



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
DO DISTRITO FEDERAL



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
Ovidoria
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 MENESSES
LUCAS MARANI BAHIA DUCA
LUCIENE DE PAULA LEÃO
MARILZA OLIVEIRA DE ALMEIDA
NILVÂNIA SILVA ARAÚJO SOARES
PAULYANE APARECIDA DE PAULA CARVALHAIOS 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 (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial, segundo sexo, no Distrito Federal e municípios das capitais, 2013.

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

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

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

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

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.

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 Razão¹ de Mortalidade Materna (RMM) por local de residência - DF - 2006 a 2014²

Tabela 61: Número de óbitos maternos por coordenação de saúde de ocorrência¹ e tipo de estabelecimento - Distrito Federal - 2010 a 2014²

Tabela 62: Número e proporção de óbitos maternos por tipo de causa - Distrito Federal - 2010 a 2014¹

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 Sentinel 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 têm 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 setorizadas 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 8º Conferencia 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 15º Conferência Nacional de Saúde e da 9º Conferencia Distrital de Saúde. Está estruturado com bases nos eixos definidos nas recomendações da 9 Conferencia, 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 N° 457, DE 05 DE ABRIL DE 2016

DODF N° 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.

PARTE I

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

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 Sociossanitárias

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 SITUAÇÃO DE SAÚDE

Caracterização e Geografia do DF

Condições Sociosanitárias

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 Km², 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 sociosanitárias 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 comporte muitos 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

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

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

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

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

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
Lago Norte	50,5	49,5
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
SCIA - Estrutural	50,51	49,49
Sobradinho II	48,94	51,06
Jardim Botânico	48,43	51,57
Itapoã	49,91	50,09
SIA	51,22	48,78
Vicente Pires	49,48	50,52
Fercal	49,51	50,49
Distrito Federal	48,02	51,98

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.

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

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 – OMS¹ (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
Centro Norte	122.672	542	0,44%
Centro Sul	173.088	2.113	1,22%
Leste	64.006	3.263	5,10%
Norte	97.853	3.670	3,75%
Oeste	142.438	9.721	6,82%
Sudoeste	225.686	6.680	2,96%
Sul	72.306	2.997	4,14%
Distrito Federal	821.130	28.654	3,49%

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 Relativos
		Valores Absolutos	
Centro-Norte	122.666	119.816	97,68%
Centro-Sul	96.164	85.813	89,24%
Leste	64.005	51.903	81,09%
Norte	97.855	67.326	68,80%
Oeste	142.442	119.742	84,06%
Sudoeste	225.690	194.432	86,15%
Sul	72.307	66.695	92,24%
Distrito Federal	821.130	705.725	85,95%

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

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

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 diarréias 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, detém 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		
	Valores Absolutos	Valores em Salários Mínimos	Valores Absolutos	Valores em Salários Mínimos	Gini
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
Distrito Federal	5.015,04	6,93	1.489,57	2,2	0,474

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	
Centro-Norte	9.804,72	13,54	3.637,70	5,36	
Centro-Sul	7.897,28	10,91	2.470,20	3,64	
Leste	5.354,67	7,40	1.591,40	2,35	
Norte	3.929,08	5,43	1.103,93	1,63	
Oeste	2.632,92	3,64	769,40	1,14	
Sudoeste	5.473,99	7,56	1.659,30	2,45	
Sul	3.181,91	4,40	906,22	1,34	
Distrito Federal	5.015,04	6,93	1.489,57	2,2	0,474

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 quando 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

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

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
	Total da Região de Saúde	12.193	16,0
Média Região de Saúde		2.439	3,2
Centro Sul	Guará	1.739	14,5
	SCIA (Estrutural)	727	22,0
	S I A	27	10,0
	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
	Total da Região de Saúde	6.035	14,0
	Média Região de Saúde	604	1,4
	Itapoã	1.092	22,1
	Jardim Botânico	278	12,6
Leste	Paranoá	1.210	19,9
	São Sebastião	1.865	20
	Total da Região de Saúde	4.445	19,7
	Média Região de Saúde	1111	4,9
	Planaltina	3.232	17,1
	Fercal	168	17,1
Norte	Sobradinho I	1.319	15,4
	Sobradinho II	1.193	14,8
	Total da Região de Saúde	5.912	16,2
	Média Região de Saúde	1478	4,0
	Brazlândia	1.092	17,2
Oeste	Ceilândia	7.181	16,1
	Total da Região de Saúde	8.273	16,3
	Média Região de Saúde	4.137	8,1
	Gama	2.260	15,2
Sul	Santa Maria	2.349	18,1
	Total da Região de Saúde	4.609	16,5
	Média Região de Saúde	2.305	8,3
	Cruzeiro	390	10,0
	Asa Norte	1.380	10,1
	Lago Norte	335	9,2
Centro Norte	Sudoeste/Octogonal	624	11,2
	Varjão	186	18,2
	Total da Região de Saúde	2.915	10,5
	Média Região de Saúde	583	2,1

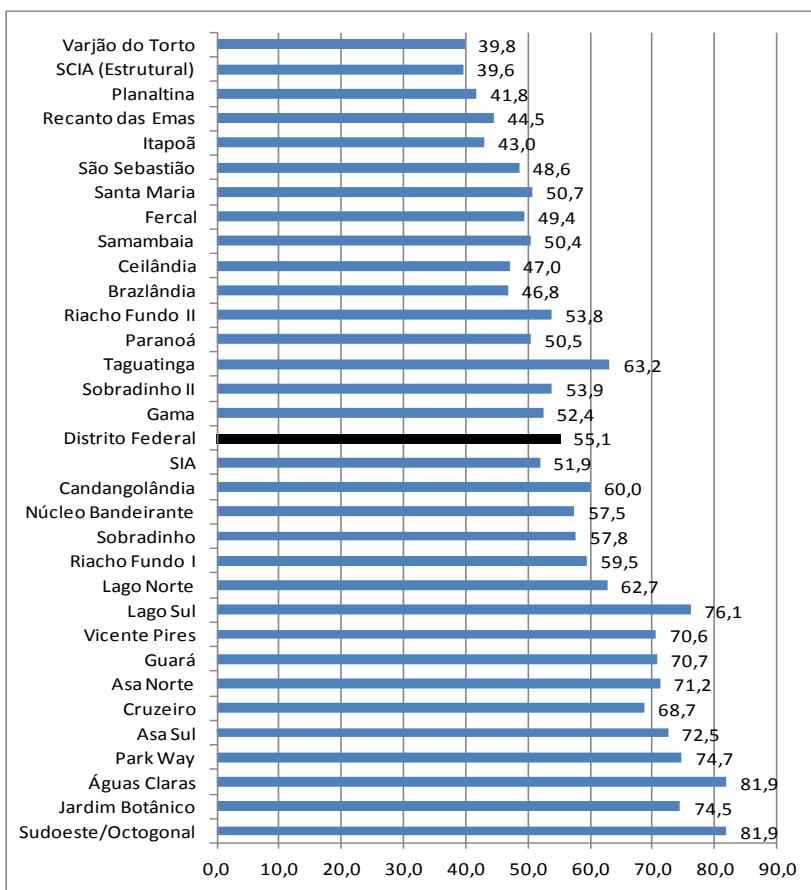
Fonte: SINASC-GIASS/DIVEP/SVS/SES/GDF*por mil habitantes

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.

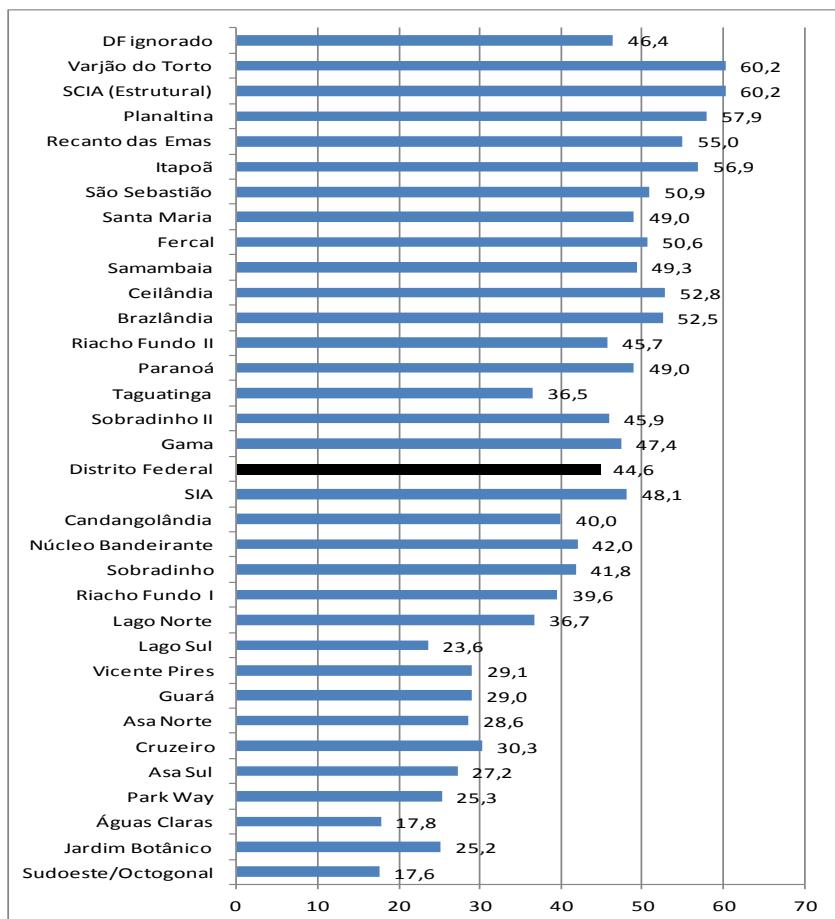
Parto Normal

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.

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

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 accidentais, 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 (%)	Sexo	
		Masculino	Feminino
DF	22,3	21,7	22,8
Capitais	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 científicamente 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	Total%	Diabetes	
		Sexo	
Masculino	Feminino		
DF	5,3	4,4	6
Capitais	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%.

Analizando 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
Masculino	4,1	4,3	6,0	2,8	6,6	4,0	5,2	4,4
Feminino	6,5	4,5	5,0	5,1	4,5	6,8	7,9	6,0
Ambos	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 – insulinoterapia 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
Excesso de Peso								
Masculino	48,6	42,5	47,8	42	51,9	53,4	49,3	54,9
Feminino	34	37,5	36,1	34,8	38,6	45,2	44,2	43,9
Ambos	40,8	39,8	41,6	38,2	44,8	49	46,6	49
Sobrepeso								
Masculino	38,2	32,2	37,2	33,8	41	39,6	35,8	39,2
Feminino	23,4	26,8	22,2	24,9	29,4	30,6	29,3	29,4
Ambos	30,3	29,3	29,2	29,1	34,8	34,8	32,3	34
Obesidade								
Masculino	10,4	10,4	10,5	8,2	10,9	13,8	13,5	15,7
Feminino	10,6	10,6	13,9	10	9,3	14,6	14,9	14,4
Ambos	10,5	10,5	12,4	9,1	10	14,2	14,3	15
Obesidade Mórbida								
Masculino	0,2	0,2	0,7	0,3	0,5	0,1	0,6	0,6
Feminino	0,6	1	1,3	0,9	0,3	1,7	1,9	1,6
Ambos	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 sóciodemográfica 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

Local de Residência	2010	2011	2012	2013	2014	Total	%{(total)}
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
Total	1192	1796	2398	2948	2200	10534	100,0

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.

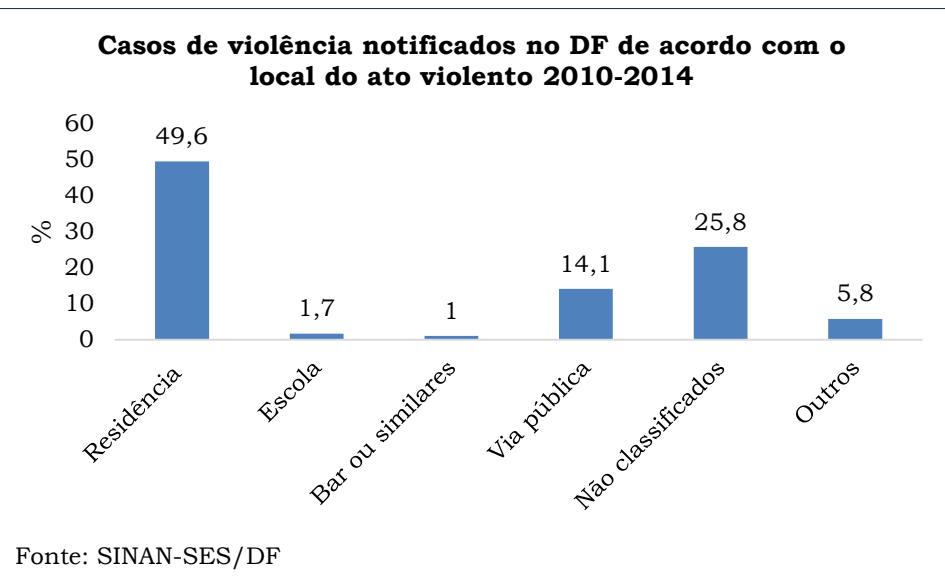
Tabela 21: Número e percentual dos casos notificados por faixa etária, sexo e ano de ocorrência, Distrito Federal, 2010 a 2014.

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
Total		1191	100	1736	100	2397	100	2945	100	2199	100

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 negligencia e abandono e a Violência Física.

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

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

Casos de Dengue	Residentes no Distrito Federal			Residentes em Outras UF's			Total de Casos 2015
	2014	2015	Variação (%)	2014	2015	Variação (%)	
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
Total	11.645	9.689	-16,8

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
Planaltina	1.143,09
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
Total**	332,40

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					
	2014		2015			
	Cura	Óbitos	Total	Cura	Óbitos	Total
DF	17	18	35	5	22	27
Outras UF	7	6	13	1	4	5
Total	24	24	48	6	26	32

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		
193	13	1	153	26

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	Nº	%	2015
			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
TOTAL	15	100%	-----

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		Descartados	Inconclusivos
	Laboratorial	Clínico Epidemiológico		
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	Nº	%	2015	
			Local provável de infecção	
*Autóctone	0	0	-----	
** Importado	2	100	Salvador (1) e Teresina(1)	
TOTAL	2	100	-----	

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
dez/15	Semana 49	1	GO	Santo Antônio do Descoberto	1º
	Semana 51	1	DF	Águas Claras	3º
	Semana 52	1	DF	Lago Sul	2º
jan/16	Semana 01	1	GO	Santo Antônio do Descoberto	3º
	Semana 02	1	DF	Taguatinga	1º
fev/16	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 (infecciosos), 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

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

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: *Bolomyslasiurus* ("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. ¹ de Incid.	Óbitos por Hantavirose	Coef. ¹ de Mortal.
	Autóctones	Importados ²	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), baciloscopy, 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 baciloskopias. 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.

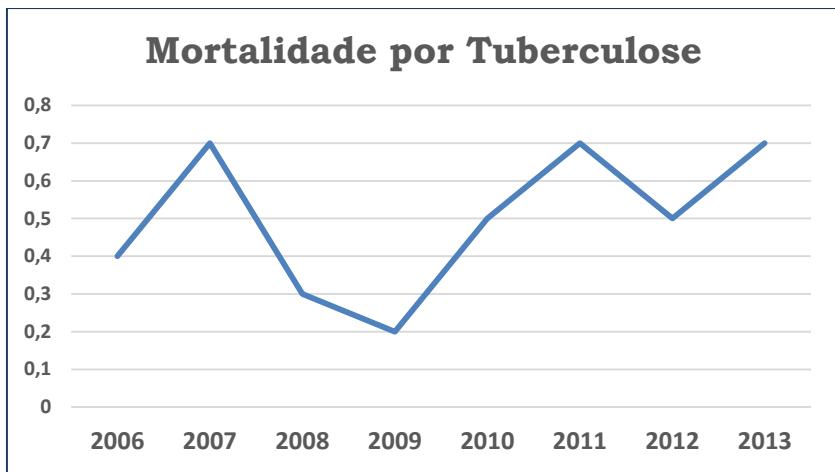
Tabela 33: Número e percentual de casos novos da tuberculose e coeficiente de incidência por (100.000 habitantes) segundo as Regiões Administrativas. Distrito Federal – 2013

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

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.



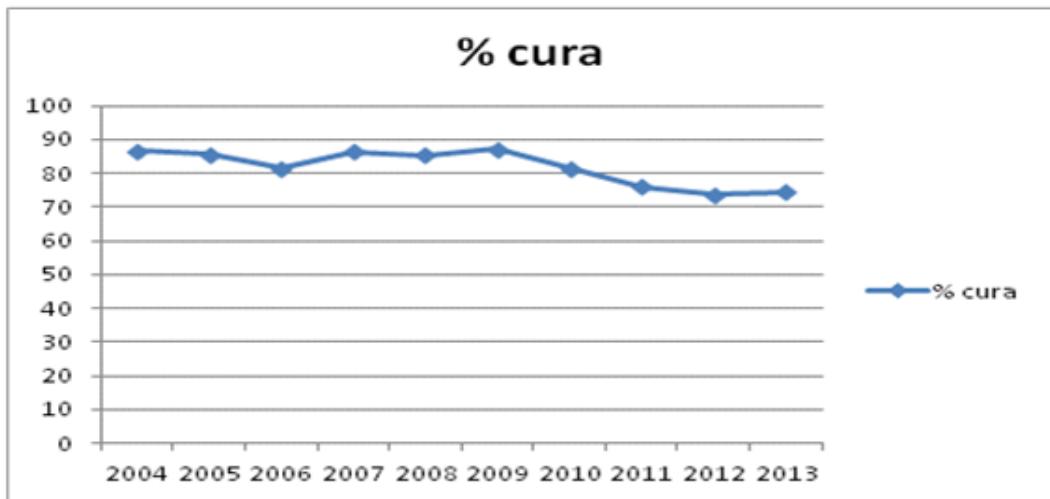
Fonte: SINANET-TB/ SES/DF.

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 tratamento¹.

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 casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera em residentes no Distrito Federal, no período 2004 a 2013.



Fonte: SINANET-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 coinfecção 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
Águas Claras	5	4,4
Asa Norte	6	4,4
Asa Sul	2	2,1
Brazlândia	10	15,7
Candangolândia	3	17
Ceilândia	39	8,8
Cruzeiro	5	12,8
Fercal	3	30,5
Gama	2	1,3
Guará	13	13
Itapoã	7	14,2

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

Fonte: Dados SINAN

Boletim epidemiológico NDS/GEDCAT/DIVEP/SVS/SES-DF – nº 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 Nº 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. ²	Óbitos por LTA	Coef. de Mortal. ²
	Autóctones	Importados/ Ignorados ¹	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

Jardim Botânico	-	-	1	4,9	-	-
Lago Norte	1	3,1	-	-	-	-
Lago Sul	-	-	-	-	-	-
N.Bandeirante	-	-	1	4,0	-	-
Paranoá	-	-	2	3,5	-	-
Park Way	1	5,1	2	10,1	-	-
Planaltina	6	3,4	1	0,6	3	1,6
Rec. Emas	-	-	1	0,8	-	-
Riac. Fundo I	1	2,7	-	-	-	-
Riac. Fundo II	1	2,7	1	2,7	-	-
Samambaia	3	1,5	-	-	1	0,5
Santa Maria	2	1,7	2	1,6	-	-
São Sebastião	2	2,3	1	1,1	-	-
Scia (Estrutural)	-	-	2	6,4	-	-
SIA	-	-	-	-	-	-
Sobradinho	-	-	1	1,3	-	-
Sobradinho II	2	2,7	1	1,3	-	-
Sudoeste/Octog.	-	-	1	1,9	2	3,7
Taguatinga	1	0,5	6	2,9	3	1,4
Varjão	-	-	-	-	-	-
Vicente Pires	-	-	1	1,6	2	3,1
Ignorado	-	-	-	-	-	-
Total	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 Tripanosomatidae, gênero *Leishmania*, espécie *Leishmania chagasi*. A transmissão ocorre pela picada do flebótomos *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. ²	Óbitos por Leishmaniose Visceral	Coef. de Mortal. ²
	Autóctones	Importados/Ign ¹	Total			

Sinto- mas						
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-Infectados em outras UFs 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	-	-	-	-	-	-
Total	11	0,4	11	0,4	17	0,6

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 dipteros. 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
Total	45	56	45	37	22	26	50	34	25	25

Fonte: Sinan. UF=Unidade Federada

ESQUISTOSSOME MANSÔNICA

A esquistossomose mansônica é causada pelo parasita 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 Schistosoma). 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 (Rajadinho) 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 – nº. 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%).

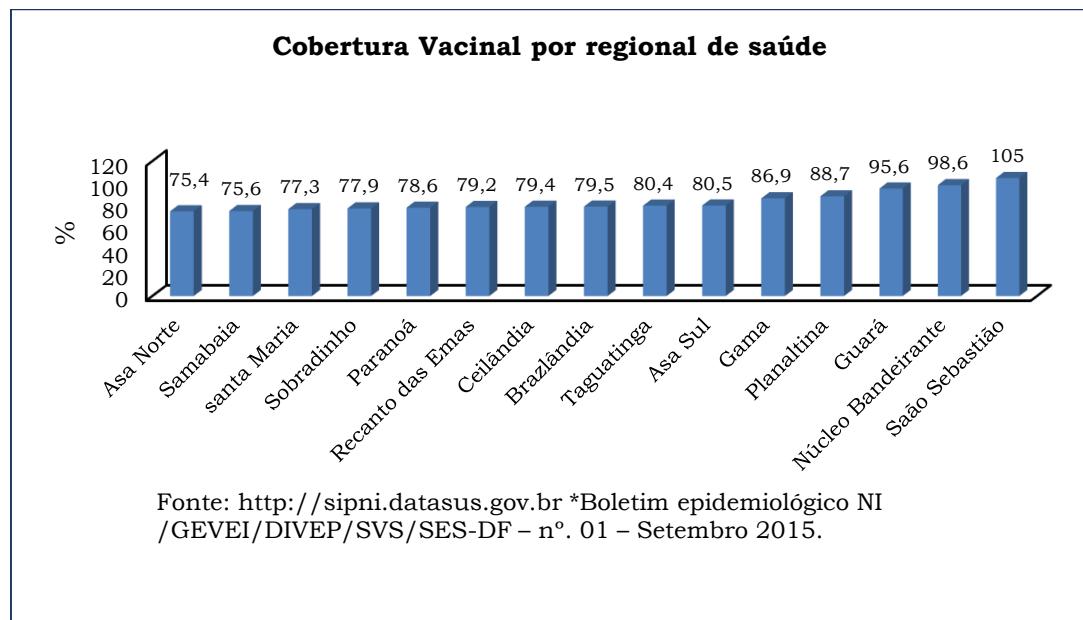
Tabela 42: Coberturas vacinais e doses aplicadas Campanha Poliomielite, por faixa etária. DF, 2015.

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
Total	151.676	82,54

Fonte: <http://sipni.datasus.gov.br> *Boletim epidemiológico NI /GEVEI/DIVEP/SVS/SES-DF – nº. 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.

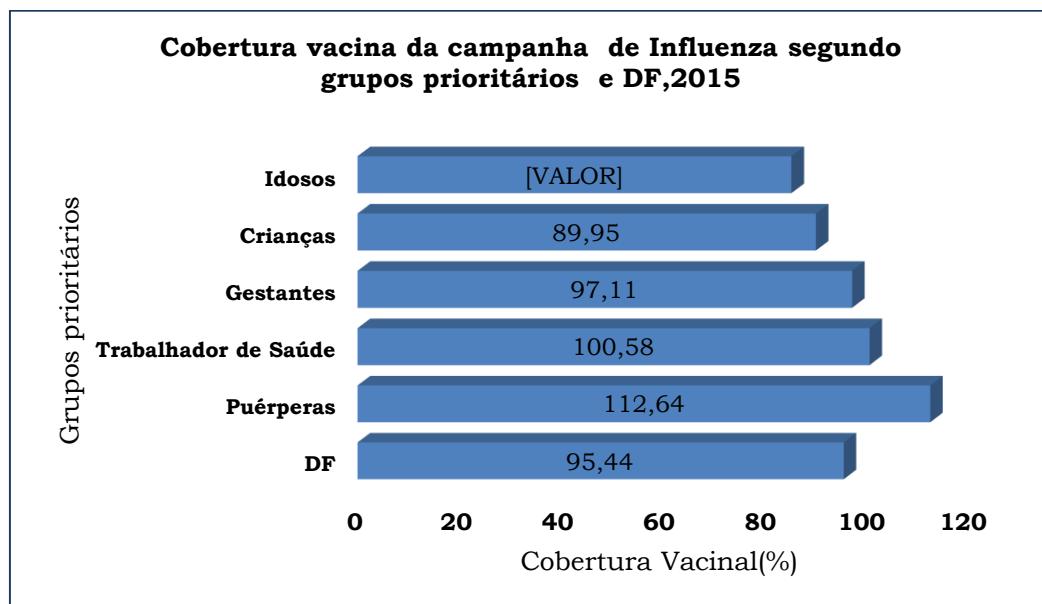
Tabela 43: Número de doses aplicadas Campanha de Multivacinação segundo os imunobiológicos e idade. DF, 2015

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%
Pneumococica 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%
Total	448	30.110	24.001	2.672	2.340	27.955	87.526	100,00%

Fonte: <http://sipni.datasus.gov.br> *Boletim epidemiológico NI /GEVEI/DIVEP/SVS/SES-DF – nº. 01 – Setembro 2015.

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 – nº. 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:

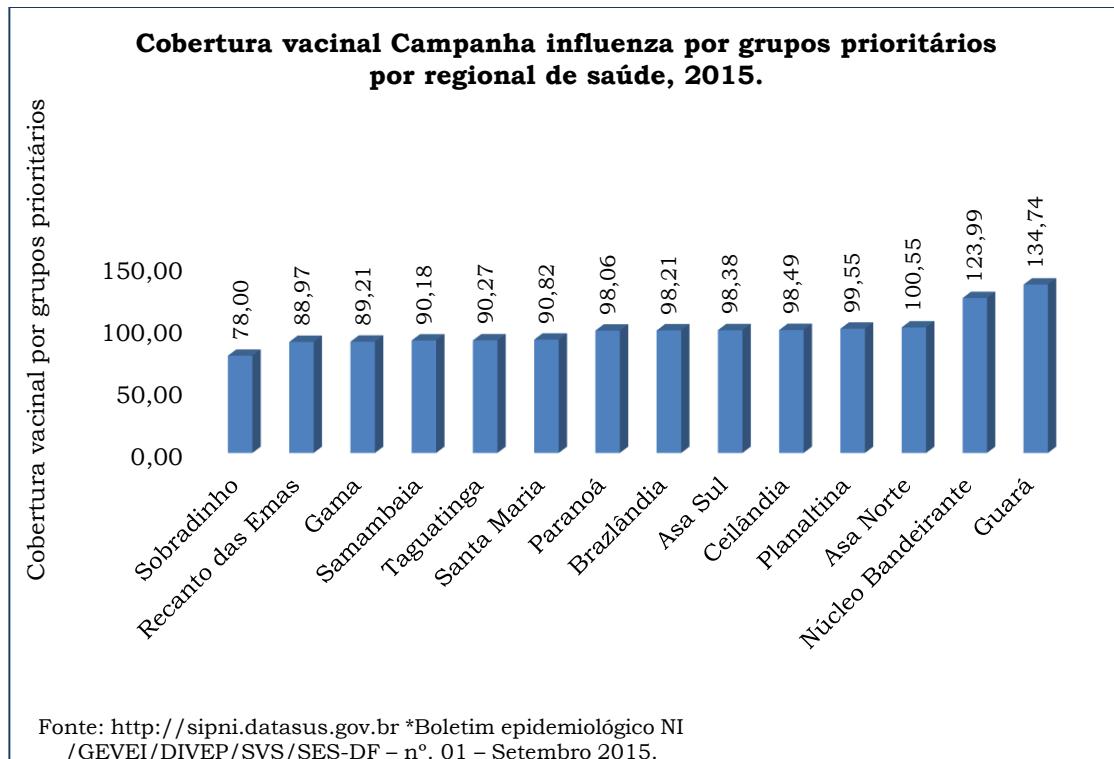
Gráfico 8: Cobertura vacinal Campanha influenza segundo grupos prioritários e Distrito Federal. DF,2015



Fonte: <http://sipni.datasus.gov.br> *Boletim epidemiológico NI /GEVEI/DIVEP/SVS/SES-DF – nº. 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 consequências 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 sentinel 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 sentinel 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. Clinic a pelo HPV	Sind. Corr. Uretra 1	Sind. Ulc. Genita 1 Masc.	Sind. Ulc. Genita 1 Fem.	Sind.da Cervicit e	Oftalmia Gonoc. Neonata 1	Total
2009	1.226	894	943	367	16	895	3	4.344
2010	1.149	631	862	555	13	566	6	3.782
2011	1.271	803	1.100	588	10	545	1	4.318
2012	1.226	521	1.236	502	3	700	0	4.188
2013	1.081	328	1.106	506	3	485	3	3.512
2014	960	221	1.175	473	5	448	1	3.283
								23.42
Total	6.913	3.398	6.422	2.991	50	3.639	14	7

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
Total	163	143	2012	4513	2133	932	290	125	10311

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
Total	73	23	818	3027	1552	664	189	76	6422

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

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

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

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 5^a a 8^a 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.¹ 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
2009	84	34	118	2,5	6,7	2,5	4,5
2010	85	33	118	2,6	6,9	2,5	4,6
2011	70	47	117	1,5	5,6	3,5	4,5
2012	83	29	112	2,9	6,6	2,1	4,2
2013	92	34	126	2,7	6,9	2,3	4,5
2014	100	28	128	3,6	7,4	1,9	4,5
Total	514	205	719	2,5	...	...	...

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 nutrizes 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.

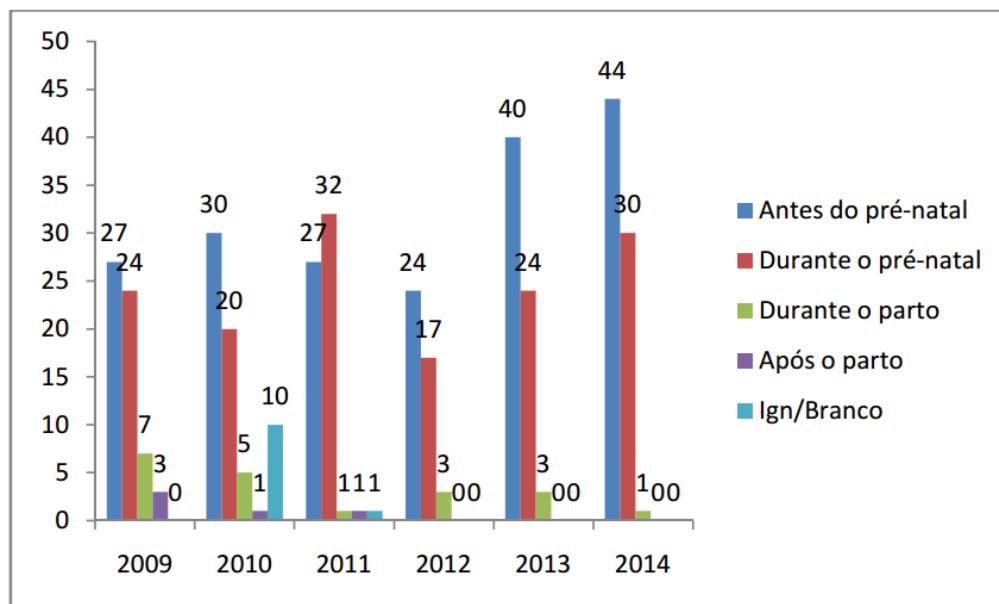
No ano de 2014 o número de casos de gestantes HIV positivas, segundo o momento do diagnóstico do parto, pode observar que 58,7% do total dessas gestantes já tinham o conhecimento da sorologia positiva para o HIV antes de ingressarem na atenção pré-natal. No entanto, 40,0 % das gestantes descobrem que 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	%
Antes do Pré natal	27	44,3	30	45,5	27	43,5	24	54,5	40	59,7	44	58,7
Durante do Pré natal	24	39,3	20	30,3	32	51,6	17	38,6	24	35,8	30	40
Durante o parto	7	11,5	5	7,6	1	1,6	3	6,8	3	4,5	1	1,3
Após o parto	3	4,9	1	1,5	1	1,6	0	0	0	0	0	0
Ign/Branco	0	0	10	15,2	1	1,6	0	0	0	0	0	0
Total	61	100	66	100	62	100	44	100	67	100	75	100

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:

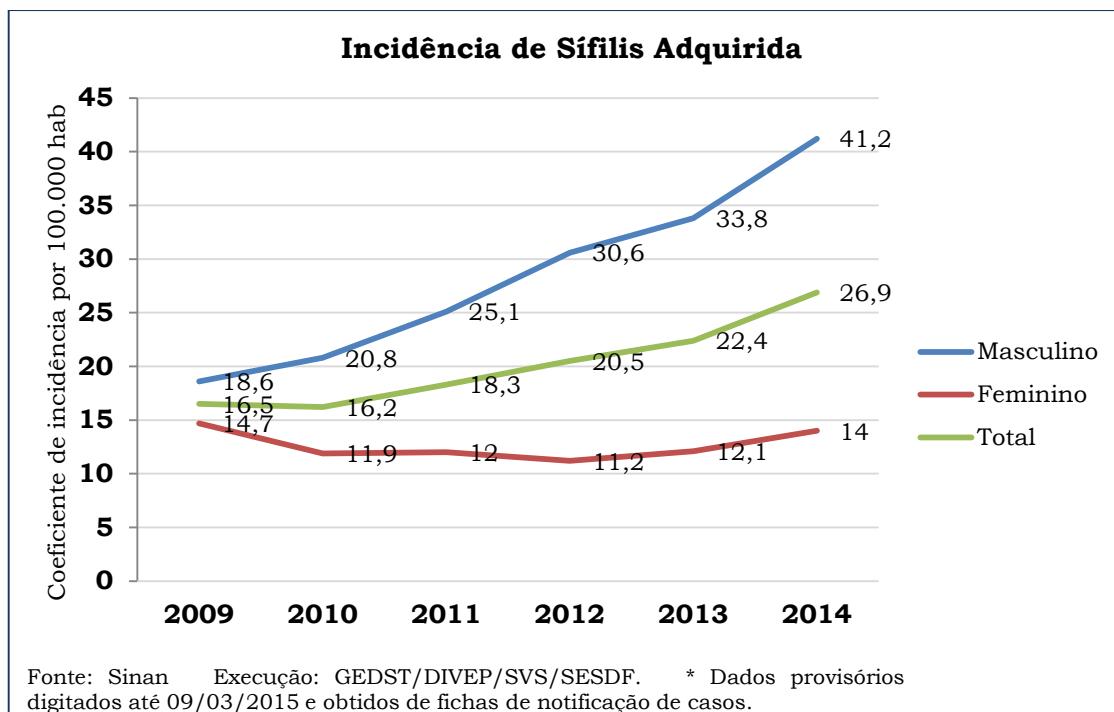
A proporção de casos na população masculina mostrou um aumento progressivo no período analisado, sendo que, em 2014, a razão entre os sexos foi de 2,7:, conforme os dados da tabela e gráfico abaixo:

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

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

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
Candangolândia	41,2	37,7	49	12,2	23,1	50,9
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
Itapoã	7	19,8	8,6	27,7	6,2	74,8
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
Paranoá	22,3	9,1	17,9	17,6	35,3	52,7
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
Total	16,1	16,2	18,3	20,5	22,4	26,9

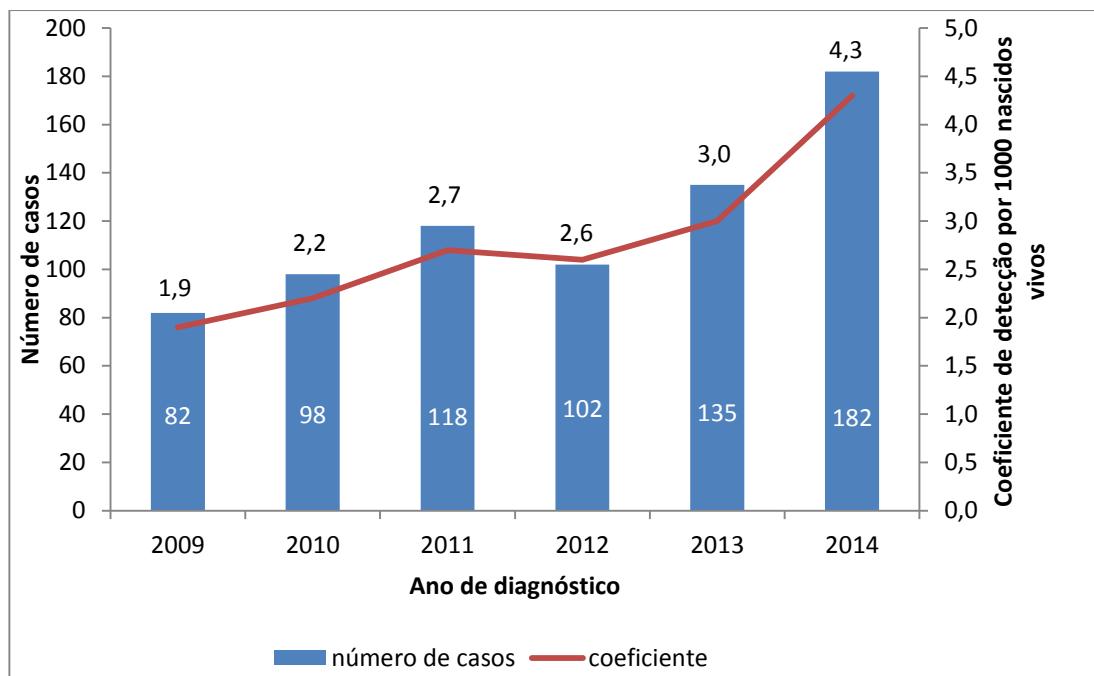
Fonte: Sinan Execução: GEDST/DIVEP/SVS/SESDF. * Dados provisórios digitados até 09/03/2015 e obtidos de fichas de notificação de casos.

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.

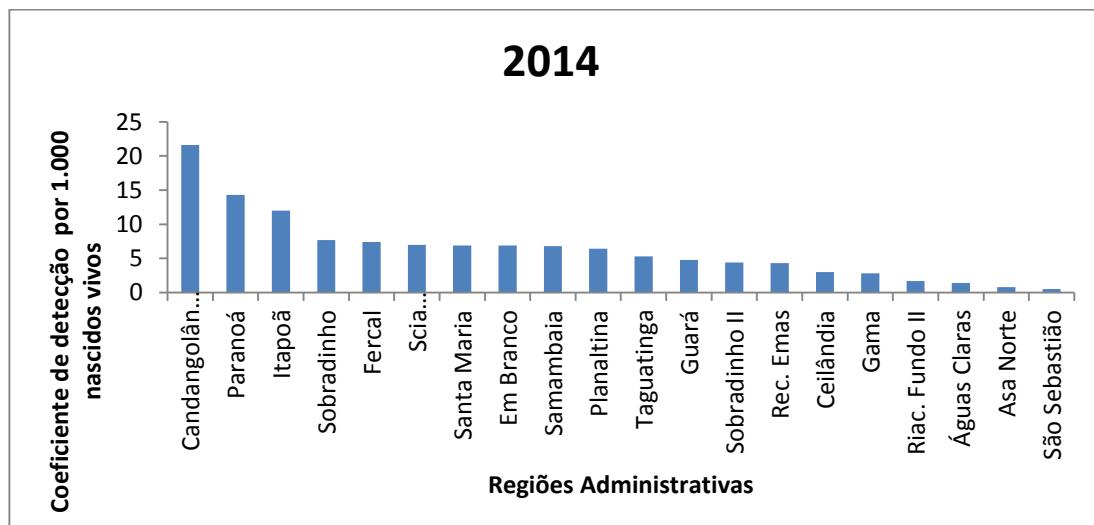


Fonte: Boletim epidemiológico da Sífilis/SVS/SES 2015

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.

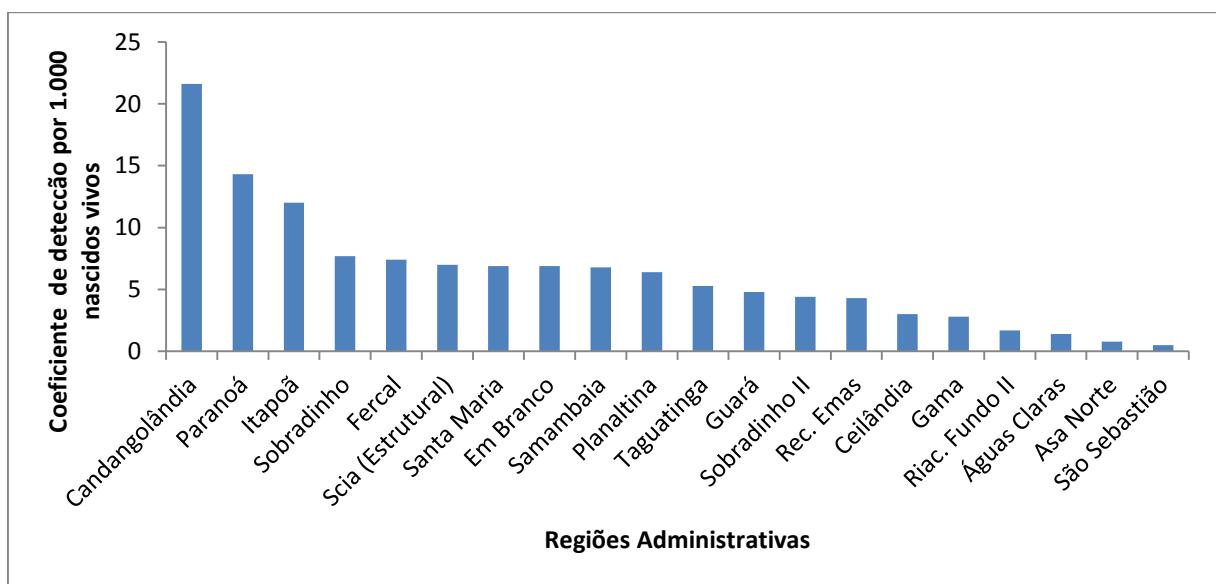
A sífilis congênita resulta da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária ou no momento do parto.

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*.



Fonte: Sinan Execução: GEDST/DIVEP/SVS/SESDF

* Dados provisórios digitados até 09/03/2015 e obtidos de fichas de notificação de casos.

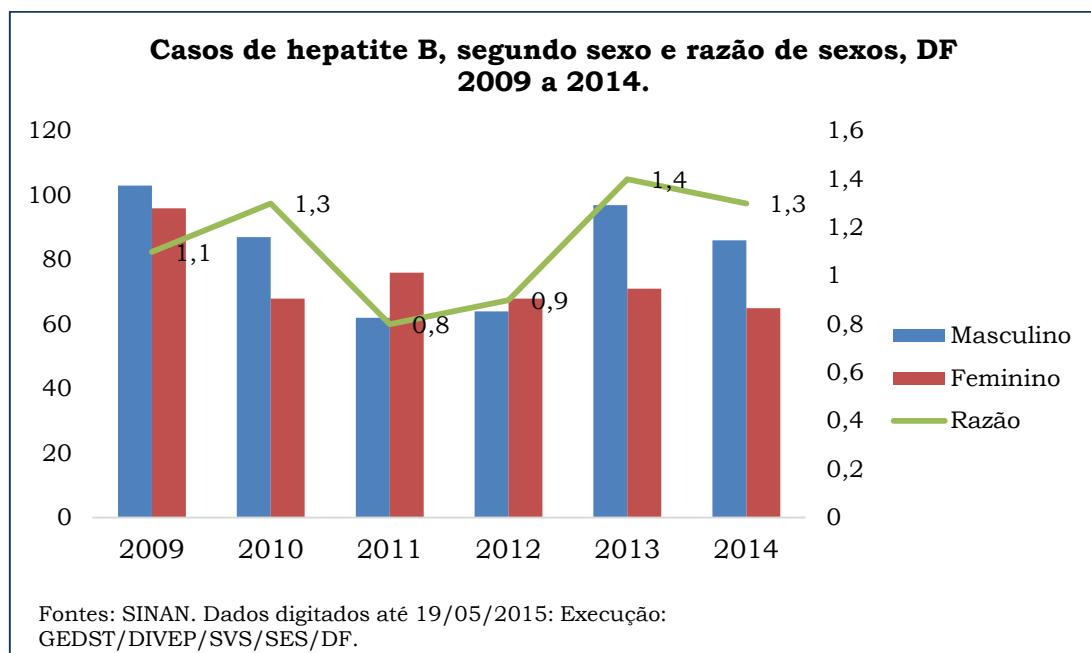
HEPATITES B E C

O Brasil, reconhecendo a magnitude das hepatites vírais 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 Virais¹.

*As hepatites vírais 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 pérfurantes) 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.

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

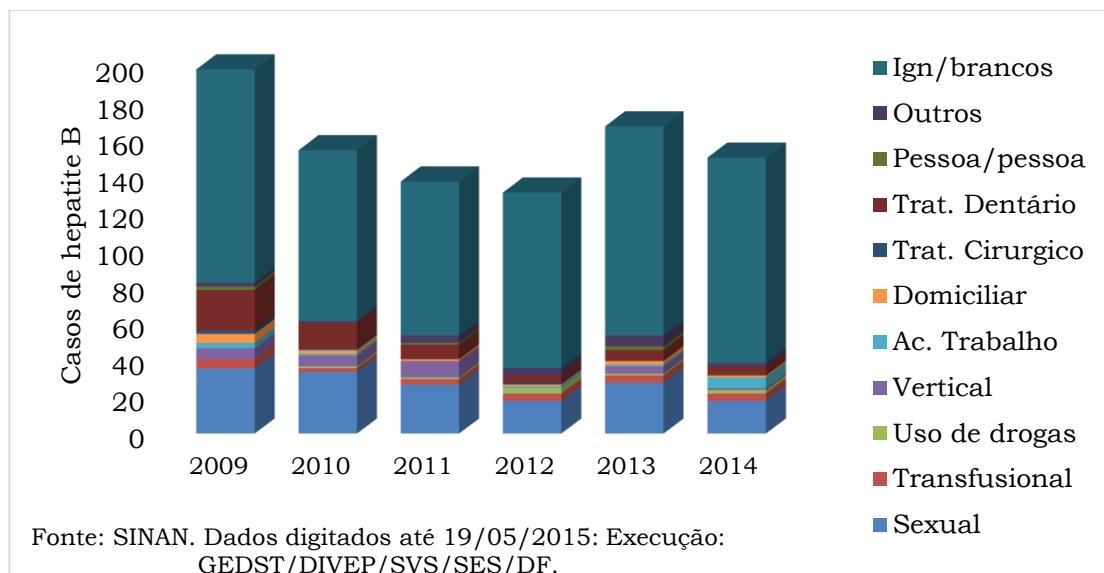
Tabela 55: Casos confirmados de hepatite B (número e proporção), segundo forma clínica e faixa etária. Distrito Federal, 2009 a 2014.

Faixa Etária	Aguada		Crônica/Portadora		Fulminante		Inconclusivo		Ignorada		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	42	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	19
50 a 59 anos	26	10,8	69	10,9	0	0	4	12,1	5	13,9	4	10
60 e mais	18	7,5	51	8,1	1	100	6	18,2	3	8,3	79	8,3
Total	24	10	632	100	0	0	33	100	36	100	94	100
	1	0									3	100

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.

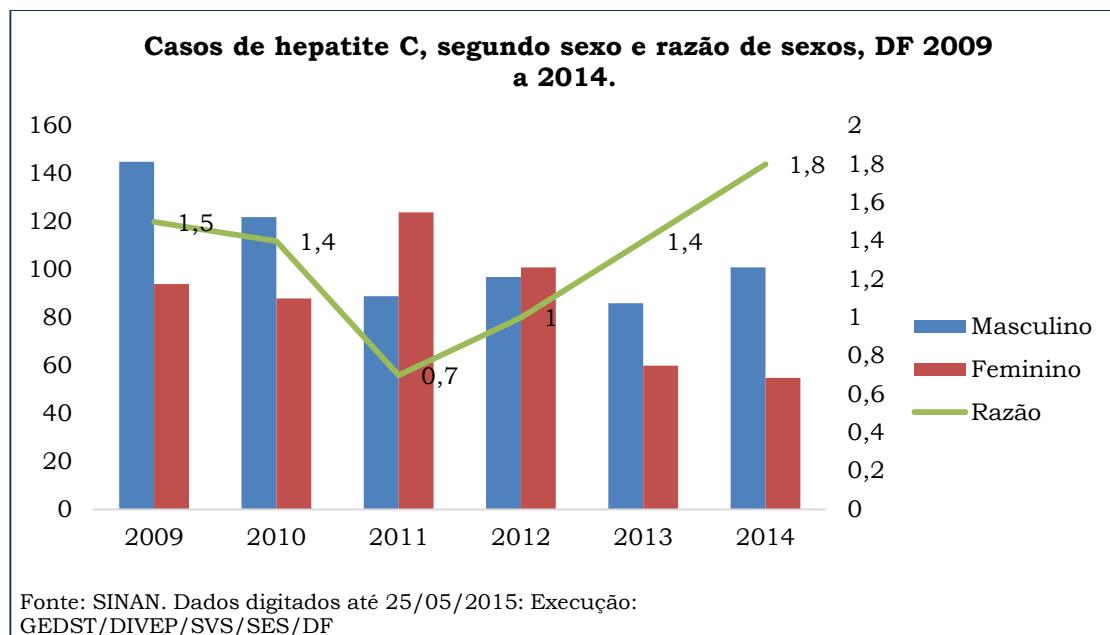
Gestante	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
1º Trimestre	9	3	2	7	5	3	29
2º Trimestre	12	10	8	8	7	7	52
3º Trimestre	6	7	10	10	2	8	43
Total	27	20	19	25	14	18	123

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

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

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

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

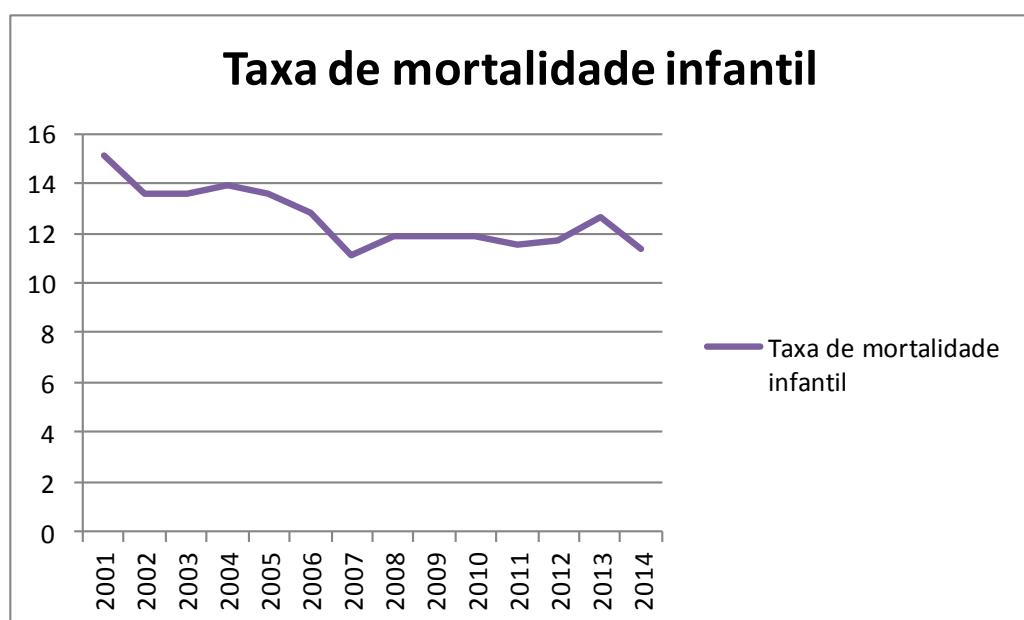
oportuno, demonstram a necessidade de aprimorar os processos de vigilância e investigação epidemiológica e ampliar a rede de serviços de atenção à saúde de pessoas com hepatites virais.

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
Sudoeste	Águas Claras	24	10,5
	Taguatinga	32	10,2
	Vicente Pires	8	10
	Samambaia	44	11,5
	Recanto das Emas	36	16,8
Total da Região de Saúde		144	11,8
Centro Sul	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
Total da Região de Saúde		53	9
Leste	Itapoã	11	10,1
	jardim Botânico	3	10,8
	Paranoá	17	14
	São Sebastião	29	15,5
Total da Região de Saúde		60	13,5
Norte	Planaltina	42	13
	Fercal	2	11,9
	Sobradinho I	16	12,1
	Sobradinho II	13	10,9
Total da Região de Saúde		73	12,3
Oeste	Brazlândia	12	11
	Ceilândia	91	12,7
Total da Região de Saúde		103	12,5
Sul	Gama	20	8,8
	Santa Maria	29	12,3
Total da Região de Saúde		49	10,6
Centro Norte	Cruzeiro	5	12,8
	Asa Norte	9	6,5
	Lago Norte	2	6
	Sudoeste/Octogonal	3	4,8
	Varjão	1	5,4
Total da Região de Saúde		20	6,9

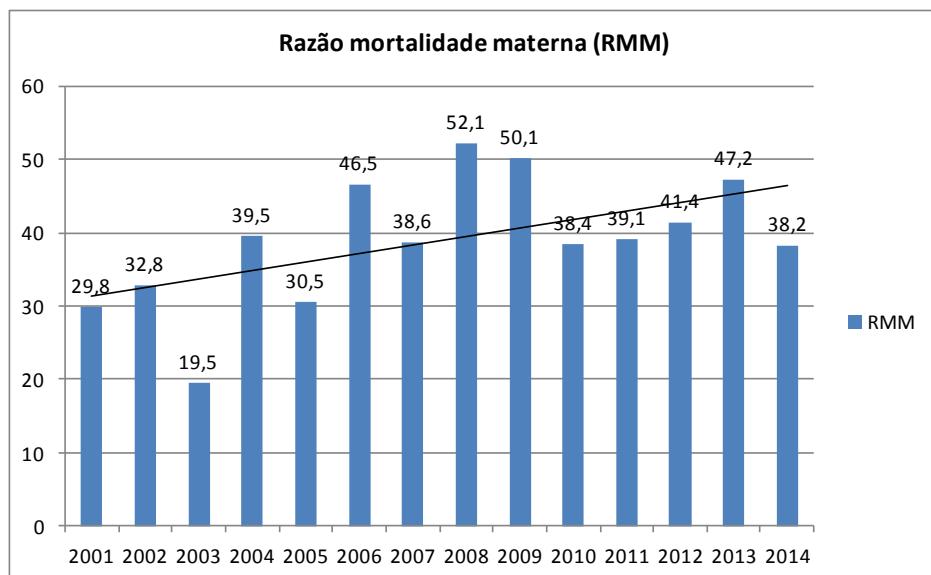
Fonte: SIM/GIASS/DIVEP/SVS/SES

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 Razão¹ de Mortalidade Materna (RMM) por local de residência - DF - 2006 a 2014²

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
Águas Claras	...	...	-	-	1	73,9	3	191,7	-	-	1	52,7	-	-	1	46,9	1	44,0
Asa Norte	-	-	1	64,3	-	-	1	68,3	1	71,8	1	73,2	-	-	-	-	-	-
Asa Sul	2	154,6	1	83,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brazlândia	-	-	-	-	-	-	-	-	1	89,3	-	-	-	-	-	-	-	-
Candangolândia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ceilândia	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
Cruzeiro	1	80,3	-	-	-	-	1	224,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fercal	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Gama	2	82,0	1	42,5	2	85,3	1	46,2	-	-	2	95,0	1	45,4	-	-	2	88,5
Guará	4	148,8	-	-	-	-	-	-	1	61,3	-	-	1	63,9	-	-	-	-
Itapoã	...	...	-	-	2	251,3	2	217,2	2	214,8	-	-	1	101,1	1	92,7	2	183,2
Jardim Botânico	...	...	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lago Norte	-	-	-	-	1	332,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lago Sul	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
N. Bandeirante	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paranoá	1	50,5	-	-	-	-	1	84,7	-	-	-	-	1	88,2	2	170,1	-	-
Park Way	...	...	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	442,5	-	-	-	-	-

Planaltina	2	60,0	2	63,1	-	-	2	62,0	2	63,1	3	96,1	1	32,4	2	62,6	1	31,0
Rec. das Emas	3	136,9	-	-	-	-	2	95,3	1	49,0	1	49,2	1	48,3	-	-	1	46,6
Riacho Fundo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	129,0
Riacho Fundo II	...	...	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Samambaia	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
Santa Maria	1	44,9	2	96,4	3	140,7	-	-	2	85,1	-	-	-	-	2	89,4	-	-
São Sebastião	-	-	-	-	3	183,5	-	-	-	-	1	60,2	1	57,8	-	-	-	-
SCIA (Estrutural)	...	...	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	152,4	-	-	1	137,4
SIA	...	...	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sobradinho	1	35,0	2	142,5	-	-	-	-	2	151,7	1	85,6	1	80,6	-	-	-	-
Sobradinho II	...	...	-	-	-	-	-	-	2	137,7	1	72,3	-	-	1	78,7	-	-
Sudoeste/Octog.	...	...	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	322,1	-	-
Taguatinga	-	-	1	23,6	1	23,3	2	44,5	-	-	2	54,6	1	27,1	3	83,7	-	-
Varjão	...	...	1	480,8	-	-	-	-	1	537,6	-	-	-	-	-	-	-	-
Vicente Pires	...	...	...	...	...	...	...	...	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ign/Em Branco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	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 ocorrência¹ e tipo de estabelecimento - Distrito Federal - 2010 a 2014²

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

Privados	-	2	3	4	3	12	8,6
Gama	5	1	4	1	4	15	10,8
Públicos	5	1	3	1	4	14	10,1
Privados	-	-	1	-	-	1	0,7
Asa Norte	8	4	1	1	-	14	10,1
Públicos	5	4	1	1	-	11	7,9
Privados	3	-	-	-	-	3	2,2
Paranoá	2	2	-	2	2	8	5,8
Públicos	2	2	-	2	2	8	5,8
Planaltina	2	2	1	1	1	7	5
Públicos	2	2	1	1	1	7	5
Sobradinho	1	1	1	-	-	3	2,2
Públicos	1	1	1	-	-	3	2,2
Samambaia	1	-	1	-	-	2	1,4
Públicos	1	-	1	-	-	2	1,4
Brazlândia	-	-	1	-	-	1	0,7
Públicos	-	-	1	-	-	1	0,7
Outras/Ignorada	-	1	2	1	-	4	2,9
Total	34	25	30	26	24	139	100
Subtotal Públícos	28	18	22	18	17	103	74,1
Subtotal Privados	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 2014¹

Ano	Tipo de causa				Total	
	Obstétrica Direta²		Obstétrica Indireta³		nº	%
	nº	%	nº	%		
2010	10	58,8	7	41,2	17	100
2011	11	64,7	6	35,3	17	100
2012	12	66,7	6	33,3	18	100
2013	20	95,2	1	4,8	21	100
2014	12	70,6	5	29,4	17	100
Total	65	72,2	25	27,8	90	100

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 tardeamente 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).

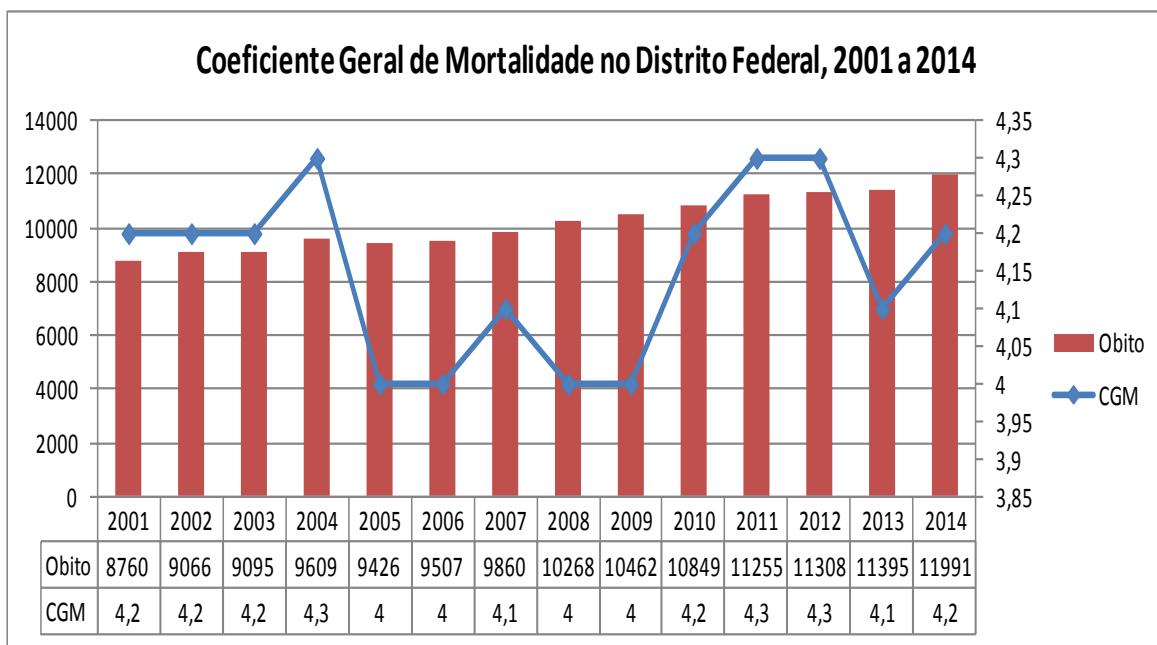
Uma das estratégias para a ampliação da captação (notificação) de óbitos é a investigação de óbitos de mulheres em idade fértil (de 10 a 49 anos), com o intuito de resgatar mortes maternas não declaradas. A meta do Brasil prevista para 2015, era atingir 85% de óbitos investigados de mulheres em idade 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.

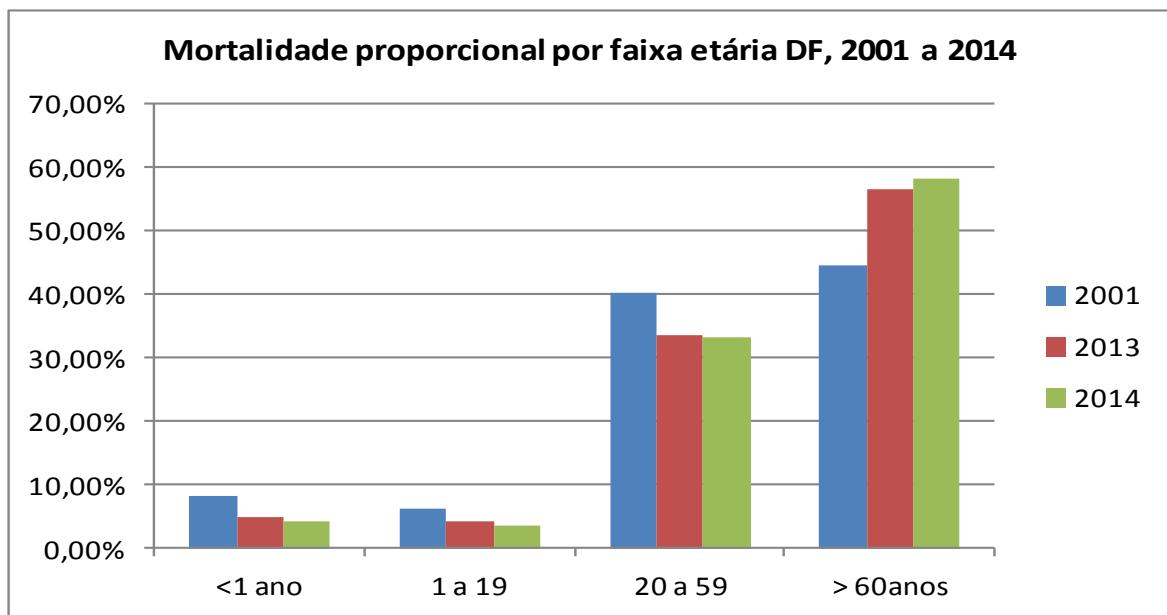
Gráfico 20 - Coeficiente Geral de Mortalidade no DF, 2001 A 2014



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

Mortalidade pelas quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Distrito Federal, 2014		
Doenças	Número	%
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
Total óbitos por DCNT	6.606	55,1
Total óbitos DF	11.991	100

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.

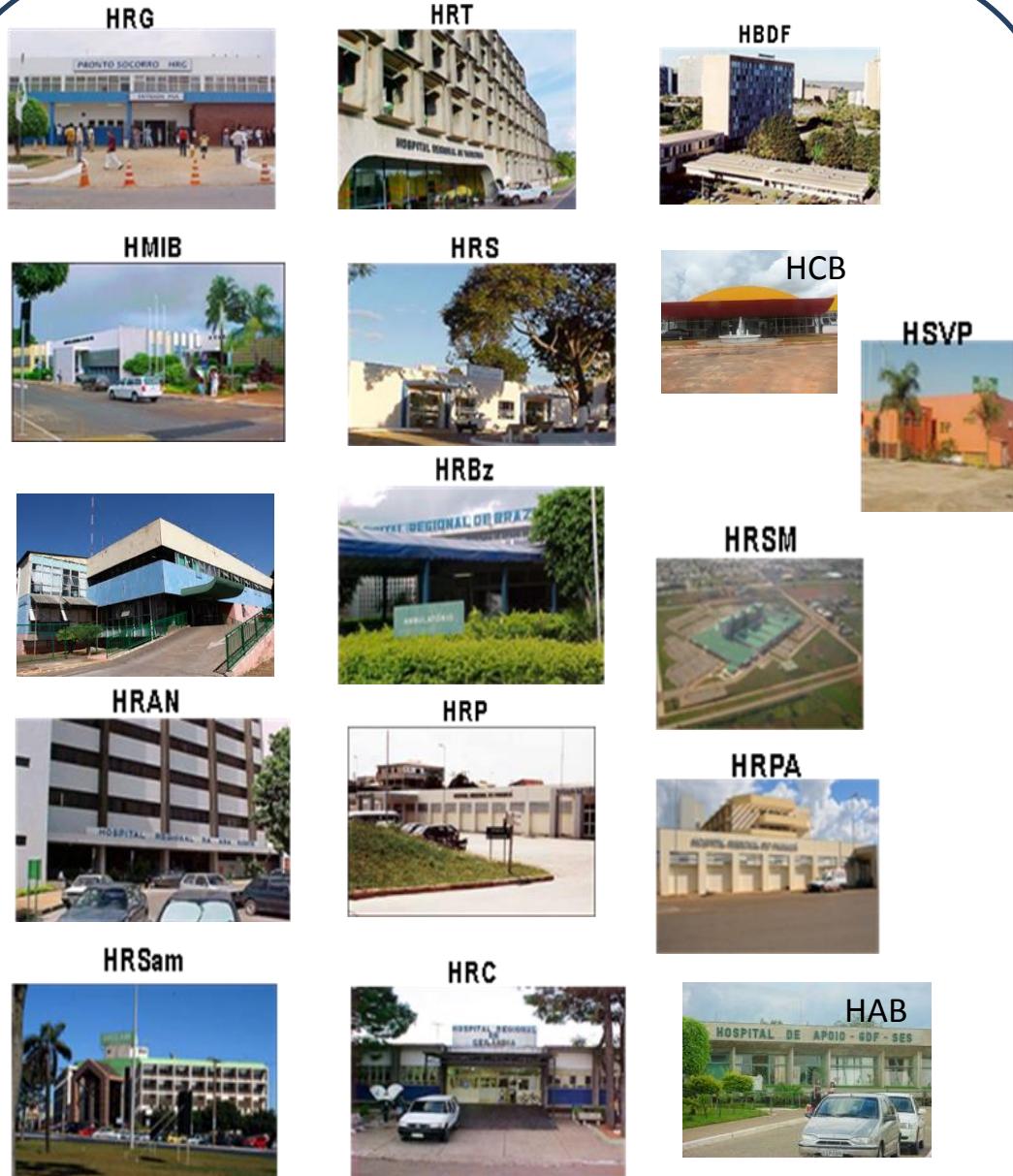
Região de Saúde	Região Administrativa (RA's)	Neoplasias*		Diabetes **		DAC***		DRC****	
		Número	Coef.	Número	Coef.	Número	Coef.	Número	Coef.

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

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

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



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

RA-XI - Cruzeiro	049	25/10/1989
RA-XII - Samambaia	049	25/10/1989
RA-XIII Santa Maria	348	4/11/1992
RA-XIV São Sebastião	705	10/05/1994
RA-XV Recanto das Emas	510	28/07/1993
RA-XVI Lago Sul	643	10/01/1994
RA-XVII Riacho Fundo	620	15/12/1993
RA-XVIII Lago Norte	641	10/01/1994
RA-XIX Candangolândia	658	27/01/1994
RA-XX Águas Claras	3.153	06/05/2003
RA-XXI Riacho Fundo II	3.153	06/05/2003
RA-XXII Sudoeste/Octogonal	3.153	06/05/2003
RA-XXIII Varjão	3.153	06/05/2003
RA-XXIV Park Way	3.255	29/12/2003
RA-XXV SCIA⁽²⁾	3.315	27/01/2004
RA-XXVI Sobradinho II	3.315	27/01/2004
RA-XXVII Jardim Botânico	3.435	31/08/2004
RA-XXVIII Itapoã	3.527	03/01/2005
RA XXIX SIA⁽³⁾	3.618	14/07/2005
RA XXX Vicente Pires	4.327	26/05/2009
RA XXXI Fercal	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	Centro de Saúde Tradicional	Unidades de Atenção Primária				Unidades alugadas/comodato/cedida
		Centro de Saúde da Família	Clínica da Família	Postos de Saúde (Rurais e Urbanos)		
Centro Sul	9	2	0	6		7
Centro Norte	8	0	0	0		3
Oeste	12	1	0	5		4
Sudoeste	13	1	7	3		6
Norte	6	2	2	11		13
Leste	2	1	0	8		15
sul	9	0	0	5		11
Total Geral DF	59	7	9	38		59
Total de UBS	172 Unidades Básicas de Saúde					

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)
Centro-Sul	HMIB HRGu
Total da Região	2
Centro-Norte	HRAN
Total da Região	1
Oeste	HRC HRBZ
Total da Região	2
Sudoeste	HRT HRSAM
Total da Região	2
Norte	HRS HRP
Total da Região	2

Leste	HRPa
Total da Região	1
Sul	HRG
	HRSM
Total da Região	2
Total Geral DF	12

Fonte: SUPRAC - DICOAS - GEOCAS - 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

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

Nota: Vistorias realizadas

Dados gerenciados pela GESES/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	Leitos de UTI			
		Hospitais Conveniados	UTI Adulto	UTI Pediátrica	UTI Neonatal	Total
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	Leitos de UTI			
		Hospitais Privados/ Contratados	UTI Adulto	UTI Pediátrica	UTI Neonatal	Total
Centro Norte	Cruzeiro	Instituto de Cardiologia de Brasília	17	0	0	17
	Cruzeiro	Hospital São Mateus	11	0	0	11
TOTAL						28

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	HMIB, HBDF*	0	2	2	1
	RA16 - Lago Sul	33738		1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	RA8 - N. Bandeirante	27394	0	1	0	0	0	1	CSNB 02	1	1	0	1
	RA17 - R. Fundo I	39773	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1
	RA 21- R. Fundo II	39536	0	0	1	0	3	2	0	0	0	0	0
	RA 24 - Park Way	21621	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	RA19 - Candangolândia	17695	0	1	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
	RA 25 - SCIA (Estrut.)	32995		0	1	0	0	2	0	0	0	0	0
	RA10 - Guará	119927		3	0	0	1	2	HRGu	0	1	1	1
Total da Região		432.344	2	9	2	0	6	7	3	1	4	5	6
Centro-Norte	RA1 - Brasília (Asa Norte)	136586	HRAN	4	0	0	0	3	HRAN	0	0	1	1
	RA18 - Lago Norte	36521		1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	RA11 - Cruzeiro	39150		2	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	RA 23 - Varjão	10223		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	RA 22 - Sudoeste/Octogonal	55828		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total da Região		278.308											
Oeste	RA9 - Ceilândia	445058	HRC	11	0	0	2	1	HRC	1	3	1	1
	RA4 - Brazlândia	63531	HRBZ	1	1	0	3	3	HRBZ	0	0	0	1
Total da Região		508.589	2	12	1	0	5	4	2	1	3	1	2
Sudoeste	RA3 - Taguatinga	227379	HRT	8	0	0	0	0	HRT, HSVP*	0	0	2	2
	RA 20 - Águas Claras	113282		0	0	1	1	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
Total da Região		763.247	2	13	1	7	3	6	2	2	2	4	5
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
Total da Região		365.057	2	6	2	2	11	13	2	1	1	3	2
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
Total da Região		225.593	1	2	1	0	8	15	2	1	1	2	2
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
Total da Região		279.234	2	9	0	0	5	11	2	0	0	1	2
Total Geral DF		2.852.372	12	59	7	9	38	59	14	6	11	17	22

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.

