

Brasília

em debate

Companhia de Planejamento do Distrito Federal - Codeplan - Ano 2017 - nº 17 - Setembro

A photograph showing two young children running through a large, metallic, tunnel-like structure. The structure is made of corrugated metal and has a circular opening at the end. The child in the foreground is wearing a white t-shirt and blue shorts, and is running towards the right. The child in the background is also wearing a white t-shirt and blue shorts, and is running towards the left. The floor is made of metal grating.

**Informação, planejamento e gestão
pública em saúde:
a importância da atenção primária**

Entrevista especial - Humberto Fonseca, secretário de Saúde de Estado do Distrito Federal

codeplan

COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL

Missão

Produzir e disseminar informações, estudos e análises sociais, econômicas, demográficas, cartográficas, urbanas, regionais e ambientais; analisar e avaliar políticas públicas para o Governo do Distrito Federal e sociedade.

Brasília em Debate - Ano 2017 - nº 17 - Setembro
1.Economia - Planejamento Territorial Distrito Federal (Brasil)
ISSN - 2316-820X

Brasília *em debate*

Edição nº 17

Carta ao leitor 5

Entrevista - Humberto Fonseca 7

IPCA 10
Clarissa Jahns Schlabit

Estudo de Carga Global de Doença: mortalidade e morbidade entre 1990 e 2015 11
Daisy Maria Xavier de Abreu

Perfil socioeconômico e aspectos da saúde dos usuários dos RCs no DF 17
Equipe Dipos

A Regionalização da Gestão da Saúde no DF: o caminho para a “ponta” virar centro 22
Leila Gottens

Redes Sociotécnicas e Integração de Políticas Públicas no Distrito Federal 28
Wagner de Jesus Martins

A Dengue: Contextos Temporal e Social no Distrito Federal 32
Walter Massa Ramalho

Idecon 36
Sandra Andrade e Eurípedes Oliveira

Indicadores de Saúde e a reforma do Sistema de Saúde do Distrito Federal 38
Marcus Vinícius Quito



Foto: Marcelo Camargo - Agência Brasil
Capa *Atenção primária*



Foto: Toninho Tavares - Agência Brasília
Dengue *Áreas pobres têm mais incidência*



Foto: Tony Winston - Agência Brasília
Restaurante Comunitário *Perfil do usuário*



Foto: EBC - (Creative Commons)
Saúde *Indicadores subsidiam o planejamento*

Brasília em Debate

Setembro - Ano 2017 - Nº 17

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

Rodrigo Rollemberg - Governador
Renato Santana - Vice-Governador

**SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO
DO DISTRITO FEDERAL - SEPLAG**

Leany Barreiro de Sousa Lemos - Secretária

**COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL
CODEPLAN**

Lucio Remuzat Rennó Júnior - Presidente

DIRETORIA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA

Martinho Bezerra de Paiva - Diretor

DIRETORIA DE ESTUDOS E PESQUISAS SOCIOECONÔMICAS

Bruno de Oliveira Cruz - Diretor

DIRETORIA DE ESTUDOS E POLÍTICAS SOCIAIS

Ana Maria Nogales Vasconcelos - Diretora

DIRETORIA DE ESTUDOS URBANOS E AMBIENTAIS

Aldo Paviani - Diretor

CONSELHO EDITORIAL

Leany Lemos
Lucio Rennó
Aldo Paviani
Bruno Cruz
Alexandre Brandão
Jusçanio Souza
Sérgio Jatobá
Ana Maria Nogales
Maurício Bugarin
Roberto Piscitelli

Assessoria de Comunicação Social

Organização e revisão de periódico

Cláudia Cybelle Freire

Revisão de texto

Heloisa Herdy

Editoração eletrônica e arte final

Mauro Moncaio

Capa / Foto:

Marcelo Camargo - Agência Brasil

Apoio

Nilva Rios, Eliane Menezes, Ester Santos Cabral
Maurício Suda, Laerte Gouveia e Cleusa Rocha

Degração

Joaquina Neves Menezes

Observação:

* Os artigos assinados são de inteira responsabilidade dos autores

* Permitida a reprodução total ou parcial desde que citada a fonte

Periodicidade: quadrimestral

Tiragem impressa: 1 mil exemplares; policromia: 44 páginas

Versão online: www.codeplan.df.gov.br

1.Economia - Planejamento Territorial Distrito Federal (Brasil)

ISSN - 2316-820X

Companhia de Planejamento do Distrito Federal

Codeplan

SAM - Bloco H - Setores Complementares

CEP: 70.620-080 - Brasília-DF

Tel.: (0xx61) 3342-1021

www.codeplan.df.gov.br

codeplan@codeplan.df.gov.br

Gestão Pública de Saúde no Distrito Federal

A Saúde Pública, conforme apontam pesquisas de opinião pública no Brasil, é uma das principais preocupações do cidadão brasileiro; é listada há vários anos como um dos três principais problemas do país. No Distrito Federal, não é diferente. Pesquisas telefônicas de avaliação popular sobre a qualidade dos serviços públicos realizadas pela Codeplan apresentam resultados negativos sobre a situação dos equipamentos públicos de saúde e a qualidade do atendimento prestado por profissionais da área. Assim, debater o tema da Saúde Pública no Brasil e no DF é esforço fundamental para a melhoria da qualidade do serviço público, explorado nesta 17ª Edição da revista Brasília em Debate. A disseminação de estudos e pesquisas, embasados em análises de especialistas, dados e informações atuais, contribui para a gestão da saúde do DF e dos municípios vizinhos, da denominada AMB - Área Metropolitana de Brasília¹.

Com uma proposta que reúne especialistas, estudiosos, pesquisadores e gestores da saúde, a Brasília em Debate tem o compromisso de tratar com responsabilidade as informações e os dados apresentados. Torcemos para que ela alcance o maior número de leitores e que se torne um registro científico permanente, refletindo na análise das políticas públicas, na discussão sobre o tema e na tomada de decisão dos gestores públicos e privados que conduzem a saúde no DF e na Área Metropolitana de Brasília.

Desde a adesão do Ministério da Saúde à rede de estudos de Carga Global de Doença - GBD que as estimativas de saúde são mais confiáveis, permitindo construir indicadores no Brasil e por unidades federativas condizentes com a real situação, conforme apresentado no Estudo GBD: estimativas de mortalidade e morbidade entre 1990 e 2015 para o Distrito Federal e Brasil. Na esfera local, a Secretaria de Saúde apresenta um panorama dos desafios e avanços na gestão da Saúde, com destaque para a reorganização da Rede de Atenção Básica e a criação do Instituto Hospital de Base de Brasília. Entusiasta do assunto, é incisiva quando aponta a necessidade de mudanças urgentes na gestão da saúde pública no Distrito Federal.

Quando o assunto é a regionalização da saúde no DF, as etapas já cumpridas e os desafios propostos, faz-se necessário preservar os processos históricos de criação

dos territórios no DF, os vínculos e as identidades dos profissionais e usuários construídos. Essa temática instigante é abordada no artigo Regionalização da Gestão da Saúde no DF: o caminho para a “ponta” virar centro.

Por falar em território, esse tema foi bastante discutido no II Encontro de Redes Sociais Locais do Distrito Federal - II ERSLS. Realizado em junho passado em Brasília, reuniu grupos que atuam no serviço público. Durante o encontro, ocorreu a Oficina de Diálogos Prospectivos Brasília 2030: Integração de Políticas Públicas no Território. Nessa oficina, foram elaborados cenários sobre os futuros múltiplos e possíveis das políticas públicas do DF até 2030, sob a ótica da metodologia inovadora da Prospectiva Territorial, sendo a política de saúde um dos destaques.

O estudo Contextos Temporal e Social da Dengue no DF mostra que a arma mais eficiente para o controle do Aedes Aegypti tem sido pouco discutida: a grande desigualdade social e estrutural presente em nosso território. Ainda que o mosquito esteja presente em todo o DF, as maiores incidências ocorrem nas áreas mais pobres, de forma sistemática e crescente.

A II Pesquisa de Identificação e Percepção dos Usuários dos Restaurantes Comunitários do DF, realizada pela Codeplan em parceria com a Secretaria de Estado de Trabalho, Desenvolvimento Social, Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humanos - SEDESTMIDH, retrata o perfil do usuário dessa política, seus padrões alimentares e de atividade física, entre outros. Esse tipo de parceria já é rotina na Codeplan, que opta por um modelo de trabalho em colaboração e integração com órgãos dos governos federal, distrital e dos municípios da AMB, para realizar estudos e pesquisas aplicáveis à melhoria da gestão, monitoramento e avaliação das políticas públicas do Distrito Federal.

Por fim, o artigo sobre a Criação e Elaboração de Indicadores simples e precisos para mensurar a qualidade dos serviços de saúde no DF e AMB demonstra o compromisso em disponibilizar os estudos científicos, a pesquisa e o planejamento em prol da gestão pública da saúde.

Agradecemos a contribuição dos colaboradores, gestores e articulistas da revista Brasília em Debate e convidamos você, leitor, para se apropriar desse esforço coletivo. ■

¹ NOTA TÉCNICA Nº 1/2014 - Delimitação do Espaço Metropolitano de Brasília (Área Metropolitana de Brasília) - Companhia de Planejamento do Distrito Federal - Codeplan, in <http://www.codeplan.df.gov.br/publicacoes/notas-tecnicas.html>

Lucio Rennó

Presidente

Atendimento ao Cidadão

Pela Central de Relacionamento do GDF, você obtém informações e orientações, faz sugestões e reclamações sobre serviços prestados pelo GDF.

A ligação é gratuita

| | | |
|----------------------|---------|--|
| 156 | Opção 1 | Violação de direitos, trabalho infantil, exploração sexual, Bolsa Família, população de rua - Sedest |
| | Opção 2 | Telematrícula (*), Ensino de Jovens e Adultos, DF Alfabetizado - Secretaria de Educação |
| | Opção 3 | IPTU, IPVA, Nota Legal - Secretaria de Fazenda (*) |
| | Opção 4 | Horários e itinerários de ônibus, Integração, Passe livre - DF Trans |
| | Opção 5 | Programas habitacionais, análise de crédito, documentação para regularização de lote - CODHAB |
| | Opção 6 | Combate à Violência Contra a Mulher |
| | Opção 7 | Disque Racismo - Casos discriminatórios étnico-racial |
| | Opção 8 | Disque Idoso - Casos discriminatórios contra idosos (*) |
| | Opção 9 | Demais informações do GDF |
| 160 | Opção 1 | Disque Saúde - Ouvidoria da Secretaria de Saúde |
| | Opção 2 | Agendamento e solicitação de doação de sangue - Fundação Hemocentro de Brasília (*) |
| | Opção 3 | Farmácia Ambulatorial Especializada - Agendamento para retirada de medicamentos |
| | Opção 4 | Doação de leite materno - Banco de Leite Humano, em parceria com o Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal |
| 162 | Opção 1 | Reclamações, elogios, sugestões e solicitações - Ouvidoria do GDF |
| | Opção 2 | Denúncias - Ouvidoria do GDF |
| 192 | | SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - Atende às solicitações telefônicas de urgência da população (24 horas) |
| 0800-644-9060 | | Combate à corrupção - Registro de denúncias de irregularidades em contratos e licitações (*) |

Horário de funcionamento (exceto SAMU)

Segunda a sexta-feira: 7h às 21h

Sábados, domingos e feriados: 8h às 18h

(*) De segunda a sexta-feira: 7h às 19h

Os desafios da Secretaria de Saúde, para promover uma reforma sanitária no DF

O dia a dia do Secretário de Saúde do Distrito Federal, Humberto Fonseca, é uma correria. Envolto em telefonemas, compromissos, agenda lotada e assessores com demandas urgentes, ele gentilmente concede esta entrevista à Brasília em Debate. Jovem, paulista, médico, casado e pai de três filhas, Humberto escolheu Brasília há 16 anos para sua Residência e comanda, desde março de 2016, uma das pastas mais importantes do Governo de Brasília.

Especialista em Medicina de Família e Comunidade, Medicina Paliativa e Clínica Médica, foi médico paliativista do Hospital de Apoio e do Hospital de Base do Distrito Federal. Humberto Fonseca também é advogado, mestre em Direito pela Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG e pela New York University. Foi Procurador do Banco Central, Diretor do Sistema Integrado de Saúde e Diretor-Geral Adjunto de Contratações do Senado Federal, além de ser Consultor Legislativo.

Com um currículo extenso, apesar da pouca idade (40), Humberto Fonseca é taxativo quando o assunto é a saúde do brasiliense. Afirmar que um dos seus desafios é investir na melhoria e

eficiência da gestão, frente à escassez de recursos. A proposta é fazer mais entregas à população com menos recursos. Segundo ele, a Secretaria de Saúde tem muitos problemas e está longe de ser o que o povo precisa e merece. É um desafio complexo porque o DF une atribuições de estado e município.

Hoje, cerca de 70% da população do DF é dependente do Sistema Único de Saúde - SUS, esse índice fica acima da média das capitais brasileiras. A conversão da atenção primária em saúde da família e a criação do Instituto Hospital de Base são as apostas da Secretaria para fazer frente à situação de desequilíbrio entre a disponibilidade de recursos e a demanda da população. Para isso, já foi feita a organização e capacitação das equipes e a transição da equipe de médicos e especialistas focais para médicos da família. Com essas ações, já subiu de 30% para 52% o percentual de atendimento e cobertura.

Quando o assunto é dengue, Humberto Fonseca afirma que o DF é uma das Unidades da Federação que mais reduziu essas doenças em 2017. Isso foi possível com investimentos em aquisições de equipamentos, monitoramento da população e parceria com o Programa Cidades Limpas. Quanto à febre amarela, só houve um caso da doença esse ano, a melhor ferramenta de prevenção é a vacina e o DF tem mais de 95% de sua cobertura vacinal.

O Secretário Humberto Fonseca finaliza sua entrevista citando: vamos desconstruir a cultura de fechamento de portas aos usuários do SUS no Distrito Federal. A equipe da Revista Brasília em Debate agradece a entrevista e deseja boa sorte ao Secretário e aos trabalhadores da saúde do Distrito Federal!



Foto: Mathews Oliveira - Agência Saúde DF

BD - Quais os desafios da saúde no Distrito Federal?

Humberto Fonseca - Fazer frente à situação de desequilíbrio entre disponibilidade de recursos e a enorme demanda da população. O índice de dependentes do SUS bate a casa dos 70% no DF, algo muito acima da média das capitais brasileiras. Estamos em um momento de crise econômica com uma retração, há quase três anos, de 8% do PIB brasileiro, o que afeta o Distrito Federal e todo o Brasil. A maior parte destes recursos vem do Fundo Constitucional. Portanto, é preciso investir na melhoria e eficiência da gestão frente à escassez, entregando mais serviços à quem tem menos recursos.

BD - Houve avanços na gestão 2015-2018?

Humberto Fonseca - Sim, temos grandes programas em implementação e que deixarão um legado de qualidade e eficiência em gestão pública na área da saúde do DF. O primeiro é a conversão da atenção primária em saúde da família: queremos que a população busque ajuda na atenção primária, o que permite uma assistência mais longitudinal. Também podemos citar o Instituto Hospital de Base, uma mudança de rumo em relação ao modelo de gestão, que dá autonomia para resolução de problemas baseado em resultados, metas e indicadores. Esta ferramenta trará mais autonomia para o Base, com gestão de pessoas mais eficiente.

Estamos promovendo a reforma do processo trabalhista urgência, emergência - hoje mais de 70% são pacientes classificados de baixo risco. Estamos mudando o

processo de trabalho dos prontos socorros para dar maior eficiência e desconstruir a cultura de fechamento de portas.

A regulação de serviços de saúde faz parte da gestão. Estamos criando por meio de um decreto, o complexo regulador que vai permitir o controle e regulação de todos os serviços de saúde do DF. Fizemos um convênio com a Fiocruz que vai nos apoiar, inclusive nas ferramentas de tecnologia da informação para gerar os dados necessários para que consigamos fazer um planejamento adequado.

Outros exemplos que podemos citar. Promovemos um treinamento das equipes para aumentar a eficiência nas compras feitas pela administração direta. A economia de R\$ 260 milhões por ano nos cofres do GDF com os 197 pregões feitos este ano. Além da manutenção de mamógrafos, raios-X e aparelhos de tomografia, dentre outras iniciativas.

BD - Quais as áreas de maior vulnerabilidade na saúde do DF?

Humberto Fonseca - O principal problema é o acesso fragmentado, feito por meio dos prontos socorros. O plano é melhorar esse índice de atenção primária com a conversão. Outra grande questão é o abastecimento, que está sendo resolvido com o aprimoramento dos processos de contratações.

BD - O governador Rollemberg se empenhou para aprovar a Lei nº 5.899, que institui o Instituto Hospital de Base de Brasília. Como a população será beneficiada com as mudanças propostas na legislação?

Humberto Fonseca - O Instituto Base permitirá total autonomia e dará as ferramentas necessárias para uma gestão eficiente, com manual próprio de contratações, regido pela CLT e com trabalhos desenvolvidos a partir de orientação de metas e resultados.

BD - A Área Metropolitana de Brasília (AMB), composta pelos 12 municípios goianos adjacentes à Brasília, acessam a saúde e outras políticas no DF. Qual a sua percepção sobre essas questões? O planejamento da saúde, considera a AMB? Existe alguma iniciativa em curso?

Humberto Fonseca - Consideramos a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno - RIDE-DF nas nossas decisões, todos os vinte e dois municípios. Isso aumenta a população que cobrimos, principalmente para média e alta complexidade, em cerca de um milhão e meio de habitantes. Fazemos o planejamento para três milhões de habitantes no DF mais um milhão e meio da RIDE-DF. Não podemos deixar de atender nenhum paciente que venha de outros locais que não do DF a não ser em relação a demanda programada. A organização da atenção primária vai permitir também que organizemos melhor o fluxo de pacientes dentro do Distrito Federal. Continuaremos atendendo emergências e urgências, como obrigação de qualquer unidade do SUS, mas a demanda programada precisa ser remetida para a Unidade da Federação que é da sua competência, ou seja, feita pelos municípios. Com isso nos permitirá melhor organização da nossa rede de saúde.

BD - Qual o modelo de governança que está sendo trabalhado com esses municípios?

Humberto Fonseca - Os superintendentes das regiões estão em contato direto com as Secretarias Municipais de Saúde. Esse diálogo deve facilitar o fluxo de pacientes. Porém, o problema só terá solução quando tivermos o pleno funcionamento da atenção primária, que funcione com cobertura adequada. Nosso objetivo é chegar em junho de 2018 com 75% de cobertura e implementação dos indicadores monitorados por meio eletrônico. Assim teremos maior eficiência e uma negociação mais clara, com informações corretas e precisas, para negociarmos melhor com os municípios da RIDE.

BD - Quais áreas da saúde são necessárias trabalhar em parceria com o governo de Goiás?

Humberto Fonseca - Em todas as áreas da saúde a atenção primária precisa ser feita pelos municípios. Caso seja encaminhado para o DF, terá que ser pactuado, devido a desorganização do acesso e isso ainda não é feito. Caso haja necessidade a Secretaria de Saúde do Estado de Goiás fará um contato por meio do Tratamento Fora de Domicílio (TFD), instrumento previsto na legislação do SUS que envolve os repasses de recursos.

BD - Qual o papel da pesquisa no planejamento e gestão da saúde no Distrito Federal?

Humberto Fonseca - A Secretaria tem parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (Fepecs)

para a produção de informações. Estamos também num processo de fortalecimento com a Codeplan, por meio de um Acordo de Cooperação Técnica - ACT Fiocruz/Codeplan, para gerar informações no DF e sua RIDE.

BD - A secretaria reorganizou a rede de saúde básica. Como foi esse processo?

Humberto Fonseca - Está ainda no primeiro passo. Fizemos a transição da equipe de médicos e especialistas focais para médicos da família. A Saúde da Família não é só prevenção, é assistência. O segundo passo foi em processos de organização e capacitação das equipes, que são formadas por um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e até cinco agentes comunitários de saúde. Com isso elevamos de 30% para 52% nosso percentual de atendimento e cobertura.

BD - Como essas mudanças vão beneficiar a população?

Humberto Fonseca - Gerando responsabilidade e conhecimento das equipes pelo público. Buscamos também evitar doenças por meio da prevenção. Além disso, é importante ressaltar que a saúde da família é baseada em assistência. Toda demanda espontânea que chega a uma unidade básica de saúde tem que ser classificada, atendida, se estiver no nível correto de atenção, ou encaminhada a outros níveis, secundário ou terciário, pela própria equipe de atenção primária. O processo também passa pela capacitação de equipes. Com 75% de cobertura, meta a ser atingida até junho de 2018, toda a população vulnerável do Distrito Federal, deverá ser alcançada.

BD - Diante das recentes epidemias de Dengue, Zika, Chikungunya e surtos de Febre Amarela no país, como o DF vem enfrentando essas situações?

Humberto Fonseca - Em 2016 tivemos uma grave epidemia de Dengue, Zika e Chikungunya. Já em 2017 fomos a Unidade da Federação que mais reduziu essas doenças. Foram adquiridos uma série de equipamentos, carros, UBV's (carros de fumacê) e feito um monitoramento da população para diminuir os casos. Agora, percebemos um aumento do soro tipo dois da Dengue, que é um tipo mais grave. Também percebemos um aumento dos casos de Chikungunya que é o que mais nos preocupa. Continuamos com esta ação de governo, por meio do Cidades Limpas, coordenado pela Secretaria das Cidades, para se fazer a prevenção e evitar uma nova epidemia. Em relação à Febre Amarela somos uma região coberta por vacinas. Só tivemos um caso da doença esse ano, que veio de Minas Gerais, então a nossa população está bem coberta. Temos acima de 95% de cobertura vacinal, que é a melhor ferramenta de prevenção para Febre Amarela.

BD - O que o senhor pode dizer ao cidadão brasileiro, usuário da saúde pública, que vive em longas filas de espera para ter acesso ao tratamento de suas necessidades?

Humberto Fonseca - Estamos promovendo uma verdadeira reforma sanitária no DF, para o acesso universal e integral à saúde, com novas ideias e muita disposição para trabalhar. Vamos estruturar a saúde e deixar para o povo do DF um legado de qualidade e de eficiência. ■

Inflação acumulada no primeiro semestre de 2017 é de 1,23% em Brasília

Clarissa Jahns Schlabitiz

O IPCA/Brasília acumulou, até agosto de 2017, variação de 1,96% e, nos 12 meses encerrados em agosto, alta de 3,99%. No Brasil, essas variações foram de 1,62% e 2,46%, respectivamente. O resultado da inflação acumulada em 12 meses para o Brasil já está abaixo do limite inferior do intervalo de tolerância de +/- 1,5 p.p, da meta de inflação estabelecida pelo Conselho Monetário Nacional CMN: de 4,5% ao ano.

A trajetória de queda para atingir esse nível começou em janeiro de 2016. A inflação tem se mostrado tão comportada que o CMN estabeleceu metas ainda mais baixas para 2019 (4,25% a.a.) e 2020 (4,00% a.a.). Como mostra o Gráfico, a inflação de Brasília vem registrando variação acumulada em 12 meses, dentro do intervalo de tolerância desta meta desde outubro de 2016, e a inflação brasileira desde dezembro de 2016.

Na análise por grupos, destaca-se no ano, o grupo Saúde e Cuidados Pessoais, que apresenta a maior alta em Brasília, com 4,78%. Esse resultado advém, principalmente, da elevação dos preços de serviços médicos e dentários e de planos de saúde que acumulam no ano alta de 3,93% e 8,89%, respectivamente. Além desses, destacam-se os preços dos produtos fármacos, que são regulados e reajustados todos os anos em abril.

Em seguida, no acumulado do ano aparece o grupo Educação, com elevação de 4,72% nos preços. Este grupo é pressionado principalmente pelos reajustes anuais que ocorrem, em geral, todo início de ano em itens como cursos regulares (ensino fundamental, médio e superior) e cursos diversos (cursos preparatórios, de idiomas, etc). Costumeiramente, esse aumento só ocorre uma vez por ano, de forma que a tendência é que essa pressão seja reduzida ao longo do semestre.

De outro lado, a queda acumulada no ano é registrada no grupo Artigos de Residência (-1,48%). Essa deflação reflete a retração no volume de vendas do comércio varejista de itens como móveis (-2,28%) e aparelhos eletroeletrônicos (-1,82%).

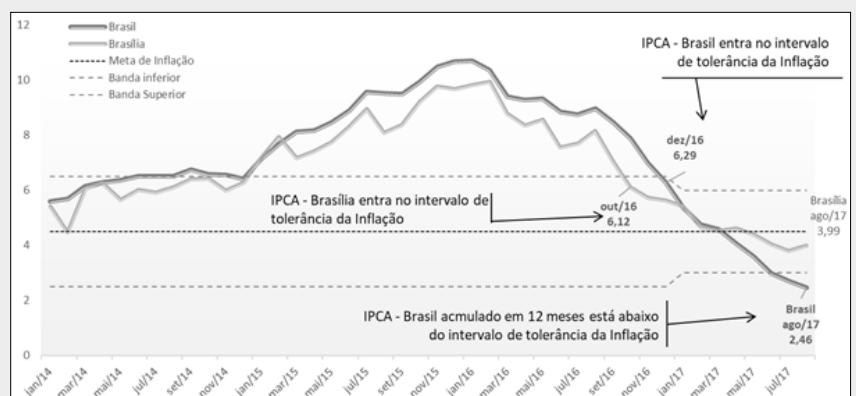
Além disso, houve variação acumulada de 0,22% no grupo Alimentação. Essa variação acumulada quase estável é reflexo do subgrupo alimentação no domicílio, que mostra queda de -3,41%, devido, em grande parte, à boa safra registrada no período. Contudo, o subgrupo alimentação fora do domicílio, com alta de 5,22%, seguiu a trajetória descendente, com os preços de lanches e de refeições liderando o resultado.

No acumulado em 12 meses, as maiores pressões advêm dos grupos Saúde e Cuidados Pessoais (7,17%), devido aos valores de planos de saúde e Transportes (6,88%), pressionado pelo aumento das tarifas de ônibus urbano (25,0%), ônibus interestadual (9,5%) e pela variação do preço dos combustíveis de 8,08%. ■

Tabela - IPCA - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - Variação por grupos - (%) - agosto de 2017 - Brasília

| Grupo | Variação acumulada (%) | |
|---------------------------|------------------------|-------------|
| | no ano | em 12 meses |
| Índice geral | 1,96 | 3,99 |
| Alimentação e bebidas | 0,22 | -0,40 |
| Habitação | 2,63 | 6,30 |
| Artigos de residência | -1,48 | -3,22 |
| Vestuário | 1,25 | 3,30 |
| Transportes | 1,71 | 6,88 |
| Saúde e cuidados pessoais | 4,78 | 7,17 |
| Despesas pessoais | 3,03 | 6,02 |
| Educação | 4,72 | 4,81 |
| Comunicação | 1,31 | 1,28 |

Fonte: IBGE/Elaboração Codeplan/GECON-Nupre



(*) Clarissa Jahns Schlabitiz

Gerente de Contas e Estudos Setoriais da Codeplan

Estudo de Carga Global de Doença: mortalidade e morbidade entre 1990 e 2015



Foto: Arquivo particular

Daisy Maria Xavier de Abreu

Introdução

O suplemento da Revista Brasileira de Epidemiologia (RBE) publicado em maio de 2017 apresentou para gestores e pesquisadores o Estudo de Carga Global de Doença, *Global Burden Disease (GBD)*, destacando a sua contribuição para a gestão em saúde, os aspectos metodológicos, assim como análises de alguns resultados para o Brasil e Unidades da Federação¹.

A adesão do Ministério da Saúde à rede de estudos GBD, por meio do projeto GBD Brasil-2015, possibilitou a obtenção de estimativas de mortalidade e morbidade fidedignas e comparáveis para todo o país e, em nível subnacional, para as Unidades da Federação no período de 1990 a 2015 (SOUZA *et al.*, 2017). Ainda que o país tenha investido na produção de dados sobre mortalidade e morbidade nos últimos 40 anos, ao longo desse período, a qualidade dos dados tem sido bastante variável. Da mesma forma, as diferenças de qualidade dos dados, segundo as unidades da federação, trazem muitas dificuldades para obtenção de “indicadores, válidos e confiáveis, que expressem a situação de saúde e avaliem o desempenho de políticas e programas” (SOUZA *et al.*, 2017).

O Estudo GBD, desenvolvido pelo *Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)* da Universidade de

Desde a adesão do Ministério da Saúde à rede de estudos GBD, que as estimativas de mortalidade e morbidade são fidedignas e comparáveis para o Brasil e UFs. O Estudo permite qualificar análises sobre as principais causas de morte, morbidade, incapacidade/limitações, fatores de risco e perda da saúde.

Washington em Seattle, Estados Unidos, além de propor métodos de correção e estimação de indicadores clássicos de mortalidade e morbidade, avança no sentido de utilizar metodologia que integra esses indicadores de modo sistemático para quantificar a magnitude comparativa da perda de saúde decorrente de doenças, lesões e fatores de risco por idade, sexo, local e em determinados pontos no tempo.

Essa abordagem provê um indicador composto que integra a morte prematura e o dano causado por doença, sequela ou deficiência, considerando-se diferentes níveis de gravidade de uma ou várias doenças ao mesmo tempo (GBD 2015 *MORTALITY AND CAUSES OF DEATH COLLABORATORS*, 2016).

Assim, desde a primeira publicação do estudo *GBD*, há cerca de 20 anos, são estimadas métricas referentes a um conjunto de agravos e sequelas segundo sexo e idade, que reforçam a importância da análise epidemiológica baseada em dados secundários. Tais indicadores são úteis para o planejamento, execução e avaliação das ações de saúde de países e regiões².

1 O Suplemento da Revista Brasileira de Epidemiologia está disponível em: <http://www.scielo.br/rbepid/>

2 Resultados dos indicadores do Estudo de carga global de doenças para 195 países e territórios agrupados em 21 regiões geográficas encontram-se disponíveis em: Global Burden of Disease Study 2015 (GBD 2015) Results., Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2016, <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

Em nível subnacional, o estudo de carga de doença tem assumido crescente importância para a avaliação de sistemas de saúde. A aplicação dos modelos do GBD para as unidades federativas do Brasil representa uma oportunidade privilegiada de utilização para as políticas públicas no país.

Nesse contexto, o objetivo do presente artigo é descrever os principais indicadores de carga de doença no Brasil e no Distrito Federal em 1990 e 2015, a partir das estimativas produzidas para o Estudo GBD Brasil-2015.

Principais indicadores do estudo GBD

No Estudo, são geradas estimativas comparáveis de vários indicadores de saúde (denominados métricas), segundo idade, sexo, causa, ano e localização geográfica. Além dos indicadores de número de óbitos e taxas de mortalidade (padronizadas por idade e específicas por causas), são estimados: anos de vida perdidos (indicador de morte prematura) - YLL (*Years of life lost due to premature mortality*); anos de vida vividos com incapacidade - YLD (*Years lived with disability*) e um indicador que representa a soma de YLL e YLD - anos vividos com perda de saúde - DALY (*Disability adjusted life years*). Este indicador considera tanto a morte prematura quanto o sofrimento por alguma incapacidade para mostrar o total de anos de vida saudável perdidos por todas as causas (GBD BRASIL-2015, 2017).

Ainda que não apresentados neste artigo, vale ressaltar que todas as estimativas do Estudo GBD incluem os respectivos Intervalos de Incerteza de 95% (II 95%). Os intervalos de incerteza, diferentemente dos conhecidos Intervalos de Confiança (IC), incorporam erros devido à amostragem, método de estimação e à especificação do modelo.

Como as estimativas dos vários indicadores trabalhados no Estudo GBD são frutos de modelagem complexa que considera correção de dados devido a erros de cobertura, de declaração, entre outros erros, os resultados aqui apresentados podem diferir daqueles calculados diretamente a partir de dados de estatísticas vitais e populacionais publicados pelo Ministério da Saúde e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Mas, como a metodologia de estimação é a mesma para todo o período, local, idade, sexo e causas, a comparabilidade no tempo e entre regiões é garantida.

Análise de indicadores para o Brasil e DF

A Tabela 1 sumariza os principais indicadores da carga da doença no Brasil e no Distrito Federal em 1990 e 2015. Observa-se que o movimento é muito semelhante, ou seja, a direção dos indicadores é a mesma no Brasil e no Distrito Federal, apenas com diferenças nos níveis. Assim, o número de óbitos aumentou, mas o risco sofreu redução tanto para homens como mulheres no Brasil e Distrito Federal. O aumento do número de óbitos no país e no DF está associado ao processo de Transição Demográfica, vivenciado pela população brasileira, que tem como consequência o envelhecimento populacional. Como tem-se um maior número de pessoas em idades mais avançadas, para as quais o risco de morte é maior, o número total de óbitos aumenta. É um efeito de estrutura etária e não um efeito do aumento do risco de morte.

Esse fato é corroborado pelo aumento da esperança de vida ao nascer e diminuição da taxa padronizada de mortalidade, com manutenção das diferenças entre os sexos, tanto no Distrito Federal como no Brasil. Os indicadores de morte prematura (YLL) ajustados por idade, mais elevados entre os homens,

Tabela 1 - Indicadores da carga global de doenças. Brasil e Distrito Federal (1990 e 2015)

| Indicadores | Distrito Federal | | | | | | Brasil | | | | | |
|---|------------------|--------|----------|--------|--------|--------|---------|---------|----------|---------|---------|-----------|
| | Homens | | Mulheres | | Total | | Homens | | Mulheres | | Total | |
| | 1990 | 2015 | 1990 | 2015 | 1990 | 2015 | 1990 | 2015 | 1990 | 2015 | 1990 | 2015 |
| Número de óbitos | 3.605 | 7.044 | 2.533 | 6.466 | 6.138 | 13.511 | 534.116 | 772.909 | 377.201 | 584.525 | 911.317 | 1.357.434 |
| Taxas padronizadas de morte (por 100.000) | 1189,60 | 810,90 | 770,70 | 485,90 | 943,00 | 613,98 | 1399,63 | 1008,54 | 869,62 | 609,56 | 1102,16 | 786,23 |
| Esperança de vida ao nascer | 68,10 | 74,20 | 74,60 | 81,20 | 71,97 | 79,06 | 64,20 | 70,70 | 71,80 | 78,20 | 67,87 | 74,40 |
| YLL (por 1.000) | 290,99 | 185,62 | 175,82 | 97,81 | 227,58 | 136,20 | 380,57 | 241,95 | 230,24 | 129,03 | 300,80 | 182,29 |
| YLD (por 1.000) | 105,40 | 103,30 | 116,30 | 114,60 | 111,14 | 109,33 | 109,00 | 106,30 | 118,90 | 117,90 | 113,97 | 112,21 |
| DALY (por 1.000) | 397,19 | 289,84 | 293,02 | 213,43 | 339,42 | 246,33 | 489,07 | 348,18 | 349,30 | 247,40 | 414,49 | 294,54 |

Fonte: IHME, Global Burden of Disease Study 2015 (GBD 2015). Resultados para o Projeto GBD-Brasil 2015.

também apresentaram redução importante para homens e mulheres mas, sobretudo entre estas últimas. Estes três indicadores evidenciam que os níveis de mortalidade no Brasil como um todo, são mais elevados do que no Distrito Federal. Em 2015, as esperanças de vida ao nascer para homens e mulheres eram 3,5 e 3,0 anos, respectivamente, mais elevadas no Distrito Federal do que no Brasil.

Quanto aos indicadores de incapacidade (YLD), estes são mais expressivos entre as mulheres e não apresentaram redução importante entre 1990 e 2015. Isso significa que, apesar de maior longevidade, as mulheres vivem mais tempo com incapacidades. Observa-se também que, ao contrário dos YLL, as diferenças entre as estimativas para todo o país e o Distrito Federal são muito pequenas.

Como resultado da agregação dos dois indicadores anteriores (YLL e YDL), os DALYs também apresentaram redução em 25 anos de observação, com as diferenças entre sexos observadas anteriormente.

Além desses indicadores, o Estudo GBD-Brasil 2015 tem entre seus resultados a taxa de mortalidade em menores de 5 anos, ou mortalidade na infância³. Esse indicador, de grande relevância para as políticas públicas, constituiu um dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio - ODM e integra o objetivo 3 dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. Entre 1990 e 2015, observa-se a relevante queda da taxa de mortalidade em menores de 5 anos no Brasil, como também no Distrito Federal. No Brasil, a redução foi de 67,7%, passando de 52,5 a 17,0 óbitos por 1000 nascidos vivos (Tabela 2). Já no Distrito Federal, a redução foi menor, em 44,7%, passando de 26,3 a 14,5 óbitos por 1000 nascidos vivos (FRANÇA *et al.*, 2017).

Como salientam França *et al* (2017), ainda que o Brasil e as Unidades da Federação tenham atingido a meta 4 dos ODM, com a redução espetacular da mortalidade na infância entre 1990 e 2015, os níveis atuais ainda são elevados quando comparados com outros países com igual ou menor nível de desenvolvimento socioeconômico. Além disso, como a maior parte dos óbitos na infância ocorre no primeiro ano de vida (mortalidade infantil), concentrando-se no primeiro mês (mortalidade

Tabela 2 - Número de óbitos e taxa de mortalidade para menores de 5 anos por 1000 nascidos vivos. Brasil e Distrito Federal, 1990 e 2015

| Região/ UF | 1990 | | 2015 | | Variação (%) |
|---------------|---------|----------------|--------|----------------|--------------|
| | n | Taxa/ 1.000 | n | Taxa/ 1.000 | |
| DF | 1.057 | 26,3 | 606 | 14,5 | -44,7 |
| Brasil | 191.505 | 52,5 | 51.226 | 17,0 | -67,7 |

Fonte: (FRANÇA *et al.*, 2017) e IHME, Global Burden of Disease Study 2015 (GBD 2015), Resultados para o Projeto GBD-Brasil 2015

neonatal), ressalta-se a importância de considerar os fatores ligados à gestação, ao parto e ao pós-parto, em geral preveníveis por meio de assistência à saúde de qualidade para que se alcancem níveis ainda menores (FRANÇA *et al.*, 2017).

No que se refere às principais causas de morte em 1990 e 2015 no Distrito Federal, a Figura 1 apresenta o ranking das taxas de mortalidade pelas 20 principais causas para ambos os sexos. Destaca-se que as quatro principais causas de morte se mantêm entre 1990 e 2015, ainda que com redução das taxas para estas causas, especialmente para as duas primeiras. São elas: doenças isquêmicas do coração, doenças cerebrovasculares, infecções do trato respiratório inferior e doença pulmonar obstrutiva crônica. Doenças crônicas como diabetes e doença renal crônica ganham destaque. A diabetes, por exemplo, passou da 7ª maior causa de mortalidade para a 5ª posição em 2015. Os óbitos por complicações neonatais e doenças diarreicas, que figuravam em 1990 na 14ª e 19ª posições, sofreram também importante redução, caindo para as 27ª e 36ª posições, respectivamente. Outras doenças crônicas como câncer de traqueia, brônquios e pulmão, próstata e, também, o de cólon e reto apresentaram um aumento de importância, sendo que os dois últimos tiveram também um aumento de risco. Essas mudanças no ranking das causas de morte estão associadas ao processo de transição demográfica e epidemiológica vivenciada por toda a população brasileira. Neste processo, as doenças crônicas e não transmissíveis, como as do coração, cerebrovasculares, renais e metabólicas (diabetes) ganham em importância em detrimento de doenças infecciosas e parasitárias.

Inclui-se também neste processo a queda da taxa de mortalidade na infância mencionada anteriormente. A redução da mortalidade na infância está

3 A mortalidade na infância relaciona o número de óbitos em menores de 5 anos e o número de nascidos vivos ocorrido em um ano calendário. Observa-se que um dos componentes é a mortalidade infantil que corresponde aos óbitos ocorridos em menores de 1 ano.

estritamente relacionada com a queda da taxa de mortalidade por complicações neonatais e doenças diarreicas.

A permanência entre as primeiras causas de morte das infecções do trato respiratório inferior relacionadas tanto à mortalidade nas primeiras idades, como entre os idosos evidencia que maiores cuidados nos tratamentos hospitalares de longa duração contribuirão para a redução da mortalidade por essas causas. Também relacionadas ao processo de envelhecimento da população verifica-se maior importância de doenças como Alzheimer e outras demências, com pequena redução do risco entre 1990 e 2015.

As causas externas e HIV/AIDS completam o quadro das 20 principais causas de morte no Distrito Federal. Por um lado, HIV/AIDS que ocupava a 42ª posição em 1990 passou para a 17ª em 2015. Por outro lado, as causas externas permanecem

entre as principais causas de morte: violência interpessoal e acidentes de trânsito ocupam a 7ª e 8ª posições em 2015, respectivamente, embora o risco de morte por acidentes de trânsito tenha apresentado uma redução expressiva, fato que não ocorreu com a violência interpessoal.

Sobre o indicador de anos de vida perdidos por morte prematura e incapacidade (DALY), a Figura 2 mostra a variação de sua taxa segundo idade para 1990 e 2015 para o Brasil e Distrito Federal. Como esperado, a taxa DALY é mais elevada nas idades extremas, quando os riscos de morte são mais elevados. A partir do grupo etário de 5 a 9 anos, a taxa aumenta continuamente. Para o período analisado, houve redução dos níveis desse indicador sobretudo entre menores de 5 anos (mortalidade na infância) e entre adultos (30 anos ou mais). A redução da taxa DALY nas primeiras idades é mais acentuada no Brasil do que no Distrito Federal, enquanto que para as idade adultas e entre os idosos, o Distrito Federal apresenta maior redução que o país como um todo.

As causas externas e HIV/AIDS completam o quadro das 20 principais causas de morte no Distrito Federal. Por um lado, HIV/AIDS que ocupava a 42ª posição em 1990 passou para a 17ª em 2015. Por outro lado, as causas externas permanecem entre as principais causas de morte: violência interpessoal e acidentes de trânsito ocupam a 7ª e 8ª posições em 2015, respectivamente.

Observa-se, por outro lado, que tanto no Brasil como no Distrito Federal, que a taxa DALY nas idades jovens manteve-se em níveis muito próximos, indicando que não houve redução importante da ocorrência de óbitos ou de incapacidades nessas idades. Duas causas estão mais associadas à ocorrência de morte ou incapacidade nas idades jovens: violência interpessoal e acidentes de trânsito. Ressalva-se, porém, que no Distrito Federal há uma maior redução da taxa DALY entre as idades de 20 a 29 do que no país como um todo, o que deve estar associado à redução da taxa de mortalidade por acidentes de trânsito.

No que se refere a fatores de risco, que se constitui outro componente importante na análise da carga de doença, um estudo realizado com as estimativas do Brasil e Unidades da Federação indica que a dieta inadequada ocupou o primeiro lugar e em seguida a pressão arterial sistólica elevada. No caso

do Distrito Federal, o tabagismo é o segundo fator de risco mais importante. A glicemia de jejum elevada e o uso de álcool e drogas ocupam o quarto e quinto lugares respectivamente, indicando que, para vários grupos de fatores de risco, devem se direcionar políticas públicas e intervenções que beneficiariam a população, principalmente aquelas voltadas para fatores de risco modificáveis (MALTA *et al*, 2017)

Comentários Finais

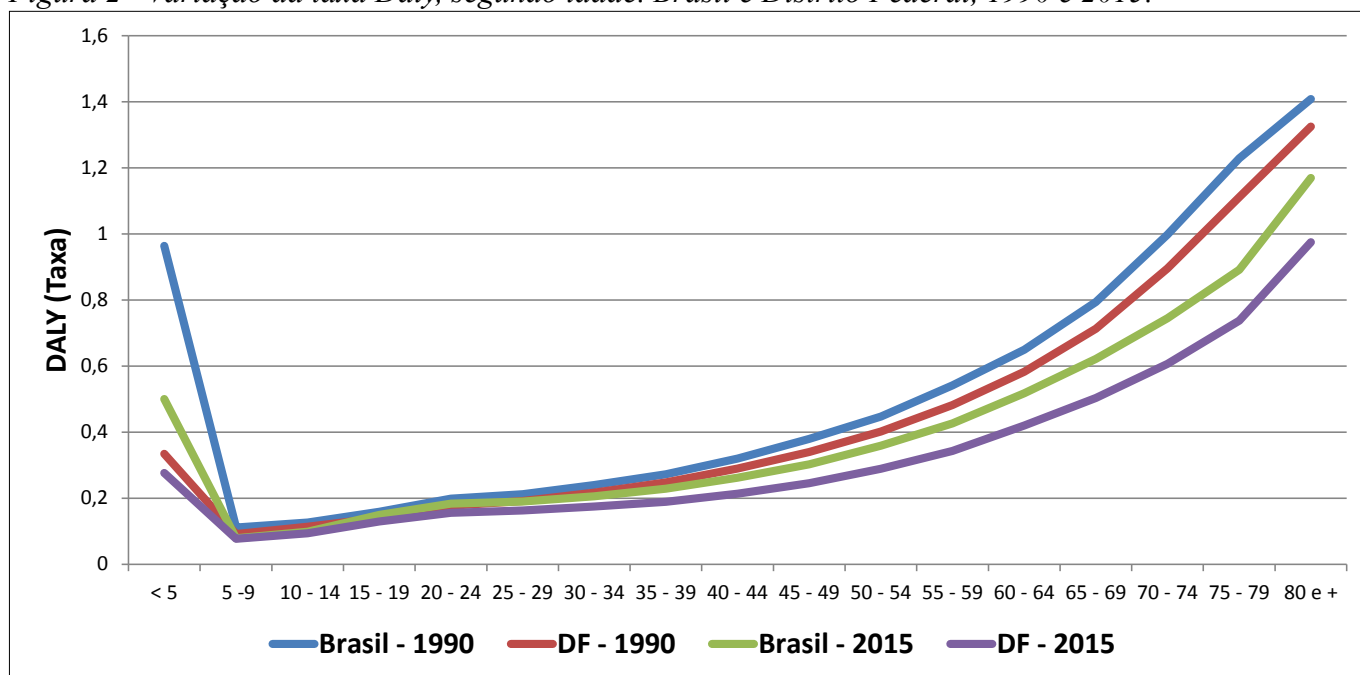
As análises sobre o processo de mudança do perfil de adoecimento e morte da população brasileira podem ser mais elaboradas, utilizando novas métricas do nível de saúde da população. O Estudo GBD permite qualificar tais análises sobre as principais causas de morte, morbidade, incapacidade/limitações, fatores de risco e perda da saúde. Os resultados aqui apresentados pretendem estimular a disseminação desta abordagem nas análises epidemiológicas no Brasil e, especialmente, no Distrito Federal. ■

Figura 1 - Taxas padronizadas de mortalidade (por 100,000) das 20 principais causas de morte. Ambos os sexos. Distrito Federal, 1990 e 2015.

| 1990 | | | 2015 | | |
|------|--|--------|------|--|-------|
| Nº | Causas de Morte | Taxas | Nº | Causas de Morte | Taxas |
| 1 | Doença isquêmica do coração | 165,00 | 1 | Doença isquêmica do coração | 77,85 |
| 2 | Doenças cerebrovasculares | 123,62 | 2 | Doenças cerebrovasculares | 63,59 |
| 3 | Infecções do trato respiratório inferior | 49,00 | 3 | Infecções do trato respiratório inferior | 34,30 |
| 4 | Doença pulmonar obstrutiva crônica | 47,61 | 4 | Doença pulmonar obstrutiva crônica | 28,57 |
| 5 | Alzheimer e outras demências | 40,46 | 5 | Diabetes mellitus | 24,37 |
| 6 | Acidentes de trânsito | 39,63 | 6 | Alzheimer e outras demências | 37,10 |
| 7 | Diabetes mellitus | 33,44 | 7 | Violência interpessoal | 21,65 |
| 8 | Violência interpessoal | 22,64 | 8 | Acidentes de trânsito | 18,88 |
| 9 | Doença hipertensiva do coração | 21,92 | 9 | Doença renal crônica | 17,43 |
| 10 | Doença renal crônica | 18,17 | 10 | Câncer da traquéia, brônquios e pulmão | 15,44 |
| 11 | Câncer da traquéia, brônquios e pulmão | 17,51 | 11 | Doença hipertensiva do coração | 10,12 |
| 12 | Câncer do estômago | 16,47 | 12 | Câncer de próstata | 11,14 |
| 13 | Cardiomiopatia e miocardite | 15,16 | 13 | Câncer do colon e reto | 12,13 |
| 14 | Complicações neonatais de parto prematuro | 13,51 | 14 | Câncer do estômago | 8,81 |
| 15 | Quedas | 12,59 | 15 | Cardiomiopatia e miocardite | 14,48 |
| 16 | Câncer de próstata | 11,84 | 16 | Outras doenças cardiovasculares e circulatórias | 6,60 |
| 17 | Cirrose e outras doenças do fígado devido ao uso do álcool | 11,10 | 17 | HIV/AIDS | 6,14 |
| 18 | Câncer do colon e reto | 10,85 | 18 | Cirrose e outras doenças do fígado devido ao uso do álcool | 7,74 |
| 19 | Doenças diarreicas | 10,31 | 19 | Quedas | 12,16 |
| 20 | Câncer de mama | 9,64 | 20 | Câncer de mama | 9,35 |
| 21 | Outras doenças cardiovasculares e circulatórias | 7,87 | 27 | Complicações neonatais de parto prematuro | 5,21 |
| 42 | HIV/AIDS | 3,57 | 36 | Doenças diarreicas | 2,03 |

Fonte: IHME, Global Burden of Disease Study 2015 (GBD 2015). Resultados para o Projeto GBD-Brasil 2015.

Figura 2 - Variação da taxa Daly, segundo idade. Brasil e Distrito Federal, 1990 e 2015.



Referências bibliográficas

- FRANÇA, EB *et al.* Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. Rev. bras. epidemiol., maio 2017, vol.20, suppl.1, p.46-60. ISSN 1415-790X.
- GBD 2015 MORTALITY AND CAUSES OF DEATH COLLABORATORS. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet 2016; 388(10053): 1459-544.
- GBD BRASIL-2015, Estudo de carga global de doença 2015: resumo dos métodos utilizados. Rev Bras Epidemiol 2017; 20 suppl 1: 4-20.
- IHME, Global Burden of Disease Study 2015 (GBD 2015). Resultados para o Projeto GBD-Brasil 2015, Seattle, Estados Unidos, 2016.
- MALTA DC *et al.* Fatores de risco relacionados à carga global de doença do Brasil e Unidades Federadas, 2015. Rev Bras Epidemiol 2017; 20 suppl 1: 217-232.
- SOUZA, MF *et al.*, Carga da doença e análise da situação de saúde: resultados da rede de trabalho do *Global Burden of Disease (GBD)* Brasil. Rev. bras. epidemiol., maio 2017, vol.20, suppl.1, p.1-3. ISSN 1415-790X

Autores

(1) Daisy Maria Xavier de Abreu

Pesquisadora do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Minas Gerais

(2) Ana Maria Nogaes Vasconcelos

Diretora de Estudos e Políticas Sociais - Dipo/Codeplan e Professora da Universidade de Brasília

(3) Renato Azeredo Teixeira

Pesquisador do Grupo de Pesquisa em Epidemiologia e Avaliação de Serviços da Universidade Federal de Minas Gerais

(4) Maria de Fátima Marinho de Souza

Professora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

(5) Elisabeth Barboza França

Professora da Universidade Federal de Minas Gerais

Perfil socioeconômico e aspectos da saúde dos usuários dos RCs no DF



Equipe Dipos/Codeplan

Introdução¹

A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) é um direito garantido pela Constituição Federal brasileira, sendo que o Estado é o responsável na garantia de que todos tenham “acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais” (BRASIL, 2003). A Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional - LOSAN, sancionada em 2006, criou o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN, com o objetivo da realização da SAN no país. Tal sistema deveria ser formado por uma rede de iniciativas, programas e ações intersetoriais (GODOY *et al*, 2014), com três principais eixos de atividades: (1) a ampliação das condições de acesso aos alimentos por meio da produção, provenientes da agricultura tradicional e familiar; (2) a conservação da biodiversidade e utilização sustentável dos recursos e (3) a promoção da saúde, nutrição e da alimentação da população, incluindo-se grupos populacionais específicos e populações em situação de vulnerabilidade social. Como parte do último eixo, se encontram

os Restaurantes Comunitários - RCs² que visam à oferta universal de refeições balanceadas e dentro das regras sanitárias a preços acessíveis, com intuito de contemplar os grupos que sofrem de insegurança alimentar (GODOY *et al*, 2014). No Distrito Federal, os RCs iniciaram antes mesmo da criação do SISAN e, atualmente, 14 unidades estão localizadas em diferentes Regiões Administrativas - RAs, com cerca de 500 mil refeições servidas por mês.³ No Distrito Federal, os RCs promovem o acesso à alimentação adequada, sempre procurando respeitar as características culturais e hábitos alimentares da região (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2012). Além disso, eles seguem o padrão de outros municípios, estando localizados em áreas de grande circulação de pessoas, geralmente perto de outros equipamentos públicos, que facilitem o acesso de seu público-alvo: trabalhadores de baixa renda e população em situação de vulnerabilidade social.

O principal objetivo deste artigo é apresentar o perfil dos usuários dos RCs do Distrito Federal,

1 O artigo apresenta dados preliminares da II Pesquisa de Identificação e Percepção dos Usuários dos Restaurantes Comunitários do Distrito Federal.

2 Esses equipamentos também são conhecidos como Restaurantes Populares.

3 Contagem do mês de junho de 2017.

seus padrões de alimentação e de atividade física, assim como a presença de diagnósticos médicos de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis e de seus principais fatores de riscos entre esses usuários. Os dados utilizados são provenientes da II Pesquisa de Identificação e Percepção dos Usuários dos Restaurantes Comunitários do Distrito Federal, realizada pela Companhia de Planejamento do Distrito Federal - Codeplan, em parceria com a, Secretaria Adjunta de Desenvolvimento Social, Subsecretaria de Segurança Alimentar e Nutricional da Secretaria de Estado de Trabalho, Desenvolvimento Social, Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humanos - SEDESTMIDH, nos meses de junho e julho de 2017, com intuito de aprimorar ações e atividades de SAN nesses equipamentos.

Perfil do usuário

A pesquisa entrevistou 7.083 indivíduos, com idade igual ou superior a 14 anos, que compraram refeições e/ou marmitas em um dos RCs. A coleta de dados seguiu um plano amostral probabilístico estratificado, garantindo representatividade para cada um dos 14 restaurantes visitados.

O público masculino prevaleceu como usuário dos RCs, 65% dos entrevistados eram homens. Ao serem questionados sobre sua raça/cor, 55,6% se declararam pardos, 26,7% se autodeclararam brancos, 15,3% informaram serem pretos, 1,41% se identificaram como amarelos e 0,8% informaram ser indígenas. Ao se comparar raça/cor autodeclarada dos usuários dos RCs com a informada pelos moradores do DF, com renda familiar per capita de até 2 salários mínimos⁴, à Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD de 2015, identifica-se diferenças entre esses dois grupos. A maior diferença observada foi de 7 p.p. para o grupo que se declara branco. Na PNAD 2015, 33,6% dos moradores do DF se autodeclararam brancos, 55% pardos, 11,9% pretos, 0,23% amarelos e 0,12% indígenas.

No que se refere à idade, há diferenças entre o perfil etário dos usuários de cada RCs. De forma geral, em todas as unidades, mais de 50% do público atendido está na faixa etária de 30 a 59 anos. As principais diferenças no perfil etário dos usuários estão entre a população jovem (entre 14 e 29 anos de idade) e idosos (acima de 60

anos de idade). Os restaurantes da Ceilândia e Gama atendem um maior percentual de idosos, 32% e 27%, respectivamente. No atendimento à população jovem se destacam os RCs do Itapoã (32%), Riacho Fundo (26%), São Sebastião (26%) e Santa Maria (26%). Esses dados refletem a composição etária dessas RAs, pois regiões como Ceilândia e Gama têm ocupação territorial mais antiga em comparação com Itapoã, Riacho Fundo e Santa Maria.

Ao serem questionados sobre o curso mais elevado que frequentaram, 38,4% dos usuários dos RCs declararam ter cursado o Ensino Fundamental, 43,1% frequentaram o Ensino Médio e 13,6% cursaram o Ensino Superior. Os dados coletados sobre ocupação ressaltam a precariedade do vínculo de trabalho de grande parte dos usuários. Identificou-se que 13,2% dos entrevistados se declararam desempregados, 28,4% estavam desocupados (aposentados e pensionistas, do lar e estudantes), 25,4% se declaravam servidores públicos ou empregados com carteira assinada e 33% possuíam uma ocupação precária (assalariado sem carteira assinada e autônomo). Observa-se que esses dados confirmam o perfil de baixa escolaridade do público atendido e a precariedade do vínculo ocupacional, principais fatores de vulnerabilidade. Outro fator que reforça essa percepção de vulnerabilidade foi o fato de 16% do público atendido nos RCs ser beneficiário do Programa Bolsa Família.

Por fim, quanto à quantidade de vezes na semana em que o usuário almoça em um RC, mais de 70% relataram almoçar mais de três vezes na semana, sendo que 30% deles almoçam nos RCs seis vezes na semana, ou seja, em todos os dias que a unidade está aberta. Identificou-se um percentual pequeno, 3,18%, de usuários que relatou ser a primeira vez que almoçavam em um Restaurante Comunitário.

Hábitos de Alimentação e de Atividade Física

A alimentação inadequada e a falta de exercícios físicos estão entre os principais riscos da carga de doença no Brasil, segundo o Estudo Global de Carga de Doenças de 2015 (IHME, 2017). Dessa maneira, a análise das informações de hábitos de alimentação e de atividade física dos usuários dos RCs visa a entender como vive sua população frequentadora e busca mostrar os fatores de riscos que podem impedi-la de desfrutar uma vida saudável e produtiva. Dessa maneira, foram

⁴ Recorte utilizado para identificar população de baixa renda

elaboradas perguntas relacionadas aos hábitos de alimentação⁵ e à prática de atividade física⁶ baseadas em inquéritos de saúde nacionais, como a Pesquisa Nacional de Saúde - PNS e o Vigitel - Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

Os marcadores de hábitos de alimentação e de atividade física são relacionados aos dados sócio-demográficos da população que frequenta os RCs⁷. O consumo inadequado de frutas e hortaliças⁸ foi reportado por 32,5% dos seus frequentadores, sendo que a maior frequência foi de homens (34,3%), de indivíduos jovens (38,3%) e da população que tem somente a alfabetização (42,3%). Esse consumo também foi notado, com maior frequência, nos usuários com raça/cor autodeclarada parda (34,9%). Tal resultado foi percentualmente inferior à prevalência do consumo inadequado de frutas e hortaliças de 47,5% para a população adulta do Distrito Federal, de acordo com estudo elaborado por Jaime *et al* (2015)⁹.

Em relação ao consumo regular de refrigerantes ou sucos artificiais, 29,4% dos usuários dos RCs disseram consumir esses itens em frequência igual ou maior a cinco dias por semana, sendo essa proporção maior de homens (31,5%) e jovens (40,2%). Além disso, o consumo regular de refrigerante e suco artificial foi mais frequente entre os usuários que têm o Ensino Fundamental como curso mais elevado (31,5%). Esse número foi superior a indicadores semelhantes que auferiam o consumo regular de refrigerantes e sucos artificiais, como a PNS 2013 e a Vigitel 2016 que reportaram, respectivamente, o consumo regular dessas bebidas de 23,2% e de 12,7% para a população do Distrito Federal (VIGITEL, 2016; CLARO *et al*, 2015).

5 As perguntas se referiram ao número de dias de: (i) consumo de frutas ou hortaliças por semana, (ii) de consumo de refrigerante ou suco artificial, (iii) de consumo de alimentos doces, tais como bolos ou tortas, balas, chocolates, balas ou bolachas e (iv) troca do almoço ou jantar por lanches, como salgados, sanduíches ou pizza.

6 Essa pergunta se referiu ao número de dias por semana que pratica atividade física, incluindo atividade doméstica pesada ou ocupação que exigisse esforço físico.

7 Como a quantidade de indivíduos que se autodeclararam como amarelos ou indígenas foi pequena na amostragem da pesquisa, optou-se por não apresentá-los nesse artigo.

8 O consumo inadequado de frutas e hortaliças foi considerado como igual ou menor a quatro dias por semana.

9 Cabe ressaltar que esse estudo levou em consideração a quantidade de frutas e hortaliças consumida por dia e por dias da semana, diferentemente da pesquisa dos RCs que perguntou somente a quantidade de frutas e hortaliças consumidas em dias da semana.

O consumo regular de alimentos doces também foi reportado por 17,8% dos usuários dos RCs, sendo que esse índice foi maior para as mulheres (18,1%), entre os jovens (27,9%) e com o Ensino Médio como curso mais elevado (19,4%). Esse resultado foi percentualmente inferior aos auferidos pela Vigitel 2016, que constatou um consumo regular de doces de 19,4% para a população adulta do Distrito Federal (VIGITEL, 2016).

Em se tratando do hábito de trocar o almoço ou o jantar por lanches¹⁰, 3,24% dos entrevistados disseram fazer essa troca durante cinco ou mais dias da semana. O consumo regular de lanches foi mais frequente entre as mulheres (3,4%) jovens (4,9%) e com o Ensino Médio como curso mais elevado (3,6%). Esse resultado foi menor que as estatísticas similares em relação à troca de refeições por lanches pela população do Distrito Federal calculadas pela PNS (10,6%) e pela Vigitel 2016 (17,0%) (BRASIL, 2014; VIGITEL, 2016).

Quanto aos hábitos de atividade física, 47,7% dos entrevistados disseram realizar algum tipo de atividade física de zero a dois dias por semana. Essa realidade contrasta com a recomendação da Organização Mundial da Saúde que sugere a prática de atividade física moderada de pelo menos 150 minutos por semana (WHO, 2011). Os usuários que praticam atividade física de zero a dois dias da semana foram mais frequentes entre as mulheres (53,4%), com idade entre 14 e 29 anos (50,6%) e com o curso mais elevado sendo a alfabetização (53,5%).

Principais riscos e Doenças Crônicas Não-Transmissíveis entre usuários dos RCs

As Doenças Crônicas Não-Transmissíveis - DCNT são doenças multifatoriais, desenvolvendo-se ao decorrer da vida e com longa duração (BRASIL, 2014), sendo elas as principais causas de mortalidade e de incapacidade prematura no Brasil (OPAS, 2017). Entre os principais grupos de DCNT estão as doenças circulatórias, respiratórias crônicas, diabetes e câncer (BRASIL, 2011) e os seus principais riscos intermediários são a hipertensão arterial, o colesterol elevado, o sobrepeso e a obesidade (BRASIL, 2014). A presente pesquisa procurou verificar a frequência de diagnóstico

10 Nessa pergunta, os lanches se referiam a sanduíches, salgados ou pizzas.

médico de diabetes, hipertensão arterial, colesterol elevado, além de sobrepeso e obesidade entre usuários dos Restaurantes Comunitários.

Entre os entrevistados, 20,8% informaram que já obtiveram um diagnóstico prévio de hipertensão arterial, com maior proporção para mulheres (24,8%), idosos (46,6%), com apenas a alfabetização como curso mais elevado (39,7%) e população autodeclarada como branca (24,2%). Esse número é próximo do mesmo indicador auferido pela Vigitel em 2016 (21,7%) e pela prevalência de hipertensão autorreferida baseada nos dados da PNS 2013 (19,7%), ambos tendo como base a população adulta do Distrito Federal (VIGITEL 2016; ANDRADE *et al* 2015).

No caso de diabetes, 9,7% dos usuários dos RCs entrevistados reportaram apresentar diagnóstico prévio, com proporção maior de mulheres (11,8%), idosos (22,7%), indivíduos que possuem apenas a alfabetização (20,5%) e com a raça/cor autodeclarada branca (11,7%). Nesse caso, a frequência de diabetes foi percentualmente superior à frequência calculada pela Vigitel 2016 (8,6%) e pela prevalência obtida com dados da PNS 2013 (6,5%), sendo que ambas estatísticas são para a população adulta do Distrito Federal (VIGITEL 2016; ISER *et al*, 2015).

Já o diagnóstico médico de colesterol elevado foi reportado por 9,1% dos entrevistados, com a maior proporção de mulheres (13,2%), idosos (20,3%) e de indivíduos somente alfabetizados (15,46%). Esse indicador foi percentualmente menor que o constatado para a população adulta brasileira (12,5%), conforme dados da PNS 2013 (BRASIL, 2014).

No que tange ao sobrepeso e à obesidade, 12,9% autodeclararam o diagnóstico, sendo a proporção maior para mulheres (18,6%), adultos (14,6%) e os que tinham o Ensino Superior como curso mais elevado (15,8%). Esse resultado foi menor que os números da Vigitel 2016 para o DF, com estatísticas que mostraram a existência de 48,8% de adultos com excesso de peso e 16,7% com obesidade. Uma explicação para essa diferença seria que a pesquisa em tela não incluiu informações de peso ou altura autorreferidas em seu questionário, como é feito pela Vigitel. Dessa maneira, os resultados da pesquisa indicariam que a maioria dos usuários dos RCs pode estar mal informada quanto a sua real condição física devido à falta de diagnóstico médico.

Considerações Finais

Os resultados obtidos pela pesquisa confirmam que os RCs estão cumprindo seu objetivo ao fornecer alimentação balanceada à sua população-alvo: trabalhadores de baixa renda e indivíduos em situação de vulnerabilidade social. De forma geral, observa-se a baixa qualificação e a precariedade da ocupação dos usuários das unidades, assim como o atendimento de pessoas beneficiárias do Programa Bolsa Família. Outro ponto que chama a atenção é o maior atendimento de população idosa em RCs em regiões com ocupação territorial mais antiga, como as RAs do Gama e de Ceilândia.

Quanto aos hábitos de alimentação e de atividade física dos usuários dos RCs, a frequência do consumo inadequado de frutas e hortaliças, do consumo regular de doces e da troca regular de refeições por lanches foram menores do que os resultados de estudos anteriores para a população adulta do Distrito Federal. Esse fato indica que os usuários dos RCs apresentam hábitos mais saudáveis nesses marcadores de alimentação em comparação com o resto da população do Distrito Federal. Todavia, isso não se repetiu nos casos do consumo regular de refrigerantes e sucos artificiais e na quantidade de dias dedicados à atividade física, sendo necessários estudos específicos nesses temas que possam subsidiar a definição das ações de Promoção à Saúde para essa população.

Em relação às frequências das DCNT e seus riscos, enquanto os resultados auferidos para a hipertensão arterial seguiram a tendência de estudos referentes à população do DF, o mesmo não aconteceu para a diabetes, o sobrepeso e a obesidade, que apresentaram resultados diferentes em comparação a estudos anteriores para o Distrito Federal. No caso da diabetes, a maior frequência dessa DCNT (9,6%) sobre os usuários dos RCs em relação à população do DF exigiria atenção à saúde com foco no grupo em situação de vulnerabilidade que é atendido pelos Restaurantes Comunitários. No caso dos indicadores de sobrepeso e obesidade, como dito anteriormente, os resultados da pesquisa foram inferiores ao de pesquisas anteriores para a população do DF, sendo que isso poderia refletir uma má compreensão de sua real condição física dos usuários dos Restaurantes Comunitários.

Os RCs são importantes equipamentos na Política de Segurança Alimentar e Nutricional no Distrito Federal. Por meio deles os usuários garantem o

acesso de pelo menos uma refeição balanceada por dia, com arroz, feijão, legumes, verduras, carne ou peixe. De uma forma geral, a frequência dos usuários aos RCs foi elevada, mais de 70% dos entrevistados almoçavam nos RCs mais de três vezes na semana. O cenário encontrado se mostra positivo para que o Governo utilize os RCs como unidade que possa integrar ações intersetoriais que promovam a saúde e a nutrição da população usuária do equipamento.

Agradecimentos:

Agradecemos aos colegas da Secretaria Adjunta de Desenvolvimento Social que apoiaram e colaboraram na execução da pesquisa: Thais Mandarin de Albuquerque, Thiago Carvalho Santos, Pedro Mader Gonçalves Coutinho e Letícia Ohane Miranda. ■

Referências bibliográficas

- ANDRADE, Silvânia *et al.* **Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.** Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00297.pdf>> . Acesso em 03 de agosto de 2017.
- BRASIL. Ministério Da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf . Acesso em 03 de agosto de 2017.
- CLARO, Rafael *et al.* **Consumo de alimentos não saudáveis relacionados a doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.** Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00257.pdf>>. Acesso em 03 de agosto de 2017.
- DISTRITO FEDERAL. Secretaria Adjunta de Desenvolvimento Social, **Restaurantes Comunitários.** Disponível em: <<http://www.sedest.df.gov.br/seguranca-alimentar/restaurantes-comunitarios.html>>. Acesso em 03 de agosto de 2017.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde - Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas.** Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/24/PNS-Volume-1-completo.pdf>>. Acesso em 03 de agosto de 2017.
- ISER, Betine *et al.* **Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013.** Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00305.pdf>>. Acesso em 03 de agosto de 2017.
- PORTAL DA SAÚDE. **Vigilância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis.** Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/671-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/14125-vigilancia-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis>>. Acesso em 03 de agosto de 2017.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Recommendations on Physical Activity for Health.** Disponível em: <<http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-recommendations-18-64years.pdf>>. Acesso em 03 de agosto de 2017

Autores

(*) *Diretoria de Estudos e Políticas Sociais - Dijos*
Diretora Ana Maria Nogaes Vasconcelos

Técnicos

Lídia Cristina Barbosa, Rebeca Carmo de Souza Cruz, Elisete Rodrigues de Souza, Maria de Fátima Rolim Siqueira, Ana Maria Peres França Boccucci, Mônica Oliveira Marques França, Márcia Roberta Vieira Matos, Giovanna Valadares Borges, Marina Barros de Oliveira, Felipe da Rocha Ferreira e Pamela Queiroz Folha

A Regionalização da Gestão da Saúde no DF: o caminho para a “ponta” virar centro



Leila Gottens

Dada a singularidade de Cidade-Estado, a Regionalização em Saúde do DF enfrenta, entre outras, as dificuldades de envolvimento dos atores de todas as esferas de atenção e de gestão. Para o alcance da integralidade do cuidado, é preciso superar a situação de isolamento organizacional das unidades de saúde.

Introdução

Os objetivos deste artigo são apresentar os fundamentos da proposta de regionalização da saúde do DF, descrever etapas já cumpridas desse processo de regionalização/ descentralização/territorialização e apontar os novos desafios.

Desde que a Constituição Federal estabeleceu as diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, vêm sendo instituídas normas e programas com a finalidade de organizar Redes de Atenção à Saúde - RAS, portas de entrada e serviços de referência, com vistas a ampliar o acesso e a utilização dos serviços disponíveis com eficiência progressiva (SILVA; GOTTEMS, 2016; TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007). Decorridos mais de 20 anos, foi publicado o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentou a Lei nº 8080/1990, reforçando que o acesso universal, igualitário e ordenado aos serviços de saúde se inicia pela Atenção Primária à Saúde -APS e outras portas de entrada e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a densidade tecnológica dos serviços (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007; CUNHA, 2015). Avança-se com diretrizes para a organização de sistemas integrados capazes de promover a integralidade da atenção à saúde da população e de tornar custo/efetivo os gastos crescentes dos sistemas de saúde.

As RAS são concebidas como a articulação entre os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os sistemicamente para que os diferentes serviços estejam articulados e adequados para o atendimento integral aos usuários e a promoção da saúde da comunidade (SILVA, 2013, p. 81). Com essa concepção, busca-se estabelecer processos de compartilhamento de objetivos, recursos, riscos e valores entre os atores em um determinado território, para garantir percursos assistenciais seguros à população, conforme as suas diferentes necessidades de saúde ao longo da vida (MAGALHÃES JR, 2015). Essas diretrizes visam superar a concepção fragmentada e atomizada de níveis de atenção no SUS que, por anos, vem sendo adotada na formulação, planejamento, gestão e no financiamento da saúde. Ao mesmo tempo, reforça-se a relevância da organização dos territórios para conformar Regiões de Saúde, assim como a relevância da atenção básica como articuladora principal do sistema de saúde.

O retorno ao território ocupado, no dizer de Milton Santos, o geógrafo das cidades e da cidadania, se dá por força da história, transfixa administrações ao longo do tempo, resistindo a maioria das vezes, mas contribuindo com iniciativas em prol da *res publica* e do bem-estar

social (SANTOS, 2009). Nesse percurso, os habitantes e trabalhadores da saúde, desterritorializados de outras origens, vão se reconhecendo e interagindo de modo a constituir uma nova territorialidade e assim conformar sua identidade individual e coletiva, protagonistas da sua própria reterritorialização. Territorialidade transcende a simples relação homem-território e a demarcação de parcelas individuais de espaço e incorpora a relação social entre os homens. Dessa forma, a territorialidade seria “um conjunto de relações que se originam em um sistema tridimensional sociedade-espaço-tempo em vias de atingir a maior autonomia possível, compatível com os recursos do sistema” (RAFFESTIN, 1993). O reconhecimento da dinâmica social, dos hábitos e costumes é de grande importância para a determinação de vulnerabilidades, originadas nas interações de grupos sociais em determinados espaços geográficos (MONKEN, 2005).

No planejamento e na gestão em saúde, a delimitação das Regiões de Saúde requer a aplicação de parâmetros que considerem os espaços territoriais bem definidos e gerenciáveis, onde as necessidades de saúde possam ser regularmente identificadas e os serviços racionalmente planejados e monitorados (MENDES, 2010). O reconhecimento do território deve permitir identificação dos fatores que determinam a saúde e a doença e assim proporcionar o estabelecimento de relações de cooperação intersetorial, seja no sentido de reforçar ações promotoras de bem-estar, evitar a geração do mal-estar ou mitigar os efeitos de ações inevitáveis mediante parcerias com usuários, familiares e comunidades, até a sociedade em geral. O território é, assim, um espaço singularizado, com limites que podem ser político-administrativos ou de ação de um determinado grupo de atores sociais. Entretanto, deve ser caracterizado por certa homogeneidade, identidade histórica e cultural, que favoreça a ação dos poderes de atuação tanto do Estado, como de seus cidadãos (GODIM *et al.*, 2008).

***O território é,
assim, um espaço
singularizado, com
limites que podem ser
político-administrativos
ou de ação de um
determinado grupo
de atores sociais.
Entretanto, deve ser
caracterizado por
certa homogeneidade,
identidade histórica e
cultural, que favoreça
a ação dos poderes
de atuação tanto do
Estado, como de seus
cidadãos.***

O DF, como única Unidade da Federação que reúne as funções de Estado e Município, tem seguido uma trajetória na contramão dos princípios do SUS, com uma população de 2,9 milhões de habitantes e 31 Regiões Administrativas que não seguem a lógica sanitária adotada no País. Cita-se que o arcabouço legal e infralegal nacional que define diretrizes para a regionalização/descentralização, não contempla plenamente as particularidades político-administrativas do Distrito Federal, vez que no artigo 205 da Lei Orgânica do DF prevê-se a descentralização administrativa das ações e serviços públicos de saúde para as Regiões Administrativas.

Com efeito, a SES-DF, após desativar a Fundação Hospitalar e assumir todas as suas funções, veio mantendo a centralização dos processos de sustentação e de apoio às áreas finalísticas na Administração Central, a referida ADMC, até 2015. Com vistas ao enfrentamento dessa realidade organizacional, tão inadequada aos objetivos da política pública de saúde, foram implementadas mudanças em etapas sequenciais ancoradas em dispositivos da administração pública - modelagem de processos e gestão por competências, regionalização, contratualização de resultados e descentralização financeira -, de modo a agregar maior capacidade de coordenação assistencial e

racionalização de recursos em saúde.

Revisão da estrutura organizacional da SES-DF e das regiões de saúde

No início da atual gestão, a Administração Central da SES-DF se compunha de três subsecretarias finalísticas (de Atenção à Saúde, de Atenção Primária à Saúde e de Vigilância em Saúde), três subsecretarias de apoio e suporte (Planejamento, Regulação, Avaliação e Controle; Administração Geral; Logística e Infraestrutura) complementadas ainda pelas subsecretarias de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e a de Apoio à Gestão Participativa. Essas duas últimas foram inspiradas na experiência inovadora do Ministério da Saúde.

O território, onde se localizavam as unidades de saúde, estava dividido em 15 Coordenadores Regionais de Saúde, os quais geriam territórios e redes de serviços diferenciados e desiguais entre si.

As Regiões de Saúde eram formadas por duas ou mais Coordenações Gerais de Saúde (CGS), as quais contemplavam uma ou mais Regiões Administrativas. Havia, portanto, três camadas sobrepostas de regionalização, o que agravava a fragmentação dos processos de gestão, dificultava a articulação entre serviços e atores na organização da atenção, aumentava os custos gerenciais com remuneração de cargos e funções, combinando com uma intensa desigualdade na disponibilidade de recursos de saúde nesses territórios.

Após análises, as sete Regiões de Saúde foram adotadas como as mais apropriadas unidades de gestão do sistema de saúde do Distrito Federal (Quadro 1). Consideraram-se as bases geográficas e populacionais, as estruturas de serviços e de gestão e as singularidades regionais para a criação de Superintendências de Saúde. Os hospitais especializados passaram a ter denominação de Unidades de Referência Distrital - URD, para as quais também foram desenhadas estruturas organizacionais adaptadas às suas características singulares.

Adotou-se a base conceitual e metodológica da modelagem de processos e gestão por competências que subsidiou o mapeamento dos macroprocessos finalísticos, gerenciais e de sustentação da atenção à saúde. A partir daí foram definidas as estruturas organizacionais com cargos, funções e competências, consolidados no organograma e no regimento interno das Superintendências. Os instrumentos clássicos de planejamento, como o Plano Plurianual - PPA, o Plano Distrital de Saúde - PDS e a Programação Anual de Saúde - PAS, seguiram a regionalização como âncora, definindo resultados para os níveis macro e meso de gestão, na forma de programas, objetivos, indicadores e metas.

A modelagem organizacional da Administração Central e das Regiões de Saúde foi consolidada com a publicação dos Decretos nº 36.918, de 26 de novembro de 2015, e nº 37.057, de 14 de janeiro de 2016. Ambos os decretos dispõem sobre a estrutura administrativa da SES-DF. A revisão da estrutura organizacional da ADMC produziu uma redução no número de subsecretarias finalísticas, de três para duas. As áreas de apoio e sustentação foram mantidas em cinco subsecretarias, com a extinção da Subsecretaria de Gestão Participativa e desmembramento da Subsecretaria de Infraestrutura e Logística em Saúde em duas.

Quadro 1 - Regiões de Saúde, denominação das RAs, SES-DF.

| Regiões de Saúde | Regiões Administrativas (RA) | |
|---------------------|------------------------------|------------------------------|
| Região Centro-Sul | Brasília (Asa Sul) (RA I) | Candangolândia (RA XIX) |
| | Lago Sul (RA XVI) | Núcleo Bandeirante (RA VIII) |
| | Riacho Fundo I (RA XVII) | Guará (RA X) |
| | Riacho Fundo II (RA XXI) | SAI (RA XXIX) |
| | Park Way (RA XXIV) | SCIA (Estrutural) (RA XXV) |
| Região Centro-Norte | Brasília (Asa Norte) (RA I) | Sudoeste/Octogonal (RA XXII) |
| | Lago Norte (RA XVIII) | Varjão (RA XXIII) |
| | Cruzeiro (RA XI) | |
| Região Oeste | Ceilândia (RA IX) | Brazlândia (RA IV) |
| Região Sudoeste | Taguatinga (RA III) | Samambaia (RA XII) |
| | Águas Claras (RA XX) | Recanto das Emas (RA XV) |
| | Vicente Pires (RA XXX) | |
| Região Norte | Sobradinho I (RA V) | Fercal (RA XXXI) |
| | Sobradinho II (RA XXVI) | Planaltina (RA VI) |
| Região Leste | Paranoá (RA VII) | Itapoã (RA XXVIII) |
| | Jardim Botânico (RA XXVII) | São Sebastião (RA XIV) |
| Região Sul | Gama (RA II) | Santa Maria (RA XIII) |

Fonte: Decreto nº 37.515 de 2016

Nas Regiões de Saúde, para cada Superintendência, foram criadas estruturas administrativas enxutas, com capacidade de gerir os processos de gestão da assistência e alguns de suporte, tais como o planejamento, as aquisições e contratações regionais. Todavia, propiciou-se maior coordenação assistencial com a possibilidade de intercâmbio de recursos humanos, materiais e físicos (equipamentos e instalações) entre unidades de saúde da mesma região.

O projeto de gestão regionalizada

Por meio do Decreto nº 37.515, de 26 de julho de 2016, institui-se o Programa de Gestão Regional da Saúde - PRS para as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital. Nesse documento, definiram-se cinco eixos da gestão regionalizada: Gestão do Sistema de Saúde Loco-regional; da Atenção à Saúde; Financeiro-Orçamentária; da Infraestrutura dos Serviços; da Educação, Comunicação e Informação em Saúde. Definiu-se também a implantação gradativa e o estabelecimento de Acordos de Gestão Regional - AGR entre a ADMC, as Superintendências das Regiões e as URD, com objetivos e metas a serem alcançadas.

Durante o ano de 2016 foi elaborada uma matriz de objetivos, indicadores, metas e linha de base, de forma a consolidar os compromissos a serem assumidos por meio dos AGR. Outros documentos também compõem o AGR: relação dos pontos de atenção à saúde; das ações e serviços de cada ponto de atenção; de serviços habilitados; faturamento anual; custo total por unidade; matriz de responsabilidade e metodologia de monitoramento e avaliação.

O curso de gestão regionalizada

A partir de janeiro de 2016, com a nomeação dos novos gestores para as Superintendências e URD, teve início o curso de Gestão Regionalizada, coordenado pela Escola de Aperfeiçoamento do SUS - EAPSUS, mantida pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPECS. Também se iniciaram

as atividades de elaboração do Regimento Interno da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Os objetivos do processo de formação foram capacitar gestores para o desenvolvimento das ações de planejamento, monitoramento e avaliação nas Regiões e URD; desenvolver de forma compartilhada os instrumentos da Contratualização de Resultados e da organização das Redes de Atenção à Saúde. O curso foi oferecido para aproximadamente 240 pessoas, que atuavam na função de diretores das unidades de referência distrital, hospitais gerais, superintendentes,

gerentes, diretores de atenção primária, entre outros. As atividades do curso foram realizadas em 6 módulos com objetivos teórico-práticos: 1) Regimento Interno com o objetivo de dar início à construção conjunta de processos e competências; 2) Conhecendo a Região de Saúde, com o objetivo de levantamento da capacidade instalada e relação de serviços das Regiões e URD; 3) Os desafios do acesso à saúde, com o objetivo de problematizar as dificuldades de acesso do usuário e propor novos fluxos tendo a APS como ordenadora; 4) Gestão de pessoas - discutir a reorganização de pessoal e as ações de educação permanente; 5) Gestão de infraestrutura, logística - problematizar os desafios dos macroprocessos de aquisições, contratações, manutenções; 6) Gestão financeiro-orçamentária - discutir a complexidade do orçamento do DF e da execução orçamentária e financeira.

A regionalização ainda está se processando e os próximos passos previstos são: a) Assinatura dos Acordos de Gestão Regionalizada, Acordos Internos das unidades de saúde complexas, em especial os hospitais; b) Aperfeiçoar o mecanismo de descentralização financeira realizada por meio do Programa de Descentralização Progressiva da Saúde - PDPAS, no sentido de regulamentar as aquisições nas Superintendências e revisar o modelo de alocação de recursos para Regiões e URD; e c) Aperfeiçoar o processo de monitoramento e avaliação do desempenho das Regiões de Saúde após os acordos de gestão.

Nas Regiões de Saúde, para cada Superintendência, foram criadas estruturas administrativas enxutas, com capacidade de gerir os processos de gestão da assistência e alguns de suporte, tais como o planejamento, as aquisições e contratações regionais.

Referências bibliográficas

- BRASIL. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011*. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 11 jul. 2017.
- BRASIL. Senado Federal. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal; Centro Gráfico; 1988.
- COSTA-FONT, Joan; GREER, Scott L. *Federalism and decentralization in European health and social care*. London: Palgrave; Macmillan, 2012.
- CUNHA, Emanuelle; SOUZA, Mariluce. A gestão em saúde no contexto da regionalização: caracterização e mapeamento da produção científica. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, v. 6, n. 1, p. 514-532, 2015. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/13751>>. Acesso em: 11 jul. 2017.
- DISTRITO FEDERAL. Decreto nº 37.515, DE 26 de julho de 2016. Institui o Programa de Gestão Regional da Saúde - PRS para as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital. Disponível em: http://www.tc.df.gov.br/SINJ/Norma/05990c188e6a-4778860953ca699e356e/Decreto_37515_26_07_2016.html
- GOTTEMS, Leila B.D. et al. Contratualização regionalizada de serviços públicos de saúde no Distrito Federal: relato de experiência. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, v. 7, n. 1, p. 282-308, dez. 2015.
- MAGALHÃES JÚNIOR, Helvecio M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. *Divulgação em Saúde para Debate*, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Rio de Janeiro, n. 52, p. 15-37, out. 2014.
- MENDES, Eugênio V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010.
- PIOLA, Sérgio F.; FRANCA, José R.M.; NUNES, André. Os efeitos da Emenda Constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 21, n. 2, p. 411-422, 2016
- RAFFESTIN, Claude. *Por uma geografia do poder*. São Paulo: Ática. 1993.
- SANTOS, Carlos. Território e territorialidade. *Revista Zona de Impacto*, v. 13, ano 11, set.-dez. 2009.
- SANTOS, Milton. O retorno do território. *Observatório Social de América Latina*, Buenos Aires, CLACSO, año 6, n. 16, jun. 2005.
- SILVA, Anna K.V; GOTTEMS, Leila B.D. *Análise do acesso das gestantes residentes na RIDE-DF às maternidades públicas do DF*. Texto para Discussão, n. 11, mar. 2016. Brasília: Companhia de Planejamento do Distrito Federal, 2016. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/TD/TD_11_Analise_do_Acesso_das_Gestantes_Residentes_na_Ride-DF_as_Maternidades%20Publicas_do_DF_2015.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2017.
- TREVISAN, Leonardo N.; JUNQUEIRA, Luciano A.P. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 893-902, 2007.

Autores

- (1) *Leila Bernarda Donato Gottems*
Enfermeira. Doutorado em Administração (UnB). ESCS/FEPECS e UCB.
- (2) *Armando Martinho Bardou Raggio*
Médico. Doutor em Saúde Pública (ENSP). ENSP/FIOCRUZ - Brasília
- (3) *Adriano de Oliveira*
Enfermeiro. SES-DF
- (4) *Mabelle Varonília Roque*
Administradora. SES-DF
- (5) *Roberto José Bittencourt*. Médico
Doutor em Saúde Pública (ENSP). ESCS/FEPECS e UCB

Redes Sociotécnicas e Integração de Políticas Públicas no Distrito Federal



Wagner de Jesus Martins

Introdução

O II Encontro de Redes Sociais Locais do Distrito Federal - II ERSL-DF foi realizado nos dias 1º e 02 de junho de 2017, na Escola Fiocruz de Governo da Fundação Oswaldo Cruz de Brasília - Fiocruz Brasília, com o tema: Políticas Públicas - Sonhos e Realizações.

Por Redes Sociais Locais -RSL, os organizadores do II ERSL-DF denominam a organização comunitária, formada por um grupo de pessoas, que se reúne periodicamente para dialogar sobre seus territórios e as políticas públicas neles executadas, constituindo-se em ambientes colaborativos, suprapartidários, abertos a participação, horizontais, independentes, autônomos, construtores de vínculos, afetos e solidariedade - RSL-DF, 2017.

São, assim, compostas por pessoas que atuam no território em alguns serviços públicos, como: saúde, assistência social, educação, segurança, conselho tutelar, Ministério Público entre outros. Além desses, há representantes da sociedade civil organizada, tais como os Conselhos de Saúde, projetos sociais e culturais, associações, organizações não governamentais - ONG, entre outros, RSL-DF, 2017.

Desta forma, as RSL são a reunião de técnicos que atuam nas políticas públicas e de membros da

Desenhar cenários futuros, como forma de a sociedade, trabalhadores e gestores, de maneira participativa, se mobilizarem para a realização de ações e estratégias que visem à construção de um SUS ideal, foi tema do debate da ODPB-IPPT, que desenhou cenários para Brasília em 2030, a partir das temáticas do II ERSLDF.

sociedade que se mobilizam para influenciá-las. Portanto, são Redes Sociotécnicas em busca da efetivação de políticas públicas, dos direitos e da cidadania em todo o Distrito Federal.

O II ERSL-DF foi uma iniciativa apoiada pela Fundação Oswaldo Cruz de Brasília, Secretaria de Estado de Trabalho, Desenvolvimento Social, Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humanos - Sedestmidh e por diversas organizações da sociedade civil e de governo, que reuniu 320 pessoas ao longo dos dois dias, participando de várias atividades, com temáticas de interesse dos integrantes destas redes - RSLDF, 2017.

Entre essas atividades foi realizada a “Oficina de Diálogos Prospectivos Brasília 2030: Integração de Políticas Públicas no Território” - ODPB-IPPT, que contou com mais de 20 representantes de diversas esferas públicas (ONG, governo, academia, entre outros) e sociedade civil, formando uma rede sociotécnica que, durante 16 horas de trabalho, discutiu os futuros múltiplos e possíveis para as políticas públicas no Distrito Federal. O objetivo deste artigo é relatar a ODPB-IPPT, que teve como propósito desenhar cenários para Brasília 2030, a partir das temáticas do II Encontro.

Metodologia

Para a ODPB-IPPT, foi planejada a metodologia da Prospectiva Territorial, a qual é uma metodologia bastante utilizada pelo Núcleo de Futuro da Universidade de Brasília e pela Fiocruz Brasília.

A prospectiva adquire o formato estratégico quando as Organizações e Territórios se interrogam sobre: “o que pode acontecer?” e “o que posso fazer?” A partir do momento em que são consideradas e tratadas essas questões, a estratégia desenvolve-se com início nos seguintes questionamentos: “o que e como vou fazer?”. Assim, ressalta-se ser dessa forma que a sobreposição acontece entre a prospectiva e a estratégia (GODET, 2000). A estratégia é um mapa que orienta e sustenta os atores em direção ao futuro, e nele são plotadas informações inteligentes que possibilitam os firmes passos em direção ao objetivo final. “A antecipação não tem sentido se não for para esclarecer a ação” (GODET, 2000). O esclarecimento ocorre quando a antecipação se sustenta em evidências sobre as tendências, que são informações empíricas da realidade em curso.

As informações são originadas por dados coletados nos territórios de maneiras diversas, sendo sistematizadas e analisadas para a geração de inteligência alimentadora de ações dos atores do Jogo Social de Matus, o qual se trata de uma complexa rede de relacionamento, não só dos atores em situação, mas também de fatores e fatos, quase sempre produzidos em conflito ou cooperação (MATUS, 2005). Atuar no jogo social exige, cada vez mais, capacidade técnica de processamento de informações, assim como de comunicação e diálogo com os demais atores (MATUS, 2005).

A abordagem de Prospectiva Territorial é uma forma de coletar, processar, comunicar e dialogar, com base em informações do jogo social. A ODPB-IPPT, realizada pela Fiocruz Brasília, faz uso dessa abordagem para a criação de base de informações, a partir de percepções de atores qualificados (grupo focal), sobre a tendência sociopolítica no território, em um horizonte temporal determinado, permitindo, assim, a geração de possíveis cenários. Este processo se desdobra em uma inteligência de futuro, ao passo que os dados qualitativos são articulados aos dados quantitativos e também dados não-estruturados possam ser relacionados a bases de dados estruturadas, a fim de instruir as análises de situação e orientar decisões.

Na oficina, foi realizado o debate sobre o futuro de Brasília com a articulação e o diálogo entre atores do governo local e a sociedade civil, organizado em forma de rede sociotécnica. O debate aconteceu durante o II ERSL-DF, em 2017, e possibilitou o desenho de cenários de futuro, com compartilhamento de questões inquietantes e provocativas e, ainda, a identificação de linguagem e crenças comuns para se estabelecer um padrão mental que permitiu construir os caminhos pelos quais se chegará ao futuro.

Os temas para discussão surgiram a partir das informações geradas por um levantamento realizado em 2016, em que foi aplicado um formulário sobre os interesses e expectativas para o II ERSL-DF. No total, 216 pessoas responderam o formulário, e as respostas foram categorizadas e validadas nas várias reuniões preparatórias para o II ERSL-DF. As temáticas foram denominadas de “Mapa de Interesses”, sendo elas: comunicação; bem viver do idoso; bem viver dos povos indígenas; direito à cidade e meio ambiente; direito à cidade e agricultura urbana; direito à cidade e população em situação de rua; diversidade e gênero; homem, masculinidade e bem viver; juventude; negritude; proteção da criança e do adolescente e proteção da mulher. Estes temas foram readequados de modo a facilitar a compreensão na construção dos cenários para a oficina.

Assim que o mapa de interesses foi definido, dele foram selecionadas as incertezas, que são aqueles temas de maior impacto sobre as políticas públicas e de menor possibilidade de previsão de seu comportamento.

O método de construção de cenários buscou construir representações do futuro, gerando vários eventos hipotéticos que formam os cenários. Essas hipóteses são as tendências dominantes e as possibilidades de ruptura no ambiente de Brasília.

Resultados alcançados

O processo de discussão realizado na ODPB-IPPT gerou cinco cenários possíveis para 2030, no território de Brasília. Foram classificados como: Otimista, Pessimista, Intermediário inercial, Intermediário dinâmico e o Cenário-Foco, este considerado o mais provável.

O Cenário-Foco será apresentado aqui no formato de eventos hipotéticos que ocorrerão no âmbito de cada incerteza. Esse é o cenário a ser acompanhado e que servirá como base para orientar o planejamento das RSL do Distrito Federal.

Neste cenário, podemos observar uma perspectiva de construção coletiva que incorporou elementos de percepção realista contendo uma dose de esperança em um futuro progressista para as políticas públicas locais.

Assim, as incertezas selecionadas (ou temas) foram combinadas duas a duas para facilitar a reflexão sobre a probabilidade de ocorrência de eventos possíveis. Esses eventos hipotéticos deverão ser acompanhados por meio dos dados disponíveis nos sistemas oficiais (dados estruturados) e em sites na internet (dados não estruturados):

1. *Diversidade e Gênero X Direito à Cidade e Meio Ambiente.*

- Diversidade temática sendo considerada em suas particularidades.

2. *Negritude X Ocupação do Território Urbano*

- Aumento de qualidade de vida, do capital social, ainda com focos de exclusão e violência nos territórios periféricos.
- Gradual redução dos anos de vida perdida da juventude negra com mobilização social pressionando para reverter as desigualdades raciais.
- Políticas públicas atendendo o ser humano em sua integralidade.
- Elevação da segurança pública.

3. *Comunicação X Violência*

- Resistências sociais tencionando a democratização das instituições para uma abordagem humanizada.

4. *Direito à Cidade e População em Situação de Rua X Direito à Cidade e Meio Ambiente.*

- Interação social influenciando na organização dos fluxos de gestão com foco na garantia dos direitos individuais.

5. *Proteção da Mulher X Direito à Cidade*

- Efetividade das políticas públicas garantindo o direito das mulheres à cidade.
- Existência de espaço de acolhimento humanizado para casos de violação de direitos das mulheres.
- Diminuição do risco para a mulher ao transitar na cidade.

6. *Homem e Masculinidade X Proteção da Mulher*

- Campanhas educativas sobre as questões de gênero.
- Responsabilizações efetivas dos autores das violências.

7. *População de Rua X Juventude*

- Ampliação das políticas de saúde (saúde mental, tratamentos, redução de danos) voltadas à população de rua.
- População em situação de rua reconhecida como sujeito de direito.
- Espaços de expressão ampliados.
- Redução da violência contra pessoas em situação de rua.

8. *Homem e Masculinidade X Violência*

- Redução de lacunas entre a formulação e implementação de políticas de igualdade de gênero.
- Políticas públicas transversais para a igualdade de gênero e intersetorialidade sendo implementadas.

9. *Bem Viver do Idoso X Bem Viver do Indígena*

- Garantia de terras indígenas e fortalecimento de suas culturas.
- Investimento na saúde do idoso.
- Ações do Estado para provimento de quadro técnico para atendimento deste público.

10. *Bem Viver do Idoso X Interações em Rede*

- Mapeamento das iniciativas positivas do acolhimento do idoso.
- Ampliação da responsabilidade do Estado em relação ao idoso com apoio às famílias.

No fechamento da oficina, houve deliberação junto aos participantes de que, esse possível cenário para Brasília 2030 passa a ser a visão de futuro do grupo e orientadora de suas ações.

Reflexões e Considerações Finais

A Inteligência de Futuro é um processo de acompanhamento sistemático da situação de um território visando orientar as ações cooperativas tendo como

foco a visão de futuro compartilhada pelo grupo. Para tanto, é preciso que o acompanhamento das hipóteses que compõem os cenários seja feito com uso das bases de dados sistematizadas pelas políticas públicas, nelas encontraremos parte da realidade social. A partir desses dados, pode-se ter uma cesta de indicadores que ajude a medir a situação em cada momento. Deve ser considerado que o Governo do Distrito Federal é integrante do movimento “Governo Aberto” e que tem viabilizado a abertura de seus dados para promover a transparência na gestão pública. As hipóteses de futuro são questões a serem respondidas por pesquisas científicas, permitindo, assim, produzir maior impacto se contar com o cruzamento de dados de diferentes naturezas para gerar indicadores.

Brasília 2030 só poderá ter sucesso na sua “governança” se a tomada de decisão no âmbito das políticas públicas considerar as recomendações geradas pela participação sociotécnica no II ERSDF-DF, aproveitando as oportunidades e afastando as ameaças

que a ODPB-IPPT indicou. Outro ponto importante a ser dinamizado é que o caráter participativo do exercício prospectivo, desde o início do processo, possibilitou um esforço de coordenação integrada com consistência e credibilidade para alcance dos resultados desejados.

O pensar e o agir precisam estar fundamentados em uma percepção informada por evidências sobre as tendências que interferem no presente e moldam o futuro. Assim, a inteligência de futuro visa descobrir e dominar as complexas cadeias de causalidades inseridas no jogo social. A ODPB-IPPT constituiu-se em um espaço de diálogo entre os atores sociais do território para antecipar e prever o futuro para apoiar a tomada de decisões e deve se estabelecer em um processo contínuo de reflexão estratégica e comunicativa.

A atividade prospectiva permitiu a reflexão sobre as forças que moldam o longo prazo e que interferem fortemente nas políticas, no planejamento e na tomada de decisões. ■

Referências bibliográficas

- GODET, M. “A caixa de ferramentas” da prospectiva estratégica. Caderno n. 5. Lisboa: Centro de Estudos de Prospectiva e Estratégia, 2000.
- GODET, M. e DUEANCE, P. A prospectiva estratégica para as empresas e os territórios. UNESCO, 2011.
- MATUS, C. Teoria do jogo social. São Paulo: Fundap, 2005.
- RSLDF. REDES SOCIAIS LOCAIS DO DF. Relatório do II Encontro de Redes Sociais Locais do Distrito Federal. Redes Sociais Locais, Fundação Oswaldo Cruz e Secretaria de Estado de Trabalho, Desenvolvimento Social, Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humanos - SEDESTMIDH. Brasília, 2017. No prelo. Disponível em: <http://ii-encontro-de-redes-sociais-locais-do-df.webnode.com/>. Acesso em: 23 jul. 2017.

Autores

- (1) *Wagner de Jesus Martins*
Doutor em Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz - Brasília
- (2) *Gabriel Maia Veloso*
Mestre em Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz - Brasília
- (3) *Marcelo Souza de Jesus*
Mestre em Ciência da Informação - Fundação Oswaldo Cruz - Brasília
- (4) *Edward Torres Maia*
Mestre em Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz - Brasília
- (5) *Marcio Aldrin França Cavalcante*
Especialista em Inteligência de Futuro - Fundação Oswaldo Cruz - Brasília
- (6) *Tatiana Oliveira Novais*
Doutora em Ciências da Saúde - Fundação Oswaldo Cruz - Brasília
- (7) *Wáldir Campelo da Silva*
Especialista em Inteligência de Futuro - Fundação Oswaldo Cruz - Brasília

A Dengue: Contextos Temporal e Social no Distrito Federal



Walter Massa Ramalho

Introdução

A dengue é uma doença viral que pode ser encontrada em toda zona tropical e subtropical do globo, majoritariamente em áreas urbanas e periurbanas. Observa-se um aumento vertiginoso da incidência global dessa doença nas últimas décadas, com cerca de 390 milhões de pessoas infectadas anualmente¹.

O principal vetor do vírus é o *Aedes aegypti* e a transmissão ocorre durante a picada da fêmea desse mosquito. Esse vetor é antropofílico e está completamente adaptado ao ambiente urbano, onde uma combinação de fatores estruturais e conjunturais tem favorecido a sua expansão. Entre esses fatores pode-se mencionar uma inadequada infraestrutura urbana, dificuldades no controle vetorial e mudanças no microclima urbano.

No Distrito Federal, os primeiros focos do *Aedes aegypti* foram detectados em 1986 e os casos importados se iniciaram em 1992. Os primeiros indícios de uma transmissão local, no entanto, apareceram somente em 1997². Desde então, o aumento da incidência tem

Segundo a PDAD-2015/2016, a dengue está presente em todos os grupos de renda, mas as maiores incidências ocorrem nas áreas mais pobres, de forma sistemática e crescente. Inadequada infraestrutura urbana e precários serviços de saneamento básico e ambiental, favorecem a procriação do vetor.

sido verificado e sua presença é registrada em todas as Regiões Administrativas - RAs. Entre os anos de 1997 e 2006 a doença ocorria de maneira mais restrita no território, ocasionando epidemias esporádicas, mas de grande intensidade, em áreas circunscritas, como na Estrutural (2000), São Sebastião (2001-2003) e Planaltina (2003,2005). A partir de 2007 o cenário muda, com o aumento gradual da incidência anual e uma maior extensão da doença no território, culminando nas epidemias de 2010, 2013-2014 e 2016.

Porém, a incidência da dengue não é igual no decorrer do ano (sazonalidade), existem períodos mais propícios para o aumento do risco deste agravo, da mesma forma que existem locais que se sobressaem em relação à sua gravidade. Nos próximos tópicos, vamos debater sobre estes diferenciais observados, no tempo e no espaço, entre os anos de 2007 e 2016.

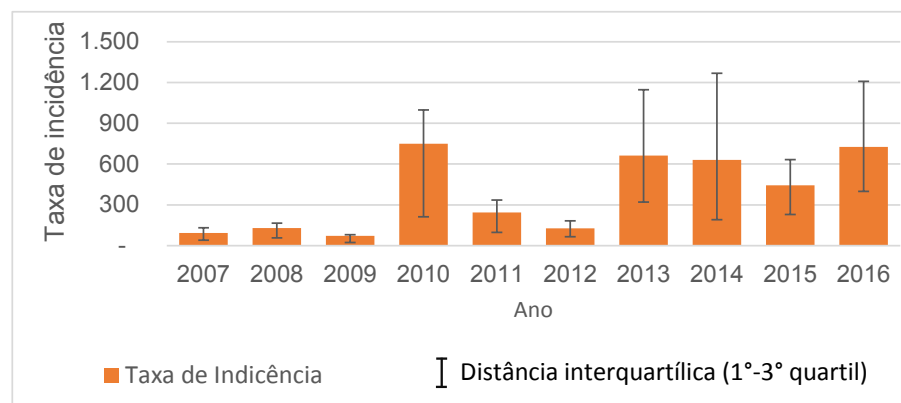
Distribuição da dengue segundo o ano

De 2007 a 2016, a taxa de incidência da dengue no DF saltou de 93 para 726 por 100 mil habitantes, com um aumento de quase 700% no período (Figura 1). Entretanto, dados preliminares para o ano de 2017 apontam uma grande redução da incidência de casos.

1 Bhatt, Samir, et al. "The global distribution and burden of dengue." *Nature* 496.7446 (2013): 504.

2 Dégallier, Nicolas, et al. "First isolation of dengue 1 virus from *Aedes aegypti* in Federal District, Brazil." *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 33.1 (2000): 95-96.

Figura 1- Distribuição da taxa de incidência (por 100 mil hab.) e distância interquartilica do Distrito Federal por Região Administrativa. 2007 a 2016.



Esta grande flutuação de casos de dengue entre os anos pode ter várias explicações, como a introdução de um novo sorotipo, em que grande parte da população estaria suscetível, concomitante com a grande dificuldade de controle vetorial. A Secretaria de Saúde - SES, em seu Boletim Informativo 23 de 2016³, informou que foram identificados todos os quatros sorotipos de dengue em circulação nesse ano, porém com maior incidência o DENV1 e DENV2.

Os dados ainda sugerem que os anos de 2010, bem como os de 2013 a 2016 foram de epidemias (mais de 300 casos por 100 mil habitantes, segundo o Ministério da Saúde). Nos anos de 2014 e 2016, encontravam-se em situação epidêmica $\frac{3}{4}$ das RAs, uma situação de grande alerta de saúde pública em praticamente todo o território do Distrito Federal.

Distribuição da dengue durante os meses do ano

No DF, a dengue tem um comportamento tipicamente sazonal (Figura 2), com alta incidência no primeiro semestre dos anos, em especial, no segundo trimestre, e diminuição da incidência no segundo semestre.

Este cenário ocorre pela diminuição do número de mosquitos, provavelmente devido à dificuldade para a ovoposição, pois há escassez de chuva entre os meses de

3 SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DO DF. Informativo Epidemiológico de Dengue, Chikungunya e Zika Ano 11, nº 23, junho de 2016. Semana epidemiológica 22 de 016. Disponível em http://www.saude.df.gov.br/images/Dengue/Informe%20epidemiologico%20dengue/2016/Informativo_n23_2016.pdf

junho a setembro e consequentemente menor disponibilidade de água acumulada em reservatórios no peridomicílio.

A partir do mês de outubro, com a volta das chuvas, os depósitos infestados de ovos viáveis recebem a umidade necessária para a sua eclosão e desenvolvimento das larvas, dando sequência ao aumento gradual da população de *Aedes*, cujo pico é observado no ano posterior.

Nos meses de março a maio acontece o ápice do risco para dengue, porém de forma distinta, em 2016, foi registrado em fevereiro, com forte aumento da incidência em janeiro e seu declínio de forma mais gradual. É provável que o regime de chuvas tenha influenciado este comportamento, concomitante com a circulação de vários sorotipos e suscetibilidade da população.

Distribuição da dengue segundo as Regiões Administrativas por grupos de renda

A distribuição espacial (Figura 3) da mediana da taxa de incidência nos mostra quais as RAs com maior incidência de dengue, de forma sistemática, nos anos estudados. Todas aquelas de cor vermelha mais escura, que estão a leste, somando-se com a Fercal, Sobradinho II, Samambaia e Recanto das Emas registraram, em cinco dos dez anos estudados, uma incidência de pelo menos 441 casos por 100 mil hab., ou seja, estiveram em epidemia na metade do período estudado. As regiões mais centrais do DF, em oposição, registraram os menores riscos.

Figura 2 - Distribuição da taxa de incidência (por 100 mil hab.) para o ano de 2016, mediana e distância interquartilica para os anos de 2007 a 2015. Distrito Federal, 2007 a 2016.

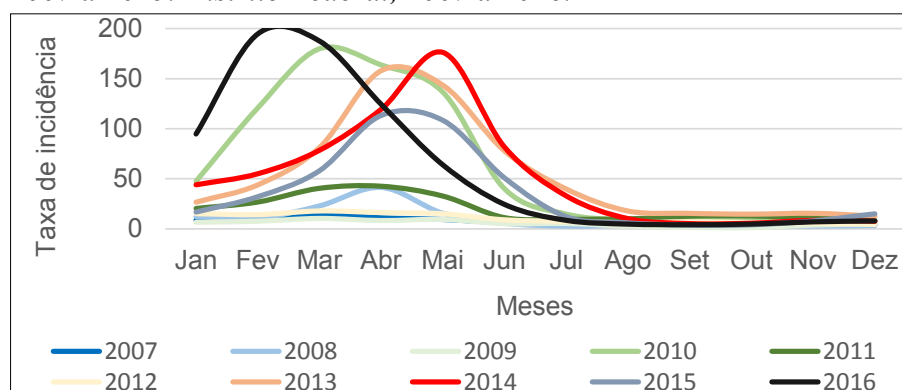
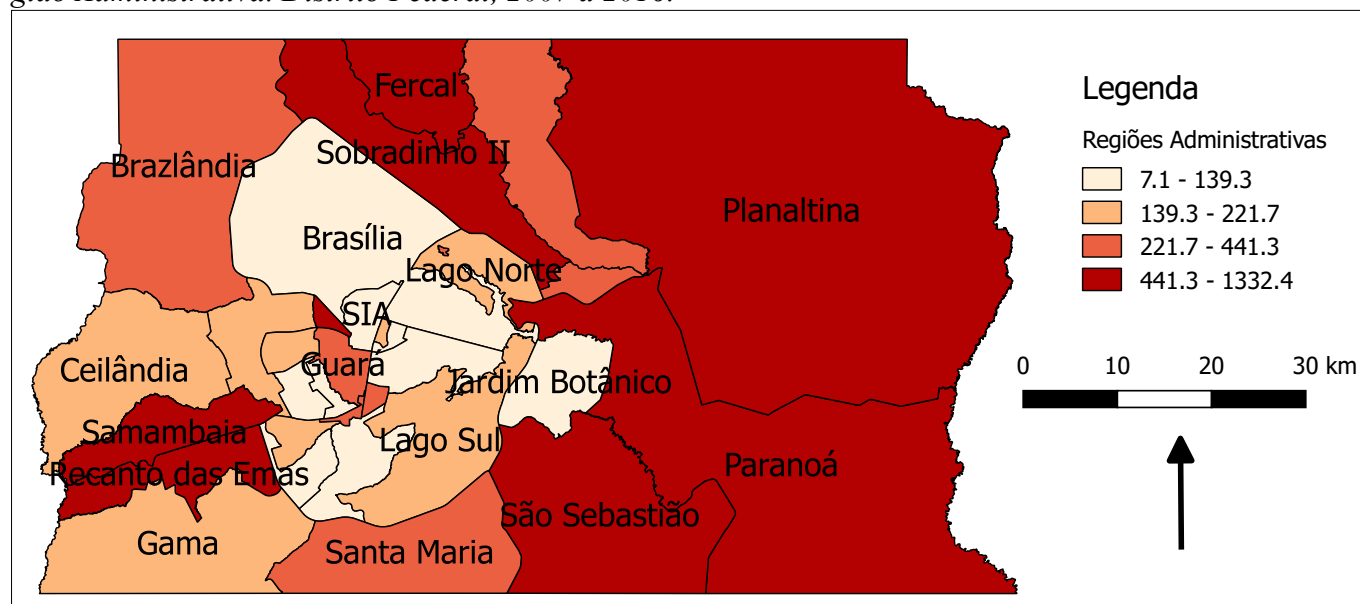


Figura 3 - Distribuição espacial da mediana da taxa de incidência de dengue (por 100 mil hab.) por Região Administrativa. Distrito Federal, 2007 a 2016.



Na Tabela 1, as RAs foram agrupadas segundo estratos de renda propostos pela Companhia de Planejamento do Distrito Federal, cujos dados são oriundos da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios do Distrito Federal de 2015/2016 (PDAD-DF)⁴. Verifica-se que a dengue está presente em todos os grupos de renda.

A dispersão da dengue sobre os territórios pode estar relacionada com fatores variados, dependendo do seu contexto. Ademais, como o mosquito tem hábitos diurnos, é muito provável que as exposições se deem com maior intensidade nos locais de estudo, lazer ou trabalho das pessoas que adoeceram.

A tendência entre os anos de 2007 a 2016, em todos os grupos, é de crescimento da incidência, porém variando entre 562% de aumento para o Grupo 1 (de maior renda) e 968% para o Grupo 4 (de menor renda). Outro dado que reforça a ideia de uma distribuição desigual deste agravo no Distrito Federal é a Razão de Taxas (RT) entre os Grupos de Renda comparando-se com o Grupo 1. Com exceção do Grupo 2, os demais grupos têm seu risco de dengue aumentado nos anos de estudo. A população que vive no Grupo 4 chega, em 2016, a um risco de 11,2 vezes maior de ter dengue se comparado à população do Grupo 1.

4 CODEPLAN. PDAD - PDAD - Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios 2015/2016. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/component/content/article/261-pesquisas-socioeconomicas/295-pesquisa-distrital-por-amostra-de-domicilios.html>

Estes dados sugerem forte relação entre as condições econômicas precárias e altas taxas de dengue no DF no período estudado. Parece plausível que as áreas ocupadas pelas populações desfavorecidas são, geralmente, menos assistidas por infraestrutura e serviços de saneamento básico e ambiental, onde o depósito irregular de lixo, entre outros fatores, propicia o acúmulo de água, o que, por sua vez, favorece a procriação do vetor.

Considerações finais

Refletir sobre o aumento da incidência da dengue no DF pode ajudar na formulação de políticas públicas mais efetivas para o seu controle. Ainda não há uma vacina contra a dengue com alta efetividade e de fácil logística para aplicação. Entretanto, mesmo havendo sucesso com os protótipos que estão em testes no momento, outros agravos transmitidos pelo *Aedes aegypti*, como os vírus Zika e Chikungunya, e a possibilidade de novas viroses como o Maiaro devem persistir. Tais agravos possuem as mesmas características epidemiológicas, mas levam a quadros mais incapacitantes e com maior duração.

Tradicionalmente, no Brasil, o controle do mosquito é realizado mediante a aplicação de inseticidas, que vem apresentando baixa eficácia e altos custos. Essas atividades de controle vetorial têm sido insuficientes para interromper a transmissão e o que se tem visto é um grande aumento da incidência da dengue no Distrito Federal.

Tecnologias recentes têm sido testadas com relativo sucesso, como a criação de mosquitos machos estéreis para competir na natureza à procura das fêmeas, o uso de mosquitos contaminados com bactéria *Wolbachia*, que impede a proliferação do vírus no mosquito e, finalmente, o pyriproxyfen, que imita um hormônio de inibição do crescimento larvário.

Porém, a arma mais eficiente para o controle do *Aedes* tem sido pouco discutida, que é a grande desigualdade social e estrutural presente em nosso território. Ainda que o mosquito esteja presente em todo o DF, as maiores incidências ocorrem nas áreas mais pobres, de forma sistemática e crescente.

Ainda que existam fatores climáticos e ambientais, como o padrão de chuvas e temperatura propícia à sobrevivência do mosquito, o simples fato do saneamento peridomiciliar poder reduzir reservatórios, com potencial para a reprodução do mosquito, pode ser uma alternativa mais eficiente para o controle do *Aedes* e outros mosquitos de importância sanitária.

Finalmente, a sazonalidade anual da incidência da dengue abre uma janela de oportunidade anual para a organização da atenção primária, incluindo organização de protocolos de atenção, capacitação de equipes, criação de redes de atenção com referência e contrarreferência, compra de suprimentos para atender a demanda de casos nos períodos previsíveis de aumento de casos. ■

Tabela 1 - Taxa de incidência e razão entre as taxas de incidência segundo grupos de renda. Distrito Federal, 2007 a 2016

| Ano | Grupos segundo renda | | | | | | |
|------|----------------------|----------------------|----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-------------------------|
| | Grupo 1 ^a | Grupo 2 ^b | | Grupo 3 ^c | | Grupo 4 ^d | |
| | Referencia | Taxa de incidência | RT ^e (IC95%) | Taxa de incidência | RR (IC95%) | Taxa de incidência | RT (IC95%) |
| 2007 | 31,0 | 100,8 | 3,2 (2,67 a 3,95) | 102,8 | 3,3 (2,75 a 4) | 214,9 | 6,9 (4,99 a 9,61) |
| 2008 | 59,6 | 147,7 | 2,5 (2,15 a 2,85) | 130,4 | 2,2 (1,91 a 2,5) | 393,1 | 6,6 (5,21 a 8,34) |
| 2009 | 24,1 | 67,6 | 2,8 (2,26 a 3,49) | 83,6 | 3,5 (2,83 a 4,27) | 204,6 | 8,5 (6,07 a 11,89) |
| 2010 | 339,7 | 524,7 | 1,5 (1,46 a 1,63) | 974,1 | 2,9 (2,73 a 3,01) | 4161,7 | 12,2 (11,31 a 13,28) |
| 2011 | 80,5 | 193,9 | 2,4 (2,16 a 2,69) | 319,0 | 4,0 (3,59 a 4,38) | 813,9 | 10,1 (8,48 a 12,07) |
| 2012 | 53,9 | 134,3 | 2,5 (2,19 a 2,84) | 145,0 | 2,7 (2,38 a 3,05) | 420,2 | 7,8 (6,16 a 9,88) |
| 2013 | 189,3 | 634,7 | 3,3 (3,14 a 3,58) | 824,2 | 4,3 (4,09 a 4,63) | 2299,3 | 12,1 (10,94 a 13,48) |
| 2014 | 152,5 | 528,0 | 3,5 (3,22 a 3,72) | 817,8 | 5,4 (5,01 a 5,74) | 3239,3 | 21,2 (19,27 a 23,4) |
| 2015 | 137,8 | 390,4 | 2,8 (2,62 a 3,06) | 561,5 | 4,1 (3,79 a 4,38) | 1399,9 | 10,2 (8,94 a 11,55) |
| 2016 | 205,5 | 540,0 | 2,6 (2,47 a 2,8) | 975,7 | 4,7 (4,48 a 5,03) | 2294,8 | 11,2 (10,1 a 12,34) |

^a Alta Renda, ^b Média-Alta Renda, ^c Média-Baixa Renda, ^d Baixa Renda, e Razão de taxas

Autores

- (1) Walter Massa Ramalho
- (2) Bruna Drumond Silveira
- (3) Rafael Del Castro Catão
- (4) Rachel Bitar
- (5) Wildo Navegantes de Araújo
- (6) Helen C. Gurgel

Economia do DF no 2º trimestre de 2017

Sandra Andrade
Eurípedes Oliveira

A atividade econômica no Distrito Federal, medida pelo Idecon-DF, retraiu 1,0% no 2º trimestre de 2017 em comparação a igual trimestre de 2016. Foi a décima taxa negativa consecutiva registrada na série histórica do indicador, iniciada em 2012. Contribuíram para esse resultado os recuos nos setores Industrial, -3,6%, e de Serviços, -0,8%. A Agropecuária cresceu 5,5%. Na mesma base de comparação, o PIB trimestral nacional, calculado pelo IBGE, cresceu 0,3%, com alta de 14,9% na Agropecuária e retrações de 2,1% na Indústria e 0,3% nos Serviços.

No 1º semestre do ano, a economia do DF retrocedeu 1,0% em relação aos primeiros seis meses de 2016. A Indústria caiu 3,2%, e o setor de Serviços, 0,9%. A Agropecuária subiu 7,7%. Em igual período, o IBGE computou estabilidade para o Brasil, 0,0%, com quedas de 1,6% na Indústria, 1,0% nos Serviços e alta de 15,0% na Agropecuária.

Os dados mostram que, no 2º trimestre do ano, os efeitos da crise econômica foram mais presentes na economia do DF do que na nacional. A alta da Agropecuária, 5,5%, pouco contribuiu no índice geral, já que responde por 0,4% da estrutura produtiva local. O setor de Serviços, com recuo de 0,8% e representando 92,9% da economia, ditou a dinâmica da atividade econômica brasileira.

Serviços

O setor caiu 0,8% no 2º trimestre e 0,9% nos seis primeiros meses do ano, em relação aos mesmos períodos de 2016. No Brasil, recuou 0,3% na comparação trimestral e 1,0% na semestral, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

O Comércio local retrocedeu 3,5% de abril a junho de 2017 ante os mesmos meses de 2016. No 1º semestre do ano retraiu 4,9%. No País, cresceu 0,9% no 2º trimestre, acumulando queda de 0,8% no 1º semestre, segundo o IBGE. Conforme dados da PMC/IBGE, o volume de vendas do comércio varejista no DF, contraiu 7,9% de janeiro a junho de 2017. O Comércio varejista ampliado cresceu 2,9%, com altas em materiais de construção, 23,8%, e em veículos, motocicletas, partes e peças, 19,8%. A redução na taxa de juros e a liberação do saldo das contas inativas do FGTS podem ter beneficiado a venda de bens de consumo duráveis.

A Intermediação Financeira retraiu 3,2% no Distrito Federal e 2,1% no Brasil, no 2º trimestre. No semestre, houve queda de 3,8% no DF e de 3,1% no Brasil. Mesmo com a redução da taxa anual da Selic, que iniciou o ano em 13,75% a.a. e ao final de junho estava em 10,25% a.a., o custo do crédito permaneceu elevado. Os Serviços de Informação recuaram, no DF, 1,6% no 2º trimestre do ano e 1,9% no semestre. O índice nacional caiu 2,5% e 1,4%, nos mesmos períodos, respectivamente. De acordo com Anatel, a quantidade de linhas móveis diminuiu 6,7% ao longo de 12 meses, até junho de 2017. A atividade Administração, Saúde e Educação Públicas, responsável por 43,1% da economia, caiu 0,5% de abril a junho e ficou estável, 0,0%, de janeiro a junho de 2017. No Brasil, recuou 1,3% na comparação trimestral e 1,0% na semestral. De acordo com a PNAD-Contínua/IBGE, a parcela de empregados no setor público, inclusive servidor estatutário e militar, no DF, caiu 2,0% na comparação dos segundos trimestres de 2016 e 2017.

Indústria

O setor, com peso de 6,6% na economia do Distrito Federal, retraiu 3,6% no 2º trimestre e 3,2% no 1º semestre de 2017. Para o Brasil, o IBGE computou decréscimo de 2,1% no trimestre e de 1,6% no semestre.

A construção, responsável por 3,9% da atividade econômica local e 58,8% do setor industrial, de abril a junho de 2017, contraiu 4,1% no DF e 7,0% no país. De janeiro a junho, o desempenho local encolheu 3,9% e o nacional 6,6%. No Distrito Federal, a indústria de transformação caiu 2,5% no 2º trimestre e 2,2% no 1º semestre de 2017. No contexto nacional recuou 1,0% tanto no trimestre quanto no semestre.

Agropecuária

No 2º trimestre de 2017, o setor cresceu 5,5% no Distrito Federal. O IBGE registrou alta de 14,9% para o país. No 1º semestre, o índice cresceu 7,7% e o do Brasil 15,0%. É esperado para 2017 incremento na produção anual local de milho, 68,2%, e de feijão, 54,1%. A de soja deve cair 11,9%. ■

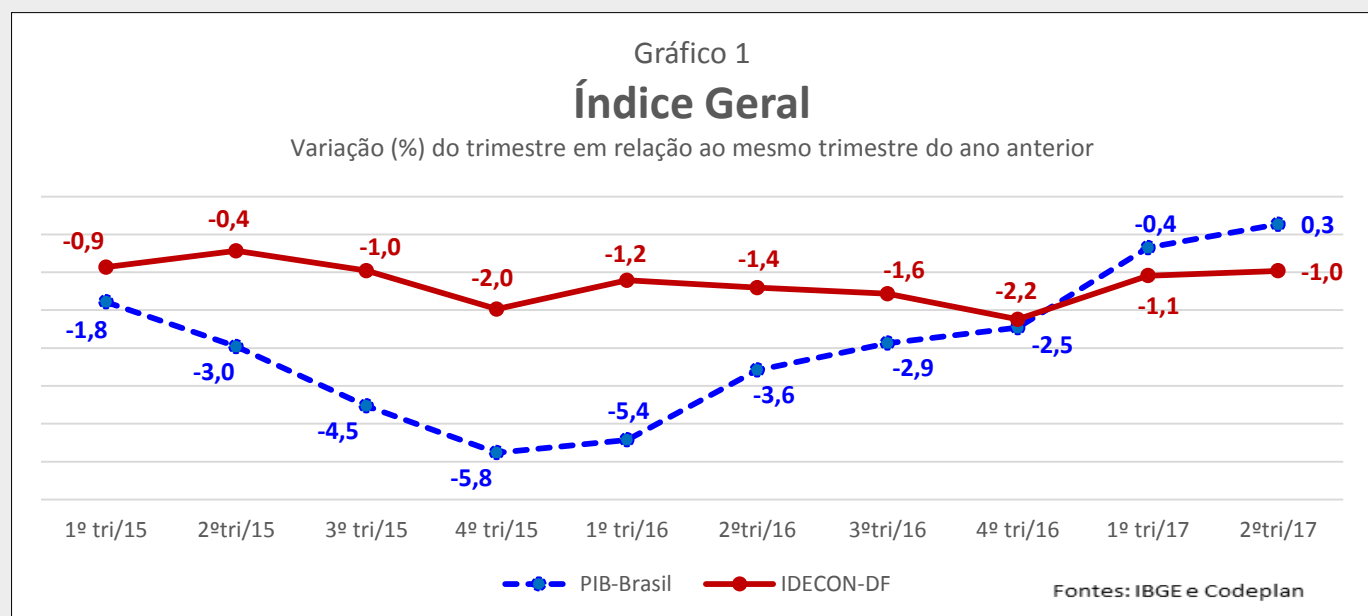
Tabela 1 - Idecon-DF e PIB-Brasil: Variações trimestrais dos setores e das principais atividades econômicas em relação ao mesmo trimestre do ano anterior - 1º Trimestre de 2015 ao 2º Trimestre de 2017

| Setores e Atividades Econômicas | 1º Tri/2016 | | 2º Tri/2016 | | 3º Tri/2016 | | 4º Tri/2016 | | 1º Tri/2017 | | 2º Tri/2017 | |
|--|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
| | Idecon - DF | PIB - Brasil | Idecon - DF | PIB - Brasil | Idecon - DF | PIB - Brasil | Idecon - DF | PIB - Brasil | Idecon - DF | PIB - Brasil | Idecon - DF | PIB - Brasil |
| Agropecuária | -2,0 | -8,3 | 6,6 | -6,1 | -2,7 | -6,0 | 2,4 | -5,0 | 10,1 | 15,2 | 5,5 | 14,9 |
| Indústria | -4,6 | -7,0 | -1,7 | -2,9 | -2,5 | -2,9 | -1,8 | -2,4 | -2,8 | -1,1 | -3,6 | -2,1 |
| Extrativa mineral | - | -9,2 | - | -5,1 | - | -1,3 | - | 4,0 | - | 9,7 | - | 5,9 |
| Indústria de transformação | -8,3 | -10,4 | -2,5 | -4,7 | -1,7 | -3,5 | -1,1 | -2,4 | -1,9 | -1,0 | -2,5 | -1,0 |
| Construção | -4,0 | -5,0 | -3,0 | -3,2 | -3,9 | -4,9 | -2,5 | -7,5 | -3,7 | -6,3 | -4,1 | -7,0 |
| Eletricidade e gás, água, esgoto e limpeza urbana | - | 3,8 | - | 8,7 | - | 4,3 | - | 2,4 | - | 4,4 | - | -0,5 |
| Outros da indústria ¹ | 0,1 | - | 5,2 | - | 1,6 | - | 0,1 | - | -1,0 | - | -3,9 | - |
| Serviços | -1,0 | -3,5 | -1,4 | -2,7 | -1,5 | -2,2 | -2,3 | -2,4 | -1,0 | -1,7 | -0,8 | -0,3 |
| Comércio | -6,1 | -10,5 | -9,0 | -6,6 | -7,1 | -4,4 | -9,0 | -3,5 | -6,3 | -2,5 | -3,5 | 0,9 |
| Serviços de informação | 0,2 | -4,5 | -1,5 | -3,1 | -2,5 | -1,5 | -2,6 | -3,0 | -2,2 | -0,3 | -1,6 | -2,5 |
| Intermediação financeira, seguros e previdência complementar | -2,7 | -1,3 | -3,5 | -3,0 | -3,3 | -3,3 | -5,1 | -3,4 | -4,4 | -4,0 | -3,2 | -2,1 |
| Administração, saúde e educação públicas | -0,3 | -0,1 | 0,3 | 0,5 | -0,4 | 0,1 | -0,4 | -0,7 | 0,5 | -0,7 | -0,5 | -1,3 |
| Transporte, armazenagem e correio | - | -7,3 | - | -6,0 | - | -7,4 | - | -7,5 | - | -2,2 | - | -0,5 |
| Atividades imobiliárias | - | 0,2 | - | 0,3 | - | 0,1 | - | 0,1 | - | -0,6 | - | 0,9 |
| Outros serviços ² | 0,2 | -3,3 | -1,0 | -3,9 | -0,6 | -2,5 | -2,0 | -2,6 | -0,2 | -1,8 | 0,7 | 0,3 |
| Idecon-DF / PIB-Brasil | -1,2 | -5,4 | -1,4 | -3,6 | -1,6 | -2,9 | -2,2 | -2,5 | -1,1 | -0,4 | -1,0 | 0,3 |

Fontes: Codeplan e IBGE - Elaboração: Núcleo de Contas Regionais

1 - Para o Idecon-DF: Extrativa mineral e Eletricidade, gás, água, esgoto e limpeza urbana.

2 - Alojamento e alimentação, Serviços prestados às famílias, Serviços prestados às empresas, Educação e saúde mercantis e Serviços domésticos. O Idecon-DF inclui também Transporte, armazenagem e correio e Serviços imobiliários e aluguéis.



Indicadores de Saúde e a reforma do Sistema de Saúde do Distrito Federal

Foto: Toninho Leite



Marcus Vinícius Quito

Historicamente, o setor saúde utiliza ferramentas para monitoramento e avaliação de suas ações, tanto para assistência como para a vigilância. Em sua maioria, a ferramenta de indicadores é utilizada, facilitando a tomada de decisões.

O indicador pode ser definido como uma série de medidas que expressam ou quantificam algo, seja ele um insumo, um resultado, uma característica ou o desempenho de um processo, serviço, produto ou organização. Quando relacionado à área de saúde, o indicador é definido como “medida-síntese que contém informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde” (RIPSA, 2008).

Dessa forma, deve-se refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde (OPAS, 2008).

Por meio das análises desses indicadores foi possível identificar, ao longo dos anos, mudanças no perfil epidemiológico da população brasileira, que cada vez mais se distancia de uma transição epidemiológica clássica e tem sido definida como de tripla carga de doenças que abrange as infecto-parasitárias, crônicas e causas externas (MENDES, 2010).

Para a Organização Mundial da Saúde, esses indicadores gerais podem subdividir-se em três grupos:

A gestão da saúde no DF é orientada pelo uso de indicadores que subsidiam o planejamento, a tomada de decisão, a produção, análise e disseminação de informações e o monitoramento dos indicadores é feito no nível local, regional e central.

1. Aqueles que tentam traduzir a saúde ou sua falta em um grupo populacional. Exemplos: razão de mortalidade proporcional, coeficiente geral de mortalidade, esperança de vida ao nascer, coeficiente de mortalidade infantil e de mortalidade por doenças transmissíveis;
2. Aqueles que se referem às condições do meio e que têm influência sobre a saúde. Exemplo: saneamento básico;
3. Aqueles que procuram medir os recursos materiais e humanos relacionados às atividades de saúde. Exemplos: número de unidades básicas de saúde, de profissionais, de leitos hospitalares e de consultas em relação a determinada população (LAURENTI e COLS., 1987).

A análise histórica do sistema de saúde do Distrito Federal permite afirmar o caráter da inovação que tem acompanhado o planejamento em saúde da Capital, ao longo de seus 57 anos de existência. Os Planos Bandeira de Melo e Jofran Frejat demonstram como a gestão, em dois momentos passados, formatou a rede de saúde do Distrito Federal considerando aspectos demográficos e territoriais, estabelecendo a organização e funcionamento a partir de serviços hierarquizados e determinados pelas características e necessidades da população (GOTTEMS, 2010).

A rede de saúde distrital avançou bastante com o Plano Jofran Frejat, implementado entre os anos de 1980 e 1994, que levou em consideração elementos trazidos pela Declaração de Alma-Ata, materializando na Capital a Atenção Primária em Saúde como eixo orientador de sua formatação. Importante frisar que a organização da rede de serviços de saúde do DF acontecia no mesmo momento em que o país iniciava a discussão sobre o que seriam os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

O modelo estabelecido no DF trouxe os Centros de Saúde como unidades estratégicas na linha de cuidado da saúde pública, contando com especialidades de pediatria, clínica médica e ginecologia, que respondiam pelas principais demandas da população do Distrito Federal à época. Naquele período o cenário epidemiológico era pautado pela condição sócio-econômica, obrigando os Centros de Saúde a responderem aos efeitos da desnutrição e das doenças transmissíveis, principais causas de procura pelos serviços de saúde naquele tempo.

Na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SES-DF os indicadores são utilizados em todos os processos, da atenção básica à especializada, passando pela vigilância em saúde e pelas subsecretarias que oferecem apoio estruturante, como gestão de pessoas e logística. Em sua maioria, os dados que subsidiam os cálculos de indicadores são produzidos pela atenção básica, mais especificamente pelas equipes de estratégia de saúde da família.

A definição dos indicadores de saúde utilizados no Distrito Federal é realizada com base no Plano Distrital de Saúde vigente, nos Pactos Interfederativos, nos Planos Plurianuais e nas Programações de Ações de Saúde. Tais bases levam em consideração os perfis sociais, econômicos, epidemiológicos e demográficos da população residente no DF e da circulante, proveniente de municípios da Região do Entorno.

Na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SES-DF os indicadores são utilizados em todos os processos, da atenção básica à especializada, passando pela vigilância em saúde e pelas subsecretarias que oferecem apoio estruturante, como gestão de pessoas e logística.

O monitoramento dos seus indicadores é feito em vários níveis no âmbito da SES-DF, incluindo o local (Equipes de Saúde da Família), regional (Superintendências das Regiões de Saúde - SRS), e central (Subsecretarias), na qual citamos a Vigilância a Saúde (SVS) e Planejamento em Saúde (SUPLANS).

A Subsecretaria de Vigilância a Saúde é composta por cinco diretorias, sendo Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde do Trabalhador e Laboratório Central de Saúde Pública. Todas as diretorias assumem indicadores de monitoramento e avaliação das atividades desenvolvidas em todos os níveis de atenção à saúde. Alguns desses indicadores são também monitorados pela SUPLANS, como forma de priorizar a tomada de decisão pelo secretário de saúde, principalmente no que se refere ao emprego de recursos financeiros.

Entre os anos de 2000 e 2015, as principais causas de mortalidade por capítulo do CID10 foram doenças do aparelho circulatório, seguida de neoplasias, causas externas e doenças do aparelho respiratório. A faixa etária mais acometida é acima de 50 anos, para ambos os sexos. Entretanto, há diferenças entre os sexos no que se refere as causas por faixa etária - por exemplo, podemos citar os homens na faixa de 20 a 39 anos que morrem mais por violência (homicídios, acidentes, suicídios), enquanto nas mulheres as principais causas de óbito foram acidentes de transporte, homicídios, doenças cerebrovasculares, AIDS e neoplasias de colo do útero e da mama (SES-DF, 2015).

Os indicadores de mortalidade apontam para a necessidade de reorganizar o modelo assistencial do DF, buscando estabelecer estratégias que permitam responder aos efeitos do envelhecimento da população, a prevalência das doenças crônicas, principalmente a hipertensão arterial e a diabetes e também a melhoria no acesso aos serviços assistenciais em geral, principalmente o acesso à Atenção Primária em Saúde.

O modelo assistencial que dialoga fortemente com a estrutura hierarquizada da rede de serviços do DF é a estratégia de Saúde da Família, sobretudo em função dos princípios organizacionais inerentes ao seu método de operação. A estratégia é pautada pela territorialização de suas atividades e pela abordagem longitudinal, acompanhando os cidadãos ao longo de sua vida e intervindo nas condições ou comportamentos que contribuem para o adoecimento ou na falta de controle terapêutico das doenças crônicas como a diabetes e a hipertensão.

O modelo de Saúde da Família incorpora ainda o conceito do planejamento baseado na situação de saúde da população, permitindo que as estratégias propostas pela equipe de Saúde da Família sejam pautadas por elementos epidemiológicos, ou seja, adequadas a realidade de saúde da população, além de considerar o caráter dinâmico do padrão de comportamento de saúde da população, próprio do cenário contemporâneo de nossa sociedade.

Para tanto, a Reforma da Saúde do DF, além de incorporar a estratégia do Programa Saúde da Família como orientadora de todo o Sistema Único de Saúde do DF, reforça o caráter do planejamento pautado em informações com o uso sistemático de indicadores, empregados tanto para monitorar as atividades desenvolvidas pelas equipes, como para fortalecer o caráter prático da resiliência em saúde, ampliando a percepção de como as intervenções das equipes de Saúde da Família influenciam, ou não, a condição de vida dos cidadãos brasileiros. Exemplo disso vemos com os indicadores que deverão ser alimentados e avaliados periodicamente por todas as Unidades Básicas de Saúde.

Com a ampliação da cobertura do Saúde da Família, enquanto eixo da Reforma de Saúde do DF, os níveis assistenciais hospitalares e os de atenção ambulatorial especializada deverão reorganizar seus fluxos e implementar indicadores de monitoramento e resultado.

O modelo assistencial que dialoga fortemente com a estrutura hierarquizada da rede de serviços do DF é a estratégia de Saúde da Família, sobretudo em função dos princípios organizacionais inerentes ao seu método de operação.

Considerando-se os serviços de saúde em geral, é possível empregar indicadores que analisem as várias dimensões da qualidade propostas por Donabedian (1990) como os sete pilares da qualidade - eficiência, eficácia, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. O enfoque tradicional considera principalmente a estrutura, objeto muito mais fácil de ser caracterizado, avaliado e medido. A ênfase nos indicadores de resultados da assistência sempre foi uma aspiração, mas esbarrava na necessidade de definição sobre como construí-los. Sabe-se que resultados guardam íntima relação com os processos, mas esse conhecimento não basta para identificar indicadores apropriados.

A transposição desta categorização para programas, como o de planejamento familiar, pode ser feita da

seguinte maneira (DE GEYNDT, 1995):

- estrutura: políticas existentes, recursos alocados, gerenciamento dos programas;
- processo: escolha dos métodos; informação fornecida aos usuários; competência técnica; relações interpessoais; mecanismos de incentivo à continuidade; oferta adequada de serviços;
- resultado: intermediários (desempenho) - novas adesões; taxa de continuidade e abandono de tratamentos; usuários atuais; conhecimento do cliente; sua saúde e satisfação;
- resultado: final (demográfico) - taxa de fertilidade; óbitos evitados; crescimento da população.

O Sistema Único de Saúde do Distrito Federal reafirma seu caráter inovador, pautado no planejamento, quando estabelece a ampliação da cobertura populacional por estratégia de saúde da família. Com essa medida, reforça que o planejamento na condução das políticas públicas de saúde do DF tenha como alicerces, serviços que analisem as diversas nuances da saúde da população e sejam sensíveis à dinâmica populacional, contribuindo para o exercício do Direito à Saúde da população brasileira.

Referências bibliográficas

- DE GEYNDT, W. Managing the Quality of Health Care in Developing Countries. World Bank Technical Paper; n. 258; 1995.
- DIAS, C.M.; FREITAS, M.; BRIZ, T. Indicadores de saúde: uma visão de Saúde Pública, com interesse em Medicina Geral e Familiar. Lisboa, PT: Rev Port Clin Geral 2007;23:439-50.
- DISTRITO FEDERAL. Diário Oficial do Distrito Federal. Portaria n. 77 - Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Brasília, DF: 14 de fevereiro de 2017. Ano XLVI. n. 33. p. 4-7.
- DONABEDIAN, A. "The Seven Pillars of Quality", in Arch. Pathol. Lab. Med., 114:1115-118,1990.
- <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.
- GOTTEMS, L.B.D. Análise da política de atenção primária à saúde desenvolvida no Distrito Federal: A articulação entre o contexto político, os problemas, as alternativas e os atores na formação da política de saúde (1979 a 2009). Tese de doutorado. Brasília, DF: Universidade de Brasília, 2010.
- LAURENTI, R.; M. H. P. Mello Horge; M. L. Lebrão; S. L. D. Gotlieb. Estatísticas de Saúde. São Paulo, Pedagógica e Universitária, 2ª ed., 1987.
- MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Ciênc. saúde coletiva vol.15 no.5 Rio de Janeiro Aug. 2010
- RIPSA. REDE Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2. ed. - Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.
- ROUQUAYROL, M. Z. Epidemiologia & Saúde. Rio de Janeiro, MEDSI, 1993.
- Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, Boletim Epidemiológico de Mortalidade Infantil. Brasília, 2015. http://www.saude.df.gov.br/images/Informativos/2016/Boletim_epidemiologico_sobre_mortalidade_infantil_no_Distrito_Federal_2015.pdf
- Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. RELATÓRIO EPIDEMIOLÓGICO sobre MORTALIDADE GERAL. Brasília, DF: 2015. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/images/Subsecretarias/SVS/DIVEP/relatorios/vitais/Relatorio_mortalidade_geral_2015.pdf. Acesso em 13 de setembro de 2017.

Autores

(1) *Marcus Vinícius Quito*

Enfermeiro. Mestre em Políticas Públicas. Subsecretário de Vigilância em Saúde da SES-DF

(2) *Maria Beatriz Ruy*

Enfermeira. Mestre em Saúde Pública. Diretora da Diretoria de Vigilância Epidemiológica Subsecretaria de Vigilância à Saúde da SES-DF

(3) *Luanna de Mendonça Gomes Campos*

Farmacêutica clínico e industrial. Especialista em Gestão de Saúde e em Direito Sanitário. Chefe da Assessoria de Mobilização Institucional e Social para Prevenção de Endemias da Subsecretaria de Vigilância à Saúde da SES-DF.

A revista **Brasília em Debate** conta com a colaboração de economistas, professores, pesquisadores, cientistas políticos e sociais, entre outros especialistas. Os textos (artigos, ponto de vista, resenhas) trazem prioritariamente abordagens da conjuntura econômica e social do DF, aspectos populacionais, sustentabilidade ambiental, planejamento urbano e territorial.

ISSN - 2316-820X

Normas para publicação e remessa de textos

- Todos os artigos devem ser originais e escritos em português
- Apenas serão aceitos artigos previamente solicitados pelo Conselho Editorial e/ou Chefia de Edição
- Fonte no editor de texto: Times New Roman, tamanho 11, espaço simples
- Número de caracteres (incluindo tabelas e ilustrações):
 - Artigos: 15 mil e 20 mil
 - Pontos de vista e Opiniões: 3 a 5 mil
 - Resenhas: 3 mil.
- É permitida a coautoria para Artigos
- As informações do autor devem estar expressas em nota de rodapé - nome e sobrenome, formação acadêmica, instituição a que pertence (e-mail, telefone e endereço para contatos)
- Tabelas, quadros, ilustrações, fotos, desenhos, esquemas, figuras, fluxogramas, mapas e gráficos, devem estar numerados com algarismos arábicos na ordem em que foram citados, com legendas e fontes
- As ilustrações devem ser originais e tabelas, quadros, gráficos apresentados em software que permita edição
- Fotos devem ser enviadas em alta resolução (300 dpi), cor real, inclusive a foto do autor
- As notas explicativas de rodapé devem ser curtas, numeradas em ordem sequencial e citadas na mesma página
- As citações de até três linhas devem conter aspas na sequência do texto. Se ultrapassarem esse limite, devem constar em parágrafo próprio, recuo da margem de 4 cm, fonte 10, espaço simples, sem aspas e identificadas pelo sistema autor-data (NBR 10520 da ABNT)
- As referências bibliográficas devem seguir também as normas da ABNT (NBR 6023)
- Os autores terão direito a 5 (cinco) exemplares da Revista, quando a tiragem for impressa
- O arquivo eletrônico com a formatação final deve ser encaminhado à ASCOM
- Casos omissos serão analisados e decididos pelo Conselho Editorial



Conheça a série
Texto para Discussão.
Um veículo de divulgação
de conhecimento,
análises e informações.












ACESSO
À INFORMAÇÃO



Portal da
TRANSPARÊNCIA
www.transparencia.df.gov.br

DESTAQUES

| | | |
|--|---|---|
| <p>Brasília em Números recebe atualizações</p>  <p>BRASÍLIA EM NÚMEROS</p> <p>A Codeplan apresentou na última terça, 14, as novas versões das ferramentas...</p> <p>Leia Mais</p> | <p>Serviço público protegeu o DF dos efeitos mais drásticos da cris...</p>  <p>PRODUTO INTERNO BRUTO DO DISTRITO FEDERAL 2015</p> <p>É o que mostra relatório sobre o PIB de 2015 divulgado pela Codeplan nesta ...</p> <p>Leia Mais</p> | <p>SLU recebe documento histórico da Codeplan</p>  <p>A Codeplan entregou hoje à presidente do SLU, Heliana Campos, um exemplar do...</p> <p>Leia Mais</p> |
| <p>Inovação no Setor Público: teoria, tendências e casos no Brasil</p>  <p>A Codeplan recebeu nesta tarde, para mais um debate promovido pelo projeto Qu...</p> <p>Leia Mais</p> | <p>Codeplan realizará pesquisa com comunidade do Paranoá</p>  <p>Pesquisa de Satisfação dos Beneficiários do Programa Minha Casa Minha Vida - Paranoá Parque</p> <p>Técnicos da Codeplan estiveram no auditório da Administração Regional do ...</p> <p>Leia Mais</p> | <p>Desemprego no DF permanece estável em setembro</p>  <p>Variação percentual do número de pessoas sem ocupação foi a mesma de ago...</p> <p>Leia Mais</p> |
| <p>Pesquisa da Codeplan abre debate sobre visibilidade da população ...</p>  <p>Leia Mais</p> | <p>Inflação de setembro tem alta de 0,22% em comparação a agosto</p>  <p>Leia Mais</p> | <p>Estudo sobre o ZEE é apresentado na Codeplan</p>  <p>Leia Mais</p> |



codeplan
OUVIDORIA



CARTA DE
SERVIÇOS



Cartas de Serviços
Participe da pesquisa. Sua opinião é importante



Brasília em debate



Texto para
DISCUSSÃO



III PRÊMIO CODEPLAN
DE TRABALHOS
TÉCNICO-CIENTÍFICOS - 2017



LAG codeplan
Laboratório de Avaliação da Gestão Pública



Seleção de
Estagiários

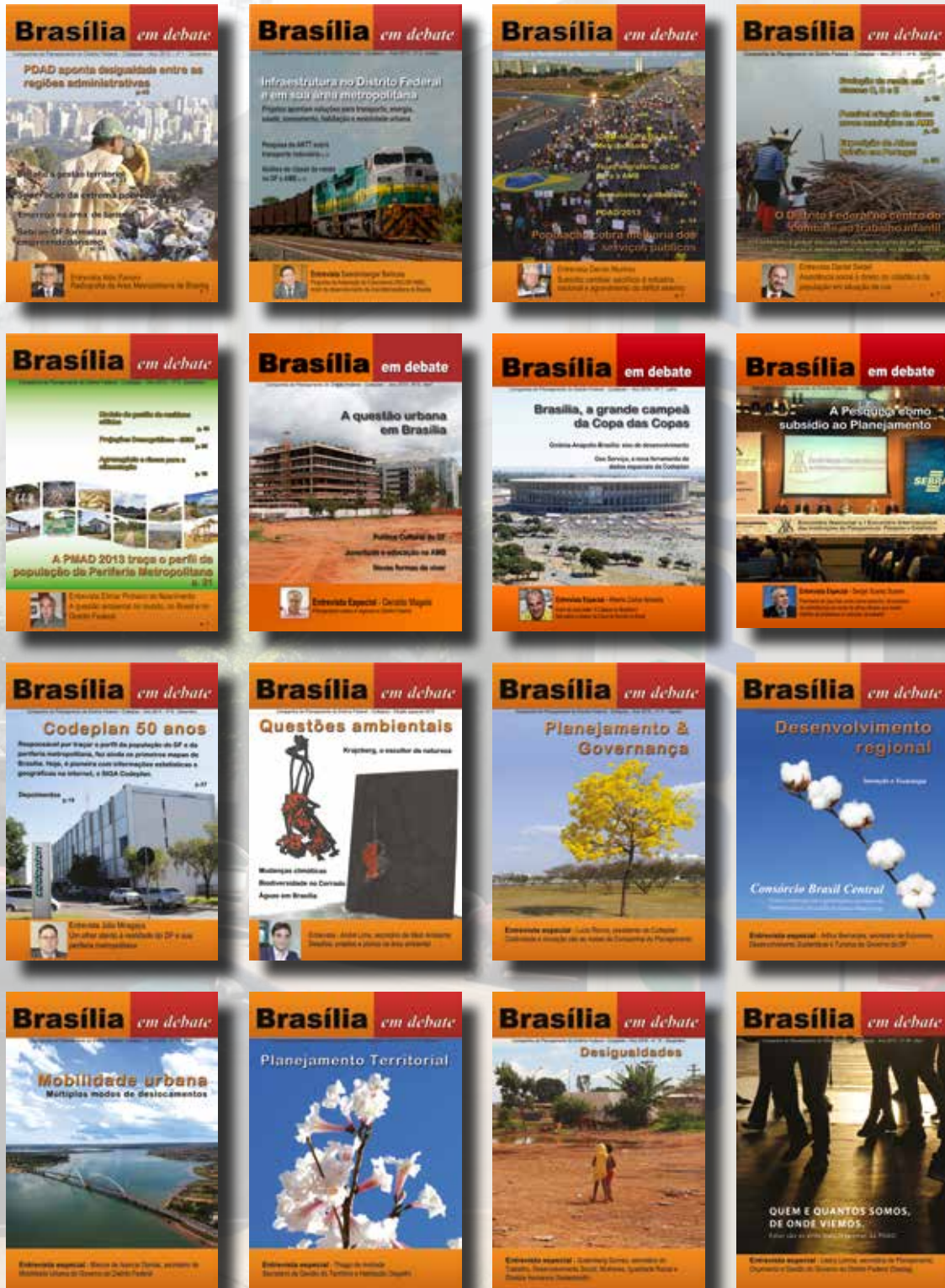


BRASÍLIA EM
NÚMEROS



Trabalha em
BRASÍLIA

www.codeplan.df.gov.br
Acesse. Informe-se



<http://www.codeplan.df.gov.br/publicacoes/brasilia-em-debate.html>