhadores em quase todos os setores de atividade remunerada.

### **Rendimento domiciliar**

A renda domiciliar média da população do Distrito Federal em 2013 era da ordem de R\$ 5.015,04 (6,93 Salários Mínimos - SM) e a renda per capita de R\$ 1.489,57 (2,20 SM). A renda média domiciliar mais alta foi verificada no Lago Sul, seguida do Park Way, Sudoeste/Octogonal e Lago Norte, as duas últimas com valores próximos entre si. A renda mais alta representa quatro vezes a renda média do DF. Por outro lado, as regiões de menor renda média domiciliar são SCIA - Estrutural (1,99 SM), Varjão (2,59 SM) e FERCAL (2,88 SM). É importante destacar que, embora em termos de renda média o Distrito Federal detenha valor elevado, ao desagregar os dados em nível de Região Administrativa, um novo contexto aparece, evidenciando o elevado nível de desigualdade interna existente no DF e mensurado pelo Coeficiente de Gini\*, de 0,474. Verifica-se que a diferença entre a maior renda domiciliar média (Lago Sul) é 14 vezes maior que a menor renda (Estrutural) e em termos de renda per capita, essa diferença é de 18 vezes. Dentro de cada região administrativa, a desigualdade é menor, independente da classe social. O Coeficiente de Gini\* do Lago Sul é de 0,350, Park Way 0,352, enquanto nas rendas mais baixas, o indicador cai para 0,318 na Estrutural. As tabelas a seguir mostram a média mensal da renda domiciliar, e a média per capita mensal por RA e por Região de Saúde respectivamente:

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

**Tabela 8: Média Mensal de Renda Domiciliar e Média Mensal de Renda Per Capta por RA**

Distrito Federal e Regiões Administrativas	Renda Domiciliar Média Mensal		Renda Per Capita Média Mensal		Gini
	Valores Absolutos	Valores em Salários Mínimos	Valores Absolutos	Valores em Salários Mínimos	
Plano Piloto	11.866,79	16,39	4.451,87	6,57	0,389
Cruzeiro	7.864,56	10,86	2.532,13	3,73	0,351
Lago Norte	13.423,28	18,54	4.558,40	6,72	0,388
Sudoeste/Octogonal	13.995,64	19,33	6.144,17	9,06	0,371
Varjão	1.873,32	2,59	501,91	0,74	0,353
Plano Piloto	11.866,79	16,39	4.451,87	6,57	0,389
Núcleo Bandeirante	4.778,49	6,6	1.500,18	2,21	0,463
Guará	6.882,62	9,51	2.279,91	3,36	0,426
Lago Sul	20.464,01	28,27	6.510,10	9,6	0,350
Riacho Fundo	4.406,80	6,09	1.346,09	1,99	0,444
Candangolândia	4.010,56	5,54	1.114,19	1,64	0,429
Riacho Fundo II	2.747,34	3,79	759,93	1,12	0,402
Park Way	16.901,36	23,34	4.871,39	7,18	0,352
SCIA - Estrutural	1.440,51	1,99	367,5	0,54	0,318
SIA	5.474,28	7,56	1.500,84	2,21	0,321
Paranoá	2.651,09	3,66	741,71	1,09	0,418
São Sebastião	2.697,69	3,73	764,05	1,13	0,403
Jardim Botânico	13.404,02	18,51	4.132,91	6,1	0,381
Itapoã	2.665,86	3,68	726,93	1,07	0,270
Sobradinho	5.463,15	7,55	1.594,26	2,35	0,452
Planaltina	2.647,74	3,66	728,72	1,07	0,491
Sobradinho II	5.520,14	7,62	1.518,41	2,24	0,487
Fercal	2.085,30	2,88	574,31	0,85	0,379
Brazlândia	2.749,33	3,8	818,3	1,21	0,444
Ceilândia	2.516,50	3,48	720,49	1,06	0,418
Taguatinga	5.126,27	7,08	1.635,12	2,41	0,453
Samambaia	2.716,63	3,75	765,32	1,13	0,409
Recanto das Emas	2.454,83	3,39	662,28	0,98	0,420
Águas Claras	9.619,64	13,29	3.158,29	4,66	0,469
Vicente Pires	7.452,58	10,29	2.075,47	3,06	0,398
Gama	3.776,98	5,22	1.103,93	1,63	0,431
Santa Maria	2.586,83	3,57	708,5	1,04	0,404
<b>Distrito Federal</b>	<b>5.015,04</b>	<b>6,93</b>	<b>1.489,57</b>	<b>2,2</b>	<b>0,474</b>

Fonte: Codeplan – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD/DF-2013

**Tabela 9: Média Mensal de Renda Domiciliar e Média Mensal de Renda Per Capta por Região de Saúde**

Distrito Federal e Regiões Administrativas	Renda Domiciliar Média Mensal		Renda Per Capita Média Mensal		Gini
	Valores Absolutos	Valores em Salários Mínimos	Valores Absolutos	Valores em Salários Mínimos	
<b>Centro-Norte</b>	9.804,72	13,54	3.637,70	5,36	
<b>Centro-Sul</b>	7.897,28	10,91	2.470,20	3,64	
<b>Leste</b>	5.354,67	7,40	1.591,40	2,35	
<b>Norte</b>	3.929,08	5,43	1.103,93	1,63	
<b>Oeste</b>	2.632,92	3,64	769,40	1,14	
<b>Sudoeste</b>	5.473,99	7,56	1.659,30	2,45	
<b>Sul</b>	3.181,91	4,40	906,22	1,34	
<b>Distrito Federal</b>	<b>5.015,04</b>	<b>6,93</b>	<b>1.489,57</b>	<b>2,2</b>	<b>0,474</b>

Fonte: Codeplan – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD/DF-2013

### Produto Interno Bruto Per Capita

O PIB per capita no DF em 2013 foi de R\$ 62.859,43, valor bastante superior ao nacional, esse foi o maior índice do País. Além disso, o DF tem o maior rendimento médio do País. Esse indicador é influenciado pela grande quantidade de funcionários públicos que trabalham na capital federal. No entanto, em termos de distribuição de renda, o DF é mais desigual do que a média dos Estados da Região Centro-Oeste e do que a média brasileira.

O setor de serviços é o mais importante no DF, com participação de 93,3% do produto da unidade, impulsionado pelo alto poder aquisitivo da população. O governo DF se mantém na sétima posição entre as maiores economias do Brasil, sendo o PIB, o responsável por 3,9% do PIB brasileiro. O PIB DF cresceu 3,2% enquanto o PIB nacional cresceu 1,0% em relação ao ano anterior, 2012. Espera-se um crescimento médio real da economia do Distrito Federal (DF) de 2,1% ao ano entre 2014 e 2020.

PIB per capita é o produto interno bruto, dividido pela quantidade de habitantes de um país. O PIB é a soma de todos os bens de um país, e quanto maior o PIB, mais demonstra o quanto esse país é desenvolvido, e podem ser classificados entre países pobres, ricos ou em desenvolvimento. O PIB per capita é um indicador muito utilizado na macroeconomia, e tem como objetivo a economia de um país, estado, ou região. Para o cálculo do PIB, é considerado apenas bens e serviços finais.

### Índice de Desenvolvimento Humano – IDH

O IDH do Distrito Federal é de 0,824 (PNUD - 2010 Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/Atlas do Desenvolvimento Humano dos Municípios, 2013) é o mais elevado entre todas as 27 Unidades da Federação (e o 9º maior entre os 5.565 municípios) e o único classificado como muito alto. A análise do IDH, sob todos os prismas, indica a posição de destaque do Distrito Federal, que apresenta os melhores índices do Brasil em relação ao IDH Renda, ao IDH Longevidade e também ao IDH Educação. A dimensão que mais contribui para o IDHM da UF é a Longevidade, com índice de 0,873, seguida de Renda, com índice de 0,863, e de Educação, com índice de 0,742.

A maior diferença entre o IDH do DF e o nacional é no componente renda (16,8%), seguido do observado na Educação (16,4%) e na Longevidade (7,0%). Na média, o IDH do DF é 13,3% superior à média nacional.

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

### Utilização do SUS

Observa-se que somente 34,59% da população do Distrito Federal possui Plano de Saúde, dos quais 27,42% possuem plano empresarial e 7,17%, plano individual. Como era de se esperar, as maiores incidências de Planos de Saúde encontram-se nos domicílios das regiões de saúde de maior renda, regiões Centro-Norte e Centro-Sul.

Em contrapartida, 65,36% da população do DF não possuem plano de saúde e, portanto, podem ser considerados usuários que em sua grande maioria dependem exclusivamente do SUS. Quanto à utilização de hospital público/Unidade de Pronto Atendimento - UPA, 72,37% da população declarou fazer uso desses serviços. Do total que os utilizam, 18,52% o fazem em Ceilândia, 15,86%, em Taguatinga e 12,35%, no Plano Piloto. Em relação à localização do posto de saúde utilizado pela população, 80,95% declararam utilizar esse serviço público. Dos que o utilizam, aproximadamente 90% procuram o posto de saúde da própria RA.

**Tabela 10 e 11: Percentual de Usuários com Plano de Saúde Privado e Percentual de Usuários sem Plano de Saúde Privado por Regiões de Saúde**

<b>Distrito Federal e Regiões</b>	<b>Percentual de Usuários com Plano de Saúde Privado</b>	<b>Distrito Federal e Regiões</b>	<b>Percentual de Usuários sem Plano de Saúde Privado</b>
<b>Administrativas</b>		<b>Administrativas</b>	
<b>Centro-Norte</b>	80,38%	<b>Centro-Norte</b>	19,58%
<b>Centro-Sul</b>	61,82%	<b>Centro-Sul</b>	38,15%
<b>Leste</b>	15,97%	<b>Leste</b>	62,79%
<b>Norte</b>	22,23%	<b>Norte</b>	77,74%
<b>Oeste</b>	17,02%	<b>Oeste</b>	82,97%
<b>Sudoeste</b>	35,76%	<b>Sudoeste</b>	64,14%
<b>Sul</b>	21,07%	<b>Sul</b>	78,89%
<b>Distrito Federal</b>	<b>34,59%</b>	<b>Distrito Federal</b>	<b>65,36%</b>

Fonte: Codeplan – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD/DF-2013

### Benefício Social

O bolsa família é um programa de transferência direta de renda que beneficia famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, tem como foco as pessoas com renda familiar per capita inferior a R\$ 70 mensais, e está baseado na garantia de renda, inclusão produtiva e no acesso aos serviços públicos. Apenas 8,39% dos domicílios recebem algum benefício social, desses, 79,81% recebem o Bolsa-Família.

Nota: Os benefícios sociais levantados na pesquisa PDAD/2013 são programas especialmente voltados para a transferência de renda e referem-se às informações prestadas pelos entrevistados, não coincidindo necessariamente com o número de famílias cadastradas pelo Governo.

### 1.2.3.PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

#### 1.2.3.1. 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 2014 este número passou a 44.538. Na última década a taxa bruta de natalidade (relação entre o número de nascidos vivos para cada grupo de 1000 habitantes) teve uma redução, passando de 22,4 em 2001 para 15,6 em 2014.

Apesar da significativa redução, a taxa de natalidade comporta-se diferentemente em cada localidade do Distrito Federal, variando de 9,2 por 1.000 habitantes do Lago Norte a 22,0 na Estrutural (Tabela 12). Esta variação pode ser decorrente tanto da estrutura etária que compõe as diferentes localidades, como ser resultante das condições socioeconômicas precárias.

**Tabela 12: Taxa de Natalidade por RA e Regiões de Saúde, 2014**

Regiões de Saúde	Regiões Administrativas	Nascidos Vivos	*Taxa de Natalidade
Sudoeste	Águas Claras	2.277	20,1
	Taguatinga	3.139	13,8
	Vicente Pires	797	12,2
	Samambaia	3.831	17,4
	Recanto das Emas	2.149	15,6
	<b>Total da Região de Saúde</b>	<b>12.193</b>	<b>16,0</b>
	<b>Média Região de Saúde</b>	<b>2.439</b>	<b>3,2</b>
	Guará	1.739	14,5
	SCIA (Estrutural)	727	22,0
	S I A	27	10,0
Centro Sul	Candangolândia	240	13,6
	Park Way	217	10,0
	Riacho Fundo II	595	15,0
	Riacho Fundo I	775	19,5
	Núcleo Bandeirante	433	15,8
	Lago Sul	318	9,4

	Asa Sul	964	9,9
	<b>Total da Região de Saúde</b>	<b>6.035</b>	<b>14,0</b>
	<b>Média Região de Saúde</b>	<b>604</b>	<b>1,4</b>
<b>Leste</b>	Itapoã	1.092	22,1
	Jardim Botânico	278	12,6
	Paranoá	1.210	19,9
	São Sebastião	1.865	20
	<b>Total da Região de Saúde</b>	<b>4.445</b>	<b>19,7</b>
	<b>Média Região de Saúde</b>	<b>1111</b>	<b>4,9</b>
<b>Norte</b>	Planaltina	3.232	17,1
	Fercal	168	17,1
	Sobradinho I	1.319	15,4
	Sobradinho II	1.193	14,8
	<b>Total da Região de Saúde</b>	<b>5.912</b>	<b>16,2</b>
	<b>Média Região de Saúde</b>	<b>1478</b>	<b>4,0</b>
<b>Oeste</b>	Brazlândia	1.092	17,2
	Ceilândia	7.181	16,1
	<b>Total da Região de Saúde</b>	<b>8.273</b>	<b>16,3</b>
	<b>Média Região de Saúde</b>	<b>4.137</b>	<b>8,1</b>
<b>Sul</b>	Gama	2.260	15,2
	Santa Maria	2.349	18,1
	<b>Total da Região de Saúde</b>	<b>4.609</b>	<b>16,5</b>
	<b>Média Região de Saúde</b>	<b>2.305</b>	<b>8,3</b>
<b>Centro Norte</b>	Cruzeiro	390	10,0
	Asa Norte	1.380	10,1
	Lago Norte	335	9,2
	Sudoeste/Octogonal	624	11,2
	Varjão	186	18,2
	<b>Total da Região de Saúde</b>	<b>2.915</b>	<b>10,5</b>
	<b>Média Região de Saúde</b>	<b>583</b>	<b>2,1</b>

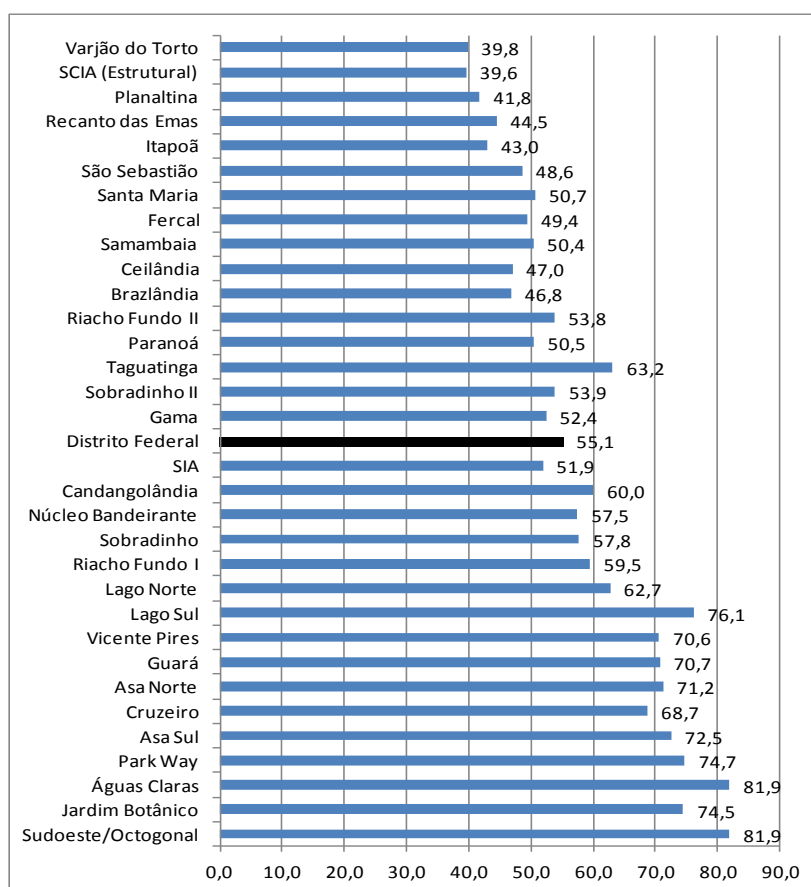
Fonte: SINASC-GIASS/DIVEP/SVS/SES/GDF\*por mil habitantes

A região de saúde que tem maior taxa de natalidade é a Região de Saúde Leste com 19,7 nascidos vivos por 1.000 habitantes, seguida pela Região de Saúde Sul com 16,5, a Região Oeste com 16,3, a Região Norte com 16,2, a Região Sudoeste com 16,0, a Região Centro Sul com 14,0 e por último a Região Centro Norte com 10,5.

### **Parto Cesáreo**

O percentual de parto cesáreo aumentou no período de 2012 a 2014 passando de 53,7% a 55,1%. Ao avaliar a realização de parto cesáreo por local de residência da mãe no ano de 2014, observa-se uma grande variação: entre as mães residentes na Estrutural 39,6% tiveram parto cesáreo enquanto que entre as mães do Sudoeste/Octogonal 81,9% (gráfico 01).

**Gráfico 1: Percentual de parto cesáreo por local de residência – DF, 2014**



Fonte: SINASC-GIASS/DIVEP/SVS/SES/GDF

A região de saúde que mais teve ocorrência de parto cesáreo foi a Região de Saúde Centro Norte, em seguida as Regiões Sudoeste, Centro Sul, Leste, Sul, Norte e Oeste.

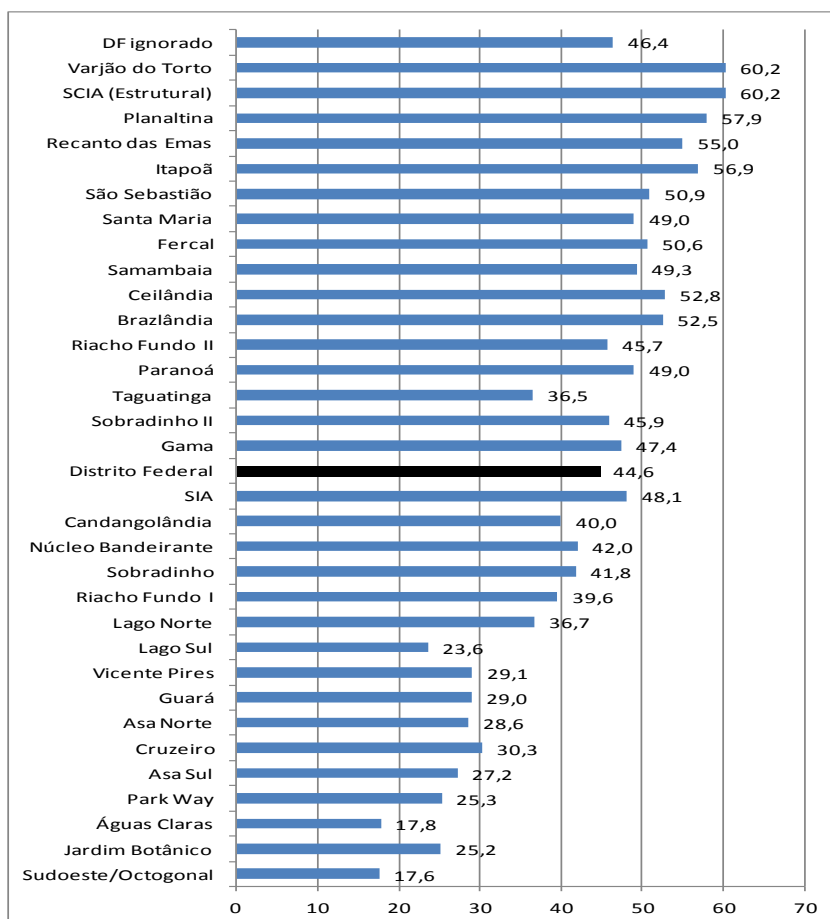
### **Parto Normal**

O percentual de parto normal diminuiu no período de 2012 a 2014 passando de 45,8% a 44,6%. Ao avaliar a realização de parto normal por local de residência da mãe no ano de 2014, observa-se uma grande variação: entre as mães residentes no Varjão do Torto e Cidade Estrutural 60,2% tiveram parto normal enquanto que entre as mães do Sudoeste/Octogonal 17,6% (gráfico 02).

Ao analisar ainda o rendimento médio domiciliar mensal pelo local de residência, observa-se que o maior índice de parto normal é inversamente proporcional à renda média domiciliar, como no caso da Cidade Estrutural que possui índice de 1,99 SM (salário mínimo), menor renda média domiciliar enquanto o Sudoeste/Octogonal possui índice de 19,33 SM, bem maior que a média entre as

regiões, mas com o menor índice de parto normal. Quanto à escolaridade, observa-se a mesma relação. Por essas análises, verifica-se que os partos cesáreos estão relacionados com o aumento do poder econômico, de aspectos culturais, de escassez de informações às mulheres, ou de conveniência para os profissionais e serviços de saúde.

**Gráfico 2: Percentual de parto normal por local de residência – DF, 2014**



Fonte: SINASC-GIASS/DIVEP/SVS/SES/GDF

Na expectativa de reduzir a utilização do parto cesáreo, e também reduzir a probabilidade de problemas respiratórios para o recém-nascido, o risco de morte da mãe, o Ministério da Saúde anunciou, em janeiro deste ano, a obrigatoriedade do preenchimento do “partograma” (documento que registra todas as etapas do trabalho de parto da gestante) em toda a rede particular de saúde do País. Nos hospitais públicos, isso já é obrigatório. Ele afirma que a redução de cesáreas não é uma responsabilidade exclusiva do poder público, mas de toda a sociedade brasileira. A resolução normativa entrou em vigor Julho de 2015.

A região de saúde que mais teve ocorrência de parto normal foi a Região de Saúde Oeste, em seguida as Regiões Norte, Sul, Leste, Centro Sul, Sudoeste e Centro Norte.



### 1.2.3.2. MORBIDADE HOSPITALAR

Conforme a base de dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH, no período de 2013 a 2015, a principal causa de internação foi a classificada no capítulo XV do Código Internacional de Doenças, CID-10, gravidez, parto e puerpério, totalizando 150.636 internações, 28% do total. As lesões por envenenamento e algumas outras consequências de causas externas, como classifica o capítulo XIX do CID-10, lideram a segunda principal causa de internação, perfazendo 9,6% do total das causas. Estão incluídas nesse grupo as intoxicações por drogas, medicamentos e substâncias biológicas, efeitos tóxicos substâncias de origem predominantemente não-medicinal, traumatismos envolvendo múltiplas regiões do corpo, queimaduras e corrosões, sequelas por traumatismos, intoxicações e outras consequências por causas externas.

Em seguida, no ranking das principais causas de internação por capítulo do CID-10, aparecem as doenças dos aparelhos respiratório, circulatório e digestivo que somam 25,2% do total das causas. Nesse grupo estão incluídas as pneumonias, as doenças isquêmicas do coração, insuficiência cardíaca.

O quadro abaixo mostra o rol das principais causas de internação por capítulo de acordo com o CID-10 nos últimos três anos.

**Tabela 13: Principais causas de internação por classificação CID-10, 2013 a 2015.**

<b>Causas de Internação (por capítulo CID-10)</b>	<b>Total do Período 2013-2015</b>	<b>%</b>
<b>XV. Gravidez parto e puerpério</b>	150636	<b>28,0%</b>
<b>XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas</b>	51463	<b>9,6%</b>
<b>X. Doenças do aparelho respiratório</b>	46706	<b>8,7%</b>
<b>IX. Doenças do aparelho circulatório</b>	45815	<b>8,5%</b>
<b>XI. Doenças do aparelho digestivo</b>	44900	<b>8,3%</b>
<b>XIV. Doenças do aparelho geniturinário</b>	32381	<b>6,0%</b>
<b>II. Neoplasias (tumores)</b>	28443	<b>5,3%</b>
<b>I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias</b>	22405	<b>4,2%</b>
<b>XVI. Algumas afec originadas no período perinatal</b>	22201	<b>4,1%</b>
<b>VI. Doenças do sistema nervoso</b>	16519	<b>3,1%</b>
<b>XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo</b>	12013	2,2%
<b>V. Transtornos mentais e comportamentais</b>	11682	2,2%
<b>XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat</b>	11227	2,1%
<b>XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo</b>	9901	1,8%
<b>IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas</b>	8388	1,6%
<b>XXI. Contatos com serviços de saúde</b>	7399	1,4%
<b>XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas</b>	6521	1,2%
<b>III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár</b>	4202	0,8%
<b>VII. Doenças do olho e anexos</b>	3590	0,7%
<b>VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide</b>	1157	0,2%
<b>XX. Causas externas de morbidade e mortalidade</b>	277	0,1%
<b>Total</b>	<b>537826</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: TABWIN/DATASUS/MS – dados gerenciados pela Gerência de processamento de informações ambulatoriais e hospitalares, GEPI/DICS/SUPLANS/SES-DF

Nota: Cap. XXI-Contatos com serviços de saúde: incluem os CID's Z03 Observ avaliação med. doença afecção suspeitas, Z30 Anticoncepção, Z47 Outros cuidados de seguimento ortopédico, Z00 Exame geral invest. pess. s/queixa diagn relat; Cap. XX Causas externas de morbidade e mortalidade: Acidentes, outras causas externas de traumatismos acidentais, agressões, complicações de assistência médica e cirúrgica, entre outras

### 1.2.3.3. DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS - DCNT

A carga global das Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT apresenta grande preocupação devido à alta carga de mortalidade no mundo. Destacam-se as doenças do aparelho circulatório (DAC), neoplasias, doenças respiratórias crônicas (DRC) e diabetes que têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida e ocasionado impactos econômicos negativos para famílias, indivíduos e a sociedade em geral. Elas são hoje responsáveis por 72% da mortalidade no Brasil e mais prevalentes entre as pessoas de baixa renda, por estarem mais expostas aos fatores de risco e terem menos acesso aos serviços de saúde.

O aumento da carga de DCNT e seus fatores de risco refletem os efeitos negativos da globalização, da urbanização rápida, da vida sedentária e da alimentação com alto teor calórico e do marketing que estimula o uso do tabaco e do álcool.

Para o enfrentamento das DCNT, além da organização do setor saúde para garantir acesso à assistência, promoção, prevenção e vigilância torna-se essencial articular ações intersetoriais, em especial, as que contribuem para reduzir desigualdades sociais e proteger as populações mais vulneráveis, dentre elas as crianças e adolescentes.

As DCNT são também responsáveis por grande parte dos gastos assistenciais com a saúde e estão entre as principais causas de internações hospitalares. Têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida e ocasionado impactos econômicos negativos para indivíduos, famílias e a sociedade em geral.

#### Hipertensão Arterial

A estimativa de casos de Hipertensão Arterial na população brasileira acima de 18 anos é de 21,4%. Quando se analisa dados da pesquisa do Ministério da Saúde – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) observa-se que a frequência de pessoas que referem diagnóstico de hipertensão em 2013, no Distrito Federal, é de 22,3%, sendo 21,7% no sexo masculino e 22,8 % no sexo feminino. O DF apresenta menor frequência do que o total dos demais municípios das capitais brasileiras.

**Tabela 14: Percentual\* de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial, segundo sexo, no Distrito Federal e municípios das capitais, 2013.**

Distrito Federal e Municípios das Capitais	Hipertensão Arterial		
	Total (%)	Masculino	Feminino
<b>DF</b>	22,3	21,7	22,8
<b>Capitais</b>	24,1	21,5	26,3

Fonte: Vigitel, Ministério da Saúde

\*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sociodemográfica do Vigitel à distribuição da população adulta da cidade projetada para o ano de 2012. IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Observa-se uma tendência proporcionalmente direta de aumento de indivíduos com diagnóstico de hipertensão arterial com o avanço da faixa etária. Comparando os dados com os anos de 2012 para 2013 houve redução entre os grupos exceto na faixa de 25 a 34 anos. A população de 65 anos ou mais apresentou a maior redução de 7,8% (66,3% em 2012 a 58,5% em 2013), seguido da grupo de 18 a 24 anos que em 2012 era de 4,7% e reduziu para 1,2% em 2013.

**Tabela 15: Percentual\* de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial, segundo faixa etária, no Distrito Federal, 2006 a 2013.**

Faixa Etária	Hipertensão Arterial							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
18 a 24	3,8	5,9	5,5	4,2	7,3	3,3	4,7	1,2
25 a 34	9,8	5,9	10	15	8,4	60	8,8	12
35 a 44	15,3	16,8	22,1	21,9	15,9	21	20,7	20
45 a 54	31,6	30	35,9	32,6	25	38,8	38,8	32,8
55 a 64	47,6	51,7	48,3	52,5	45	50,9	53,5	48,2
65 e mais	56,1	59,7	62,6	61,3	55,2	73,6	66,3	58,5

Fonte: Vigitel, Ministério da Saúde

\*Com novos pesos (versão 05/05/2013) para 2006 a 2013, calculados pelo Método de Ponderação Rake.

No distrito Federal a atenção integral ao paciente portador de hipertensão realiza ações de prevenção, tratamento e controle, utilizando-se de diversas estratégias de saúde públicas cientificamente efetivas e sustentáveis para prevenir e controlar a hipertensão arterial e suas complicações, definidas na Estratégia Nacional do Ministério da Saúde. Dentre as ações realizadas destaca-se: divulgação da Planilha de Estratificação de Risco Cardiovascular; conclusão do projeto para formação de multiplicadores da Capacitação Regional, em Grupo de Trabalho da Coordenação Central do PECH, com expectativa de aplicação em 2016; monitoramento dos dados de Hipertensão Arterial em idosos participantes da Escola de Avós

### Diabetes Mellitus

*O diabetes é o aumento do açúcar no sangue decorrente de: produção deficiente do hormônio insulina pela pâncreas e/ou defeito na ação da insulina. Os tipos mais comuns são: - Diabetes do tipo 1: Ausência total da produção de insulina (morte das células beta do pâncreas). - Diabetes do tipo 2: Deficiência na produção de insulina pelas células betas do pâncreas e ação diminuída da insulina nos tecidos do organismo(resistência a ação da insulina). - Diabetes Gestacional: Ocorre na mulher ainda não diabética durante a gestação.*

O Diabetes Mellitus é doença que acomete indivíduos em todas as faixas etárias, sem distinção de sexo, raça, ocupação ou grupo social. Há expectativa de epidemia de Diabetes nas próximas décadas e que poderá ser a segunda causa médica de morte no mundo, atrás apenas das oncológicas. A doença contribui entre 30% a 50% para outras causas como cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca, colecistopatias, acidente vascular cerebral e hipertensão arterial; representa cerca de

30% dos pacientes que se internam em unidades coronarianas intensivas, concorre para 45% das amputações não traumáticas de membros inferiores (dados brasileiros), é a principal causa de cegueira adquirida e responsável por 26% a 40% dos pacientes que ingressam em programas de diálise.

O Vigitel utilizou como critério de inclusão nessa categoria a frequência com que as pessoas se dizem diabéticas, já com diagnóstico médico confirmado. A prevalência dos adultos do DF que referiram diagnóstico prévio de diabetes foi 5,3%, sendo inferior ao resultado dos municípios das capitais (6,9%). Indivíduos do sexo feminino apresentaram maior prevalência de diabetes (6%) no DF que os do sexo masculino com 4,4, %.

**Tabela 16: Percentual\* de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de diabetes, no Distrito Federal e municípios capitais, 2013.**

Distrito Federal e Municípios das Capitais	Diabetes		
	Total%	Masculino	Sexo Feminino
<b>DF</b>	5,3	4,4	6
<b>Capitais</b>	6,9	6,5	7,2

Fonte: Vigitel, Ministério da Saúde. \*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sociodemográfica do Vigitel à distribuição da população adulta da cidade projetada para o ano de 2012. IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Analisando os dados de diabetes por sexo, observa-se redução para ambos os sexos entre 2012 e 2013, conforme mostra a tabela abaixo:

**Tabela 17: Percentual\* de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de diabetes, segundo sexo, no Distrito Federal, 2006 a 2013.**

Sexo	Diabetes*							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Masculino</b>	4,1	4,3	6,0	2,8	6,6	4,0	5,2	4,4
<b>Feminino</b>	6,5	4,5	5,0	5,1	4,5	6,8	7,9	6,0
<b>Ambos</b>	5,4	4,4	5,4	4,0	5,5	5,5	6,6	5,3

Fonte: Vigitel, Ministério da Saúde. \*Método de cálculo: “rake” para análise de pesos pós-estratificação. \* Com novos pesos (versão 05/Maio/2013) para 2006 a 2013, calculados pelo Método de Ponderação Rake.

Com relação aos dados que avaliam o diabetes por faixa etária, observa-se prevalência crescente com o aumento da faixa etária atingindo um percentual de 21,1% na faixa de 65 e mais anos em 2013. Ressalta-se uma redução da prevalência em todas as faixas etárias exceto na faixa de 25 a 39 anos, como mostra a tabela abaixo.

**Tabela 18: Percentual\* de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de diabetes, segundo faixa etária, no Distrito Federal, 2006 a 2013.**

Faixa Etária	Diabetes							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
18 a 24	1,1	1,1	0,6	1,4	1,5	0	1,3	0,4
25 a 34	2,4	1,6	1	0,8	1,3	1,8	1,2	1,9
35 a 44	1,9	1,7	2,8	1,4	1,9	2,6	2,8	2,2
45 a 54	8,5	9,8	10,2	4,9	5,8	10,2	11,2	4,9
55 a 64	14,1	10,7	16,4	10,9	21	11	19,2	18,5
65 e mais	26,4	15,3	23,0	21,9	23,1	25,4	25,6	21,1

Fonte: Vigitel, Ministério da Saúde. \* Com novos pesos (versão 05/Maio/2013) para 2006 a 2013, calculados pelo Método de Ponderação Rake.

As ações básicas da Coordenação Central de Diabetes compreendem as atividades de assistência à saúde voltadas para promoção, proteção e prevenção das complicações da doença. Essas ações são executadas pelas unidades básicas de saúde e equipes de saúde da família, coordenadas pela Atenção Primária à Saúde e mantendo interface com a Atenção Especializada – Endocrinologia na elaboração de protocolos para tratamento em diabetes tipo 1 e 2 – insulino terapia e prevenção das complicações da doença.

Entre os resultados alcançados, destaca-se o Programa de Monitorização e Terapêuticas com as melhorias alcançadas pelos usuários nos análogos de insulina do ponto de vista de hemoglobina glicada com aproximadamente 68% dos usuários nas metas de bom controle e redução do número de usuários para aproximadamente 3.700.

### **Sobrepeso e Obesidade**

O Excesso de peso e a obesidade é apontado como um dos principais fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis. Dados da OMS informam que 2,8 milhões de pessoas morrem a cada ano em decorrência do excesso de peso ou da obesidade (WHO, 2009). Os riscos de doença cardíaca, acidente vascular encefálico (AVE) e diabetes aumentam consistentemente com o aumento de peso (WHO, 2002). O Índice de Massa Corporal (IMC) elevado também aumenta os riscos de certos tipos de câncer (AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH, 2009). Essa condição corpórea tem sido atribuída ao consumo inadequado de alimentos e a inatividade física.

Os dados do Vigitel demonstram que em 2013, no DF, a frequência do excesso de peso foi de 49,0% e de obesidade foi de 15,0% (Tabela X), sendo inferior ao resultado dos municípios das capitais 50,8% e 17,5% consecutivamente.

Os dados de excesso de peso, sobrepeso e obesidade no DF apontam um crescimento ao longo dos anos estudados e uma maior prevalência em indivíduos do sexo masculino que no feminino. O sobrepeso alcançou 39,2% dos indivíduos do sexo masculino e 29,4% dos indivíduos do sexo feminino. Em 2013 o percentual de indivíduos obesos do sexo masculino superou o feminino (15,7% e 14,4%, respectivamente). Já a obesidade mórbida atinge 1,6% do sexo feminino e 0,6% do sexo masculino.

**Tabela 19: Percentual\* de adultos (≥ 18 anos) com excesso de peso, sobrepeso, obesidade e obesidade mórbida, segundo sexo, no Distrito Federal, no período de 2006 a 2013.**

Sexo	Estado Nutricional							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Excesso de Pesos</b>								
<b>Masculino</b>	48,6	42,5	47,8	42	51,9	53,4	49,3	54,9
<b>Feminino</b>	34	37,5	36,1	34,8	38,6	45,2	44,2	43,9
<b>Ambos</b>	40,8	39,8	41,6	38,2	44,8	49	46,6	49
<b>Sobrepeso</b>								
<b>Masculino</b>	38,2	32,2	37,2	33,8	41	39,6	35,8	39,2
<b>Feminino</b>	23,4	26,8	22,2	24,9	29,4	30,6	29,3	29,4
<b>Ambos</b>	30,3	29,3	29,2	29,1	34,8	34,8	32,3	34
<b>Obesidade</b>								
<b>Masculino</b>	10,4	10,4	10,5	8,2	10,9	13,8	13,5	15,7
<b>Feminino</b>	10,6	10,6	13,9	10	9,3	14,6	14,9	14,4
<b>Ambos</b>	10,5	10,5	12,4	9,1	10	14,2	14,3	15
<b>Obesidade Mórbida</b>								
<b>Masculino</b>	0,2	0,2	0,7	0,3	0,5	0,1	0,6	0,6
<b>Feminino</b>	0,6	1	1,3	0,9	0,3	1,7	1,9	1,6
<b>Ambos</b>	0,4	0,6	1	0,7	0,4	0,9	1,3	1,1

Fonte: Vigitel, Ministério da Saúde. \*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica do Vigitel à distribuição da população adulta da cidade projetada para o ano de 2013. IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

A Secretaria de Saúde está trabalhando na linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade, como prioritária na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, como explicado no tópico Rede de Atenção à Saúde, no capítulo III.

### Violência

*O conceito adotado pela OMS considera violência como sendo o “uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”. Este mesmo conceito é adotado no Brasil pelo Ministério da Saúde - MS (Brasil, 2008).*

Por se tratar de um fenômeno complexo, a questão da violência deve ser analisada sob os aspectos individuais, sociais, ambientais, jurídicos, necessitando de uma ação multiprofissional e intersetorial. O combate a este fenômeno, dentro da perspectiva da saúde, passa pela adequação dos sistemas de atendimento, detecção, registro, atendimento, intervenção e encaminhamento dos casos de violência, assim como a elaboração e execução de estratégias de prevenção e educação.

A Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) registrou no período de 2010 a 2014, 10.534 notificações de casos de violência. Deste os maiores percentuais de acordo com o local de residência da vítima (Tabela 19) foram observados em Ceilândia 1250 (11,9%), Gama 894 (8,5%) e Samambaia 826 (7,8%). Destaca-se que em 5,5% das notificações o local de residência não foi definido (ignorados ou brancos). A tabela abaixo mostra a distribuição de casos notificados por Região Administrativa

de residência das vítimas de violência e anos de ocorrência no Distrito Federal entre os anos de 2010 a 2014.

**Tabela 20: Casos notificados por RA de residência das vítimas de violência no DF nos anos de 2010-2014**

<b>Local de Residência</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>Total</b>	<b>%(total)</b>
Águas Claras	14	11	18	21	20	84	0,8
Asa Norte	7	19	29	26	21	102	1,0
Asa Sul	8	5	11	8	12	44	0,4
Brazlândia	15	10	30	30	23	108	1,0
Candangolândia	1	5	10	13	3	32	0,3
Ceilândia	238	182	255	340	235	1250	11,9
Cruzeiro	8	9	13	13	12	55	0,5
Fercal	0	0	3	2	4	9	0,1
Gama	74	206	227	235	152	894	8,5
Guará	27	28	70	83	85	293	2,8
Itapoã	4	85	121	151	121	482	4,6
Jardim Botânico	0	0	0	2	1	3	0,0
Lago Norte	2	4	10	5	7	28	0,3
Lago Sul	7	3	5	1	4	20	0,2
N. Bandeirante	5	7	19	13	12	56	0,5
Paranoá	18	88	142	125	112	485	4,6
Park Way	1	1	14	7	3	26	0,2
Planaltina	80	39	54	165	57	395	3,7
Rec. Emas	66	105	93	157	202	623	5,9
Riacho Fundo I	12	18	21	29	24	104	1,0
Riacho Fundo II	11	18	28	24	30	111	1,1
Samambaia	91	154	133	235	213	826	7,8
Santa Maria	44	54	63	122	42	325	3,1
São Sebastião	64	105	200	176	86	631	6,0
Scia (Estrutural)	27	25	77	63	69	261	2,5
Sai	1	1	1	0	1	4	0,0
Sobradinho	22	31	53	77	26	209	2,0
Sobradinho II	18	33	39	34	15	139	1,3
Sudoeste/Octogonal	2	2	2	2	2	10	0,1
Taguatinga	132	270	114	127	171	814	7,7
Varjão	0	3	12	14	6	35	0,3
Vicente Pires	12	5	8	15	17	57	0,5
Ign/Branco	25	32	162	198	159	576	5,5
Outra UF	156	238	361	435	253	1443	13,7
<b>Total</b>	<b>1192</b>	<b>1796</b>	<b>2398</b>	<b>2948</b>	<b>2200</b>	<b>10534</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SINAN/SESDF 2014

A tabela 20 apresenta número e percentual dos casos notificados no Distrito Federal no período de 2010 a 2014 de acordo com a faixa etária e sexo das vítimas. Os dados mostram uma maior concentração nas faixas dos 10 a 19 e de 20 a 39 anos de idade, com predominância do sexo feminino em todos os anos da série.

Por outro lado, do total de notificações do período por sexo, ao longo das faixas etárias, indica uma maior proporção no sexo masculino até os nove anos de idade e

no feminino a partir dos 10 anos. Os dados sugerem uma maior vulnerabilidade dos meninos nessa faixa etária havendo necessidade de um aprofundamento na análise da questão de gênero.

**Tabela 21: Número e percentual dos casos notificados por faixa etária, sexo e ano de ocorrência, Distrito Federal, 2010 a 2014.**

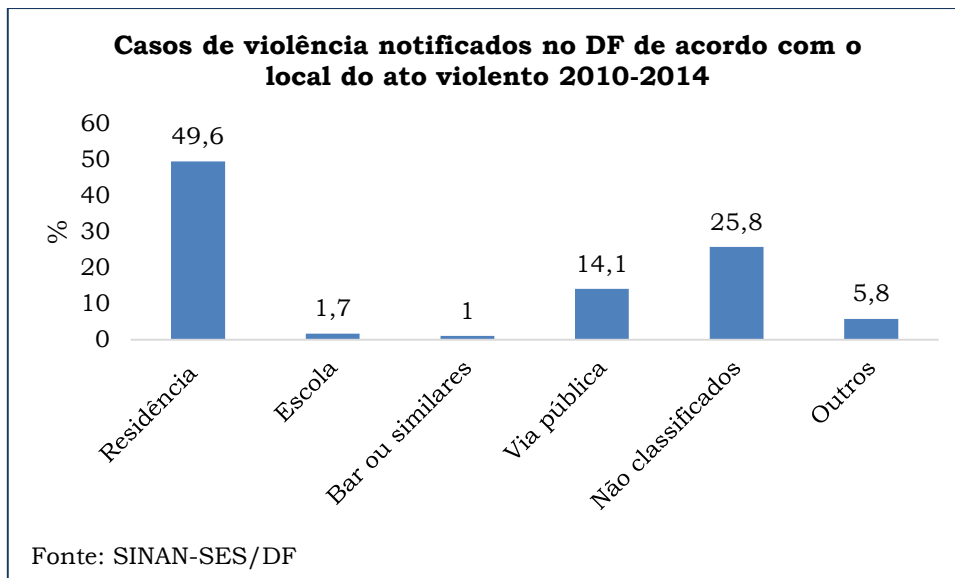
Faixa Etária	Sexo	2010		2011		2012		2013		2014	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
< 1 ano	M	21	1,8	43	2,4	46	1,9	75	2,5	54	2,5
	F	28	2,4	55	3,1	76	3,2	98	3,3	74	3,4
1 a 4	M	79	6,6	75	4,2	129	5,4	174	5,9	109	5
	F	90	7,6	100	5,6	184	7,7	233	7,9	145	6,6
5 a 9	M	76	6,4	6	3,7	104	4,3	195	6,6	99	4,5
	F	85	7,1	101	5,6	162	6,8	197	6,7	109	5
10 a 19	M	117	9,8	157	8,7	182	7,6	187	6,3	161	7,3
	F	299	25,1	361	20,2	612	25,5	728	24,7	465	21,1
20 a 39	M	92	7,7	220	12,2	74	3,1	68	2,3	153	7
	F	211	17,7	376	20,9	549	22,8	610	20,7	493	22,4
40 a 59	M	28	2,4	78	4,3	30	1,3	25	0,9	75	3,4
	F	38	3,2	100	5,6	153	6,4	173	5,9	138	6,3
60 e mais	M	10	0,8	24	1,3	29	1,2	73	2,6	39	1,7
	F	17	1,4	40	2,2	67	2,8	109	3,7	85	3,8
<b>Total</b>		<b>1191</b>	<b>100</b>	<b>1736</b>	<b>100</b>	<b>2397</b>	<b>100</b>	<b>2945</b>	<b>100</b>	<b>2199</b>	<b>100</b>

Fonte: SINAN – SES/DF Excluídos não classificados e ignorados

Com relação ao local de ocorrência do ato violento, evidencia-se que a maior parte (49,6%) dos casos de violência notificados ocorreu na própria residência das vítimas no período de 2010 a 2014. Qualquer outro local não contemplado nas categorias descritas na ficha de notificação foi agrupado em outros. Porém, um número expressivo de notificações, denominado como não classificados (25,8%), não registrou exatamente qual foi o exato local onde o ato violento ocorreu.

**Gráfico 3: Distribuição proporcional dos casos notificados no DF de acordo com o local do ato violento. Distrito Federal, 2010-2014.**





No gráfico abaixo é possível observar o número de notificações por tipo de violência, destacando-se a física e a sexual como as mais registradas. Ressalte-se que a mesma pessoa pode ter sofrido mais de um tipo de violência.

**Gráfico 4: Distribuição do número de notificações por tipo de violência. Distrito Federal, 2010-2014**



Fonte: SINAN-SES/DF

Na tabela abaixo, percebe-se que em 2014 a violência física, sexual e a psicológica/moral foram os tipos mais frequentes nos registros mantendo o padrão da série histórica. Com relação ao ciclo de vida e ocorrência da violência física, a faixa etária destacada foi a de 20 a 39 anos, que corresponde a fase adulta. Ao observar o tipo de violência na infância, a violência sexual é o tipo mais frequente na faixa etária de 5 a 9 anos. A violência nas pessoas com 60 anos e mais, os tipos que predominam foram a negligência e abandono e a Violência Física.

**Tabela 22: Número de casos notificados por tipo de violência e faixa etária. Distrito Federal, 2014. Tipo violência**

<b>Tipo de Violência</b>	<b>&lt;1 ano</b>	<b>1 a 4</b>	<b>5 a 9</b>	<b>10 a 19</b>	<b>20 a 39</b>	<b>40 a 59</b>	<b>60 e mais</b>	<b>Total</b>
<b>Lesão auto provocada</b>	0	0	0	63	88	37	12	200
<b>Violência física</b>	48	58	47	268	439	158	43	1061
<b>Psico moral</b>	10	27	38	121	130	51	42	419
<b>Tortura</b>	3	3	5	18	24	9	7	69
<b>Violência sexual</b>	11	96	108	298	156	30	6	705
<b>Tráfico de seres humanos</b>	0	0	1	0	1	0	0	2
<b>Financeira e econômica</b>	3	5	3	7	6	6	19	49
<b>Negligência e Abandono</b>	73	114	58	55	11	8	65	384
<b>Trabalho infantil</b>	1	0	0	5	0	0	0	6
<b>Intervenção legal</b>	0	0	0	2	4	3	1	10
<b>Outra violência</b>	4	2	5	28	36	15	5	95

Fonte: SINAN-SES/DF.

#### 1.2.3.4. DOENÇAS CRÔNICAS E AGRAVOS TRANSMISSÍVEIS

##### DENGUE

*A dengue é uma doença viral transmitida pela picada do mosquito Aedes aegypti. Doença febril aguda que pode ser de curso benigno ou grave, conforme a forma como se apresente: infecção inaparente, dengue clássico (DC), febre hemorrágica da dengue (FHD), ou síndrome do choque da dengue (SCD). Há registros de transmissão vertical (gestante - bebê) e por transfusão de sangue. Existem quatro tipos diferentes de vírus do dengue: DEN-1, DEN-2, DEN-3 e DEN-4.*

Atualmente a mais importante arbovirose que afeta o ser humano e constitui-se em um sério problema de saúde pública no mundo, seguida da febre Chikungunya e a febre pelo Zika vírus. Apresenta um padrão sazonal de elevação de incidência, coincidente com o verão, em virtude da ocorrência de chuvas e aumento da temperatura, que facilitam a proliferação dos vetores.

No Distrito Federal, a Secretaria de Estado de Saúde (SES) registrou 12.957 casos suspeitos de dengue em 2015, dos quais 12.198 (94%) são residentes do Distrito Federal e 759 (6%) de outras Unidades Federativas.

**Tabela 23: Número de casos de dengue no Distrito Federal, segundo local de residência, até 2014, 2015.**

<b>Casos de Dengue</b>	<b>Residentes no Distrito Federal</b>			<b>Residentes em Outras UF's</b>			<b>Total de Casos 2015</b>
	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>Variação (%)</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>Variação (%)</b>	
Notificados	17.800	12.198	-31,47	2.082	759	-63,54	12.957
Confirmados	11.645	9.689	-16,80	1.785	649	-63,64	10.338

Fonte; SINAN/SES/DF

Dados atualizados em 10/01/2016 (até a semana epidemiológica 52 de 2015). Sujeito a alterações \* Casos confirmados (todos os casos notificados, exceto os descartados), definição do Ministério da Saúde.

A distribuição dos casos confirmados de dengue, por localidade de residência, em 2015 demonstra que Planaltina, Gama e Sobradinho II são as Regiões Administrativas com maior número de casos, respondendo por 3.716 casos, um percentual de 39% dos casos ocorridos no período.

A Secretaria de Estado de Saúde (SES) registrou em 2016, até a semana epidemiológica (SE) 08, 5.680 casos suspeitos de dengue, dos quais 5.082 (89%) são residentes do Distrito Federal e 598 (11%) de outras Unidades Federativas (UF's).

As Regiões Administrativas (RA's) de Brazlândia (871) , Ceilândia (483), São Sebastião (449), Taguatinga (373), Samambaia (271) e Planaltina (265) são as que apresentam maior número de casos, respondendo por 2.712 casos, um percentual de 65% dos casos ocorridos.

**Tabela 24: Distribuição dos casos confirmados de dengue em residentes do Distrito Federal, segundo localidade de residência.**

Localidade de residência	Casos de Dengue		Variação %
	2014	2015	
Águas Claras	95	123	29,5
Asa Norte	170	271	59,4
Asa Sul	149	90	-39,5
Brazlândia	243	255	4,9
Candangolândia	122	33	-73
Ceilândia	744	718	-3,5
Cruzeiro	33	112	239,4
Fercal	308	49	-84,1
Gama*	1056	824	-22
Guará	364	368	1,1
Itapoã	146	150	2,7
Jardim Botânico	30	49	63,3
Lago Norte	111	75	-32,4
Lago Sul	94	138	46,8
N.Bandeirante	108	43	-60,2
Paranoá	279	284	1,8
Park Way	43	25	-41,9
Planaltina*	2386	2202	-7,7
Recanto das Emas	314	285	-9,2
Riacho Fundo I	117	52	-55,6
Riacho Fundo II	77	42	-45,5
Samambaia	548	373	-31,9
Santa Maria	641	360	-43,8
São Sebastião	756	366	-51,6
Scia (Estrutural)	150	136	-9,3
SIA	5	0	-100
Sobradinho	646	518	-19,8
Sobradinho II*	1067	743	-30,4
Sudoeste/Octogonal	32	29	-9,4
Taguatinga	411	511	24,3

Varjão	80	42	-47,5
Vicente Pires	56	141	151,8
Em Branco	264	282	6,8
<b>Total</b>	<b>11.645</b>	<b>9.689</b>	<b>-16,8</b>

Fonte: SINAN/SES/DF Dados atualizados em 06/01/2016 (até a semana epidemiológica 52 de 2015).  
 Sujeito a alterações \*Locais de residência com maior nº de casos.

Em relação à incidência de dengue, as maiores taxas foram observadas, respectivamente, nas Regiões Administrativas de Planaltina e Sobradinho II, seguidas de Sobradinho e Gama, como mostra a tabela abaixo:

**Tabela 25: Incidência de casos confirmados de dengue em residentes do Distrito Federal, por localidade de residência.**

Localidade de Residência	Coef. de Incidência*
Águas Claras	106,32
Asa Norte	193,17
Asa Sul	89,99
Brazlândia	393,46
Candangolândia	182,29
Ceilândia	158,09
Cruzeiro	278,88
Fercal	490,11
Gama	539,97
Guará	299,09
Itapoã	298,94
Jardim Botânico	216,26
Lago Norte	199,61
Lago Sul	396,21
Núcleo Bandeirante	153,35
Paranoá	458,82
Park Way	112,65
<b>Planaltina</b>	<b>1.143,09</b>
Recanto das Emas	203,6
Riacho Fundo I	127,98
Riacho Fundo II	104,29
Samambaia	166,5
Santa Maria	271,60
São Sebastião	385,47
SCIA (Estrutural)	406,15
S I A	0
Sobradinho I	591,01
Sobradinho II	902,79
Sudoeste/Octogonal	50,67
Taguatinga	219,31
Varjão	404,21

Vicente Pires	211,28
<b>Total**</b>	<b>332,40</b>

Fonte: SINAN/SES/DF

Dados atualizados em 14/12/2015 (até a semana epidemiológica 49). Sujeito a alterações. População residente no DF em 2015. Incluídos.

No que se refere aos óbitos por dengue, até novembro de 2015 a SES-DF confirmou 26 óbitos por dengue, dos quais 22 eram residentes no DF, 3 em GO e 1 em MG.

**Tabela 26: Número de casos confirmados de dengue grave e óbitos no Distrito Federal, por UF de residência, 2015.**

UF de residência	Dengue Grave					
	Cura	2014 Óbitos	Total	Cura	2015 Óbitos	Total
<b>DF</b>	17	18	35	5	22	27
<b>Outras UF</b>	7	6	13	1	4	5
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>24</b>	<b>48</b>	<b>6</b>	<b>26</b>	<b>32</b>

Fonte: SINAN/SES/DF; Dados atualizados em 06/01/2016 (até a semana epidemiológica 52 de 2015). Sujeito a alterações.

### **PROGRAMA DE COMBATE AO Aedes Aegypti**

O combate à dengue é prioridade para a Secretaria de Saúde que vem realizando ações de prevenção junto ao Grupo Executivo Intersetorial de Gestão da Dengue. As ações fazem parte do Plano de Ação de Prevenção e Controle da Dengue 2015/2016. O plano conta com ações integradas com a participação de agentes de vigilância ambiental, militares das Forças Armadas, Serviço de Limpeza Urbana (SLU), NOVACAP, Agência de Fiscalização (AGEFIS) e a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). A Subsecretaria de Vigilância à Saúde (SVS) já realizou cursos, palestras e treinamentos com a capacitação dos profissionais das regionais de saúde, bem como a capacitação de parceiros, como a AGEFIS no qual foram capacitados 190 profissionais para fiscalização, principalmente em canteiros de obras.

O Plano de Ação para o enfrentamento às doenças transmitidas pelo Aedes Aegypti, segue em anexo a esse documento e tem foco em quatro eixos:

- A vigilância: entomológica, epidemiológica, laboratorial e sanitária;
- A Assistência: organização da assistência, protocolos, referência e contrarreferência;
- A Mobilização Social: parcerias, articulação e mobilização;
- A Educação e Prevenção: informação, comunicação e publicidade.

As metas para o fortalecimento das ações de Vigilância Ambiental no DF para o período 2016-2019 com destaque para prevenção de Dengue e Chikungunya são:

1. Realizar visitas domiciliares para controle da dengue em 80% a cada ano nos imóveis do DF com o monitoramento do indicador “Proporção de imóveis visitados em pelo menos quatro ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue”

2. Manter o índice de infestação do *Aedes aegypti* a menos de 1%, ao ano com o monitoramento do indicador “Percentual de imóveis positivos nos 04 Levantamentos Rápidos de Índice para *Aedes aegypti* (LIRAA)\*.

*\*Nota: O LIRAA (Levantamento Rápido de Índice para o Aedes aegypti) é uma metodologia que permite o conhecimento de forma rápida, por amostragem, da densidade populacional do mosquito transmissor da Dengue, Chikungunya e Febre Amarela por meio do índice de infestação predial (IIP), entre outros. O IIP é uma relação entre o total de imóveis positivos para as larvas do mosquito e o número de imóveis inspecionados, por localidade.*

## FEBRE CHIKUNGUNYA

*A Febre do Chikungunya é uma doença causada por um vírus do gênero Alphavirus, tendo como principais vetores os mosquitos do gênero Ae. aegypti e Ae. albopictus . Os sintomas mais comuns da infecção pelo vírus chikungunya são febre e dores articulares. Outros sintomas podem incluir dor de cabeça, dor muscular, inchaço das articulações, ou erupção cutânea. O período médio de incubação da doença é de três a sete dias (podendo variar de 1 a 12 dias). A fase aguda dura de 7 a 10 dias. É, em geral, benigna com letalidade baixa, a não ser, em grupos de idosos, recém-nascidos de mães infectadas e pessoas com co-morbidades graves. Pode apresentar, como complicação, dores articulares persistentes e causar invalidez em casos extremos.*

Em 2015, foram registrados pela SES-DF 193 casos suspeitos de febre Chikungunya. Desses, 153 foram descartados e 14 casos foram confirmados em residentes do Distrito Federal (DF) que se deslocaram até 15 dias antes do início dos sintomas - para outros países e estados do Brasil. Houve o registro de 11 casos importados, provenientes do 1 Suriname e 1 Panamá e 9 casos de outros Estados do Brasil, com predominância dos municípios da Bahia, conforme relação a seguir: 4 casos de Salvador - BA, 2 de Ipirá-BA, 1 de Feira de Santana-BA e 1 Santaluz - BA, e 1 de Maruim, Sergipe.

Registra-se 2 casos autóctones do DF, e 1 indeterminado, ou seja, sem fonte de infecção determinada, conforme tabela abaixo:

**Tabela 27: Total de casos suspeitos, confirmados, descartados de febre Chikungunya no DF.**

Suspeitos	Confirmados		Descartados	Inconclusivos
	Laboratorial	Clínico Epidemiológico		
<b>193</b>	<b>13</b>	<b>1</b>	<b>153</b>	<b>26</b>

Fonte: SINAN/SES/DF Dados atualizados em 04/01/2016 (até a semana epidemiológica 52 de 2016). sujeitos à alteração.

**Tabela 28: Total de casos confirmados de Febre Chikungunya autóctones e importados segundo local provável de infecção em residentes do Distrito Federal.**

Casos Confirmados de Chikungunya	2015		
	Nº	%	Local provável de infecção
*Autóctone	2	13,4	Ceilândia (1); Taguatinga(1)
** Importado	11	79	Panamá (1); Suriname (1); Salvador- BA (4); Ipirá- BA (2); Feira de Santana-BA (1) e Santaluz- BA (1); Maruim- SE (1)
Indeterminado	1	7	Não sabe o local de infecção
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>	-----

Fonte: SINAN-NET. Dados atualizados em 04/01/2016 (até a SE 52). Sujeito a alterações.\* A transmissão ocorreu no DF, \*\* A transmissão ocorreu em outra UF ou outro país.

## FEBRE PELO VÍRUS ZIKA

*A Febre pelo Zika vírus é uma doença tropical, causada por vírus, emergente nas Américas, de evolução benigna, caracterizada pelo quadro clínico de exantema maculopapular de início agudo (erupção cutânea com pontos brancos ou vermelhos) podendo ser acompanhada de febre baixa, olhos vermelhos (sem secreções ou prurido), artralgia ou artrite, mialgia, cefaleia e dor nas costas. Em geral, os sintomas desaparecem espontaneamente após 3-7 dias. A principal via de transmissão do Zika Vírus é vetorial, por meio da picada do mosquito Aedes Aegypti. Após um período de incubação de cerca de 4 dias, o paciente poderá apresentar os primeiros sinais e sintomas. O tratamento é sintomático para o prurido, febre e dores. Não está indicado o uso de ácido acetilsalicílico e drogas anti-inflamatórias devido ao risco aumentado de complicações hemorrágicas, como ocorre com a dengue. Não há vacina contra o Zika vírus.*

No Brasil, os primeiros casos foram na região Nordeste e todos eles apresentaram evolução benigna com regressão espontânea mesmo sem intervenção clínica. No DF, em 2015 até a final de novembro foram registrados pela SES-DF 19 casos suspeitos de febre pelo Vírus Zika, sendo 13 (treze) casos descartados e 02 (dois) confirmados. Os casos confirmados ocorreram no mês de julho de 2015.

Os dois casos confirmados foram importados de residentes do DF, que se deslocaram para a região do Nordeste provenientes de Salvador- BA e de Teresina-PI. Todos os suspeitos (descartados e confirmados) realizaram o exame PCR no LACEN-DF, ou seja, o critério foi 100% laboratorial.

Existem evidências clínicas e científicas que a febre pelo vírus Zika aumenta o risco da síndrome de Guillain Barré, bem como a ocorrência de microcefalia em recém-nascidos. O aumento dos casos, sobretudo de microcefalia em recém-nascidos motivou o Ministério da Saúde a declarar estado de Emergência Sanitária no território nacional, na primeira quinzena de novembro de 2015 – Portaria GM/MS nº 1813 – 11/11/2015.

A Secretaria de Saúde do DF registrou até dezembro de 2015 14 casos suspeitos de febre pelo Vírus Zika, conforme mostra a tabela abaixo:

**Tabela 29: Total de casos suspeitos, confirmados, descartados por Febre pelo Vírus Zika.**

Suspeitos	Confirmados			Inconclusivos
	Laboratorial	Clínico Epidemiológico	Descartados	
14	2	0	5	7

Fonte: SINAN-NET. Dados atualizados em 04/01/2016 (até a SE 52 de 2015). Sujeito a alterações.

**Tabela 30: Total de casos confirmados de febre pelo Vírus Zika autóctones e importados, segundo local provável de infecção em residentes do Distrito Federal até novembro de 2015.**

Casos confirmados de Febre pelo vírus Zika	2015		
	Nº	%	Local provável de infecção
*Autóctone	0	0	-----
** Importado	2	100	Salvador (1) e Teresina(1)
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	-----

Fonte: SINAN-NET. Dados atualizados em 04/01/2016 (até a SE 52 de 2015). Sujeito a alterações. \* A transmissão ocorreu no DF, \*\* A transmissão ocorreu em outra UF ou outro país.

### Casos em Gestantes

A ocorrência da infecção em gestantes no DF, desde dezembro de 2015 até a primeira quinzena de fevereiro de 2016, está demonstrada na tabela abaixo:

**Tabela 31: Distribuição dos casos confirmados de febre pelo vírus Zika em gestantes, por semana epidemiológica de início de sintomas e local de residência, notificadas no Distrito Federal. DF, 2015 e 2016.**

Mês/Ano	Sem. Epid. Sintomas	Nº casos	UF Residência	Cidade	Trimestre Gestacional
<b>dez/15</b>	Semana 49	1	GO	Santo Antônio do Descoberto	1º
	Semana 51	1	DF	Águas Claras	3º
	Semana 52	1	DF	Lago Sul	2º
<b>jan/16</b>	Semana 01	1	GO	Santo Antônio do Descoberto	3º
	Semana 02	1	DF	Taguatinga	1º
<b>fev/16</b>	Semana 05	1	DF	Guará	NI

Fonte: SINAN/SES-DF. Dados atualizados em 15/02/2016 (da semana 49 de 2015 até a semana epidemiológica 06 de 2016). GO = Goiás, DF = Distrito Federal, NI = não informada Dados sujeitos a alteração.

Todos os casos das gestantes do DF são autóctones, ou seja, não houve deslocamentos das pacientes para outras UF's. A confirmação em gestantes ocorreu pelo critério laboratorial.

### Vírus Zika x Microcefalia

Microcefalia é uma malformação congênita, em que o cérebro não se desenvolve de maneira adequada. Neste caso, os bebês nascem com perímetro cefálico (PC) menor que o normal, ou seja, igual ou inferior a 32 cm. Essa malformação congênita pode ser efeito de uma série de fatores de diferentes origens, como substâncias químicas e agentes biológicos (infeciosos), como bactérias, vírus e radiação.

Não há tratamento específico para a microcefalia. Existem ações de suporte que podem auxiliar no desenvolvimento do bebê e da criança, e este acompanhamento é preconizado pelo Sistema Único da Saúde (SUS). Para orientar o atendimento desde o pré-natal até o desenvolvimento da criança com microcefalia, o



Ministério da Saúde desenvolveu o Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia Relacionada à Infecção pelo Vírus Zika. O documento prevê a mobilização de gestores, especialistas e profissionais de saúde para promover a identificação precoce e os cuidados especializados da gestante e do bebê.

Em 11 de novembro de 2015, o Ministério da Saúde, declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional devido à notificação de casos de microcefalia no estado de Pernambuco.

O objetivo do Ministério da Saúde, ao declarar a Emergência, é de intensificar e agilizar as investigações sobre o aumento de casos de microcefalia em recém-nascidos, que passaram a ocorrer a partir do mês de agosto de 2015, buscando implementar medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública.

Diante da situação, a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES-DF elaborou o Plano Distrital de Enfrentamento e Atendimento de Ocorrências Associadas à Infecção pelo Vírus Zika que se encontra em anexo com as orientações gerais para atendimento à população e, em atenção especial, para mulheres em idade fértil e possíveis casos de complicações neurológicas (Síndrome de Guillain-Barré – SGB), além dos fluxogramas de atendimento à gestante com doença exantemática e bebês com microcefalia.

O Plano tem o objetivo de orientar profissionais de saúde para as ações de assistência e vigilância epidemiológica às ocorrências associadas à infecção pelo vírus Zika.

A suspeita de febre do Chikungunya e febre pelo Zika Vírus devem ser notificadas imediatamente (em até 24 horas) utilizando a ficha notificação / investigação individuais disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/Documentos/SinanNet/fichas/Ficha\\_conclusao.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/Documentos/SinanNet/fichas/Ficha_conclusao.pdf)

As suspeitas de casos de microcefalias possivelmente vinculadas ao Zika vírus devem ser notificadas, imediatamente, através do instrumento RESP (Registro de Evento de Saúde Pública) disponível em: [www.resp.saude.gov.br](http://www.resp.saude.gov.br)

## **HANTAVIROSE**

*A Hantavirose é uma enfermidade aguda que se apresenta de duas formas: a Febre Hemorrágica com Síndrome Renal (HFRS) e a Síndrome Cardiopulmonar por Hantavírus (HPS). O agente etiológico da doença é o Hantavírus (família Bunyaviridae), que é um vírus envelopado, com RNA de fita simples. Os reservatórios são roedores silvestres. No DF, as espécies mais encontradas são: Bolomyslasius (“rato do rabo peludo”) e Calomyscallosus.*

A transmissão ao homem ocorre através da inalação de aerossóis formados a partir de excretas de roedores infectados com o vírus. Existem alguns relatos de transmissão interpessoal na América do Sul.

O período de transmissibilidade abrange a segunda semana antes do início dos sintomas até o final da segunda semana de doença.

Em 2004, registraram-se os primeiros casos de hantavirose em residentes no DF, sendo a maioria autóctone. Os casos importados foram de municípios do entorno que compartilham o mesmo bioma (Cerrado).

De 2004 a 2008, o coeficiente anual de incidência apresentou queda, mas voltou a elevar-se em 2009 e 2010, caindo nos anos seguintes (Tabela 24). Em 2013 foram três casos em residentes no DF. Dois em moradores de Planaltina e um em morador do Paranoá.

Em 2010 houve dez óbitos, com queda em 2011 (2 óbitos) e nenhum em 2012. Em 2013 foram 2 óbitos.

A taxa de letalidade no Brasil, em 2011 e 2012 foi respectivamente 51,8% (59 óbitos) e 44,7% (21 óbitos).

No DF, no período de 2006 a 2013, 62,4 % dos casos ocorreram em homens e 37,6% em mulheres (Tabela 25). Atribui-se a diferença ao fato de a infecção estar muito relacionada às atividades agropecuárias que são realizadas predominantemente por homens, porém, no DF a proporção de casos em mulheres é maior que a encontrada no País, onde apenas cerca de 25% dos casos ocorrem em mulheres.

**Tabela 32: Número de casos de hantavirose segundo local de infecção, coeficiente de incidência, número de óbitos e coeficiente de mortalidade - Distrito Federal - 2006 a 2013**

Ano	Nº de Casos de Hantavirose em Residentes no DF			Coef. <sup>1</sup> de Incid.	Óbitos por Hantavirose	Coef. <sup>1</sup> de Mortal.
	Autóctones	Importados <sup>2</sup>	Total			
2006	6	2	8	0,34	-	-
2007	7	1	8	0,33	1	0,04
2008	2	-	2	0,08	1	0,04
2009	9	3	12	0,46	4	0,15
2010	12	1	13	0,51	10	0,39
2011	5	4	9	0,34	2	0,08
2012	1	-	1	0,04	-	-
2013	1	2	3	0,11	2	0,07

Fonte: Sinan. 1-Por 100.000 habitantes. 2- Infectados em outras UFs ou com UF de infecção ignorada.

## TUBERCULOSE

A tuberculose (TB) continua a merecer especial atenção dos profissionais de saúde e da sociedade como um todo, pois obedece a todos os critérios de priorização de um agravo em saúde pública, considerando a grande magnitude, transcendência e vulnerabilidade da doença.

*A transmissão da tuberculose é direta, de pessoa a pessoa, portanto, a aglomeração de pessoas é o principal fator de transmissão. A pessoa com tuberculose expele, ao falar, espirrar ou tossir, pequenas gotas de saliva que contêm o agente infeccioso e podem ser aspiradas por outro indivíduo contaminando-o. Má alimentação, a falta de higiene, tabagismo, alcoolismo ou qualquer outro fator que gere baixa resistência orgânica, também favorece o estabelecimento da tuberculose.*

A despeito do contexto apresentado, é importante destacar que há perspectiva de melhoria dos indicadores epidemiológicos da tuberculose no Brasil e Distrito Federal, mediante a implementação das estratégias de controle preconizadas pela Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde, sustentadas pelos seguintes pilares: prevenção, assistência integrada e centrada na pessoa; sistemas de apoio e políticas coerentes, além do fortalecimento da pesquisa e inovação no controle da doença. Neste sentido, a pactuação de indicadores e metas, formalizada anualmente entre o Ministério da Saúde e a Secretaria de Saúde do Distrito Federal, evidencia o comprometimento político e técnico entre as três esferas de governo, possibilitando monitoramento e avaliação mais efetiva dos serviços de saúde no controle da tuberculose.

### **Programa de Controle da Tuberculose no Distrito Federal - PCT**

O Programa de Controle da Tuberculose (PCT) no Distrito Federal tem avançado principalmente na descentralização das ações, detecção de casos, aumento dos percentuais de cura e da redução de abandono do tratamento. O PCT está descentralizado em 63 Unidades de Atenção Primária, seis Unidades Prisionais, cinco hospitais, um Centro de Referência para casos de Multidrogarresistência, três ambulatórios para moradores em situação de rua e uma unidade de internação no Hospital Regional do Gama.

Nas Unidades Prisionais, as equipes de saúde que prestam assistência foram capacitadas a realizarem a prova tuberculínica com o derivado protéico purificado (PPD), baciloscopia, Tratamento Diretamente Observado (TDO); aprimorando, assim, o diagnóstico precoce e tratamento oportuno aos internos com tuberculose.

O diagnóstico laboratorial é realizado nos laboratórios públicos das 15 Regionais de Saúde, que se encontram sob a supervisão direta do Laboratório Central de Saúde Pública do DF (LACEN), responsável pelo controle de qualidade das baciloscopias. É também referência para exames de cultura do bacilo de Koch na Região Centro-Oeste. Em 2014, o Distrito Federal disponibilizou quatro equipamentos GeneXpert para realização do teste molecular para Tuberculose – exame rápido, simples, automatizado e de fácil execução, detecta simultaneamente o *Mycobacterium tuberculosis* e resistência à rifampicina, diretamente no escarro, em torno de duas horas. Os quatro equipamentos GeneXpert foram alocadas nos laboratórios das regionais de saúde de: Taguatinga, Gama, Paranoá e no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN).

### **Tuberculose no Distrito Federal**

No Distrito Federal, em 2013, foram notificados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) 386 casos da doença, sendo 337 de casos novos, com um coeficiente de incidência de 12,1 casos por 100.000 habitantes. Os números apresentados demonstram que o Distrito Federal apresenta um dos menores coeficientes de incidência da tuberculose no país.

Na tabela a seguir observa-se que as Regiões Administrativas da Ceilândia, Samambaia, Taguatinga e Planaltina apresentaram o maior número de casos notificados, totalizando 152 casos com um percentual de 45,10% dos casos no DF. Nota-se também que o maior coeficiente de incidência ocorreu na Região

Administrativa do Paranoá (28,6 casos por 100.000 habitantes). Ressalta-se que é considerado caso de tuberculose, todo indivíduo com diagnóstico bacteriológico (baciloscopia ou cultura positiva) confirmado ou diagnóstico baseado em dados clínicos, epidemiológicos e resultados de exames complementares.

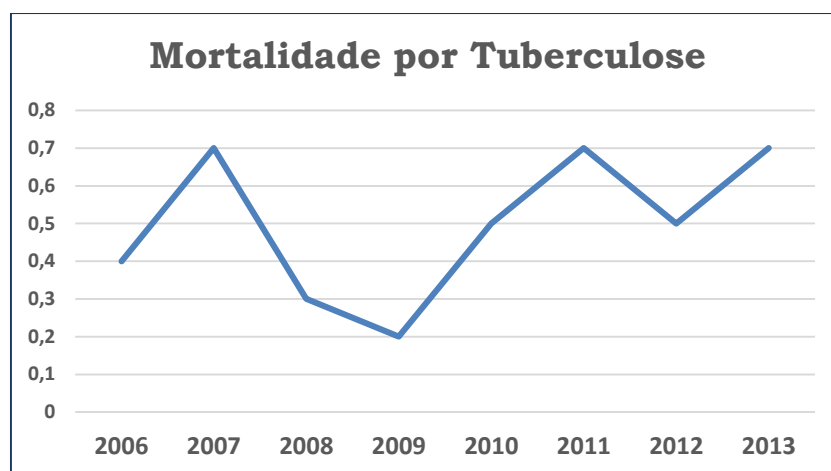
**Tabela 33: Número e percentual de casos novos da tuberculose e coeficiente de incidência por (100.000 habitantes) segundo as Regiões Administrativas. Distrito Federal – 2013**

Regional de Residência	Casos Novos		Coeficiente de Incidência
	Nº	%	
<b>Asa Norte</b>	9	2,7	6
<b>Asa Sul</b>	30	8,9	13,7
<b>Brazlândia</b>	4	1,2	6,3
<b>Ceilândia</b>	53	15,7	12,2
<b>Gama</b>	15	4,5	10,2
<b>Guará</b>	21	6,2	17,5
<b>Nucleo Bandeirante</b>	13	3,9	12,3
<b>Paranoá</b>	17	5	28,6
<b>Planaltina</b>	31	9,2	16,7
<b>Recantodas Emas</b>	12	3,6	8,7
<b>Samambaia</b>	34	10,1	15,8
<b>Santa Maria</b>	14	4,2	11
<b>São Sebastião</b>	17	5	18,5
<b>Sobradinho</b>	20	5,9	12
<b>Taguatinga</b>	34	10,1	19
<b>Em branco</b>	13	3,9	0
<b>Distrito Federal</b>	<b>337</b>	<b>100</b>	<b>12,1</b>

Fonte: SINANNET-TB/ SES/DF.

Quanto aos dados de mortalidade por tuberculose no Distrito Federal, o gráfico abaixo mostra uma série histórica de sete anos. Durante o período de avaliação foi constatado que o coeficiente de mortalidade por tuberculose teve uma diminuição nos anos de 2008 e 2009, um aumento progressivo entre os anos de 2010 a 2011 com subsequente diminuição em 2012 e novamente em 2013 observa-se uma elevação, atingindo ao patamar de 2007 e 2011, onde foram observadas as taxas mais altas de mortalidade no DF, porém abaixo da média nacional que é de 2,3%.

**Gráfico 5: Coeficiente de mortalidade da tuberculose no Distrito Federal no período 2006 a 2013. Distrito Federal – 2014.**



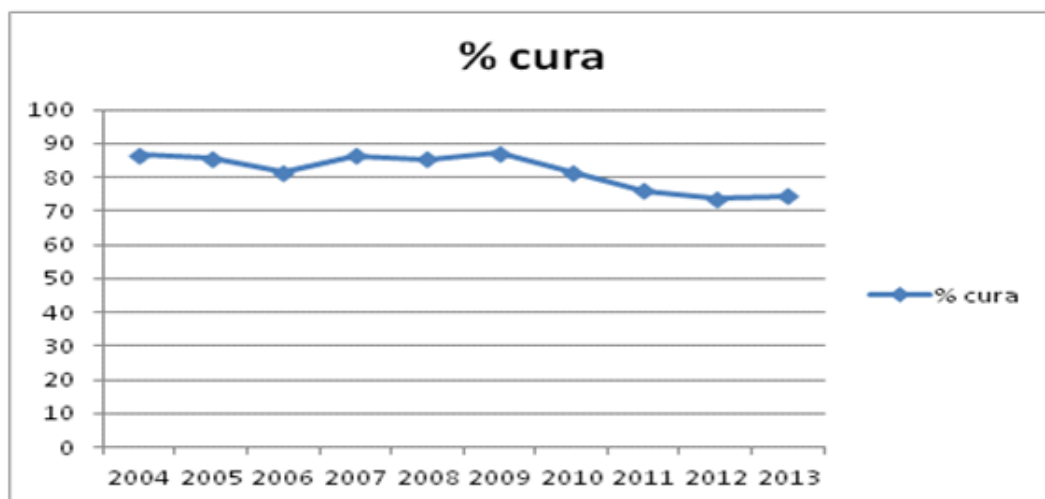
Fonte: SINANNET-TB/ SES/DF.

Importante considerar também que a tuberculose é uma doença curável em aproximadamente 100% dos casos novos, desde que considerados os princípios básicos da terapia medicamentosa e a adequada operacionalização do tratamento<sup>1</sup>.

A Organização Mundial de Saúde – OMS e o Ministério da Saúde - MS preconizam uma meta de cura em pelo menos 85% dos casos de tuberculose pulmonar positiva.

A seguir, a figura mostra a série histórica de 10 anos da proporção de cura dos casos novos pulmonares positivos (BK+). Observa-se que em alguns anos foi superada a meta preconizada, porém, nota-se a diminuição da cura nos três últimos anos.

**Gráfico 6: Proporção de cura entre os caos novos de tuberculose pulmonar bacilífera em residentes no Distrito Federal, no período 2004 a 2013.**



Fonte: SINANNET-TB/ SES/DF.

Quanto à investigação de HIV em pessoas com diagnóstico de tuberculose, o Ministério da Saúde recomenda que seja realizado o teste anti-HIV em todos os pacientes com tuberculose, visto que a com infecção TB-HIV aumenta a chance de

complicações. No entanto, o DF, em 2013, realizou exame para HIV em apenas 75,9% dos casos novos de tuberculose.

As regionais de Brazlândia e Núcleo Bandeirante testaram 100% dos seus casos. Por outro lado, a regional do Gama apresentou a menor taxa de realização deste exame em residentes do DF, com 27% do total dos casos.

Quanto à distribuição etária dos casos de Tuberculose, em 2013 no Distrito Federal reflete uma transmissão ativa do bacilo numa população jovem, que representa a força de trabalho. Na faixa etária de 25 a 34 anos foi onde ocorreu o maior número de casos de tuberculose tanto no sexo masculino como no feminino. Este fato ocorre nos países em desenvolvimento, onde as ações de controle não conseguiram ainda alcançar os resultados esperados principalmente nas áreas de alta densidade demográfica e onde a população se defronta com os maiores problemas socioeconômicos. Entre os casos bacilíferos notificados no DF em 2013, há o predomínio do sexo masculino, principalmente na faixa etária de 25 aos 44 anos.

## HANSENÍASE

*A Hanseníase é uma doença infecciosa transmitida de pessoa para pessoa, no convívio com doentes multibacilares sem tratamento. Que merece atenção dos profissionais de saúde e da sociedade considerando a sua magnitude, transcendência e vulnerabilidade.*

O Brasil figura entre os cinco países mais endêmicos no mundo. Entretanto o coeficiente de prevalência de hanseníase do Brasil, indicador utilizado para monitorar o progresso de eliminação da hanseníase vem sofrendo redução progressiva nos últimos anos. O Distrito Federal vem acompanhando essa tendência. Esse indicador é influenciado pela capacidade dos serviços de saúde em realizar o diagnóstico, tratar e curar os casos diagnosticados, bem como o envio oportuno de dados relativos ao acompanhamento e evolução dos casos até a cura.

No Distrito Federal, em 2014, foram notificados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) 277 casos novos da doença, sendo 26 casos de 0 a 14 anos de idade e 251 casos de 15 anos ou mais idade, detalhado na tabela abaixo.

**Tabela 34: Número e percentual de casos novos de hanseníase e coeficiente de detecção por (100.000 habitantes) segundo as RA do DF – 2014.**

Regional Responsável	Casos Novos N	Coeficiente de Detecção ≥14anos
<b>Águas Claras</b>	5	4,4
<b>Asa Norte</b>	6	4,4
<b>Asa Sul</b>	2	2,1
<b>Brazlândia</b>	10	15,7
<b>Candangolândia</b>	3	17
<b>Ceilândia</b>	39	8,8
<b>Cruzeiro</b>	5	12,8
<b>Fercal</b>	3	30,5
<b>Gama</b>	2	1,3
<b>Guará</b>	13	13
<b>Itapoã</b>	7	14,2

<b>Jardim Botânico</b>	0	0
<b>Lago Norte</b>	2	5,5
<b>Lago Sul</b>	1	3
<b>Núcleo Bandeirante</b>	2	7,3
<b>Paranoá</b>	5	8,2
<b>Park Way</b>	2	9,3
<b>Planaltina</b>	14	7,4
<b>Recanto das Emas</b>	37	26,9
<b>Riacho Fundo I</b>	0	0
<b>Riacho Fundo II</b>	7	17,7
<b>Samambaia</b>	29	13,2
<b>Santa Maria</b>	14	10,8
<b>São Sebastião</b>	9	9,6
<b>SCIA (Estrutural)</b>	1	3
<b>S I A</b>	0	0
<b>Sobradinho</b>	20	23,4
<b>Sobradinho II</b>	8	9,9
<b>Sudoeste/Octogonal</b>	0	0
<b>Taguatinga</b>	25	11
<b>Varjão</b>	1	9,8
<b>Vicente Pires</b>	0	0
<b>Total</b>	<b>277</b>	<b>9,7</b>

Fonte: Dados SINAN

Boletim epidemiológico NDS/GEDCAT/DIVEP/SVS/SES-DF – n° 01 – 07/2015

Ainda de acordo com a tabela, observaram-se as Regiões Administrativas (RA) que apresentaram coeficiente de detecção em ordem decrescente: Fercal 30,5/100.000 hab. se destacando entre as outras; Recanto das Emas 26,9/100.000 hab. e Sobradinho 23,4/100.000 hab.. O DF expôs um coeficiente de detecção geral de 9,7/100.000 hab., demonstrando um risco médio de adoecimento da população, segundo o parâmetro médio da Portaria N° 3.125/2010, que abrange os valores 2,00 a 9,99/100.000 hab.

Quanto à distribuição de casos por RA de residência, pode-se observar que dentre os 277 casos diagnosticados de hanseníase, 67 (24,19%) estão classificados como paucibacilar e 210 (75,8%) como multibacilar. E entre as RAs com maiores índices de casos novos multibacilares: Ceilândia e Recanto das Emas com 13,3% e Samambaia 11,9%.

A meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, definida como prevalência inferior a um caso a cada 10 mil habitantes, foi definida na Assembléia Mundial de Saúde, em 1991, permanece vigente. Para a Estratégia Global são considerados não apenas a redução da detecção de casos novos, mas também de incapacidades, o que terá impacto na redução do estigma e discriminação relacionados à doença. Ressalta-se, portanto a importância da manutenção de condições que garantam o atendimento de qualidade aos pacientes, o que inclui a prevenção de incapacidades físicas e a busca de casos novos entre os contatos.

## LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA

*A leishmaniose tegumentar americana – LTA é uma doença infecciosa, não contagiosa, causada por um protozoário do gênero Leishmania, de transmissão vetorial, que acomete a pele e as mucosas. A doença é primariamente uma infecção zoonótica. Os vetores são flebotomíneos (mosquitos) do gênero Lutzomyia. A transmissão ocorre pela picada dos insetos (vetores).*

Nos últimos anos, a transmissão vem ocorrendo com maior frequência na periferia das áreas urbanas, em ambientes domiciliares e peri-domiciliares.

No DF, o número de casos autóctones, depois de apresentar elevação em 2010, caiu nos anos seguintes, sendo registrado apenas um caso autóctone em 2013, residente em Planaltina.

No período de 2008 a 2013 o maior número de casos autóctones foi registrado em Sobradinho II (cinco casos), seguido de Sobradinho, Planaltina e Santa Maria com quatro casos cada. Essas localidades possuem ou estão próximas de áreas rurais e algumas áreas silvestres.

Em 2013, o maior coeficiente de incidência de Leishmaniose Tegumentar Americana foi registrado na Candangolândia, mas com apenas um caso, importado.

**Tabela 35: Número de Casos e Coeficientes de Incidência e de Mortalidade por Leishmaniose Tegumentar Americana - Distrito Federal - 2006 A 2013.**

Ano do Diag.	Nº de Casos de LTA Residentes no DF			Coef. Incid. <sup>2</sup>	Óbitos por LTA	Coef. de Mortal. <sup>2</sup>
	Autóctones	Importados/ Ignorados <sup>1</sup>	Total			
2006	17	37	54	2,3	-	-
2007	10	25	35	1,4	-	-
2008	3	21	24	0,9	-	-
2009	5	26	31	1,2	-	-
2010	18	45	63	2,5	1	0,04
2011	7	24	31	1,2	-	-
2012	6	32	38	1,4	-	-
2013	1	17	18	0,6	-	-

Fonte: Sinan. 1-Infectados em outras UFs ou com UF de infecção ignorada. 2- Por 100.000 habitantes.

**Tabela 36: Número de casos e coeficiente de incidência por leishmaniose tegumentar americana (LTA) por local de residência - Distrito Federal - 2011 a 2013**

Local de Residência	2011		2012		2013	
	Nº	Coef.*	Nº	Coef.*	Nº	Coef.*
Águas Claras	-	-	-	-	-	-
Asa Norte	2	1,6	4	3,2	1	0,8
Asa Sul	-	-	-	-	-	-
Brazlândia	-	-	-	-	-	-
Candangolândia	1	6,2	-	-	1	5,8
Ceilândia	7	1,7	5	1,2	2	0,5
Cruzeiro	1	2,8	2	5,6	1	2,6
Fercal	...	...	1	10,8	-	-
Gama	-	-	-	-	-	-
Guará	-	-	2	1,8	1	0,9
Itapoã	-	-	-	-	1	2,1



<b>Jardim Botânico</b>	-	-	1	4,9	-	-
<b>Lago Norte</b>	1	3,1	-	-	-	-
<b>Lago Sul</b>	-	-	-	-	-	-
<b>N.Bandeirante</b>	-	-	1	4,0	-	-
<b>Paranoá</b>	-	-	2	3,5	-	-
<b>Park Way</b>	1	5,1	2	10,1	-	-
<b>Planaltina</b>	6	3,4	1	0,6	3	1,6
<b>Rec. Emas</b>	-	-	1	0,8	-	-
<b>Riac. Fundo I</b>	1	2,7	-	-	-	-
<b>Riac. Fundo II</b>	1	2,7	1	2,7	-	-
<b>Samambaia</b>	3	1,5	-	-	1	0,5
<b>Santa Maria</b>	2	1,7	2	1,6	-	-
<b>São Sebastião</b>	2	2,3	1	1,1	-	-
<b>Scia (Estrutural)</b>	-	-	2	6,4	-	-
<b>SIA</b>	-	-	-	-	-	-
<b>Sobradinho</b>	-	-	1	1,3	-	-
<b>Sobradinho II</b>	2	2,7	1	1,3	-	-
<b>Sudoeste/Octog.</b>	-	-	1	1,9	2	3,7
<b>Taguatinga</b>	1	0,5	6	2,9	3	1,4
<b>Varjão</b>	-	-	-	-	-	-
<b>Vicente Pires</b>	-	-	1	1,6	2	3,1
<b>Ignorado</b>	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	31	1,2	38	1,4	18	0,6

Fonte: Sinan. \*Por 100.000 habitantes.

## LEISHMANIOSE VISCERAL

*A leishmaniose visceral (LV) é, primariamente, uma zoonose que afeta outros animais além do homem. Sua transmissão, inicialmente silvestre ou concentrada em pequenas localidades rurais, já está ocorrendo em centros urbanos de médio e grande porte, em área domiciliar ou peri-domiciliar. O agente etiológico é um protozoário da família Trypanosomatidae, gênero Leishmania, espécie Leishmaniachagasi. A transmissão ocorre pela picada do flebótomo Lutzomia longipalpis.*

O coeficiente de incidência elevou-se em 2013, porém houve redução do número de casos autóctones. Ou seja, a elevação da incidência ocorreu pelo aumento do número de casos de residentes no DF, mas que se infectaram em outras unidades da federação.

Os locais com os maiores coeficientes de incidência em 2013 foram, em ordem decrescente: Jardim Botânico, Núcleo Bandeirante e Lago Sul. Porém, os locais em que ocorreram os maiores números de infecções no período de 2008 a 2013 foram, em ordem decrescente: Sobradinho II, Sobradinho e Lago Norte.

A faixa etária de 01 a 04 anos foi a que apresentou maior número de casos autóctones no período de 2008 a 2013, seguida das faixas de 20 a 29 anos e 30 a 39 anos.

**Tabela 37: Número de casos e de óbitos e coeficientes de incidência e de mortalidade por leishmaniose visceral - Distrito Federal - 2004 a 2013**

Ano Inic.	Nº de Casos de Leishmaniose Visceral Residentes no DF			Coef. Incid. <sup>2</sup>	Óbitos por Leishmaniose Visceral	Coef. de Mortal. <sup>2</sup>
	Autóctones	Importados/Ign <sup>1</sup>	Total			

Sintomas						
2004	-	10	10	0,45	3	0,13
2005	2	8	10	0,43	-	-
2006	6	11	17	0,71	4	0,17
2007	5	10	15	0,62	-	-
2008	3	10	13	0,51	-	-
2009	5	5	10	0,38	3	0,12
2010	4	6	10	0,39	2	0,08
2011	6	5	11	0,42	1	0,04
2012	6	5	11	0,42	1	0,04
2013	3	14	17	0,61	1	0,04

Fonte: Sinan. 1-Infetados em outras UF's ou com UF de infecção ignorada. 2- Por 100.000 habitantes.

**Tabela 38: Número de casos e coeficiente de incidência de leishmaniose visceral por local de residência - Distrito Federal - 2011 a 2013**

Local de Residência	2011		2012		2013	
	Nº	Coef.*	Nº	Coef.*	Nº	Coef.*
Águas Claras	-	-	-	-	-	-
Asa Norte	-	-	-	-	-	-
Asa Sul	-	-	-	-	-	-
Brazlândia	-	-	1	1,7	-	-
Candangolândia	-	-	0	0,0	-	-
Ceilândia	1	0,2	-	-	1	0,2
Cruzeiro	-	-	-	-	-	-
Fercal	...	...	1	10,8	-	-
Gama	-	-	1	0,7	2	1,4
Guará	-	-	-	-	1	0,9
Itapoã	-	-	-	-	-	-
Jardim Botânico	-	-	-	-	1	4,6
Lago Norte	1	3,1	1	3,0	-	-
Lago Sul	-	-	1	3,3	1	3,1
N.Bandeirante	-	-	-	-	1	3,7
Paranoá	-	-	-	-	1	1,7
Park Way	-	-	-	-	-	-
Planaltina	1	0,6	-	-	2	1,1
Rec. Emas	-	-	-	-	2	1,5
Riac. Fundo I	-	-	-	-	-	-
Riac. Fundo II	-	-	1	2,7	-	-
Samambaia	1	0,5	1	0,5	1	0,5
Santa Maria	-	-	-	-	2	1,6
São Sebastião	2	2,3	1	1,1	1	1,1
Scia (Estrutural)	-	-	-	-	-	-
SIA	-	-	-	-	-	-
Sobradinho	2	2,6	1	1,3	-	-
Sobradinho II	3	4,1	2	2,7	1	1,3
Sudoeste/Octog.	-	-	-	-	-	-
Taguatinga	-	-	-	-	-	-
Varjão	-	-	-	-	-	-
Vicente Pires	-	-	-	-	-	-
Ignorado	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>0,4</b>	<b>11</b>	<b>0,4</b>	<b>17</b>	<b>0,6</b>

Fonte: Sinan. \*Por 100.000 habitantes.

## MALÁRIA

*Doença infecciosa febril aguda, causada por protozoários do gênero Plasmodium e transmitida por vetor, mosquito do gênero Anopheles da ordem dos dípteros. Apresenta importância epidemiológica, por sua gravidade clínica e elevado potencial de disseminação em ambientes favoráveis.*

Em 1991 ocorreram três casos autóctones de malária no DF. De 1992 até 2004 não foram detectados casos autóctones.

Em 2005, houve dois casos autóctones, em ambos a provável fonte de infecção estava localizada na região administrativa do Paranoá, em área silvestre. Em 2009, mais um caso autóctone, com provável fonte de infecção no Gama. A partir de 2010 não foram registrados novos casos autóctones.

**Tabela 39: Número de casos de malária em residentes no Distrito Federal por unidade federada da fonte de infecção e ano de início dos sintomas - 2004 a 2013.**

UF Fonte Infec.	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Rondônia	5	12	13	8	4	5	11	8	3	1
Acre	3	4	5	4	1	1	1	1	-	5
Amazonas	8	9	6	4	9	2	9	3	5	2
Roraima	-	2	-	1	1	1	2	-	2	1
Pará	15	13	7	6	-	4	4	7	2	3
Amapá	-	3	2	5	1	1	3	-	-	1
Sergipe	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Goiás	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Tocantins	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Maranhão	2	3	1	-	-	-	-	-	-	-
Mato Grosso	2	-	2	-	-	-	-	-	-	-
Distrito Federal	-	2	-	-	-	1	-	-	-	-
Ignorada	10	8	9	8	6	11	20	14	12	12
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>56</b>	<b>45</b>	<b>37</b>	<b>22</b>	<b>26</b>	<b>50</b>	<b>34</b>	<b>25</b>	<b>25</b>

Fonte: Sinan. UF=Unidade Federada

## ESQUISTOSSOME MANSÔNICA

*A esquistossomose mansônica é causada pelo parasito Schistosoma mansoni. A transmissão da doença depende da existência dos hospedeiros intermediários que, no Brasil, são caramujos do gênero Biomphalaria. O modo de transmissão ocorre pelo contato humano com águas que contêm as cercárias (forma evolutiva do Shistosoma). O período de incubação é, em média, de duas a seis semanas. A suscetibilidade humana é universal. A imunidade absoluta é desconhecida.*

A esquistossomose mansônica é endêmica em vários países. No Brasil, a doença tem ampla distribuição geográfica, com maior intensidade de transmissão na região Nordeste do País e norte de Minas Gerais.

No DF, em 1994, ocorreram quatro casos autóctones de esquistossomose, na regional de Planaltina. Desde então não houve registro de casos autóctones. Foram registrados apenas casos importados. A Tabela abaixo apresenta a série histórica de

2006 a 2013 dos casos em residentes no Distrito Federal (autóctones e importados) e óbitos.

**Tabela 40: Número de casos, de óbitos e coeficientes de incidência e de mortalidade por esquistossomose por ano - Distrito Federal - 1994 a 2013**

Ano	Nº de Casos	Coef. Incid. *	Nº de Óbitos	Coef. Mortal. *
2006	35	1,5	3	0,1
2007	18	0,7	5	0,2
2008	9	0,4	2	0,1
2009	7	0,3	3	0,1
2010	5	0,2	4	0,2
2011	3	0,1	2	0,1
2012	5	0,2	3	0,1
2013	4	0,1	6	0,2

Fonte: Sinan e SIM. \*Por 100.000 habitantes.

Em 2013, foram registrados casos de esquistossomose em residentes em Planaltina, 1 caso, coef. de incidência = 0,5; Recanto das Emas, 1 caso e coef. de incidência = 0,7; Riacho Fundo I com 1 caso e coef. de incidência = 2,6 e Samambaia, 1 caso com coef. de incidência = 0,5.

## **FEBRE AMARELA**

*Doença infecciosa febril aguda, transmitida por vetor. O agente etiológico é um arbovírus pertencente ao gênero Flavivirus. A transmissão ocorre pela picada do mosquito infectado. O período de incubação é de três a seis dias a partir da picada do mosquito. A suscetibilidade humana é universal. A infecção confere imunidade permanente e a imunidade conferida pela vacina dura em torno de 10 anos.*

A febre amarela silvestre no Distrito Federal vem ocorrendo em surtos periódicos. Em 1997 foram confirmados dois casos importados de febre amarela silvestre no DF.

Em 2000, foram 40 casos importados e dois autóctones; um na área rural de Planaltina (Rajadinha) e outro em Brazlândia, na divisa com o município de Padre Bernardo, Estado de Goiás. Ambos foram fechados pelo critério clínico-epidemiológico.

No período de dezembro de 2007 a fevereiro de 2008 ocorreu novo surto, com o registro de dez casos confirmados em residentes no DF e cinco casos confirmados em residentes em outros estados, mas notificados no DF. Dos residentes no DF, cinco também se infectaram no próprio DF (autóctones), os outros cinco infectaram-se em outras unidades da federação. A taxa de letalidade entre os residentes no DF foi de 60% (seis óbitos). Das infecções autóctones, duas ocorreram na área rural do Gama, uma no Paranoá, uma em Sobradinho II e outra no Guará. A partir de 2009, não ocorreram novos casos de febre amarela.

**Tabela 41: Série histórica de casos de Febre Amarela no DF , 2008 -2012**

Ano	Notificados	Confirmados	Autóctones	Importados
2008	72	13	6	7
2009	20	-	-	-
2010	27	-	-	-
2011	19	-	-	-
2012	1013	-	-	-

Fonte: SINAN/SINANNET/NCEDTE/GDCAT/DIVEP/SVS/SES-DF \*Dados atualizados até 24/01/2013 de acordo com a data dos 1º sintomas

### 1.2.3.5. IMUNIZAÇÃO NO DF

A Subsecretaria de Vigilância à Saúde – SVS, por intermédio de seus núcleos e gerências de vigilância epidemiológica e imunização, executa ações de controle de doenças imunopreveníveis, agudas e de transmissão hídrica e alimentar sob vigilância epidemiológica, além de supervisionar o fluxo de informações relacionadas a estas doenças. Tem a função de divulgar informações e dados que possibilitem o conhecimento e a análise de fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, a fim de que possam ser adotadas medidas de controle e prevenção das doenças relacionadas, função primordial da vigilância epidemiológica.

Os dados apresentados a seguir são um compilado de informações com base no Boletim epidemiológico NI /GEVEI/DIVEP/SVS/SES-DF – n°. 01 – setembro 2015, Fonte: <http://sipni.datasus.gov.br>.

A campanha de vacinação tem como objetivo manter elevada a cobertura vacinal contra os agravos imunopreveníveis, tais como poliomielite, pneumonias, sarampo, varicela, entre outros. No caso da poliomielite visa evitar a reintrodução do vírus selvagem da poliomielite. A população alvo são as crianças de 6 meses a menor de 5 anos de idade.

Foram aplicadas 151.676 doses de vacina contra Poliomielite em 2015, o que representou 82,54% da meta prevista (183.760 crianças), tabela x. As crianças de seis meses a menores de um ano foram as que mais se aproximaram da meta preconizada pelo Ministério da Saúde (95%).

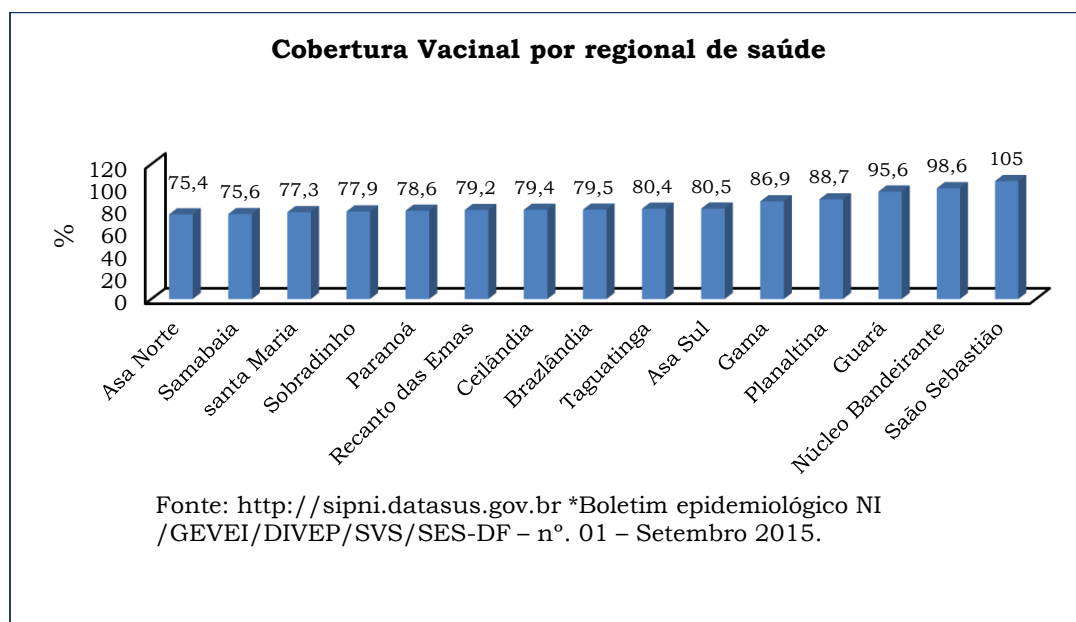
**Tabela 42: Coberturas vacinais e doses aplicadas Campanha Poliomielite, por faixa etária. DF, 2015.**

População	Doses Aplicadas	Cobertura Vacinais(%)
≥ 6 mese a > 1 ano	20.734	93,12
1 ano	32.362	72,67
2 anos	33.409	86,26
3 anos	33.148	85,17
4 anos	32.023	81,46
<b>Total</b>	<b>151.676</b>	<b>82,54</b>

Fonte: <http://sipni.datasus.gov.br> \*Boletim epidemiológico NI /GEVEI/DIVEP/SVS/SES-DF – n°. 01 – Setembro 2015.

A cobertura vacinal por regional de saúde está apresentada na figura abaixo: A taxa de homogeneidade foi 20% entre as regionais.

**Gráfico 7: Gráfico de cobertura vacinal por regional de saúde.**



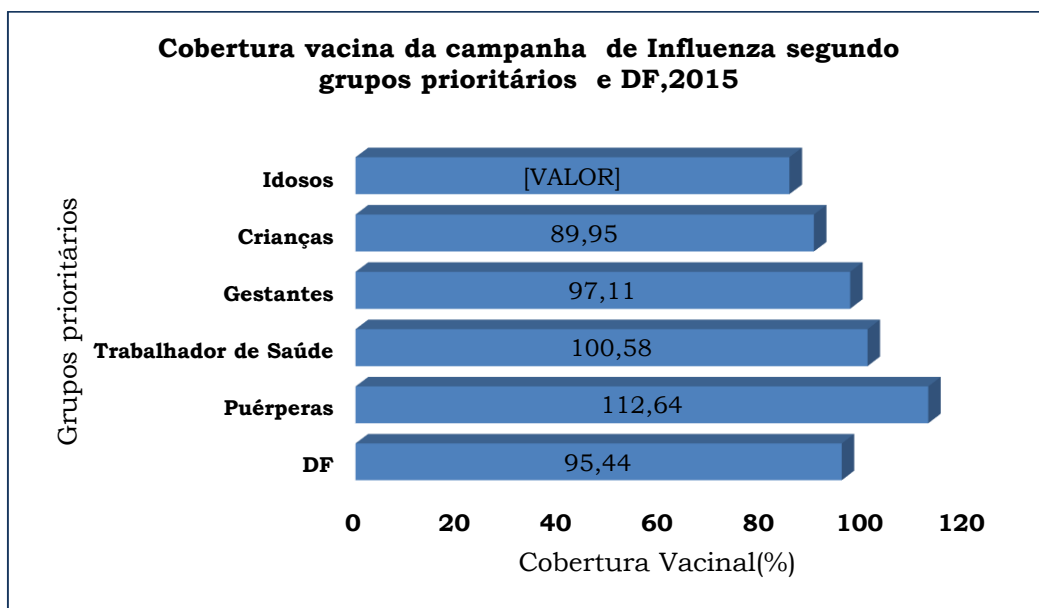
A multivacinação é uma estratégia onde em um único momento são oferecidas à população alvo várias vacinas ao mesmo tempo, a fim de melhorar a cobertura vacinal da população e aperfeiçoar a logística dos serviços de saúde. Nestas campanhas procuram-se administrar vacinas de forma seletiva e possibilitar a atualização da situação vacinal, como a vacina pentavalente (difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, Haemophilus) e tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) a fim de reduzir as doenças imunopreveníveis no país.

**Tabela 43: Número de doses aplicadas Campanha de Multivacinação segundo os imunobiológicos e idade. DF, 2015**

Imunobiológicos	Idade (anos)						Total	Cobertura (%)
	≤ 30 dias	<1	1	2	3	4		
BCG		1.400		1			1.401	1,60%
Hepatite B	448	93	7	1	5		554	0,63%
Pentavalente		5664	139	73	42	53	5.971	6,82%
VIP/VOP		7.583	6.022	1.955	1.882	8.523	25.965	29,67%
Rotavírus		3.267					3.267	3,73%
Pneumocócica 10v		5.955	2.618				8.573	9,79%
Meningocócica C		3.550	2.805				6.355	7,26%
Febre Amarela		2.598	321	109	88	11.085	14.201	16,22%
Tríplice Viral			3.714	232	162	354	4.462	5,10%
Tetraviral			2.162				2.162	2,47%
Varicela			767	5	4	9	785	0,90%
Hepatite A			2.910				2.910	3,32%
Tríplice Bacteriana			2.536	296	157	7.931	10.920	12,48%
<b>Total</b>	<b>448</b>	<b>30.110</b>	<b>24.001</b>	<b>2.672</b>	<b>2.340</b>	<b>27.955</b>	<b>87.526</b>	<b>100,00%</b>

A principal intervenção preventiva para a Influenza (doença respiratória infecciosa de origem viral) é a vacinação. A campanha anual, realizada desde 1999, entre os meses de abril e maio, vem contribuindo ao longo dos anos para a prevenção da gripe nos grupos vacinados, além de apresentar impacto na redução das internações hospitalares, gastos com medicamentos para tratamento de infecções secundárias e mortes evitáveis. A meta em 2015 era vacinar 498.302, pessoas dos grupos prioritários (crianças menores de 5 anos, grávidas, Puérperas, idosos, trabalhadores da saúde), segundo o Boletim epidemiológico NI /GEVEI/DIVEP/SVS/SES-DF – n°. 01 – Setembro 2015. Durante a campanha foram aplicadas 488.449 doses de vacina contra influenza nos grupos prioritários o que correspondeu a 95,44% de cobertura. As taxas de coberturas por grupos prioritários estão apresentadas na figura abaixo:

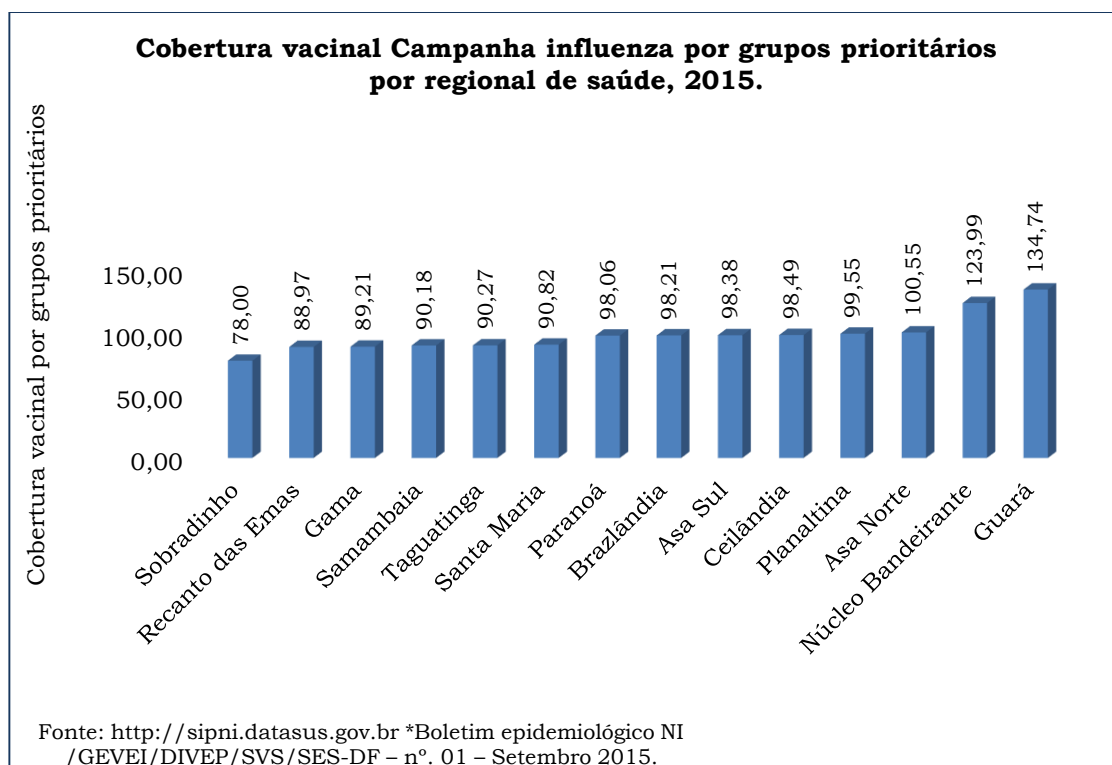
**Gráfico 8: Cobertura vacinal Campanha influenza segundo grupos prioritários e Distrito Federal. DF,2015**



Fonte: <http://sipni.datasus.gov.br> \*Boletim epidemiológico NI /GEVEI/DIVEP/SVS/SES-DF – n°. 01 – Setembro 2015.

A cobertura vacinal dos grupos prioritários distribuídos por regional de saúde demonstra que quase todas alcançaram a meta. A taxa de homogeneidade entre as regionais foi 93,33%.

**Gráfico 9: cobertura vacinal Campanha influenza por grupos prioritários por regional de saúde, 2015.**



Além disso, foram aplicadas 108.791 doses em indivíduos com comorbidades e 19.239 doses na população privada de liberdade e funcionários de presídios.

### **1.2.3.6. DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS - DST**

A precaução e o cuidado são os dois maiores pilares que a Secretaria de Saúde do Distrito Federal preconiza diante do tema DST/Aids. A Atenção Primária encabeça a lista de prioridades, que reúne um conjunto de ações que visam evitar as doenças por meio da proteção. Anualmente, a pasta distribui 15 milhões de preservativos masculinos, 400 mil preservativos femininos e gel lubrificante.

A ênfase é no uso da camisinha como forma de prevenção, no entanto, depois de uma situação de risco, o indicado é buscar orientação numa unidade de saúde para fazer o teste. No mesmo local, o profissional avalia a necessidade de realizar a profilaxia pós-exposição (PEP), que é um tratamento com antirretroviral por 30 dias (mais acompanhamento por 3 meses) caso tenha tido uma situação confirmada de risco de exposição.

A realização de testagem para o HIV é um direito dos usuários do SUS. Existem metodologias tanto por meio de coleta para exame sorológico (que pode levar alguns dias) como por testagem rápida, que produz o resultado em cerca de 30 minutos. Além disso, existe o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), localizado no mezanino da rodoviária do Plano Piloto, que oferece teste rápido tanto para o HIV como sífilis e hepatites B e C.

As DST estão entre as causas mais comuns de morbidade, com conseqüências sobre a saúde das populações, e acompanhadas de repercussões sociais e



econômicas. As DST são consideradas um problema de saúde pública por serem as principais causas de infertilidade, aborto, doenças neonatais, e por facilitarem a transmissão do HIV. A sua grande maioria é monitorada por meio de notificação compulsória e são identificadas por meio de abordagem sindrômica e/ou avaliação etiológica.

A notificação de DST é obrigatória aos profissionais de saúde que atuam na assistência ao paciente, em conformidade com a Lei Nº 6.529, de 30 de outubro de 1975. A recente Portaria Nº 1.984, de 12 de setembro de 2014 tem o intuito de padronizar os procedimentos normativos relacionados à notificação compulsória por meio da estratégia de vigilância sentinela e busca aprimorar a vigilância de morbidade, mortalidade de agentes etiológicos de interesse para a saúde pública, propondo a participação facultativa de estabelecimentos de saúde estratégicos. No tocante a vigilância sentinela de DST, está preconizada a vigilância da Síndrome do Corrimento Uretral Masculino.

*As doenças sexualmente transmissíveis (DST) são transmitidas, principalmente, por contato sexual sem o uso de camisinha com uma pessoa que esteja infectada, e geralmente se manifestam por meio de feridas, corrimentos, bolhas ou verrugas. As mais conhecidas são gonorreia e sífilis. Algumas DST podem não apresentar sintomas, tanto no homem quanto na mulher. E isso requer que, se fizerem sexo sem camisinha, procurem o serviço de saúde para consultas com um profissional de saúde periodicamente. Essas doenças quando não diagnosticadas e tratadas a tempo, podem evoluir para complicações graves, como infertilidades, câncer e até a morte.*

Conforme apresentado no Boletim Epidemiológico de DST/AIDS Ano 06, nº 01, novembro de 2015 a série histórica, compreendida entre os anos de 2009 a 2014, tem um expressivo número de casos de DST de modo geral. Sendo que o Condiloma/HPV, aumenta a probabilidade da infecção está relacionada ao câncer de colo de útero. Nos seis anos analisados, compreende um total de 10.311 novos casos.

**Tabela 44: Casos de Doenças Sexualmente Transmissíveis em residentes do Distrito Federal, 2009 a 2014.**

Ano da Notificação	Condiloma	Inf. Sub. Clínica pelo HPV	Sind. Corr. Uretra 1	Sind. Ulc. Genita 1 Masc.	Sind. Ulc. Genita 1 Fem.	Sind. da Cervicite	Oftalmia Gonoc. Neonata 1	Total
<b>2009</b>	1.226	894	943	367	16	895	3	<b>4.344</b>
<b>2010</b>	1.149	631	862	555	13	566	6	<b>3.782</b>
<b>2011</b>	1.271	803	1100	588	10	545	1	<b>4.318</b>
<b>2012</b>	1.226	521	1.236	502	3	700	0	<b>4.188</b>
<b>2013</b>	1.081	328	1.106	506	3	485	3	<b>3.512</b>
<b>2014</b>	960	221	1.175	473	5	448	1	<b>3.283</b>
<b>Total</b>	<b>6.913</b>	<b>3.398</b>	<b>6.422</b>	<b>2.991</b>	<b>50</b>	<b>3.639</b>	<b>14</b>	<b>23.427</b>

Fonte: Sinan. Dados provisórios digitados até 27/10/2015.

Nos casos notificados de condiloma/HPV, a faixa etária mais acometida é a de 20 a 29 anos de idade. O agravo perfaz um total de 10.311 casos de pessoas infectadas em todas as faixas etárias.

**Tabela 45: Casos de Condiloma/HPV segundo faixa etária e ano de notificação. Distrito Federal, 2009 a 2014.**

Ano da Notificação	< de 10 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 anos a mais	Total
2009	33	36	380	940	468	176	68	19	2120
2010	51	28	353	773	385	139	39	12	1780
2011	31	30	34	944	434	195	62	28	1758
2012	15	211	364	765	339	166	49	28	1937
2013	12	18	295	59	285	144	39	19	871
2014	21	10	271	494	222	111	33	19	1181
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>143</b>	<b>2012</b>	<b>4513</b>	<b>2133</b>	<b>932</b>	<b>290</b>	<b>125</b>	<b>10311</b>

Fonte: Sinan. Dados provisórios digitados até 27/10/2015.

Com relação à Síndrome do Corrimento Uretral, no período analisado, foram detectados 1.070 novos casos por ano. Dentre os casos notificados, a faixa etária mais acometida é entre os jovens de 20 a 29 anos de idade.

**Tabela 46: Casos de síndrome do corrimento uretral em homens segundo faixa etária e ano de notificação. Distrito Federal, 2009 a 2014.**

Ano da Notific	< de 10 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 anos e mais	Total
2009	13	5	90	447	259	93	26	10	943
2010	13	2	84	410	211	104	25	13	862
2011	17	5	155	486	262	127	35	13	1100
2012	9	4	156	592	290	133	39	13	1236
2013	8	3	142	543	265	96	36	13	1106
2014	13	4	191	549	265	111	28	14	1175
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>23</b>	<b>818</b>	<b>3027</b>	<b>1552</b>	<b>664</b>	<b>189</b>	<b>76</b>	<b>6422</b>

Fonte: Sinan. Dados provisórios digitados até 27/10/2015.

Os dados apresentados foram extraídos do Boletim Epidemiológico de DST/AIDS Ano 06, nº 01, novembro de 2015, usando como fonte bibliográfica publicações do Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica - Boletim Epidemiológico. Ano III, 2014.

## HIV

*HIV é a sigla em inglês do vírus da imunodeficiência humana. Causador da Aids, ataca o sistema imunológico, responsável por defender o organismo de doenças. As células mais atingidas são os linfócitos T CD4+. E é alterando o DNA dessa célula que o HIV faz cópias de si mesmo. Depois de se multiplicar, rompe os linfócitos em busca de outros para continuar a infecção.*

### Situação Epidemiológica do HIV/AIDS no Distrito Federal

O Ministério da Saúde, estima que 734 mil pessoas vivem com HIV/AIDS no Brasil. No Distrito Federal, no período abrangido de 2009 a 2014 estão notificados no SINAN 2.338 novos casos de AIDS, com uma razão que chegou a 22,3 casos a cada grupo de 100.000 habitantes e teve redução nos anos seguintes. A razão entre os sexos masculino e feminino (M:F) se manteve estável até 2011, mas começou a crescer e chegou a 4,6 casos em homens para cada caso em mulheres em 2014, o que leva a uma média neste período em torno de 3,3 casos masculinos para cada caso feminino, conforme mostra a tabela abaixo.

**Tabela 47: Casos de AIDS notificados (número, coeficiente de incidência por 100.000 habitantes e razão de sexos), por ano de diagnóstico segundo sexo. Distrito Federal, 2009 a 2014.**

Ano Diagnóstico	Número de Casos			Razão M/F	Coef. De Incidência		
	Masculino	Feminino	Total		Masculino	Feminino	Total
<b>2009</b>	342	127	469	2,7	27,5	9,3	18
<b>2010</b>	328	127	455	2,6	26,7	9,5	17,7
<b>2011</b>	421	162	583	2,6	33,7	11,9	22,3
<b>2012</b>	447	112	559	4	35,3	8,1	21,1
<b>2013</b>	464	116	580	4	35	7,9	20,8
<b>2014</b>	336	73	409	4,6	24,8	4,9	14,3
<b>Total</b>	<b>2338</b>	<b>717</b>	<b>3055</b>	<b>3,3</b>	...	...	...

Fonte: SINAM. Dados provisórios digitados até 27/10/2015

Neste mesmo período observa-se um aumento progressivo dos casos de HIV notificados no SINAN, principalmente no último ano, com um incremento de 168 casos novos.

**Tabela 48: Casos de HIV notificados (número, coeficiente de incidência por 100.000 habitantes e razão de sexos), por ano de diagnóstico segundo sexo. Distrito Federal, 2009 a 2014.**

Ano Diagnóstico	Número de Casos			Razão M/F	Coef. De Incidência		
	Masculino	Feminino	Total		Masculino	Feminino	Total
<b>2009</b>	112	33	145	3,4	9	2,7	0,7
<b>2010</b>	142	50	192	2,8	11,6	4,1	0,7
<b>2011</b>	203	50	253	4,1	16,3	4	0,9
<b>2012</b>	264	70	334	3,8	20,9	5,5	0,8
<b>2013</b>	326	95	421	3,4	24,6	7,2	0,7
<b>2014</b>	487	102	589	4,8	36	7,5	0,5
<b>Total</b>	<b>1534</b>	<b>400</b>	<b>1934</b>	<b>3,8</b>	...	...	...

Fonte: Sinan. Dados provisórios digitados até 27/10/2015.

Com relação à faixa etária, a mais acometida é no princípio da fase adulta, compreendendo a faixa de 25 a 34 anos, como demonstrada na Tabela 49. Na Síndrome da Imunodeficiência Adquirida a fase mais acometida tanto no sexo feminino como no sexo masculino também é no princípio da fase adulta, compreendendo a faixa de 25 a 34 anos.

**Tabela 49: Casos de HIV notificados, por ano de diagnóstico segundo faixa etária. Distrito Federal, 2009 a 2014.**

Faixa Etária	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
<b>10 a 14</b>	1	0	2	2	0	0	5
<b>15 a 19</b>	6	13	15	22	13	40	109
<b>20 a 34</b>	105	124	150	201	246	353	1180
<b>35 a 49</b>	30	43	68	79	133	158	510
<b>50 a 34</b>	3	11	16	29	24	35	118
<b>60 e mais</b>	0	1	2	1	5	3	12
<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>192</b>	<b>253</b>	<b>334</b>	<b>421</b>	<b>589</b>	<b>1934</b>

Fonte: Sinan. Dados provisórios digitados até 27/10/2015.

As regiões administrativas do Distrito Federal com maior coeficiente de incidência de AIDS em 2014 foram Candagolândia, Lago Norte, Asa Norte, Taguatinga e Guará. Em total de casos acumulados nos últimos seis anos, as regiões com maior número são Taguatinga, Ceilândia, Asa Norte, Samambaia e Guará.

Em relação à escolaridade, segundo os dados disponíveis, a proporção de casos de AIDS tem sido maior no sexo masculino com educação superior completa (19,9%) e no feminino de 5ª a 8ª série incompleta do ensino fundamental com 16,9%.

No Distrito Federal, neste período, a categoria de exposição homossexual caracteriza de forma mais significativa a dinâmica da epidemia entre os homens correspondendo 42,6% do total de casos em média (excluindo as categorias bissexual, e homo ou bi/drogas). Nas mulheres, a principal categoria de exposição é a heterossexual com 89,5% dos casos notificados.

No Brasil, segundo o Boletim Epidemiológico HIV/ AIDS de 2014, os óbitos por causa básica AIDS correspondem desde o início da epidemia em 1980 até 2013 um total de 278.306 pessoas que morreram decorrente do agravo.<sup>1</sup> No Distrito Federal, o número total de óbitos por AIDS se mantém estável no período analisado, tendo sido identificado 719 óbitos de 2009 a 2014, conforme mostra a tabela abaixo.

**Tabela 50: Óbitos por AIDS (número e taxa de mortalidade por 100.000 habitantes e razão de sexo), segundo ano do óbito. Distrito Federal, 2009 a 2014.**

Ano do Óbito	Número de Casos			Razão M/F	Taxa de Mortalidade		
	Masculino	Feminino	Total		Masculino	Feminino	Total
<b>2009</b>	84	34	118	2,5	6,7	2,5	4,5
<b>2010</b>	85	33	118	2,6	6,9	2,5	4,6
<b>2011</b>	70	47	117	1,5	5,6	3,5	4,5
<b>2012</b>	83	29	112	2,9	6,6	2,1	4,2
<b>2013</b>	92	34	126	2,7	6,9	2,3	4,5
<b>2014</b>	100	28	128	3,6	7,4	1,9	4,5
<b>Total</b>	<b>514</b>	<b>205</b>	<b>719</b>	<b>2,5</b>	...	...	...

Fonte: Sinan. Dados provisórios digitados até 27/10/2015.

1 -BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Boletim Epidemiológico. Ano III. Brasília, 80 p. 2014.

### **Situação Epidemiológica da Infecção pelo HIV em gestantes**

Por definição de casos de HIV em gestantes para efeito de notificação e investigação temos: gestantes, parturientes e nutrizas infectadas-, considera-se como infectada toda gestante, parturiente ou nutriz que apresenta resultado de exame laboratorial para HIV reativo (considerar o primeiro resultado reagente). Para definição de Crianças expostas consideram-se todos os conceitos de mães soropositivas ou que tenham suspeita de HIV; e todas as crianças que tenham sido amamentadas por mulheres infectadas ou que tenham suspeita de infecção pelo HIV. Nesse caso, a notificação/investigação deverá conter dados da nutriz.

Conforme os dados informados no Sistema de Vigilância Epidemiológica do Distrito Federal, as Regiões Administrativas, em 2014 com os maiores coeficientes de incidência, foram em ordem decrescente: Riacho Fundo I, Jardim Botânico, SCIA (Estrutural), Cruzeiro, Riacho Fundo II.

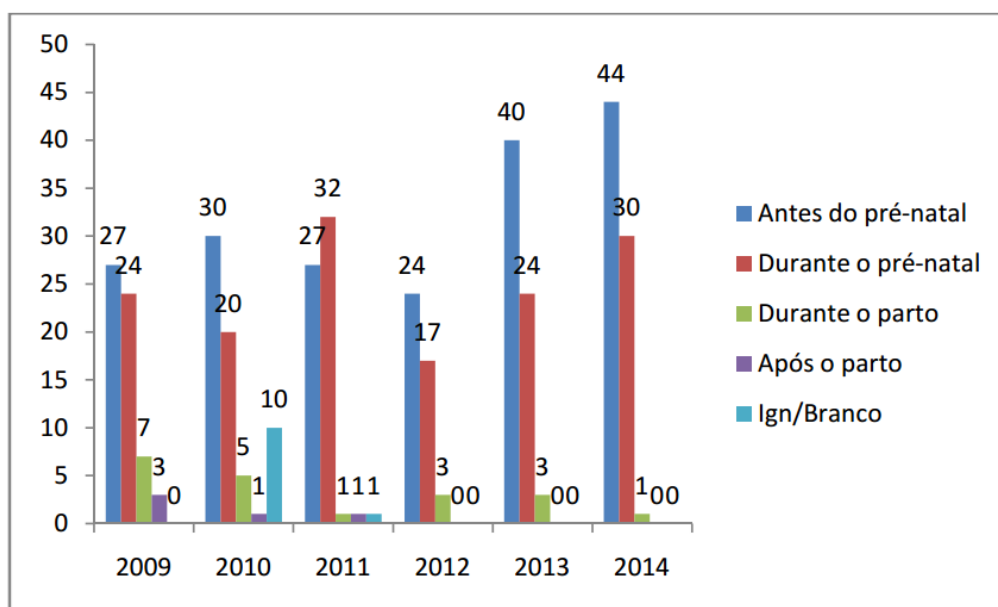
No ano de 2014 o número de casos de gestantes HIV positivas, segundo o momento do diagnóstico do parto, pode observar que 58,7% do total dessas gestantes já tinham o conhecimento da sorologia positiva para o HIV antes de ingressarem na atenção pré-natal. No entanto, 40,0 % das gestantes descobrem que estão com HIV durante o pré-natal

**Tabela 51: Gestantes infectadas pelo HIV (número e proporção) segundo momento do diagnóstico do HIV e ano do parto. Distrito Federal, 2009 a 2014.**

Evidencia Laboratorial	2009		2010		2011		2012		2013		2014	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Antes do Pré natal</b>	27	44,3	30	45,5	27	43,5	24	54,5	40	59,7	44	58,7
<b>Durante do Pré natal</b>	24	39,3	20	30,3	32	51,6	17	38,6	24	35,8	30	40
<b>Durante o parto</b>	7	11,5	5	7,6	1	1,6	3	6,8	3	4,5	1	1,3
<b>Após o parto</b>	3	4,9	1	1,5	1	1,6	0	0	0	0	0	0
<b>Ign/Branco</b>	0	0	10	15,2	1	1,6	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>100</b>	<b>66</b>	<b>100</b>	<b>62</b>	<b>100</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>67</b>	<b>100</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

Fonte: Sinan. Dados provisórios digitados até 27/10/2015.

**Gráfico 10: Proporção de Gestantes infectadas pelo HIV segundo momento do diagnóstico do HIV e ano do parto. Distrito Federal, 2009 a 2014.**



Fonte: Sinan. Dados provisórios digitados até 27/10/2015.

## SÍFILIS

O controle da sífilis é uma das metas do Pacto pela Saúde e do atual Programa de Governo, no âmbito das ações que integram a Rede Cegonha, e recebe na atual

gestão atenção especial, sobretudo na atenção básica e na vigilância em saúde, instâncias em que as ações de prevenção, diagnóstico e controle se inicia.

A seguir mostraremos uma análise descritiva com o objetivo de atualizar as informações sobre a situação epidemiológica da sífilis no Distrito Federal, por meio da análise dos casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

*A sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica, de evolução crônica, causada pelo Treponema pallidum. A doença não tratada progride ao longo de muitos anos. Para a definição de casos da sífilis adquirida considera-se todo indivíduo com evidência clínica de sífilis primária ou secundária (presença de cancro duro ou lesões compatíveis com sífilis secundária), com teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente.*

Os dados apresentados incluem todas as formas de sífilis, excetuando a primária, que é considerada, para fins de notificação, no Distrito Federal, como Síndrome da Úlcera Genital. Atualmente, o modelo de vigilância epidemiológica de sífilis no Brasil, estabelece três momentos de notificação compulsória: 1- sífilis Adquirida; 2- sífilis em Gestantes; 3 - sífilis Congênita.

### **Situação Epidemiológica da Sífilis Adquirida (exceto cancro duro) no Distrito Federal.**

No período de 2009 a 2014 foram notificados ao Distrito Federal 3260 casos de sífilis adquirida. Verificou-se que nos últimos anos houve um aumento no número de casos notificados, o que pode ser explicado não apenas pelo aumento real do número de casos, mas também pelo empenho dos Núcleos de Vigilância epidemiológica em notificar os novos casos, como pode ser visto na tabela abaixo:

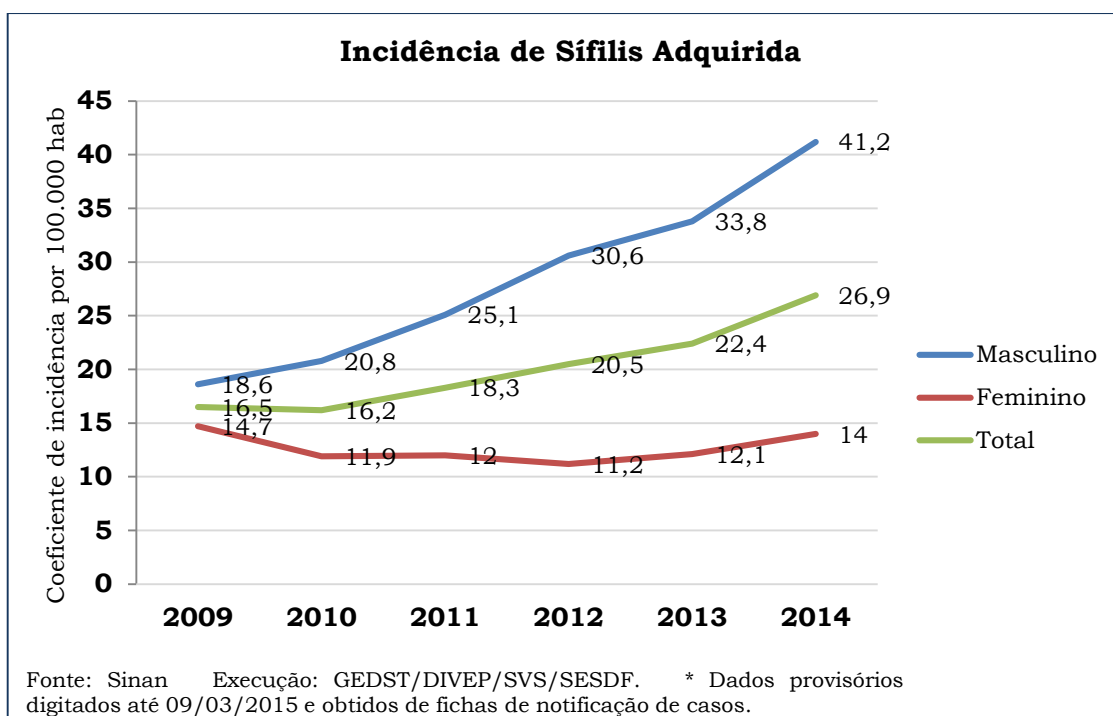
A proporção de casos na população masculina mostrou um aumento progressivo no período analisado, sendo que, em 2014, a razão entre os sexos foi de 2,7:, conforme os dados da tabela e gráfico abaixo:

**Tabela 52: Número e coeficiente de detecção ( por 100.000habitantes) dos casos de sífilis adquirida segundo o sexo e ano de notificação. Distrito Federal, 2009-2014.**

Ano do Notificação	Número de Casos				Razã o M/F	Coeficiente de Detecção por 100.000 hab		
	Masculin o	Feminin o	Ignorad o	Tota l		Masculin o	Feminin o	Tota l
<b>2009</b>	231	200	0	431	1,2	18,6	14,7	16,5
<b>2010</b>	255	160	1	416	1,6	20,8	11,9	16,2
<b>2011</b>	313	163	2	478	1,9	25,1	12	18,3
<b>2012</b>	387	154	1	542	2,5	30,6	11,2	20,5
<b>2013</b>	448	177	0	625	2,5	33,8	12,1	22,4
<b>2014</b>	558	210	0	768	2,7	41,2	14	26,9
<b>Total</b>	<b>2192</b>	<b>1064</b>	<b>4</b>	<b>3260</b>	<b>2,1</b>	...	...	...

Fonte: Sinan Execução: GEDST/DIVEP/SVS/SESDF. \* Dados provisórios digitados até 09/03/2015 e obtidos de fichas de notificação de casos.

### **Gráfico 11: Coeficiente de incidência de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes), segundo sexo e ano de notificação. Distrito Federal, 2009-2014.**



Ao analisarmos a tabela e o gráfico abaixo podemos verificar que, no ano de 2014, por ordem decrescente de coeficiente de incidência, as regiões administrativas Itapoã, Paranoá, Candangolândia, Varjão, Riacho Fundo I e Samambaia, obtiveram as maiores incidências.

**Tabela 53: Coeficiente de incidência de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes), segundo região administrativa e ano de diagnóstico. Distrito Federal 2009 – 2014**

Região Administrativa	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Águas Claras	7,4	5,9	10,6	7,6	9,9	14,1
Asa Norte	13,2	10,7	25,2	25,7	17,3	14,6
Asa Sul	9,5	16,5	9,3	22,9	10,6	21,7
Brazlândia	9,9	7	24	23,6	12,9	6,3
<b>Candangolândia</b>	<b>41,2</b>	<b>37,7</b>	<b>49</b>	<b>12,2</b>	<b>23,1</b>	<b>50,9</b>
Ceilândia	21	22,6	23,2	24,6	36,5	27,1
Cruzeiro	9,8	14,3	42,4	22,3	10,5	20,4
Fercal	0	0	0	0	10,4	0
Gama	7,9	12,7	7,4	18,1	28,1	18,1
Guará	13,1	29,1	20,3	31	27,4	20
<b>Itapoã</b>	<b>7</b>	<b>19,8</b>	<b>8,6</b>	<b>27,7</b>	<b>6,2</b>	<b>74,8</b>
Jardim Botânico	0	0	5	0	4,6	4,5
Lago Norte	17,5	15,5	3,1	12,1	8,5	13,7
Lago Sul	16,5	10,2	13,4	3,3	6,1	11,9
Núcleo Bandeirante	35,4	20,4	32,1	35,6	26,2	21,9
<b>Paranoá</b>	<b>22,3</b>	<b>9,1</b>	<b>17,9</b>	<b>17,6</b>	<b>35,3</b>	<b>52,7</b>
Park Way	4,2	5,2	10,3	5,1	4,8	13,9
Planaltina	25,6	12,2	24,7	21,5	28,6	34,4
Recanto das Emas	17,3	4,8	8,7	11,6	15,6	38,6

Riacho Fundo I	30,8	30,7	32,9	21,7	20,6	45,3
Riacho Fundo II	9,3	8,3	11	5,4	12,9	25,3
Samambaia	19,6	24	29,6	27,2	33,4	44,6
Santa Maria	12,5	7,6	8,3	10,7	7,1	9,2
São Sebastião	39,9	49,2	27,7	26,2	22,9	31,1
SCIA (Estrutural)	16,6	6,6	6,5	3,2	36,9	21,2
S I A	38,4	0	0	39,5	0	0
Sobradinho I	11,8	11,7	10,3	12,7	14,4	10,5
Sobradinho II	11,2	6,9	14,9	13,3	2,5	5
Sudoeste/Octogonal	3,4	4	9,9	11,7	5,5	1,8
Taguatinga	14,8	13,8	13,1	26,8	27,5	32,5
Varjão	54,1	10,7	42	41,5	19,9	4,9
Vicente Pires	1,7	1,7	5	6,6	7,8	7,7
<b>Total</b>	<b>16,1</b>	<b>16,2</b>	<b>18,3</b>	<b>20,5</b>	<b>22,4</b>	<b>26,9</b>

Fonte: Sinan Execução: GEDST/DIVEP/SVS/SESDF. \* Dados provisórios digitados até 09/03/2015 e obtidos de fichas de notificação de casos.

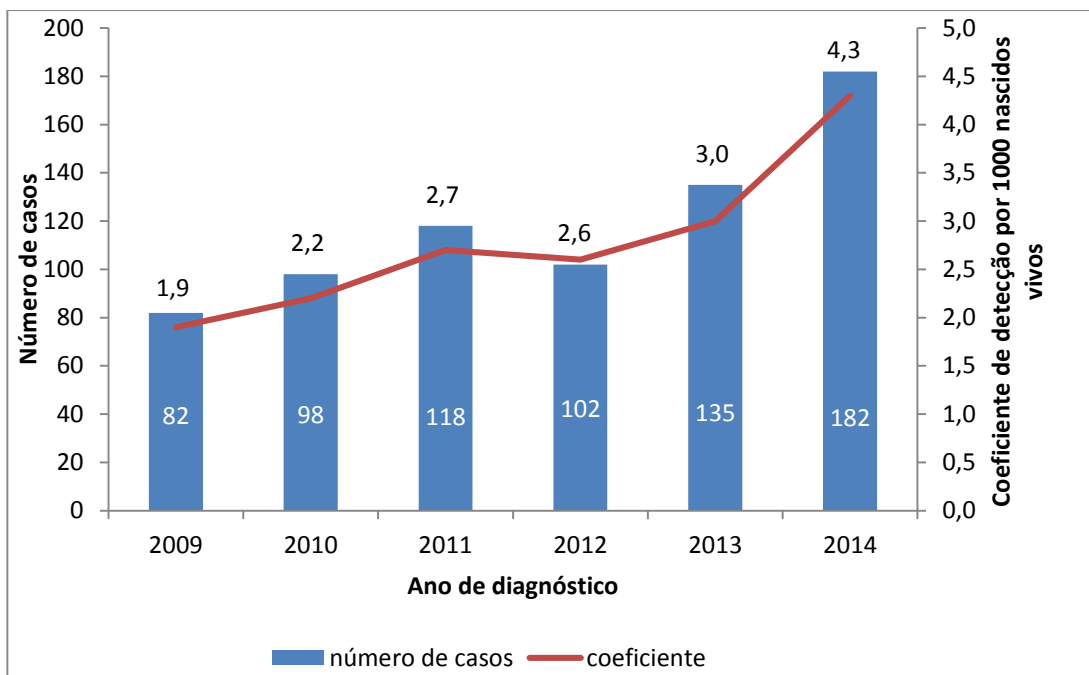
### Situação Epidemiológica da Sífilis em Gestante, no Distrito Federal.

*O Treponema pallidum, quando presente na corrente sanguínea da gestante, atravessa a barreira placentária e penetra na corrente sanguínea do feto. A transmissão pode ocorrer em qualquer fase da gestação, estando, entretanto, na dependência do estado da infecção na gestante, ou seja, quanto mais recente a infecção, mais treponemas estarão circulando e, portanto, mais gravemente o feto será atingido. Inversamente, infecção antiga leva à formação progressiva de anticorpos pelas mães, o que atenuará a infecção ao conceito, produzindo lesões mais tardias na criança.*

No período analisado de 2009 a 2014 foram notificados ao Distrito Federal 717 casos de sífilis em gestantes. A análise das notificações de sífilis em gestantes demonstrou que o coeficiente de detecção apresentou uma queda em 2012. Entretanto, em 2013 e 2014 já é possível observar aumentos da taxa de detecção desse agravo, segundo o gráfico abaixo;

#### **Gráfico 12: Número de casos de sífilis em gestantes e índice de detecção em nascidos vivos no período de 2009-2014 no Distrito Federal.**



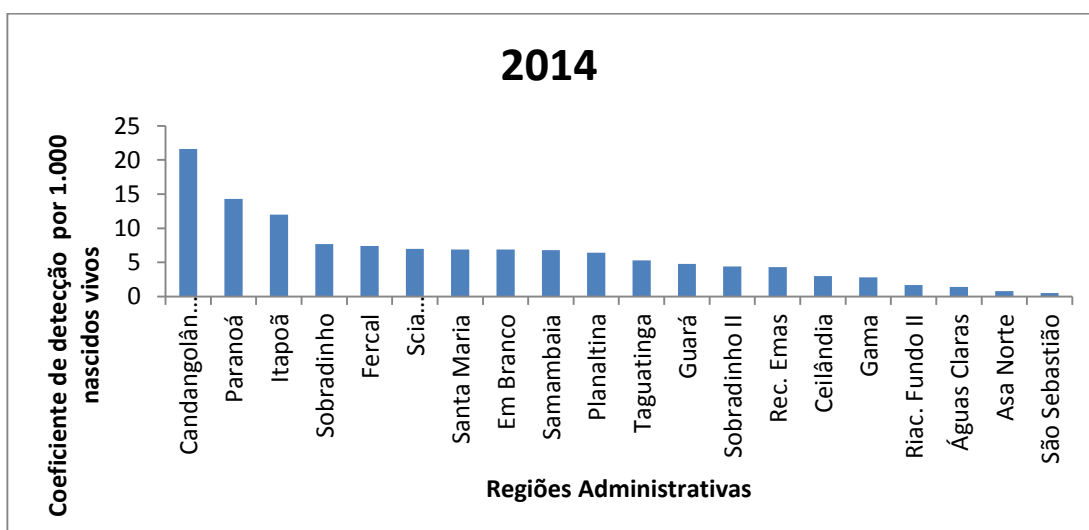


Fonte: Boletim epidemiológico da Sífilis/SVS/SES 2015

Segundo os dados disponíveis pelo Boletim Epidemiológico, a faixa etária mais acometida entre as gestantes, nos últimos seis anos é de 20 a 34 anos. A proporção de casos de sífilis em gestantes tem sido menor nas gestantes com maior escolaridade (ensino superior).

Ao analisar o gráfico abaixo, pode-se verificar que, no ano de 2014, por ordem decrescente do coeficiente de detecção, nas regiões administrativas de Candangolândia, Paranoá, Itapoã, Sobradinho e Fercal, obtiveram os maiores índices de detecção.

**Gráfico 13: Coeficiente de detecção de sífilis em gestante por 1.000 nascidos vivos, segundo regiões Administrativas e ano de diagnóstico. Distrito Federal-2014.**



### Situação Epidemiológica da Sífilis Congênita, no Distrito Federal.

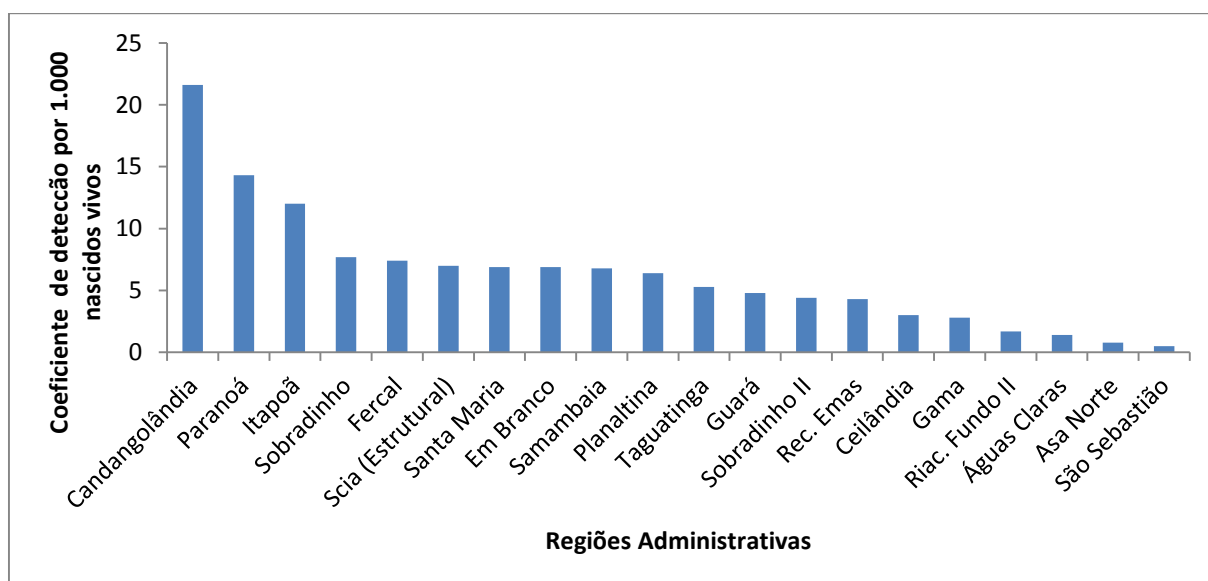
A sífilis congênita resulta da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária ou no momento do parto.

A sífilis congênita pode ser dividida em: sífilis congênita precoce ou sífilis congênita tardia, conforme o momento que o caso foi diagnosticado. \* **Sífilis congênita precoce:** Mais da metade das crianças podem ser assintomáticas ao nascer ou ter sinais muito discretos ou pouco específicos. Quando a criança apresenta sinais e sintomas, estes surgem logo após o nascimento ou nos primeiros 2 anos de vida, comumente nas 5 primeiras semanas. \***Sífilis congênita tardia** Os sinais e sintomas são observados a partir do 2º ano de vida, geralmente devido à infecção por treponemas menos virulentos ou infecção materna de longa duração. Essa fase da doença caracteriza-se pelo aparecimento de estigmas que, em geral, resultam da cicatrização das lesões iniciais produzidas pelo treponema.

No período de 2009 a 2014 foram notificados ao Distrito Federal 733 casos de sífilis congênita. De acordo com os dados analisados observou-se um aumento anual do número de casos detectados e notificados pelos Núcleos de Vigilância Epidemiológica, com um recrudescimento do coeficiente de detecção de 1,6 casos por 1.000 nascidos vivos em 2009, e para 4,0 casos por 1.000 nascidos vivos em 2014.

No gráfico abaixo, pode-se verificar que, no ano de 2014, por ordem decrescente de coeficiente de detecção, as Regiões Administrativas: Riacho Fundo, Paranoá, Varjão, Taguatinga e Itapoã obtiveram os maiores índices de detecção e notificação.

**Gráfico 14: Coeficiente de detecção de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos, segundo região administrativa e ano de diagnóstico. Distrito Federal, 2009 a 2014\*.**



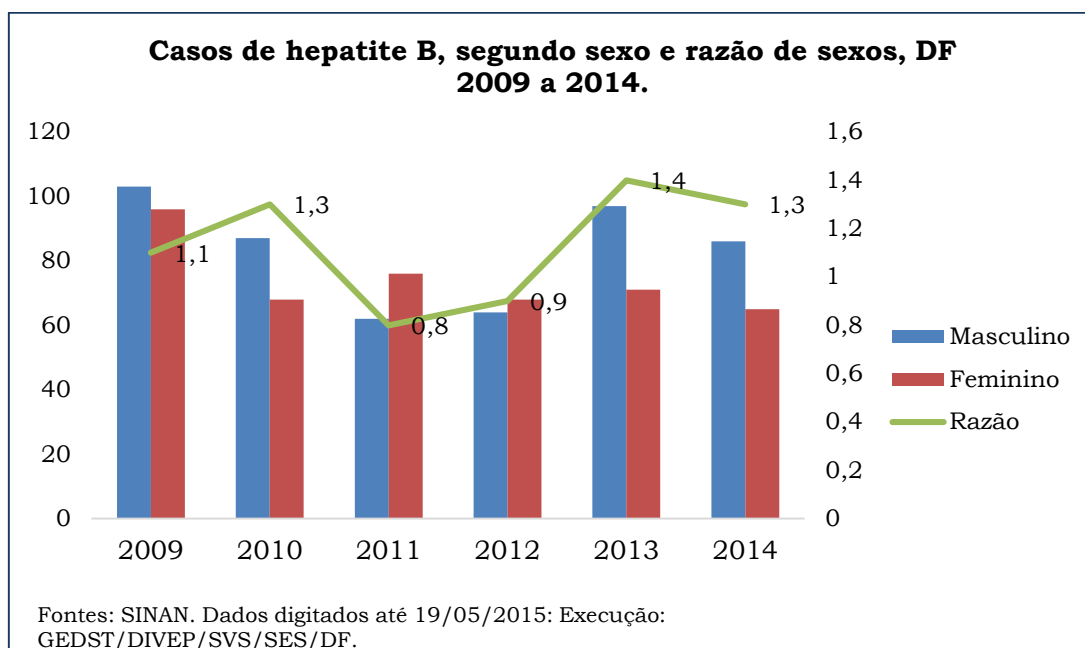
## HEPATITES B E C

O Brasil, reconhecendo a magnitude das hepatites virais no país e no mundo, apresentou à organização Mundial de Saúde (OMS), durante a Assembleia Mundial de Saúde realizada em 2010, uma proposta de reconhecimento do impacto desse agravo. Foi estabelecido, na ocasião, o dia 28 de julho como o Dia Mundial de Luta Contra as Hepatites Virais<sup>1</sup>.

As hepatites virais são doenças infecciosas sistêmicas que afetam o fígado. Cinco diferentes vírus são reconhecidos como agentes etiológicos da hepatite viral humana: o vírus da hepatite A (HAV), o vírus da hepatite B (HBV), o vírus da hepatite C (HCV), o vírus da hepatite D ou Delta (HDV) e o vírus da hepatite E (HEV). Com exceção do HBV, que possui genoma DNA, todos os demais são vírus RNA. **HEPATITE B** - via primária de transmissão é a parenteral, por contato com sangue e hemoderivados. É também transmitida por contato sexual e de mãe infectada para o recém nascido (durante o parto ou no período perinatal). Grupos de alto risco incluem os usuários de drogas injetáveis, homossexuais/heterossexuais com múltiplos parceiros. **HEPATITE C** - a forma mais comum de transmissão é a parenteral, por exposição percutânea direta ao sangue, hemoderivados ou instrumental cirúrgico contaminado. Receptores de sangue e derivados, usuários de drogas injetáveis, pacientes de hemodiálise e profissionais de saúde (vítimas de acidentes pérfuro-cortantes) apresentam alto risco de infecção pelo HCV.

No período analisado (2009 a 2014) foram notificados no Distrito Federal 943 casos de hepatite B. Sendo a população masculina com 499 casos, perfazendo 52,9%. E no sexo feminino há 444 casos (47,0%). Neste período, o maior coeficiente de detecção foi no ano de 2009 registrando 7,6 por 100.000 habitantes. Conforme disposto no gráfico abaixo:

**Gráfico 15: Número de casos de hepatite B, segundo sexo e razão de sexos, ano de notificação. Distrito Federal, 2009 a 2014.**



A análise do coeficiente de detecção, em 2014 foi mais elevado no Recanto das Emas: 13,8%, seguido do São Sebastião: 11,8% e o Cruzeiro: 10,2%, conforme mostra a tabela abaixo:

**Tabela 54: Coeficiente de detecção de hepatite B (por 100.000 habitantes), segundo local de residência, ano de notificação. Distrito Federal, 2009 a 2014.**

<b>Local de Residência</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
<b>Águas Claras</b>	11,1	3,9	4,8	0,9	4,5	0,9
<b>Asa Norte</b>	8,2	2,5	2,4	3,2	3,8	0,7
<b>Asa Sul</b>	3,2	2,4	1,2	1,1	4,3	2,1
<b>Brazlândia</b>	13,1	12,2	5,1	0	6,4	4,7
<b>Candangolândia</b>	5,9	6,3	0	0	0	5,7
<b>Ceilândia</b>	7,7	6,7	5,4	5,8	6	4,3
<b>Cruzeiro</b>	5,9	2,9	5,6	2,8	2,6	10,2
<b>Gama</b>	5,7	2,2	2,9	2,9	5,5	6,7
<b>Guará</b>	7,3	5,6	12	4,6	7,7	5
<b>Itapoã</b>	1,7	2,2	4,3	2,1	12,3	10,1
<b>Jardim Botânico</b>	0	0	0	4,9	0	0
<b>Lago Norte</b>	0	0	0	0	8,5	5,5
<b>Lago Sul</b>	3,3	3,4	0	3,3	0	3
<b>Núcleo Bandeirante</b>	7,1	0	0	0	0	3,7
<b>Paranoá</b>	4,1	5,4	5,4	8,8	13,4	6,6
<b>Park Way</b>	0	0	0	5,1	4,8	9,3
<b>Planaltina</b>	8,5	16,3	8,6	11,9	7,6	6,3
<b>Recanto das Emas</b>	9,4	3,2	5,5	9,3	10,4	13,8
<b>Riacho Fundo I</b>	6,2	8,4	2,7	0	5,1	7,5
<b>Riacho Fundo II</b>	0	5,6	11	2,7	0	2,5
<b>Samambaia</b>	8,2	10,5	11,3	5,8	10,2	7,7
<b>Santa Maria</b>	6,3	13,5	3,3	5,8	7,8	3,8
<b>São Sebastião</b>	28,1	5,9	10,4	4,6	7,6	11,8
<b>SCIA (Estrutural)</b>	22,2	0	3,2	6,4	3,1	3
<b>Sobradinho I</b>	9,2	3,9	3,9	2,5	1,2	3,5
<b>Sobradinho II</b>	3,4	2,7	2,7	4	3,8	1,2
<b>Sudoeste/Octogonal</b>	3,4	5,9	4,8	6,2	5,4	3,5
<b>Taguatinga</b>	8,3	5,9	4,8	6,2	5,4	3,5
<b>Varjão</b>	0	0	0	0	19,9	9,8
<b>Vicente Pires</b>	0	0	0	1,6	0	3,1

Fontes: SINAN. Dados digitados até 19/05/2015: Execução: GEDST/DIVEP/SVS/SES/DF

No Distrito Federal, no período compreendido entre 2009 a 2014, conforme a forma clínica temos 632 portadores crônicos de hepatite B e 241 ocorrências da forma aguda. A forma crônica se caracteriza por ser assintomática, podendo manifestar clinicamente apenas em fases adiantadas de comprometimento hepático em 90% dos recém-nascidos ou de 5 a 10% dos casos após 5 anos de infecção. Já a forma aguda

ou fulminante possuem quadros diversificados, onde se verifica a presença de colúria, hipocolia fecal, icterícia, fadiga, anorexia, náuseas, mal-estar geral até chegar à insuficiência renal aguda grave.

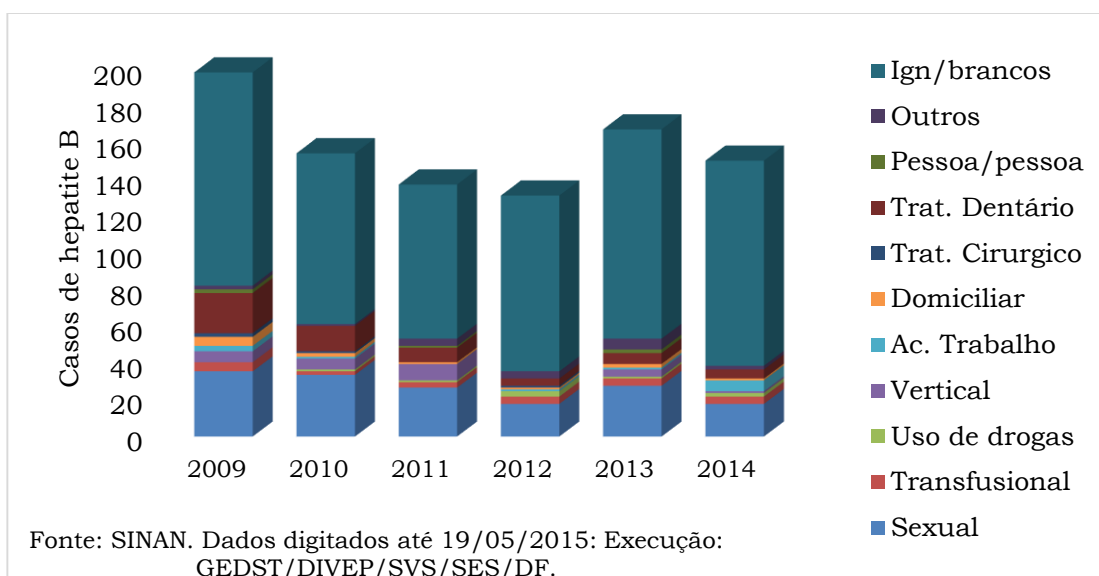
**Tabela 55: Casos confirmados de hepatite B (número e proporção), segundo forma clínica e faixa etária. Distrito Federal, 2009 a 2014.**

Faixa Etária	Aguada		Crônica/Portador		Fulminante		Inconclusivo		Ign/Branco		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
< de 5 anos	3	1,2	6	0,9	0	0	0	0	0	0	9	1
5 a 9 anos	1	0,4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,1
10 a 14 anos	4	1,7	4	0,6	0	0	1	3	0	0	9	1
15 a 19 anos	10	4,1	22	3,6	0	0	1	3	1	2,8	34	3,6
20 a 29 anos	57	23,7	162	25,6	0	0	6	18,3	9	25	4	24,8
30 a 39 anos	82	34	179	28,3	0	0	8	24,2	11	30,6	0	29,7
40 a 49 anos	40	16,6	139	22	0	0	7	21,2	7	19,4	3	20,5
50 a 59 anos	26	10,8	69	10,9	0	0	4	12,1	5	13,9	4	11
60 e mais	18	7,5	51	8,1	1	100	6	18,2	3	8,3	79	8,3
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>100</b>	<b>632</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>36</b>	<b>100</b>	<b>943</b>	<b>100</b>

Fonte: SINAN. Dados digitados até 19/05/2015; Execução: GEDST/DIVEP/SVS/SES/DF.

No Distrito Federal, o mecanismo de infecção da hepatite B com maior número de casos registrados foi sexual, perfazendo um total de 161 (17,07% do total). Também podemos verificar o expressivo número de 615 notificações com fonte de infecção ignorada ou mesmo não informado (65,2% do total) como pode ser observado no Gráfico abaixo, compromete o planejamento de políticas públicas específicas.

**Gráfico 16: Distribuição dos casos de hepatite B segundo provável fonte/mecanismo de infecção por ano de notificação. Distrito Federal, 2009 a 2014.**



Segundo os dados disponíveis no SINAN, nas gestantes, entre os anos de 2011 e 2012 há um incremento de 31,55%, passando de 19 para 25 casos notificados de hepatite B. Porém entre 2012 e 2013 temos uma redução de 56%, passando para 14 casos, como mostra a tabela abaixo.

**Tabela 56: Casos confirmados de hepatite B, segundo o trimestre gestacional que foi diagnosticado a infecção por ano de notificação. Distrito Federal, 2009 a 2014.**

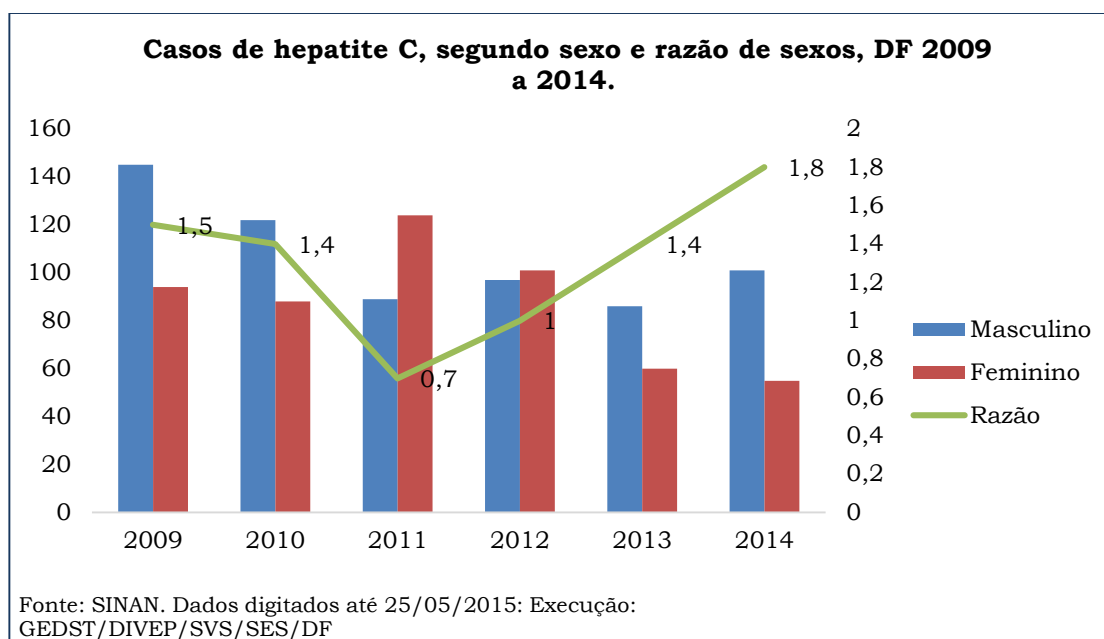
Gestante	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
1º Trimestre	9	3	2	7	5	3	<b>29</b>
2º Trimestre	12	10	8	8	7	7	<b>52</b>
3º Trimestre	6	7	10	10	2	8	<b>43</b>
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>20</b>	<b>19</b>	<b>25</b>	<b>14</b>	<b>18</b>	<b>123</b>

Fonte: SINAN. Dados digitados até 19/05/2015: Execução: GEDST/DIVEP/SVS/SES/DF

### SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA HEPATITE C

No período de 2009 a 2014 foram notificados no Distrito Federal, 1162 casos com marcadores sorológicos anti-HCV reagente. O coeficiente de detecção foi menor no ano de 2013, registrando 5,2 por 100.000 habitantes. Na série em estudo, 55,0% (640 casos) ocorreram no sexo masculino para o qual, também, notam-se os coeficientes de detecção mais elevados, com destaque para o ano de 2009 cujo coeficiente foi 11,6 por 100 mil homens como visualizado no gráfico abaixo:

**Gráfico 17: Número de casos de hepatite C, segundo sexo e razão de sexos, ano de notificação. Distrito Federal, 2009 a 2014.**



As Regionais de Ceilândia, Taguatinga, Samambaia e Planaltina e São Sebastião correspondem 51% dos casos notificados no período analisado. Ressaltarmos que algumas regionais não registraram nenhum caso, em alguns anos, estando, por vezes, silenciosas quanto a detecção de casos.

Com relação ao coeficiente à detecção, em 2014 a Regional de Samambaia registrou o maior coeficiente, 12,7 por 100.000 habitantes. Seguem-se a ela Núcleo Bandeirante e Riacho fundo I, como mostra a tabela abaixo;

**Tabela 57: Coeficiente de detecção de hepatite C (por 100.000 habitantes), segundo local de residência, ano de notificação. Distrito Federal, 2009 a 2014.**

Local de Residência	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Águas Claras	9,2	2,9	1	5,7	3,6	5,3
Asa Norte	6,6	5	0,8	4,8	7,5	4,4
Asa Sul	5,6	8,3	8,1	11,5	5,3	7,2
Brazlândia	4,9	5,2	6,8	6,8	0	6,3
Candangolândia	11,8	6,3	6,2	24,4	5,8	0
Ceilândia	6,3	7	6,1	5,3	3,9	4,5
Cruzeiro	7,9	14,3	11,3	5,6	18,4	0
Gama	5	4,5	7,4	4,4	4,1	2,7
Guará	2,9	9,4	5,5	5,5	6	5
Itapoã	0	0	4,3	10,7	4,1	0
Jardim Botânico	5,3	5,1	5	4,9	0	0
Lago Norte	7	9,3	6,1	3	8,5	0
Lago Sul	9,9	3,4	3,3	6,6	0	3
Núcleo Bandeirante	10,6	8,1	8	0	3,7	11

<b>Paranoá</b>	0	0	8,9	10,6	1,7	0
<b>Park Way</b>	0	5,2	0	5,1	4,8	0
<b>Planaltina</b>	12,5	11,7	16,6	7,9	5,9	5,8
<b>Recanto das Emas</b>	11	7,2	15,7	11,6	8,9	6,5
<b>Riacho Fundo I</b>	9,2	5,6	5,5	2,7	0	10,1
<b>Riacho Fundo II</b>	0	0	0	2,7	2,6	0
<b>Samambaia</b>	8,2	6,5	11,3	11,2	7	12,7
<b>Santa Maria</b>	6,3	21,1	5,8	9	3,1	4,6
<b>São Sebastião</b>	53,2	14,1	18,5	17,1	7,6	7,5
<b>SCIA (Estrutural)</b>	16,6	0	9,7	0	9,2	0
<b>S I A</b>	5,5	0	0	0	0	0
<b>Sobradinho I</b>	21	9,1	15,4	3,8	4,8	8,2
<b>Sobradinho II</b>	9	9,6	4,1	10,7	6,3	0
<b>Sudoeste/Octogonal</b>	1,7	0	2	1,9	5,5	1,8
<b>Taguatinga</b>	13	16,3	9,7	7,7	5,4	7,9
<b>Varjão</b>	0	0	0	0	9,9	0
<b>Vicente Pires</b>	0	0	1,7	3,3	4,7	3,1

Fonte: SINAN e IBGE. Dados digitados até 25/05/2015; Execução: GEDST/DIVEP/SVS/SES/DF

Dentre as prováveis fontes/mecanismos de infecção obtidos a partir da investigação epidemiológica dos casos anti-HCV reagente, existe uma alta proporção (62,9%) encontra-se como ignorado ou sem preenchimento, conforme visualizado na tabela abaixo. Essa situação aponta para a necessidade de melhoria na qualidade de investigação.

**Tabela 58: Casos confirmados de hepatite C, segundo provável fonte de mecanismo de infecção por ano de notificação. DF 2009 a 2014.**

<b>Fonte de Mecanismos</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>Total</b>
<b>Sexual</b>	12	10	20	17	17	13	<b>89</b>
<b>Transfusional</b>	15	18	20	11	9	10	<b>83</b>
<b>Uso de drogas</b>	29	26	27	17	13	14	<b>126</b>
<b>Vertical</b>	1	1	0	1	0	2	<b>5</b>
<b>Ac. Trabalho</b>	2	3	0	5	3	0	<b>13</b>
<b>Hemodiálise</b>	0	1	0	1	1	0	<b>3</b>
<b>Domiciliar</b>	0	1	2	2	2	1	<b>8</b>
<b>Trat. Cirúrgico</b>	2	2	3	2	1	2	<b>12</b>
<b>Trat. Dentário</b>	25	11	12	6	2	3	<b>59</b>
<b>Pessoa/pessoa</b>	2	0	0	0	0	0	<b>2</b>
<b>Outros</b>	0	2	9	7	6	6	<b>30</b>
<b>Ign/brancos</b>	151	135	120	129	92	105	<b>732</b>
<b>Total</b>	<b>239</b>	<b>210</b>	<b>213</b>	<b>198</b>	<b>146</b>	<b>156</b>	<b>1162</b>

Fonte: SINAN. Dados digitalizados até 25/05/2015; GEDST/DIVEP/SVS/SES DF

As hepatites representam um grande desafio para a saúde pública. O aumento da detecção de novos casos, associado à importância de garantir tratamento



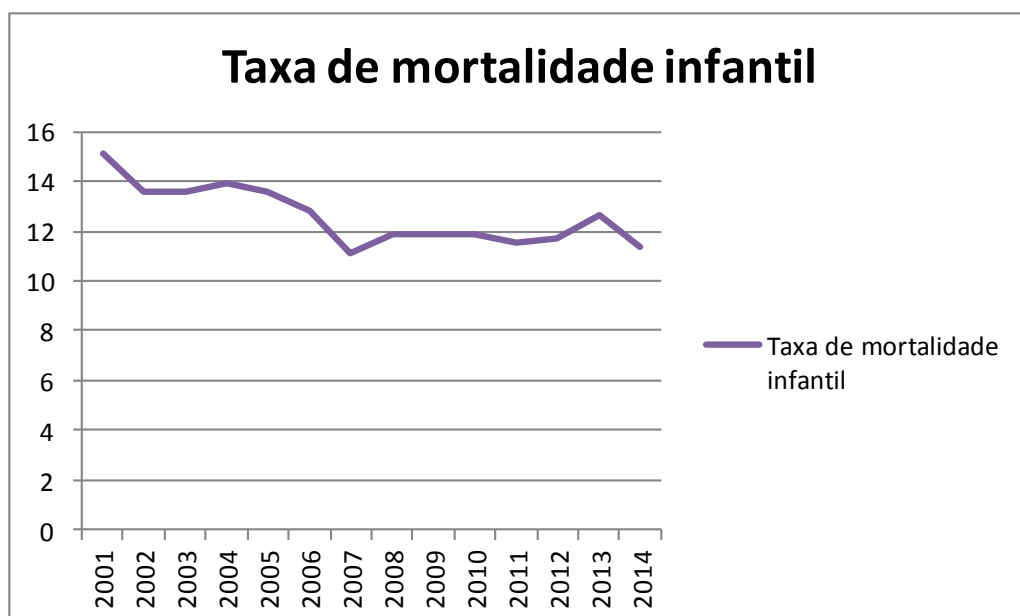
oportuno, demonstram a necessidade de aprimorar os processos de vigilância e investigação epidemiológica e ampliar a rede de serviços de atenção à saúde de pessoas com hepatites virais.

### 1.2.3.7. MORTALIDADE

#### Mortalidade infantil

A taxa de mortalidade infantil, que é o número de óbitos em menores de 1 ano para cada grupo de 1000 nascidos vivos no mesmo local e período, é um indicador de saúde sensível às condições socioeconômicas da população, saneamento básico, acesso e qualidade da assistência à saúde. Nos últimos 14 anos houve uma redução na taxa de mortalidade infantil no Distrito Federal. Observa-se, entretanto que a queda da mortalidade infantil ocorreu até 2007. A partir de então ocorreram pequenas oscilações, com aumentos e reduções (gráfico 3).

**Gráfico 18: Taxa de Mortalidade Infantil DF, 2001 A 2014**



Fonte: SIM/GIASS/DIVEP/SVS/SES

A região de saúde que tem maior taxa de mortalidade infantil é a Região de Saúde Leste com 13,5 óbitos infantis por 1.000 habitantes, seguida pela Região de Saúde Oeste com 12,5. Seguindo a ordem vem a Região Norte com 12,3, depois a Região Sudoeste com 11,8, a Região Sul com 10,6, a Região Centro Sul com 9,0 e por último a Região Centro Norte com 6,9, conforme se observa na tabela abaixo.

A seguir a tabela com a taxa de mortalidade infantil por Região Administrativa e por Regiões de Saúde

**Tabela 59: Taxa de Mortalidade Infantil por RA e Regiões de Saúde, 2014**

Regiões de Saúde	Regiões Administrativas	Óbito Infantil	*Taxa de Mortalidade Infantil
<b>Sudoeste</b>	Águas Claras	24	10,5
	Taguatinga	32	10,2
	Vicente Pires	8	10
	Samambaia	44	11,5
	Recanto das Emas	36	16,8
<b>Total da Região de Saúde</b>		<b>144</b>	<b>11,8</b>
<b>Centro Sul</b>	Guará	15	8,6
	SCIA (Estrutural)	4	5,5
	S I A	0	0
	Candangolândia	1	4,2
	Park Way	2	9,2
	Riacho Fundo II	10	16,8
	Riacho Fundo I	12	15,5
	Núcleo Bandeirante	3	6,9
	Lago Sul	0	0
Asa Sul	6	6,2	
<b>Total da Região de Saúde</b>		<b>53</b>	<b>9</b>
<b>Leste</b>	Itapoã	11	10,1
	jardim Botânico	3	10,8
	Paranoá	17	14
	São Sebastião	29	15,5
<b>Total da Região de Saúde</b>		<b>60</b>	<b>13,5</b>
<b>Norte</b>	Planaltina	42	13
	Fercal	2	11,9
	Sobradinho I	16	12,1
	Sobradinho II	13	10,9
<b>Total da Região de Saúde</b>		<b>73</b>	<b>12,3</b>
<b>Oeste</b>	Brazlândia	12	11
	Ceilândia	91	12,7
<b>Total da Região de Saúde</b>		<b>103</b>	<b>12,5</b>
<b>Sul</b>	Gama	20	8,8
	Santa Maria	29	12,3
<b>Total da Região de Saúde</b>		<b>49</b>	<b>10,6</b>
<b>Centro Norte</b>	Cruzeiro	5	12,8
	Asa Norte	9	6,5
	Lago Norte	2	6
	Sudoeste/Octogonal	3	4,8
	Varjão	1	5,4
<b>Total da Região de Saúde</b>		<b>20</b>	<b>6,9</b>

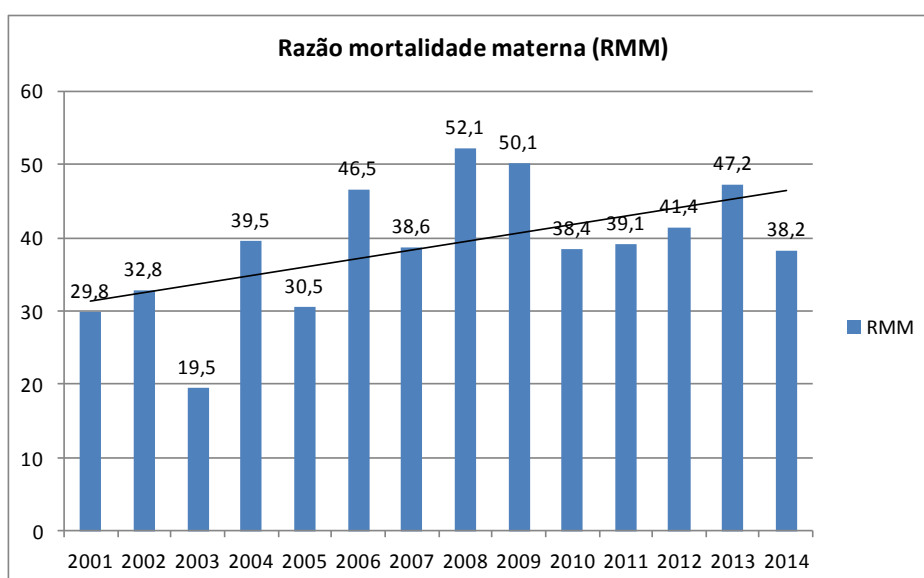
Fonte: SIM/GIASS/DIVEP/SVS/SES

## Mortalidade materna

A redução da mortalidade materna é um dos objetivos de desenvolvimento do milênio, que foram estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 2000, com o apoio de 191 nações. Para monitorar a mortalidade materna é usado um indicador denominado razão de mortalidade materna (RMM), que estima o risco de morte de mulheres durante a gravidez, o aborto, o parto e o puerpério até 42 dias após o parto. A meta de redução da RMM para o Brasil conforme os objetivos de desenvolvimento do milênio consistia em alcançar um valor para a RMM de, no máximo, 35 óbitos maternos por grupo de 100 mil nascidos vivos até 2015.

No Distrito Federal, após elevação em 2013 (47,2 óbitos por 100 mil nascidos vivos), a RMM caiu em 2014, atingindo o menor patamar desde 2006, com 38,2 óbitos por 100 mil nascidos vivos.

**Gráfico 19: Razão Mortalidade Materna**



Fonte: SIM/GIASS/DIVEP/SVS/SES

O número de óbitos caiu de 21 óbitos em 2013 para 17 óbitos em 2014. Apesar da queda, a RMM permanece acima da meta estabelecida para o objetivo do milênio e da registrada em países desenvolvidos, onde a taxa de mortalidade materna pode ser tão baixa quanto 10 óbitos por 100 mil nascidos vivos (SOUZA, 2013). As Regiões Administrativas com população mais carente do ponto de vista econômico apresentaram as maiores razões de mortalidade materna.

**Tabela 60: Número de óbitos maternos e Razão<sup>1</sup> de Mortalidade Materna (RMM) por local de residência - DF - 2006 a 2014<sup>2</sup>**

Local de Residência	2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014	
	N.º	RMM	N.º	RMM	N.º	RMM	N.º	RMM	N.º	RMM	N.º	RMM	N.º	RMM	N.º	RMM	N.º	RMM
<b>Águas Claras</b>	...	...	-	-	1	73,9	3	191,7	-	-	1	52,7	-	-	1	46,9	1	44,0
<b>Asa Norte</b>	-	-	1	64,3	-	-	1	68,3	1	71,8	1	73,2	-	-	-	-	-	-
<b>Asa Sul</b>	2	154,6	1	83,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Brazlândia</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	1	89,3	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Candangolândia</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Ceilândia</b>	2	25,6	4	53,3	8	108,0	5	67,0	1	13,9	2	27,5	7	101,0	6	82,8	5	69,7
<b>Cruzeiro</b>	1	80,3	-	-	-	-	1	224,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Fercal</b>	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	-	-	-	-	-	-
<b>Gama</b>	2	82,0	1	42,5	2	85,3	1	46,2	-	-	2	95,0	1	45,4	-	-	2	88,5
<b>Guará</b>	4	148,8	-	-	-	-	-	-	1	61,3	-	-	1	63,9	-	-	-	-
<b>Itapoã</b>	...	...	-	-	2	251,3	2	217,2	2	214,8	-	-	1	101,1	1	92,7	2	183,2
<b>Jardim Botânico</b>	...	...	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Lago Norte</b>	-	-	-	-	1	332,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Lago Sul</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>N. Bandeirante</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Paranoá</b>	1	50,5	-	-	-	-	1	84,7	-	-	-	-	1	88,2	2	170,1	-	-
<b>Park Way</b>	...	...	-	-	-	-	-	-	-	-	1	442,5	-	-	-	-	-	-

<b>Planaltina</b>	2	60,0	2	63,1	-	-	2	62,0	2	63,1	3	96,1	1	32,4	2	62,6	1	31,0
<b>Rec. das Emas</b>	3	136,9	-	-	-	-	2	95,3	1	49,0	1	49,2	1	48,3	-	-	1	46,6
<b>Riacho Fundo</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	129,0
<b>Riacho Fundo II</b>	...	...	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Samambaia</b>	2	52,8	2	53,3	4	107,0	2	53,5	1	26,6	1	27,6	1	26,0	1	25,1	3	78,3
<b>Santa Maria</b>	1	44,9	2	96,4	3	140,7	-	-	2	85,1	-	-	-	-	2	89,4	-	-
<b>São Sebastião</b>	-	-	-	-	3	183,5	-	-	-	-	1	60,2	1	57,8	-	-	-	-
<b>SCIA (Estrutural)</b>	...	...	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	152,4	-	-	1	137,4
<b>SIA</b>	...	...	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Sobradinho</b>	1	35,0	2	142,5	-	-	-	-	2	151,7	1	85,6	1	80,6	-	-	-	-
<b>Sobradinho II</b>	...	...	-	-	-	-	-	-	2	137,7	1	72,3	-	-	1	78,7	-	-
<b>Sudoeste/Octog.</b>	...	...	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	322,1	-	-
<b>Taguatinga</b>	-	-	1	23,6	1	23,3	2	44,5	-	-	2	54,6	1	27,1	3	83,7	-	-
<b>Varjão</b>	...	...	1	480,8	-	-	-	-	1	537,6	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Vicente Pires</b>	...	...	...	...	...	...	...	...	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Ign/Em Branco</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	21	46,5	17	38,6	25	56,7	22	50,1	17	38,4	17	39,1	18	41,4	21	47,2	17	38,2

1-Por 100.000 nascidos vivos. 2-Dados digitados até 02/07/2015. Fonte: SIM e Sinasc.

Nota:

#### Interpretação

- Estima a frequência de óbitos femininos, ocorridos até 42 dias após o término da gravidez, atribuídos a causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, em relação ao total de nascidos vivos. O número de nascidos vivos é adotado como uma aproximação do total de mulheres grávidas.
- Reflete a qualidade da atenção à saúde da mulher. Taxas elevadas de mortalidade materna estão associadas à insatisfatória prestação de serviços de saúde a esse grupo, desde o planejamento familiar e a assistência pré-natal, até a assistência ao parto e ao puerpério.

#### Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade materna, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Realizar comparações nacionais e internacionais, para o que se adota a definição internacional de morte materna, ocorrida até 42 dias após o término da gestação. Para determinadas análises no âmbito nacional, utiliza-se o conceito de mortalidade materna tardia (ver anexo I deste capítulo).
- Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas à atenção pré-natal, ao parto e ao puerpério.

Método de cálculo: Número de óbitos de mulheres residentes, por causas e condições consideradas de morte materna/Número de nascidos vivos de mães residentes x 100.000

No Distrito Federal, a maior parte dos óbitos maternos ocorreu nos hospitais públicos, com 74,1% dos óbitos maternos registrados no período de 2010 a 2014.

**Tabela 61: Número de óbitos maternos por coordenação de saúde de ocorrência<sup>1</sup> e tipo de estabelecimento - Distrito Federal - 2010 a 2014<sup>2</sup>**

Coord. de Saúde e Tipo de Estabelec.	2010	2011	2012	2013	2014	Total	
	nº	nº	nº	nº	nº	nº	%
<b>Asa Sul</b>	9	4	5	7	8	33	23,7
Públicos	6	2	4	4	5	21	15,1
Privados	3	2	1	3	3	12	8,6
<b>Sta Maria</b>	4	4	5	4	3	20	14,4
Públicos	4	4	5	4	3	20	14,4
<b>Ceilândia</b>	2	2	5	5	2	16	11,5
Públicos	2	-	4	5	1	12	8,6
Privados	-	2	1	-	1	4	2,9
<b>Taguatinga</b>	-	4	4	4	4	16	11,5
Públicos	-	2	1	-	1	4	2,9

Privados	-	2	3	4	3	12	8,6
<b>Gama</b>	5	1	4	1	4	15	10,8
Públicos	5	1	3	1	4	14	10,1
Privados	-	-	1	-	-	1	0,7
<b>Asa Norte</b>	8	4	1	1	-	14	10,1
Públicos	5	4	1	1	-	11	7,9
Privados	3	-	-	-	-	3	2,2
<b>Paranoá</b>	2	2	-	2	2	8	5,8
Públicos	2	2	-	2	2	8	5,8
<b>Planaltina</b>	2	2	1	1	1	7	5
Públicos	2	2	1	1	1	7	5
<b>Sobradinho</b>	1	1	1	-	-	3	2,2
Públicos	1	1	1	-	-	3	2,2
<b>Samambaia</b>	1	-	1	-	-	2	1,4
Públicos	1	-	1	-	-	2	1,4
<b>Brazlândia</b>	-	-	1	-	-	1	0,7
Públicos	-	-	1	-	-	1	0,7
<b>Outras/Ignorada</b>	-	1	2	1	-	4	2,9
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>25</b>	<b>30</b>	<b>26</b>	<b>24</b>	<b>139</b>	<b>100</b>
<b>Subtotal Públicos</b>	28	18	22	18	17	103	74,1
<b>Subtotal Privados</b>	6	6	6	7	7	32	23

1-Inclui residentes em outros estados. 2-Dados até 02/07/2015. Fonte: SIM.

As causas de óbito obstétricas diretas foram mais frequentes que as indiretas (tabela 62), indicando que a mortalidade materna pode ser reduzida com medidas que aumentem a efetividade da assistência ao pré-natal, parto e puerpério, pois as causas obstétricas diretas são resultado de complicações surgidas durante a gravidez, o parto e o puerpério, decorrentes de internações, omissões, tratamentos incorretos ou eventos associados a qualquer um desses fatores, por exemplo: doença hipertensiva específica da gravidez, hemorragias, aborto e infecção puerperal (BRASIL, 2012).

**Tabela 62: Número e proporção de óbitos maternos por tipo de causa - Distrito Federal - 2010 a 2014<sup>1</sup>**

Ano	Tipo de causa				Total	
	Obstétrica Direta <sup>2</sup>		Obstétrica Indireta <sup>3</sup>		n°	%
	n°	%	n°	%		
<b>2010</b>	10	58,8	7	41,2	17	100
<b>2011</b>	11	64,7	6	35,3	17	100
<b>2012</b>	12	66,7	6	33,3	18	100
<b>2013</b>	20	95,2	1	4,8	21	100
<b>2014</b>	12	70,6	5	29,4	17	100
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>72,2</b>	<b>25</b>	<b>27,8</b>	<b>90</b>	<b>100</b>

Dados até 02/07/2015. Fonte: SIM.

Notas:

*1-Morte Materna Obstétrica Direta: é aquela que ocorre por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. Corresponde aos óbitos codificados na CID 10 como: O00.0 a O08.9, O11 a O23.9, O24.4, O26.0 a O92.7, D39.2, E23.0 (estes últimos após criteriosa investigação), F53 e M83.0.*

*2-Morte Materna Obstétrica Indireta: É aquela resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez. Corresponde aos óbitos codificados na CID 10 como: O10.0 a O10.9; O24.0 a O24.3; O24.9, O25, O98.0 a O99.8, A34, B20 a B24 (estes últimos após criteriosa investigação).*

A hipertensão arterial na gestação, parto ou puerpério e a gravidez que termina em aborto (que inclui gravidez ectópica e complicações de abortos espontâneos e provocados), ambas causas obstétricas diretas, foram, nessa ordem, as duas principais causas de óbito materno no Distrito Federal, no período de 2010 a 2014, com 23,3% e 21,1% dos óbitos maternos, respectivamente. No Brasil, no período de 2010 a 2013, a hipertensão arterial na gestação, parto ou puerpério representou 19,9% dos óbitos maternos e a gravidez que termina em aborto, 8,3% dos óbitos maternos (BRASIL, 2015). Chama a atenção, o maior percentual no DF que no restante do País dos óbitos por gravidez que termina em aborto. Foram dezenove óbitos nesse grupo, sendo seis por gravidez ectópica e treze por complicações de abortamento ou tentativa de abortamento.

Em 2009, houve incremento da RMM no Brasil, atribuído à pandemia de influenza A H1N1. No Distrito Federal, em 2009, foram registrados quatro óbitos por doenças do aparelho respiratório complicando a gravidez, parto ou puerpério; em 2010, um óbito e, nos anos seguintes, nenhum.



A mortalidade materna, no Distrito Federal, foi maior nas mulheres de 40 a 49 anos, nas que não fizeram ou que tiveram poucas consultas de pré-natal, nas que iniciaram tardiamente o pré-natal, nas negras e nas sem escolaridade.

Houve ainda, no período de 2010 a 2014, o registro de 14 óbitos maternos tardios (que ocorreram de 43 dias a menos de um ano após o parto) e 32 óbitos maternos incidentais (sem relação com a gestação, parto ou puerpério).

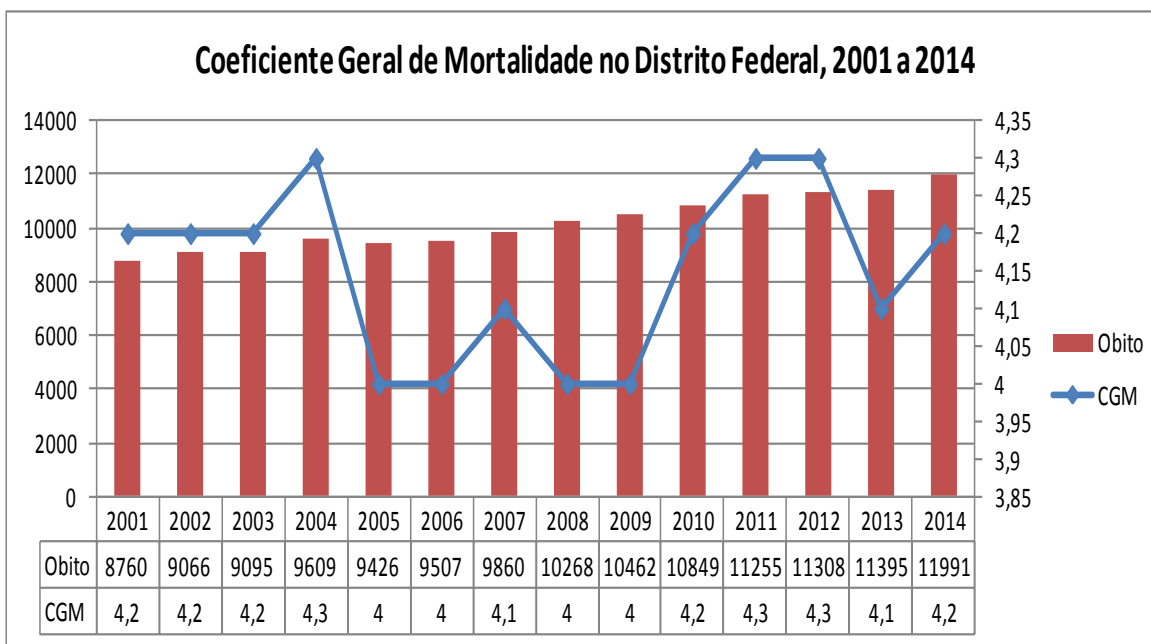
Uma das estratégias para a ampliação da captação (notificação) de óbitos é a investigação de óbitos de mulheres em idade fértil (de 10 a 49 anos), com o intuito de resgatar mortes maternas não declaradas. A meta do Brasil prevista para 2015, era atingir 85% de óbitos investigados de mulheres em idade fértil (BRASIL, 2012). A partir de 2010 foi implantado um módulo específico no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) para registro das investigações epidemiológicas de mulheres em idade fértil. Naquele ano a proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados foi superior a 85%, mas, em 2011, foi de apenas 68,8%. De 2012 a 2014, voltou a elevar-se, ultrapassando, outra vez, 85%. Entretanto, nos cinco anos, foram baixos os percentuais de óbitos cuja investigação foi encerrada oportunamente (até 120 dias após o óbito).

Com relação aos óbitos maternos, espera-se 100% de investigação (BRASIL, 2013), porém, nos últimos dois anos houve dois óbitos maternos de residentes no DF não investigados: um em 2013 e um em 2014.

### **Mortalidade geral**

Em 2014 ocorreram 11.991 óbitos não fetais entre os residentes do DF. Deste total, 6.832 foi de óbitos do sexo masculino, ou seja 56,97% e 5.158 (43,01%) de óbitos do sexo feminino. O coeficiente geral de mortalidade foi de 4,2 óbitos para cada grupo de 1000 habitantes, valor que tem se mantido na última década.

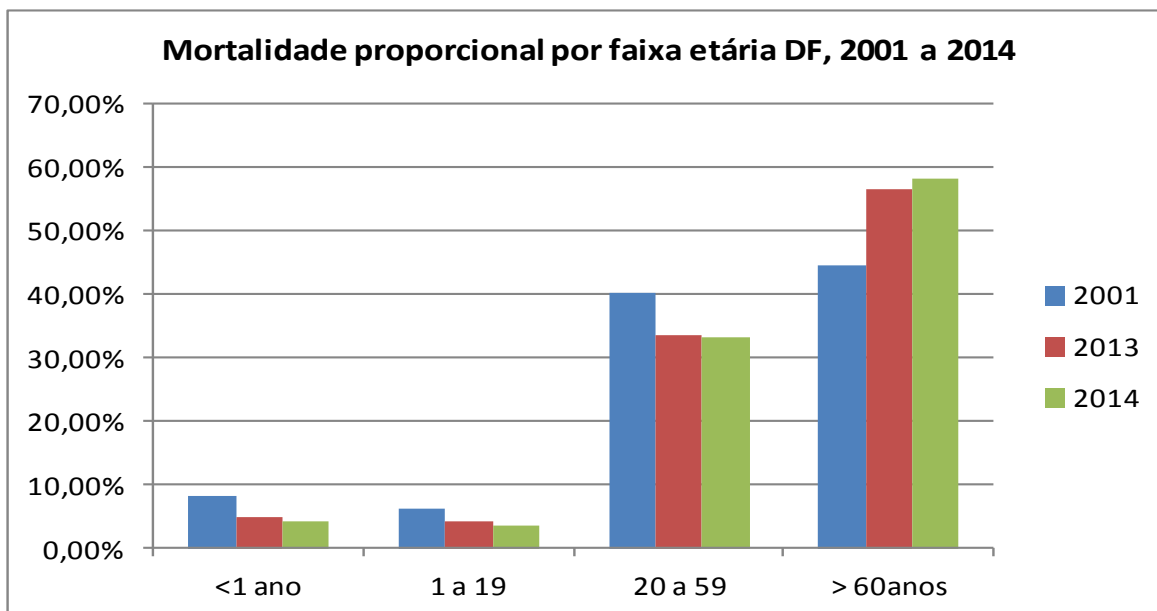
### **Gráfico 20 - Coeficiente Geral de Mortalidade no DF, 2001 A 2014**



Fonte: SIM/GIASS/DIVEP/SVS/SES

Neste mesmo ano, 4,23% de todos os óbitos ocorreram em menores de 1 ano, 3,66% entre 1 e 19 anos, 33,38% em mais da metade, 58,13%, ocorreu em idosos, com 60 anos ou mais. Comparando a mortalidade proporcional por faixa etária em 2001 e 2014 observa-se que houve uma diminuição em todas as faixas abaixo de 60 anos, em especial em menores de 1 ano. Por outro lado houve um aumento no percentual de óbitos em maiores de 60 anos no mesmo período (gráfico 06), reflexo dos efeitos do envelhecimento da população.

**Gráfico 21: Mortalidade Proporcional por Faixa Etária – DF 2001 A 2014**



Fonte: SIM/GIASS/DIVEP/SVS/SES

No DF, a taxa de mortalidade pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (neoplasias, diabetes mellitus, doenças do aparelho circulatório e doenças respiratórias crônicas) representa uma tendência crescente ao longo dos últimos anos chegando a 55,1% do total de óbitos no DF.

Dentre os principais óbitos, as doenças do aparelho circulatório foram a primeira causa de mortalidade no DF, responsáveis por cerca de 27,1% dos óbitos, seguidas pelas neoplasias, com 19,1% dos óbitos no DF. As doenças respiratórias crônicas ocupam o terceiro lugar com 5,1% na frequência de óbitos e o diabetes mellitus com 3,7% dos óbitos em 2014.

**Tabela 63: Ranking de Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no DF, 2014**

<b>Mortalidade pelas quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Distrito Federal, 2014</b>		
<b>Doenças</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Neoplasias(tumores)	2.294	19,1
Diabetes Mellitus	449	3,7
Doenças do Aparelho Circulatório	3.247	27,1
Doenças Respiratórias Crônicas	616	5,1
<b>Total óbitos por DCNT</b>	<b>6.606</b>	<b>55,1</b>
<b>Total óbitos DF</b>	<b>11.991</b>	<b>100</b>

Fonte: SIM (dados preliminares) e projeção do IBGE

Execução: NVEDNT/GEDANT/DIVEP/SVS/SES-DF\*Neoplasias(C00-C97)\*\* Diabetes (E10-E14)\*\*\*Doenças do aparelho circulatório(I00-I99); \*\*\*\*Doenças respiratórias crônicas (J30-J98)

A tabela abaixo demonstra o número de óbitos e coeficiente de mortalidade pelas quatro principais doenças crônicas, no DF, no ano de 2014. Observa-se que na Região Sudoeste ocorreu o maior número de mortes por neoplasias (573), diabetes (120) e doenças do aparelho circulatório (863). A Região Centro-Sul lidera o número de mortes por doenças respiratórias crônicas (157), seguida imediatamente pela Região Sudoeste.

**Tabela 64: Número de óbitos e coeficiente de mortalidade (por 100 mil habitantes) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e local de residência, Distrito Federal, 2014.**

<b>Região de Saúde</b>	<b>Região Administrativa (RA's)</b>	<b>Neoplasias*</b>		<b>Diabetes **</b>		<b>DAC***</b>		<b>DRC****</b>	
		<b>Número</b>	<b>Coef.</b>	<b>Número</b>	<b>Coef.</b>	<b>Número</b>	<b>Coef.</b>	<b>Número</b>	<b>Coef.</b>

Sudoeste	<b>RA 20 - Águas Claras</b>	62	54,73	15	13,24	104	91,81	13	11,48
	<b>RA3 - Taguatinga</b>	223	98,07	58	25,51	337	148,21	59	25,95
	<b>RA 30 - Vicente Pires</b>	42	64,3	4	6,12	72	110,24	17	26,03
	<b>RA12 - Samambaia</b>	163	74,16	30	13,65	227	103,28	41	18,65
	<b>RA15 - Recanto das Emas</b>	83	60,37	13	9,46	123	89,47	23	16,73
<b>Total da Região Sudoeste</b>		<b>573</b>		<b>120</b>		<b>863</b>		<b>153</b>	
Centro-Sul	<b>RA10 - Guará</b>	141	117,57	23	19,18	154	128,41	38	31,69
	<b>RA 25 - SCIA (Estrut.)</b>	18	54,6	1	3,03	20	60,62	4	12,12
	<b>RA 29 - S.I.A.</b>	0	0,0	0	0	2	74,03	1	37,01
	<b>RA19 - Candangolândia</b>	15	84,77	5	28,26	29	163,89	6	33,91
	<b>RA 24 - Park Way</b>	17	78,6	5	23,13	28	129,5	8	37
	<b>RA 21- R. Fundo II</b>	20	50,6	3	7,59	24	60,7	5	12,65
	<b>RA17 - R. Fundo I</b>	29	72,91	6	15,09	32	80,46	8	20,11
	<b>RA8 - N. Bandeirante</b>	24	87,61	7	25,55	39	142,37	4	14,6
	<b>RA16 - Lago Sul</b>	61	180,81	5	14,82	51	151,17	24	71,14
	<b>RA1 - Brasília (Asa Sul)</b>	224	95,91	38	16,27	268	114,75	59	25,26
	<b>Total da Região Centro-Sul</b>		<b>549</b>		<b>93</b>		<b>647</b>		<b>157</b>
Leste	<b>RA 28 - Itapoã</b>	28	56,63	3	6,07	21	42,47	4	8,09
	<b>RA 27- Jd. Botânico</b>	20	90,42	3	13,56	19	85,9	3	13,56
	<b>RA7 - Paranoá</b>	39	64,24	12	19,77	59	97,19	7	11,53
	<b>RA14 - São Sebastião</b>	51	54,65	10	10,72	67	71,8	16	17,15
<b>Total da Região Leste</b>		<b>138</b>		<b>28</b>		<b>166</b>		<b>30</b>	
Norte	<b>RA 6 - Planaltina</b>	123	65,08	35	18,52	193	102,12	43	22,75

	<b>RA 31 - Fercal</b>	5	50,88	1	10,18	9	91,58	2	20,35
	<b>RA5 - Sobradinho I</b>	95	110,96	11	12,85	122	142,5	20	23,36
	<b>RA 26 - Sobradinho II</b>	73	90,54	4	4,96	84	104,18	13	16,12
	<b>Total da Região Norte</b>	<b>296</b>		<b>51</b>		<b>408</b>		<b>78</b>	
Oeste	<b>RA4 - Brazlândia</b>	49	77,13	15	23,61	98	154,26	23	36,2
	<b>RA9 - Ceilândia</b>	338	75,95	77	17,3	555	124,7	95	21,35
	<b>Total da Região Oeste</b>	<b>387</b>		<b>92</b>		<b>653</b>		<b>118</b>	
Sul	<b>RA2 - Gama</b>	139	93,19	33	22,12	248	166,27	34	22,79
	<b>RA13 - Santa Maria</b>	94	72,27	18	13,84	132	101,48	18	13,84
	<b>Total da Região Sul</b>	<b>233</b>		<b>51</b>		<b>380</b>		<b>52</b>	
Centro-Norte	<b>RA11 - Cruzeiro</b>	35	89,4	3	7,66	34	86,85	4	10,22
	<b>RA1 - Brasília (Asa Norte)</b>	224	95,91	38	16,27	268	114,75	59	25,26
	<b>RA18 - Lago Norte</b>	39	106,79	8	21,91	39	106,79	11	30,12
	<b>RA 22 - Sudoeste/Octogonal</b>	29	51,95	1	1,79	35	62,69	6	10,75
	<b>RA 23 - Varjão</b>	8	78,26	1	9,78	7	68,48	3	29,35
	<b>Total da Região Centro-Norte</b>	<b>335</b>		<b>51</b>		<b>383</b>		<b>83</b>	

Fonte: SIM (dados preliminares) e projeção do IBGE Execução: NVEDNT/GEDANT/DIVEP/SVS/SES-DF \*Neoplasias(C00-C97)\*\*Diabetes (E10-E14)\*\*\*Doenças do aparelho circulatório(I00-I99);\*\*\*\*Doenças respiratórias crônicas (J30-J98).

## CAPÍTULO II

**HRG**



**HRT**



**HBDF**



**HMIB**



**HRS**



**HCB**



**HSVP**



**HRBz**



**HRSM**



**HRAN**



**HRP**



**HRPA**



**HRSam**



**HRC**



**HAB**



## A SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL

## 2. A SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL

### 2.1. DIVISÃO ADMINISTRATIVA DO DF

O DF é uma unidade federativa peculiar, não é um Estado, nem um Município. Por preceito constitucional não se pode organizar em municípios. Conforme Artigo 10, da Lei Orgânica do Distrito Federal: “O Distrito Federal organiza-se em Regiões Administrativas, com vistas à descentralização administrativa, à utilização racional de recursos para o desenvolvimento socioeconômico e à melhoria da qualidade de vida”. É um território autônomo, dividido em 31 regiões administrativas das quais apenas 19 possuem poligonais definidas, pois as fronteiras das regiões restantes ainda não foram aprovadas pela Câmara Legislativa do Distrito Federal.

Com a finalidade de facilitar a administração, o território do DF foi dividido nessas trinta e uma Regiões Administrativas – RA’s, estabelecidas por leis distritais, aprovadas e publicadas no período de 1964 a 2012. Esses elementos são balizadores para a definição das políticas públicas de saúde onde as ações devem ser pensadas não só para o conjunto da população brasiliense, mas também para o entorno que exerce forte pressão em diversas áreas setoriais: saúde, educação, segurança e habitação.

**Tabela 65: Lei e data de criação das Regiões Administrativas - Distrito Federal**

REGIÕES ADMINISTRATIVAS	LEI DE CRIAÇÃO	Data
<b>RA I – Brasília/Plano Piloto</b>	4.545	10/12/1964
<b>RA-II – Gama</b>	4.545	10/12/1964(1)
<b>RA-III - Taguatinga</b>	4.545	10/12/1964(1)
<b>RA-IV - Brazlândia</b>	4.545	10/12/1964(1)
<b>RA-V - Sobradinho</b>	4.545	10/12/1964(1)
<b>RA-VI - Planaltina</b>	4.545	10/12/1964(1)
<b>RA-VII - Paranoá</b>	4.545	10/12/1964(1)
<b>RA-VIII - Núcleo Bandeirante</b>	049	25/10/1989
<b>RA-IX - Ceilândia</b>	049	25/10/1989
<b>RA-X - Guará</b>	049	25/10/1989

<b>RA-XI - Cruzeiro</b>	049	25/10/1989
<b>RA-XII - Samambaia</b>	049	25/10/1989
<b>RA-XIII Santa Maria</b>	348	4/11/1992
<b>RA-XIV São Sebastião</b>	705	10/05/1994
<b>RA-XV Recanto das Emas</b>	510	28/07/1993
<b>RA-XVI Lago Sul</b>	643	10/01/1994
<b>RA-XVII Riacho Fundo</b>	620	15/12/1993
<b>RA-XVIII Lago Norte</b>	641	10/01/1994
<b>RA-XIX Candangolândia</b>	658	27/01/1994
<b>RA-XX Águas Claras</b>	3.153	06/05/2003
<b>RA-XXI Riacho Fundo II</b>	3.153	06/05/2003
<b>RA-XXII Sudoeste/Octogonal</b>	3.153	06/05/2003
<b>RA-XXIII Varjão</b>	3.153	06/05/2003
<b>RA-XXIV Park Way</b>	3.255	29/12/2003
<b>RA-XXV SCIA<sup>(2)</sup></b>	3.315	27/01/2004
<b>RA-XXVI Sobradinho II</b>	3.315	27/01/2004
<b>RA-XXVII Jardim Botânico</b>	3.435	31/08/2004
<b>RA-XXVIII Itapoã</b>	3.527	03/01/2005
<b>RA XXIX SIA<sup>(3)</sup></b>	3.618	14/07/2005
<b>RA XXX Vicente Pires</b>	4.327	26/05/2009
<b>RA XXXI Fercal</b>	4.745	29/1/2012

Fonte: Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios do Distrito Federal - PDAD/DF/CODEPLAN - 2013

Data ratificada pela Lei 049 de 25/10/1989.

SCIA - Setor Complementar de Indústria e Abastecimento. Inclui a Cidade Estrutural e Cidade do Automóvel

SIA - Setor de Indústria e Abastecimento.

## 2.2. ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE

O sistema de saúde no Distrito Federal caracteriza-se pela predominância de estabelecimentos de saúde sob a administração direta da SES DF. Do ponto de vista da regionalização, são 7 (sete) as Regiões de Saúde, compostas de diversos equipamentos de atenção em saúde. Compõe esta rede, 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), o Serviço de Atendimento Pré Hospitalar - SAMU composto por 30 viaturas básicas SBV , 7 avançadas SAV, 22 Motolâncias.

Hoje a rede pública de Saúde – SES DF se configura da seguinte forma:

## UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

**Tabela 66: Demonstrativo das Unidades Básicas de Saúde – UBS**

Região de Saúde	Unidades de Atenção Primária				
	Centro de Saúde Tradicional	Centro de Saúde da Família	Clínica da Família	Postos de Saúde (Rurais e Urbanos)	Unidades alugadas/comodato/cedida
<b>Centro Sul</b>	9	2	0	6	7
<b>Centro Norte</b>	8	0	0	0	3
<b>Oeste</b>	12	1	0	5	4
<b>Sudoeste</b>	13	1	7	3	6
<b>Norte</b>	6	2	2	11	13
<b>Leste</b>	2	1	0	8	15
<b>sul</b>	9	0	0	5	11
<b>Total Geral DF</b>	59	7	9	38	59
<b>Total de UBS</b>	<b>172 Unidades Básicas de Saúde</b>				

Fonte: Dados Atenção Primária: GEMA/DIGAPS/SAPS/SES, base SCNES, janeiro 2015;

## UNIDADES HOSPITALARES

São consideradas as Unidades Hospitalares, os hospitais regionais que se localizam nas regiões administrativas cujos atendimentos vão da emergência, da atenção secundária até média complexidade, sem fazer referência ou apoio a uma especialidade.

**Tabela 67: Unidades Hospitalares da rede SES DF**

Região de Saúde	Unidades Hospitalares (sem URD's)
<b>Centro-Sul</b>	HMIB HRGu
<b>Total da Região</b>	<b>2</b>
<b>Centro-Norte</b>	HRAN
<b>Total da Região</b>	<b>1</b>
<b>Oeste</b>	HRC HRBZ
<b>Total da Região</b>	<b>2</b>
<b>Sudoeste</b>	HRT HRSAM
<b>Total da Região</b>	<b>2</b>
<b>Norte</b>	HRS HRP
<b>Total da Região</b>	<b>2</b>

<b>Leste</b>	HRPa
<b>Total da Região</b>	<b>1</b>
<b>Sul</b>	HRG HRSM
<b>Total da Região</b>	<b>2</b>
<b>Total Geral DF</b>	<b>12</b>

Fonte: SUPRAC - DICOAS - GECOAS - NCET janeiro 2015

### **UNIDADES DE REFERÊNCIA DISTRITAIS - URD**

São Unidades Públicas de atenção à saúde vinculadas diretamente à SES DF, destacadas por seus atributos de complexidade, especialização ou finalidade como de referência para todas as CGS. Sem prejuízo da inclusão de novas unidades e serviços, por portaria específica da SES DF, são Estabelecimentos de Referência Distrital para efeito desta Norma, os listados a seguir:

1. Hospital de Base do Distrito Federal/ HBDF;
2. Hospital São Vicente de Paula/ HSVP;
3. Hospital de Apoio de Brasília/ HAB;

*Nota:*

*O Hospital da Criança de Brasília – HCB com a conclusão do bloco II passará a ser uma Unidade de Referência Distrital,*

*O Hospital Universitário de Brasília – HUB com a efetivação do contrato integrará a rede de saúde da SES DF com mais serviços à população.*

*O Instituto de Cardiologia do Distrito Federal – ICDF é uma entidade sem fins lucrativos e é contratada pela SES para prestar serviços de cardiologia de média e alta complexidade. Trata-se de serviços complementares conforme portaria PT 1034, de 5 de maio de 2010.*

### **UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO – UPAS**

1. UPA Ceilândia;
2. UPA Samambaia;
3. UPA Núcleo Bandeirante;
4. UPA São Sebastião;
5. UPA Recanto das Emas;
6. UPA Sobradinho.

### **UNIDADES DE APOIO:**

- 01 central de radiologia;
- 02 laboratórios regionais;
- 01 Centro de Orientação Médico-Psicopedagógica - COMPP;
- 01 Laboratório Central - LACEN;
- 22 Núcleos de Inspeção de Saúde;
- 01 Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA;
- 01 Diretoria de Saúde Ocupacional - DSOC,
- 01 Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), mantenedora de três instituições de ensino, a Escola Superior de Ciências da Saúde - ESCS, a Escola Técnica de Brasília – ETESB e a Escola de Aperfeiçoamento do SUS (EAP-SUS);
- 01 Fundação Hemocentro de Brasília – FHB;
- 01 Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO.

## CENTRO DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA:

- 01 Centro de Alta Complexidade em Oncologia no HBDF (CACON)

## CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS - CEO

A Rede SES possui 10 Centros de Especialidades Odontológicas – CEO:

1. Unidade Mista de Taguatinga – CEO tipo II
2. Hospital Regional da Asa Norte – CEO tipo II
3. Hospital Regional de Planaltina – CEO tipo II
4. Hospital Materno Infantil de Brasília – CEO tipo II
5. CEO 712/912 Sul – CEO tipo II
6. Hospital Regional da Ceilândia – CEO tipo I
7. Centro de Saúde 11 da Ceilândia – CEO tipo III
8. Hospital Regional de Santa Maria – CEO tipo I
9. Hospital Regional de Sobradinho – CEO tipo II
10. Hospital Universitário de Brasília – CEO TIPO II

## CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS:

No DF os CAPS correspondem a 17 no total e estão distribuídos dessa forma:

1. CAPS I (ISM) – Riacho Fundo
2. CAPS II –Paranoá;
3. CAPS II - Planaltina;
4. CAPS II - Taguatinga;
5. CAPS II – Samambaia;
6. CAPS ad II – Guará;
7. CAPS ad II – Sobradinho;
8. CAPS ad II - Santa Maria;
9. CAPS ad II – Itapoã;
10. CAPS ad III – Ceilândia;
11. CAPS ad III - Samambaia;
12. CAPS ad III – Candango - Brasília;
13. CAPS ad i III - Taguatinga;
14. CAPS ad i III – Brasília;
15. CAPS i II – Sobradinho;
16. CAPS i II – Brasília.
17. CAPS i – Recanto das Emas.

## LEITOS HOSPITALARES – CAPACIDADE INSTALADA NA SES

Leitos Públicos Total

**Tabela 68: Consolidado Capacidade Instalada de leitos públicos da SES DF**

<b>TOTAL DE LEITOS HOSPITALARES</b>	<b>TOTAL GERAL DAS REGIÕES DE SAÚDE</b>	<b>TOTAL - REGIÕES + HBDF + HCB+ HSVP + HAB</b>	<b>TOTAL - REGIÕES +URD +CONVENIADOS+ CONTRATADOS</b>
TOTAL GERAL DE LEITOS	3206	4121	4492
TOTAL GERAL DE LEITOS SEM UTI	2930	3758	4074

Nota: Vitorias realizadas

Dados gerenciados pela GECES/DICOAS/SUPRAC SES, julho 2015

Leitos Conveniados de UTI

**Tabela 69: Capacidade Instalada de Leitos Conveniados - UTI**

Região de Saúde	Região Administrativa	Estabelecimento de Saúde Hospitais Conveniados	Leitos de UTI			Total
			UTI Adulto	UTI Pediátrica	UTI Neonatal	
Centro Norte	Asa Norte	Hospital Universitário de Brasília	4	0	4	8

Fonte: GCCH/DICOAS/SUPRAC Junho 2015.

Leitos Privados de UTI

**Tabela 70: Capacidade Instalada de Leitos Privados - UTI**

Região de Saúde	Região Administrativa	Estabelecimento de Saúde Hospitais Privados/Contratados	Leitos de UTI			Total
			UTI Adulto	UTI Pediátrica	UTI Neonatal	
Centro Norte	Cruzeiro	Instituto de Cardiologia de Brasília	17	0	0	17
	Cruzeiro	Hospital São Mateus	11	0	0	11
<b>TOTAL</b>						<b>28</b>

Fonte: GCCH/DICOAS/SUPRAC Junho 2015.

### **Dados Consolidados dos Estabelecimentos SES por Região de saúde**

A seguir apresentamos os dados dos Estabelecimentos de Saúde da SES DF demonstrados no quadro contendo os dados das Unidades Hospitalares, de Atenção Primária, de Urgência e Emergência, de Atenção Psicossocial, de vigilância em Saúde por Região de Saúde:

#### **Quadro 1: Estabelecimentos de Saúde SES DF**

Região de Saúde	Região Administrativa (RA's)	População 2014	Estabelecimentos de Saúde											
			Unidades Hospitalares (sem URD's)	Unidades de Atenção Primária					Unidades Urgência e Emergência			Unidades de Atenção Psicossocial (CAPS)	Unidades de Vigilância em Saúde (Núcleos de Inspeção)	
				Centro de Saúde Tradicional	Centro de Saúde da Família	Clínica da Família	Postos de Saúde (Rurais e Urbanos)	Unidades alugadas/comodato/cedida	PS	UPA	Sala Vermelha			
Centro-Sul	RA1 - Brasília (Asa Sul)	96963	HMIB	2	0	0	0	0	0	HMIB, HBDF*	0	2	2	1
	RA16 - Lago Sul	33738		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	RA8 - N. Bandeirante	27394	0	1	0	0	0	1	1	CSNB 02	1	1	0	1
	RA17 - R. Fundo I	39773	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1
	RA 21- R. Fundo II	39536	0	0	1	0	3	2	2	0	0	0	0	0
	RA 24 -Park Way	21621	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	RA19 - Candangolândia	17695	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	RA 29 - S.I.A.	2702	HRGu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	RA 25 - SCIA (Estrut.)	32995		0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0
RA10 - Guará	119927		3	0	0	1	2	2	HRGu	0	1	1	1	
<b>Total da Região</b>	<b>432.344</b>	<b>2</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>		
Centro-Norte	RA1 - Brasília (Asa Norte)	136586	HRAN	4	0	0	0	3	3	HRAN	0	0	1	1
	RA18 - Lago Norte	36521		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	RA11 - Cruzeiro	39150		2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	RA 23 - Varjão	10223		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	RA 22 - Sudoeste/Octogonal	55828		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total da Região</b>	<b>278.308</b>													
Oeste	RA9 - Ceilândia	445058	HRC	11	0	0	2	1	1	HRC	1	3	1	1
	RA4 - Brazlândia	63531	HRBZ	1	1	0	3	3	3	HRBz	0	0	0	1
<b>Total da Região</b>	<b>508.589</b>	<b>2</b>	<b>12</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	
Sudoeste	RA3 - Taguatinga	227379	HRT	8	0	0	0	0	0	HRT, HSVP*	0	0	2	2
	RA 20 - Águas Claras	113282		0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1

Região de Saúde	Região Administrativa (RA's)	População 2014	Estabelecimentos de Saúde										
			Unidades Hospitalares (sem URD's)	Unidades de Atenção Primária					Unidades Urgência e Emergência			Unidades de Atenção Psicossocial (CAPS)	Unidades de Vigilância em Saúde (Núcleos de Inspeção)
				Centro de Saúde Tradicional	Centro de Saúde da Família	Clínica da Família	Postos de Saúde (Rurais e Urbanos)	Unidades alugadas/comodato/cedida	PS	UPA	Sala Vermelha		
Sudoeste	RA 30 - Vicente Pires	65314		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	RA12 - Samambaia	219794	HRSAM	3	1	4	1	1	HRSAM	1	1	2	1
	RA15 - Recanto das Emas	137479		2	0	2	1	5	0	1	1	0	1
<b>Total da Região</b>		<b>763.247</b>	<b>2</b>	<b>13</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Norte	RA5 - Sobradinho I	85613	HRS	2	0	1	3	1	HRS	0	0	2	1
	RA 26 - Sobradinho II	80627		1	0	1	0	5	0	1	1	0	0
	RA 31 - Fercal	9827		0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	RA 6 - Planaltina	188990	HRP	3	2	0	8	6	HRP	0	0	1	1
<b>Total da Região</b>		<b>365.057</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2</b>
Leste	RA7 - Paranoá	60708	HRPa	1	0	0	4	2	HRPa	0	0	1	1
	RA 27- Jd. Botânico	22119		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	RA 28 - Itapoã	49447		0	1	0	1	0	0	0	0	1	0
	RA14 - São Sebastião	93318		1	0	0	3	13	UMSS	1	1	0	1
<b>Total da Região</b>		<b>225.593</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>15</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
Sul	RA2 - Gama	149158	HRG	7	0	0	2	7	HRG	0	0	0	1
	RA13 - Santa Maria	130076	HRSM	2	0	0	3	4	HRSM	0	0	1	1
<b>Total da Região</b>		<b>279.234</b>	<b>2</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>Total Geral DF</b>		<b>2.852.372</b>	<b>12</b>	<b>59</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>38</b>	<b>59</b>	<b>14</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>17</b>	<b>22</b>

Fontes: População DF: DIVEP 2014 /SVS/SES DF Para estimar a população dos Distritos aplicaram-se as proporções obtidas pela Divep de acordo com o Censo de 2010 - IBGE.

População Ride: IBGE Estimativa pop. 2014, disponível no TABNET/ DATASUS; Dados Atenção Primária: GEMA/DIGAPS/SAPS/SES, base SCNES, janeiro 2015;Dados urgência e emergência: DIURE/SAS/SES, maio 2015,SCNES/DATASUS;CAPS:DISAM/SAS/SES março 2015;Núcleos de Inspeção: GECES/DICOAS/SUPRAC/SES base DATASUS.

## CAPÍTULO III



### **ATENÇÃO À SAÚDE**

Atenção Primária à Saúde  
Atenção Especializada  
Redes de Atenção  
Vigilância em Saúde  
Regulação da Atenção à Saúde

### **GESTÃO DO TRABALHO NA SAÚDE**

### **GESTÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS**

### **REGIONALIZAÇÃO**

### **CIÊNCIA, TECNOLOGIA, PRODUÇÃO E INOVAÇÃO EM SAÚDE**

### **OUVIDORIA**

### **PLANEJAMENTO, CONTROLE, AVALIAÇÃO**


### **GESTÃO FINANCEIRA E ORÇAMENTÁRIA**

### 3. GESTÃO DO SUS NA REDE SES

#### 3.1 ATENÇÃO À SAÚDE

##### 3.1.1. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária tem sua Diretriz e seus objetivos focados no eixo I:  
Modelo de Atenção:

<p><b>EIXO 01: MODELOS DE ATENÇÃO</b></p> <p><b><u>D1 – Ampliação e qualificação das Ações de saúde a toda população em suas necessidades específicas</u></b></p> <p>Obj. 1.1.1. Fortalecer a política de Atenção Primária à saúde com foco na expansão da Estratégia da Saúde da Família;</p> <p>Obj.1.1.4. Desenvolver serviços e ações de saúde para segmentos das populações vulneráveis e com necessidades específicas e riscos à saúde prioritários de forma integral e humanizada;</p> <p>Obj. 1.1.5. Fortalecer as ações referentes à Política Distrital de Práticas Integrativas em saúde na rede SES DF;</p> <p>Obj.1.1.6. Aprimorar as ações de Atenção Domiciliar com ênfase na desospitalização.</p>	 <p>Logo of 'Saúde da Família' (Family Health) featuring a stylized house, a person, and a heart, with the text 'Saúde da Família' below it.</p>
---	---

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem papel fundamental na estruturação dos serviços de saúde do DF. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da equidade e da participação social. Com isso, ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação e inserção com a Rede de Atenção à Saúde.

A Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES-DF), dentro de sua política de qualificação da atenção à saúde tem como decisão inalienável a reestruturação e expansão da Atenção Primária à Saúde (APS). Do ponto de vista estratégico, a valorização da APS contribui de forma decisiva para a reversão do atual modelo de atenção à saúde do DF.

A SES-DF busca uma atenção primária fortalecida e ordenadora de toda a Rede de Atenção à Saúde. E em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define a Estratégia Saúde da Família como o modelo de organização da APS.

#### **Estratégia Saúde da Família no DF**

Com a estrutura atual, o DF conta com 172 Unidades Básicas de saúde de portes e distribuição variáveis, cujas pessoas são atendidas por equipes multiprofissionais com território adstrito. Os Centros de Saúde que funcionam no modelo tradicional de Atenção Primária possuem a atenção médica fragmentada entre as seguintes especialidades médicas: clínica médica, gineco-obstetrícia e



pediatria, os demais centros funcionam como Clínicas da Família. Na lógica da Estratégia de Saúde da Família, há 242 equipes de Saúde da Família completas, perfazendo uma cobertura populacional de ESF de 25,45% em junho de 2015. No entanto, a taxa de cobertura de atenção primária é de 63,32% para o mesmo mês.

**Tabela 71: Situação da Cobertura da Atenção Primária à Saúde no DF**

Região de Saúde	Situação Atenção Primária à Saúde	
	Cobertura ESF da Região de Saúde %	Cobertura APS da Região de Saúde %
<b>Centro Sul</b>	19,43	77,02
<b>Centro Norte</b>	1,08	35,57
<b>Oeste</b>	22,41	67,83
<b>Sudoeste</b>	26,73	47,56
<b>Norte</b>	30,41	54,24
<b>Leste</b>	41,22	29,01
<b>sul</b>	41,9	109,59
<b>Total Geral DF</b>	<b>25,45</b>	<b>63,32</b>

Fonte: Dados Atenção Primária: GEMA/DIGAPS/SAPS/SES, base SCNES, junho 2015;

A meta estruturante da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde (SAIS) nestes quatro anos é a expansão e qualificação da Estratégia de Saúde da Família e qualificar todos os serviços de Atenção Primária à Saúde, apresentando assim um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do DF, tais como: Equipes Saúde da Família, Equipe Saúde Rural, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde, Consultório de Rua, entre outros.

Isso exigirá investimentos em infraestrutura, em suprimento de insumos, em qualificação profissional, modernização dos processos de trabalho e desenvolvimento de estudos e pesquisas na área de monitoramento e avaliação da APS. Portanto, uma das principais propostas para o período 2016-2019 é aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Estratégia Saúde da Família para 50% até 2019, com o fortalecimento dos NASF's (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) e comunidades, conforme proposto na 9ª Conferência Distrital de Saúde.

Com o objetivo de expandir e qualificar a oferta da atenção primária em saúde por meio da Estratégia de Saúde da Família e de políticas públicas transversais, para a oferta de ações voltadas à educação dos cidadãos propõe-se a ampliação gradual da Saúde da Família com a construção de 64 UBS nas Regiões Administrativas da Asa Norte, Ceilândia, Gama, Paranoá, Planaltina, Recanto das Emas, Samambaia, Santa Maria, Sobradinho e Taguatinga, dentre outras, ampliação de 18 Unidades e reforma de 69 Unidades Básicas de Saúde já existentes. As obras serão implementadas com recursos próprios do GDF, recursos de repasses do Ministério da Saúde para o Fundo de Saúde do DF, convênios com o Ministério da Saúde e provenientes de organismos internacionais.

## **Populações Vulneráveis**

A Atenção Primária busca implementar políticas de atenção à saúde a populações vulneráveis, com objetivo de contribuir para a ampliação da consciência e do exercício da cidadania das populações vulneráveis, de modo a promover uma atenção à saúde integral e equânime, além de conferir a esses segmentos populacionais parte da responsabilidade na gestão das políticas de saúde, fortalecendo o controle social

A seguir, as populações acompanhadas nos programas da Atenção Primária no DF.

### **✓ População de Rua**

A atenção à saúde da população em situação de rua se dá principalmente por meio das 03 equipes de Consultório na Rua localizadas no Plano Piloto, Taguatinga e Ceilândia. Está em processo de elaboração o Protocolo de serviços das Equipes de Consultório na Rua. Os principais desafios são a consolidação das equipes de Consultório na Rua e a garantia de acesso da população em situação de rua aos demais serviços da rede.

### **✓ População do Campo**

A atenção à saúde da população do campo é realizada fundamentalmente por equipes de saúde da família. Hoje são 36 equipes que atendem em torno de 55% da população residente nas áreas rurais do DF. É realizado periodicamente o rastreamento de intoxicação exógena por agrotóxicos em produtores/ trabalhadores rurais, em parceria com a SVS e Emater. O principal desafio é ampliar a cobertura assistencial da APS a 100% da população do campo.

### **✓ População em Situação de Pobreza**

A coordenação das políticas de equidade é de responsabilidade da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde - SAIS, além da coordenação das equipes e de programas específicos executados no âmbito da Política de Atenção à Saúde como o Programa Bolsa Família.

Programa Bolsa Família - O programa é coordenado pela Atenção Primária à Saúde desde 2011. Na segunda vigência de 2014 de um total de 74.477 famílias beneficiárias com perfil saúde, 28.875 foram acompanhadas, 38,77%. Na primeira vigência de 2015 temos 70.086 famílias com perfil saúde e até o dia metade do mês de junho, 15.626 foram acompanhadas, 22,29%. Há necessidade de ampliar o percentual de famílias acompanhadas e qualificar o acompanhamento.

### **✓ População LGBT**

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

### ✓ **População Negra**

A atenção à saúde da população negra tem como frente principal de trabalho a coordenação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN). Tem como primeiro desafio implantar adequadamente a coleta do quesito raça, cor, nos serviços de saúde, conforme portaria de nº 201 de 03 de outubro de 2014, construir estratégias de enfrentamento ao racismo institucional nos serviços de saúde.

### ✓ **População Prisional**

A Assistência à Saúde para o Sistema Prisional compreende ações individuais e coletivas visando promover, prevenir, reduzir e/ou eliminar riscos e agravos à saúde da população privada de liberdade do Distrito Federal, por meio de serviços de atenção primária que atendam em caráter complementar às necessidades das urgências e emergências em saúde.

A SES-DF possui 13 equipes que atendem os internos distribuídos nas sete unidades prisionais do DF, a saber: 01 unidade no Guará, 02 unidades no Gama, 04 unidades em São Sebastião. Em 2015 a população prisional no DF teve um total de 14.325 pessoas com uma cobertura assistencial de 52% da população.

Para o período estão previstas promoções de ações individuais e coletivas visando prevenir, reduzir e/ou eliminar riscos e agravos das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional do DF com ênfase nas ações de atenção básica, buscando a universalidade do acesso, a equidade e integralidade buscando o cumprimento da Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014 -Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).

### ✓ **Práticas Integrativas em Saúde**

A SES-DF, em conformidade com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS (PNPIC), busca incorporar as ações e serviços de medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na APS, voltada para o cuidado continuado e integral em saúde.

Na Secretaria de Estado de Saúde (SES) do DF são oferecidos os serviços em 14 modalidades destas práticas (Acupuntura, Arteterapia, Automassagem, Fitoterapia e Plantas Medicinais, Hatha Yoga, Homeopatia, Lian Gong, Medicina e Terapias Antroposóficas, Meditação, Musicoterapia, Reiki, Shantala, Tai Chi Chuan e Terapia Comunitária Integrativa), cuja oferta maior está alocada na Atenção Primária à Saúde. Além dessas práticas há também a Dança Sênior e a Terapia de Redução do Estresse, em fase de institucionalização na rede. Em 2015, 289 Profissionais de Saúde atuaram em PIS em 109 Unidades por todas as Regionais de Saúde do DF. Atualmente tem-se 210 ofertas de serviços de PIS à população.

Considerando o custo-efetividade dessas práticas na promoção, prevenção e reabilitação em saúde e tendo servido como ferramentas estratégicas na gestão do cuidado, o principal desafio para o próximo período consiste na continuidade da incorporação dessas práticas na organização do cuidado ao paciente no âmbito individual e coletivo dentro de uma estratégia de aprimoramento dos mecanismos de gestão da APS nos níveis central, regional e local da SES-DF para a integração efetiva e permanente dessas práticas ao conjunto das demais práticas de cuidado.

### **Atenção Domiciliar**

A atenção domiciliar é uma modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, à humanização da atenção, à desinstitucionalização e à ampliação da autonomia dos usuários.

Atualmente o Programa de Internação Domiciliar do Distrito Federal – PID DF – atua com 16 (dezesseis) equipes multiprofissionais localizadas nas 15 Regionais de Saúde da SES-DF (Asa Norte, Asa Sul, Brazlândia, Ceilândia, Gama, Guará, Núcleo Bandeirante, Paranoá, Planaltina, Recanto das Emas, Samambaia, Santa Maria, São Sebastião, Sobradinho e Taguatinga). Essas equipes são formadas, prioritariamente, por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, fisioterapeuta e/ou assistente social. Hoje contamos com 1.171 pacientes ativos, considerando os cadastrados no Programa de Oxigenoterapia Domiciliar, que tem por objetivo facilitar o acesso dos pacientes portadores de patologias que cursam com hipoxemia crônica.

Os principais desafios da atenção domiciliar são: o credenciamento de novas equipes, aprimoramento do monitoramento e avaliação dos indicadores em AD, aperfeiçoar o fluxo de desospitalização, criar e atualizar os protocolos assistenciais. Visando o objetivo de atingir 80% de pacientes elegíveis a atenção domiciliar em 2019.

### **Saúde Bucal**

A atual estrutura física da Saúde Bucal existente e gerenciada pela SES/DF é composta de unidades odontológicas de atenção básica distribuídas em centros de saúde, equipes de saúde da família e nos hospitais regionais.

As unidades odontológicas de média complexidade, que atua, como serviços de referência, estão instaladas em hospitais regionais, unidades mistas e nos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO.

A alta complexidade é realizada no HBDF e o Hospital de Apoio de Brasília que oferecem atendimento odontológico aos usuários referenciados pelos demais serviços. O quantitativo de unidade por tipo serviço segue na tabela abaixo:

**Tabela 72: Demonstrativo das Unidades e Consultórios odontológicos**

<b>Unidade</b>	<b>Número de Consultórios Odontológicos</b>
<b>Hospitais</b>	72
<b>Centro de Saúde</b>	219
<b>Equipes de Saúde Bucal – ESF</b>	87
<b>Equipes de Saúde Bucal – EACS</b>	3
<b>UPA</b>	7
<b>Sistema Prisional</b>	13
<b>Demais Unidades (unidades mistas, CEO 712/912 sul, Hemocentro)</b>	21
<b>Total</b>	422

Fonte: Geo/SAS – julho / 2015

### **Estrutura de Saúde Bucal na Atenção Primária**

O Distrito Federal dispõe atualmente de 90 Equipes de Saúde Bucal (ESB) constituídas (87 ESF + 3 EACS), modalidade I, dentro da Estratégia de Saúde da Família, atualmente não existem equipes na modalidade II. Uma Equipe modalidade I é composta de 01 Cirurgião-Dentista - CD e 01 Auxiliar de Consultório Dentário - ACD e uma Equipe Modalidade II é composta de 01 Cirurgião-Dentista, 01 Auxiliar de Consultório Dentário e 01 Técnico de Higiene Dental, todos com carga horária de 40 horas semanais.

A Cobertura Populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde Bucal em 2015 foi de 28,89%, considerando o aumento populacional progressivo nas Regiões Administrativas será necessário constituir novas equipes para a ampliação da cobertura. A Média da Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada foi de 0,26%.

Para o período de 2016-2019 a Saúde Bucal espera:

Implementar a reestruturação da Política Distrital de Saúde Bucal que solidifica a universalização do atendimento, fazendo busca ativa através das Equipes de Saúde Bucal da estratégia de Saúde da Família, na comunidade das necessidades odontológicas da mesma, e acolhendo os pacientes dos grupos de atendimento ao usuário dentro das Unidade de Saúde (Idoso, Tabagismo, Diabetes, Hipertensão, Crescimento e Desenvolvimento, Gestante, entre outros), fazendo um atendimento integral sem limitação ou priorização de faixa etária.

Trabalharemos com a intenção de termos em todas as Regiões de Saúde ao menos um local de encaminhamento para atenção no terceiro turno no âmbito odontológico para facilitar o atendimento ao trabalhador diurno.

Ampliar o número de Equipes de Saúde Bucal em mais 50 equipes, sendo 10 consistidas em 2016, 10 em 2017, 15 em 2018 e outras 15 em 2019. Além disso, planeja-se a implantação de centros de especialidades odontológicas tipo III com equipagem e contratação de profissionais, a ampliação do número de CEO Tipo II em 03 novos CEO totalizando então o número de 14 CEO's.

### 3.1.2. ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE

A Atenção Especializada tem suas Diretrizes e seus objetivos focados no eixo I - Modelo de Atenção e III – Infraestrutura e Logística::

#### EIXO 01: MODELOS DE ATENÇÃO

##### **Diretriz 1 – Ampliação e qualificação das Ações de saúde a toda população em suas necessidades específicas**

Obj. 1.1.7. Estabelecer a Gestão da Qualidade na SES DF com ênfase no Programa Nacional de Segurança do Paciente;

Obj. 1.1.8. Aperfeiçoar a Gestão de Leitos para execução sistemática em todos os hospitais da rede SES DF.

Obj. 1.1.9. Ampliar o acesso e a qualidade da Atenção Especializada (média e alta complexidade);

Obj. 1.1.10. Ampliar e otimizar a Rede de Assistência Farmacêutica em todas as Regiões de Saúde do DF de forma integral e qualificada.



As ações e serviços necessários para a execução das redes de assistência são extensos e têm várias interfaces com as diferentes áreas de atuação da saúde e com outros órgãos setoriais do governo. . Neste sentido, consideramos a Atenção de Média e Alta Complexidade – MAC, como a continuidade da Atenção Básica – AB, e parte indispensável das redes integradas de assistência, realizada por profissionais especializados, em serviços qualificados, com utilização de tecnologia, apoio diagnóstico e terapêutico sendo, em muitas vezes, de alto custo.

No contexto da organização vigente na Secretaria de Saúde do Distrito Federal, a atenção especializada é realizada predominantemente nos hospitais da rede própria. Nesse contexto, é necessário para seu fortalecimento o incremento da qualidade dos serviços secundários e terciários prestados à população, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, a ampliação do acesso, pela complementariedade de serviços, o acolhimento eficiente e humanizado para o atendimento integral e resolutivo.

O Distrito Federal possui uma rede hospitalar heterogênea em termos de complexidade e incorporação tecnológica e desempenha papel de referência de atenção especializada não apenas para a sua região de abrangência, mas, sobretudo para a população de outras regionais de saúde e estados vizinhos – principalmente Goiás, Minas Gerais e Bahia. A discussão sobre os papéis dos hospitais do Distrito Federal se baseia no desenvolvimento de novas atividades de atenção secundária para as regiões periféricas de Brasília, e consequente desconcentração de forma estruturada da atual oferta de serviços terciários, garantindo maior equilíbrio entre as diferentes regiões, bem como, melhor aproveitamento da capacidade instalada nas regiões centrais.

Ainda, com vistas ao aumento e qualificação da oferta de serviços de saúde propõe-se a utilização de diferentes modalidades de parceria com a iniciativa privada, em especial com instituições privadas sem fins lucrativos, para a complementariedade dos serviços da SES/DF.

## **Gestão de Leitos**

A organização hospitalar é muito complexa devido a inúmeros processos assistenciais e administrativos. A Gestão de Leitos prevê o monitoramento diário dos atendimentos (classificação de risco e consultas), das internações, dos óbitos e de outras informações importantes. Gerenciar a taxa e a qualidade da ocupação do leito hospitalar significa buscar a máxima utilização possível, dentro dos critérios técnicos definidos por esta SES/DF, sem que isso represente risco para o paciente ou para a instituição, visando a diminuição da espera para internação, transferências e satisfação do usuário. Dessa forma, como metas para melhor utilização dos serviços e adequação às necessidades da população, destacam-se a redução no tempo médio de permanência na Emergência e o aumento da ocupação de leitos nas enfermarias e UTI.

Segundo a Portaria n.º 1101/GM de 12 de junho de 2002, o Brasil apresentou, em 1999, uma média de 48% de ocupação/leito/ano para o SUS, contra 80 a 85% que seria a média desejável. Todavia, os percentuais de produtividade hospitalar variam por Hospital, Região e/ou Estado, influenciando, diretamente, na média de ocupação/leito/ano.

Com relação à média de permanência hospitalar, a Portaria n.º 1101/GM de 12 de junho de 2002 considera como parâmetro para Hospital Geral 5,5 dias.

Para o avanço nesse sentido e de solucionar os desafios existentes nessa área da gestão de leitos, entre as metas para o período 2016-2019 temos: Adequar a taxa de ocupação de leitos hospitalares do DF para 80%, dos leitos de internação, seguindo os parâmetros do MS, nos próximos quatro anos; Implementar centrais de laudos integradas e digitalizadas, para cada uma das especialidades: Radiologia e Patologia Clínica, até 2019; Implantar em 100% das Unidades de Saúde de Média e Alta Complexidade, da Rede SES/DF, no mínimo, 03 (três) protocolos de segurança do paciente (“Higienização das Mãos”, “Identificação dos Pacientes” e “Cirurgia Segura”), conforme recomendação da Organização Mundial de Saúde – OMS, Programa Nacional de Segurança do Paciente – (Portaria GM/MS n.º 529/2013) e RDC 36/2013, da ANVISA.

## **Assistência Farmacêutica**

Em atendimento aos objetivos e atribuições do Sistema Único de Saúde – SUS, no que tange à assistência terapêutica integral, compete à SES/DF desenvolver ações que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio do acesso e uso racional dos medicamentos, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Portaria GM n.º 3.916, de 30 de outubro de 1998 e Resolução n.º. 338, de 06 de maio de 2004).

Nesse sentido, a Assistência Farmacêutica trata-se de área extremamente estratégica, que tem como responsabilidade viabilizar o acesso aos medicamentos e serviços farmacêuticos à população, aliado a mecanismos que garantam a segurança do paciente e o menor custo por tratamento.

Nos últimos anos, a SES/DF vem enfrentando graves problemas que se manifestam em diversas etapas dos processos relativos ao ciclo da Assistência Farmacêutica, sendo elas: planejamento da aquisição, disponibilidade orçamentária e financeira, processos de compra, armazenamento e distribuição, prescrição e dispensação, gestão e controle de estoque e assistência aos usuários.

Sobre a falta de regularidade no abastecimento da rede, destaca-se como principais fatores: deficiência na informatização das unidades de saúde e das farmácias da rede SES/DF; a carência de recursos humanos e ferramentas de controle para executar as tarefas específicas da Assistência Farmacêutica, em nível central e nas unidades assistenciais; e os problemas encontrados nos processos de aquisição de medicamentos, tais como: fracassos por preço, atraso na entrega e pedido de cancelamento de empenho pelos fornecedores, morosidade dos processos de pesquisa de preço e de licitação.

Assim, as metas e ações propostas para o objetivo específico da Assistência Farmacêutica para o período 2016-2019 visam enfrentar esses entraves, os quais podem ser agrupados em quatro macrodesafios: 1. Disponibilidade do medicamento certo na hora exata; 2. Farmácias e almoxarifados de medicamentos com infraestrutura adequada; 3. Quantidade de recursos humanos suficientes e qualificados; e 4. Prestação de serviços farmacêuticos para a população, como farmácia clínica e acompanhamento farmacoterapêutico. Portanto, para o enfrentamento dos desafios apontados a SES busca garantir a aplicação de investimentos em estrutura física, conforme normas previstas em legislação sanitária, RH qualificados e dedicados à assistência farmacêutica, em todos os níveis de atenção, visando à continuidade da dispensação de medicamentos, inclusive de psicotrópicos, conforme proposto na 9ª Conferência Distrital de Saúde.

Com referência à melhoria da gestão dos processos, a estratégia na área será a implementação de melhorias nos processos de logística de medicamentos e insumos em todo o âmbito da SES DF, além da ampliação do sistema de rastreabilidade de medicamentos e insumos objetivando a otimização do processo de gestão de medicamentos e insumos.


Quanto à estrutura física, tem-se a previsão de implantação de farmácias de alto custo: Implantação de nova unidade de distribuição de medicamentos de alto custo em Sobradinho e a implantação de nova unidade de distribuição de medicamentos de alto custo no Gama.


Por fim, ressalta-se que tão importante quanto o planejamento está a execução das ações e a entrega dos produtos e serviços à população, sendo essa a expectativa do presente instrumento, que, certamente, contribuirá para a avanço do acesso e do uso racional de medicamentos, e conseqüentemente, com a melhoria na qualidade de vida dos usuários da SES/DF.

### **3.1.3. ESPECIFICIDADES DAS UNIDADES DE APOIO**



Algumas Unidades de Saúde funcionam como apoio à assistência para ampliação e qualificação das ações de saúde. Essas Unidades de Apoio possuem suas Diretrizes e seus objetivos focados no eixo I – Modelo de atenção:

<p><b>EIXO 01: MODELOS DE ATENÇÃO</b></p> <p><b><u>D1 – Ampliação e qualificação das Ações de saúde a toda população em suas necessidades específicas</u></b></p> <p>Obj.1.1.2. Fortalecer as ações referentes à Política de Sangue e Hemoderivados para população do DF;</p>	
---	---

<p><b>EIXO 01: MODELOS DE ATENÇÃO</b></p> <p><b><u>D1 – Ampliação e qualificação das Ações de saúde a toda população em suas necessidades específicas</u></b></p> <p>Obj.1.1.3. Fortalecer as ações referentes à Política de Captação e Transplantes de Órgãos no SUS-DF;</p>	
---	---

### **Fundação Hemocentro de Brasília – FHB**

A Fundação Hemocentro de Brasília - FHB, vinculada à Secretaria de Saúde do Distrito Federal, foi constituída pela Lei nº. 206 de 12 de dezembro de 1991 com personalidade jurídica de direito público, sem fins lucrativos, de caráter científico-tecnológico, educacional e de prestação de serviços à população do DF.

Atualmente é a Unidade Pública que processa o sangue doado no Distrito Federal atendendo a demanda transfusional e os estoques necessários de 13 Unidades de Hematologia e Hemoterapia, 03 hospitais públicos conveniados e 03 hospitais privados contratados.

Além das atividades de hemoterapia, a FHB realiza os exames para cadastro dos candidatos a doação de medula óssea e os exames para os transplantes de órgãos e mantém o Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário.

Desde 2011, para os pacientes portadores de coagulopatias hereditárias, a FHB realiza os exames de hemostasia, a atualização dos cadastros, a dispensação dos medicamentos inclusive com entrega domiciliar e, a partir de 2012, passou a ofertar atenção ambulatorial multiprofissional.

O percentual de atendimento às solicitações de rotina, para repor os estoques estratégicos de hemocomponentes mantidos nas Agências Transfusionais (ATs), em 2014 foi de 87,5%, tendo o restante da demanda atendida por liberações fora da rotina ou por emergência.

O histórico do quantitativo das unidades de hemocomponentes por hospital em situação de rotina e de emergência, entre os anos de 2011 a 2014, como demonstrado na tabela abaixo:

**Tabela 73: Totais de unidades liberadas por Rotina**

HOSPITAL	2011	2012	2013	2014
<b>HBASE</b>	11.991	12.443	12.654	12.917
<b>HRSM</b>	5.068	4.499	3.824	3.276
<b>HRAN</b>	4.524	4.456	4.027	4.464
<b>HRT</b>	3.482	3.386	3.085	3.476
<b>HRG</b>	2.897	3.140	3.292	2.721
<b>HRC</b>	2.566	2.811	2.555	3.175
<b>HRS</b>	2.491	2.396	2.415	1.947
<b>HRAS</b>	1.254	1.068	959	837
<b>HRPa</b>	1.568	1.663	1.590	1.621
<b>HRP</b>	1.481	1.639	1.415	1.469
<b>HRSAM</b>	1.398	939	1.195	1.315
<b>HRBz</b>	1.033	1.065	1.022	804
<b>TOTAL</b>	<b>39.753</b>	<b>39.505</b>	<b>38.033</b>	<b>38.022</b>

Fonte: SISTHEMO/FHB

**Tabela 74: Totais de unidades liberadas por Emergência**

HOSPITAL	2011	2012	2013	2014
<b>HBASE</b>	5.592	8.386	7.888	7.686
<b>HRSM</b>	1.335	1.080	795	794
<b>HRAN</b>	1.734	1.702	1.209	1.911
<b>HRT</b>	1.519	1.591	1.447	1.503
<b>HRG</b>	608	1.132	718	699
<b>HRC</b>	502	875	1.123	1.219
<b>HRS</b>	602	763	934	988
<b>HRAS</b>	784	646	519	690
<b>HRPa</b>	398	347	305	316
<b>HRP</b>	202	386	460	424
<b>HRSAM</b>	221	502	487	392
<b>HRBz</b>	192	100	226	101
<b>TOTAL</b>	<b>13.689</b>	<b>17.510</b>	<b>16.111</b>	<b>16.723</b>

Fonte: SISTHEMO/FHB

Tendo por base o uso racional de sangue, o atendimento atual de 100% da demanda e a redução do desperdício de hemocomponentes por vencimento, a FHB tem por meta a manutenção do índice de doação na população do DF em 2,0%, apesar de a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) ser de manutenção deste índice entre 3,0 e 5,0%, porém já com entendimento de que este índice deve ser revisto e adequado para a realidade e complexidade do sistema de saúde de cada país

ou localidade. Segue abaixo a tabela com a estimativa de coleta de sangue conforme população estimada por RAs.

**Tabela 75: Estimativa de Coleta\* de sangue no DF; 2014**

<b>REGIÃO ADMINISTRATIVA</b>	<b>POPULAÇÃO</b>	<b>2,0% da POPULAÇÃO</b>
<b>Brasília</b>	209.855	4.197
<b>Sobradinho</b>	210.119	4.202
<b>Planaltina</b>	171.303	3.426
<b>Gama</b>	135.723	2.714
<b>Santa Maria</b>	118.782	2.375
<b>Paranoá</b>	53.618	1.072
<b>São Sebastião</b>	100.659	2.013
<b>Ceilândia</b>	402.729	8.054
<b>Brazlândia</b>	57.542	1.150
<b>Taguatinga</b>	361.063	7.221
<b>Samambaia</b>	200.874	4.017
<b>Recanto das Emas</b>	121.278	2.425
<b>Lago Norte</b>	41.627	832
<b>Cruzeiro</b>	81.075	2 (1.621)
<b>Lago Sul</b>	29.537	590
<b>Guará</b>	142.833	2.856
<b>Núcleo Bandeirante</b>	43.765	875
<b>Riacho Fundo</b>	71.854	1.437
<b>Candangolândia</b>	15.924	318
<b>TOTAL</b>	<b>2.570.160</b>	<b>51.395</b>

Fonte: SISTHEMO.

\*NOTA:O número de coletas em 2011, 2012, 2013 e 2014 inclui: sangue total e aférese.

Capacidade Operacional (Sangue Total): n° de cadeiras x n° de doações por cadeira no dia (doação 30minutos) x dias úteis x meses = 14 x 22 x 24 x 12 = 88.704

Como não houve reforma ou ampliação da estrutura física, a capacidade operacional da FHB para coleta de sangue manteve-se em 88.704 bolsas/ano desde 2011.

**Tabela 76: Taxa de doação de sangue efetiva junto à FHB em relação à população do Distrito Federal 2011/2014**

<b>ANO</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
<b>Alcançado</b>	2,1%	2,1%	2,0%	2,0%

Fonte: FHB/DF

Com vistas à ampliação e qualificação das Ações de Saúde, especificamente no tocante à disponibilização de Hemocomponentes a toda população em suas necessidades específicas, a FHB tem foco no Objetivo Estratégico: Fortalecer as ações referentes à Política de Sangue e Hemoderivados para a população do DF.

Manter o percentual de doações em relação à população do DF em 2%, percentual de doadores fidelizados em 50% e do índice de satisfação do doador acima dos 95%, são algumas das metas do FHB para o período 2016-2019.

Outros aspectos serão trabalhados rotineiramente pela FHB no que concerne à resposta dos exames solicitados, ao funcionamento de seu ambulatório de pacientes com Coagulopatias Hereditárias, tais como a hemofilia, ao suporte à realização de transplantes pela rede, e outras, sendo contempladas, tais atividades, com objetivos, indicadores e metas específicos e acompanhados, continuamente, pela instituição.

### **Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos – CNCDO**

A Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos – CNCDO - é a unidade responsável por coordenar as atividades de transplantes no âmbito do Distrito Federal, além de promover e fornecer as ferramentas para inscrição de potenciais receptores de transplante ou enxerto de tecidos, órgãos e partes disponíveis de que são necessárias, classificar os potenciais receptores e agrupá-los, manter atualizado o sistema de informações disponibilizado pelo Sistema Nacional de Transplantes (SNT), do cadastro nacional de potenciais receptores.

O Distrito Federal ocupa uma posição de destaque nacional desde 2010, com o aumento gradual no número de transplantes realizados e maior oferta de equipes e modalidades de transplante, sendo referência nacional em diversos tipos de procedimentos de transplantes, conforme demonstrado no quadro a seguir:

**Tabela 77: Posição do DF no Ranking Nacional de Transplantes**

<b>TRANSPLANTES</b>							
<b>ANO</b>	<b>Notificações</b>	<b>Doações</b>	<b>Rim</b>	<b>Fígado</b>	<b>Coração</b>	<b>Córnea</b>	<b>TMO</b>
<b>2010</b>	77,4(1º)	16,3 (7º)	28 (4º)	0	1,2 (6º)	140 (2º)	0
<b>2011</b>	80,5 (1º)	11,3 (6º)	22,6 (9º)	0	3,5 (1º)	124 (3º)	0
<b>2012</b>	96,5 (1º)	21,8 (2º)	28,9 (5º)	15,2 (4º)	7,0 (1º)	165 (1º)	2,7 (12º)
<b>2013</b>	133 (1º)	33,1 (1º)	49,8 (2º)	20,6 (2º)	11,3 (1º)	119 (2º)	14,8 (7º)
<b>2014</b>	131 (1º)	29,2 (2º)	28,9 (5º)	21,0 (2º)	9,7 (1º)	137 (1º)	21,8 (3º)

Fonte: Sistema Nacional de Transplante, Maio 2015

Dados por milhão de pessoas (pmp) - posicionamento no ranking nacional.

É também a unidade da federação brasileira com maior número de potenciais doadores notificados por milhão de pessoas desde 2010, e figura entre os 2 maiores doadores pmp desde 2012. Em 2012, o DF retomou o transplante de fígado e fez o 1º transplante de medula óssea para os pacientes da rede pública de saúde.

No que se refere à espera por um órgão, apesar do incremento nas atividades de transplantação, continuamos com fila de espera. A fila de córnea, que foi zerada em 2012, cresce principalmente com a demanda vinda de outros estados.

**Tabela 78: Fila de espera para Transplantes no DF**

<b>FILA DE ESPERA PARA TRANSPLANTES NO DF</b>				
<b>ANO</b>	<b>Rim</b>	<b>Fígado</b>	<b>Coração</b>	<b>Córnea</b>
<b>2012</b>	159	22	3	1
<b>2013</b>	110	30	6	102
<b>2014</b>	-	24	15	157

Fonte: Sistema Nacional de Transplante, Maio 2015.

Em consequência ao aumento de doações, houve uma redução no tempo de espera dos pacientes que necessitam do novo órgão. De 2012 a 2014, o tempo médio de espera para um transplante renal foi reduzido em 58%, passando de 23,3 a 13,4 meses, conforme mostra a tabela abaixo.

**Tabela 79: Tempo de espera para transplantes no DF em meses**

<b>TEMPO DE ESPERA PARA TRANSPLANTES NO DF EM MESES</b>				
	<b>Rim</b>	<b>Fígado</b>	<b>Coração</b>	<b>Córnea</b>
<b>2012</b>	23,3	5,4	4,0	3,6
<b>2013</b>	22,6	7,2	3,2	2,2
<b>2014</b>	13,4	3,7	4,4	2,9

Fonte: Sistema Nacional de Transplante, Maio 2015.

Os Centros Públicos de Transplantes no DF são: Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) e Hospital Universitário de Brasília (HUB).

Os Centros Privados são credenciados pela Secretaria de Saúde e habilitados junto ao Ministério da Saúde. A seguir, a planilha com as Unidades de Saúde Públicas e Privadas responsáveis pelos transplantes no DF.

**Tabela 80: Demonstrativo de Unidades de Saúde Públicas e Privadas responsáveis pelos transplantes no DF**

<b>UNIDADES DE SAÚDE</b>		<b>TRANSPLANTE</b> DECRETO nº 2.268 de 30/06/1997								<b>RETIRADA DE ÓRGÃOS E TECIDOS</b> PT SAS/MS Nº 511, de 29/09/2010 e PT SAS/MS Nº 51, de 14/02/2011	
		<b>CORACÃO</b>	<b>CÓRNEA</b>	<b>CÓRNEA/ESCLERA</b>	<b>FÍGADO</b>	<b>MEDULA ÓSSEA</b>	<b>PULMÃO</b>	<b>RENAL</b>	<b>TECIDO MUSCULOESQUELÉTICO</b>		<b>VALVA CARDÍACA HUMANA</b>
<b>HBDF</b>	<b>PÚBLICAS</b>			X				X			X
<b>HRAN</b>								X			X
<b>HUB</b>			X					X			X
<b>Banco de Olhos do DF</b>											X
Hospital Universidade Católica de Brasília	<b>PRIVADOS</b>		X								X
ICDF		X	X		X	X	X	X		X	X
Hospital Brasília					X	X					X
Hospital Santa Lúcia						X		X	X		X
CBV - Centro Brasileiro da Visão			X								X
Hospital Pacini de Oftalmologia			X								X
INBOL-Instituto Brasiliense de Olhos			X								X

ISOB -Instituto de Saúde de Olhos de Brasília		X								X
Clínica de Olhos Dr. João Eugênio		X								
COTP -Clínica Oftalmológica Teixeira Pinto		X								
HOB Brasília		X								
INOB - Inst. de Olhos e Microcirurgia de Brasília		X								
ISODF -Inst. de Saúde Ocular		X								
Oftalmed		X								

Legenda - HABILITADO/MS - X

Fonte: Gerência de Controle de Credenciamento e Habilitação - GCCH/DICOAS/SUPRAC/SES-DF, junho 2015





Atualmente, os transplantes renais pediátricos são realizados no Hospital Universitário de Brasília (HUB), e no Hospital de Base do Distrito Federal, mas apenas para adolescentes acima de 13 anos. Crianças abaixo dessa idade precisam realizar o procedimento em outra unidade da Federação. Segundo a Secretaria de Saúde, há 32 crianças atualmente em diálise na capital federal.

Pacientes com indicação para o Transplante de Medula Óssea (TMO) do DF e do Brasil passam a contar com uma unidade de referência no Instituto de Cardiologia do Distrito Federal (ICDF). Em todo o país, 1.226 pessoas aguardam pelo procedimento e, na capital federal, 24 pacientes estão na lista de espera. Desde que passou a funcionar, em 2012, a unidade de TMO do ICDF já realizou transplantes de medula óssea autólogo (as células transplantadas são do próprio paciente) e este ano iniciou transplante com doador halogênico (quando as células transplantadas são de um doador, com grau de parentesco ou não, mas geneticamente semelhante).

Os maiores desafios da CNCDO para o período estarão expressos no Objetivo Estratégico de: Fortalecer as ações referentes à Política de Captação e Transplantes de Órgãos no SUS-DF, cujas ações se resumem em melhorar a manutenção dos potenciais doadores presentes das unidades de saúde da rede pública do DF possibilitando à família a opção pela doação; aumentar o conhecimento da população acerca do processo de doação e transplante favorecendo a autorização da doação pelas famílias; aumentar o aproveitamento de órgãos doados para transplante, entre outras.

### 3.1.4. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

O desafio da conformação das Redes de Atenção à Saúde possui sua Diretriz e seus objetivos focados no eixo I – Modelo de Atenção:

<p><b>EIXO 01: MODELOS DE ATENÇÃO</b></p> <p><b><u>Diretriz 2 – Organização, implementação e expansão das Redes de Atenção à Saúde, orientadas a partir da Atenção Primária à Saúde para ampliação do acesso e da assistência com qualidade.</u></b></p> <p>Obj. 1.2.1. Consolidar e expandir a Rede Cegonha em todas as Regiões de Saúde do;</p> <p>Obj. 1.2.2. Consolidar a Rede de Urgência e Emergência (RUE) com ênfase no Acolhimento com Classificação de Risco em todas as Regiões de Saúde do DF;</p> <p>Obj. 1.2.3. Desenvolver a Rede de Atenção às pessoas com Doenças Crônicas (Obesidade e Oncologia) em todas as Regiões de Saúde do DF;</p> <p>Obj. 1.2.4. Consolidar e ampliar a Rede de Atenção à Saúde Mental (transtornos mentais, autismo, álcool e outras Drogas) para atenção aos cidadãos e suas famílias em todas as Regiões de Saúde do DF;</p> <p>Obj. 1.2.5. Consolidar e ampliar a Rede de Atenção às Pessoas com Deficiências em todas as Regiões de Saúde do DF.</p>	    <p>Doenças Crônicas</p>
---	---

Um dos maiores desafios da saúde hoje no Distrito Federal é melhorar a qualidade do atendimento à população, trabalhando com maior integração entre os serviços, construindo linhas de cuidado e avançando no sentido da integralidade.

A Secretaria de Saúde tem modificado seu Plano Estratégico de forma a implantar sistemas integrados, com a formação de Redes de Atenção à Saúde capazes de responder às condições agudas e crônicas existentes no Estado. De acordo com o MS as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2010 – Portaria GM/MS nº 4.279, de 30/12/2010). Ressalta-se que as diretrizes para organização das RAS também foi aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

O desenho de Redes de Atenção à Saúde se realiza combinando quantidade/qualidade dos serviços e condições de acesso, sendo que a situação ótima seria a combinação do acesso dos usuários a serviços de saúde de qualidade, produzidos com os benefícios de economias de escala.

A seguir caracteriza-se as RAS implantadas no DF como forma de organização das ações e serviços de saúde centrados na definição de linhas de cuidado, visando a melhoria da atenção prestada à saúde das crianças, mulheres, adolescentes, jovens, adultos e idosos, incorporando os conceitos de integralidade do sistema.

### **Rede Cegonha**

A Rede Cegonha foi instituída pela Portaria GM/MS n.º 1.459/2011, e se configura numa estratégia inovadora fundamentada nos princípios da humanização da assistência às mulheres, através de um conjunto de medidas que visa garantir o atendimento adequado, seguro e humanizado, a partir da confirmação da gravidez, a atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, incluindo a atenção à saúde da criança até os dois primeiros anos de vida. Também assegura à mulher o direito ao planejamento reprodutivo.

A Rede Cegonha no DF é uma rede de cuidados que visa garantir às mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde do DF o direito ao planejamento reprodutivo, o acesso adequado a assistência pré-natal, ao parto e ao puerpério, além de atenção humanizada e segura à saúde da criança até o 24º mês de vida.

É composta pelos seguintes componentes:

- Componente I – pré-natal;
- Componente II – parto e nascimento;
- Componente III – puerpério e atenção integral à saúde da criança;
- Componente IV – sistema logístico: transporte sanitário e regulação

O DF implantou a linha de cuidado materno-infantil, mas ainda acontece de forma parcial, na fase 03 ainda não houve contratualização de todos os pontos de atenção, a instituição dos grupos condutores não ocorreu em todas as regiões de saúde e a fase 04, qualificação dos componentes da rede está em andamento.

Entre as pendências está a habilitação de leitos de gestação de alto risco; leitos de UTIN; UCINCo, UCINCa; construção dos Centros de Parto Normal em Ceilândia, Asa Sul e Samambaia e construção das Casas de Gestante, Bebê e Puérpera na Asa Sul e Taguatinga.

Os maiores desafios para o período são:

- Proporcionar uma atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido;
- Fomentar a captação precoce das gestantes para o início do pré-natal;
- Implantar o acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade para as intercorrências agudas em gestantes, puérperas e em crianças;
- Ampliar a oferta de consultas de pré-natal de alto risco;
- Reduzir a incidência da sífilis congênita;
- Reduzir a proporção de óbitos maternos, fetais, neonatais e infantis;
- Garantir a realização dos testes rápidos, exames de análises clínicas convencionais, exames sorológicos e de imagem a todas as gestantes;
- Garantir tratamento medicamentoso para todas as gestantes, puérperas e crianças;
- Ampliar a vinculação da gestante à maternidade desde o pré-natal e, após o parto, da mulher e do recém-nascido à equipe da APS;
- Garantir, nas maternidades, a presença de acompanhante de livre escolha da gestante, no pré-parto, parto e puerpério;



- Garantir a realização das triagens neonatais universais em todos os recém-nascidos (testes do pezinho, olhinho, coraçãozinho e orelhinha);
- Remodelar a ambiência dos hospitais que possuem maternidade;
- Implantar o componente transporte sanitário para gestantes, puérperas e bebês;
- Aperfeiçoar a regulação de leitos obstétricos e dos neonatais;
- Garantir o pleno desenvolvimento e crescimento da criança a partir do acompanhamento das equipes da APS desde o nascimento;
- Apoiar, promover e proteger o aleitamento materno;
- Garantir a oferta de leite humano pasteurizado a todos os recém-nascidos internados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN);
- Ampliar as discussões sobre as Boas Práticas Obstétricas e Neonatais com a inclusão de tecnologias leves durante o trabalho de parto;
- Proporcionar a inserção das enfermeiras obstétricas e doulas no cenário do parto;
- Ofertar métodos de planejamento reprodutivo às mulheres.

### **Rede de Urgência e Emergência**

É uma estratégia de organização da rede de atenção à saúde na área de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde do DF, a fim de qualificar a assistência prestada nos diversos pontos de atenção, acrescentando resolubilidade para os principais problemas de saúde dos usuários que são demandados nessa área.

É composta pelos seguintes componentes:

- Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde
- Atenção Primária
- Serviço de Atendimento Móvel às Urgências
- Sala de estabilização – “Salas Vermelhas”
- Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o Conjunto de Serviços de Urgência 24 Horas
- Atenção Domiciliar

A implantação da rede de urgência e emergência no DF ainda está de forma parcial. No momento encontra-se na fase de Diagnóstico (análise situacional) e Adesão política e técnica com definição do grupo condutor. As Salas Vermelhas estão implantadas no Hospital de Base do Distrito Federal - HBDF, Hospital Regional de Ceilândia - HRC, Hospital Regional do Guará - HRGu e Unidades de Pronto Atendimento (UPAS), mas a proposta é para implantação nos demais hospitais da Rede. Para englobar as demais Unidades de Saúde em que falta implantar as Salas Vermelhas e para dar continuidade aos trabalhos existentes, o Colegiado de Emergência realiza novas pactuações considerando a atual realidade desta Secretaria e priorizando as linhas de cuidado do Ministério.

Dentro da Rede de Urgência e Emergência, deve-se dar atenção às urgências e emergências psiquiátricas, devido ao volume de atendimento do DF estar

aproximadamente em 12,5% das urgências pré-hospitalares como também à telessaúde e o atendimento primário na rua, consolidando a implantação do Núcleo de Saúde Mental do SAMU 192, a regulação em saúde mental, a Viatura de Intervenção Rápida em situações de crise e a Unidade de Suporte Básico para situações de crise estando todo o serviço funcionando 24 horas ininterruptamente.

O Núcleo de Saúde Mental do SAMU 192 deve prestar o atendimento secundário à rede de saúde, de forma a dar retaguarda e mobilidade aos Centros de Atenção Psicossocial. Assim como às salas de estabilização, denominadas salas vermelhas, com retaguarda às doenças cardiológicas, neurológicas e traumáticas, serão necessárias a implantação das salas de estabilização psiquiátricas a serem geridas e reguladas pela equipe de saúde mental do SAMU 192.

A primeira sala de estabilização será no Hospital de Base do Distrito Federal – HBDF, com 4 a 6 leitos de estabilização, a segunda no Hospital São Vicente de Paulo – HSVP, 2 a 4 leitos de estabilização e a terceira no Instituto de Saúde Mental 6 leitos, o que só ocorrerá quando for habilitado pelo Ministério da Saúde como CAPS III. Estas salas de estabilização psiquiátricas são um equipamento que garante retaguarda aos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e que evitam a internação do paciente nas enfermarias, de forma a promover sua reabilitação

Deve-se, ainda, traçar estudos para a implantação de uma Sala de Estabilização Psiquiátrica no Hospital Materno Infantil de Brasília – HMIB, com 2 leitos para a infância e 2 para a saúde da mulher

A Rede de Urgência e Emergência deverá contar com Comissões de Controle de Infecção em todas as unidades de saúde, inclusive na Central de Regulação 192 e no SAMU 192.

O quadro a seguir mostra a capacidade instalada da rede de urgência e emergência, a partir da qual, é possível visualizar a implantação da Rede no DF.

**Tabela 81: Capacidade Instalada da rede de urgência e emergência na rede SES DF**

Região de Saúde	Região Administrativa	Base SAMU Coordenação	Rede de Urgência e Emergência								
			SAMU			Veículos de Intervenção Médica - Hillux	Helipontos**	Aeromédicos	Motolâncias	UPAS	Salas Vermelhas*
			USA	USB	Suporte						
Centro-Sul	Asa Sul	1	2	3	1	1	0	1	2	0	2
	Núcleo Bandeirante	1	0	2	0	0	0	0	0	1	1
	Candangolândia										
	Guará	0	0	2	0	1	0	0	2	0	1
	S. I . A	0	1	0	0	3	0	0	0	0	0
	<b>Total da Região</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>4</b>

Centro-Norte	Asa Norte	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
	<b>Total da Região</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Oeste	Ceilândia	1	1	4	1	1	0	0	2	1	3
	Brazlândia	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	<b>Total da Região</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
Sudoeste	Taguatinga	1	1	4	1	1	0	0	2	0	0
	Samambaia	1	0	2	1	1	0	0	2	1	1
	Recanto das Emas	0	1	2	0	0	0	0	2	1	1
	<b>Total da Região</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
Norte	Sobradinho	1	1	2	1	1	0	0	2	1	1
	Planaltina	0	0	2	0	0	0	0	2	0	0
	<b>Total da Região</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
Leste	Paranoá	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	São Sebastião	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1
	<b>Total da Região</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
Sul	Gama	1	1	2	1	1	0	0	0	0	0
	Santa Maria	0	0	2	1	0	0	0	2	0	0
	<b>Total da Região</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Total - DF</b>		<b>7</b>	<b>8</b>	<b>30</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>18</b>	<b>6</b>	<b>11</b>

Fonte: GASMU/DIURE/SAS/julho2015

Nota:\*Em relação às Salas Vermelhas, o SAMU faz a gestão de 03 salas nos hospitais: HBDF- Centro de trauma, HBDF - Centro Neurocardiovascular, HRGu - Sala Vermelha, HRC - Sala Vermelha gerenciada pelo próprio HRC.

\*\*Fonte: enfermagem do aeromédico SAMU: A SES não possui nenhum heliponto que cumpre as exigências da Aeronáutica. No DF apenas duas Unidades de Saúde são homologadas: HFA e Hospital Anchieta.

Entre as pendências para finalizar a implantação estão a reforma de algumas salas vermelhas, equipamento médico hospitalares, recursos humanos e capacitação das equipes de emergência (que será feita juntamente com o Núcleo de Educação e Pesquisa em Urgências do SAMU) e divulgação dos fluxos pactuados de referência e contra referência, além de fortalecer a parceria com a SAPS para atuar na desospitalização dos pacientes.

E ainda, habilitar as unidades de atendimento ao infarto (IAM), ampliar e credenciar os leitos de reabilitação, monitoramento dos indicadores dos serviços de referência para atendimento ao IAM, AVC e Trauma, definição/pactuação sobre construção de novas UPA's 24h.

Os principais desafios para o período são:

- Implantar as Linhas de Cuidado Prioritárias: IAM, AVC e Trauma, com inclusão dos eixos pré e pós-hospitalar;
- Promover a integração entre o diagnóstico pré-hospitalar e a conduta hospitalar para o IAM e o AVC;
- Ampliar o acesso a terapia trombolítica;

- Aprimorar o acolhimento e a classificação de risco na RUE;
- Qualificar a assistência por meio da educação permanente;
- Atingir toda a Rede de Urgência e Emergência do Distrito Federal, e principalmente fortalecer a RIDE.

## **Rede de Saúde Mental**

A Política Nacional de Saúde Mental, pautada no processo da reforma psiquiátrica brasileira, tem como fundamento a transformação de um modelo de atenção centrado na internação psiquiátrica hospitalar para um modelo de atenção de base comunitária e territorial, constituído por uma rede diversificada de serviços, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

A Saúde Mental na SES/DF atua na implementação e consolidação desse modelo, coordenando e supervisionando o processo de implantação da Rede de Atenção Psicossocial no Distrito Federal, com vistas à ampliação da cobertura assistencial em saúde mental de forma a propiciar qualidade na atenção e no cuidado dos usuários dos serviços de saúde mental, álcool e outras drogas, bem como de seus familiares.

O DF conta com nove Centros de Atenção Psicossocial (Caps) voltados para pessoas que necessitem de tratamento por abuso de álcool ou outras drogas, sendo quatro Caps ad III (funcionamento 24 horas) e cinco Caps ad II. Dentre eles, dois estão voltados para o atendimento de crianças e adolescentes usuários de drogas. Além disso, conta com cinco Caps destinados a pessoas com transtornos mentais em geral e outros três voltados para transtornos mentais em crianças e adolescentes. Há 45 leitos de atenção integral voltados para a saúde mental nos hospitais gerais. Há, ainda, uma Unidade de Acolhimento, para usuários de drogas adultos.

Para atenção a crianças e adolescentes, além do Capsi, há o ambulatório no COMPP e o Ambulatório do Núcleo de Apoio Terapêutico (NAT), para a população materno-infantil atendida no Hospital Regional da Asa Sul. Há também o Adolescento, para questões relativas à violência sexual e ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Os serviços substitutivos desenvolvem atendimento em grupo e individual.

A Rede de Saúde Mental deve priorizar o equipamento CAPS III, em detrimento dos equipamentos CAPS I e CAPS II, entendendo-se que o modelo de equipamento CAPS I e CAPS II trabalha na lógica ambulatorial, enquanto o modelo CAPS III trabalha na lógica de intervenção em crise, de forma a evitar e prevenir internações de pacientes psiquiátricos. Os CAPS III devem estar integrados ao SAMU 192, de forma a acolher as crises, os usuários e as famílias.

Na atenção pré-hospitalar em saúde mental a implantação 24 horas do Núcleo de Saúde Mental do SAMU 192; a regulamentação e habilitação do Núcleo de Saúde Mental do SAMU 192; a implantação de Salas de Estabilização Psiquiátrica no HBDF,

HSVP e HMIB; a implantação da Linha de Cuidado em Saúde Mental, com inclusão do eixo pré e pós-hospitalar; o investimento no equipamento CAPS III e na sua integração com o SAMU 192, de forma a como uma ferramenta é um desafio.

A saúde mental é reconhecida como área básica da saúde e deve estar integrada à Atenção Primária e à Estratégia Saúde da Família, inclusive no matriciamento das equipes.

A política de saúde mental também conta com uma frente voltada à geração de renda, visando à reinserção social. Trata-se de um apoio para que os usuários desenvolvam produção própria e tenham, assim, uma fonte de renda, dissociada dos benefícios da assistência social, quando o transtorno mental os impede de ingressar na competição do mercado de trabalho. No DF, um exemplo importante é o Box na Feira da Torre de TV, onde são vendidos trabalhos feitos pelos usuários dos serviços. Um desafio nessa área é o desenvolvimento de cooperativas de trabalho.

A implantação de serviços de saúde mental respeita a abrangência populacional, não obrigatoriamente estando presente em todas as Regiões Administrativas. Quanto à Rede de Atenção Psicossocial atual no Distrito Federal, verifica-se o índice de 0,67 Caps a cada 100 mil habitantes, que configura uma boa taxa de cobertura segundo o Ministério da Saúde. No entanto, nem todos os serviços em funcionamento no DF são habilitados pelo Ministério da Saúde. Assim, entre os serviços habilitados, a cobertura chega a 0,52 a cada 100 mil habitantes.

A rede de serviços substitutivos em saúde mental no DF é, atualmente, composta por 17 Caps. Estes dispositivos priorizam o atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes e são implantados de acordo com parâmetros populacionais definidos pelo Ministério da Saúde. Cada CAPS possui uma área de abrangência, conforme a tabela 82.

**Tabela 82. Distribuição dos CAPS conforme área de abrangência, 2015, Distrito Federal**

<b>Serviço – RA</b>	<b>Área de abrangência</b>
Caps I (ISM) – Riacho Fundo	R Fundo I e II, Recanto das Emas, N Bandeirante, Candangolândia, Gama
Caps II – Paranoá	Paranoá, Itapoã, D. Lago e Faz, Z. Rural, São Sebastião., Sobradinho, BSB, Lago Sul e Norte, Varjão
Caps II – Planaltina	Planaltina e Sobradinho
Caps II – Taguatinga	Taguatinga, V. Pires, Estrutural, Águas Claras, Ceilândia, Guará, Braz, Sudoeste, Octogonal, Cruz, P. Way
Caps II – Samambaia	Samambaia
Caps ad – Guará	Guará, Estrutural, Areal, V. Pires, Águas Claras, P. Way, SIA, R Fundo I e II, N Band, Candangolândia
Caps ad – Sobradinho	Planaltina, Sobradinho I e II, Lago Oeste, Granja, Condomínios, Fercal, Torto, Q. Lençol, R. do Cavalo
Caps ad – Santa Maria	Santa Maria, Gama
Caps ad – Itapoã	Itapoã, Paranoá
Caps ad III – Ceilândia	Ceilândia, Brazlândia

Caps ad III - Samambaia	Samambaia, Taguatinga, Recanto Emas
Caps ad III Candango – Brasília	P Piloto, Cruz, Octogonal, Sudoeste, Lago Sul e Norte, Varjão, Vila Planalto, São Sebastião, Vila Telebrasil, SAAN
Caps ad i III – Taguatinga	Santa M <sup>a</sup> , Recanto Emas, Samambaia, Taguatinga, Ceilândia, Brazlândia, Vicente Pires, Águas Claras, Gama
Caps ad i III – Brasília	Plano Piloto, Lago Sul e Norte, Guarã, Candangolândia, N. Bandeirante, R Fundo I e II, Cruzeiro, Sobradinho, Planaltina, Paranoá, S. Sebastião.
Caps i – Sobradinho	Sobradinho I II, FERCAL e Condomínios, Planaltina, Paranoá, Jardim Botânico, Itapoã e São Sebastião
Caps i – Brasília	Asa Sul, Lago Sul, N. Band., Park Way, Candangolândia., Guarã, Asa Norte, Lago Norte, Cruzeiro, Sudoeste, Octogonal, Brazlândia., Ceilândia., Taguatinga., Águas Claras, Vicente Pires
Caps i – Recanto das Emas	Samambaia, Recanto das Emas, Gama, Santa Maria, Riacho Fundo

Fonte: DISAM/SAIS/SES, 2015

Os principais desafios para a área de Saúde Mental no DF são:

- Expansão da Raps em regiões administrativas que não contam com serviços de saúde mental ou cuja demanda é maior do que a oferta, como Gama, Ceilândia, entre outros;
- Reforma e ampliação de equipamentos, principalmente o Caps de Planaltina e o Caps i de Sobradinho, que necessitam melhorar suas estruturas a fim de serem credenciados no Ministério da Saúde;
- Alocação de profissionais de forma mais equilibrada, tanto no sentido de garantir equipes completas conforme exigências do Ministério da Saúde, quanto respeitando as demandas e as especificidades de cada localidade e cada população;
- Capacitação dos profissionais em saúde mental;
- Implantação de residências terapêuticas.

### **Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas**

A Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas é uma estratégia para realização da atenção às doenças de início gradual, com duração longa ou incerta, de forma integral nos diversos pontos de atenção do SUS-DF, a partir da realização de ações de promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. E em conformidade com o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Ministério da Saúde (2011-2022).

A implantação da Rede dá-se por meio da organização e da operacionalização de linhas de cuidado específicas, considerando os agravos de maior magnitude. Na SES-DF a Rede está em construção com o enfoque inicial nas linhas de cuidado de

prevenção e controle do Câncer e de prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade.

A rede possui alguns componentes comuns as diferentes linhas de cuidado, são elas: APS, Atenção Especializada, Sistemas de Apoio, Sistemas Logísticos, Regulação e Governança.

Contudo, a linha de cuidado de prevenção e controle do Câncer possui os seguintes componentes específicos: Atenção Domiciliar, Atenção Especializada Hospitalar: Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e Hospital Geral com Cirurgia de Câncer (complexo hospitalar).

Importante ressaltar na linha de cuidado de câncer a importância dos cuidados paliativos, que devem ser ofertados desde o início do diagnóstico, para controle de sintomas físicos, psicossociais e espirituais. Cuidado paliativo é uma abordagem para promover a qualidade de vida de pacientes e familiares no enfrentamento de doenças que ameaçam a continuidade da vida por meio de prevenção e alívio do sofrimento. Estima-se que 59% das pessoas com câncer irão necessitar de cuidados paliativos, que devem ser ofertados desde o início do diagnóstico, para controle de sintomas físicos, psicossociais e espirituais.

O Hospital de Apoio de Brasília (HAB) é atualmente a única referência em internação para cuidados paliativos no SUS DF; conta atualmente com 19 leitos de internação e equipe interdisciplinar. Com base em estatísticas mundiais estima-se no mundo para cada grupo de um milhão de habitantes a ocorrência de mil pacientes ano necessitando de cuidados paliativos diferenciados, e o número ideal de leitos, baseados no sistema de saúde do Reino Unido, parametriza 50 leitos para cada milhão de habitantes. Nesta base de cálculo necessitaríamos para o DF cerca de 150 leitos. Será necessária ampliação das instalações físicas para comportar esta expansão, que poderá ser feita de forma escalonada ao longo dos anos, além de expansão da área ambulatorial, pronto atendimento e hospital dia em cuidados paliativos. Idealmente o sistema de saúde deve prever estruturas de menor complexidade, a exemplo de *hospices*\*.

\*Nota: A prática dos cuidados paliativos deriva do modelo de assistência inglesa que se desenvolviam nos antigos hospices medievais, instituições que assistiam e hospedavam os monges e peregrinos, portanto, a palavra hospice significa hospedagem.

Em relação a linha de cuidado de prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade, ressalta-se que sua organização é prioridade e está em fase de finalização.

A Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas está em fase de diagnóstico e Adesão política e técnica com definição do grupo condutor e ainda não foi elaborado o Plano de Ação Regional (PAR) do DF.

Existem como pendências:

- A habilitação do serviço de referência para tratamento cirúrgico da obesidade no HRAN (2ª opção: HUB);

- Habilitação do CACON, UNACON e serviço de Radioterapia no âmbito do SUS-DF.
- Finalização do PAR do DF para a Rede de Atenção Oncológica.

Os principais desafios para a implantação da Rede para o período são:

- a. Elaboração do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no DF (PAR) com definição das prioridades, a partir de critérios técnicos, e o apontamento de medidas e ações para o alcance dos objetivos explicitados na Portaria nº 483 GAB MS, de 1º de abril de 2014.
- b. Por conseguinte, o PAR deverá ser analisado pelos gestores da SES e, quando aprovado, enviado à Coordenação Geral de Atenção às Pessoas com Doença Crônica do Ministério da Saúde (CGAPDC/DAET/SAS/MS).

### **Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência**

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) é uma estratégia que busca ampliar o acesso e qualificar a assistência às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS-DF).

Essa Rede ainda não está implantada no DF, mas a proposta é que a implantação se inicie a partir do segundo semestre de 2015, após revisão do Plano de Ação Regional – PAR. É Composta dos seguintes componentes:

- Atenção Básica
  - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
  - Unidades Básicas de Saúde
  - Atenção Odontológica
- Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências
  - Centros Especializados em Reabilitação (CER)
  - Estabelecimentos de saúde habilitados em um Serviço de Reabilitação
  - Oficinas Ortopédicas
  - Centros de Especialidades Odontológicas
- Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência
  - Leitos de cuidados prolongados
  - Centros cirúrgicos qualificados para a atenção odontológica a pessoa com deficiência

Quanto à implantação, a Rede está nas fases de diagnóstico, de adesão política e técnica com definição do grupo condutor. O Desenho da rede (pactuação dos fluxos, dos pontos de atenção e suas missões) está em fase de revisão.

Com a finalidade de promover a ampliação e qualificação do acesso à saúde das pessoas com deficiência temporária ou permanente, progressiva, regressiva, ou



estável, bem como a adequação da RCPCD no âmbito do DF, a SES tem a previsão de construção de Centros Especializados em Reabilitação no Distrito Federal – CER:


- Construção dos CERs IV em Ceilândia e Guará II e Oficina Ortopédica em Ceilândia e na Asa Sul;
- Construção dos CERs III em Sobradinho, Gama e Samambaia;
- Construção do CER II no Paranoá.
- Resolução das pendências para habilitação do CER II de Taguatinga (Policlínica - habilitado "com pendências" de infra e RH).

Atualmente estão em funcionamento o CER II em Taguatinga, embora ainda não habilitado e o CER II no Centro Educacional de Audição e Linguagem (CEAL) habilitado em setembro de 2015, na modalidade auditiva e intelectual;

Os principais desafios para a implantação da Rede para o período são: iniciar a qualificação do componente da atenção básica; otimizar os serviços ambulatoriais já existentes; implantar a linha de cuidado para atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e com distúrbios de comunicação; implantar um centro para o monitoramento e acompanhamento em triagem neonatal; garantir e ampliar as ações do Programa Saúde na Escola que possuem interfaces com a RCPCD; iniciar o processo de educação continuada e a capacitação dos técnicos que atuarão nos CERs e Oficinas Ortopédicas; a viabilização aos usuários do SUS-DF do acesso ao profissional tradutor e intérprete de Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS (TILS), além da garantia de sinalização em BRAILLE e colocação de pisos táteis nas unidades de saúde a serem construídas e reformadas na SES-DF.

### 3.1.5. VIGILÂNCIA EM SAÚDE

As principais diretrizes e objetivos da Vigilância em Saúde estão focadas no Eixo I – Modelo de Atenção:

<p><b>EIXO 01: MODELOS DE ATENÇÃO</b></p> <p><b><u>D3 – Ampliação e qualificação da Política Pública de promoção e vigilância em saúde para prevenção, redução, eliminação dos riscos e agravos à saúde da população.</u></b></p> <p>Obj.1.3.1.Fortalecer a Vigilância Epidemiológica e controle de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis;</p> <p>Obj.1.3.2.Fortalecer as ações de Vigilância Sanitária no DF;</p> <p>Obj.1.3.3.Fortalecer as ações de Vigilância Ambiental no DF com destaque para prevenção de Dengue e Chikungunya;</p> <p>Obj.1.3.4.Aprimorar as ações do Laboratório Central para atender as demandas específicas de saúde pública no DF;</p> <p>Obj.1.3.5.Fortalecer as ações de vigilância e controle de agravos à Saúde do Trabalhador;</p> <p>Obj.1.3.6.Fortalecer e ampliar as ações da Política de redução de acidentes e violência.</p>	
---	---

Com base nas principais diretrizes da Vigilância em Saúde a Subsecretaria de Vigilância à Saúde do DF está inserida no primeiro modelo e traz como Diretriz:

“Ampliação e qualificação da Política Pública de Vigilância em Saúde para prevenção, promoção, redução, eliminação dos riscos e agravos à saúde da população”.

No Distrito Federal, a Vigilância à Saúde é composta pelo conjunto das quatro Vigilâncias e do Laboratório Central de Saúde Pública, a saber:

### **Vigilância Epidemiológica em Saúde**

Realiza ações de vigilância e controle das doenças transmissíveis, não transmissíveis e agravos, que proporcionam o conhecimento, a detecção e prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos.

Além das tradicionais vigilâncias, enfatiza-se a necessidade de se implementar a vigilância às urgências e a vigilância em saúde mental, ambas áreas de vigilância inseridas dentro da vigilância aos agravos e doenças crônicas não transmissíveis.

Sabemos que o SAMU 192 é um observatório da saúde e do sistema, capaz de monitorar as urgências em saúde a tempo e a hora. Nesse sentido, faz-se necessário a consolidação e implementação do Observatório de Saúde do SAMU 192. Esse Observatório funciona como uma sala de situação da saúde do Distrito Federal e realiza a vigilância das urgências pré-hospitalares, além da efetuação dos relatórios, exigidos pela SUPRAC/SES, Ministério da Saúde, CNES, DATASUS.

### **Vigilância Sanitária em Saúde**

Realiza auditorias em estabelecimentos públicos e privados, que forneçam produtos e/ou serviços que promovam riscos à integridade da saúde do cidadão, bem com intervenções na qualidade do ambiente de uso coletivo da população, inspeções, licenciamentos e interdições de estabelecimentos comerciais, industriais e prestadores de serviços. Realiza, também, a coleta de amostras de produtos para análise.

### **Vigilância Ambiental em Saúde**

As atividades são realizadas pela Diretoria de Vigilância Ambiental – DIVAL e cumprem o objetivo de conhecer e detectar as mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle dos fatores de riscos e das doenças ou agravos relacionados à variável ambiental, ou seja, relativos aos fatores ambientais de risco biológico (vetores, hospedeiros, reservatórios, animais peçonhentos) e aos fatores ambientais de risco não biológico (qualidade da água para consumo humano, contaminantes ambientais químicos e físicos que possam interferir na qualidade da água, ar e solo, e os riscos decorrentes de desastres naturais e de acidentes com produtos perigosos). Atua, também, na redução dos riscos de transmissão de raiva e outras zoonoses e agravos.

As atividades atualmente mais conhecidas da vigilância ambiental são as relacionadas ao controle de vetores e animais peçonhentos, que inclui o controle ao foco de mosquitos da dengue; Aplicação de inseticida pelo carro fumacê; além da inspeção dos barbeiros para controle da doença de Chagas; inspeção para aranhas; controle do “mosquito palha” da Leishmaniose; inspeção para percevejos; inspeção para pulgas e carrapatos; controle do mosquito da Febre Amarela e inspeção para escorpiões.

### **Vigilância à Saúde do Trabalhador**

Desenvolve ações com base Política Nacional de Saúde do Trabalhador que define os princípios, diretrizes e estratégias para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador. O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST/SVS/SES é responsável pela promoção e prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, bem como ações conjuntas com as vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária da SES-DF e parcerias com o Fundacentro, SRTE, TRT 10ª Região, entre outros. A finalidade do desenvolvimento dessas ações é promover ações de vigilância, educação e capacitação, de articulação intra e intersetorial, bem como de inspeção de ambientes de trabalho, visando à implementação da Política Nacional de Vigilância e Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, Portaria nº 1.823, de 23/08/2012.

Para o período 2016-2019 a implementação dessas ações será possibilitada por meio de aquisição de insumos para uso nas ações de vigilância; aquisição de equipamentos de áudio, vídeo e foto para atividades de VISAT; aquisição de equipamentos de apoio para confirmação de agravos relacionados ao trabalho; contratação de empresa especializada para realização de eventos; contratação de empresa especializada na realização de cursos e treinamentos para servidores; aquisição de veículos, entre outros.

### **Laboratório Central de Saúde Pública - LACEN**

O Laboratório Central de Saúde Pública do DF é um laboratório vinculado à Subsecretaria de Vigilância à Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. A unidade integra a Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde, como Laboratório de Referência Regional conforme a PORTARIA GM/MS Nº 2031, de 23 de setembro de 2004.

O LACEN realiza análises laboratoriais de interesse de saúde pública do DF nas áreas de biologia médica, bromatologia, ambiente, controle de qualidade de produtos sujeitos à vigilância sanitária, controle terapêutico de medicamentos e análises toxicológicas, em uma rede de serviços e ações de vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador.

Destaca-se entre as atividades a realização de exames e análises que no último quadrimestre de 2014 observou-se um aumento na proporção de exames e análises ampliados no escopo analítico do LACEN, 27% (acréscimo de 13% em relação a 2013, somado 27% com relação a 2012)\* conforme mostra o quadro abaixo, isso significa

aumento no número de ensaios e pesquisas, otimizando e reduzindo o tempo de diagnóstico. Esses dados são monitorados por meio do indicador sentinela, colhido no Relatório Quadrimestral de 2014, gerenciado pela Gerência de Monitoramento e Avaliação em Saúde – GEMOAS/DICOAS/SUPRAC SES.

**Tabela 83: Indicador Sentinela do LACEN - 2012 a set/2014**

Indicador Sentinela	Resultado		
	2012	2013	2014
<b>Proporção de exames e análises ampliados no escopo analítico do LACEN*</b>	–	14%	27%

\*Não existia em 2012. Fonte: LACEN/SVS, 2015

A SVS/DF tem a missão de trabalhar nas ações de promoção da saúde da população, prevenção, redução e eliminação de riscos e agravos, inclusive decorrentes do processo de trabalho, por meio da execução de suas políticas. Atualmente é possível observar uma segregação dos serviços prestados pelas Vigilâncias que compõe a SVS/DF, o que implica diretamente na qualidade da saúde pública do DF. Visando a melhoria na prestação desses serviços, a Subsecretaria de Vigilância à Saúde assume como desafio para o próximo quadriênio, trabalhar na unificação e descentralização dos serviços para as Regiões de Saúde do DF.

Desta forma, é possível citar como condicionantes favoráveis à execução do objetivo da SVS/DF: a qualificação do corpo técnico da Subsecretaria; a ampla divulgação dos modelos e instrumentos de planejamento e gestão adotados e o total envolvimento da alta direção nas ações relacionadas à elaboração do planejamento dos objetivos, das metas e das ações propostas para o próximo quadriênio.

Entre as metas para o período estão: ampliar a oferta de métodos laboratoriais do LACEN/DF, em 3% ao ano; realizar 280 ações de vigilância em saúde do trabalhador, até 2019; manter o índice de infestação do *Aedes Aegypti* a menos de 1%, ao ano, além de outras relacionadas à vacinação, ampliação de coletas, fiscalizações, inspeções, notificações.

## **Violência**

O Núcleo de Estudos e Programas na Atenção e Vigilância em Violência que compõem a Gerência de Doenças e Agravos não Transmissíveis, da Diretoria de Vigilância Epidemiológica, atua na organização, consolidação, análise e divulgação dos dados referentes à morbimortalidade por violência no Distrito Federal, como já descrito anteriormente no tópico perfil epidemiológico, no capítulo I.

O Núcleo subsidia ações de promoção a saúde, prevenção e atendimento à população em situação de violência; coordena, supervisiona e apoia os Programas de Pesquisa, Assistência e Vigilância em Violência (PAV) das Regionais de Saúde da

SES-DF, que se inseridos à Rede de Saúde Mental e integrados tanto aos hospitais como aos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, os PAVs realizariam vigilância ativa nos pronto-atendimentos, de forma a notificar as suspeitas de violência física, sexual, maus tratos, negligência e de comportamento suicida contando com, no mínimo, um médico psiquiatra como referência.

Casos como acidentes, intoxicações exógenas, corte de punhos, quedas de altura e traumas, devem receber obrigatoriamente acolhimento e investigação para avaliação do comportamento suicida, sendo acolhido, tratado e monitorado.

Além do comportamento suicida, os PAVs deverão ser referência para casos de: reação aguda ao estresse, transtorno de estresse agudo e transtorno de estresse pós-traumático – TEPT, acolher as vítimas de violência, acidentes, traumas, desastres e catástrofes, nas primeiras 48 horas, de forma a prevenir o TEPT na população.

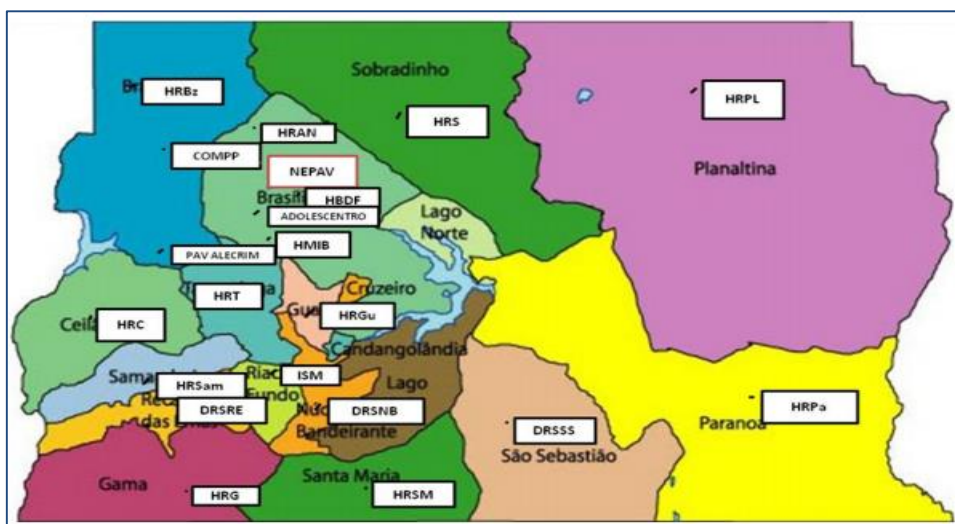
Como parte das ações de enfrentamento das doenças e agravos não transmissíveis no Distrito Federal (DF), no toante à violência, a Secretaria de Saúde do DF, por meio da SVS coordena o Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência – PAV que foi criado na estrutura da SES-DF pela Portaria nº. 141/2012, tendo como principais atribuições o atendimento às pessoas em situação de violência, numa abordagem biopsicossocial e interdisciplinar, a articulação com a rede de atendimento, os encaminhamentos institucionais e intersetoriais, a promoção da cultura de paz e a vigilância dos casos de violência.

Os PAVs estão distribuídos nas regionais de saúde, nas quais é realizado o atendimento especializado por equipes multiprofissionais para as vítimas de violência. São ações do PAV:

- Acolhimento: atendimento humanizado no qual o profissional proporciona a escuta qualificada da situação enfrentada pela pessoa.
- Vigilância: notificação dos casos de violência, análise epidemiológica da situação de violência.
- atendimentos: atendimentos individuais, familiares ou grupais.

Os programas de vigilância e atenção integral à saúde das pessoas em situação de violência funcionam nas regionais de saúde do Distrito Federal e estão apresentados na figura 1:

**Figura 1: Rede de serviços de vigilância e atenção integral a saúde de pessoas em situação de violência da SES- DF**



Fonte: Boletim Epidemiológico: violência interpessoal e auto provocada nº1, ano 2, maio 2015.


Os PAV's estão distribuídos nas regionais de saúde, nas quais é realizado o atendimento especializado por equipes multiprofissionais para as vítimas de violência. São ações do PAV:

- Acolhimento: atendimento humanizado no qual o profissional proporciona a escuta qualificada da situação enfrentada pela pessoa.
- Vigilância: notificação dos casos de violência, análise epidemiológica da situação de violência.
- atendimentos: atendimentos individuais, familiares ou grupais.

Destaca-se algumas ações da Secretaria de saúde do DF no ano de 2015: participação no Simpósio de Enfrentamento à Violência Contra Pessoas Idosas, realização de oficina de Construção de Roteiro de Atendimento a pessoas em situação de violência e Curso Linha de Cuidado em Serviço de Referência para Atenção Integral a Crianças, Adolescente e suas Famílias em Situação de Violência Sexual.

### 3.1.6. REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

A Regulação Assistencial na Secretaria de Saúde tem Diretriz e seus objetivos focados no eixo II – Modelo de Gestão:

<p><b>EIXO 02: MODELO DE GESTÃO</b></p> <p><b><u>D2 – Qualificação dos processos de gestão em saúde na SES-DF, com foco na regionalização, corresponsabilização e resultados assistenciais.</u></b></p> <p>Obj.2.2.2. Fortalecer e ampliar o acesso oportuno, referenciado, integral e equânime, por meio da Regulação Assistencial, com base nas necessidades do usuário;</p>	
--	---

O conceito de regulação mais conhecido restringe-se à regulação do acesso, definida como mecanismo que ordena o acesso aos serviços assistenciais de saúde

por meio da promoção da equidade; da garantia da integralidade; do aproveitamento dos recursos assistenciais disponíveis, na perspectiva da oferta; e do ajuste da melhor alternativa assistencial às necessidades de atenção e assistência à saúde da população no que se refere.

A regulação assistencial no Distrito Federal consiste em Regulação do Acesso, responsável pela regulação de consultas especializadas, exames e procedimentos diagnósticos e terapêuticos, leitos de terapia intensiva e leitos de cuidados intermediários neonatais; e Regulação da Atenção às Urgências, responsável pela ordenação dos fluxos de atendimento nas portas de entrada dos serviços de urgência e emergências. Ambas têm os processos regulatórios baseados em protocolos clínicos e de regulação.

A regulação ambulatorial viabiliza, aos usuários do SUS/DF, o acesso a consultas em cardiologia, otorrinolaringologia, endocrinologia, dermatologia, oftalmologia (incluindo exames e procedimentos), especialidades pediátricas, oncologia, radioterapia, alergologia, cirurgia plástica, mastologia, cirurgia vascular; exames de imagem – tomografia computadorizada, ressonância magnética, mamografia, densitometria óssea; e procedimentos e exames em cardiologia – ecocardiografia, angioplastia, cateterismo cardíaco, estudo eletrofisiológico, holter, MAPA, testes ergométrico e Tilt Test.

A regulação de acesso aos procedimentos de consultas e exames, no âmbito da SES/DF, encontra-se ancorada na utilização de um sistema informacional do Ministério da Saúde, o Sistema Nacional de Regulação – SISREG, que apresenta como característica ser um software livre, aplicado em âmbito nacional.

Já a regulação da internação hospitalar está presente nas internações em leitos das unidades terapia intensiva - UTI adulto, pediátrica e neonatal, oferecendo suportes diversos tais como neurotrauma, coronariano, materno, dialítico, geral, dentre outros, e em leitos das unidades de cuidado intermediário neonatal – UCIN.

### **Internação em Leitos de UTI**

Com o advento das mudanças no ambiente de cuidados à saúde, com a grande repercussão de enfermidades de diagnóstico mais complexo e de terapêutica diferenciada e a maximização do uso de recursos tecnológicos e específicos, a SES decidiu divulgar recentemente os critérios para internação de pacientes nas unidades de terapia intensiva: UTI's Adulto, Pediátrica e Neonatal da rede SES/DF (leitos próprios, conveniados e/ou contratados) e Unidades de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN).

A medida visa minimizar os problemas jurídicos, como as ordens de internação emitidas para pacientes que entram com pedido na Justiça, ao mesmo tempo em que sensibiliza a população para a questão do ingresso à UTI. A norma considera que a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais e equipamentos específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e

terapia e que apenas o uso do diagnóstico como parâmetro de indicação de admissão na UTI não permite eleger com segurança os pacientes com chances de se beneficiarem da internação na UTI. Além de dar prioridade aos casos mais urgentes, a SES tem como comprovar que segue um padrão. Os critérios relacionados estão publicados no Anexo I da Portaria N° 200, de 06 de Agosto de 2015.

Quanto a remoção, transferência e permanência de pacientes após alta médica nas unidades de terapia intensiva da rede SES/DF, também foi publicada nova decisão pela Portaria N° 199, de 06 de Agosto de 2015. A Portaria prevê que o trabalho de atualizar as informações sobre internações, como tempo de permanência e materiais utilizados, e o de monitorar as transferências entre unidades hospitalares serão responsabilidade dos enfermeiros, função antes que cabia apenas aos médicos reguladores, que têm outras atribuições, como de admitir e dar alta a pacientes. Com o objetivo de retirar a sobrecarga imposta aos médicos reguladores que prejudicava o processo de inserção de dados, fundamental para que o órgão construa seus indicadores e trabalhe sobre a realidade dos hospitais e dos ambulatórios.

A internação de pacientes de alta de UTI em leitos gerais deverá ocorrer de forma prioritária em relação a pacientes das salas de recuperação pós-anestésica e dos prontos- socorros, respectivamente. Além disso, os pacientes que receberem alta médica das UTI's ou UCI's deverão ser transferidos à enfermaria do hospital onde se encontram internados, levando em consideração as necessidades clínicas, até que outro leito seja disponibilizado no hospital de origem ou naquele que disponha do suporte exigido à continuidade de tratamento do paciente.

### **Urgências e Emergência**

A Central de Regulação 192 atendimento Pré hospitalar, como regulação das urgências deve estar inserida e integrada ao Complexo Regulador do Distrito Federal, conforme normatiza a Portaria GM/MS n. 1.559, de 1º de Agosto de 2008.

Quanto aos leitos de desintoxicação de álcool e drogas, desde que estejam habilitados pelo Ministério da Saúde, a ativação requer a sua formalização e regulação. Esses leitos devem ser ocupados por pacientes em intoxicação e abstinência. Por se tratar de patologias que configuram urgências médicas, devem ser reguladas no SAMU pela equipe de Saúde mental da Central de Regulação 192 e referenciadas aos CAPS álcool e drogas.

A Central de Regulação 192, além de regular os fluxos das urgências no Distrito Federal, deverá ser responsável por regular o fluxo das urgências pré hospitalares clínicas, cirúrgicas, ginecológicas, traumáticas e psiquiátricas; pelos leitos psiquiátricos e leitos de desintoxicação por álcool e drogas em hospitais gerais.

### **Tratamento Fora do Domicílio**

No que concerne ao Tratamento Fora de Domicílio – TFD, instrumento que possibilita o atendimento e tratamento médico, ambulatorial ou hospitalar, a pacientes portadores de patologias com necessidade de procedimentos de Alta e



Média Complexidade quando a rede do SUS/DF não oferece o tratamento. É limitado ao período estritamente necessário a este tratamento e aos recursos orçamentários existentes.

O fluxo do sistema de regulação da SES/DF ocorre por meio do estabelecimento de protocolos de regulação, que envolvem unidades solicitantes, unidades executantes e as Centrais de Regulação, de forma transversal, sob gestão única do CRDF – Complexo Regulador do Distrito Federal.

Os protocolos de regulação utilizados pela DIREG obedecem ao preceito constitucional da organização do Distrito Federal em cidades satélites e em regiões de saúde e prezam pela promoção da equidade do acesso às ações e aos serviços de saúde e garantia da integralidade da assistência.

#### Especialidades e Procedimentos Regulados no DF

Para vencer os desafios ainda existentes na SES DF, há a necessidade de ter uma estrutura de regulação fortalecida e com uma equipe técnica e reguladora qualificada e comprometida, além de um conjunto de protocolos clínicos e de regulação que são estruturantes ao processo regulatório. Há protocolos em fase de construção e pactuação necessários à qualificação e orientação de novos processos de trabalho.

Abaixo segue o panorama das consultas, exames, procedimentos e leitos regulados na SES/DF.

**Tabela 84: Demonstrativo de consultas reguladas na SES DF**

ESPECIALIDADES	CONSULTAS			
	2011	2012	2013	2014
DERMATOLOGIA	35.124	32.338	33.134	23.220
OFTALMOLOGIA	59.809	54.585	48.996	81.765
CIRURGIA VASCULAR	0	1.738	3.282	1.916
OTORRINOLARINGOLOGIA****	-	-	2.362	24.913
ENDOCRINOLOGIA*****	-	-	-	4.417
ALERGOLOGIA***	116	2.428	4.601	6.885
CARDIOLOGIA	65.031	56.552	39.883	27.037
ESPECIALIDADES PEDIATRICAS*	592	6.283	9.475	7.895
COLPOSCOPIA **	0	219	2.067	586
MASTOLOGIA ***	0	0	4.831	5.102
RADIOTERAPIA **	1.314	1.754	1.769	1.607
ONCOLOGIA CLÍNICA ***	0	0	4.772	1.806
CIRURGIA PLÁSTICA ***	0	0	1.223	2.278

\* Somente nas unidades do HCB e ICDF;

\*\* Acesso a consulta para o procedimento;

\*\*\* Ampliado atendimento além do HCB e iniciado atendimento adulto em 2012.

\*\*\*\* Iniciada a regulação em 2013.

\*\*\*\*\* Iniciada a regulação em 2014.

Fonte: SISREG – Sistema Nacional de Regulação extraído por GERA/DIREG/SUPRAC

**Tabela 85: Demonstrativo de exames cardiológicos regulados na SES DF**

<b>EXAMES CARDIOLÓGICOS</b>				
<b>EXAMES</b>	<b>AGENDAMENTOS</b>			
	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
ANGIOPLASTIA	499	615	668	601
CATETERISMO	1.979	2.210	3131	3.218
ECOCARDIOGRAMA	24.365	28.709	33.069	30.205
ESTUDO ELETROFISIOLOGICO	242	266	250	244
MAPA	1.386	4.592	5.121	4.931
HOLTER	3.273	4.289	3.940	7.253
TESTE ERGONOMÉTRICO	7.843	9.496	11.972	9.027
TILT TEST	269	241	220	199
ELETROCARDIOGRAMA	19.010	19.193	6.906	*

Fonte: SISREG – Sistema Nacional de Regulação extraído por GERA/DIREG/SUPRAC

\*Obs.: Eletrocardiograma deixou de ser regulado em 2014.

**Tabela 86: Demonstrativo de exames radiológicos regulados na SES DF**

<b>EXAMES RADIOLÓGICOS</b>				
<b>EXAMES</b>	<b>AGENDAMENTOS</b>			
	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Mamografia	18.792	16.454	17.186	12.433
Tomografia Computadorizado	29.496	29.104	43.394	41.595
Ressonância Magnética	10.455	12.051	32.846	37.486
Densitometria	5.610	8.802	10.874	11.058

Fonte: SISREG – Sistema Nacional de Regulação extraído por GERA/DIREG/SUPRAC

**Tabela 87: Demonstrativo de exames e procedimentos oftalmológicos regulados na SES DF**

<b>EXAMES E PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS</b>					
<b>EXAMES/PROCEDIMENTOS</b>	<b>AGENDAMENTOS</b>				
	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	
CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	1.151	580	660	1.733	
BIOMETRIA ULTRASSÔNICA	926	1.401	2.740	1.909	
CERATOSCOPIA COMPUTADORIZADA	268	288	496	136	
FOTOCOAGULAÇÃO A LASER - POR APLICAÇÃO	722	425	356	690	
MAPEAMENTO DE RETINA OU FUNDOSCOPIA	851	1.271	4.680	3.260	
PAQUIMETRIA ULTRASSONICA	379	834	851	943	
RETINOGRAFIA (COLORIDA)	621	250	866	1.098	
RETINOGRAFIA FLUORESCENTE	605	121	283	273	
ULTRA-SONOGRAFIA DO GLOBO OCULAR	578	765	1.542	1.186	
VITRECTOMIA	195	385	134	295	

Fonte: SISREG – Sistema Nacional de Regulação extraído por GERA/DIREG/SUPRAC


**Tabela 88: Demonstrativo de leitos hospitalares regulados na SES DF**

<b>LEITOS HOSPITALARES</b>			
<b>LEITOS</b>	<b>EXISTENTES</b>	<b>REGULADOS</b>	<b>%</b>
UTI ADULTO	263	218	83%
UTI NEO	73	71	97%
UTI PEDIATRICO	64	43	67%
UCIN	107	107	100%

Fonte: GERIH/DIREG/SUPRAC

### **3.2 GESTÃO DO TRABALHO NA SAÚDE NA SES DF**

A Diretriz e os objetivos estratégicos definidos para a área de Gestão do Trabalho na Saúde estão contemplados no eixo II - Modelo de Gestão:

<b>EIXO 02: MODELO DE GESTÃO</b>	
<b>D3 - Fortalecimento das práticas de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde para valorização e qualificação dos servidores.</b>	
Obj.2.3.1 Aprimorar os Mecanismos de Educação permanente para qualificar os profissionais do SUS;	
Obj.2.3.2. Aprimorar a Gestão do Trabalho na SES-DF.	

A Subsecretaria de Gestão de Pessoas – SUGEP/SES tem como objetivo aprimorar os processos de planejamento, gestão, qualificação e formação de profissionais de saúde no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, além de promover a transferência gradual de autonomia administrativa, financeira e responsabilização sobre os serviços especializados prestados nas Regionais de Saúde e Unidades de Referência, com a integração de ações e serviços finalísticos, de maneira a imprimir qualidade e eficiência crescente à atenção e à saúde especializada no Distrito Federal.

Atualmente a Secretaria de Estado de Saúde tem em seu quadro de pessoal o total de 33.186 (trinta e três mil cento e oitenta e seis) servidores efetivos, comissionados e requisitados, conforme mostra o quadro abaixo. Desse total são distribuídos em 12.258 (doze mil duzentos e cinquenta e oito) profissionais de nível superior, 18.238 (dezoito mil duzentos e trinta e oito) de nível médio e 2.690 (dois mil seiscentos e noventa) de nível fundamental.

**Tabela 89: Demonstrativo da Força de Trabalho da rede SES – servidores do quadro e composição de cargos efetivos e em comissão**

**QUADRO DE COMPOSIÇÃO DE PREENCHIMENTO DE CARGOS/EMPREGOS EM COMISSÃO E DE FUNÇÕES DE CONFIANÇA**

ÓRGÃO	SERVIDOR DO QUADRO DA UNIDADE			REQUISITADO DE ÓRGÃO/ENTIDADE DO GDF			SEM VÍNCULO COM O GDF			CEDIDOS		Total
	sem Cargo em Comissão	com Cargo em Comissão	com Função Gratificada	sem Cargo em Comissão	com Cargo em Comissão	com Função Gratificada	Requisitado Fora do GDF sem Cargo em Comissão	Requisitado Fora do GDF com Cargo em Comissão	Servidor sem vínculo com o GDF com Cargo em Comissão	para órgão ou entidade do GDF	para órgão ou entidade fora do GDF	
SES	22.917	1.715	0	206	16	1	904	31	148	83	165	<b>33.186</b>

Fonte: DIAP/SUGETES/SES - 2015

Essa força de trabalho existente é acrescida com 1.087 (um mil e oitenta e sete) contratos temporários para atender todas as demandas existentes na SES –DF (Distrito Federal e RIDE), salientando que atualmente existe um déficit de 10.798 (dez mil setecentos e noventa e oito) servidores para substituir os contratos temporários, bem como o uso de horas extras e a reposição dos desligamentos ocorridos de 2011 a 2014, no intuito de proporcionar os serviços de forma satisfatória e atendendo aos parâmetros constantes em leis e normas.

O déficit na SES/DF se deve principalmente à carência de profissionais, que é motivo de queixa da população e de gestores. São vários motivos que contribuem para isso, entre eles o fato de que a rede pública de saúde, cuja ampliação mais acelerada ocorreu na década de 1980, conta hoje com um quadro de profissionais maduros, crescentemente em fase de aposentadoria.


O Sistema de Gestão de Recursos Humanos (SIGRH) é a ferramenta utilizada para cadastro de todo o quadro de servidores do GDF, acesso à lotação, carga horária e situação funcional dos servidores de todas as categorias e especialidades. O SIGRH auxilia o gestor a mapear esse quadro de servidores da rede, com o intuito de realizar o monitoramento de toda a força de trabalho existente na SES/DF, para análise das causas que resultam nos déficits, o que demanda planejamento rigoroso com demonstrativo do que é factível a curto, médio e longo prazo.

O dimensionamento da Força de Trabalho utiliza como critérios: instrumentos legais e normas de órgãos de classe, cobertura de escala/horas extras, capacidade instalada para oferta de serviços, reposição de servidores cedidos/exonerados/aposentados e ampliação/abertura de novos serviços, demanda reprimida e o crescimento populacional de cada região.

Além disso, a SES DF incentiva a inovação das práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para a valorização dos profissionais da SES/DF. Os objetivos estratégicos definidos para a área estão contemplados no eixo Modelo de Gestão:

### 3.3 GESTÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS NO DF

A Diretriz e os objetivos a seguir definidos para a área de Gestão da Educação em Saúde estão contemplados no eixo II - Modelo de Gestão:

<p><b>EIXO 02: MODELO DE GESTÃO</b></p> <p><b>D7 – Desenvolvimento de uma política de formação profissional, com fortalecimento da integração ensino-serviço, por meio da qualificação, especialização e pesquisa em saúde.</b></p> <p>Obj. 2.7.1. Fortalecer a integração da SES-DF com as instituições de Ensino Superior e de Nível Técnico;</p> <p>Obj. 2.7.2. Fomentar ações de produção do conhecimento e grupos pesquisa no âmbito do SUS-DF;</p> <p>Obj. 2.7.3. Promover ações educativas de qualificação dos gestores da SES-DF;</p> <p>Obj. 2.7.4. Aprimorar os serviços de saúde da SES-DF para atuarem como ambiente de ensino aprendizagem;</p>	
--	---

No que se refere à educação na saúde, destaca-se a atuação da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPECS, fundação pública de direito público, mantenedora da Escola Superior em Ciências da Saúde - ESCS, Escola Técnica de Brasília - ETESB e a Escola de Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde - EAPSUS. É responsável por promover atividade conjunta de ensino aos trabalhadores da SES de acordo com suas formações, com EAPSUS, Escola de Governo, SUGEP, formando Conselho de Ensino da SES, onde membros dos segmentos sejam componentes.

A ESCS tem por finalidade ministrar, desenvolver e aperfeiçoar o ensino-aprendizagem das Ciências da Saúde mediante a promoção de cursos de Graduação, atualmente medicina e enfermagem; pós-graduação e extensão; ao apoio às atividades de pesquisa da área da saúde no âmbito da SES/DF, visando a promoção do bem-estar físico, mental e social do indivíduo e da comunidade como exigência da cidadania.

O modelo pedagógico dos cursos da ESCS fundamenta-se nos princípios do construtivismo, priorizando as metodologias ativas como elemento central do processo de ensino aprendizagem. Além disso, o projeto pedagógico dos cursos preserva e potencializa o currículo integrado aos serviços de saúde, por meio da integração ensino-serviço-comunidade. Este modelo já consolidado vem sendo citado como referência nacional pelo desempenho dos estudantes nos Exames Nacionais de Desempenho dos Estudantes (ENADE), sempre obtendo notas máximas, tanto no curso de medicina quanto no de enfermagem. No período de 2007 a 2014 a ESCS formou 697 médicos (9 turmas) e 134 enfermeiros (3 turmas).

Na pós-graduação, a ESCS oferece 145 programas de Residência, distribuídos nas áreas Médica, de Enfermagem, Nutrição, Odontologia, Fisioterapia e

Psicologia. Em 2015 a Escola iniciou a 4ª turma de Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde, na área de Enfermagem, com foco na Saúde do Idoso e da Mulher.

O ensino em saúde deverá priorizar as residências médicas e as residências multiprofissionais em redes de atenção à saúde, em detrimento das residências hospitalares, e deverá priorizar a coordenação pela COREME e COREMU da FEPECS.

A ESCS também possui na sua estrutura, a Coordenação de Pesquisa e Comunicação Científica – CPCC, responsável pelas atividades de pesquisa no âmbito de toda a SES/DF, inclusive a elaboração de editais de fomento da Fepecs, o monitoramento e avaliação dos resultados, de forma articulada com a Fundação de Apoio à Pesquisa do DF - FAP-DF, Conselho de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, Ministério da Saúde - MS e outros. É de sua competência o apoio à Iniciação Científica por meio de concessão de bolsas do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica - PIBIC/CNPq e de bolsas próprias pelo Programa de Iniciação Científica - PIC/ESCS. É liderança do Comitê Gestor do Programa Pesquisa para o SUS - PPSUS, em parceria com o MS, FAP-DF e CNPq e desenvolve projetos especiais em parceria com renomadas universidades estrangeiras, como é o caso da University of Southern Califórnia. Esta Coordenação mantém ainda a publicação científica periódica “Comunicação em Ciências da Saúde” (antiga Revista de Saúde do Distrito Federal), ininterruptamente há 22 anos, indexada na base de dados Lilacs/Bireme.

A ETESB tem por objetivo oferecer cursos de Educação Profissional Técnica, Pós-técnica e Formação Inicial e Continuada aos trabalhadores e à comunidade, em consonância com as estratégias e prioridades do SUS no Distrito Federal.

A EAPSUS é responsável por ações educacionais voltadas para profissionais de saúde, especialmente servidores da SES/DF, tem por finalidade propor, desenvolver, e executar processos educacionais para profissionais de equipes de atenção, vigilância e gestão da saúde e atores envolvidos com educação em saúde, participação e controle social, para fortalecimento do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal (SUS/DF).

Os Núcleos de Educação Permanente das unidades de saúde e do SAMU deverão estar vinculados tecnicamente à EAPSUS / FEPECS .

Os profissionais colocados como componentes do Fluxo de instrutores de ensino serão classificados nos moldes de seleção da FEPECS, com especialização e, de preferência, com pós-graduação , mestrado ou doutorado.

A EAPSUS também gerencia os estágios curriculares supervisionados dos estudantes das Instituições de Ensino conveniadas com a SES/DF e as atividades de Treinamentos em Serviço, que são realizadas por profissionais de saúde, visando o aperfeiçoamento teórico-prático em áreas assistenciais específicas.

A FEPECS e as suas Escolas atuam no sentido de ampliar a integração ensino, pesquisa e serviços de saúde, de modo a contribuir para a consolidação do Sistema de Saúde-Escola no Distrito Federal para avançar no fortalecimento do SUS, no processo de Educação na área de saúde, com ênfase na estruturação da Atenção Primária de Saúde, proporcionando o desenvolvimento e a capacitação contínua dos


profissionais da SES-DF, com o objetivo de qualificá-los na prestação dos serviços para o alcance da efetividade e qualidade.

### **Contratualização dos Hospitais de Ensino**

No DF temos 04 hospitais certificados e contratualizados (HBDF, HRS, HMIB, HRAN). O HRPA já está certificado pendente de contratualização. E existem 05 unidades candidatas à certificação, 03 em nível avançado (HRC, HRG, HRT) e 02 em nível intermediário (HRSM e HRPL). Um dos desafios para o período é a manter e ampliar a Contratualização dos Hospitais de Ensino da Rede SES. E mediante incentivo financeiro fortalecer as unidades no tocante aos quatro eixos que norteiam a Política dos Hospitais de Ensino: assistência, ensino, pesquisa e gestão.

### **3.4 REGIONALIZAÇÃO**

A proposta da Regionalização em saúde no DF possui a Diretriz e os objetivos contemplados no eixo II - Modelo de Gestão:

<p><b>EIXO 02: MODELO DE GESTÃO</b></p> <p><b><u>D1-Desconcentração das ações em gestão de saúde com autonomia e corresponsabilidade para as Regiões de Saúde.</u></b></p> <p>Obj.2.1.1. Modelizar a Gestão para as Regiões de Saúde visando o aumento da efetividade e resolubilidade no sistema de saúde do DF.</p> <p><b><u>D2- Qualificação dos processos de gestão em saúde na SES-DF, com foco na regionalização, corresponsabilização e resultados assistenciais.</u></b></p> <p>Obj. 2.2.1. Fortalecer as ações de Planejamento, Monitoramento, Controle e Avaliação de Saúde para gerar melhores resultados na gestão da SES DF</p>	
--	--

O Distrito Federal é organizado em Regiões Administrativas, com vistas à descentralização administrativa, à utilização racional de recursos para o desenvolvimento socioeconômico e à melhoria da qualidade de vida, conforme Artigo 10, da Lei Orgânica do Distrito Federal. Para facilitar a administração de seu território, o DF foi dividido em 31(trinta e uma) Regiões Administrativas – RA’s, estabelecidas por leis distritais, aprovadas e publicadas nos Diários Oficiais do Distrito Federal, no período de 1964 a 2012.

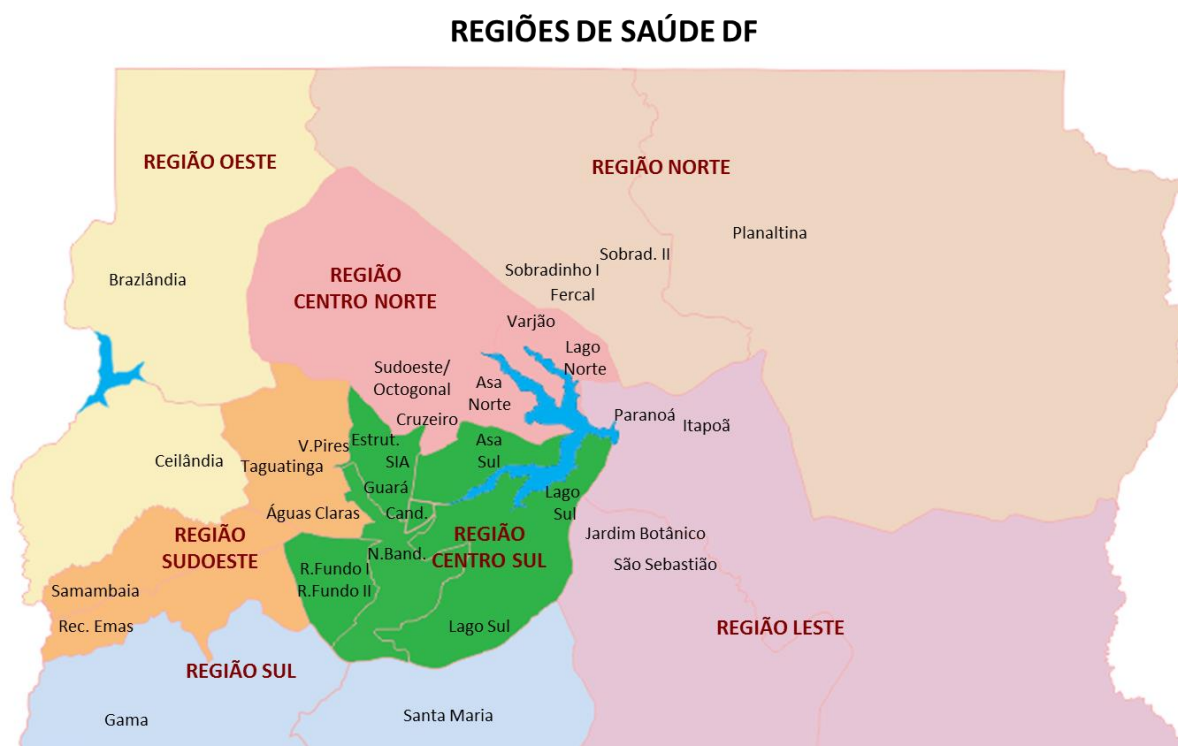
Com a regulamentação de alguns aspectos da Lei Orgânica da Saúde, através do Decreto 7.508/2011, de 28 de Junho de 2011, regulamenta a Lei nº 8080 se institui um novo modelo de gestão do SUS, reforçando a importância do planejamento regional integrado. Na perspectiva de manter coerência com o disposto neste Decreto, foi necessária a revisão de processos e o reordenamento dos instrumentos de planejamento e gestão, dentre eles o PDR que passa agora a compor O Mapa da Saúde. O produto do processo de planejamento ora expresso no PDR passa a fazer parte do Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP, instrumento com o objetivo

de organizar a integração das ações e serviços de saúde dos entes de uma Região de Saúde em Rede de Atenção à Saúde.

Uma Região de Saúde é concebida como espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

O Sistema de Saúde do Distrito Federal, a partir de 2015, passou a ter nova organização territorial sob duas dimensões: as Regiões Administrativas (RAs) e as Regiões de Saúde. As Regiões de Saúde foram constituídas observando-se os limites territoriais, as identidades culturais, econômicas, sociais, as redes de comunicação e a infraestrutura de transportes a partir do agrupamento das RA's. O contexto atual da assistência fica assim distribuído: 07 Regiões de Saúde, as quais contemplam as 31RAs, que compõem a regionalização assistencial existente, como pode ser observado a seguir na figura 2.

**Figura 2: Mapa das Regiões de Saúde do DF**



Fonte: GEPLAN e GEMOAS -DIPLAN/SUPLAN/SES

O processo de regionalização da SES tem como princípios o reconhecimento do perfil social, demográfico e epidemiológico da população; a identificação dos problemas de saúde prioritários, dentre outros. A análise da capacidade instalada, bem como os fluxos de usuários, além da situação geográfica são também pontos



importantes que norteiam a reorganização dos fluxos de referência e contra referência conferindo qualidade e eficiência crescentes à atenção à saúde no DF.

É importante ressaltar que o estudo da regionalização para a SES DF considerou muito a reavaliação de recursos tecnológicos e humanos no reordenamento proposto, além da previsão de investimentos necessários para a conformação desses novos módulos assistenciais e regiões de saúde.

A proposta é fazer a implementação de processos de planejamento e gestão no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde, promovendo a contratualização, o acompanhamento das ações de assistência em saúde especializada e a transferência crescente de autonomia financeira e administrativa para as Regionais de Saúde e Unidades de Referência com monitoramento da ação por profissionais das Regionais de Saúde, Unidades de Referência e Administração Central da Secretaria de Estado da Saúde designada. Esta estratégia está apoiada nas recomendações finais da 9ª Conferência Distrital de Saúde realizada em julho de 2015.

O início da implementação do processo de descentralização veio com o Decreto nº 31.625, de 29 de abril de 2010 que instituiu o PDPAS - Programa de Descentralização Progressiva de Ações de Saúde. A avaliação do êxito desta estratégia, associado ao “Projeto de desenvolvimento de redes e contratualização de serviços no âmbito do SUS-DF”, desenvolvido no período de 2011 a 2014 conformaram as bases conceituais, metodológicas e práticas para a proposição do Programa de Regionalização da Saúde no DF.

Para o aprofundamento deste modelo, em setembro de 2015 o Governador do Distrito Federal instituiu um Grupo de Trabalho presidido pelo Secretário de Saúde para discutir a estrutura, organização e execução da Gestão Descentralizada da Saúde no DF. Desse modo, a gestão do sistema público de saúde no DF iniciará uma nova etapa de administração para sua melhoria progressiva baseada no cumprimento do princípio constitucional da eficiência elencado no artigo 37 da CF/88.

### **3.5 CIÊNCIA, TECNOLOGIA, PRODUÇÃO E INOVAÇÃO EM SAÚDE E GESTÃO**

A área de ciência e tecnologia definiu suas Diretrizes e seus objetivos no eixo III:

<p><b>EIXO 03: INFRAESTRUTURA E LOGÍSTICA</b></p> <p><b>Diretriz 2 – Promoção da gestão e incorporação de tecnologias em saúde</b></p> <p>Obj. 3.2.1. Fomentar a realização de Pesquisas e Estudos para avaliação e incorporação de novas tecnologias em saúde;</p> <p><b>Diretriz 4 - Ampliação, adequação e modernização da tecnologia da informação em saúde para qualificação dos serviços.</b></p> <p>Obj. 3.4.1. Assegurar investimentos permanentes para expansão da tecnologia da informação;</p> <p>Obj..3.4.2. Ampliar e modernizar o parque industrial e tecnológico da SES-DF.</p>	
--	---

A Coordenação Especial de Tecnologia da Informação em Saúde – CETINF idealizou para 2016 a 2019, duas grandes estratégias: proporcionar maior visibilidade das atividades que são executadas pela coordenação e posicioná-la num nível de crescimento que permita uma atuação transversal por todas as áreas e contribua de maneira substancial para o alcance dos objetivos estratégicos da SES.

O grande desafio é ser referência em gestão, aperfeiçoamento e inovação em soluções e serviços de TIC - Tecnologia da Informação e Comunicações na saúde do Distrito Federal, para que sejam consolidados o desenvolvimento e a manutenção dos sistemas de informação, a administração dos recursos do parque computacional e o atendimento e suporte aos recursos/serviços de TIC que estão sob o seu domínio de atuação. Para isto, é necessário que seja ampliada a utilização dos recursos em diversas fontes, que assegurem investimentos permanentes e, ao mesmo tempo, que sejam adotadas as melhores práticas de gestão para a melhoria dos custos, a fim de que seja possível ampliar e modernizar a infraestrutura tecnológica que são mantidas pela SES.

A ampliação e a modernização do parque tecnológico da SES permitirão que todas as Unidades de Saúde utilizem os serviços de atendimento hospitalar e ambulatorial com maior eficiência, eficácia e efetividade, que os dados do Sistema Integrado de Saúde – SIS sejam efetivamente inter-relacionados com os sistemas do Ministério da Saúde e com os demais sistemas das políticas de atenção à saúde, aumentando de forma exponencial a gestão das informações, a melhora substancial na captação e gestão de recursos e, ainda agilizando as tomadas de decisões nos diversos níveis da SES.

Promover a expansão para todas as Unidades de Saúde da utilização dos serviços de registro de atendimento hospitalar e ambulatorial, desenvolver as habilidades e competências para facilitar a execução das rotinas dos processos de trabalho, manter uma central de serviços que melhor atenda e preste o suporte devido para os usuários dos sistemas de informação e recursos computacionais e agilizar as tomadas de decisões na SES, são objetivos que serão alcançados com a implantação da rede de comunicação em 100% de todas as Unidades de Saúde.

Além disso, num mundo globalizado no qual a informação e o conhecimento acontecem de forma dinâmica, se faz necessária a implementação de mecanismos que proporcionem a integração entre os servidores e colaboradores para o registro, o compartilhamento e a geração de novos conhecimentos, que irão subsidiar a modernização dos sistemas de informação; bem como na busca pela disponibilidade, integridade, confidencialidade e autenticidade das informações que assegurem a segurança da informação e comunicações na SES; fatores essenciais para as informações sejam captadas, compiladas e fornecidas com altíssimo grau de qualidade e que possam fomentar o acompanhamento e o fortalecimento do controle social das ações em saúde no Distrito Federal.

#### Parque Industrial e Tecnológico da Saúde no DF – PITSUS-DF

A proposta de instalação de um Parque Industrial e Tecnológico da Saúde no DF foi aprovada na 9ª Conferência de Saúde do Distrito Federal e no Conselho de Saúde, com isso, o Governo do Distrito Federal, por meio da Secretaria de Saúde, começa a estruturar e revitalizar o Parque de Apoio da Saúde e ampliar sua missão institucional, numa perspectiva de qualificar os serviços de saúde do DF e criar institucionalmente o Parque Tecnológico da Saúde. Instalar um Parque Tecnológico e industrial na saúde sob a égide da Secretaria de Saúde de modo a contribuir com a inovação e produção de tecnologia de processos e produtos em saúde destacando a produção de equipamentos e insumos em saúde, além de tecnologias leves de aplicação na atenção primária à saúde.

O Parque vai orientar a indústria local e identificar fragilidades e gargalos na cadeia produtiva, desenvolvendo pesquisas e prospectando métodos e tecnologia para o setor de saúde no DF.

Várias iniciativas serão implementadas dentro desta nova proposta, cabe citar o incentivo a capacitação e formação de tecnólogos, em parceria com Universidades, que trará para saúde do DF profissionais capacitados e formados para atuarem no DF e futuramente em outras unidades da Federação.

O objetivo é Implantar o Parque Industrial e Tecnológico da Saúde no DF – PITSUS-DF voltado para o desenvolvimento, teste e disseminação de soluções tecnológicas sustentáveis para atender às demandas do SUS. Implantar no DF um ambiente que atuará em rede, como catalizador de capacidades técnicas consolidadas na região e no País, visando desenvolver, testar e disseminar inovações e tecnologias sustentáveis aplicadas ao setor de saúde, por meio de parceria entre o setor público, privado e acadêmico do DF.

Entre seus objetivos finais, destaca-se a oportunidade de orientar a indústria local e identificar fragilidades e gargalos na cadeia produtiva, desenvolvendo pesquisas e prospectando métodos e tecnologia para o setor de saúde no DF.

As linhas de atuação se resumem em:


1. Soluções tecnológicas para melhoria de processos produtivos;
2. Desenvolvimento de mobiliários hospitalares e manutenção de equipamentos;
3. Produção de insumos para área hospitalar.

As metas para o período são:

- ✓ Criar desenvolver a Fábrica Escola de produto e processo para saúde.
- ✓ Realizar 15 Cursos de formação técnica e profissionais na saúde
- ✓ Incluir alunos de graduação e pós graduação nos serviços da Rede SES/SUS.

### 3.6. INFRAESTRUTURA

A área de infraestrutura e logística tem sua Diretriz e seus objetivos focados no eixo III – Infraestrutura e Logística:

<p><b>EIXO 03: INFRAESTRUTURA E LOGÍSTICA</b></p> <p><b>Diretriz 3 – Modernização da estrutura física e promoção da gestão e incorporação de tecnologias em saúde</b></p> <p>Obj.3.3.1. Fortalecer, desenvolver e promover o serviço de engenharia e arquitetura</p>	
--	---

A Secretaria de Saúde do DF possui o serviço de Engenharia e Arquitetura, capacitado e especializado em projetos arquitetônicos em saúde, que sem a recomposição devida da equipe, reduzida pelas aposentadorias e afastamentos, encontra-se bastante limitado e não consegue produzir os projetos necessários para ampliação e reforma dos equipamentos de saúde, atualmente em número de 234 (duzentos e trinta e quatro) unidades no Distrito Federal.

As legislações sanitárias e da construção civil vigentes exigem a instalação de equipamentos de segurança e acessibilidade para todos essas unidades de saúde, e com recursos orçamentários insuficientes para o bloco de investimentos, além de poucos profissionais especializados para execução dos projetos, a SES/DF tem o objetivo de buscar parcerias com outros órgãos do governo para complementar sua deficiência nos processos da área meio – infraestrutura.

Alguns projetos estratégicos estão previstos para o período 2016-2019, entre eles: Equipagem e reforma na infraestrutura dos hospitais da rede (Hospital de Base, Hospital de Apoio, São Vicente de Paula, HMIB e HRAN); ampliação das salas vermelhas; implantação de Centros de Trauma, construção do Hospital do Câncer, conclusão da obra de construção do novo bloco do Hospital da Criança ,expansão e fortalecimento do SAMU com a reforma de Bases de Apoio para o SAMU, implantação do serviço de lábio leporino e fenda palatal no hospital da Asa Norte-HRAN, dentre outros.



A reorganização da Secretaria de Saúde com a desconcentração das funções da administração centralizada, pretende que a manutenção predial seja executada pela gestão local, de forma ágil e desburocratizada, minimizando problemas cotidianos que interferem na assistência.

Atualização do parque tecnológico de imagens e exames laboratoriais com a implantação de sistema de tecnologia de informação digital com equipagem, adequação das estruturas físicas, capacitação dos profissionais dos serviços de média e alta complexidade no DF, dentre outras, são ações planejadas para fortalecer a

assistência à saúde da população do Distrito Federal, com o suporte da Infraestrutura.

### 3.7 PLANEJAMENTO, CONTROLE E GESTÃO PARTICIPATIVA

A área de planejamento e programação em saúde definiu suas ações para o período 2016-2019 com foco no eixo I – Modelo de Gestão:

<p><b>EIXO 02: MODELO DE GESTÃO</b></p> <p><b><u>D2 – Qualificação dos processos de gestão em saúde na SES-DF, com foco na regionalização, corresponsabilização e resultados assistenciais.</u></b></p> <p>Obj. 2.2.1. Fortalecer as ações de Planejamento, Monitoramento, Controle, Avaliação de Saúde para gerar melhores resultados na gestão da SES DF;</p> <p><b><u>D4 - Fortalecimento da participação da comunidade e controle social na gestão da SES-DF</u></b></p> <p>Obj. 2.4.1. Implementar as diretrizes da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa na SES-DF</p>	 
--	--

A programação, monitoramento e a avaliação são momentos importantes de um processo de planejamento. Devem ser sistemáticos, contínuos e dispor de ferramentas específicas que subsidiem os técnicos e a sociedade para a sua consecução.

O processo de planejamento e orçamento do SUS está definido na Lei n 8.080, de 19 de setembro de 1990, recentemente regulamentado pelo Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. É através desse processo que a cada quatro anos se compatibilizam as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos.

Os principais instrumentos de Planejamento da SES/DF - 2016-2019 são o Planejamento Estratégico, o Plano Distrital de Saúde – PDS e o Plano Plurianual – PPA, norteados pelas Diretrizes Nacionais, a Lei de Diretrizes Orçamentárias-LDO e o Plano Nacional de Saúde-PNS.

Os instrumentos da SES/DF foram elaborados de forma integrada, complementares e participativo, sendo correlacionados entre si, com a finalidade de fortalecer a implantação e execução de suas iniciativas como ferramentas estruturantes da Gestão.

Anualmente, os planos de saúde têm as suas intenções traduzidas por meio das Programações Anuais de Saúde que dão consequência prática aos mesmos, sendo detalhadas as ações, os recursos financeiros, as metas e os indicadores que passam por uma nova análise situacional e são adequadas às novas necessidades.

No âmbito regional, a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde, define os quantitativos físicos e financeiros das ações e serviços de saúde a serem

desenvolvidos no âmbito regional, por negociação e pactuação entre os gestores através dos Acordos de Gestão.

Um importante instrumento de acompanhamento e monitoramento do SUS é o Relatório Anual de Gestão (RAG) que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde, apurados com base no conjunto de ações, metas e indicadores, com caráter analítico/indicativo.

O Ministério da Saúde desenvolveu o Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão do SUS (SARGSUS) com o objetivo de apoiar os gestores na elaboração e envio do RAG de forma mais ágil aos Conselhos de Saúde. É uma ferramenta eletrônica de gestão que qualifica os processos e práticas de monitoramento e avaliação da gestão. Nela, são armazenadas e disponibilizadas informações estratégicas como forma de dar transparência à gestão conforme previsto na Lei Complementar (LC) nº 141 de 13 de janeiro de 2012.

Com a reformulação da estrutura organizacional da Secretaria de Saúde em 2015 houveram importantes modificações fundamentadas na gestão de processos, buscando a reorganização em processos de trabalho para o alcance de melhorias gerenciais, a integração das diversas áreas da Secretaria, o melhor aproveitamento dos recursos materiais e financeiros disponíveis, assim como o aumento da capacidade de produção da força de trabalho, trazendo a possibilidade de reorganizar e ampliar a oferta de ações e serviços em redes de atenção à saúde, beneficiando principalmente os usuários do Sistema Único de Saúde.

Quanto a contratualização na gestão pública, cabe ressaltar que a mesma está amparada na Constituição Federal, conforme Capítulo VII, artigo 37, inciso XXII, parágrafo 8, ao definir que a autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e entidades da administração direta e indireta poderá ser ampliada mediante contrato a ser firmado entre seus administradores e o poder público. O objeto desse contrato é a fixação de metas de desempenho para o órgão ou entidade, cabendo à Lei dispor sobre o prazo, os controles e critérios de avaliação de desempenho, direitos, obrigações e responsabilidades dos dirigentes e a remuneração de pessoal.

A contratualização, portanto, destaca-se entre os novos métodos de planejamento e gestão, voltados a ampliação da capacidade de coordenação de sistemas de serviços complexos. Essa nova perspectiva necessita de profissionais envolvidos, atuando na melhoria de suas práticas de trabalho, desdobrando na satisfação pessoal, impulsionando os resultados qualificados aos usuários, com a oferta eficiente ao SUS-Distrito Federal.

### **Gestão Participativa**

O processo de criação do SUS compreende-se: o conceito ampliado de saúde; a necessidade de criar políticas públicas para promovê-las; a participação social na construção do sistema e das políticas de saúde; e a impossibilidade de o setor sanitário responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes para garantir opções saudáveis para a população.

A Gestão estratégica e participativa constitui-se em um conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão do SUS na SES-DF, por meio de um arcabouço

de mecanismos institucionais, como o controle social, à mobilização social, à ouvidoria e a auditoria.

## Controle Social

Com o objetivo de imprimir qualidade e eficiência crescentes à atenção à saúde no Distrito Federal é necessário que a SES DF fortaleça os processos de planejamento, participação, gestão, qualificação e formação de profissionais de saúde e do controle social no âmbito da SES.

O fortalecimento dos Conselhos Regionais de Saúde é uma das formas de viabilizar uma parceria mais efetiva entre o governo e sociedade, aumentando assim, a visibilidade das ações da SES e potencializando a participação do controle social, no processo de discussão e organização social no território da Região de Saúde, e também no fortalecimento da participação popular na Gestão.

### Ouvidoria na SES/DF

A ouvidoria efetiva o controle social e auxilia no aprimoramento da gestão pública do sistema de saúde, atuando também para a efetivação do cumprimento da Lei de Acesso a Informação - *Lei Nº 12.527*, de 18 de novembro de 2011. Trabalha na perspectiva da participação social, cumprindo o papel de facilitadora do diálogo entre a sociedade e as diferentes instâncias de gestão da SES/DF, além de avaliar e fiscalizar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos a população.

Considerando o quantitativo de manifestações registradas nos sistemas de Ouvidoria: SOIWEB, OuvidorSUS e TAG, no período de 2011 a 2014, representamos detalhadamente, conforme mostra a tabela abaixo:

**Tabela 90: Demonstrativo de manifestações no sistema de Ouvidoria**

<b>Manifestação</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Reclamação</b>	14.352	18.041	16.096	15.148	63.637
<b>Solicitação</b>	6.640	6.775	8.021	8.144	29.580
<b>Elogio</b>	1.185	1.797	2.420	2.318	7.420
<b>Informação</b>	591	752	566	343	2.252
<b>Sugestão</b>	172	159	146	136	613
<b>Denúncia</b>	331	1.108	1.768	918	4.125
<b>TOTAL</b>	<b>23.271</b>	<b>28.632</b>	<b>29.017</b>	<b>27.007</b>	<b>107.927</b>

Fonte: Ouvidoria SES/Agosto 2015

O período analisado, 2011 a 2014, registrou 107.927 manifestações nos Sistemas de Ouvidoria. A queda no quantitativo dos registros em 2014 pode ser atrelada ao ano atípico devido à realização da Copa do Mundo no Brasil, o ano eleitoral.

A Ouvidoria busca diversificar e modernizar as formas e meios de acolher as manifestações e informações públicas. Desta forma disponibiliza diferentes formas de acesso: Central telefônica 160, 162, Sistema TAG e o e- SIC - Sistema de Informação ao Cidadão, inserido no site da SES-DF, por meio do qual recepciona os pedidos de informações. Analisando os requerimentos recebidos pela Ouvidoria, destaca-se solicitação de informações públicas referente a recursos humanos em saúde, solicitação de vistas a processos licitatórios, unidades de Saúde, dentre outros.

Outro canal de manifestações recebidas e analisadas pela Ouvidoria da SES-DF são os assuntos impetrados na Ouvidoria do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios - MPDFT. Considerando os conteúdos, identificou-se que os assuntos mais requeridos foram: dificuldade no agendamento cirúrgico; solicitação de agendamento cirúrgico; dificuldade no agendamento da consulta; falta de leito de UTI Cirurgia desmarcada sem remarcação; solicitação de agendamento de exame médico, dentre outros.

Para o período 2016-2019 a Ouvidoria SES espera executar o Projeto Hot Line, que objetiva diagnosticar em tempo real os pontos de gargalo nas unidades de saúde, identificados via telefone, disponibilizado pela SES-DF. Além dessa perspectiva, o setor tem a intenção ainda de fazer a recomposição da força de trabalho (servidores) tanto da Ouvidoria e da Rede de Ouvidoria da SES.

#### **A Auditoria na SES-DF**

Na Secretaria de Saúde, a Corregedoria da Saúde é a área responsável por determinar ações de auditoria e de controle interno no âmbito da Secretaria, procedendo à análise e à fiscalização orçamentária, financeira, contábil, patrimonial, operacional e de atos de pessoal, quanto à legalidade, legitimidade, economicidade, aplicação de subvenções e renúncia de receitas; promover, de ofício, inspeções, para instruir procedimentos em curso no âmbito da Secretaria entre outras atividades que forem atribuídas na sua área de atuação.

São utilizados os seguintes conceitos nos documentos de auditoria, as Notas Técnicas de Auditoria (NTA) é o documento que consolida as informações da auditoria realizada, apontando e/ou reforçando ponto de inconformidade/irregularidade com as respectivas recomendações; Relatórios Técnicos (RT) - é uma ferramenta operacional para obtenção de evidências de auditoria, constituindo-se de investigações técnicas.

Cabe esclarecer que o Sistema Nacional de Auditoria - SISAUD está sendo reimplantado na SES-DF e que a área técnica está sendo treinada pelo Ministério da Saúde para alimentação correta do sistema.


Ao término do 2º Quadrimestre de 2015, a Corregedoria da Saúde - COR/SES procedeu à análise de 15 Relatórios de Auditorias, 22 Notas Técnicas e 133 Relatórios Técnicos de Auditorias, totalizando 170 procedimentos de auditagem. A maioria dos



demandantes foi o Tribunal de Contas do Distrito Federal (TCDF), a Controladoria Geral do Distrito Federal (CGDF) e a Corregedoria da SES-DF.

### 3.8 GESTÃO FINANCEIRA E ORÇAMENTÁRIA

A área de orçamento e gestão financeira tem objetivos com foco no eixo II – Modelo de Gestão:

<p><b>EIXO 02: MODELO DE GESTÃO</b>  <b>D5 – Aprimoramento da gestão financeira e orçamentária com foco na transparência, ética e resultados;</b>  Obj.2.5.1. Implantar o Programa da Gestão de Custos em todas as unidades/serviços da SES DF;  Obj.2.5.2. Aperfeiçoar a Captação e execução de Recursos na SES-DF;  Obj.2.5.4. Sistematizar a avaliação da Execução Financeira e Orçamentária da SES DF;</p>	
--	---

O SUS no Distrito Federal, diferente do que ocorre em outros estados, acumula funções que são atribuídas a Estados e Municípios abrangendo desde a execução direta de ações e serviços e aquisição de insumos, até a regulação, controle e avaliação do sistema de saúde.

O orçamento da SES/DF é composto por cinco fontes de recursos: fonte proveniente do tesouro do GDF, fonte do repasse fundo a fundo do Ministério da Saúde, fonte de convênios realizados com a União, fonte de operação de crédito externo que são empréstimos realizados pelo GDF e o Fundo Constitucional do Distrito Federal (FCDF). Até o exercício de 2014, a única fonte que não compunha o orçamento da SES-DF era a proveniente do FCDF. A partir do 1º quadrimestre de 2015, o FCDF passou a integrar o orçamento da saúde, tendo como previsão de despesa autorizada, o montante de R\$ 1.781.174.978,00 em sendo utilizado para pagamento de pessoal.

Desta forma, por ter esta função híbrida sua forma de financiamento também difere dos demais entes da federação, conforme o Art. 198, Parágrafo 2º da CF. Assim o Distrito Federal tem como uma de suas principais fontes de financiamento os recursos provenientes do Fundo Constitucional do DF – FCDF além dos recursos do repasse fundo a fundo do Ministério da Saúde e o tesouro do GDF.

A tabela a seguir apresenta a evolução da execução orçamentária entre os anos de 2011 e 2015. Comparando o orçamento da SES/DF liquidado em 2011 e o aprovado em 2015 observamos um aumento de 38%. Dentre todas as fontes de recursos o Fundo Constitucional do DF, que são utilizados para pagamento de pessoal, correspondeu, nesses anos, a cerca de 50% do total de recursos destinados ao custeio da saúde.

**Tabela 91: Histórico da Execução Orçamentária por fonte de recurso**

<b>Ano</b>	<b>GDF</b>	<b>FCDF</b>	<b>MS</b>	<b>Total</b>
<b>2011</b>	1.698.510.805	2.286.477.040	346.280.964	4.331.268.809
<b>2012</b>	1.803.501.316	2.695.222.111	533.232.589	5.031.956.015
<b>2013</b>	2.186.652.809	2.888.680.640	667.445.289	5.742.778.738
<b>2014</b>	2.612.268.949	3.261.080.645	604.294.882	6.477.644.476
<b>2015</b>	2.198.806.988	3.139.161.451	643.879.954	5.981.848.393

\* Valores de 2015 são considerados os aprovados na LOA 2015 e dos demais anos foi considerado o liquidado. Fonte: Dados extraídos do SIGGO em 22/05/2015

Ao longo desses cinco anos ocorreu a expansão da rede de saúde do DF com a ampliação e abertura de novos serviços resultando em um aumento da necessidade de novos recursos.

### **Aplicação Mínimo Constitucional**

**Tabela 92: Histórico do cumprimento da EC 29 – DF**

<b>Cumprimento da EC 29 - DF</b>		
<b>Ano</b>	<b>EC 29</b>	<b>Percentual</b>
2006	968.746.926	16,56%
2007	1.313.884.148	20,25%
2008	1.328.974.470	17,49%
2009	1.125.806.155	14,38%
2010	1.185.298.050	13,37%
2011	1.604.718.232	16,04%
2012	1.661.601.807	15,50%
2013	2.121.065.308	17,17%
2014	2.469.119.724	18,30%

Fonte: DODF de 2006-2014

Em conformidade com o Art. 7º e 8º da LC-141/2012, os Estados e DF devem aplicar anualmente em ações e serviços de saúde 12% e os Municípios e DF 15% da arrecadação dos impostos. Como o DF é um ente híbrido e que recolhe impostos de competência dos Estados e dos municípios, a aplicação desses percentuais ocorre dentro de cada base, municipais e estadual o que acarreta em uma média de 13%.

No entanto, conforme planilha abaixo constata-se que nos últimos três anos o aporte de recursos tem se tornado crescente atingindo em 2014 18,30% o que corresponde em um superávit de R\$712.470.719,12 em relação ao mínimo obrigatório.

Esse volume de recursos permite um gasto anual per capita com saúde que se inclui sistematicamente, há anos, entre os cinco maiores da Federação.

No entanto, apesar desse aumento no aporte de recursos o GDF vive uma crise em suas finanças públicas no qual provavelmente impactará na aplicação dos recursos destinados à saúde nos próximos anos.

A crise nas finanças associada à crise econômica que o país enfrenta faz com que a administração pública invista em mecanismos para dinamizar e melhor gerir os recursos existentes. Assim, a Gestão Custos em saúde tem sido um dos projetos prioritários como forma de gerir e melhorar a qualidade do gasto público em saúde no DF.

### **Gestão de Custos**

A Gestão de custos constitui uma ferramenta de grande relevância para as instituições hospitalares privadas ou públicas, pois enquanto a apuração serve de instrumento eficaz de gerência e acompanhamento dos serviços, o controle permite a implantação de medidas corretivas que visem um melhor desempenho das unidades, com base na possível redefinição das prioridades essenciais, aumento da produtividade e racionalização do uso de recursos, dentre outras medidas administrativas. O conhecimento dos custos no serviço público é fundamental para atingir uma alocação eficiente dos recursos.

A SES-DF participa do Programa Nacional de Gestão de Custos – PNGC, do Ministério da Saúde e atuou como piloto nacional na implantação em unidades hospitalares. Em 2014 foi incluída como piloto para Unidades de Pronto Atendimento – UPAs e em 2015 apresenta demanda ao Ministério da Saúde para inclusão da Atenção Primária.

Em 2015, foi publicada a Portaria nº 79, de 29 de abril de 2015, a qual revoga a Portaria nº 288, de 25/10/13 e torna obrigatória a implantação da gestão de custos para todas as unidades de saúde da rede, incluindo a Atenção Primária.

As unidades de saúde da rede que estão com a Gestão de Custos implantada encontram-se em fases distintas de implantação. Cabe, ainda, considerar que o status é mutável, tendo em vista que a implantação vem ocorrendo de forma prioritária.

O PNGC trabalha com o método de Custeio por Absorção, aquele que faz debitar, ao custo dos produtos, todos os custos da área de fabricação, sejam eles definidos como diretos ou indiretos, fixos ou variáveis, de estrutura ou operacionais. (Leone, 2000). O sistema trabalha com 05 (cinco) grupos de gastos: Pessoal, Serviços de Terceiros, Material de Consumo, Despesas Gerais e Depreciação (este último ainda não é trabalhado).

As ações e esforços estão concentrados na ampliação da gestão de custos para toda a rede SES/DF, incluindo as demais unidades de saúde: UPA's, Unidades Básicas de Saúde - USBs, Unidades Mistas, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, Laboratório Central – LACEN, entre outras. Para tanto, a SES vem fortalecendo a parceria com o Ministério da Saúde com o intuito de viabilizar a inserção da Atenção Primária no ApuraSUS, realizando mapeamentos na rede e capacitando os servidores nas regionais de saúde.

A melhoria constante na qualidade da informação de custos e de produção nas unidades de saúde, com base na padronização de relatórios de análise crítica, a fim de prover o agente de custos de ferramentas gerenciais visa implicar na qualificação de informações técnicas para a melhoria da gestão.

Planeja-se implantar a gestão de custos em todas as unidades de saúde da rede SES/DF, de forma a consolidá-la como instrumento gerencial que promova a otimização dos recursos e a melhoria nos processos de trabalho.

#### **4. EIXOS, DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES**

A Secretaria de Estado de Saúde do DF buscou a partir da análise situacional apresentada, as soluções mais adequadas para as causas e problemas levantados e priorizados. Muitas soluções que serão apresentadas a seguir, podem atender tanto a um problema, como a vários problemas e cada um a seu tempo e por motivos diferentes. Os eixos são os orientadores para a Análise Situacional realizada e para a formulação dos objetivos, diretrizes e metas dos Planos de Saúde.

O Plano de Saúde para o período 2016-2019 apresenta os problemas que serão referenciados pelos eixos e busca resultados expressos em objetivos, diretrizes e metas:

1. Eixo Modelo de Atenção;
2. Eixo Modelo de Gestão;
3. Eixo Infraestrutura e Logística

No Apêndice I segue o quadro com o detalhamento dos eixos analisados com seus respectivos objetivos, suas metas e indicadores.

A seguir tem-se a visualização macro do Plano de Saúde – PDS 2016-2019: Mapa Estratégico da SES/DF 2016-2019.



## MAPA ESTRATÉGICO SES/DF 2016-2019

### MISSÃO

Garantir ao cidadão acesso universal à saúde mediante atenção integral e humanizada

### VISÃO

Ser um sistema de saúde que a população conheça, preze e confie, sendo excelência e referência na atenção integral à saúde, apresentando os melhores indicadores de saúde

### VALORES

Valorização do servidor, Ética, Compromisso, Respeito e Humanização

### ATENÇÃO À SAÚDE

Ampliação e qualificação das Ações de saúde a toda população em suas necessidades específicas

Organização, implementação e expansão das Redes de Atenção à Saúde, orientadas a partir da Atenção Primária à Saúde para ampliação do acesso e da assistência com qualidade.

Ampliação e qualificação da Política Pública de promoção e vigilância em saúde para prevenção, redução, eliminação dos riscos e agravos à saúde da população.

### PROCESSOS INTERNOS

Desconcentração das ações em gestão de saúde com autonomia e corresponsabilidade para as Regiões de Saúde

Qualificação dos processos de gestão em saúde na SES-DF, com foco na regionalização, corresponsabilização e resultados assistenciais.

Integração de políticas de saúde com os municípios do Entorno para qualificar o acesso aos serviços de saúde no SUS-DF

Fortalecimento da participação da comunidade e controle social na gestão da SES-DF

### TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Fortalecimento das práticas de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde para valorização e qualificação dos servidores.

Desenvolvimento de uma política de formação profissional, com fortalecimento da integração ensino-serviço, por meio da qualificação, especialização e pesquisa em saúde.

### INFRAESTRUTURA E LOGÍSTICA

Reorganização da cadeia logística, dos serviços de apoio e de suprimentos da SES

Promoção da gestão e incorporação de tecnologias em saúde

Modernização da estrutura física e promoção da gestão e incorporação de tecnologias em saúde

Ampliação, adequação e modernização da tecnologia da informação em saúde para qualificação dos serviços.

### ORÇAMENTO E FINANÇAS

Aprimoramento da gestão financeira e orçamentária com foco na transparência, ética e resultados

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A discussão abordada no PDS/2016-2019 tem a intenção de contribuir para a construção de um cenário da Saúde no Distrito Federal, respeitando as especificidades de cada território, de forma que supere as desigualdades regionais, e, ao mesmo tempo, possa dar respostas aos problemas de saúde desta população.

Para cada proposição deste Plano Distrital de Saúde caberá identificar e fidelizar os atores envolvidos, construir os processos de trabalho, implantar as iniciativas dos objetivos, unir os esforços para a execução das atividades para o alcance das metas, controle dos resultados, avaliação dos impactos, e aperfeiçoamento deste instrumento ao longo dos próximos quatro anos, de maneira a nos aproximarmos cada vez mais da Missão da SES/DF.

## **6. APÊNDICE**

Apêndice I: Planilha Eixos, Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores

## **7. ANEXOS**

Anexo I: Programa de Combate à dengue

Anexo II: Programa de Enfrentamento às doenças provocadas pelo *Aedes Aegypti*

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Distrito Federal. Secretaria de Saúde. Subsecretaria de Vigilância à Saúde. **Relatório epidemiológico sobre doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco e proteção** – 2013. Brasília, 2014. 68p.

BRASIL. Distrito Federal. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. **Pesquisa distrital por amostra de domicílios** – Distrito Federal – PDAD/DF- 2013. Brasília, 2014.

BRASIL. Distrito Federal. Secretaria de Saúde. **Informes Epidemiológicos**. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/outros-links/informes-epidemiologicos.html>. Acesso em Fev/2016.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem Populacional. Estimativa populacional 2014**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/default.shtm>. Acesso em dez/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico**. Ano III. Brasília, 80 p. 2014.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015**. Brasília: Ministério da saúde, 2013. 156 p.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da saúde, 2010. 149 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados**, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/14369044/Downloads/12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf> Acesso em Jan/2016.

## 9. GLOSSÁRIO

**ATENÇÃO À SAÚDE:** atenção à saúde designa a organização estratégica do sistema e das práticas de saúde em resposta às necessidades da população. É expressa em políticas, programas e serviços de saúde consoante os princípios e as diretrizes que estruturam o Sistema Único de Saúde (SUS)

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – APS:** Também conhecida no Brasil como Atenção Básica (AB), da qual a Estratégia Saúde da Família é a expressão que ganha corpo no Brasil, é caracterizada pelo desenvolvimento de um conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.

**CENTRO DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA (CACON):** O hospital que possua as condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer. Fonte: PORTARIA Nº 741 DE 19/12/2005.

**CENTRO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA:** Estabelecimento isolado com as seguintes especificações: Estabelecimento de saúde de esfera administrativa pública com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. Fonte: PORTARIA Nº198, DE 28/03/2008.

**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:** Unidade especializada que oferece atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, por equipe multiprofissional, constituindo-se também em ações relativas à saúde mental. Tipos de CAPS: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS INFANTO/JUVENIL, CAPS ALCOOL E DROGA – AD. Fonte: PORTARIA Nº 198, DE 28/03/2008.

**CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO):**É um estabelecimento, capaz de atender casos mais complexos, que dá continuidade ao trabalho desenvolvido pelos profissionais da atenção básica. O CEO oferta, minimamente: cirurgia oral menor, atendimento a pacientes com necessidades especiais, periodontia (tratamento de doenças na gengiva), endodontia (tratamento de canal) e diagnóstico bucal, com ênfase na identificação do câncer de boca. Conforme sua capacidade, eles podem ser: CEO I (três cadeiras odontológicas), CEO II (quatro a seis cadeiras odontológicas) e CEO III (sete ou mais cadeiras odontológicas).

**CENTROS ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO (CER):** É um ponto de atenção ambulatorial especializada em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistida, constituído em referência para a rede de atenção à saúde no território, e poderá ser organizado das



seguintes formas: I - CER composto por dois serviços de reabilitação habilitados - CER II; II - CER composto por três serviços de reabilitação habilitados - CER III; e III - CER composto por quatro ou mais serviços de reabilitação habilitados - CER IV. Fonte: PORTARIA Nº 793, DE 24/04/2012.

**CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE:** Unidade para realização de atendimentos de atenção básica e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista nestas áreas. Podendo ou não oferecer: SADT e Pronto atendimento 24 Horas. Fonte: PORTARIA SAS Nº 511 DE 29/12/2000

**CENTRAL DE REGULAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE :**É a unidade responsável pela avaliação, processamento e agendamento das solicitações de atendimento, garantindo o acesso dos usuários do SUS, mediante um planejamento de referência e contra referência. Fonte PORTARIA SAS Nº 511 DE 29/12/2000.

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:** A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. A classificação de risco se dará nos seguintes níveis: Vermelho: prioridade zero - emergência, necessita de atendimento imediato. Amarelo: prioridade 1 - urgência, atendimento em no máximo 15 minutos. Verdes: prioridade 2 - prioridade não urgente, atendimento em até 30 minutos. Azuis: prioridade 3 - consultas de baixa complexidade - atendimento de acordo com o horário de chegada – tempo de espera pode variar até 3 horas de acordo com a demanda destes atendimentos, urgências e emergências.

**CLÍNICA DA FAMÍLIA:** Unidade que abriga equipes organizadas no modelo saúde da família que oferecem à população serviços como vacinação, acolhimento, planejamento reprodutivo, pré-natal, saúde bucal, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes, curativos, atendimento às doenças crônicas como hipertensão e diabetes, tuberculose e hanseníase, atividades educativas em saúde. As clínicas podem dispor de serviços diagnósticos, como ultrassonografia, eletrocardiograma entre outros.

**CLÍNICA ESPECIALIZADA/AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO:** Clínica especializada destinada à assistência ambulatorial em apenas uma especialidade/área da assistência. (Centro Psicossocial/Reabilitação etc...) Fonte: PORTARIA SAS Nº 511 DE 29/12/2000.

**COOPERATIVA:** Unidade administrativa que disponibiliza seus profissionais cooperados para prestarem atendimento em estabelecimento de saúde. Fonte: PORTARIA SAS Nº 511 DE 29/12/2000.

**EQUIPES DE SAÚDE BUCAL (ESB):** São equipes que, inseridas nas Equipes de Saúde da Família (ESF), trabalham com a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde bucal dos brasileiros, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral

e qualidade de vida da população. Elas podem ser de duas modalidades: ESB 1, composta por um cirurgião dentista e um auxiliar de consultório dentário, e ESB 2, composta por um cirurgião dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico de higiene dental. Esses profissionais estão aptos a fazer extração dentária, restauração, aplicação de flúor, resina e próteses dentárias.

**EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF):** São equipes compostas por, no mínimo, um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Cada equipe é responsável por acompanhar, no máximo, 4 mil habitantes (3 mil habitantes é a média recomendada) em uma área (território) definida. A atuação das equipes, que funcionam como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

**FARMÁCIA:** Estabelecimento de saúde isolado em que é feita a dispensação de medicamentos básicos/essenciais (Programa Farmácia Popular ou medicamentos excepcionais/alto custo previstos na Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Fonte: PORTARIA SAS Nº 511 DE 29/12/2000.

**HOSPITAL DIA:** Unidades especializadas no atendimento de curta duração com caráter intermediário entre a assistência ambulatorial e a internação. Fonte: PORTARIA SAS Nº 511 DE 29/12/2000.

**HOSPITAL ESPECIALIZADO:** Hospital destinado à prestação de assistência à saúde em uma única especialidade/área. Pode dispor de serviço de Urgência/Emergência e SADT. Podendo ter ou não SIPAC Geralmente de referência regional, macro regional ou estadual. Fonte: PORTARIA SAS Nº 511 DE 29/12/2000.

**HOSPITAL GERAL:** Hospital destinado à prestação de atendimento nas especialidades básicas, por especialistas e/ou outras especialidades médicas. Pode dispor de serviço de Urgência/Emergência. Deve dispor também de SADT de média complexidade. Podendo ter ou não SIPAC. Fonte: PORTARIA SAS Nº 511 DE 29/12/2000.

**LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA – LACEN:** Estabelecimento de saúde que integra o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública - SISLAB, em conformidade com PORTARIA SAS/MS Nº 195, DE 09 DE MARÇO DE 2007, que classifica os laboratórios em Portes de I a V.

**NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF:** Deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em conjunto com os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das Equipes de SF no qual o NASF está cadastrado. Existem duas modalidades de NASF: o NASF 1 que deverá ser

composto por no mínimo cinco das profissões de nível superior (Psicólogo; Assistente Social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Profissional da Educação Física; Nutricionista; Terapeuta Ocupacional; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Acupunturista; Médico Pediatra; e Médico Psiquiatra) vinculado de 08 a 20 Equipes Saúde da Família e o NASF 2 que deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes (Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional), vinculado a no mínimo 03 Equipes Saúde da Família, fica vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal. Fonte: PORTARIA Nº GM nº 154, de 04/03/2008.

**POLICLÍNICA:** Unidade de saúde para prestação de atendimento ambulatorial em várias especialidades, incluindo ou não as especialidades básicas, podendo ainda ofertar outras especialidades não médicas. Podendo ou não oferecer: SADT e Pronto atendimento 24 Horas. Fonte: PORTARIA SAS Nº 511 DE29/12/2000.

**POSTO DE SAÚDE:** Unidade destinada à prestação de assistência a uma determinada população, de forma programada ou não, por profissional de nível médio, com a presença intermitente ou não do profissional médico. Fonte: PORTARIA SAS Nº 511 DE 29/12/2000.

**PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE:** Tem como principal objetivo contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis. Fonte: PORTARIA Nº 719 de 07/04/2011.

**PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO:** Unidade destinada à prestação de assistência em uma ou mais especialidades, a pacientes com ou sem risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato. Fonte: PORTARIA SAS Nº 511 DE 29/12/2000.

**PRONTO SOCORRO GERAL:** Unidade destinada à prestação de assistência a pacientes com ou sem risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato. Podendo ter ou não internação. Fonte: PORTARIA SAS Nº 511 DE 29/12/2000.

**REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS):** As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde.

**SALA VERMELHA:** É uma parte do Hospital que recebe casos graves, com risco de morte. Ela é equipada macas, carrinho de emergência além de aparelhos de ventilação mecânica e monitorização cardíaca. É na sala vermelha que são realizados os procedimentos de emergência nos pacientes com necessidade de atendimento imediato. Após a estabilização do quadro, esses pacientes são encaminhados para as demais áreas do hospital, ou, a depender do caso, serão transferidos.

**SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR:** Conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde. Fonte: PORTARIA GM nº 2029, de 24/08/2011.

**SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU-192):** É um serviço que procura atender rapidamente as pessoas com urgências de saúde. Ao telefonar para 192, os pedidos são acolhidos, avaliados e priorizados por uma central de regulação que funciona 24 horas por dia. Dependendo do nível de prioridade da urgência, a central pode enviar até o local uma ambulância com médico ou com profissional técnico de enfermagem. Quando necessário, outros meios de socorro podem ser acionados e, em casos de menor gravidade, a central pode aconselhar o solicitante, orientá-lo a procurar pessoalmente uma unidade de saúde e, ainda, se prontificar para nova avaliação caso haja piora da queixa.

**UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA (UNACON):** Unidades hospitalares que possuem condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes. Estas unidades hospitalares podem ter em sua estrutura física a assistência radioterápica ou então, referenciar formalmente os pacientes que necessitem desta modalidade terapêutica.

**UNIDADE MISTA:** Unidade de saúde básica destinada à prestação de atendimento em atenção básica e integral à saúde, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais, com unidade de internação, sob administração única. A assistência médica deve ser permanente e prestada por médico especialista ou generalista. Pode dispor de urgência/emergência e SADT básico ou de rotina. Geralmente nível hierárquico 5. Fonte: PORTARIA SAS Nº 511 DE 29/12/2000.

**UNIDADE MÓVEL DE NÍVEL PRÉ-HOSPITALAR NA ÁREA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:** Veículo terrestre, aéreo ou hidroviário destinado a prestar atendimento de urgência e emergência pré-hospitalar a paciente vítima de agravos a sua saúde. (PTMS/GM 824, de 24/Jun/1999). PORTARIA SAS Nº 511 DE 29/12/2000.

**UNIDADE MÓVEL TERRESTRE:** Veículo automotor equipado, especificamente, para prestação de atendimento ao paciente. Fonte: PORTARIA SAS Nº 511 DE 29/12/2000.

**UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA:** As unidades de pronto atendimento - UPA 24h são estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde e as portas de urgência hospitalares, onde em conjunto com estas compõe uma rede organizada de atenção às urgências. São integrantes do componente pré-hospitalar fixo e devem ser implantadas em locais/unidades estratégicas para a configuração das redes de atenção à urgência, com acolhimento e classificação de risco em todas as unidades, em conformidade com a política nacional de atenção às urgências. A estratégia de atendimento está diretamente relacionada ao trabalho do serviço móvel de urgência SAMU que organiza o fluxo de atendimento e encaminha o paciente ao serviço de saúde adequado à situação. FONTE: PT N°1020 DE 13/05/2009.

**UNIDADE DE SERVIÇO DE APOIO DE DIAGNOSE E TERAPIA:** Unidades isoladas onde são realizadas atividades que auxiliam a determinação de diagnóstico e/ou complementam o tratamento e a reabilitação do paciente. Fonte: PORTARIA SAS N° 511 DE 29/12/2000.

**UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI:** A Unidade de Terapia Intensiva é um ambiente diferenciado que visa a manutenção da vida e recuperação da saúde de pessoas que necessitam de um acompanhamento mais intensivo do seu estado de doença. A equipe de saúde está próxima e sempre alerta para qualquer necessidade. As unidades de Terapia intensiva podem ser divididas em adultas, pediátricas e neonatais.

**UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL- UTIN:** A Unidade Neonatal é um serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, dotado de estruturas assistenciais que possuam condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos. As Unidades Neonatal são divididas de acordo com as necessidades do cuidado, nos seguintes termos: Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), com duas tipologias; Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa).

**UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE:** É o estabelecimento isolado que realiza trabalho de campo a partir de casos notificados e seus contatos, tendo como objetivos: identificar fontes e modo de transmissão; grupos expostos a maior risco; fatores determinantes; confirmar o diagnóstico e determinar as principais características epidemiológicas, orientando medidas de prevenção e controle a fim de impedir a ocorrência de novos eventos e/ou o estabelecimento de saúde isolado responsável pela execução de um conjunto de ações, capaz de, diminuir ou prevenir riscos à saúde capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. Fonte: PORTARIA N° 467 DE 30 DE AGOSTO DE 2005.

## **APÊNDICE**

<b>EIXO 01: MODELOS DE ATENÇÃO</b>						
<b>D1 – Ampliação e qualificação das Ações de saúde a toda população em suas necessidades específicas</b>						
<b>Objetivo 1.1.1. Fortalecer a política de Atenção Primária à Saúde com foco na expansão da Estratégia da Saúde da Família</b>						
<b>Meta</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Linha de Base</b>	<b>Metas do indicador</b>			
		<b>2014</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
1) Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Estratégia Saúde da Família para 50% até 2019.	Cobertura populacional estimada pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família	25,45%	30%	35%	40%	50%
2) Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica para 80% até 2019.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	68,36%	65%	70%	75%	80%
3) Reduzir as internações por causas sensíveis à Atenção Básica até a proporção máxima de 20% até 2019.	Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB)	26,00%	24%	23%	22%	20%
4) Atingir a cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde Bucal em 30% até 2019.	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal	26,94%	27%	28%	29%	30%
5) Aumentar o percentual de ação coletiva de escovação dental supervisionada para 0,38% até 2019.	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada.	0,30%	0,32%	0,34%	0,36%	0,38%
<b>Objetivo 1.1.2. Fortalecer as ações referentes à Política de Sangue e Hemoderivados para população do DF</b>						
<b>Meta</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Linha de Base</b>	<b>Metas do indicador</b>			
		<b>2014</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
6) Manter o índice de satisfação do doador (muito satisfeitos e satisfeitos) superior a 97%.	Índice de satisfação do doador	97,6%	97,0%	97,0%	97,0%	97,0%
7) Ampliar a proporção de doadores em relação à população do DF, para 2,0% até 2019	Taxa de doação de sangue na população do DF	1,97%	1,98%	1,99%	2,00%	2,0%

<b>Objetivo 1.1.3. Fortalecer as ações referentes à Política de Captação e Transplantes de Órgãos no SUS-DF</b>						
<b>Meta</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Linha de Base</b>	<b>Metas do indicador</b>			
		<b>2014</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
8) Atingir até 32% em 2019, o percentual de efetivação de doadores por pacientes em morte encefálicas nos hospitais do DF	Taxa de efetivação de doadores em morte encefálica	22,30%	26,00%	28,00%	30,00%	32,00%
9) Aumentar a taxa de órgãos sólidos transplantados em 3% até 2019	Taxa de órgãos sólidos transplantados por doador em morte encefálica no DF	1,12%	1,50%	2,00%	2,50%	3,00%
<b>Objetivo 1.1.4. Desenvolver serviços e ações de saúde para segmentos das populações vulneráveis e com necessidades específicas e riscos à saúde prioritários de forma integral e humanizada</b>						
<b>Meta</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Linha de Base</b>	<b>Metas do indicador</b>			
		<b>2014</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
10) Ampliar para 55% o acompanhamento das condicionalidades de saúde dos beneficiados no Programa Bolsa Família, até 2019.	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde dos beneficiados no Programa Bolsa Família	37,80%	40%	45%	50%	55%
<b>Objetivo 1.1.5. Fortalecer as ações referentes à Política Distrital de Práticas Integrativas em saúde na rede SES DF</b>						
<b>Meta</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Linha de Base</b>	<b>Metas do indicador</b>			
		<b>2014</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
11) Aumentar em 4%, até 2019, o número de unidades de atenção primária que oferecem pelo menos uma PIS.	Proporção de unidades de atenção primária ofertando pelo menos uma PIS	58%	58,5%	59,0%	60,0%	60,5%



<b>Objetivo 1.1.6. Aprimorar as ações de Atenção Domiciliar com ênfase na desospitalização</b>						
<b>Meta</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Linha de Base</b>	<b>Metas do indicador</b>			
		<b>2014</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
12) Atingir 80% a população atendida pela equipe da Atenção Domiciliar até 2019	Percentual da população atendida pelas equipes de Atenção Domiciliar (AD)	50%	67%	71%	75%	80%
13) Ampliar para 70%, até 2019, o percentual de desospitalização para acompanhamento domiciliar	Percentual de desospitalizações realizadas em determinado local e período	41,60%	55%	60%	65%	70%
<b>Objetivo 1.1.7. Estabelecer a Gestão da Qualidade na SES DF com ênfase no Programa Nacional de Segurança do Paciente</b>						
<b>Meta</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Linha de Base</b>	<b>Metas do indicador</b>			
		<b>2014</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
14) Implantar em 100% das Unidades de Saúde de Média e Alta Complexidade, da Rede SES/DF, no mínimo, 03 (três) protocolos de segurança do paciente (“Higienização das Mãos”, “Identificação dos Pacientes” e “Cirurgia Segura”) até 2019	Percentual de Unidades de Saúde de Média e Alta Complexidade, da Rede SES/DF, com no mínimo 03 (três) protocolos de segurança do paciente (“Higienização das Mãos”, “Identificação dos Pacientes” e “Cirurgia Segura”)	0	50%	65%	80%	100%
<b>Objetivos 1.1.8. Aperfeiçoar a Gestão de Leitos para execução sistemática em todos os hospitais da rede SES DF</b>						
<b>Meta</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Linha de Base</b>	<b>Metas do indicador</b>			
		<b>2014</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
15) Adequar a taxa de ocupação hospitalar em 80% das Unidades SES/DF, até 2019	Taxa de Ocupação Hospitalar	74,50%	65%	70%	75%	80%

16) Ampliar a cobertura de leitos hospitalares pela população da região na proporção de 2,5 até 2019	Cobertura de leitos hospitalares por habitantes da região	1.8%	1,8%	2%	2,25%	2,5%
<b>Objetivo 1.1.9. Ampliar o acesso e a qualidade da Atenção Especializada (média e alta complexidade)</b>						
Meta	Indicadores	Linha de Base	Metas do indicador			
		2014	2016	2017	2018	2019
17) Aumentar até 2019 a oferta de procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionados para população residente em 1,60.	Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente	2,39/100	1,3/100	1,4/100	1,5/100	1,6/100
18) Aumentar a oferta de internação clínica cirúrgica de média complexidade para população residente para 6 até 2019.	Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente	5,86/100	4,5/100	5/100	5,5/100	6/100
<b>Objetivo 1.1.10. Ampliar e otimizar a Rede de Assistência Farmacêutica em todas as Regiões de Saúde do DF de forma integral e qualificada</b>						
Meta	Indicadores	Linha de Base	Metas do indicador			
		2014	2016	2017	2018	2019
19) Capacitar em práticas de farmácia clínica 90% dos farmacêuticos que atuam nas unidades de saúde da SES/DF até 2019.	Porcentagem de farmacêuticos capacitados em farmácia clínica por meio de ações educativas desenvolvidas pela SES DF	5%	40%	60%	80%	90%
20) Implantar o projeto da dose individualizada em 100% dos leitos da SES-DF até 2019.	Porcentagem de leitos dos hospitais da SES-DF com implantação do sistema de distribuição por dose individualizada	49%	60%	80%	90%	100%

**D2 – Organização, implementação e expansão das Redes de atenção à saúde, orientadas a partir da Atenção Primária à Saúde para ampliação do acesso e da assistência com qualidade**

**Objetivos 1.2.1. Consolidar e expandir a Rede Cegonha em todas as Regiões de Saúde do DF**

Meta	Indicadores	Linha de Base	Metas do indicador				
		2014	2016	2017	2018	2019	
21) Alcançar 0,70 na razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico a cada três anos, até 2019	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária	0,31	0,3	0,32	0,5	0,7	
22) Alcançar 0,70 na razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade, até 2019.	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	0,22	0,22	0,25	0,35	0,7	
23) Aumentar o percentual de parto normal em 14% até 2019.	Proporção de parto normal	61,50%	63%	67,5%	70%	72%	
24) Realizar, pelo menos, 3 testes de sífilis nas gestantes usuárias do SUS até 2019.	Número de testes de sífilis por gestante	0,26	1	2	2	3	
25) Reduzir o número de óbitos maternos em 24% até 2019.	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	17	16	15	14	13	
26) Reduzir a mortalidade infantil para o mínimo de 10,3‰ até 2019.	Taxa de mortalidade infantil	11,4‰	11,2‰	10,9‰	10,6‰	10,3‰	
27) Ampliar para 100% a investigação dos óbitos infantis e fetais até 2019.	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	70%	96%	97%	98%	100%	
28) Manter em 100% a investigação dos óbitos maternos.	Proporção de óbitos maternos investigados	100%	100%	100%	100%	100%	

29) Ampliar para 95% a investigar os óbitos em mulheres em idade fértil (MIF) em 95%	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados.	82,5%	92%	93%	94%	95%
30) Reduzir em 50% até 2019, a incidência de sífilis congênita nos nascidos vivos registrada em 2014.	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	171	135	116	97	98
31) Aumentar o número de recém-nascidos que recebem leite materno dos Bancos de Leite Humano do DF em 5%.	Número de recém-nascidos que recebem leite materno doado nos hospitais do DF	9.593	9.690	9.790	9.890	10.073
32) Aumentar o volume de leite humano doado aos Bancos de Leite Humano do DF em 5%	Volume (litros) de leite humano doado aos Bancos de Leite Humano do DF	16.453	16.618	16.784	16.951	17.276
<b>Objetivo 1.2.2. Consolidar a Rede de Urgência e Emergência (RUE) com ênfase no Acolhimento com Classificação de Risco em todas as Regiões de Saúde do DF</b>						
Meta	Indicadores	Linha de Base	Metas do indicador			
		2014	2016	2017	2018	2019
33) Reduzir a média do “Tempo resposta” de atendimento do SAMU para 12 minutos até 2019.	Tempo resposta ao chamado	14	13	13	12	12
34) Ampliar a cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu –192)	Cobertura do serviço de atendimento móvel de Urgência (SAMU 192)	0%	70%	80%	90%	100%
35) Reduzir para 8% a taxa de mortalidade por IAM nas primeiras 48 horas de atendimento.	Taxa de mortalidade por IAM nas primeiras 48 horas	0	10%	9,5%	9%	8%
36) Ampliar em 10% o número de pacientes submetidos a trombólise no AVC nas primeiras 4 horas de atendimento.	Percentual de pacientes submetidos a trombólise no AVC nas primeiras 4 horas	0	5%	8%	9%	10%

<b>Objetivo 1.2.3. Desenvolver a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (Obesidade e Oncologia) em todas as Regiões de Saúde do DF</b>						
<b>Meta</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Linha de Base</b>	<b>Metas do indicador</b>			
		<b>2014</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
37) Alcançar 100% das regiões de Saúde com as linhas de cuidado de prevenção e controle do Sobrepeso e da Obesidade implantada na SES/DF, até 2019.	Percentual de regiões de saúde com a linha de cuidado implementada no DF	0	28,5%	28,5%	28,5%	14,70%
38) Reduzir o tempo de espera para tratamento quimioterápico na rede SES-DF para 15 dias até 2019.	Tempo de espera por quimioterapia	150 dias	60 dias	60 dias	30 dias	15 dias
39) Reduzir o tempo de espera para tratamento radioterápico na rede SES/DF para 15 dias até 2019	Tempo de espera por radioterapia	180 dias	60dias	60 dias	30 dias	15 dias
<b>Objetivo 1.2.4. Consolidar e ampliar a Rede de Atenção a Saúde Mental (transtornos mentais, autismo, álcool e outras Drogas) para atenção aos cidadãos e suas famílias em todas as Regiões de Saúde do DF</b>						
<b>Meta</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Linha de Base</b>	<b>Metas do indicador</b>			
		<b>2014</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
40) Implantar 04 Serviços de Residências Terapêuticas (SRT's)	Número de residências terapêuticas em atividade no DF	0	1	2	3	4
41) Qualificar 75% das Equipes Multiprofissionais dos Serviços de Saúde Mental no Distrito Federal até 2019. (CAPS, Unidade de Acolhimento e Ambulatoriais, Residências terapêuticas e Consultórios de Ruas)	Percentual de Equipes multiprofissionais capacitadas em saúde mental em processos de trabalho nos serviços .	0	10%	20%	40%	75%
42) Aumentar a cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial para 0,76% até 2019.	Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial. (para 100.000hab.)	0,67%	0,67%	0,70%	0,73%	0,76%

<b>Objetivo 1.2.5. Consolidar e ampliar a Rede de Atenção às Pessoas com Deficiências em todas as Regiões de Saúde do DF</b>						
<b>Meta</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Linha de Base</b>	<b>Metas do indicador</b>			
		<b>2014</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
43) Alcançar 80% de cobertura dos Centros Especializados em Reabilitação - CER até 2019	Percentual de cobertura de atendimento às pessoas com deficiência	0	35%	50%	65%	80%
<b>D3 – Ampliação e qualificação da Política Pública de promoção e vigilância em saúde para prevenção, redução, eliminação dos riscos e agravos à saúde da população</b>						
<b>Objetivo 1.3.1. Fortalecer a Vigilância Epidemiológica e controle de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis</b>						
<b>Meta</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Linha de Base</b>	<b>Metas do indicador</b>			
		<b>2014</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
44) Alcançar, em 100% das regiões de saúde as coberturas vacinais (CV) adequadas do Calendário Básico de Vacinação da Criança	Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas	88,88%	100%	100%	100%	100%
45) Aumentar a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera em 80% até 2019.	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	76%	78%	78%	79%	80%
46) Garantir a realização de exames anti-HIV nos casos novos de tuberculose em 86% até 2019	Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose	75,51%	85%	85%	86%	86%
47) Manter acima de 95% a proporção de registro de óbitos com causa básica definida até 2019.	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	98,40%	95%	95%	96%	96%
48) Manter a proporção de cura nas coortes de casos novos de hanseníase acima de 86% até 2019.	Proporção de cura dos casos novos de Hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	86,80%	86%	86%	86%	86%

<b>Objetivo 1.3.2. Fortalecer as ações de Vigilância Sanitária no DF</b>						
<b>Meta</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Linha de Base</b>	<b>Metas do indicador</b>			
		<b>2014</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
49) Alcançar 100% de execução de todas as ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias para a Região de Saúde.	Percentual de execução das ações de vigilância sanitária consideradas necessárias às regiões de saúde.	71,42%	100%	100%	100%	100%
<b>Objetivo 1.3.3. Fortalecer as ações de Vigilância Ambiental no DF com destaque para prevenção de Dengue e Chikungunya</b>						
<b>Meta</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Linha de Base</b>	<b>Metas do indicador</b>			
		<b>2014</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
50) Realizar visitas domiciliares para controle da dengue em 80% nos imóveis do DF	Proporção de imóveis visitados em pelo menos quatro ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue	58,81%	80%	80%	80%	80%
51) Manter o índice de infestação do <i>Aedes aegypti</i> menor que 1%, ao ano	Percentual de imóveis positivos nos 04 Levantamentos Rápidos de Índice para <i>Aedes aegypti</i> (LIRAA) realizados PPA	0,76	<1	<1	<1	<1
52) Alcançar 80% a cobertura de vacinação antirrábica dos cães em campanhas anuais.	Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina	36,80%	80%	80%	80%	80%
53) Ampliar, em 10% ao ano o número de coletas de amostras de água para consumo humano, em relação ao quantitativo de amostras coletadas em 2014.	Proporção de amostras de água para consumo humano coletadas	1739	1913	2104	2314	2545

<b>Objetivo 1.3.4. Aprimorar as ações do Laboratório Central para atender as demandas específicas de saúde pública no DF</b>						
<b>Meta</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Linha de Base</b>	<b>Metas do indicador</b>			
		<b>2014</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
54) Atingir 100% em 2019, o número de Análises de amostras de água coletas para consumo humano.	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual e turbidez	30,08%	65%	80%	90%	100%
55) Ampliar a capacidade de resposta laboratorial em 5% ao ano, com ano base 2014.	Total ensaios implantados no escopo analítico do LACEN	234	249	261	274	288
<b>Objetivo 1.3.5. Fortalecer as ações de vigilância e controle de agravos à Saúde do Trabalhador</b>						
<b>Meta</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Linha de Base</b>	<b>Metas do indicador</b>			
		<b>2014</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
56) Implantar a Informatização da notificação compulsória do Acidente de Trabalho Grave e Fatal, em 100% dos serviços de urgência e emergência da SES/DF até 2019.	Percentual de unidades de urgência e emergência da Rede de Assistência à Saúde da SES-DF com informatização implantada para realização das notificações	0	25%	50%	75%	100%
<b>Objetivo 1.3.6. Fortalecer e ampliar as ações da Política de redução de acidentes e violência</b>						
<b>Objetivo do Indicador</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Linha de Base</b>	<b>Metas do indicador</b>			
		<b>2014</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
57) Ampliar em 20% ao ano o número de unidades de Saúde com serviço de notificação contínua da violência doméstica, sexual e outras violências	Número de unidades de Saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado	68	82	98	118	141
58) Implantar a linha de cuidado para pessoas em Situação de Violência até 2019.	Percentual de implantação da Linha de cuidado na SES/DF.	0	25	50	75	100



**EIXO 02: MODELO de GESTÃO**

**D1 – Desconcentração das ações em gestão de saúde com autonomia e corresponsabilidade para as Regiões de Saúde**

**Objetivo 2.1.1. Modelizar a Gestão para as Regiões de Saúde visando o aumento da efetividade e resolubilidade no sistema de saúde do DF**

Meta	Indicadores	Linha de Base	Metas				
		2014	2016	2017	2018	2019	
59) Contratualizar 07 Regiões de Saúde e 03 Unidades de Referência Distrital (HBDF, HAB e HSVP) designando competências e autonomia em gestão de suas unidades de saúde até 2019	Percentual de unidades contratualizadas para a gestão regionalizada.	0	100	100	100	100	100

**D2 – Qualificação dos processos de gestão em saúde na SES-DF, com foco na regionalização, corresponsabilização e resultados assistenciais**

**Objetivo 2.2.1. Fortalecer as ações de Planejamento, Monitoramento, Controle e Avaliação de Saúde para gerar melhores resultados na gestão da SES DF**

Meta	Indicadores	Linha de Base	Metas do indicador				
		2014	2016	2017	2018	2019	
60) Alcançar 85% das metas pactuadas da Programação Anual de Saúde até 2019.	Percentual de ações da Programação Anual de Saúde com a taxa de execução física alcançada.	0	70	75	80	85	85
61) Alcançar 95% das metas pactuadas nos Acordos de Gestão até 2019.	Percentual das ações dos Acordos de Gestão com a taxa de execução física alcançada.	0	80	85	90	95	95

**Objetivos 2.2.2. Fortalecer e ampliar o acesso oportuno, referenciado, integral e equânime, por meio da Regulação assistencial, com base nas necessidades do usuário**

Meta	Indicadores	Linha de Base	Metas do indicador				
		2014	2016	2017	2018	2019	
62) Implantar 100% processo de regulação de cirurgias eletivas conforme escopo a partir de demandas reprimidas, até 2019.	Percentual da implantação do processo de Regulação de Cirurgias	0	25%	50%	75%	100%	
63) Alcançar 100% das especialidades reguladas com protocolos clínicos atualizados e institucionalizados até 2019.	Percentual de especialidades reguladas com protocolos clínicos atualizados e institucionalizados	0	25%	50%	75%	100%	

**D3 – Fortalecimento das práticas de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde para valorização e qualificação dos servidores**

**Objetivos 2.3.1. Aprimorar os Mecanismos de Educação permanente para qualificar os profissionais do SUS**

Meta	Indicadores	Linha de Base	Metas do indicador				
		2014	2016	2017	2018	2019	
64) Realizar educação permanente aos profissionais da SES com execução mínima de 60 horas por servidor ao ano.	Média de horas de capacitação/ano por servidores capacitados	0	>60	>60	>60	>60	
65) Capacitar 100% dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS até 2019, em curso específico de qualificação na Estratégia de Saúde da Família	Percentual da capacitação dos ACS por ano	0	25%	50%	75%	100%	

<b>Objetivo 2.3.2. Aprimorar a Gestão do Trabalho na SES-DF</b>						
<b>Meta</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Linha de Base</b>	<b>Metas do indicador</b>			
		<b>2014</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
66) Manter 100% dos trabalhadores que atendem ao SUS com vínculos protegidos	Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos	100%	100%	100%	100%	100%
67) Dimensionar 100% das carreiras não finalísticas conforme processos de trabalho	Proporção de carreiras não finalísticas dimensionadas conforme processos de trabalho	0	40%	60%	80%	100%
<b>D4 – Fortalecimento da participação da comunidade e controle social na gestão da SES-DF</b>						
<b>Objetivo 2.4.1. Implementar as diretrizes da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa na SES-DF</b>						
<b>Meta</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Linha de Base</b>	<b>Metas do indicador</b>			
		<b>2014</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
68) Implantar 01 câmara técnica participativa em cada Região de Saúde e nas URDs	Número de câmaras técnicas implantadas	0	10	10	10	10
<b>D5 – Aprimoramento da gestão financeira e orçamentária com foco na transparência, ética e resultados</b>						
<b>Objetivo 2.5.1. Implantar o Programa da Gestão de Custos em todas as unidades/serviços da SES DF</b>						
<b>Objetivo do Indicador</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Linha de Base</b>	<b>Metas do indicador</b>			
		<b>2014</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
69) Implantar o Programa Gestão de Custos em 100% das unidades de saúde da SES/DF	Percentual de unidade de saúde com programa implantado e com custo total apurado	0	15	30%	60%	100%

<b>Objetivo 2.5.2. Aperfeiçoar a Captação e execução de Recursos na SES-DF</b>						
<b>Meta</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Linha de Base</b>	<b>Metas do indicador</b>			
		<b>2014</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
70) Ampliar em 80% até 2019, a execução dos recursos captados.	Execução de 80% dos recursos captados	0	60%	70%	80%	80%
71) Aumentar em 5% ao ano o faturamento no bloco de financiamento da Média e Alta Complexidade (MAC) da SES/DF em relação ao teto da MAC	Percentual de aumento do faturamento no bloco de financiamento da Média e Alta Complexidade (MAC) da SES/DF	0	5%	5%	5%	5%
<b>Objetivo 2.5.3. Sistematizar a avaliação da Execução Financeira e Orçamentária da SES DF</b>						
<b>Meta</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Linha de Base</b>	<b>Metas do indicador</b>			
		<b>2014</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
72) Alcançar o equilíbrio financeiro orçamentário em 100% das ações programáticas até 2019	Percentual de ações programáticas com a taxa de execução financeira e orçamentária adequada	0	70%	80%	90%	100%
<b>D6 – Integração de políticas de saúde com os municípios do Entorno para qualificar o acesso aos serviços de saúde no SUS-DF</b>						
<b>Objetivo 2.6.1. Promover uma maior articulação com os municípios do Entorno para qualificar o acesso aos serviços de saúde da SES-DF</b>						
<b>Meta</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Linha de Base</b>	<b>Metas do indicador</b>			
		<b>2014</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
73) Elaborar e implantar o projeto de qualificação do acesso à saúde no SUS -DF para o Entorno até 2019.	Percentual de implantação do projeto de acesso da população RIDE ao serviços do SUS/DF	0	20%	40%	75%	100%

**D7 – Desenvolvimento de uma política de formação profissional, com fortalecimento da integração ensino-serviço, por meio da qualificação, especialização e pesquisa em saúde**

**Objetivo 2.7.1. Fortalecer a integração da SES-DF com as instituições de Ensino Superior e de Nível Técnico**

Meta	Indicadores	Linha de Base	Metas do indicador				
		2014	2016	2017	2018	2019	
74) Manter no mínimo, em 90% o índice de estudantes encaminhados pelas Instituições de Ensino Conveniadas - IEC inseridos nos cenários de práticas da SES/DF.	Índice de estudantes encaminhados das Instituições de Ensino Conveniadas - IEC inseridos na rede SES/DF	0	≥90%	≥90%	≥90%	≥90%	≥90%

**Objetivo 2.7.2. Fomentar ações de produção do conhecimento e grupos pesquisa no âmbito do SUS-DF**

Meta	Indicadores	Linha de Base	Metas do indicador				
		2014	2016	2017	2018	2019	
75) Aumentar 100% o fomento à pesquisa em saúde, visando ao aprimoramento do SUS do DF, da educação em saúde e da qualidade de vida da população em consonância com os eixos de pesquisa prioritários da FEPECS/SES/DF.	Gasto público com fomento à pesquisa em saúde	218.652	402.000	402.000	420.000	437.000	
76) Ampliar em 2,5% o programa de iniciação Científica e Desenvolvimento Tecnológico e Inovação em Saúde.	Percentual de bolsas de iniciação científica e desenvolvimento tecnológico e inovação em saúde por aluno de graduação da ESCS	0%	9,0%	11,50%	11,50%	11,50%	

<b>Objetivo 2.7.3. Promover ações educativas de qualificação dos gestores da SES-DF</b>						
<b>Meta</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Linha de Base</b>	<b>Metas do indicador</b>			
		<b>2014</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
77) Desenvolver o projeto de qualificação dos gestores para a Regionalização na Ses DF, como no mínimo 120 horas capacitação por gestor.	Horas de capacitação/ano por gestores	0	120	120	120	120
<b>Objetivo 2.7.4. Aprimorar os serviços de saúde da SES-DF para atuarem como ambiente de ensino aprendizagem</b>						
<b>Meta</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Linha de Base</b>	<b>Metas do indicador</b>			
		<b>2014</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
78) Fomentar no mínimo 03 projetos de residências multiprofissionais na SES DF.	Número de projetos apresentados para aprovação junto a FEPECS	0	3	3	3	3
79) Qualificar 400 preceptores para o exercício da atividade profissional, com foco nos programas de residência da SES, por meio de capacitações de metodologias ativas até 2019.	Número de preceptores capacitados por metodologias ativas	25	80	200	300	400
80) Ampliar 68% o programa de Bolsa de Estudo da Residência Médica e em Áreas profissionais de Saúde - modalidades uniprofissional e multiprofissional na SES DF.	Número de bolsas de estudo de residência médica e de áreas de profissionais de saúde	1.117	1.335	1.459	1.620	1.878

**EIXO 03: INFRAESTRUTURA E LOGISTICA****D1 – Reorganização da cadeia logística, dos serviços de apoio e de suprimentos da SES****Objetivo 3.1.1. Aprimorar os processos de aquisição e contratação de bens e serviços na rede SES, com foco no planejamento, execução e controle de qualidade.**

Meta	Indicadores	Linha de Base	Metas do indicador				
		2014	2016	2017	2018	2019	
81) Reduzir 50% do tempo médio licitatório até 2019	Tempo médio processo licitatório (dias)	0	150	130	110	90	
82) Implantar em 100% das áreas demandantes o plano anual de aquisição até 2019	Percentual de áreas demandantes que implantaram o plano anual de aquisição	0	50%	65%	85%	100%	

**Objetivo 3.1.2. Redesenhar a logística de armazenamento e distribuição de insumos e medicamentos e gestão de estoque em toda a cadeia de suprimento.**

Meta	Indicadores	Linha de Base	Metas do indicador				
		2014	2016	2017	2018	2019	
83) Manter regularizado o abastecimento de 100% dos medicamentos padronizados na SES/DF	Porcentagem de medicamentos padronizados com estoque disponível na rede SES/DF	0	95%	100%	100%	100%	
84) Manter regularizado o abastecimento de 90% dos materiais e insumos padronizados na SES/DF	Porcentagem de materiais e insumos padronizados com estoque disponível na SES/DF	0	60%	70%	80%	90%	
85) Adequar a estrutura física e organizacional de 80% das farmácias das Unidades de Saúde da SES/DF até 2019	Porcentagem da farmácias com estrutura física adequada (reformadas/ampliadas)	10%	30%	50%	70%	80%	

**Objetivo 3.1.3. Aprimorar os processos de controle e avaliação dos contratos de serviços de apoio (Higiene e Conservação, Vigilância Predial, Alimentação e Nutrição Dietética, entre outros**

Meta	Indicadores	Linha de Base	Metas do indicador				
		2014	2016	2017	2018	2019	
86) Capacitar 100% dos gestores de contrato	Quantidade de executores capacitados	0	70%	80%	90%	100%	
87) Aplicar os instrumentos de avaliação qualitativa em 100% dos contratos de serviço de apoio (comissões de monitoramento e avaliação nas regionais)	Quantidade de contratos com o instrumento de avaliação aplicado	0	70%	80%	90%	100%	

**D2 –Promoção da gestão e incorporação de tecnologias em saúde**

**Objetivo 3.2.1. Fomentar a realização de Pesquisas e Estudos para avaliação e incorporação de novas tecnologias em saúde;**

Meta	Indicadores	Linha de Base	Metas do indicador				
		2014	2016	2017	2018	2019	
88) Constituir 01 Comissão de Avaliação de Tecnologia em Saúde	Comissão constituída em atividade	0	1	1	1	1	
89) Avaliar 100% das incorporações e exclusões de Tecnologias em saúde (protocolos, produtos e equipamentos).	Percentual de Avaliação de Tecnologia em Saúde realizado em relação ao programado.	0	100%	100%	100%	100%	



**D3 - Modernização da estrutura física e tecnológica da SES/DF****Objetivo 3.3.1. Fortalecer e desenvolver o serviço de engenharia e arquitetura;**

Meta	Indicadores	Linha de Base	Metas do indicador				
		2014	2016	2017	2018	2019	
90) Contituir equipe de profissionais para SULIS/SES (10 arquitetos, 15 engenheiros civil, 5 engenheiros eletricitista e 4 engenheiros mecânico e 1 físico capacitados na área hospitalar)	Número de profissionais (arquitetos,engenheiros e físico)constituintes da equipe DEA/SULIS	10	10	25	35	45	
91) Contituir equipe de profissionais para DIVISA/SES (5 arquitetos, 1 engenheiro civil, 1 engenheiro mecânico e 1 físico)	Número de profissionais (arquitetos,engenheiros e físico)constituintes da equipe DIVISA/SAS	1	1	5	7	9	
92) Alcançar 100% de cobertura de contratos de manutenção para equipamentos equipamentos de infraestrutura (ar condicionado, caldeiras, geradores, câmaras de cadáveres, refrigeradores de medicamentos)	Percentual de cobertura de equipamentos de infraestrutura com contratos de manutenção de preventiva e corretiva	0	60	80	100	100	

**Objetivo 3.3.2. Implantar modelo de gestão em serviços de Engenharia Clínica na SES DF;**

Meta	Indicadores	Linha de Base	Metas do indicador				
		2014	2016	2017	2018	2019	
93) Contituir equipe de profissionais para SULIS/SES (15 engenheiros clínicos e 2 físicos capacitados na área hospitalar)	Número de profissionais (arquitetos,engenheiros e físico)constituintes da equipe DEA/SULIS	1	1	7	11	18	
94) Alcançar 100% de cobertura de contratos de manutenção para equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais	Percentual de cobertura de equipamentos com contratos de manutenção de preventiva e corretiva	30%	40%	60%	80%	100%	

<b>D4 - Ampliação, adequação e modernização da tecnologia da informação em saúde para qualificação dos serviços</b>						
<b>Objetivo 3.4.1. Assegurar investimentos permanentes para expansão da tecnologia da informação;</b>						
<b>Meta</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Linha de Base</b>	<b>Metas do indicador</b>			
		<b>2014</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
95) Desenvolver 100% do Plano de Investimento para expansão da tecnologia da informação até 2019.	Percentual de ações executadas do Plano de Investimento	0	50%	65%	80%	100%
<b>Objetivo 3.4.2. Ampliar e modernizar o parque tecnológico da SES DF;</b>						
<b>Meta</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Linha de Base</b>	<b>Metas do indicador</b>			
		<b>2014</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
96) Aumentar em 80% até 2019, os equipamentos modernizados e novos referentes ao inventário de 2015.	Percentual de recursos de TIC modernizados e novos	0	25%	50%	65%	80%

## **ANEXOS**