

Panorama da situação de saúde do Distrito Federal: análise do período de 2005 a 2017

A panorama of the health situation in Brazil's Federal District, 2005 to 2017

Paulo Eduardo Guedes Sellera (<https://orcid.org/0000-0002-9821-0545>)¹
Otaliba Libânio Morais Neto (<https://orcid.org/0000-0002-3786-318X>)²
Ana Maria Nogales Vasconcelos (<https://orcid.org/0000-0001-7589-107X>)³
Maria Beatriz Ruy (<https://orcid.org/0000-0001-6509-4392>)¹
Luci Fabiane Scheffer Moraes (<https://orcid.org/0000-0003-1034-3878>)¹
Soraya Oliveira dos Santos (<https://orcid.org/0000-0002-2871-8415>)¹

Abstract *This study examines the health situation in Brazil's Federal District between 2005 and 2017. A related set of indicators were selected and compared to those for Brazil's Midwest ("Centro-Oeste") region and for the country as a whole. First, data are presented on the demographic profile and current organizational structure of the health regions and administrative areas of the Federal District. The results show that infant mortality declined from 18.3% in 2006 to 10.3% (one of the lowest in rates in Brazil) in 2016. AIDS incidence in the Federal District declined 21.3% between 2006 and 2016, a positive result when compared to data for the Midwest region and Brazil. Tuberculosis incidence and mortality rates were among the lowest in Brazil between 2006 and 2016, well below the national average, as were those for Hansen's disease, where both annual incidence and incidence of grade 2 disability decreased significantly between 2007 and 2017. Congenital syphilis in under 1 year-olds has increased in recent years in Brazil and the Midwest, and also in the Federal District, where the rate was 2.56 per 1,000 live births in 2006 and 4.7 per 1,000 live births in 2016. These data enable managers to identify trends and challenges to be met, and inform decision-making in response to health realities in the Federal District.*

Key words *Evaluation, Health situation, Epidemiology*

Resumo *Este artigo analisa a situação de saúde no Distrito Federal (DF) no período de 2005 a 2017. Um conjunto de indicadores foram selecionados e comparados aos da região Centro-Oeste (CO) e do Brasil. Inicialmente são apresentados dados sobre o perfil demográfico e a atual estrutura organizacional das regiões de saúde e áreas administrativas do DF. Os resultados mostram que o DF apresenta melhoria na taxa de mortalidade infantil, de 18,3% em 2006 para 10,3% em 2016, considerada uma das menores do país. A taxa de detecção de aids no DF apresenta tendência de queda (21,3%), entre os anos de 2006 e 2016, resultado positivo se comparado aos dados da região CO e do Brasil. Quanto à situação epidemiológica de tuberculose no DF, foi constatada, entre 2006 a 2016, um dos menores coeficientes de incidência e mortalidade do país, bem abaixo da média nacional, assim como a hanseníase com uma importante redução da taxa de detecção anual e a detecção de grau II de incapacidade, entre os anos 2007 e 2017. No caso da sífilis congênita em < de 1 ano, teve aumento nos últimos anos no Brasil, CO e no DF em 2006 apresentou uma taxa de (2,56/1.000NV) e em 2016 (4,7/1.000NV). Os dados permitem que os gestores conheçam as tendências e identifiquem os desafios para o enfrentamento e a tomada de decisão frente à realidade de saúde do DF.*

Palavras-chave *Avaliação, Situação de saúde, Epidemiologia*

¹ Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. STN, Asa Norte. 70086-900 Brasília DF Brasil. sellerapaulo@gmail.com

² Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Universidade Federal de Goiás. Goiânia GO Brasil.

³ Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Brasília DF Brasil.

Introdução

A redução da fecundidade, o aumento da expectativa de vida e o consequente envelhecimento da população, o aumento das doenças e agravos não transmissíveis (DANT) vem impactando o padrão demográfico e epidemiológico da população brasileira e impondo desafios ao setor saúde.

Com as mudanças no padrão reprodutivo e estrutura populacional, semelhante ao vivenciado por países desenvolvidos, a mortalidade precoce manteve sua tendência histórica de declínio e a expectativa de vida foi ampliada. Entre os determinantes dessa transição demográfica, destacam-se os padrões de desenvolvimento econômico, social a intensificação da urbanização, a inserção da mulher no mercado de trabalho e os custos implícitos da reprodução e manutenção dos filhos, assim como os fatores inibidores da fecundidade¹⁻³.

Essa situação se apresenta em proporções diferentes, mas em todas as regiões do país e não diferente no DF, que apesar de apresentar, em 2010, um IDHM considerado alto (0,824 – 1º lugar no ranking dos Estados), sofreu mudanças importantes no crescimento e estrutura etária da população influenciados por fatores como a redução da fecundidade, envelhecimento e os movimentos migratórios ocasionando mudanças no perfil de morbimortalidade.

Os aspectos positivos da transição epidemiológica com a alteração da pirâmide etária se deve mais a transição demográfica, alta carga das doenças e agravos não transmissíveis que afetam precocemente os indivíduos e os índices de morbidade e mortalidade devido às neoplasias, às doenças cardiovasculares, às violências interpessoais e aos acidentes de transporte terrestre^{4,5}. Este panorama é similar no DF, quando observamos dados que apresentam uma série histórica entre 2000 e 2016 com as principais causas de morte, verificamos o predomínio das causas externas, DANT e doenças transmissíveis⁶.

Muitos autores analisaram as mudanças no padrão de mortalidade da população brasileira nas últimas décadas, tais como a redução das mortes por doenças infecciosas e parasitárias e da mortalidade infantil. A redução do risco de uma criança morrer antes de completar um ano de vida entre 2006 e 2016 foi observada em todas as regiões do Brasil, sendo mais pronunciado na região NE (-52,6%) e menor nas regiões CO (-42,8%) e N (-42,6%)^{7,8} e no DF (-18,3 %).

No Brasil, a tuberculose constitui a nona causa de hospitalização e a quarta de mortalidade

por doenças infecciosas. O surgimento da epidemia de aids e de focos de tuberculose multirresistente em zonas com controle deficiente da doença agravou ainda mais o problema em escala mundial. O Brasil ocupa o 15º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo⁹.

Em relação às DST, a aids foi identificada no Brasil em 1980 e apresentou um crescimento na incidência até 1998, a partir de então verificou-se uma desaceleração nas suas taxas no país. Por outro lado, houve um grande incremento nos casos de sífilis e sífilis congênita, cenário que se repete no CO e no DF, com um aumento significativo de casos de sífilis e, em especial, sífilis em < de 1 ano, apresentando no CO 1,5 para 4,8 e no DF de 2,6 para 4,7 casos.

A melhoria das condições de vida e o avanço do conhecimento científico modificaram a situação epidemiológica da hanseníase. A análise de tendência de hanseníase indica diminuição na detecção geral e na detecção de grau II de incapacidade no Brasil e na região CO e no DF nos últimos anos. O acesso a informações, diagnóstico e o tratamento com poliquimioterapia (PQT) foram e continuam sendo os elementos chaves na estratégia para eliminar a doença como um problema de saúde pública.

No que se refere a causas externas de mortes no Brasil, os acidentes de transporte terrestre e as violências interpessoais ocupam lugar de destaque¹⁰. O DF segue essa tendência apresentando alta carga atribuída às causas externas⁶.

Para Moraes Neto *et al.*¹¹, a violência no trânsito, que gera um número inaceitável de mortes e incapacidades previsíveis e preveníveis na população jovem e adulta, se deve a um rápido aumento da frota de automóveis e motocicletas devido a um incentivo à produção de veículos para uso individual e privado em detrimento do transporte público coletivo.

Esse cenário complexo e dinâmico exige análises contínuas da situação da saúde das populações. O uso de informações sobre a magnitude dos problemas de saúde e seus determinantes, as disparidades de risco entre pessoas, entre momentos no tempo e entre regiões distintas, assim como a influência das desigualdades e do contexto social e econômico na saúde das populações brasileiras orientam a tomada de decisão e auxiliam na redefinição de prioridades, predição de cenários futuros e avaliação das intervenções em saúde¹².

O gestor público ao analisar os dados locais, estabelecendo metas de melhoria dos indicadores a cada ano, estará reafirmando seu compromisso

com a integralidade das ações em saúde, devendo levar em consideração a necessidade permanente de investimentos na área de promoção e prevenção.

Neste contexto, a situação da saúde no DF, exige a análise do panorama das condições geopolíticas, sociais e de saúde que impactam na vida de sua população, que reflete na capacidade do sistema de saúde, considerando sua estrutura de regiões de saúde, administrativa, recursos materiais e pessoais.

Mesmo com suas especificidades, o DF reproduz o fenômeno demográfico do país com características específicas da capital da República, onde possui os melhores indicadores sociais e de renda média mais elevada, contrastam com um quadro epidemiológico complexo e diversificado de doenças e agravos que atingem as várias faixas etárias, exigindo dos gestores e profissionais de saúde políticas norteadoras por meio de análises contínuas dos indicadores de saúde.

Nesse contexto, o presente artigo tem por objetivo apresentar um panorama da situação da saúde no DF, no período de 2005 a 2017, por meio de análises comparativas com os indicadores de saúde do Brasil e da região CO.

Metodologia

Foi realizado um estudo descritivo utilizando dados secundários do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Internações Hospitalares (SIH), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), disponibilizados no Portal da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE), do Ministério da Saúde (MS), na Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) e na Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN). Os dados populacionais foram obtidos do Censo 2010, e estimativas populacionais, para os anos intercensitários, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹³.

As análises foram realizadas no período entre 2005 e 2016 e, em situações mais específicas, até 2017, para os indicadores cujos dados do DF estavam disponíveis.

Os indicadores selecionados foram construídos para algumas doenças e agravos de maior magnitude e que conformam o perfil de morbimortalidade do DF, a saber:

- a) *Mortalidade*: Taxa de mortalidade infantil
- b) *Doenças transmissíveis*: Taxa de mortali-

dade de aids, taxa de incidência de aids; taxa de mortalidade de tuberculose e taxa de incidência de tuberculose; taxa de incidência de sífilis congênita em < de 1 ano, taxa de detecção de casos de hanseníase geral e taxa de detecção de grau II de incapacidade física.

c) *Doenças e agravos não transmissíveis*: Número de óbitos por neoplasias, número de óbitos por lesões voluntárias (violências interpessoal e autoprovocada) e número de óbitos por acidentes de trânsito.

A seleção dos dados está relacionada à disponibilidade dos registros nacionais, regionais e do DF considerados confiáveis e validados pelas áreas técnicas do MS, além de grande parte dos indicadores estarem no escopo dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) relacionados à meta de nº 3 – Saúde e Bem-Estar.

Resultados

Localizado na região CO do Brasil, o DF, segundo estimativa do IBGE¹³, possui uma população residente em Brasília de 2.972.209 habitantes, tendo apresentado um aumento de 14% do último censo até 2018. A população masculina representa 48,0% e as mulheres 52,0%, com uma esperança de vida de vida média de 79 anos. Esse dado tem relação direta com a taxa de envelhecimento que apresenta um aumento contínuo, conforme pode-se observar nos dados de 1991, 2000, 2010 e 2018, apresentados na Tabela 1.

A análise da taxa de mortalidade infantil (TMI) no Brasil, no período de 2006 a 2016, apresentou uma redução de 12,6/1000 NV, em 2006, para 10,3/1000 NV, em 2016, o que representou uma variação percentual de -25,2% no país. No DF a variação percentual de redução foi -18,3 % e na região CO esse valor percentual foi de -26,3% superior ao observado para o DF e para o país (Figura 1a).

No período entre 2006 e 2016, a taxa de incidência de sífilis congênita em < de 1 ano (/1000 NV) aumentou, apresentando variação no Brasil de 1,7 para 6,8, no CO de 1,5 para 4,8 e no DF de 2,6 para 4,7, respectivamente, conforme Figura 1b.

No que se refere à taxa de incidência de aids no Brasil, esta apresenta estabilização nos últimos anos. No Brasil, em 2016, a taxa foi de 18,5 e a mortalidade de 6,0; também se observa estabilização da taxa na região CO, de 16,7 e mortalidade de 5,1 e no DF de 15,4 e mortalidade 3,7, conforme descrito na Figura 2a e b.

Tabela 1. Características, perfil demográfico e a localização das regiões de saúde e administrativas do Distrito Federal.

Perfil Demográfico do Distrito Federal				
Ano de instalação	1960			
Área geográfica	5.806,6 km ²			
Densidade demográfica	444,66 hab/km ²			
IDHM	0,82 (muito alto)			
Dados censitários	1991	2000	2010	2018*
População total	1.601.094	2.051.146	2.570.160	2.972.209
População masculina	768.550 (48,0)	981.356 (47,8)	1.228.880 (47,8)	1.427.459 (48,0)
População feminina	832.544 (52,0)	1.069.790 (52,2)	1.341.280 (52,2)	1.544.750 (52,0)
População urbana	1.515.889 (94,7)	1.961.499 (95,6)	2.482.210 (96,6)	2.906.574 (97,8)
População rural	85.205 (5,3)	89.647 (4,4)	87.950 (3,4)	65.635 (2,2)
Taxa de envelhecimento (%)	2,4	3,3	5,0	6,9
Esperança de vida ao nascer (anos)	69,0	74,0	77,0	79,0
Taxa de fecundidade total (filhos/mulher)	2,3	2,0	1,8	1,7
Pobres (%)	15,0	12,3	4,9	2,2
Extremamente pobres (%)	4,0	3,3	1,2	1,2
Regiões de Saúde (RS)	Denominação	Regiões Administrativas (RA)		
Região Centro-Sul	RA I	Brasília (Asa Sul)		
	RA XVI	Lago Sul		
	RA XVII	Riacho Fundo I		
	RA XXI	Riacho Fundo II		
	RA XXIV	Park Way		
	RA XIX	Candangolândia		
	RA VII	Núcleo Bandeirante		
	RA X	Guará		
	RA XXIX	SIA		
Região Centro-Norte	RA XXV	SCIA (Estrutural)		
	RA I	Brasília (Asa Norte)		
	RA XVIII	Lago Norte		
	RA XI	Cruzeiro		
	RA XXII	Sudoeste/Octogonal		
Região Oeste	RA XXIII	Varjão		
	RA IX	Ceilândia		
	RA IV	Brazlândia		
Região Sudoeste	RA III	Taguatinga		
	RA XX	Águas Claras		
	RA XXX	Vicente Pires		
	RA XII	Samambaia		
	RA XV	Recanto das Emas		
Região Norte	RA V	Sobradinho I		
	RA XXVI	Sobradinho II		
	RA XXXI	Fercal		
	RA VI	Planaltina		
Região Leste	RA VII	Paranoá		
	RA XXVII	Jardim Botânico		
	RA XXVIII	Itapoã		
Região Sul	RA XIV	São Sebastião		
	RA II	Gama		
	RA XIII	Santa Maria		

Nota* - Estimativa do IBGE para 2018.

Fonte: PNUD¹⁴, Ipea, PJE, 2013; IBGE, 2018; DIPLAN/COPLAN/SUPLANS/SES-DF, 2017.

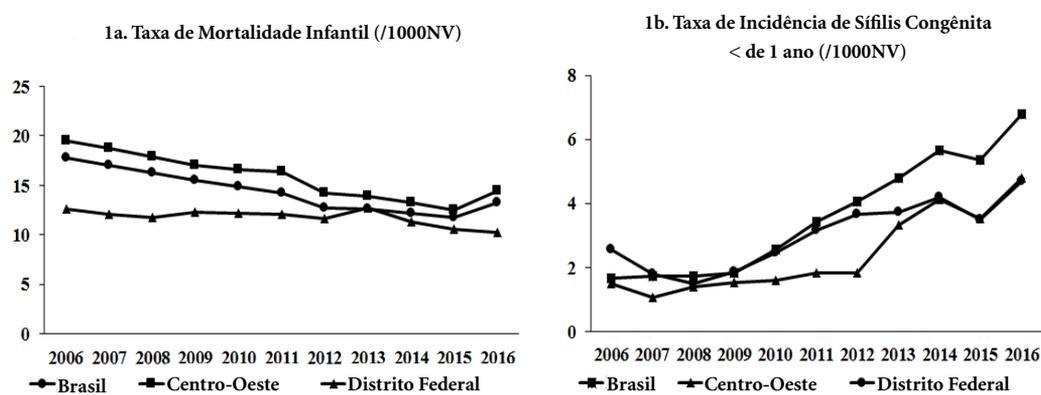


Figura 1a e b. Taxas de mortalidade infantil e incidência de sífilis congênita em < de 1 ano de idade. Brasil, Centro-Oeste e Distrito Federal, 2006 a 2016.

Fonte: SINASC/SIM/MS; SINAN/SIM/IBGE.

Nota 1: Dados atualizados em 22/09/17. Nota 2: Dados processados pelas áreas técnicas do MS.

Quanto à tuberculose, observa-se no Brasil a diminuição da incidência, passando de 38,8 em 2006 para 33,9 casos por 100 mil habitantes em 2016. No DF, no mesmo período, a incidência, oscilou entre o mínimo de 11,3 e o máximo de 15,6 casos por 100 mil habitantes. No entanto, o DF destaca-se por apresentar, entre 2006 e 2016, um dos menores coeficientes de incidência de tuberculose do país, bem abaixo da média nacional (Figura 2c e d).

No período compreendido entre 2007 e 2017, houve uma diminuição de 36,0% na incidência da hanseníase no DF, de 10,7 (/100 mil hab.) em 2007 para 3,8 (/100 mil hab.) em 2017. Quanto à taxa de detecção (/por 100 mil habitantes), o CO apresentou, em 2017, um valor discrepante (25,2) se comparado aos apresentados no Brasil (9,6) e no DF (3,8) no mesmo período. A análise de tendência de hanseníase indica diminuição na detecção geral e na detecção de grau II de incapacidade no Brasil e na região CO e no DF, conforme Figura 2e e f.

No Brasil, as neoplasias malignas foram responsáveis por 147.418 mortes, em 2005, e por 208.754 mortes, em 2015, correspondendo a 7,5% e a 10,6% do total estimado de óbitos, respectivamente. Quando se observa os dados do CO e do DF, nos anos de 2005 e 2015, percebe-se um crescimento no CO de 5,8% para 6,4% e no DF de 18,5% para 18,3, respectivamente. É possível identificar aumento nos percentuais relativos à neoplasia, de acordo com a distribuição apresentada na Tabela 2.

A Figura 3a apresenta o número de óbitos por lesões voluntárias no Brasil, CO e DF entre 2005 e 2015. Enquanto o número de óbitos por lesões voluntárias apresenta crescimento progressivo desde 2005, observa-se uma diminuição em 2015, caracterizando que a mortalidade por Acidentes de Trânsito Terrestre (ATT) sofreu uma queda nesse ano, que se confirmada nos posteriores, indica tendência de declínio.

A Figura 3b ilustra uma realidade muito importante: motociclistas, que, em 2005, tinham uma taxa de mortalidade baixa, tornam-se as principais vítimas de ATT a partir de 2010, com valores expressivos de óbitos em 2015, no Brasil (12.652) e no CO (1.375). Já no DF esse panorama não se configura, observa-se o predomínio de óbitos por acidentes envolvendo automóvel (142).

Concomitantemente, constata-se a redução significativa da taxa de mortalidade de pedestres: se, no Brasil e no CO, em 2005, este era o primeiro tipo de vítima mais recorrente, em 2015 passa a ser o terceiro. Esse ranque no DF apresenta uma mudança de segundo para terceiro lugar.

Discussão

As mudanças observadas na estrutura etária da população do DF são provenientes das alterações nos níveis e padrões de fecundidade, mortalidade e movimentos migratórios¹⁵. A taxa de fecundidade total diminuiu nas últimas décadas, de 2,3

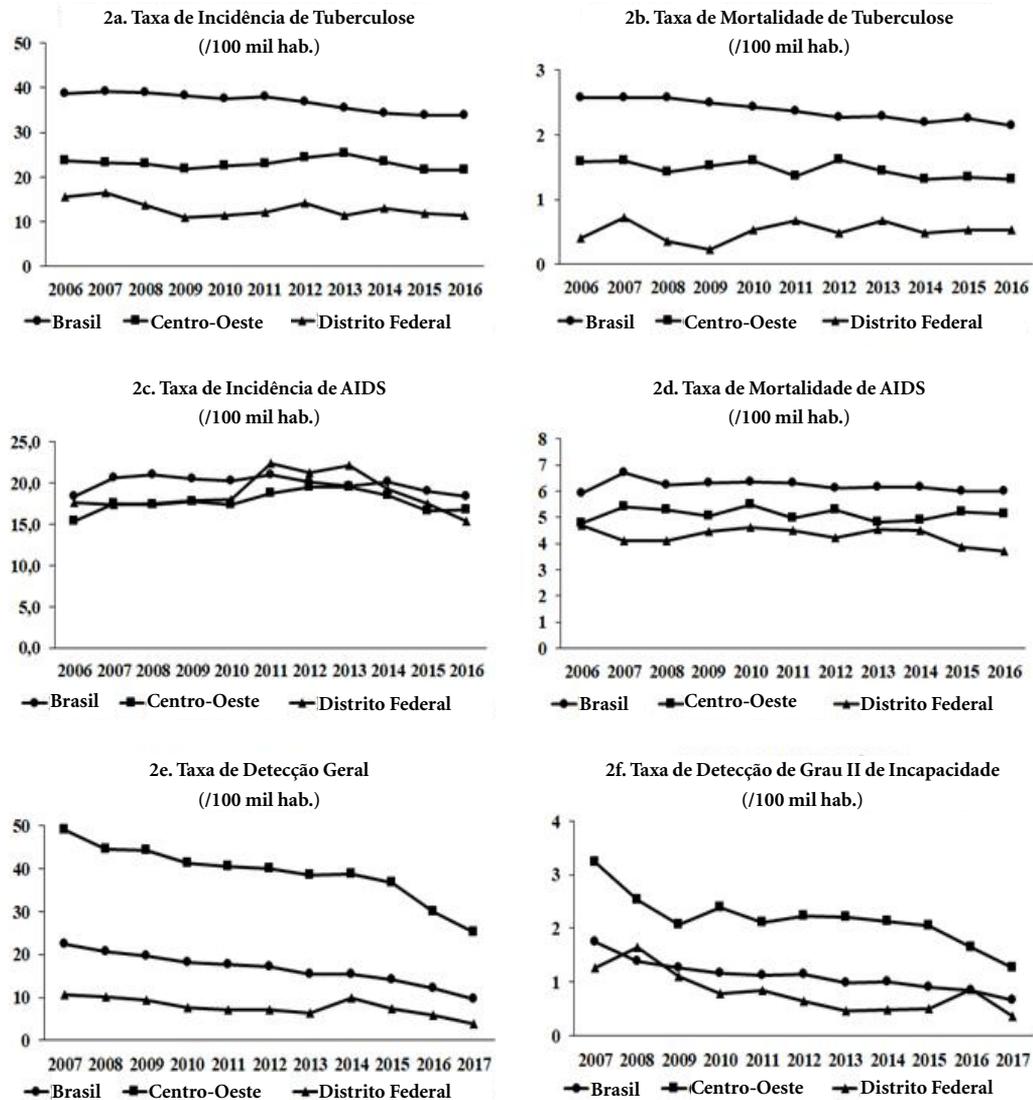


Figura 2. Taxas de incidência e mortalidade de tuberculose e aids e a taxa de detecção da hanseníase e de grau II de incapacidade física. Brasil, Centro-Oeste e Distrito Federal, 2006 a 2017.

Fonte: SINAN/SIM/IBGE.

Nota 1: Dados atualizados em 08/09/17. Nota 2: Dados processados pelas áreas técnicas do MS. Nota 3: O grau II é a incapacidade física devido à hanseníase.

para 1,7 filhos por mulher. Considera-se que para haver a reposição populacional, seria necessária uma taxa mínima de 2,1, e caso não ocorresse a migração para o DF, a tendência seria de redução da população.

Esse declínio impacta diretamente no envelhecimento da população, que praticamente dobrou nas últimas décadas, bem como o aumento da esperança de vida ao nascer em 10 anos, um dos maiores do país¹⁶.

Para a OMS¹⁷, um país envelhecido é aquele que a população de idosos ultrapassa os 7%. No DF, em 2018, essa parcela da população já representa 6,9%, o que demanda reestruturação das políticas públicas, que antes eram elaboradas tendo seu perfil epidemiológico baseado em uma pirâmide populacional cuja base era formada pela faixa etária mais jovem da população.

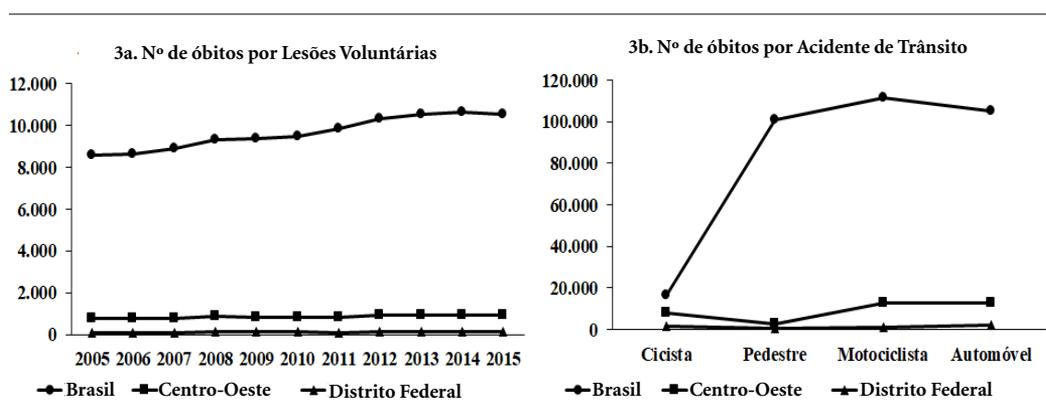
Na década de 1960, com a criação da nova capital do país e a necessidade de mão de obra

Tabela 2. Número de óbitos por neoplasias no Brasil e os respectivos percentuais do Centro-Oeste e do Distrito Federal. Brasil, 2005 a 2015.

Ano	Brasil		Centro-Oeste		Distrito Federal	
	Nº	Nº	(%) BR	Nº	(%) BR	(%) CO
2005	147.418	8.566	5,8	1.586	1,1	18,5
2006	155.796	9.056	5,8	1.753	1,1	19,4
2007	161.491	9.376	5,8	1.783	1,1	19,0
2008	167.677	9.961	5,9	1.847	1,1	18,5
2009	172.255	10.276	6,0	1.946	1,1	18,9
2010	178.990	10.917	6,1	2.047	1,1	18,8
2011	184.384	11.329	6,1	2.136	1,2	18,9
2012	191.577	11.937	6,2	2.198	1,1	18,4
2013	196.948	12.258	6,2	2.288	1,2	18,7
2014	201.968	13.116	6,5	2.346	1,2	17,9
2015	208.754	13.447	6,4	2.455	1,2	18,3
Total	1.967.258	120.239	6,1	22.385	1,1	18,6

Fonte: SIM/MS.

Nota 1: O percentual dos óbitos no CO e DF foi calculado com base no total de óbitos da população brasileira. Nota 2: Dados atualizados em 29/06/17. Nota 3: Dados processados pelas áreas técnicas do MS.

**Figura 3a e b.** Número de óbitos por lesões voluntárias e por acidentes de trânsito. Brasil, Centro-Oeste e Distrito Federal, 2005 a 2015.

Fonte: SIM/MS.

Nota 1: Dados atualizados em 21/09/17. Nota 2: Dados processados pelas áreas técnicas do MS.

para construir Brasília, ocorreu um intenso fluxo migratório de pessoas provenientes de várias regiões do país. Se a urbanização no país impactou no empobrecimento da população, no DF, apesar de existirem os bolsões de pobreza, os dados apresentados demonstram uma queda expressiva de mais de 12,8% em relação aos pobres e de 2,8% nos considerados extremamente pobres, no período de 1991 a 2018, comprovado também pelo valor do IDHM (0,82), um dos mais altos do país.

Outro dado importante que contribui para o monitoramento da melhoria da condição de saú-

de de uma população é a redução da mortalidade infantil. No período de 2006 a 2016, verificou-se uma redução na taxa de mortalidade infantil de -25,2%, passando de 17,8 para 13,3 mortes por mil nascidos vivos. A redução da mortalidade infantil faz parte dos ODS¹⁸, compromisso assumido não só pelo governo federal, mas também nas esferas estaduais e municipais.

A análise das causas de mortalidade infantil revelou que 66% do total dos óbitos ocorreram por causas perinatais, sendo que 35% foram decorrentes de fatores maternos e complicações da

gravidez e parto. Desta forma, os dados reforçam a importância de melhorar o acesso e a qualidade da assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

Em relação à sífilis congênita, a partir de 2009 houve um aumento significativo e progressivo em todo o país. Este fato pode ser atribuído, em parte, ao aumento da cobertura de testagem com o uso de testes rápidos, redução do uso de preservativo, resistência dos profissionais de saúde à administração da penicilina na Atenção Básica (AB), desabastecimento mundial de penicilina e ao aprimoramento do sistema de vigilância que pode se refletir no aumento de casos notificados^{19,20}. A região CO apresenta as taxas de sífilis congênita abaixo das do país (4,8) e o DF está entre as capitais brasileiras, que apresentaram as menores taxas de incidência (4,7) no ano de 2016.

Araújo²¹ comenta que no grupo das enfermidades infecciosas que aparentemente subsistirão por longo tempo no nosso meio, estão as grandes endemias urbanas, como a tuberculose e a hanseníase, consideradas doenças negligenciadas.

A hanseníase e a tuberculose formam um grave problema de saúde pública com a existência de transmissão ativa no Brasil. Apesar de todo o empenho na eliminação da hanseníase, o Brasil continua sendo o segundo com o maior número de casos novos registrados no mundo²².

Na década de 1980, devido ao aumento em sua incidência, associado à infecção pelo HIV, parcialmente revertido pela difusão da terapia antirretroviral, o número de ocorrências da tuberculose caiu lentamente, mas firmemente, nas duas últimas décadas, passando de 51,4 casos por 100.000 pessoas-ano, em 1990, para 38,2 casos por 100.000 pessoas-ano, em 2007 (uma redução de 26%). A mortalidade também caiu nesse período, de 3,6 mortes por 100.000 pessoas-ano para 1,4 mortes por 100.000 pessoas-ano (uma redução de 32%)²³.

Ao se observar os resultados de tuberculose na Figura 2a e b, enquanto o Brasil vem diminuindo o coeficiente de sua incidência, passando de 38,8 casos por 100 mil habitantes em 2006 para 33,9/100 mil habitantes em 2016, a incidência na região CO se mantém estável. O DF, no mesmo período, permaneceu, com pouca variação do coeficiente de incidência, oscilando entre 15,6 para 11,3, com média de 13,4 casos por 100 mil habitantes.

No entanto, o DF destaca-se por ter apresentado, de 2006 a 2016, um dos menores coeficientes de incidência de tuberculose do país, bem

abaixo da média nacional. No caso da mortalidade, a diminuição da taxa no DF, de 2006 e 2016, não acompanha o ritmo do país que, apesar de lenta, é gradual.

No período de 2007 a 2017 foram diagnosticados 151.764 casos novos de hanseníase no país, o que equivale a uma taxa média de detecção de 14,9 casos novos para cada 100 mil habitantes. Na Figura 2 e e f, observa-se que a taxa de detecção na população geral, no Brasil, diminuiu de 22,4 para 9,6, o mesmo ocorreu na região CO, com 49,0 para 25,2 e no DF com 1,3 para 0,4.

O mesmo decréscimo é verificado em relação à taxa de detecção por grau II de incapacidade física, colocando o DF com a menor quando comparado ao Brasil e ao CO entre os anos de 2007 e 2017 (1,3 comparado a 1,8 e 3,2 para 0,4 comparado a 3,2 e 1,3 respectivamente).

De 1980 a 2016, foram identificados no país mais de 800 mil casos de aids no Brasil. O país tem registrado, anualmente, uma média de 40 mil novos casos de aids nos últimos cinco anos. Sendo que a região CO corresponde a 6% do total de casos e nos últimos 5 anos apresentou uma média de 2,8 mil casos ao ano.

Na Figura 2 c e d observa-se que a incidência da doença entre 2006 e 2016 se mantém praticamente estável no Brasil (18,4 para 18,5), no CO (15,4 para 16,7) e no DF (17,7 para 15,4). Em relação à mortalidade de aids, houve um aumento contínuo durante os anos no Brasil (5,9 para 6,0) e no CO (4,8 para 5,1), o que não aconteceu com o DF, que apresentou diminuição de 4,7 para 3,7 no mesmo período.

A maioria dos casos concentra-se nas grandes metrópoles, nas regiões SE e CO e os grupos mais atingidos são homens que fazem sexo com homens (HSH) e os usuários de drogas injetáveis. Em 2016, ao analisar os dados observa-se o predomínio da doença em homens em comparação as mulheres, o que apresenta uma proporção de 25 casos em homens para cada 10 casos em mulheres²³.

As DANT representam as mais elevadas causas de morbidade no Brasil, e estão associadas a mortes prematuras, incapacidades, perda da qualidade de vida e importantes impactos econômicos. Dentre elas destacam-se as neoplasias, hipertensivas, acidentes de trânsito e violências. Tal é sua importância que foram incluídas metas de redução da mortalidade nos ODS e na agenda 2030¹⁸. O aprendizado em relação às DANT mostra que é preciso atuar na redução das vulnerabilidades, das desigualdades e das iniquidades de forma participativa, articulada e intersetorial.

Em 2007, a taxa de mortalidade por DANT no Brasil foi de 540 óbitos por 100 mil habitantes^{24,25}. A estimativa mundial mostra que, em 2012, ocorreram 14,1 milhões de casos novos de câncer e 8,2 milhões de óbitos.

Ferlay et al.²⁶ mostram que nos países desenvolvidos predominam os tipos de câncer associados à urbanização e ao desenvolvimento (pulmão, próstata, mama feminina, cólon e reto), nos países de baixo e médio desenvolvimentos, ainda é alta a ocorrência de tipos de câncer associados a infecções (colo do útero, estômago, esôfago, fígado). Além disso, apesar da baixa incidência, a mortalidade representa quase 80% dos casos de câncer no mundo.

A Tabela 2 mostra o aumento no número de óbitos por neoplasias no período de 2005 e 2015 no Brasil comparativamente ao CO (5,8% para 6,4%), e no DF comparativamente ao Brasil e ao CO (1,1% e 18,5% para 1,2% e 18,3% respectivamente). Os principais grupos de causas de mortalidade, de acordo com a incidência apresentada, são: doenças do aparelho circulatório com 26,6%, neoplasias (tumores) com 19,0% e causas externas de morbidade e mortalidade com 17,2%.

Quanto à transição epidemiológica, no que se refere ao perfil da mortalidade no CO e DF, verifica-se a diminuição de mortes por doenças infectocontagiosas e aumento das DANT no período de 2005 a 2015.

Estima-se, para o Brasil, no biênio 2018-2019, a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer, para cada ano. Excetuando-se o câncer de pele não melanoma (cerca de 170 mil casos novos), ocorrerão 420 mil casos novos de câncer. O cálculo global corrigido para o subregistro, segundo Mathers et al.²⁷, aponta a ocorrência de 640 mil casos novos. Essas estimativas refletem o perfil de um país que possui os cânceres de próstata, pulmão, mama feminina e cólon e reto entre os mais incidentes, entretanto ainda apresenta altas taxas para os cânceres do colo do útero, estômago e esôfago.

O comportamento suicida é caracterizado por pensamentos suicidas, tentativas de suicídio e o suicídio propriamente dito; enquanto que a autoagressão engloba atos de automutilação, incluindo desde as formas mais leves, como arranhaduras, cortes e mordidas até as mais severas, como amputação de membros^{28,29}.

No Brasil, a taxa de mortalidade por suicídio representa apenas uma pequena parte da problemática das lesões autoprovocadas intencionalmente. Elas constituem um sinalizador de mal-estar e sofrimento de indivíduos, cuja ação

geralmente está relacionada a um sentimento de impossibilidade na identificação de alternativas viáveis para a solução de seus conflitos e sofrimentos, optando pelas tentativas de tirar a própria vida, como resposta.

Importante tipo de lesão e causas de óbitos são as provocadas por ATT. Os primeiros estudos epidemiológicos sobre os óbitos relacionados ao trânsito no Brasil datam da década de 1970 e já mostravam uma taxa de mortalidade alta e crescente^{30,31}. Em 2007, os óbitos relacionados ao trânsito representaram quase 30% de todos aqueles por causas externas no Brasil. O declínio ocorreu em 1998 e as taxas permaneceram em torno de 23 por 100.000, sendo que a queda mais abrupta foi constatada na região CO.

Apesar disso, os pedestres foram a categoria com maior número de óbitos até 2007 no Brasil e CO, no caso do DF a categoria que predominou foi a de automóveis, mantendo essa categorização até 2015, já no caso do Brasil e CO, a categoria que predominou a partir de 2008 até 2015 foi a de motociclistas (29,7% e 24,2%, respectivamente). Os resultados mostram que as mudanças no perfil de morbimortalidade, as doenças crônicas não transmissíveis e as causas externas, como os ATT vêm se tornando as maiores preocupações do sistema de saúde e apontam novos desafios para o futuro.

Limitações do estudo: alguns dados não foram incluídos na análise da situação de saúde do DF por não estarem acessíveis e/ou atualizados. Outro fator importante a ser ressaltado é a grande prevalência de óbitos e casos de doenças de residentes no entorno do DF que alteram o perfil epidemiológico da região.

Considerações finais

Diante das análises demonstradas neste estudo, podemos deduzir que as condições de vida no DF são importantes para a diminuição da mortalidade infantil e o aumento da esperança de vida ao nascer. Se por um lado podemos atribuir no aumento da expectativa de vida a melhoria na qualidade de vida da população, por outro, o número de idosos leva a um incremento na quantidade de pessoas com necessidades especiais e cuidados prolongados demandando ao gestor público a elaboração de programas voltados a atender as necessidades de atenção à saúde dessa parcela da população.

O controle das doenças transmissíveis deve ser prioridade na agenda pública com foco na

vigilância, diagnóstico e tratamento oportuno, tendo em vista o ambiente no qual o DF está inserido sujeito a ocorrência de febre amarela, hantavirose e leishmaniose, pois muitas vezes com o aumento das doenças crônicas, as transmissíveis passam a ser negligenciadas.

Investimentos na rede de transporte público devem ser priorizados de forma a impactar positivamente na diminuição no número de acidentes de trânsito na Capital, a exemplo do que ocorreu em países desenvolvidos.

No que se refere à mortalidade, é certo que o investimento em programas de distribuição de renda e a melhoria das condições de vida da população mais carente ajudam na manutenção da tendência de queda da mortalidade e no aumento da esperança de vida ao nascer.

A mortalidade infantil mantém a tendência de declínio, atingindo níveis baixos no componente pós-neonatal e redução no componente neonatal, assim como a taxa de mortalidade materna.

Mantida a tendência identificada a partir da análise da série histórica de indicadores apresentada nesse artigo, as projeções esperadas são:

1. A mortalidade por doenças cardiovasculares deverá manter sua tendência declinante, com redução da letalidade das doenças isquêmicas do coração. Esse declínio deverá acarretar um aumento de sua prevalência, que, no entanto, concentrando-se em grupos populacionais de idade mais avançada.

2. A incidência e a mortalidade por câncer seguirá estável, com mudança nos tipos de tumor e aumento da sobrevida de pacientes em acompanhamento continuado.

Haverá redistribuição territorial dos acidentes de trânsito e das agressões, assim como de suas consequências de danos e mortes. O aumento desses eventos nas regiões NE e CO não compensará o declínio nas regiões S e SE.

Assim, se faz necessário manter o investimento na ampliação da cobertura de atenção básica com foco em atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, bem como a manutenção dos processos de vigilância em saúde com o objetivo de identificar e proporcionar controles e ações adequadas às necessidades da população do DF.

Colaboradores

SO Santos e LFS Moraes: Levantamento de dados, escrita, análise e revisão final; PEG Sellera: escrita, análise e revisão final; OL Moraes Neto e AMN Vasconcelos: análise e revisão final; MB Ruy: análise.

Referências

1. Simões CCS. *A transição da fecundidade no Brasil: análise de seus determinantes e as novas questões demográficas*. São Paulo: Arbeit Factory Editora e Comunicação; 2006.
2. Carneiro LAF, Campino ACC, Leite F, Rodrigues CG, Santos GMM, Silva ARA. *Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro*. São Paulo: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS); 2013.
3. Kanso S, Romero DE, Leite IC, Marques A. A evitabilidade de óbitos entre idosos em São Paulo, Brasil: análise das principais causas de morte. *Cad Saude Publica* 2013; 29(4):735-748.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil*. Brasília: MS; 2005.
5. Silva Junior JB, Gomes FBC, Cezário AC, Moura L. Doenças e agravos não transmissíveis: bases epidemiológicas. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia & Saúde*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 289-311.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Saúde Brasil Estados 2018: uma análise de situação de saúde segundo o perfil de mortalidade dos estados brasileiros e do Distrito Federal*. Brasília: MS; 2018.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Saúde Brasil 2004 – uma análise da situação de saúde*. Brasília: MS; 2004.
8. Duarte EC, Schneider MC, Sousa RP, Ramalho WM, Sardinha LMV, Silva Júnior JB, Castillo-Salgado C. Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil*. Brasília: MS; 2011.
10. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). *Atlas de violência 2018: políticas públicas e retratos dos municípios brasileiros*. [acessado 2017 Jan 17]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/atlas_da_violencia_2018.pdf
11. Moraes Neto OL, Andrade AL, Guimarães RA, Mandacará PMP, Tobias GC. Regional disparities in road traffic injuries and their determinants in Brazil, 2013. *Int J Equity Health* 2016; 15:142.
12. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). *Sistema Único de Saúde*. Brasília: CONASS; 2011. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011,1);
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico 2010 – Características Gerais da População*. [acessado 2017 Jan 17]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>.
14. *Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro*. Brasília: PNUD, Ipea, FJP; 2013.
15. Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN). *Indicadores sociodemográficos prospectivos para o Distrito Federal 1991-2030. Demografia em Foco*. Brasília: CODEPLAN; 2009.
16. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Salud y envejecimiento: un documento para del debate*. Madrid: OMS; 2002.
17. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Indicadores para o estabelecimento de políticas e tomadas de decisão em saúde ambiental* [mimeo]. Genebra: OMS; 1998.

18. Organização das Nações Unidas (ONU). *Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*. Nova York: ONU; 2015. [acessado 2017 Nov 22]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico de Sífilis, 2017*. [acessado 2017 Jan 17]. Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/13/BE-2017-038-Boletim-Sifilis-11-2017-publicacao-.pdf>
20. Centers for Disease Control and Prevention (CDCP). Addressing emerging infectious disease threats: a prevention strategy for the United States (Executive Summary). *MMWR* 1994; 43(RR-5):1-18.
21. Araujo MG. Hanseníase no Brasil. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2003; 36(3):373-382.
22. Brasil. Ministério da Saúde (MS). DATASUS. Informação em Saúde. Epidemiológica e morbidade. *Hanseníase* [Internet]. 2017 [acessado 2017 Jan 17]. Disponível em: www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=31032752
23. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. HIV/Aids 2017. *Boletim epidemiológico* 2018; 49(49).
24. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PR. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet* 2011; 377(9781):1949-1961.
25. Alwan A, Maclean DR, Riley LM, d'Espaignet ET, Mathers CD, Stevens GA, Bettcher D. Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. *Lancet* 2010; 376(9755):1861-1868.
26. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray F. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer* 2015; 136(5):E359-386.
27. Mathers CD, Bernard C, Iburg KM, Inoue M, Ma Fat D, Shibuya K, Stein C, Tomijima N, Xu H. Global burden of disease in 2002: data sources, methods and results. Geneva: World Health Organization (WHO); 2003.
28. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization (WHO); 2002.
29. Crosby AE, Ortega L, Melanson C. *Self-directed Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements, Version 1.0*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2011.
30. Laurenti R, Guerra MAT, Baseotto RA, Klincercivius MT. Alguns aspectos epidemiológicos da mortalidade por acidentes de trânsito de veículo a motor na Cidade de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica* 1972; 6: 329-341.
31. Mello Jorge MHP. Mortalidade por causas violentas no município de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica* 1980; 14:343-357.

Artigo apresentado em 29/11/2018

Aprovado em 06/02/2019

Versão final apresentada em 26/03/2019