



Universidade de Brasília  
Instituto de Ciências Humanas  
Departamento de Geografia

GABRIEL BUENO LEITE

**DINÂMICA DE FLUXO DOS CASOS DE DENGUE NO ACESSO AOS  
ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE EM SÃO SEBASTIÃO – DISTRITO FEDERAL**

Brasília

2020

GABRIEL BUENO LEITE

**DINÂMICA DE FLUXO DOS CASOS DE DENGUE NO ACESSO AOS  
ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE EM SÃO SEBASTIÃO – DISTRITO FEDERAL**

Monografia apresentada ao Departamento de Geografia do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel e Licenciatura em Geografia.

**Orientadora: Profa. Dra. Helen da Costa Gurgel**

Brasília

2020

## FICHA CATALOGRÁFICA

LEITE, Gabriel Bueno.

**Dinâmica de fluxo dos casos de dengue no acesso aos estabelecimentos de saúde em São Sebastião – Distrito Federal / Gabriel Bueno Leite; orientação de Helen da Costa Gurgel, 2020.**

Monografia de Graduação – Universidade de Brasília / Instituto de Ciências Humanas / Departamento de Geografia, 2020.

1. Dengue; 2. Dinâmica de Fluxo; 3. Estabelecimentos de Saúde; 4. São Sebastião (DF).

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

LEITE, Gabriel Bueno. Dinâmica de fluxo dos casos de dengue no acesso aos estabelecimentos de saúde em São Sebastião – Distrito Federal. Monografia de Graduação em Geografia apresentada ao Departamento de Geografia do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília. Brasília: UnB, 2020.

## CESSÃO DE DIREITOS

**Autoria:** Gabriel Bueno Leite

**Título:** **Dinâmica de fluxo dos casos de dengue no acesso aos estabelecimentos de saúde em São Sebastião – Distrito Federal.**

**Grau:** Bacharel e Licenciado

**Ano:** 2020

É concedida a Universidade de Brasília permissão para reproduzir cópias desta monografia de graduação e emprestar ou vender tais cópias somente para propósitos ou fins acadêmicos e científicos. Ao autor reservam-se outros direitos de publicação e nenhuma parte desta monografia de graduação pode ser reproduzida sem autorização por escrito do autor.

---

Gabriel Bueno Leite

gabrielbuenosdf@gmail.com

GABRIEL BUENO LEITE

**DINÂMICA DE FLUXO DOS CASOS DE DENGUE NO ACESSO AOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE EM SÃO SEBASTIÃO – DISTRITO FEDERAL**

Monografia apresentada ao Departamento de Geografia do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel e Licenciatura em Geografia.

Data de aprovação: \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Helen da Costa Gurgel (Orientadora)  
Departamento de Geografia (GEA) – IH – UnB

---

Ms. Amarílis Bezerra Lima  
Ministério da Saúde - MS

---

Dr. Leandro Gregório  
Instituto Brasília Ambiente – IBRAM DF

## **AGRADECIMENTOS**

Todo o processo que passei para chegar até a conclusão deste trabalho foi acompanhado por pessoas e lugares que me ajudaram no meu processo de mediação do conhecimento e construção do estudante e pesquisador que me tornei.

Primeiramente quero agradecer a Deus por abençoar e iluminar a minha vida, me ajudar a trilhar meu caminho e me acompanhar em todos os momentos. Hoje eu termino mais um ciclo e acredito que em todos os momentos estava ao meu lado.

A toda minha família que esteve sempre presente em minha vida me dando todo apoio para que eu pudesse concluir diversas etapas. Em especial aos meus pais, Leandra e Silvério, e meu irmão Marcus Vinícius, que me ajudaram em todos os momentos e representam a base da minha vida. A minhas avós, Cotinha e Conceição pelo incentivo e todos os momentos de apoio. E a minha madrinha Tissiane, pela admiração enquanto profissional e pelos diversos momentos juntos.

A todos os meus amigos da UnB que dividiram comigo diversos momentos nessa Universidade, pelo apoio nos momentos difíceis e pelos risos nas horas fáceis. Acredito que todas as relações construídas, mesmo que não contínuas, se apresentam como momentos de aprendizado, respeito e gratidão.

A Universidade de Brasília e todo o corpo administrativo e técnico que ajudam na organização desta instituição. Por todo o espaço de desenvolvimento do conhecimento e incentivo a pesquisa científica, por representar para milhares de estudantes uma instituição de respeito e valorização, e a todas as oportunidades acadêmicas vivenciadas. A UnB representa um dos maiores marcos na minha vida, tanto academicamente quanto nas realizações pessoais, foram anos de amadurecimento e que vão perpetuar durante toda a minha vida.

A todos os meus professores que me ajudaram na mediação do conhecimento, pela paciência com os estudantes e por doarem o seu tempo pela valorização do ensino superior. Em especial a minha orientadora, Helen Gurgel, pela compreensão e auxílio em grande parte da graduação.

Ao Laboratório de Geografia, Ambiente e Saúde (LAGAS) e seus integrantes, por me proporcionar momentos de troca de conhecimento e por todo apoio durante os mais de dois anos que estou presente, tive um grande crescimento durante o tempo presente neste local.

Por último, gostaria de reconhecer o meu esforço nos mais de quatro anos nesta instituição, pelo crescimento e amadurecimento que obtive nesse período e pela responsabilidade em carregar o nome desta instituição enquanto estudante.

Vivemos num mundo confuso e confusamente percebido. Haveria nisto um paradoxo pedindo uma explicação? (Milton Santos)

## RESUMO

A dengue é uma doença febril aguda do tipo arboviroses, apresentando quatro sorotipos diferentes da doença, se manifesta de forma benigna até um quadro mais grave de saúde. É transmitida principalmente pelo mosquito *Aedes aegypti* e sua infecção ocorre pela picada do mosquito ao homem. Questões ambientais e urbanas favorecem a proliferação do mosquito e conseqüentemente o desenvolvimento da doença, o Brasil apresenta graves problemas da doença por apresentar essas condições favoráveis. As organizações territoriais dos estabelecimentos de saúde podem impactar diretamente no tratamento e combate da doença, o acesso da população ao diagnóstico gera a notificação do agravo para que as análises possam ser feitas. Primeiramente este trabalho realizou uma revisão literária sobre a relação da geografia e saúde, buscando os encontros das duas ciências e importantes delimitações para a pesquisa. A dengue no contexto geográfico e quais fatores podem estar ligados ao seu desenvolvimento, e no contexto da saúde quais entendimentos sobre o combate a doença. Em seguida foram apresentadas a análise de construção e estruturação da política e indicadores de saúde, o processo realizado no banco de dados de dengue e as informações utilizadas e a área de estudo deste trabalho. Foram analisados os estabelecimentos de saúde e sua organização no território do Distrito Federal (DF), e como os tipos de estabelecimentos podem impactar o acesso aos serviços de saúde. Por último, foram apresentados os resultados deste trabalho com a dinâmica espacial de fluxo aos estabelecimentos de saúde entre os anos 2009 a 2019 e os mapas dessas análises com o objetivo de identificar a dinâmica de fluxo no acesso ao diagnóstico (prováveis e confirmados) de dengue da população de São Sebastião (DF).

**Palavras-chave:** Dengue; Dinâmica de Fluxo; Estabelecimentos de Saúde; São Sebastião (DF).

## ABSTRACT

Dengue is an acute febrile disease of the arbovirus type, presenting four different serotypes of the disease, it manifests itself in a benign way until a more serious health condition. It is transmitted by the *Aedes aegypti* mosquito and its infection occurs by the mosquito bite to man. Environmental and urban issues favor the proliferation of mosquitoes and, consequently, the development of the disease, Brazil presents serious problems of the disease for presenting these favorable conditions. The territorial organizations of health establishments can directly impact the treatment and fight of the disease, the population's access to the diagnosis generates the notification of the disease so that the analyzes can be made. Firstly, this work carried out a literary review on the relationship between geography and health, seeking the meeting of the two sciences and important delimitations for research. Dengue in the geographical context and which factors may be linked to its development, and in the context of health, which understandings about fighting the disease. Next, the analysis of construction and structuring of health policy and indicators, the process carried out in the dengue database and the information used and the study area of this work were presented. Health establishments and their organization in the territory of the Federal District (DF) were analyzed, and how the types of establishments can impact access to health services. Finally, the results of this work with the spatial dynamics of flow to health establishments between the years 2009 to 2019 were presented, presenting the maps of these analyzes in order to identify the dynamics of flow in the access to the diagnosis (probable and confirmed) of dengue fever in the population of São Sebastião (DF).

**Keywords:** Dengue; Flow Dynamics; Health establishments; São-Sebastião (DF).

## **LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS**

CODEPLAN – Companhia de Planejamento do Distrito Federal

CENEPI - Centro Nacional de Epidemiologia

CS – Centro de Saúde

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

DF – Distrito Federal

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPHAN – Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional

LDNC - lista nacional de doenças de notificação compulsória

MS – Ministério da Saúde

NM\_BAIRRO – Nome do Bairro

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

RA – Região Administrativa

SES-DF – Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

SIG – Sistemas de Informações Geográficas

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SINAN – Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação

SIS – Sistemas de Informações em Saúde

SNIS – Sistema Nacional de Informações em Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mapa localização Regiões Administrativas do Distrito Federal Fonte: CODEPLAN.....	25
Figura 2. Processo organização e utilização dos dados de dengue e estabelecimentos de saúde.....	31
Figura 3. Média de casos dengue regiões administrativas e totais de casos dengues São Sebastião 2009-2019. Fonte: Banco de dados dengue SES-DF.....	32
Figura 4. Estabelecimentos de Saúde segundo sua natureza jurídica. Fonte: CNES.....	35
Figura 5. Estabelecimentos de Saúde Públicos por R.A. Fonte: SES-DF.....	36
Figura 6. Mapa dinâmica de fluxo 2009-2019. Fonte: SES-DF.....	41

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Procedimentos de filtragem dos casos de dengue.....	32
Tabela 2 - Estabelecimentos de Saúde Públicos do Distrito Federal.....	36
Tabela 3 - UBS Localizadas em São Sebastião (DF).....	37
Tabela 4 - Acesso aos estabelecimentos de Saúde pela população de São Sebastião.....	43
Tabela 5- Acesso aos estabelecimentos de saúde localizados em São Sebastião – DF.....	45
Tabela 6. Estabelecimentos de Saúde acessados pelos entrevistados do projeto soroprevalência.....	47
Tabela 7. Motivo do acesso aos estabelecimentos dos entrevistados.....	48
Tabela 8. Acesso aos estabelecimentos de saúde localizados em São Sebastião – DF (Anexo).....	57

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>CAPÍTULO 1 – REFLEXÕES TEÓRICAS SOBRE A RELAÇÃO ENTRE DENGUE, GEOGRAFIA E SAÚDE.....</b>	<b>17</b>
1.1 Geografia e Saúde.....	17
1.2- Dengue no contexto Geográfico.....	20
1.3- A dengue como um problema de saúde.....	21
<b>CAPÍTULO 2 - ÁREA DE ESTUDO, SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE E USO DOS DADOS DE DENGUE.....</b>	<b>23</b>
2.1. Histórico espaço urbano e político do Distrito Federal.....	23
2.1.1 Área de estudo - São Sebastião (DF).....	25
2.2 Sistemas de Informação em Saúde.....	26
2.2.1 Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).....	28
2.2.2 Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).....	30
2.3. Banco de dados de Dengue.....	30
<b>CAPÍTULO 3 – ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE E BUSCA AO DIAGNÓSTICO DE DENGUE.....</b>	<b>34</b>
3.1 Organização territorial dos estabelecimentos de saúde no Distrito Federal e de São Sebastião.....	34
3.1.1 Estabelecimentos de Saúde em São Sebastião (DF).....	37
3.2 Protocolos para acesso aos serviços de saúde para pacientes suspeitos de dengue no DF.....	38
<b>CAPÍTULO 4 – DINÂMICA ESPACIAL DE FLUXO NO ACESSO AOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE DE CASOS PROVÁVEIS E CONFIRMADOS DE DENGUE.....</b>	<b>40</b>
4.1 Análises de fluxo no acesso ao diagnóstico (prováveis/confirmados) de dengue dos pacientes residentes em São Sebastião.....	40
4.2. Busca pelo diagnóstico (prováveis/confirmados) de dengue aos estabelecimentos de saúde de São Sebastião por pessoas residentes em outras regiões do DF.....	44
4.3 Motivos que ocasionaram a busca ao diagnóstico (prováveis/confirmados) de dengue da população residente em São Sebastião para outras regiões do DF.....	46
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>50</b>

<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>53</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>57</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A dengue é uma doença febril aguda, transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti*, seu principal mosquito vetor. Atualmente são conhecidos quatro sorotipos diferentes da doença: DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4, podendo se apresentar de forma benigna até uma grave evolução no quadro de saúde (OMS, 2009; TAUIL, 2001).

A doença se trata de uma arbovirose e a infecção ocorre pela picada do mosquito ao homem, que pelos seus hábitos domésticos e preferência pelo sangue humano favorecem a proliferação da doença (TAUIL, 2001).

O vetor é originário da África e desde o século XVI vem se espalhando pelas regiões tropicais e subtropicais. As grandes navegações e tráfico de escravos podem ter inserido o mosquito no continente americano (BRASIL, 2016).

No início do século XX o *Aedes aegypti* era um problema no Brasil não por transmitir a dengue e sim a febre amarela. Após a erradicação do mosquito houve uma falta de controle ocasionadas pelas dinâmicas urbanas, o que fez com que ele fosse reintroduzido no território brasileiro (BRASIL, 2016).

A partir da década de 70 a doença iniciou sua emergência no Brasil, após passar quase 60 anos sem apresentar registros, não se sabe certamente quais os motivos para esse ressurgimento, mas as mudanças na dinâmica das cidades a partir dos anos 60 e o grande fluxo-migratório sem adoção de infraestrutura para grande parte da população podem ter gerado locais propícios para a proliferação do vetor (TAUIL, 2001).

Após seus primeiros registros de reemergência dos casos de dengue, em 1986 houve uma epidemia no Rio de Janeiro e em algumas capitais do Nordeste, a partir deste momento a dengue foi se alastrando por todo o território brasileiro e atualmente é registrada em todos os estados do País (BRASIL, 2016).

Atualmente, no Brasil a dengue é um importante e complexo problema de saúde pública. Pois o país apresenta condições ambientais e socioeconômicas favoráveis a disseminação do vetor e conseqüentemente o crescimento da doença (OMS, 2009).

No Distrito Federal a dengue chegou no ano de 1991 quando os primeiros casos importados de dengue foram registrados, conseqüentes das epidemias que

ocorriam no Brasil. Mas apenas em 1997 houve registros de pessoas infectadas na própria capital (CATÃO et al., 2009).

O Distrito Federal apresenta diferenças na disponibilização dos serviços e infraestruturas básicas (Saneamento básico, coleta regular de lixo, abastecimento, etc.) a sua população. Contribuindo com a proliferação do vírus e agravamento da doença de forma desigual, assim os que não têm acesso a esses serviços estão mais suscetíveis e vulneráveis a dengue (CATÃO et al., 2009).

Desde então a dengue vem se desenvolvendo no Distrito Federal, variando entre anos com mais e menos casos. Segundo dados do SINAN, nos últimos 10 anos a capital registrou mais de cem mil casos de dengue confirmados e autóctones na capital.

Dessa maneira, apresentam-se as seguintes questões norteadoras dessa pesquisa: 1) Existe um padrão no acesso da população ao diagnóstico de dengue em São Sebastião (DF)? 2) Quais caminhos que a população percorre para esse diagnóstico?

Este trabalho tem como objetivo geral identificar a dinâmica de fluxo no acesso ao diagnóstico (prováveis e confirmados) de dengue da população de São Sebastião (DF). Os objetivos específicos são: 1) Analisar a distribuição espacial das instituições de saúde pública no DF; 2) Identificar o deslocamento por pessoas possivelmente com dengue; 3) Quais motivos levaram as pessoas ao deslocamento para o diagnóstico.

É importante frisar que este estudo pode identificar como ocorre o acesso da população de São Sebastião aos estabelecimentos de saúde públicos no Distrito Federal, e pode auxiliar as estratégias da Secretaria de Saúde na organização territorial destes estabelecimentos com a finalidade de melhoria nas políticas de saúde.

Para atingirmos os objetivos geral e específico, o presente trabalho foi dividido em quatro capítulos:

O capítulo 1 está organizado para as questões do referencial teórico de Geografia e Saúde, com o intuito de traçar as relações existentes e entender o papel das ciências na dinâmica da dengue.

No 2º capítulo é tratada a metodologia do trabalho e descrição da área de estudo. Todo o processo de organização dos dados e as ferramentas utilizadas para obtenção dos resultados.

O penúltimo capítulo trata do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e sua organização territorial. Também são apresentados a forma de atuação de atendimentos e os protocolos de dengue.

Finalizando com o último capítulo que trata do mapeamento de fluxo do acesso ao diagnóstico de dengue. Nesta parte são apresentados os resultados do trabalho e considerações sobre o que foi apresentado.

## **CAPÍTULO 1 – REFLEXÕES TEÓRICAS SOBRE A RELAÇÃO ENTRE DENGUE, GEOGRAFIA E SAÚDE.**

A geografia e saúde há muito tempo desenvolvem uma relação importante para a construção de conhecimento em torno da população e as doenças presentes no espaço geográfico. Esses laços históricos serão apresentados e aprofundados para entender o caminho percorrido até a geografia da saúde atual.

O primeiro capítulo tratará desta importante relação entre a geografia e a saúde e de como a dengue está contextualizada na geografia e na saúde, permitindo visualizar os pontos de interesse dessas duas ciências.

### **1.1- Geografia e Saúde**

A ciência geografia traz vários conceitos e definições para entender a relação existente entre o homem e o meio, contribuindo para o estudo da sociedade e natureza (LEMOS; LIMA, 2002).

Os povos antigos acreditavam que as dinâmicas do tempo e obtenção de alimentos estavam relacionadas às questões religiosas ou sobrenaturais. Isso se aplicava também para as doenças e conseqüentemente à saúde das pessoas (MENDONÇA et al. 2014).

Após algum tempo com as transformações ocorridas nas sociedades, principalmente nas civilizações egípcias, houve uma mudança no entendimento das doenças que antes estavam relacionadas ao religioso e espiritual, foi necessário a criação de uma instituição voltada ao tratamento das doenças (MENDONÇA et al. 2014).

Posteriormente, surgiu então o nascimento da medicina, na Grécia antiga, dando teor científico ao direcionamento do tratamento das doenças. Hipócrates publicou a obra *Dos ares, das águas e dos lugares*, aproximadamente 480 a.C. Desde este estudo ele já trazia a relação das doenças com o contexto ambiental, fortalecendo a relação entre as duas ciências (LEMOS; LIMA, 2002).

No entendimento desta relação, Lacaz caracteriza a geografia médica, e a conceitua da seguinte maneira:

A Geografia Médica é a disciplina que estuda a geografia das doenças, isto é, a patologia à luz dos conhecimentos geográficos. Conhecida também como Patologia geográfica, Geopatologia ou Medicina geográfica, ela se constitui em um ramo da Geografia humana (Antropogeografia) ou, então, da Biogeografia (LACAZ 1972, p. 1).

As contribuições de Hipócrates foram muito importantes para os estudos envolvendo a saúde, ainda hoje seus termos são usados em diversos estudos, como no caso das doenças endêmicas e epidêmicas, que tratam da frequência contínua ou por vezes de certas enfermidades (LEMOS; LIMA, 2002).

A teoria dos Miasmas faz ligação com o trabalho de Hipócrates, evidenciando que os lugares que apresentavam coisas estragadas e podres estabeleciam miasmas, difundidas pelos lugares, ares e pelas águas. A teoria vai de encontro com a geografia médica, quando estabelece uma relação direta da saúde com o ambiente (GUIMARÃES et. al, 2014).

Durante muito tempo o trabalho de Hipócrates serviu de referência para estudos e contribuições envolvendo esta temática. Até meados do século XVII nada de novo relacionado a este estudo foi apresentado (LEMOS; LIMA, 2002).

Após isso, o primeiro trabalho a comprovar a disseminação no meio urbano de uma doença através de um organismo vivo, foi o médico John Snow. O trabalho relacionou o número de óbitos de cólera com as fontes de águas contaminadas nos bairros da cidade de Londres em 1854. (GUIMARÃES et al. 2014).

A partir do século XIX, Louis Pasteur apresenta estudos voltados à microbiologia, remetendo as doenças com a proliferação de bactérias, trazendo um novo ponto de vista acerca da relação das doenças com o ambiente e a população, que segundo alguns autores levou a geografia médica a um declínio (LEMOS; LIMA, 2002).

No início do Século XX, Max Sorre trata dos complexos patogênicos, inspirado na ciência geográfica clássica, evidenciando a geografia nas pesquisas da área médica, pois “[...] a obra de Sorre permitia a instrumentalização para apreensão da doença como um fenômeno localizável, passível de delimitação em termos de área” (GUIMARÃES et al. 2014, p. 20). A teoria dos complexos patogênicos, de grande importância para a área da geografia e saúde:

Propôs, assim, a noção de “complexo patogênico”, segundo o qual haveria “um suporte vivo” (hospedeiro e vetores) na determinação da história natural de diversas moléstias. Dessa maneira, o desenvolvimento de uma doença num agrupamento humano seria resultado da interação entre o agente patógeno (vírus, bactéria, fungo, protozoário, dentre outros), o hospedeiro humano e o ambiente [...] (GUIMARÃES et al. 2014, p 21).

Ainda no Século XX um importante estudo de um brasileiro traz importantes reflexões no âmbito da geografia e da saúde. Josué de Castro, formado em medicina e doutor em geografia, evidencia uma importante perspectiva ao apresentar sua obra, Geografia da Fome. Neste importante estudo o autor apresenta conceitos que relacionam a fome e subnutrição em respectivas áreas através do mundo, alterando a perspectiva construída ao longo dos anos e entrando no novo campo da área da geografia da saúde (MENDONÇA et al. 2014).

Com uma nova perspectiva, a geografia da saúde segue seu espaço de estudo diante de um cenário de enfraquecimento do positivismo lógico nas análises da realidade, inicia-se o desenvolvimento de perspectivas envolvendo os processos naturais, sociais ou híbridos. O início dos estudos sobre sistemismo, humanismo, marxismo, etc., traz a necessidade de novas abordagens científicas para estudos voltados à sociedade (MENDONÇA et al. 2014).

Atualmente, a geografia da saúde trabalha com abordagens geográficas gerindo os recursos de saúde em diferentes escalas, se preocupando com os problemas atuais e se comportando como ponto essencial para os fenômenos naturais e sociais (Mendonça et al. 2014). Ela se divide em duas áreas de interesse: a) Nosogeografia, e b) a abordagem dos Serviços de Saúde, onde a primeira traz uma abordagem tradicional evidenciando padrões de distribuição espaciais da saúde e doença em um espaço/tempo. A outra que é mais atual, aborda a atenção médica e gestão das infraestruturas de saúde (MENDONÇA et al. 2014).

Cada vez mais o campo da geografia vem tratando de abordagens envolvendo a interdisciplinaridade, pois em sua construção a geografia da saúde passa por diversos campos científicos, relacionando a dinâmica espacial com os problemas de saúde (MENDONÇA et al. 2014).

Diante das mudanças ocorridas na geografia brasileira, há uma adoção de novas abordagens sociológicas, como o marxismo, que influenciam diretamente na

perspectiva de análises espaciais. A geografia médica então passa a se denominar geografia da saúde, ressaltando a influência do contexto social relacionados ao capitalismo (MENDONÇA et al. 2014).

A adoção da compreensão territorial, traz uma perspectiva de organização na dinâmica espacial envolvendo as práticas de saúde, caracterizando um importante passo para o conhecimento sobre a população e suas enfermidades. Com o reconhecimento desta categoria de análise, trouxe avanços para a introdução das geotecnologias com o intuito de reconhecimento deste território (MONKEN e BARCELLOS, 2005).

O avanço tecnológico foi de grande importância para a construção dos Sistemas de Informação Geográfica (SIG), fazendo com que a geografia adotasse um papel mais dinâmico favorecendo suas análises e sistematização dos seus dados. A expansão dessas tecnologias e utilização das ferramentas geográficas são estratégias importantes para a melhoria dos serviços públicos de saúde (MENDONÇA et al. 2014).

## **1.2- Dengue no contexto Geográfico**

A geografia e sua relação com a saúde ajudam a entender a dinâmica das doenças no território. A dengue é uma doença em que a transmissão do seu vírus ocorre no espaço geográfico, mas existem outros fatores que ajudam entender como essa distribuição ocorre no território (CATÃO, 2012).

Para entender de que forma ocorre a distribuição do vírus no território, é preciso partir as características ou determinantes que esses locais dispõem para facilitar sua propagação (CATÃO, 2012).

Segundo OPAS, essas características ou determinantes são divididos em macro e micro e são importantes para entender o comportamento da dengue. Os macro determinantes estão relacionados a áreas geográficas associadas ao ambiente, ou seja, os fatores abióticos que influenciam no desenvolvimento do vetor. Essa dinâmica tem maior relação em países tropicais, onde as dinâmicas ambientais ocorrem de forma mais acentuada. Ainda são considerados a produção do espaço

urbano e as dinâmicas ocorridas nesse processo, ocasionando a distribuição desigual da doença (CATÃO, 2012).

Os fatores micro determinantes estão relacionados ao agente etiológico, vetores e aos hospedeiros, onde todos estão suscetíveis à contaminação desta doença (CATÃO, 2012).

### **1.3- A dengue como um problema de saúde**

Desde a sua introdução nas Américas, por volta do século XIX, o mosquito *Aedes aegypti* encontrou ambientes e clima favoráveis para a sua reprodução. Atualmente é transmissor da dengue, representando um problema de saúde coletiva, relacionado ao ambiente urbano que caracteriza um problema de todos. (PENNA, 2003).

A dengue é uma doença febril aguda e se trata de uma arbovirose, o processo de infecção está relacionado a picada do mosquito ao ser humano, podendo trazer sérias complicações dependendo do sorotipo (TAUIL, 2001).

A dinâmica de transmissão da dengue se comporta como um ciclo e ocorre quando o seu vetor entra em contato com uma pessoa infectada. A atuação do vírus no vetor ocorre do intestino médio, passando para os outros tecidos e chegando nas glândulas salivares. Após carregar o vírus o vetor pode infectar inúmeras pessoas, pois a propagação ocorre enquanto viver (Brasil, 2016).

A transmissão da doença só pode ocorrer através da picada do mosquito infectado, se manifestando após o ciclo de transmissão. O indivíduo uma vez picado porta o vírus que é disseminado no organismo, podendo ser identificado pelos primeiros sintomas: febre, dor de cabeça e mal estar ocorrendo de 2 a 10 dias (Brasil, 2016).

É importante ressaltar que a dengue possui 4 sorotipos diferentes da doença: DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4. O indivíduo infectado por algum dos sorotipos descritos, desenvolve imunidade do qual foi infectado (PENNA, 2003).

Como a doença ainda não possui vacinas para neutralizar a atuação do vírus no organismo, o combate está centralizado no mosquito e criadouros para reduzir

sua população e conseqüentemente frear a disseminação da doença (PENNA, 2003).

A organização no combate à doença teve algumas mudanças ao longo dos anos. Anteriormente o Ministério da Saúde (MS) traçava estratégias no sentido de erradicação do mosquito, mas devido aos grandes espaços urbanos e a dinâmica da população, houve mudanças na tentativa de controle da população do vetor (PENNA, 2003).

Além das medidas de controle do mosquito transmissor da dengue no Brasil, medidas de educação e conscientização junto a população e atuação do poder público no combate e prevenção são de grande importância para a redução da disseminação da doença no Brasil (Penna 2003). Além disso, investimentos públicos e uso de tecnologias em busca de um melhor combate à doença, ainda são necessários.

## **CAPÍTULO 2 - ÁREA DE ESTUDO, SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE E USO DOS DADOS DE DENGUE.**

Este capítulo traz uma caracterização da área de estudo, considerando o processo histórico e urbanístico do Distrito Federal e São Sebastião (DF). É importante ressaltar que este trabalho traz como foco a região administrativa de São Sebastião, mas a relaciona com outras regiões presentes no DF.

São apresentadas também o processo de instauração da política de saúde e os sistemas de informação em saúde, uma caracterização do Sistema de Informações de Agravos e Notificação (SINAN) e do Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde (CNES), muito usados na construção deste trabalho.

Por último, a caracterização do banco de dados de dengue, todo o processo que foi realizado para “filtragem” dos casos, quais categorias foram utilizadas e a orientação desta organização através das informações apresentadas pelo SINAN.

### **2.1. Histórico espaço urbano e político do Distrito Federal**

O Distrito Federal (DF) está localizado na Região Centro-Oeste do Brasil e representa a menor unidade da federação no País. Criado para ser a capital do Brasil, representa um fator de integração entre os estados pela sua localização na região central. Diferente dos outros estados brasileiros, esta unidade não possui municípios na sua formação, contudo apresenta uma forma de organização, intitulada de região administrativa (RA) (CODEPLAN, 2020).

A transferência da capital brasileira já era pensada ainda no tempo do império com o intuito de mudança para o interior do Brasil. Em 1871 foi montada a Comissão Exploradora do Planalto Central do Brasil, com a finalidade de elaborar estudos de diferentes áreas do conhecimento para definir o futuro território da capital (PAVIANI, 2007).

Diversas comissões foram criadas para promover estudos no território que viria a ser a nova capital do País. No Governo de Getúlio Vargas foi criada a Comissão de Localização da Nova Capital Federal, após parlamentares discutirem a Lei 1.803, de 5 de janeiro de 1953, relacionada aos estudos que seriam realizados nesta região. Esses estudos definiram os sítios favoráveis para implementação da

Capital, o “sítio castanho” localizado no estado do Goiás foi escolhido (CODEPLAN, 2014; PAVIANI, 2007).

A partir da escolha e delimitação da área para a transferência, o processo foi acelerado por conta da campanha eleitoral de 1955, definindo Juscelino Kubitschek de Oliveira o novo Presidente do Brasil. A construção de Brasília estava definida em uma das 30 metas do presidente, que esteve no local já no ano de sua posse (CODEPLAN, 2014; PAVIANI, 2007).

Para o início da construção surgiu a necessidade de um projeto urbanístico para as obras de infraestrutura da região. Foi criado um concurso internacional para escolher o plano de cidade para a nova capital. Lucio Costa, urbanista conhecido venceu o concurso com o plano piloto de Brasília e as obras foram iniciadas no dia 2 de outubro de 1956 (CODEPLAN, 2014; PAVIANI, 2007).

Após a lei sancionada por Juscelino Kubitschek que marcava a transferência da Capital para o Distrito Federal no dia 21 de abril de 1960, as obras foram aceleradas para cumprir o tempo estabelecido. Com os prazos apertados, aos 41 meses antecessores da entrega alguns edifícios e os principais serviços foram priorizados. “[...] Foram levantados os principais edifícios públicos, 3.500 unidades habitacionais, hotéis, hospitais, escolas, estrutura básica de outros prédios [...]” (CODEPLAN, 2014; p. 24).

A construção da futura capital movimentou um grande número de trabalhadores para a região central do País, entre 1957 e 1960 o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) identificou mais de 140 mil pessoas no Distrito Federal, 12 mil apenas no início das obras (PAVIANI, 2007).

A urbanização do Distrito Federal começou nesses canteiros de obras, para abrigar os trabalhadores e seus familiares. Os núcleos habitacionais abrigavam a população advinda do processo migratório da construção, com isso foram se formando as primeiras “cidades-satélites” (CODEPLAN, 2014; PAVIANI, 2007).

Com o avanço da urbanização e ocupação de novas localidades, houve um desenvolvimento no Distrito Federal. A lei nº 4.545/64 foi criada com o intuito de facilitar a administração dessas novas áreas, inicialmente dividindo o território em 8

regiões administrativas. Com o desenvolvimento da ocupação, essas regiões foram aumentando para 12 em 1989, 19 no ano de 2000, 30 em 2011 e finalmente 31 regiões administrativas em 2014, como na figura 1.

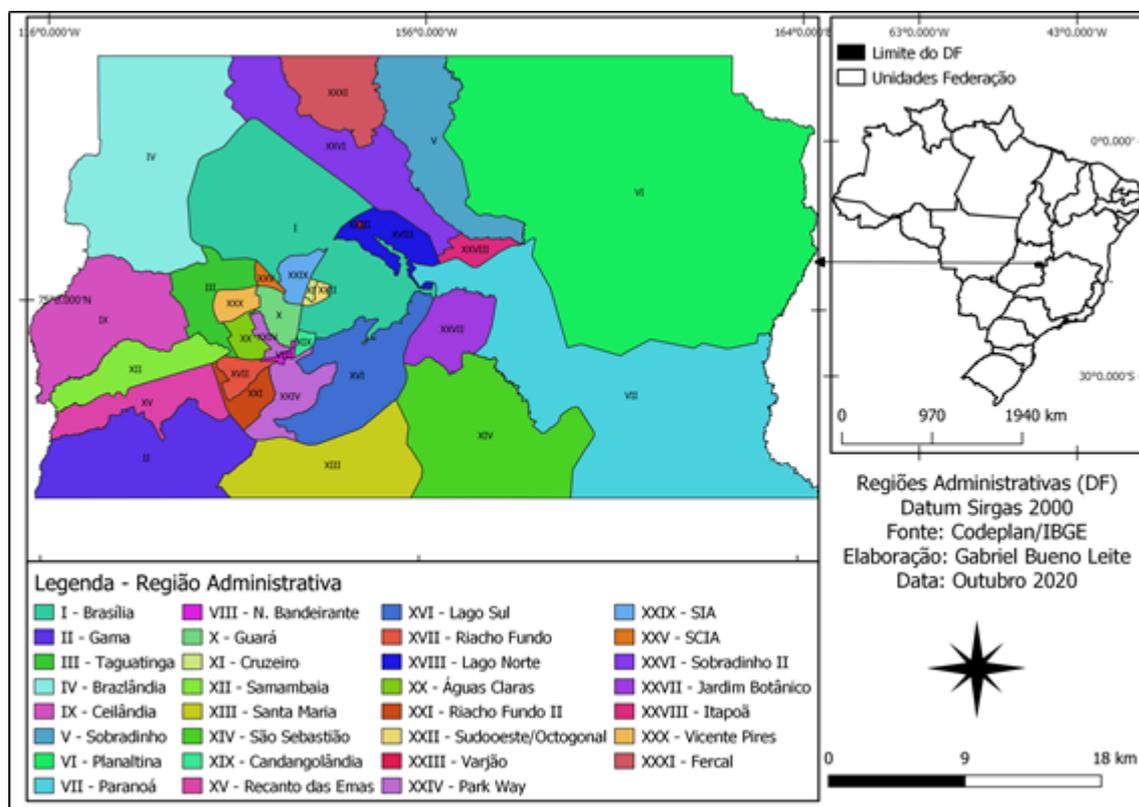


Figura 1. Mapa localização Regiões Administrativas do Distrito Federal. Fonte: CODEPLAN

É importante ressaltar que o Governo do Distrito Federal (GDF) fez modificações na organização do espaço urbano da capital. Atualmente o DF conta com 33 regiões administrativas que foram criadas posteriormente a 2014, incluindo Por do Sol/Sol nascente (Ceilândia) e Arniqueiras (Águas Claras). Neste trabalho os dados utilizados estão entre os anos 2009-2019, fazendo parte do processo de modificação do território. A construção deste trabalho destaca São Sebastião e alguns estabelecimentos de saúde do DF, e essas modificações não impactam na análise de fluxo proposta nos objetivos, o estudo será referente à organização urbana presente na figura 1.

### 2.1.1 Área de estudo - São Sebastião (DF)

O histórico de São Sebastião tem como seu elemento principal as olarias e cascalheiras instauradas na Região no ano de 1957, após a desapropriação das fazendas Taboquinha, Papuda e Cachoeirinha. A região caracterizada por sua

abundância em argila direcionou as atividades de extração deste recurso natural para a fabricação de tijolos e telhas e de areia e cascalhos, muitos utilizados na construção civil, mantendo importante relação com a construção de Brasília (CODEPLAN, 2018).

A ocupação foi se dando logo após a expiração dos contratos de exploração e diminuição das atividades presentes nesta região, a área foi sendo ocupada irregularmente ao longo de córregos. Além disso, o baixo valor da terra, as irregularidades na ocupação e a beleza da região aceleram o processo de desenvolvimento daquela área (CODEPLAN, 2018).

No ano de 1986 alguns bairros começaram a se consolidar em São Sebastião, sendo eles: Tradicional, Centro, São José e Vila Nova. Atualmente os bairros permanecem na região administrativa e detém uma grande parte da população (CODEPLAN, 2018).

O início do processo de regularização ocorreu após o Governo do Distrito Federal criar grupos de trabalhos para visitar essas novas áreas de ocupação. Foram então elaborados projetos delimitando o parcelamento do solo urbano e programas habitacionais favorecendo a população de baixa renda. Apenas no ano de 1993, foi declarada oficialmente a Região Administrativa de São Sebastião – RA XIV (CODEPLAN, 2018).

## **2.2 Sistemas de Informação em Saúde**

O setor de saúde no Brasil vem mantendo esforços nos últimos 40 anos com o intuito de organizar de forma sistêmica e estruturada as ações no âmbito da saúde, nas diferentes esferas do governo, aliando o setor público e privado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A partir da década de 1975 surgiram as primeiras iniciativas legais visando a organização do Sistema Nacional de Saúde, que definia para as diferentes esferas do governo as operações de serviços de saúde. A lei nos municípios visava garantir a prestação de serviços para a população evidenciando o pronto socorro, assegurava a vigilância epidemiológica, a integração entre as propostas locais,

estaduais e federais e por último a manutenção e amparo do Sistema Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A política de saúde naquela época era desenvolvida pelo Ministério da Saúde e aprovada pelo Conselho de Desenvolvimento Social, visando organizar a prestação de serviços de saúde no território brasileiro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Durante anos diversas iniciativas foram feitas com o intuito de organizar o sistema de saúde, implementar novas práticas e ações e medidas que visavam um sistema unificado, mas descentralizado, de forma a compreender todo o País (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Com a formulação da Assembleia Nacional Constituinte, houve grande mobilização pela Reforma Sanitarista dando força a criação de um sistema unificado de saúde no Brasil. A Constituição Federal de 1988 criou então o Sistema Único de Saúde (SUS), grande avanço na política de saúde no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Assim como a política de saúde, os sistemas de informações no Brasil têm grande relevância para ter conhecimento e delimitar as ações de saúde no território, diante disso o Ministério da Saúde os define: “Os sistemas de informações têm, basicamente, o objetivo de aquisição do conhecimento que deve fundamentar a gestão dos serviços.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009; p. 9).

As informações de saúde no País são apresentadas há muito tempo, no passado, os dados tratavam de programas verticais e existiam vários bancos de dados que caracterizavam os diferentes eventos de saúde. Havia diversos problemas em diferentes escalas tanto da cobertura quanto da qualidade das informações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A década de 1970 foi muito importante para os processos estatísticos e conseqüentemente para os sistemas de informações. A Lei Federal nº 6.015 trouxe regulamentações ao registro civil e atribuiu ao IBGE as estatísticas dos nascimentos e óbitos registrados. Além disso, no ano de 1975 ocorreu a primeira Reunião Nacional sobre os Sistemas de Informação de Saúde, na Conferência Nacional de

Saúde, delimitando alguns sistemas de informações de saúde em abrangência nacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

### 2.2.1 Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

Construído pelo Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), o Sinan foi implantado no início da década de 1990, diante dos avanços tecnológicos e demandas por informações relacionadas à vigilância epidemiológica. O sistema tem como objetivo:

Padronizar a coleta e o processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional, fornecendo informações para a análise do perfil da morbidade e contribuindo, dessa forma, para a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009; p. 41).

No seu objetivo inicial, o sistema detinha dois módulos, um de notificação e o outro de investigação. O primeiro tratava das informações para identificação e localização do caso, doença de suspeição e grau de instrução do paciente. O segundo trazia as informações relacionadas a investigação epidemiológica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Alguns anos depois após vários processos de desenvolvimento do sistema, com a extinção do Cenepi o sistema passou para a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), tendo vinculação direta ao Ministério da Saúde que trouxe a experiência do Cenepi, mas programou novos processos e concepções para a vigilância em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A lista nacional de doenças de notificação compulsória (LDNC) delimita as doenças e agravos que alimentam, pela notificação e investigação, o Sistema de informações de Agravos de Notificações. Apenas essas informações são obrigatórias serem implementadas pelos estados e municípios, abonando as outras informações sobre a saúde pública (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

O Ministério da Saúde fica encarregado da coleta padronizada das informações em todas as unidades federadas, para cada tipo de agravo de notificação compulsória há uma numeração para organização e sistematização dos dados. Os municípios ficam responsáveis pela impressão e distribuição dessas fichas pré-numeradas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Esta ficha de notificação<sup>1</sup> apresenta importantes dados sobre o estabelecimento de saúde, do paciente e sua residência, como: “[...] Identificação e a localização do estabelecimento notificante; identificação, características socioeconômicas e local da residência do paciente; e identificação do agravo notificado” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009; p. 43). Além disso, os dados contêm informações sobre os antecedentes epidemiológicos, com informações clínicas e laboratoriais e resultado final da investigação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

O sistema que tem ações descentralizadas, caracterizando o conhecimento do território a partir dos gestores locais, permite com toda sua organização a coleta, processamento, armazenamento e análise de dados. A gestão dessas informações são responsabilidade das unidades federativas, estaduais e municipais, como visto anteriormente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

As informações das fichas de notificação/investigação são enviadas semanalmente pelas unidades notificantes para as secretarias municipais de saúde. O processo continua das secretarias para o Ministério da Saúde, quinzenalmente e por meio eletrônico, conforme acordado entre a secretaria de vigilância sanitária/Ministério da saúde e as secretarias de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

O Sinan caracteriza um sistema de grande importância para a política de saúde, visto que sua descentralização e sistematização dos dados tornam o seu acesso democrático, assim os profissionais de saúde tem acesso a essas informações e podem repassa-las para a população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Os sistemas de informações de saúde no Brasil apresentam diversos desafios, desde a sua implementação e desenvolvimento. É fundamental que as informações apresentadas estejam em sistemas integrados, com dados padronizados para serem usados de forma ampla nas ações das políticas de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

---

<sup>1</sup> A ficha de notificação encontra-se no anexo deste trabalho, acessa através do Dicionário de Dados do Sinan Windows.

Este trabalho foi realizado com os dados do Sinan, disponibilizados pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal, e foi optado por utilizar as informações de dengue para realizar o mapeamento de fluxo, buscando compreender os padrões existentes no processo de acesso ao diagnóstico desta doença, entre 2009 - 2019.

### 2.2.2 Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

O CNES é o sistema de informação voltado para o cadastramento de informações dos estabelecimentos de saúde do território brasileiro. O Sistema é oficial e vinculado ao Ministério da Saúde, que detém a base cadastral de informações dos estabelecimentos de saúde que são vinculados ao SUS ou não, ou seja, públicos e privados (CNES, 2020).

Este sistema serve de fonte para outras bases nacionais, e contém informações sobre as bases ambulatoriais, hospitalares e de atenção primária que caracterizam grandes ferramentas para auxiliar os gestores na concepção da realidade e promover o planejamento em saúde nas diferentes esferas governamentais (CNES, 2020).

As informações do CNES são de grande importância e relevância para a sociedade como um todo, a disponibilização para toda a população auxilia os diferentes atores no processo de desenvolvimento do sistema e dos próprios estabelecimentos (CNES, 2020).

O acesso parte dos estabelecimentos de saúde, secretarias de saúde, Ministério da Saúde e pelos cidadãos em geral. O acesso ao sistema se dá por portais e aplicativos<sup>2</sup> disponibilizados pelo MS, que contam com dados dos estabelecimentos de saúde ativos ou desabilitados, além disso, é possível realizar o acesso rápido e também realizar downloads das informações (CNES, 2020).

### 2.3. Banco de dados de Dengue

O banco de dados disponibilizado pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal traz informações gerais sobre a dengue no DF, assim foi necessário realizar

---

<sup>2</sup> O portal CNES pode ser acessado pelo endereço <http://cnes.datasus.gov.br/>. O aplicativo é voltado para o registro dos estabelecimentos e conta com dois programas, o SCNES Completo e Simplificado.

um processo de “filtragem”<sup>3</sup> para alinhamento com a proposta do trabalho. A figura 2 traz o processo realizado desde a aquisição dos dados até o processo de dinâmica de fluxo, tanto dos dados do Sinan trazendo informações sobre a dengue, quanto dos dados do CNES se tratando dos estabelecimentos de saúde cadastrados.

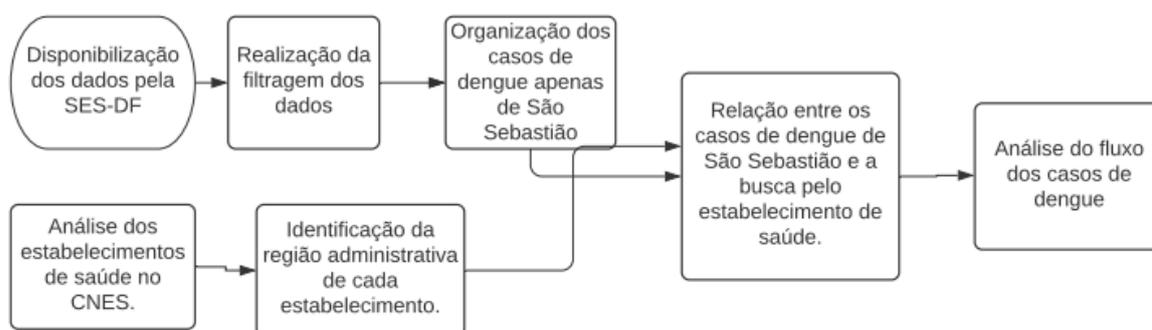


Figura 2. Processo de organização e utilização dos dados de dengue e estabelecimentos de saúde.

O banco apresenta informações de identificação do paciente (Nome, idade, sexo, raça, escolaridade, etc.), residência (endereço, unidade da federação, etc.), estabelecimento de saúde, sobre os exames e a doença. Os dados contêm informações para diversas finalidades e como já visto, apresentam uma padronização e sistematização vindas do Ministério da Saúde.

Foi necessário um alinhamento do banco com os objetivos, para que se utilizassem somente as informações necessárias para o desenvolvimento do trabalho. Foi feita uma “filtragem” do banco de dados a partir da ficha de notificação individual, retirando as informações que não fossem usadas.

O processo de filtragem foi realizado no *software* EXCEL 2010, com o seguinte processo: (i) Organização do banco em anos, considerando os que vão ser utilizados nesse trabalho: 2009 – 2019; (ii) Foram retirados os casos descartados por exame laboratorial, representados pela coluna: CLASS\_FIN=5<sup>4</sup>, deixando apenas os casos prováveis e confirmados; (iii) Retirado os casos de residentes em outras unidades federativas, deixando apenas os casos representados pela coluna: SG\_UF=53, representando o Distrito Federal; e (iv) Por último foi considerado a categoria: TPAUTOCTO = 2, que representa os casos autóctones com o município

<sup>3</sup> Processo de retirada de informações de categorias do banco de dados, não importantes para a análise.

<sup>4</sup> As categorias: CLASS\_FIN, SG\_UF, TPAUTOCTO e ID\_BAIRRO estão presentes na ficha de notificação individual, disponibilizadas em anexo.

de residência, retirando todos aqueles que não eram. Após a realização do processo de filtragem e descartados os dados inutilizáveis, o banco apresenta um número diferente dos dados “originais”, exemplificado na tabela 1.

Tabela 1. Procedimento de “filtragem” do Banco de Dengue do DF.

ANO	Banco de Dados Original	CLASSI_FIN = 5	SG_UF=53	RESULTADO SEGUNDA LIMPEZA	Importados, TPAUTOCTO = 2	Banco "Filtrado"
2009	1.947	1.037	108	802	127	675
2010	20.896	4.104	1.330	15.462	529	14.933
2011	7.071	3.227	634	3.210	243	2.967
2012	3.851	1.999	359	1.493	160	1.333
2013	22.490	6.536	4.032	11.922	491	11.431
2014	20.493	6.526	1.840	12.127	271	11.856
2015	13.482	2.816	647	10.019	311	9.708
2016	24.775	4.464	2.155	18.156	299	17.857
2017	6.852	2.291	552	4.009	201	3.808
2018	4.257	1.693	112	2.452	59	2.393
2019	46.598	6.666	1.338	38.594	696	37.898
Total	172.712	41.359	13.107	118.246	3.387	114.859

Fonte: SES-DF . Elaboração Gabriel Bueno

Após a realização do processo de filtragem dos dados de dengue, foi necessário direcionar o banco à região administrativa de São Sebastião. Novamente a ficha de notificação individual foi utilizada na categoria “ID\_BAIRRO” para identificar os bairros presentes em São Sebastião. Após realizar o processo de organização dos dados, entre os anos 2009 a 2019, foi feita uma análise dos casos de dengue em São Sebastião em relação às outras regiões administrativas do Distrito Federal. Figura 3 mostra que anualmente os casos de dengue em São Sebastião estão acima da média dos casos das regiões administrativas do DF.

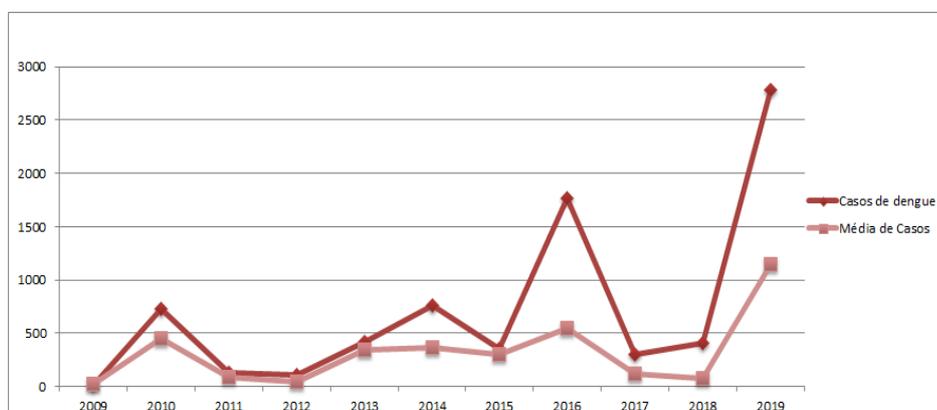


Figura 3. Média de casos dengue regiões administrativas e total de casos dengue São Sebastião 2009-2019.

Fonte: Banco de dados dengue SES-DF.

No processo de georreferenciamento, os dados foram trabalhados no *software* Qgis (Versão 2.18) para a realização da dinâmica de fluxo e mapas temáticos. Foi utilizado o complemento – *flow maps – oursins* (versão 0.4.1), que é um *plugin* direcionado para a interação dos dados espaciais, e faz parte do Qgis. A realização da dinâmica de fluxo e análise dos dados só foi possível ser realizada com este *plugin*, que está disponível apenas na versão 2.18 do *software*, pois as versões mais recentes o processo da dinâmica de fluxo precisa ser feito manualmente, já que não existem ou não foram encontrados plug-ins com a finalidade de realizar este tipo de ação.

## **CAPÍTULO 3 – ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE E BUSCA AO DIAGNÓSTICO DE DENGUE.**

Neste capítulo são analisados os estabelecimentos de saúde e como estão organizados no território do Distrito Federal e em São Sebastião (DF). São observados os estabelecimentos e sua função dentro dos serviços de saúde, segundo sua natureza jurídica e função dentro do sistema de saúde

Por último, são apresentados os protocolos para acesso aos estabelecimentos saúde e organização da atenção básica em saúde.

### **3.1 Organização territorial dos estabelecimentos de saúde no Distrito Federal e de São Sebastião**

Diante da organização territorial do Distrito Federal que se deu juntamente no processo de sua construção, os estabelecimentos de saúde estão distribuídos nas diferentes regiões administrativas do DF.

O CNES trata do cadastro desses estabelecimentos de saúde, como visto no capítulo 2, onde essas unidades seguem normas e padrões para estar em funcionamento. Segundo dados gerais do CNES, existem no Distrito Federal mais de 8000 estabelecimentos de saúde com diferentes naturezas jurídicas, sendo eles: administração pública, entidades empresárias, entidades sem fins lucrativos e de pessoas físicas. Diante disso, existe um amplo número de informações sobre as unidades de saúde, que não tratam apenas da atenção primária e sim de toda a rede de apoio a saúde da população (CNES 2020)

Os dados do CNES analisados englobam todo estabelecimento que esteja cadastrado no sistema, configurando os diversos serviços de saúde encontrados no Distrito Federal. A figura 4 apresenta os estabelecimentos presentes no DF, segundo a sua natureza jurídica.

A análise dos estabelecimentos de saúde segundo a sua natureza jurídica é importante para que se entenda o acesso aos serviços de saúde, além disso, segundo dados do CNES, dos estabelecimentos cadastrados 94% não atendem ao SUS, podendo ser limitante no acesso a esses serviços. É importante ressaltar que

em teoria o acesso à saúde no Brasil ocorre de forma gratuita e universal, mas que diversos fatores podem influenciar positivamente e negativamente este acesso.

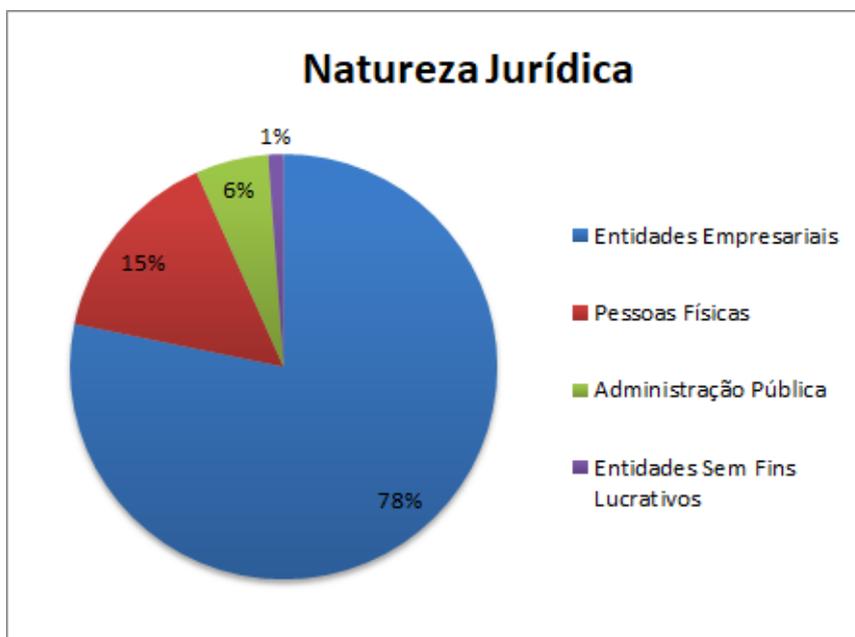


Figura 4. Estabelecimentos de Saúde segundo sua natureza jurídica. Fonte: CNES

Os estabelecimentos de saúde públicos são amplamente buscados por grande parte da população, segundo dados da sala de situação da SES-DF, no ano de 2018 houve quase quatro milhões de atendimentos nas diferentes áreas e estabelecimentos de saúde presentes nas regiões administrativas do DF. Esses estabelecimentos públicos estão organizados nas diferentes regiões do Distrito Federal, mas estão concentrados na área central de Brasília (DF), como visto na figura 5.

Toda essa organização e distribuição dos estabelecimentos de saúde podem influenciar no acesso à aos serviços de saúde, por isso é de grande importância a análise dessa distribuição e questionamentos sobre as políticas públicas de saúde.

A organização territorial destes estabelecimentos impacta diretamente no acesso á saúde, pois para a população buscar atendimento em uma unidade de saúde ela precisa realizar um deslocamento, que pode partir da sua residência, trabalho, ou instituição educacional até um estabelecimento de saúde.

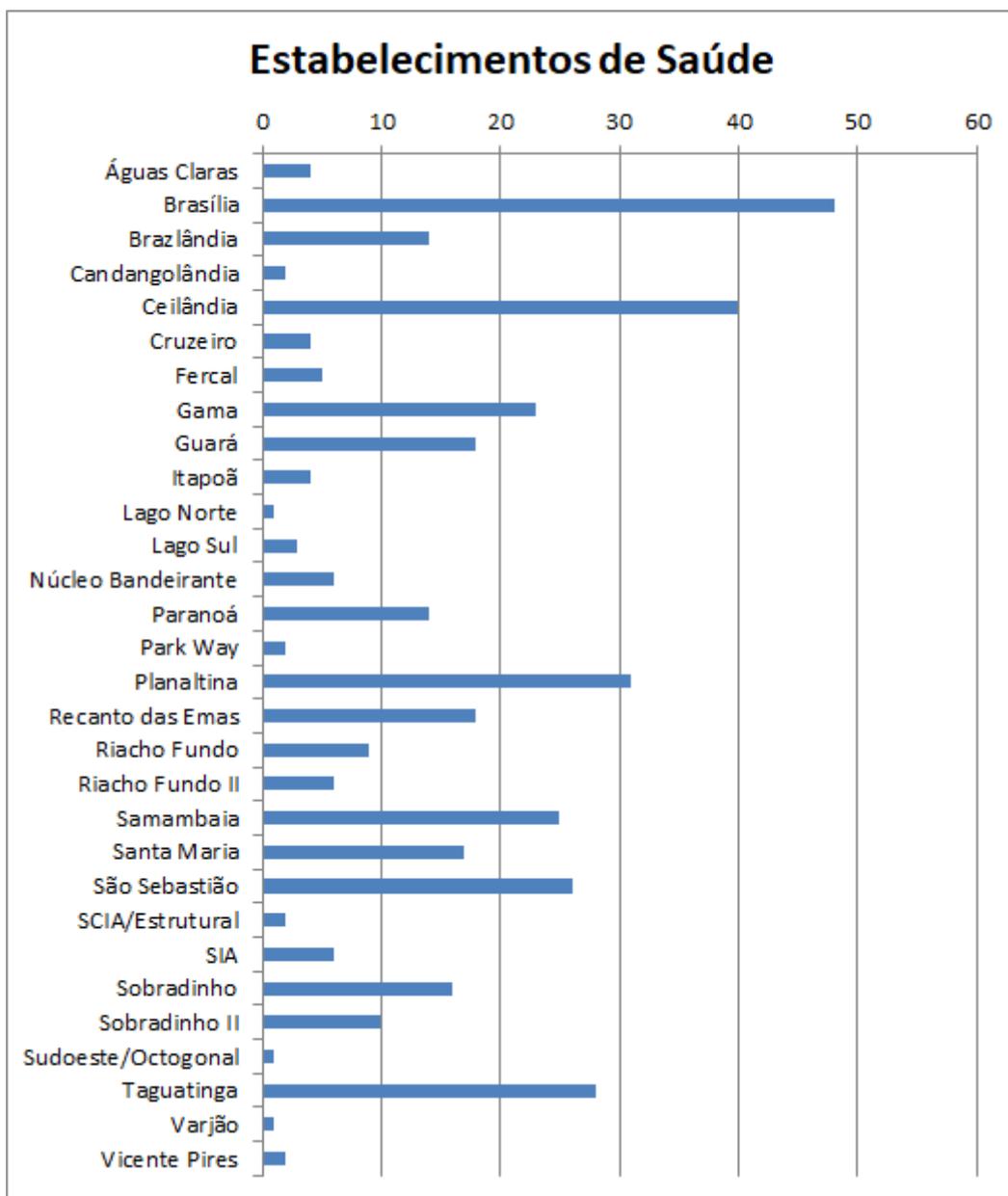


Figura 5. Estabelecimentos de Saúde Públicos por R.A. Fonte: SES-DF

Diante dos vários estabelecimentos de saúde distribuídos no território do Distrito Federal, alguns estão em maior número diante das políticas atreladas às demandas de saúde. A tabela 2 traz as informações sobre os estabelecimentos em maior número no DF.

Tabela 2 - Estabelecimentos de Saúde Públicos do Distrito Federal

Tipo de Estabelecimento	Total de Estabelecimentos
UBS	175
SAMU	59
Centro de Especialidade	29
Policlínica	25

Hospital	20
Vigilância em Saúde	19
CAPS	18
Outros	41
<b>Total</b>	<b>386</b>

Fonte: Portal Info-Saúde – SES-DF

A Unidade Básica de Saúde (UBS) representa a maior parte desses estabelecimentos públicos de saúde, sendo 45% do total. São seguidos por Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (15%), Centro de especialidade (8%), policlínica (6%), Hospital (5%), vigilância em saúde (5%), CAPS (5%) e os demais estabelecimentos.

### 3.1.1 Estabelecimentos de Saúde em São Sebastião (DF)

A região administrativa de São Sebastião, conta com 26 estabelecimentos públicos de saúde, 20 deles são Unidades Básicas de Saúde (UBS) representando a maioria (tabela 3). Os outros estabelecimentos presentes na R.A são: Centro de Especialidades (1), Centro de Parto Normal (1), Policlínica (1), SAMU (1), UPA (1) e Vigilância em Saúde (1).

Não foram considerados os estabelecimentos de saúde privados presentes na região administrativa de São Sebastião. O CNES cadastra os estabelecimentos conforme o município, fazendo com que as análises dos estabelecimentos no Distrito Federal sejam mais complexas, visto que a organização territorial não se da por municípios e sim por região administrativa, isso fez com que fossem considerados apenas os estabelecimentos públicos.

Tabela 3.UBS Localizadas em São Sebastião (DF)

<b>Região Administrativa</b>	<b>Estabelecimento de Saúde</b>	<b>Quantidade</b>
São Sebastião	UBS 1 São Sebastião	1
São Sebastião	UBS 5 São Sebastião	1
São Sebastião	UBS 20 - São Sebastião	1
São Sebastião	UBS 21 - São Sebastião	1
São Sebastião	UBS 17 São Sebastião	1
São Sebastião	UBS 14 São Sebastião	1
São Sebastião	UBS 15 São Sebastião	1
São Sebastião	UBS 6 São Sebastião	1
São Sebastião	UBS 11 São Sebastião	1
São Sebastião	UBS 4 São Sebastião	1

São Sebastião	UBS 3 São Sebastião	1
São Sebastião	UBS 2 São Sebastião	1
São Sebastião	UBS 19 São Sebastião	1
São Sebastião	UBS 10 São Sebastião	1
São Sebastião	UBS 9 São Sebastião	1
São Sebastião	UBS 7 São Sebastião	1
São Sebastião	UBS 12 São Sebastião	1
São Sebastião	UBS 16 São Sebastião	1
São Sebastião	UBS 8 São Sebastião	1
São Sebastião	UBS - Pen. Fed. Brasília	1
<b>Total</b>		<b>20</b>

Fonte: Portal Info-Saúde – SES-DF

Como visto, de todos os estabelecimentos presentes na região, a maior parte deles são as UBS, que representam a atenção primária em saúde, sendo a porta de entrada para o SUS.

São Sebastião não conta com hospitais públicos, podendo ser limitante ao acesso à saúde dependendo da demanda do paciente, apenas as regiões mais próximas como o Plano Piloto e Paranoá contam com este tipo de estabelecimento. Isso pode impactar diretamente a população, principalmente as que têm dificuldade em locomoção para outras regiões em busca de serviços específicos de saúde.

### **3.2 Protocolos para acesso aos serviços de saúde para pacientes suspeitos de dengue no DF**

A dengue é uma doença que exige cuidados e atenção para que sejam tomadas intervenções no seu combate e principalmente evitar as mortes. O protocolo para manejo clínico dos pacientes com dengue, elaborado pelo Ministério da Saúde (MS) e Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no ano de 2016, seguem a classificação atual da Organização Mundial da Saúde, importes para o tratamento e combate à doença (BRASIL, 2016)

O alinhamento das políticas de saúde é importante para delimitação das ações conjuntas dos órgãos e estabelecimentos de saúde. A organização da rede de saúde deve garantir o acesso de qualidade da população aos diferentes níveis de atenção, sejam eles em períodos epidêmicos ou não (BRASIL, 2009).

A Atenção Primária se caracteriza pela porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS), e se delimita como: “[...] Conjunto de ações no âmbito individual e

coletivo, abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2009; p. 34).

A saúde da família são ações que estão organizadas dentro das ações da atenção primária, e tem como função criar um vínculo entre as equipes de saúde e o território em que ocorrem essas ações. Essa organização auxilia na continuidade nas ações da política de saúde, além de trabalhar com a realidade de cada território (Brasil, 2009).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) tem ações conjuntas com as equipes da saúde da família, mas os estabelecimentos apresentam um maior apoio de assistência e tratamento dos pacientes, dependendo da gravidade da doença (BRASIL, 2009). É importante lembrar que essas unidades estão organizadas em maior número no Distrito Federal e presentes em todas as regiões administrativas, podendo ser o local mais buscado pela população dentro da atenção primária.

Para os pacientes que estão com suspeita de dengue é recomendável pela secretaria de atenção à saúde o atendimento na Unidade Básica de Saúde, para a realização de exames laboratoriais ou clínicos. Diante do processo de realização desses exames, cabe aos profissionais da atenção básica realizar o registro e acompanhamento dos agravos/doenças (BRASIL, 2008).

A atenção secundária presente no ponto de atenção da doença, tem competências relacionadas ao manejo clínico dos pacientes que são classificados em grupos de acordo com a gravidade apresentada, mantendo um maior acompanhamento com o paciente (BRASIL, 2009).

Por último, a atenção terciária representada pelos hospitais de referência com leitos de unidade de terapia intensiva, que realizam os mesmos processos da atenção primária e secundária, mas podem dar um maior apoio ao paciente que se encontra em maior risco. A disponibilidade de unidades e equipamentos pode auxiliar em uma conduta mais especializada no tratamento da doença (BRASIL, 2009).

## **CAPÍTULO 4 – DINÂMICA ESPACIAL DE FLUXO NO ACESSO AOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE DE CASOS PROVÁVEIS E CONFIRMADOS DE DENGUE.**

Neste capítulo serão apresentadas as dinâmicas espaciais de fluxo no acesso aos estabelecimentos de saúde dos casos prováveis e confirmados de dengue. Serão analisadas duas dinâmicas de fluxo, a primeira análise com a dinâmica de fluxo dos pacientes residentes em São Sebastião e a busca pelas unidades de saúde na própria RA e em outras localidades. A segunda com a busca dos residentes de outras regiões para os estabelecimentos de saúde localizados em São Sebastião (DF).

Por último, são apresentados os prováveis motivos dos pacientes na busca de estabelecimentos que não estão localizados na região de sua residência. As informações apresentadas são do projeto soroprevalência.

### **4.1 Análises de fluxo no acesso ao diagnóstico (prováveis/confirmados) de dengue dos pacientes residentes em São Sebastião.**

A Região Administrativa XIV – São Sebastião apresenta inúmeros casos de dengue crescentes nos últimos anos, sendo um grave problema a saúde da população. Como visto a região conta com 26 estabelecimentos de saúde públicos, com foco na atenção primária. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) representam a maior parte desses estabelecimentos (20). A organização dessas unidades no território vão apresentar consequências no acesso da população residente na R.A XIV, já que estão em maior número e conseqüentemente vão ser mais acessadas pela população.

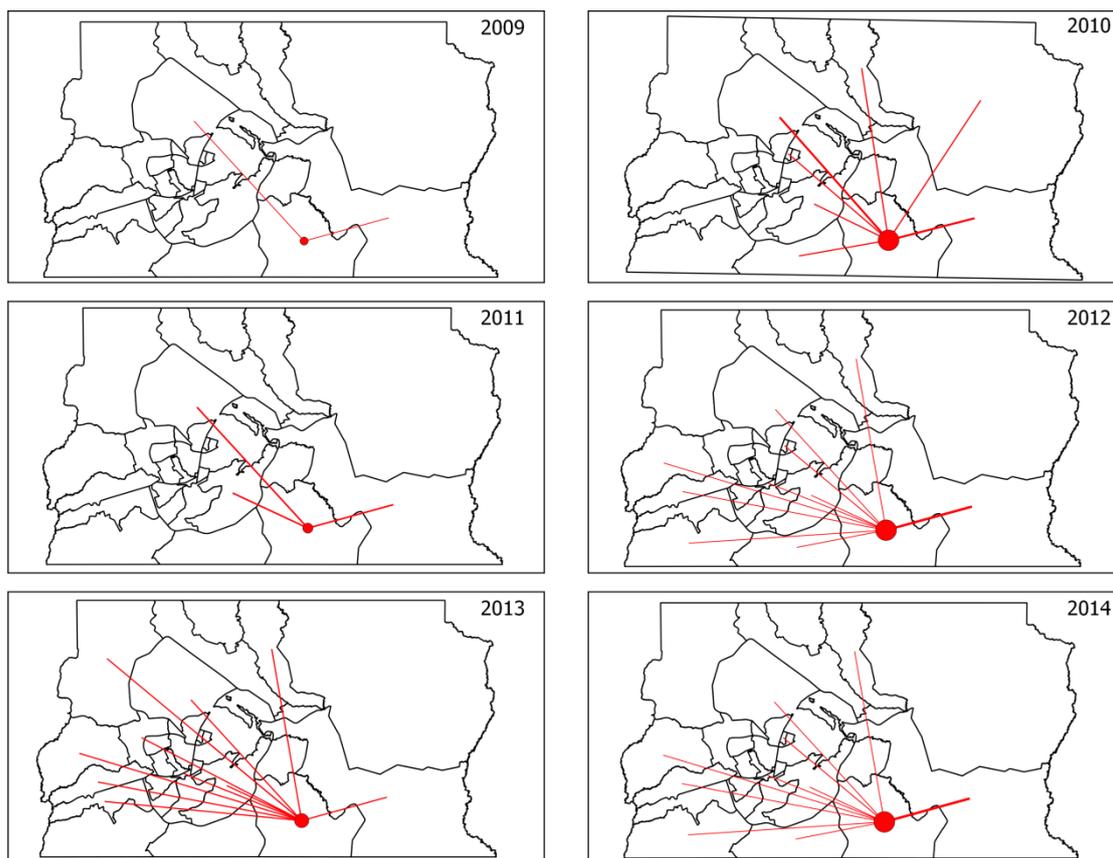
Para analisar a dinâmica de fluxo, foram organizados os dados de dengue seguindo 3 variáveis: (i) Residências do Pacientes; (ii) Casos de Dengue; e (iii) Região Estabelecimento de Saúde. As informações foram analisadas pela ficha de notificação individual.

Ao realizar a dinâmica de fluxo dois pontos precisam ser enfatizados: O primeiro refere-se ao deslocamento de pacientes de São Sebastião para outras regiões, tendo o fluxo representado pela linha. O segundo refere-se aos pacientes

que buscam atendimento na própria região de residência, sendo representados por círculos de concentração dos acessos.

A figura 6 apresenta a dinâmica de fluxo no acesso ao diagnóstico (prováveis/confirmados) de dengue dos pacientes residentes em São Sebastião, entre os anos de 2009-2019. É importante ressaltar que foram considerados os centroides das regiões administrativas que os estabelecimentos de saúde estão localizados.

No ano de 2009 foram registrados poucos casos, o fluxo para outras regiões se apresenta com pequeno fluxo neste período. Os estabelecimentos de saúde buscados estão nas regiões administrativas de Brasília e Paranoá. A maior parte dos casos se caracteriza pelo acesso aos estabelecimentos de saúde na própria região de São Sebastião.



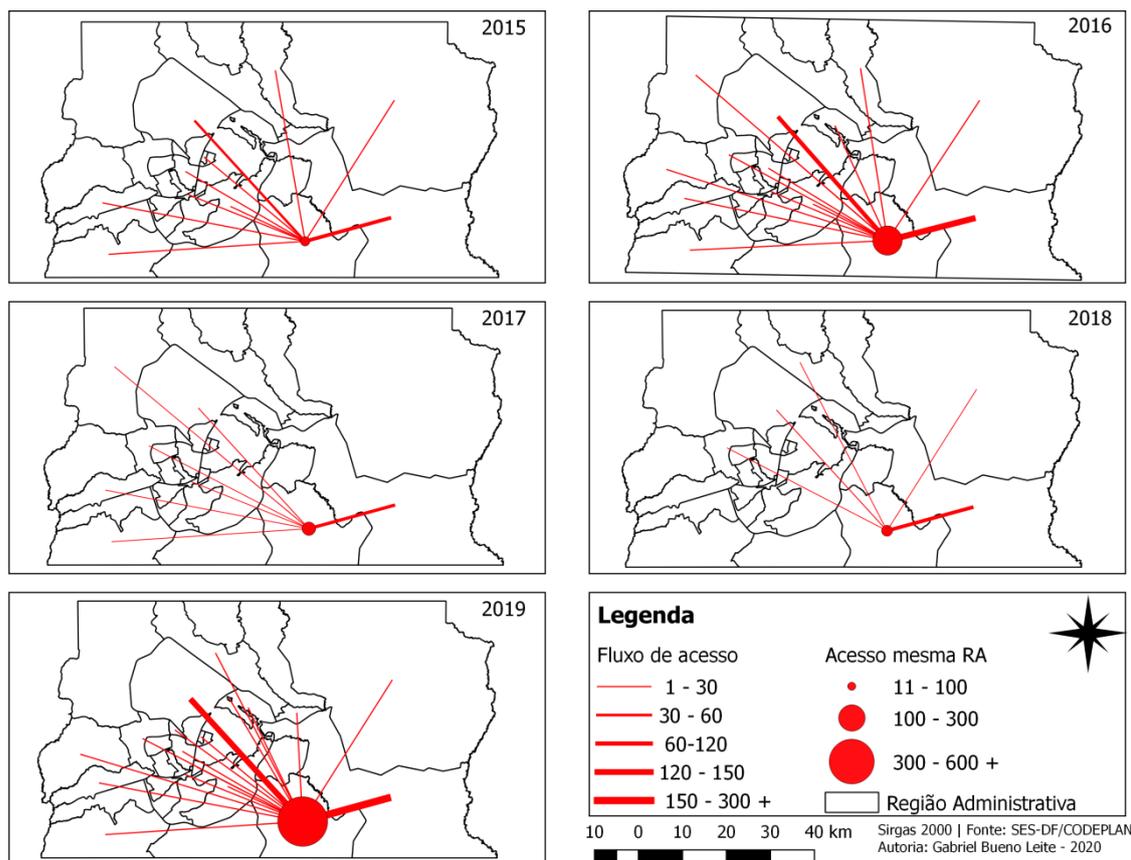


Figura 6. Mapa dinâmico de fluxo 2009-2019. Fonte: SES-DF

No ano seguinte é possível observar pouca variação no fluxo dos casos, de acordo com a legenda observam-se que não ultrapassam os 30 casos. Os estabelecimentos buscados estão localizados nas regiões: Brasília, Paranoá e Lago Sul. Novamente a concentração dos pacientes ficam na mesma região de residência do paciente.

Analisando o ano de 2011, é representado por baixa variação na dinâmica de fluxo, relacionado à queda nos casos de dengue nesse ano. Apenas Brasília, Paranoá e Lago Sul são buscados pelos pacientes. Novamente o acesso se concentra na região de São Sebastião.

A partir do ano de 2012 é possível observar um aumento nos casos de dengue no Distrito Federal, gerando um aumento na dinâmica de fluxo nos anos subsequentes. Nos anos de 2013, 2014, 2015, 2017 e 2018 são apresentados fluxos com uma menor dinâmica no acesso aos estabelecimentos, sendo consequência da diminuição dos casos de dengue na região. Destaque para os anos 2016 e 2019 que apresentam uma intensa dinâmica de fluxo e de aglomerados.

O ano de 2016 apresenta uma dinâmica de fluxo entre 150-300 de acessos aos estabelecimentos por pacientes de São Sebastião, tendo a maior dinâmica que os anos anteriores. Apenas nesse ano foram acessados 32 estabelecimentos de saúde localizados nas 16 regiões administrativas do DF, incluindo São Sebastião.

O destaque entre o período analisado é o de 2019, ano com crescente número de casos no Distrito Federal. São Sebastião (DF) contem quase três mil casos de dengue apenas nesse período. O fluxo de acesso aos estabelecimentos neste ano foi intenso e apresenta diferentes dinâmicas de busca dos pacientes. É possível observar uma busca em 62 estabelecimentos de saúde localizados em 15 regiões administrativas do DF. Destaque para Brasília e Paranoá sendo regiões mais buscadas fora da região de residência dos pacientes, tendo acesso em grande maioria em UBS e Hospitais. São Sebastião concentra a maioria do acesso, cerca de 75% da população residente buscou acesso aos estabelecimentos de saúde presentes na própria R.A, em sua maioria UBS.

A tabela 4 mostra por ano, a porcentagem os acessos aos estabelecimentos da população de São Sebastião (DF) a outras regiões e na própria R.A. Analisando as informações da tabela, em todos os anos o acesso da população de São Sebastião se concentrou na própria RA, contendo a maioria dos casos. Apenas nos anos de 2015, 2017 e 2018 os acessos ficaram abaixo dos 70%.

Através da análise da dinâmica de fluxo e observação da tabela 4, verifica-se que os acessos aos estabelecimentos de saúde pela população de São Sebastião segue um padrão, que é a busca as unidades presentes na própria RA.

Tabela 4 - Acesso aos estabelecimentos de Saúde pela população de São Sebastião.

<b>Ano</b>	<b>Região Estabelecimento de Saúde</b>	<b>Acesso (Porcentagem)</b>
2009	São Sebastião	85%
	Outras Regiões	15%
2010	São Sebastião	88%
	Outras Regiões	12%
2011	São Sebastião	90%
	Outras Regiões	10%
2012	São Sebastião	73%
	Outras Regiões	27%

2013	São Sebastião	79%
	Outras Regiões	21%
2014	São Sebastião	87%
	Outras Regiões	13%
2015	São Sebastião	54%
	Outras Regiões	46%
2016	São Sebastião	75%
	Outras Regiões	25%
2017	São Sebastião	67%
	Outras Regiões	33%
2018	São Sebastião	66%
	Outras Regiões	34%
2019	São Sebastião	75%
	Outras Regiões	25%

Fonte: Banco dados dengue – SES-DF. Elaboração Gabriel Bueno

#### **4.2. Busca pelo diagnóstico (prováveis/confirmados) de dengue aos estabelecimentos de saúde de São Sebastião por pessoas residentes em outras regiões do DF.**

Os estabelecimentos de saúde localizados em São Sebastião também são acessados por pacientes residentes em outras regiões administrativas do DF. Foram extraídas do banco de dengue as informações desses pacientes para analisar quais as regiões que mais acessam os estabelecimentos desta R.A. Na tabela 5 estão às informações entre os anos 2015 a 2019, período onde houver mais deslocamentos no acesso, os anos anteriores encontram-se em anexo.

Analisando os anos, 2016 e 2019 contam com maiores números acessos aos estabelecimentos de São Sebastião (DF). Observa-se que Paranoá e Itapoã são regiões com grande número de pacientes buscando atendimento em São Sebastião. A proximidade entre as R.As pode ser uma das hipóteses desses deslocamentos. É importante ressaltar que na dinâmica de fluxo dos residentes de São Sebastião, as regiões Paranoá e Itapoã também são bastante procuradas pelos pacientes.

Outra região de destaque é o Jardim Botânico, com uma quantidade considerável de pacientes buscando acesso aos estabelecimentos localizados na RA. XIV. Esta região não contém estabelecimentos de saúde para acesso de sua população, o que faz com que possam buscar em regiões mais próximas, no caso

São Sebastião é limítrofe ao Jardim Botânico, podendo explicar esse crescente número de acessos.

As outras regiões analisadas nesse estudo apresentam um fluxo pequeno de pacientes, não passando de 10 casos em cada ano.

Tabela 5- Acesso aos estabelecimentos de saúde localizados em São Sebastião - DF

<b>Ano</b>	<b>Residência Paciente</b>	<b>Acesso</b>	<b>Região Estabelecimento</b>
<b>2015</b>	Recanto das Emas	1	São Sebastião
	Paranoá	3	São Sebastião
<b>2016</b>	Ceilândia	3	São Sebastião
	Gama	1	São Sebastião
	Candangolândia	2	São Sebastião
	Águas Claras	3	São Sebastião
	Recanto das Emas	1	São Sebastião
	Planaltina	7	São Sebastião
	Samambaia	2	São Sebastião
	Santa Maria	3	São Sebastião
	Guará	2	São Sebastião
	Paranoá	33	São Sebastião
	Lago Sul	4	São Sebastião
	Brasília	5	São Sebastião
	Varjão	2	São Sebastião
	Jardim Botânico	2	São Sebastião
	Vicente Pires	1	São Sebastião
Taguatinga	2	São Sebastião	
Itapoã	17	São Sebastião	
Em branco	6	São Sebastião	
<b>2017</b>	Ceilândia	1	São Sebastião
	Sobradinho	1	São Sebastião
	Recanto das Emas	1	São Sebastião
	Planaltina	3	São Sebastião
	Santa Maria	1	São Sebastião
	Paranoá	3	São Sebastião
	Lago Sul	4	São Sebastião
	Varjão	1	São Sebastião
	Itapoã	2	São Sebastião
<b>2018</b>	Candangolândia	1	São Sebastião
	Samambaia	1	São Sebastião
	Santa Maria	1	São Sebastião
	Paranoá	5	São Sebastião
	Brasília	1	São Sebastião
	Sobradinho II	1	São Sebastião
	Jardim Botânico	2	São Sebastião

	Ceilândia	4	São Sebastião
	Gama	1	São Sebastião
	Sobradinho	1	São Sebastião
	Águas Claras	1	São Sebastião
	Planaltina	4	São Sebastião
	Samambaia	3	São Sebastião
	Santa Maria	2	São Sebastião
	Riacho Fundo II	1	São Sebastião
	Guará	1	São Sebastião
<b>2019</b>	Paranoá	26	São Sebastião
	Lago Sul	8	São Sebastião
	Brasília	4	São Sebastião
	Núcleo Bandeirante	1	São Sebastião
	Park Way	1	São Sebastião
	Sudoeste/Octogonal	1	São Sebastião
	Jardim Botânico	16	São Sebastião
	Taguatinga	2	São Sebastião
	Itapoã	5	São Sebastião
	(vazio)	11	São Sebastião

### **4.3 Motivos que ocasionaram a busca ao diagnostico (prováveis/confirmados) de dengue da população residente em São Sebastião para outras regiões do DF.**

As informações obtidas através da análise da dinâmica de fluxo da população de São Sebastião mostra que a maior parte dos pacientes busca atendimento em estabelecimentos de saúde localizados na própria região de sua residência. Mas alguns pacientes acessaram estabelecimentos presentes em outras regiões administrativas, diante disso dados do projeto soroprevalência foram disponibilizados para analisar esses casos.

O projeto tem como o intuito de verificar a soroprevalência das arboviroses notificados como casos de infecção por ZIKV, DENV e CHIKV. Questionários estruturados foram realizados pela equipe do projeto em 18 das 31 RAs do Distrito Federal. É importante ressaltar que o projeto ainda está em andamento e devido a pandemia do Corona Vírus foi interrompido por um período. Os dados utilizados são referentes ao período de outubro de 2019 a março de 2020.

Os dados primários foram disponibilizados e contam com diversas informações da população entrevistada. Foram utilizados apenas as variáveis

referentes a Região Administrativa de residência dos participantes, local que buscou atendimento e motivo que o levou a procurar o estabelecimento.

Foram analisados 389 questionários realizados em São Sebastião, destes 83 informaram o estabelecimento de saúde que utilizaram e apenas 10 colocaram o que motivou o acesso ao estabelecimento. É importante ressaltar que as respostas sobre essas variáveis não eram obrigatórias, o que pode explicar o baixo número de respostas.

Apesar de poucos entrevistados responderam sobre os estabelecimentos de saúde que acessam, as informações respondidas configuram que os entrevistados acessam os estabelecimentos da própria região de residência, sendo principalmente a Unidade de Pronto Atendimento. É importante ressaltar que as informações apresentadas são as respostas de cada entrevistado, podendo ter confusões nos nomes dos estabelecimentos. Fazendo uma relação geral com os dados do SINAN, as respostas dos entrevistados que contem UPA, podem estar relacionadas ao acesso nas UBS, que são as unidades mais procuradas nos casos de dengue.

Alguns dos estabelecimentos mais buscados pelos entrevistados estão os Hospitais, representando 10% das respostas dos entrevistados. Além disso, o acesso às unidades que estão localizadas em outros estados e não no Distrito Federal, representando 12% dos casos. Os demais casos são estabelecimentos e regiões fora de São Sebastião.

Tabela 6. Estabelecimentos de Saúde acessados pelos entrevistados do projeto soroprevalência.

<b>Estabelecimento de Saúde</b>	<b>Entrevistados</b>
UPA - São Sebastião	27
São Sebastião	22
Fora do DF	10
Hospital Brasília	2
Hospital de Base	2
Posto de São Sebastião	2
Asa Norte (Brasília)	1
Centro de saúde Candido de Moraes	1
Centro de Saúde da Família do Bosque	1
Hospital materno infantil de Brasília (HMIB)	1
Hospital Brasília	1
Hospital da Aeronáutica	1
Hospital do Paranoá	1

Hospital Santa Luzia	1
Lago Sul	1
Paranoá	1
Posto da Asa Norte 413	1
Posto de saúde Bairro Centro	1
Posto De Saúde de São Sebastião	1
Posto de saúde Lago sul	1
Posto de Saúde Setor Tradicional	1
Santa Lúcia	1
UPA	1
UPA - São Sebastião e Paranoá	1
<b>Total Geral</b>	<b>83</b>

Fonte: Projeto soroprevalência. Elaboração Gabriel Bueno

Após analisar as entrevistas do projeto e verificar os estabelecimentos buscados, A tabela 7 mostra os motivos pelo qual os entrevistados buscaram o estabelecimento de saúde. Através das informações foi possível observar que alguns pacientes buscavam outras unidades fora da região em que residiam, das entrevistas realizadas no projeto, houveram apenas 10 repostas.

Tabela 7. Motivo do acesso aos estabelecimentos dos entrevistados

<b>Motivo do Acesso</b>	<b>Estabelecimento de Saúde</b>
Custo Benefício	Não Informado
Única Opção	Não Informado
Transferência de Emergência	HMIB
Especialidade Médica	Não Informado
Convênio	Não Informado
Não atendia perto de casa	Hospital do Paranoá
Não conseguiu em outros lugares	UPA - São Sebastião
Plano de Saúde	Hospital Brasília
Único local possível	UPA - São Sebastião
Convênio	Hospital Santa Luzia

Fonte: Projeto soroprevalência. Elaboração: Gabriel Bueno

Observando as respostas realizadas pelos entrevistados do projeto, os motivos variam de acordo com cada paciente. As respostas mais semelhantes são referentes ao convênio, plano de saúde e custo benefício, inclusive os estabelecimentos buscados são unidades privadas e que atendem planos de saúde, como o Hospital Santa Luzia e Hospital Brasília. Esse motivo pode ser representativo para inúmeras pessoas que acessam os estabelecimentos privados e que não estão localizados em São Sebastião.

Outro motivo encontrado nas respostas estão relacionados as opções disponíveis de acesso aos estabelecimentos, visto que os entrevistados não conseguiram atendimento próximo de sua residência ou na unidade que queriam e restou acessar os estabelecimentos que estavam disponíveis para o atendimento.

Analisar as respostas de cada entrevistado foi muito importante para auxiliar na construção da ultima parte do trabalho, é necessário entender a realidade dos pacientes em busca dos estabelecimentos de saúde, para que a organização territorial da rede em saúde esteja cada vez mais acessível e próximo à população.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A geografia da saúde traz importantes contribuições para o entendimento da distribuição espacial das doenças e sobre a organização territorial das infraestruturas de saúde. Além disso, trata das tecnologias em saúde aliado aos Sistemas de Informações Geográficas (SIG), que auxilia na análise e sistematização dos dados (MENDONÇA et al. 2014).

Toda a organização territorial interfere no acesso da população aos estabelecimentos de saúde, que prestam serviços voltados ao combate dos problemas de saúde visando o bem estar geral. A dengue representa um grande problema de saúde pública, e conseqüentemente grave ameaça à saúde da população. São necessárias ações do poder público visando o combate e tratamento da doença em diferentes escalas de atuação.

Diante de toda a relação que a geografia tem com a saúde, este trabalho propôs como objetivo identificar os padrões de fluxo no acesso aos estabelecimentos de saúde em São Sebastião (DF), buscando entender quais os caminhos que os pacientes percorrem para ter acesso ao diagnóstico (prováveis e confirmados) de dengue em determinada região do Distrito Federal.

A metodologia aplicada a este trabalho visou o tratamento dos dados de dengue, identificação dos estabelecimentos de saúde através do CNES, e alinhamento das informações para construção da dinâmica de fluxo.

A partir disso foram identificados no território do DF os diferentes estabelecimentos cadastrados no CNES, e como o serviço é prestado à população. Foram identificados diferentes tipos de estabelecimentos referentes à sua atuação e estruturação, da iniciativa pública e privada.

Os dados analisados mostraram que o acesso ao diagnóstico dos casos prováveis e confirmados de dengue, são na grande maioria para estabelecimentos de saúde que estão organizados na política de saúde da atenção primária, porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS).

A análise da dinâmica de fluxo dos pacientes residentes em São Sebastião deixou claro que a maioria dos acessos aos estabelecimentos de saúde ocorre em

unidades públicas, em destaque as Unidades Básicas de Saúde (UBS), e que estão localizadas na mesma região em que o paciente reside. Isso mostra que a população segue os protocolos delimitados pela secretaria de atenção básica, que estabelece aos pacientes de dengue a utilização de estabelecimentos da atenção primária, que adotam protocolos para o diagnóstico e tratamento das doenças.

Os pacientes residentes em São Sebastião e que buscaram estabelecimentos em outras regiões do Distrito Federal, representam um número pequeno no acesso ao diagnóstico de dengue. O fluxo representado nos mapas mostra que os acessos ocorrem em regiões próximas a de sua residência ou de concentração de estabelecimentos. Diante disso, diversos motivos podem interferir na busca por esse atendimento, e que vão variar dependendo de cada situação. É importante frisar que como os sintomas da dengue são virais e muitas vezes são tratados em casa, muitas pessoas não buscam o estabelecimento de saúde.

A partir dos dados coletados através de entrevistas pelo projeto soroprevalência, foram apresentados os estabelecimentos buscados pelos entrevistados e os motivos que levaram a essa busca. Relacionando as informações do projeto com o Banco de Dengue da SES-DF, várias informações se cruzaram e mostram que os acessos aos estabelecimentos podem seguir um padrão. As informações das entrevistas mostraram que grande parte das informações dos entrevistados que residiam em São Sebastião, buscavam a própria região para acesso aos serviços de saúde e principalmente estabelecimentos da atenção primária. Já os motivos para busca em outras regiões variavam entre, planos de saúde que faziam com que os entrevistados se deslocassem para unidades privadas e também falta de opção no acesso aos estabelecimentos.

Diante do processo de construção deste trabalho e alinhamento com os objetivos, se pode identificar que existe uma dinâmica de fluxo no acesso aos estabelecimentos de saúde da população de São Sebastião. Além disso, a análise da organização territorial dos estabelecimentos auxiliou no processo da dinâmica de fluxo, relacionando com os motivos dos pacientes no acesso as unidades.

As limitações deste trabalho estão relacionadas aos dados de dengue, que não apresentam uma padronização do endereçamento dificultando a espacialização

dos dados. Caso houvesse as informações mais precisas, a dinâmica de fluxo poderia partir da residência de cada paciente para cada estabelecimento de saúde, podendo assim identificar de forma mais precisa o acesso á essas unidades.

Uma segunda limitação pode estar associada ao processo de subnotificação dos casos de dengue, e também pela falta de envio de informações principalmente pela iniciativa privada. Atualmente existe a obrigatoriedade da notificação desses casos, mas não há uma fiscalização e punição caso não ocorra esse processo. Muitos casos de dengue advindos de estabelecimentos privados podem não ter sido abordado neste trabalho.

Outra limitação está atrelada as entrevistas realizadas pelo projeto de soroprevalencia, que apresentam uma quantidade muito pequena de entrevistas que responderam sobre os estabelecimentos de saúde. Diante disso, para trabalhos futuros seria interessante o amadurecimento dessas informações, aliadas á saídas de campo para mais entrevistas com a população. É recomendável também que os trabalhos futuros possam associar o acesso a cada tipo de estabelecimento levando em conta o estado em que o paciente se encontra ao atendimento, podendo diferenciar os acessos da atenção primária, secundária e terciária.

## REFERÊNCIAS

BARCELLOS, Christovam. Os indicadores da pobreza e a pobreza dos indicadores.: Uma abordagem geográfica das desigualdades sociais em saúde.. In: BARCELLOS, Christovam. A Geografia e o Contexto dos Problemas de Saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2008. p. 107-139.

BARRETO, Maurício L.; TEIXEIRA, Maria Glória. Dengue no Brasil: situação epidemiológica e contribuições para uma agenda de pesquisa. Estudos Avançados v. 22, n. 64, p. 53–72 , 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/eav/article/view/10348>>. Acesso: 10. Out. 2020

Brasil. Ministério da Saúde. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/experiencia\\_brasileira\\_sistemas\\_sau\\_de\\_volume1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/experiencia_brasileira_sistemas_sau_de_volume1.pdf)>. Acesso em: 18 out. 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 2 v. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [homepage na Internet]. Brasília, 2020. Disponível em: <[https://wiki.saude.gov.br/cnes/index.php/P%C3%A1gina\\_principal#Cadastro\\_Nacional\\_de\\_Estabelecimentos\\_de\\_Sa.C3.BAde\\_.28CNES.29](https://wiki.saude.gov.br/cnes/index.php/P%C3%A1gina_principal#Cadastro_Nacional_de_Estabelecimentos_de_Sa.C3.BAde_.28CNES.29)>. Acesso: 22 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue. 2009. 162 p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_prevencao\\_control\\_e\\_dengue.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_prevencao_control_e_dengue.pdf)>. Acesso em: 10 set. 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica . - 2. ed. rev. - Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 197 p. : il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 21)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 160 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Dengue : diagnóstico e manejo clínico : adulto e criança [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 5. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 58 p. : il.

\_\_\_\_\_. Fiocruz. Ministério da Saúde. Dengue: vírus e vetor. 2016. Disponível em: <<http://www.ioc.fiocruz.br/dengue/>>. Acesso em: 30 jun. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/experiencia\\_brasileira\\_sistemas\\_saude\\_volume1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/experiencia_brasileira_sistemas_saude_volume1.pdf)>. Acesso em: 28 set. 2020.

CATÃO, R. C. et al. Análise Da Distribuição Do Dengue No Distrito Federal. Espaço e Geografia, v. 12, p. 81–103, 2009. Disponível em <<http://www.lsie.unb.br/espacoegeografia/index.php?journal=espacoegeografia&page=article&op=view&path%5B%5D=97>>. Acesso em: 15 ago. 2020.

CATÃO, R. C. Dengue no Brasil: abordagem geográfica na escala nacional. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012. (Coleção PROPG Digital - UNESP). ISBN 9788579833328. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/109225>>. Acesso em: 05 Jul. 2020.

CATÃO, R. C. Expansão e consolidação do complexo do dengue no estado de São Paulo: difusão espacial e barreiras geográficas. 2016. 257 f. Tese (Doutorado) - Geografia, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Presidente Prudente, 2016. Disponível em: <<http://repositorio.unesp.br/handle/11449/141450>>. Acesso em: 15 out. 2020.

CODEPLAN. Atlas do Distrito Federal. Brasília: Codeplan, 2020. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/atlas-do-distrito-federal-2020/>>. Acesso em: 29 out. 2020.

CODEPLAN. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios. Brasília:Codeplan, 2018.

CODEPLAN. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios. Brasília:Codeplan, 2014.

COSTA, Graciete Guerra. As Regiões Administrativas do Distrito Federal de 1960 a 2011. 2011. 705 f. Tese (Doutorado) - Curso de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de Brasília, Brasília, 2011. Disponível em:<[repositorio.unb.br/bitstream/10482/9987/1/2011\\_GracieteGuerraCosta.pdf](repositorio.unb.br/bitstream/10482/9987/1/2011_GracieteGuerraCosta.pdf)>. Acesso em: 2 nov. 2020.

DATASUS/CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Federal (Codeplan). – Brasília: Codeplan, 2010.

DATASUS/CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Wiki CNES. Disponível em <<http://cnes.datasus.gov.br/wiki>>Acesso em: 20 ago. 2020.

GUIMARÃES, Raul Borges; PICKENHAYN, Jorge Amâncio; LIMA, Samuel do Carmo. Geografia e Saúde: sem fronteiras. Uberlândia: Assis Editora, 2014.160 p.

IBGE. Base de informações do Censo Demográfico 2010: Resultados do Universo por setor censitário. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em:

<[http://downloads.ibge.gov.br/downloads\\_estatisticas.htm](http://downloads.ibge.gov.br/downloads_estatisticas.htm)>. Acesso em: 10 set. 2020.

LACAZ, C. da S. Conceituação, atualidade e interesse do tema, súmula histórica. In: LACAZ, et al. Introdução à geografia médica do Brasil. São Paulo: EDUSP, 1972. 568p.

LEMOS, J. C. LIMA, S. C. A geografia médica e as doenças infecto-parasitárias. Caminhos De Geogr. 3. 2002. Disponível em< [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3393811/mod\\_resource/content/2/LEMOS%20e%20LIMA%20Geografia%20medica%20e%20doencas%20infecto.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3393811/mod_resource/content/2/LEMOS%20e%20LIMA%20Geografia%20medica%20e%20doencas%20infecto.pdf)> Acesso em: 14 ago. 2020.

MENDONÇA, F. ARAÚJO, W. FOGAÇA, T. A geografia da saúde no Brasil: Estado da arte e alguns desafios. Chile, Investig. Geogr. Chile, 48: 41-52 (2014).

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Health surveillance and territory: theoretical and methodological possibilities. Cad. Saúde Pública, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005.

OPAS. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília, 2008. Disponível em: 76<<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2015.

Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Novo Protocolo do Brasil para manejo clínico dos pacientes com dengue segue classificação atual da Organização Mundial da Saúde. Disponível em:<[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4980:novo-protocolo-do-brasil-para-manejo-clinico-dos-pacientes-com-dengue-segue-classificacao-atual-da-organizacao-mundial-da-saude&Itemid=812](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4980:novo-protocolo-do-brasil-para-manejo-clinico-dos-pacientes-com-dengue-segue-classificacao-atual-da-organizacao-mundial-da-saude&Itemid=812)>. Acesso em: 29. Out. 2020.

PAVIANI, A. Geografia Urbana do Distrito Federal: Evolução e Tendências. Espaço e Geografia, v. 10, p. 1–22, 2007.

PENNA, M. L. F. Um desafio para a saúde pública brasileira: o controle do dengue. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol.19. (1) p. 305-309, 2003. Disponível em< <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2003.v19n1/305-309/pt>>. Acesso em: 28 jun. 2020.

SANTOS, Milton. Por uma outra globalização: do pensamento único. 6ªed.à consciência universal / Milton Santos. - 6\* ed. – Rio de Janeiro: Record, 2001.

Sala de situação – Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal – SES-DF, 2020. Disponível em:< <http://info.saude.df.gov.br/area-tecnica/>>. Acesso em: 15 nov. 2020.

Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde.– Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 384 p.: il.Síntese de Informações Socioeconômicas / Companhia de Planejamento do Distrito.

SOUZA, J. S.; ARIANO, Z. DE F.; SCOPEL, I. A dengue no Brasil e as políticas de combate ao *Aedes aegypti*: da tentativa de erradicação às políticas de controle - THE DENGUE FEVER IN BRAZIL AND COMBAT DENGUE FEVER TO THE AEADES AEGYPTI: OF THE TRY ERADICATION TO CONTROL POLICIES. Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, v. 4, n. 6, 25 jun. 2008. Disponível em< <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/16906>> Acesso em: 15 jun. 2020.

TAUIL, P. L. Urbanização e ecologia do dengue. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol.17, suplemento I, p.99-102, 2001. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2001000700018>>. Acesso em: 17 ago. 2020.

## Anexo A - Tabela Acesso aos estabelecimentos de saúde localizados em São Sebastião - DF

Tabela 8. Acesso aos estabelecimentos de saúde localizados em São Sebastião - DF

Ano	Residência Paciente	Acesso	Região Estabelecimento
<b>2009</b>	-	0	-
<b>2010</b>	Paranoá	1	São Sebastião
	Brasília	3	São Sebastião
	Jardim Botânico	2	São Sebastião
<b>2011</b>	Santa Maria	1	São Sebastião
	Vazios	1	São Sebastião
<b>2012</b>	-	0	-
<b>2013</b>	Paranoá	2	São Sebastião
	Núcleo Bandeirante	1	São Sebastião
	Vicente Pires	1	São Sebastião
	Sobradinho	1	São Sebastião
	Lago Sul	1	São Sebastião
<b>2014</b>	Cruzeiro	1	São Sebastião
	Planaltina	1	São Sebastião
	Paranoá	5	São Sebastião
	Lago Norte	1	São Sebastião
	Brasília	1	São Sebastião
	Vazios	3	São Sebastião
<b>2015</b>	Recanto das Emas	1	São Sebastião
	Paranoá	3	São Sebastião
<b>2016</b>	Ceilândia	3	São Sebastião
	Gama	1	São Sebastião
	Candangolândia	2	São Sebastião
	Águas Claras	3	São Sebastião
	Recanto das Emas	1	São Sebastião
	Planaltina	7	São Sebastião
	Samambaia	2	São Sebastião
	Santa Maria	3	São Sebastião
	Guará	2	São Sebastião
	Paranoá	33	São Sebastião
	Lago Sul	4	São Sebastião
	Brasília	5	São Sebastião
	Varjão	2	São Sebastião
	Jardim Botânico	2	São Sebastião
	Vicente Pires	1	São Sebastião
Taguatinga	2	São Sebastião	
Itapoã	17	São Sebastião	
Vazios	6	São Sebastião	
<b>2017</b>	Ceilândia	1	São Sebastião
	Sobradinho	1	São Sebastião

	Recanto das Emas	1	São Sebastião
	Planaltina	3	São Sebastião
	Santa Maria	1	São Sebastião
	Paranoá	3	São Sebastião
	Lago Sul	4	São Sebastião
	Varjão	1	São Sebastião
	Itapoã	2	São Sebastião
<b>2018</b>	Candangolândia	1	São Sebastião
	Samambaia	1	São Sebastião
	Santa Maria	1	São Sebastião
	Paranoá	5	São Sebastião
	Brasília	1	São Sebastião
	Sobradinho II	1	São Sebastião
	Jardim Botânico	2	São Sebastião
<b>2019</b>	Ceilândia	4	São Sebastião
	Gama	1	São Sebastião
	Sobradinho	1	São Sebastião
	Águas Claras	1	São Sebastião
	Planaltina	4	São Sebastião
	Samambaia	3	São Sebastião
	Santa Maria	2	São Sebastião
	Riacho Fundo II	1	São Sebastião
	Guará	1	São Sebastião
	Paranoá	26	São Sebastião
	Lago Sul	8	São Sebastião
	Brasília	4	São Sebastião
	Núcleo Bandeirante	1	São Sebastião
	Park Way	1	São Sebastião
	Sudoeste/Octogonal	1	São Sebastião
	Jardim Botânico	16	São Sebastião
	Taguatinga	2	São Sebastião
Itapoã	5	São Sebastião	
Vazios	11	São Sebastião	

Fonte: Banco de dados dengue – SES-DF. Elaboração: Gabriel Bueno

Anexo B- Distritos e Bairros do Distrito Federal - SINAN

GDF - SES - SVS - Divep		
Distritos e Bairros do Distrito Federal - 17/09/2014		
Nome do Bairro	Descrição da Área do Bairro	Sinan
<b>ASA SUL</b>		
CSB 07	SQS 201a216, 401a416, 601a616, Vila Telebrasil. Av. das Nações (Sul), Acampamento Saturnino Brito, Setor de Embaixadas Sul e inv. adjacentes. Invasão Gráfica do Senado. Setor de Clubes Esportivos Sul (SCES). Instituto Vicenta Maria. Invasão Academia de Tênis. SOS Criança.	5
CSB 08	SQS 101a116, 301a316, 501a516, 701a716, 901a916. Setor Hotelereiro Sul. Setor de Diversões Sul. Setor Comercial Sul (SCS). Invasão do Depósito São Jorge. Funai. Hípica. Galeria dos Estados.	6
<b>LAGO SUL</b>		
CSB 05	SHIS: QI 01a28 e QL 02a28, Base Aérea de Brasília. Villages Alvorada I e II.	84
CSPa 01 LAGO SUL	SHIS QI 29 e maiores. Ermida Dom Bosco (SMDB).	105
<b>JARDIM BOTANICO</b>		
CSB 05 JARDIM BOTANICO	Condomínios: Ecológico Village II e III, Quintas da Alvorada I, II e III, Solar de Brasília, Vila da Mata e Ville de Montagne.	97
CSSSB 01 JARDIM BOTANICO	Condomínios: AMOBB, Belvedere Green, Carlos Teófilo, Estância Jardim Botânico, Jardim Botânico I, III, V e VI, Jardins do Lago, Lago Sul I, Mansões Califórnia, Mirante das Paineiras, Parque Jardim das Paineiras, Ouro Vermelho I, Portal do Lago Sul, Quintas Bela Vista, Quintas do Sol, Quintas Interlagos, Quintas dos Ipês, San Diego, São Mateus, Vila do Boa, Vila Vitória.	118
<b>SÃO SEBASTIAO</b>		
CSSSB01	São Sebastião (Área Urbana): Bonsucesso, Centro, João Cândido, Morro Azul, Residencial do Bosque, Residencial Oeste, Residencial Vitória, São Bartolomeu, São José, São Francisco, Tradicional, Vila Nova, Vila Vitória. Jardins Mangueiral. São Sebastião (Área Rural): Cava de Baixo, Cava de Cima, Capão Comprido, Comunidade São Bartolomeu, Córrego da Anta, Rod. DF 140, Mansões Fazendárias, Mochogongo, Morro da Cruz, Nova Vitória, Quebrada dos Neres, Recanto da Conquista I e II, Santa Prisca, Santo Expedito, Sesmária e Zumbi dos Palmares. Condomínios: Bela Vista, Itaipu (chácaras e lotes), Mansões Braúna, Mônaco, Morada de Deus, Verde, Ouro Vermelho II, Serrana, Vivenda Del Rey.	75
PSR 01 (nova Betânia)	Nova Betânia, Aquilhada, Barreiro, Cachoeirinha, Chapada, Capão dos Porcos, Quilombo.	66
PAPUDA	CIR Papuda, CDP (Núcleo de Custódia), CESAMI ( ou CAJE 2), PDF I, PDF II.	79
<b>ASA NORTE</b>		
CSB 11	SNQ 102a110, 302a310, 502a510, 702a710, 902a910, Setor Hosp N., CEUB. Setor Hotelero Norte.	3
CSB 12	SNQ 202a210, 402a410, 602a610, HUB, Setor de Embaixadas Norte, Invasões, UNB, Colina UnB, Av das Nações (Norte), Setor de Clubes Esportivos Norte (SCEN).	13
CSB 13	SNQ 111a116, 211a216, 311a316, 411a416, 511a516, 611a616, 711a716, 911a916. EQN 210/211, EQN 510/511, SCR N 710/711. Setor Terminal Norte (STN). Granja do Torto. Setor de Armazenagem e Abastecimento Norte (SAAN) e Invasão do SAAN. Vila Wesleyan Roriz. Parque Nacional. Núcleo Rural Boa Esperança II. Setor de Oficinas Norte (SOF Norte). CAJE.	14
CSB 15	Vila Planalto, Acampamento Rabelo e Pacheco, Acampamento Tamboril e DFL. Setor de Hotéis e Turismo Norte (SHTN). Fuzileiros Navais.	9
<b>LAGO NORTE</b>		
CSB 10	SHIN: QI 01 a 16 e QL 01 a 16, Centro de Atividades (CA). SAIN, SHQL, Setor Habitacional Taquari (SHTQ). Núcleo Rural Olhos D'Água.	83
CSPA 01 LN	Setor de Mansões do Lago Norte. Chácaras do Lago Norte. Núcleo Rural Córrego do Urubu. Condomínio Privé I. Centro de Treinamento do Exército.	104
<b>VARJÃO</b>		
CSB02 Varjão	Varjão, Núcleo Rural do Torto (Chácaras Varjão do Torto).	87
<b>CRUZEIRO</b>		
CSB 09	Cruzeiro Novo (SHCES), SRI (Setor Residencial Interno) do HFA, CPE, Setor Oficinas.	67
CSB 14	Cruzeiro Velho (SRES), SMU, RCG.	68

<b>SUDOESTE/OCTOGONAL</b>		
CSB 09 Sudoeste/Oct	Octogonal: AOS 01a08. Sudoeste: QSW 104, 105, 303a306 e 504.	98
CSB 14 Sudoeste	Sudoeste SQSW: 100a103, 300a302, QMSW 1a8, CCSW 1a8, QRSW 1a8, Setor de Oficinas do Sudoeste. Setor de Indústrias Gráficas (SIG).	99
<b>NÚCLEO BANDEIRANTE</b>		
CSNB 02	Áreas Urbanas e especiais. Metropolitana. Setor dos Engenheiros. Setor Industrial Bernardo Sayão (SIBS). Setor de Postos e Motéis Sul (SPMS). Vias EPIA e EPNB. Vila Nova Divinéia. Agrovila do Gama. Colônia Agrícola Núcleo Bandeirante. Granja Ipê. Placa da Mercedes. SOPI (Setor de Oficinas e Pequenas Indústrias).	70
PSR 01 (Vargem Bonita)	Núcleo Rural de Vargem Bonita	71
<b>PARK WAY</b>		
CSNB 02 Park Way	Quadras do SMPW (ou MSPW), exceto SMPW (ou MSPW) Q 04 e 05. Núcleo Rural Córrego da Onça.	103
CST 05 Park Way	SMPW (ou MSPW) Q 04 e 05.	125
<b>CANDANGOLÂNDIA</b>		
CSCan 01	Candangolândia, Área Urbana, 1ª Etapa Q 17, 2ª Etapa, Velhacap, QROA, QRO, QRIA, QOF, Jardim Zoológico, Setor de postos e motéis norte.	85
<b>RIACHO FUNDO I</b>		
CSRF 03 RF I	QN: 1, 3, 5, 7, 9. Quadras QS do Riacho Fundo I (2,4,6,8,10,12,14,16). Kanegae. Granja Modelo. Colônia Agrícola Sucupira. Colônia Agrícola Riacho Fundo.	72
<b>RIACHO FUNDO II</b>		
CSRF 04 RF II	QN: 7Aa7F, 8Aa8F, 9Aa9B, 10, 11, 12, 14AaF, 15AaF, 16. Quadras QS do Riacho Fundo II (1 a 18). QC (Todas). CAUB I e II. Colônia Agrícola Catetinho.	77
<b>GAMA</b>		
CSG 01	Setor Sul Q pares 2 a 12, Setor Oeste Q 28 a 33. Rod DF290 Km16ao20	54
CSG 02	Setor Sul Q ímpares 1a17, Str Leste Q 32a38, Parque Recreativo Prainha. Rod DF 290 Km21ao25.	55
CSG 03	Setor Leste Q 01a13, 44a47 e 50 (Loteamento Itamaracá), Setor de Indústria, Área Alfa e adjacentes, Presídio Feminino.	56
CSG 04	Setor Leste Q 14a31, 33, 37, 39, 41, 48, 49.	57
CSG 05	Setor Central Q 01a54, Setor Leste Q 22, 25, 26, 38, 40, 42 e 43, AE 01a24	58
CSG 06	Setor Oeste Q 01a10 e Q12 a27. Vila Roriz. Quadra B.	59
CSG 08	Setor Norte: Q 1 e 2; Setor Central: Q 55 e 56 e Setor Oeste: Q 11.	112
PFS (Ponte Alta Norte)	Ponte Alta Norte. Condomínios: Residencial das Palmeiras e Residencial Paraíso.	113
PSR s/nº (Ponte Alta de Baixo)	Ponte Alta de Baixo	114
PSR 01 (Ponte Alta de Cima)	Ponte Alta de Cima. Rod DF290 Km 9a15.	60
PSR 02 (Agrovila Eng das Lajes)	Engenho das Lajes. Rod DF290 Km1a8. Rod BR060 Km15a31.	61
PSR 03 (DVO)	DVO-Cidade Nova	62
<b>TAGUATINGA</b>		
CST 01	QNG, QNH, CNG, CNH, Assentamento 26 de Setembro, Colônia Agrícola Cana do Reino.	25
CST 02	QND, QNE, QI, Vila São José, Auta de Souza.	26
CST 03	QNL 1a12, 14, 16, 18, QNJ (todas).	27
CST 04	QNA, CNA, QNB, CNB, QNC, CNC, QNF, CNF, CRT, Quadras Centrais Norte, Parque Onoyama.	28
CST 05	QSD, CSD, QSE, CSE, QSF, QSG, Setor de Oficinas, Setor Comercial, Invasões Adjacentes, Vila Dimas, Vila Matias, Casa da Benção, Casa da Gestante, Albergue.	29
CST 06	QSA, CSA, QSB, CSB, QSC, CSC, Setor Comercial Central, Setor de Mansões Samambaia, Setor de Mansões Taguatinga (SMT ou SML-Antigo).	30
CST 07	QNM pares 34a42, QNL 19,21,23, SOF A,B,C,D e E, setor comercial. SDE.	31
CST 08	Nova QNL 13,15,17, 20, 22, 24, 26, 28 e 30, SIG de Taguatinga	32

VICENTE PIRES		
CST 01 VIC PIRES	Vicente Pires: Chácara 26 a 335	110
CST 02 VIC PIRES	Vila São José e Colônia Agrícola Samambaia.	124
PSU 01 L COSTA V PIRES	Vicente Pires Chácara 01 a 25.	108
ÁGUAS CLARAS		
CST 05 A. Claras	Águas Claras: Quadras 201 a 210. Ruas: 1S a 37S e 1N a 38N. Ruas: Alecrim, Jaracandá, Babaçu, Burity, Figueiras, Ipê, Jequitibá, Manacá, Sibipiruna e das Paineiras. Alameda Gravatá. Avenidas: Araucárias, Águas Claras e Pau Brasil. Areal (QS 01, 03, 05, 06, 07, 08, 09, 10 e 11). Colônia Agrícola Veredas, Veredas da Cruz, Vereda Grande e Veredão. Setor Habitacional Amigueiras. Invasão do Extra.	102
CST 06 A. Claras	Águas Claras: Quadras 101 a 107. QS 301 (Ruas A, B, C e D). Rua E. Ruas: 37N e 38N. Alamedas: dos Eucaliptos e das Acácias. Rua das Aroeiras e Carnaúbas. Avenida Castanheiras e Flamboyant.	109
GUARA		
CSGu 01	Guará I - QI e QE 1a12, 14a22 (pares), Invasão da Encol, Chácara adjacentes. Superquadra Brasília (SQB).	48
CSGu 02	Guará II - QE 13, 15, 17, 19, 21, 23, 24, 25, 26, 28, 30, AE 2A, QI ímpares de 23 a 33. Park Shopping. Superquadra Park Sul (SQPS). Setor de Multiplas Atividades Sul (SMAS). Parque Ecológico do Guarã, Chácara adjacentes. Colônia Agrícola Águas Claras. Invasão da Colônia Agrícola Bernardo Sayão.	49
CSGu 03	QE 32, 34, 36, 38, 40, 42, 44, 46, 48, IAPI, Polo de Moda, Invasão do Grêmio, AE 04, Colônia Agrícola Bernardo Sayão.	50
PSU 01 (Lúcio Costa)	Lúcio Costa (QELC 1/2/3/4), Vila Tecnológica, Chácara adjacentes, Invasões, Jockey Clube.	51
ESTRUTURAL (SCIA)		
CS Estrutural	Quadras da Estrutural, Cidade do Automóvel	78
S I A		
CSGu 01 SIA	S I A. Invasão do SIA.	100
CSGu 02 S I A	Setor de Oficinas Sul (SOFS), Carrefour Sul, Casa Park, Free Park, Novacap. Setor de Garagens e Concessionárias de Veículos Sul (SGCV-Sul).	119
PSU 01 Lúcio Costa S I A	Setor de Transportes Rodoviários e de Cargas (STRC). Setor de Inflamáveis (SIN)	128
PLANALTINA		
CSP 01	Planaltina: Áreas Especiais. Vila Burity Q 3a6; Burity IV quadras 23, 24, 25 e 26. Aprodarmas, Chácara Juciara, Córrego do Atoleiro. Horta Comunitária. Setor de Chácara Mestre D'Armas etapas I, II e IV. Vale do Amanhecer. Condomínios: Fazenda Mestre D'Armas, Flamboyant, Mansões do Amanhecer, Morada do Nobre, Portal do Amanhecer I, II, III e V, Privê, Privê V, Quintas do Amanhecer I e II, Recanto Feliz, Residencial Prado, San Sebastian, São Francisco I e II, Vale do Sol, Veneza I, II e III, Vila Feliz, Vila Vicentina. Setor Administrativo.	40
CSP 02	Vila Burity (SRL) Q 1 e 2, Vila Burity II (SRL) (Caveral) Q 10 e 20 (Pombal), Vila Burity III (SRL), Burity IV Quadras 21,22. Setor de Indústria e Oficinas. Jardim Roriz (Setor Residencial Norte A) e adjacentes. Vila Nossa Senhora de Fátima. Loteamento do CAIC. Setor Residencial Oeste (SRO).	41
CSP 03	Planaltina: Setor Tradicional, Setor Sul, Setor Norte (SRN), Bairro Nossa Senhora de Fátima, Bica do DER, Capelinha, Colégio Agrícola. Estância Planaltina. Estância VI. Itiquira. Mansões Mestre D'Armas (ou Condomínio Mansões Mestre D'Armas ou Cond. Mestre D'Armas). Vila (ou Condomínio) Nova Esperança. Condomínios: Cachoeira, Nosso Lar, Nova Esperança, Nova Petrópolis, Parque Mônaco, Residencial Guirra e Samauma. Condomínio Estância Mestre D'Armas. Vila DVO.	47
CSP 04	Estâncias (ou Estâncias Mestre D'Armas) I, II, III, IV e V. Condomínio Nova Planaltina. Recanto do Sossego.	120
CSP 05	Arapoanga. Condomínio Marisol. Vila Real. Grande Oriente.	121
PSR 01 (Taquara)	Núcleo Rural Taquara, Cachoeirinha, Reserva Ecológica, Pipiripau I.	42
PSR 02 (Rio Preto)	Núcleo Rural Rio Preto, Barra Alta, Cooperbrás, São Gonçalo.	43
PSR 03 (Tabatinga)	N.R. Tabatinga, Jardim I, Café Arábia, Estanislau.	44
PSR 04 (Pipiripau)	Núcleo Rural de Pipiripau II, Cerâmica Dom Bosco, Retiro do Meio. Fazenda Larga. Sem Terra Oziel Alves.	45
PSR 07 (São José)	Núcleo Rural São José, Olhos D'água, Curral Queimado, Riacho das Pedras, Lagoinha, Jacaré do Grotão, Jibóia.	46
PSR 08 (Santos Dumont)	Santos Dumont, Loteamento Pacheco, Condomínio Prado.	86
PSR Rajadinha	N. Rural Rajadinha I e II	122
PSR Morumbi	Bonsucesso, Vale Verde, Palmeiras, Monjolo, Sarandí e Quintas do Maranhão.	123
PARANOÁ		
CSPA 01	Região do Paranoá. Condomínios: Mansões Itaipu, Novo Horizonte, Entrelagos. Condomínio La Font. Áreas Rurais: Boqueirão, Capão da Erva, Capão da Onça e Sobradinho dos Melo. Altiplano Leste: Condomínios Privê Morada Sul e Solar da Serra.	76
PSR 01 (Cariru)	Área Rural do CARIRU. Três Conquistas.	95

ITAPOÁ		
CSPA 01 IT	Itapoá, Fazendinha, Del Lago, Cond. Chacaras Euler Paranhos.	101
SANTA MARIA		
CSSM 01	Santa Maria Sul: QR, AC, CL e EQC 100a111, 200a211, 300a311, 401a411. Q. Central 1 e 2. Condomínio Porto Rico. Saia Velha. Condomínios do Setor Habitacional Tororó: Chapéu de Pedra, Ecológico Parque do Mirante, Estância Del Rey, Privê Lago Sul, Quintas do Trevo, San Francisco I e II, Santa Bárbara. Rod DF290 Km25ao32.	65
CSSM 02	Santa Maria Norte: QR, AC, CL e AQ 112a122, 212a218, 312a318, 415a418, 516a518. Cond. Santos Dumont (Antigo Sítio do Gama, quadras QRC e QRI). Condomínios do Setor Total Ville.	89
RECANTO DAS EMAS		
CSRE 01	Q 106a116, 300a311, 508a511.	64
CSRE 02	Q 101a105, 200a206, 401a407, 601a605, 800a804. Área Rural. Núcleo Rural Casa Grande, Vargem da Benção, Vila Infantil, DF 280. Condomínios: Buriti Tição, Dom Pedro, Residencial Buritis I e II, Residencial Guarapari, Residencial Galiléia, Residencial Nova Betânia, Residencial Dom Francisco, Residencial São Francisco, Salomão Elias.	88
SAMAMBAIA		
CSSA 1	Quadras Pares: QN/QR 202a214, QN/QR/QS 402a416, QR/QS 602a616. Quadras Impares: QN/QR/QS 301a327. QI 416 e 616.	52
CSSA 2	Quadras Impares: QR/QS 103a127, QN/QR/QS 201a225, QN/QR/QS 401a425, QR/QS 601a625. Setor de Mansões Sudoeste (SMSO)	53
CSSA 3	Quadras Impares: QN/QR/QS 427a433, QN/QR/QS 629a633. Quadras: 827, 829, 831, 833, 1029, 1031, 1033. Asa Alimentos. Setor de Chácaras. Acampamento s/ Terra. Loteamento Termas Solar. Cond. Resid. Asa Branca.	90
CSSA 4	Quadras Pares: QR/QS 102a122, QN/QR/QS 302a320. Quadras Pares e Impares QN/QR/QS 501a 527. Setor de Mansões Sudeste (SMSE). Setor de Mansões Sul.	91
CEILÂNDIA		
CSC 02	QNN 5, 7, 9, 15, 21, 23, 25, 29, 31, 33, 35, 37, 39.	2
CSC 03	QNM ímpares de 1 a 33. AE 1. CNM 1.	16
CSC 04	QNN 6, 8, 10, 16, 22, 24, 26, 30, 32, 34, 36, 38 e 40.	17
CSC 05	QNM pares de 2 a 32. AE 2. CNM 2.	18
CSC 06	Setor P Sul: QNP pares 2a20. Área de Desenvolvimento Econômico (ADE) Pró-DF.	19
CSC 07	QNO 01a15. Condomínio Privê.	7
CSC 08	Setor P Norte: QNP ímpares de 1a19 e 29. QSC 2. Chácaras e Condomínios do P Norte. Setor Habitacional Sol Nascente (SHSN): Chácaras: Boa Esperança, do Macedo, Pequiizeiro, São Raimundo, 12, 29 (Athila), 32 (Regilene), 33 (Monteiro), 41, 41A, 43, 45 (São José), 48, 50, 50-A (Sinhazinha), 52, 53, 53/54, 54 (Buriti Sereno), 55, 56, 57, 58, 59, 61, 65, 85 (Buritis), 87, 91, 92A, 92B, 95,96, 96A, 96J, 97, 97B, 97C, 98A (NOSSA SENHORA APARECIDA), 99,100 (SÃO FRANCISCO), 107, 108, 109, 110, 110F, 111, 112A, 116, 117, 118, 122, 123, 124, 125, 125A (TREZE DE MAIO), 126, 128,,128A, 130, 131A, 131B, 131C, 133B, 133A, 134, 135, 136, 136A, 136A/B, 137,, 143C, 148, 151A (CACHOEIRINHA), 151B, 581; CONDOMÍNIOS: PEDRA VERDE e 10 IRMÃOS; QUADRAS 1 a 38 e 40; VILA DA PAZ.	8
CSC 09	Setor P Sul: QNP pares 22a36. Condomínio Por do Sol (ou Setor Habitacional Por do Sol (SHPS)).	20
CSC 10	QNN 1a4, 11a14, 17a20, 27, 28, AE 1 e 2, CNN 1 e 2. Setor Habitacional Sol Nascente (SHSN): CHÁCARAS: DA LUZ, NOVO HORIZONTE, PELEZIM, SÃO RAIMUNDO NONATO, SÃO SEBASTIÃO, 5, 12A (SÃO LUIZ), 38A, 40, 43A, 43B, 45 (BURITIZAL), 45B, 66, 67 (CONDOMÍNIO BOM FIM), 47, 51, 51A, 67B (CHÁCARA SÃO COSMO), 127, 127A, 140, 140/141, 143, 145, 146, 150, 151, 157A, 160 (EDULLETE) 160B (CONDOMÍNIO VITÓRIA), 161 (CHÁCARA PANTANAL), 162, 163, 164A, 171, 172, 181.	10
CSC 11	QNO 16a23. Setor de Oficinas.	11
CSC 12	Setor P Norte: QNP 21a27, QNQ, QNR, CNR, QSC 1. Setor de indústrias. Áreas Rurais: Incra 9 e Rocinha. CHÁCARAS: SÃO FRANCISCO, B35, 1 (Condomínio 5 Estrelas), 1A, 2, 5, 5B, 7A, 9, 16 (CONDOMÍNIO VENCEDOR), 16B (RESIDENCIAL DAS ACÁCIAS), 17A (VIRGEM DA VITÓRIA), 17B (BOA VISTA), 73, 74, 75, 79, 81 (CONDOMÍNIO CIDADE NOVA), 81/2, 84,86, 113, 115A, 117, 118, 119 (CONDOMÍNIO RAIO DO SOL), 120, 121, 123, 124, 616; CONDOMÍNIOS: ELDORADO, GÊNESIS e PARQUE LAGOINHA.	96
PSR 01 (Boa Esperança)	Núcleo Rural Boa Esperança. Condomínios: Arco Verde, Quinta dos Amarantes, Vista Bela. Dois Irmãos, Laje, Jibóia, Monjolinho, Fazenda Água Santa.	33
BRAZLÂNDIA		
CSBz 01	Brazlândia (toda área urbana), Áreas Especiais, Setor Tradicional: Q 02 a 29, AE 4 e 5, Setor Sul: Q 01, 02, 04, Setor Norte: Q. 02 a 12, AE 02 e 03, Setor Veredas: Q 01 a 06. Cascalheira.	21
CSBz 02	Vila São José, Novo assentamento, Entrequadras.	22
PSR 01 ALMECEGAS	Área rural: NR Almêcegas, Armador, Assentamento Betinho, Barreiro, Barroão, Bucanhão, Chapadinha, Currealinho, Choro, DF 205, Palmas, Pulador, Radiobrás, Rodeador, Torre, Setor de Chácaras.	23
PSR 02 INCRA 08	Núcleos Rurais: Incra 6, 7 e 8, Alexandre Gusmão	24

## Anexo C –Ficha de notificação Individual – SINAN-

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
D.A. SAÚDE

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA  
COORDENAÇÃO GERAL DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS  
GT-SINAN

### SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVO DE NOTIFICAÇÃO

#### DICIONÁRIO DE DADOS - SINAN NET

#### AGRAVO: NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nome do Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
Nº da Notificação	varchar2(7)		Número da Notificação	<b>Campo chave</b> para identificação do registro no sistema	NU_NOTIFIC
Tipo de Notificação	varchar2(1)	1 - Negativa 2 - Individual 3 - Surto 4 - Agregado	Identifica o tipo da notificação	<b>Campo Obrigatório</b>	TP_NOT
Agravo	varchar2(4)	Tabela de agravos do sistema com códigos (classificação internacional de doenças -CID 10) e nomes dos agravos classificados como notificação compulsória ( nacional, estadual ou municipal) e as síndromes ( febre hemorragia aguda;respiratória aguda; diarreia aguda; sanguinolenta; neurológica aguda; insuficiência renal aguda; outras síndromes.: a) Doenças Exantemáticas 1 - Sarampo 2 - Rubéola b) Meningite 1 - Doenças	Nome e código do agravo notificado segundo CID-10 (Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português)	- <b>Campo chave</b> ; - Preenchendo o código, a descrição é preenchida automaticamente, e vice-versa; - Ao exportar, é retirado o ponto	ID_AGRAVO
Suspeita do Agravo	varchar2(1)	a) Doenças Exantemáticas 1 - Sarampo 2 - Rubéola b) Meningite 1 - Doenças	Especifica a suspeição do agravo (Sarampo, Rubéola, Doenças Meningocócicas, Outras Meningites) e identifica se notificação é de AIDS adulto ou criança.	- <b>Campo obrigatório</b> - Campo específico para doenças exantemáticas, meningite e AIDS	CS_SUSPEIT

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
D.A. SAÚDE

		Meningocócicas 2 - Outras Meningites c) AIDS (banco genérico) 1- Criança (<13) 2- Adulto (≥ 13 anos) AIDS (banco DBF) C- Criança (<13) A- Adulto (≥ 13 anos)			
Data da Notificação	date	dd/mm/aaaa	Data de preenchimento da ficha de notificação.	- <b>Campo chave</b>	DT_NOTIFIC
Semana epidemiológica da notificação (campo interno)	varchar2(6)	Semanas do calendário epidemiológico padronizado.	Semana epidemiológica que o caso foi notificado.	Preenchida automaticamente, a partir da data de notificação (AAAASS)	SEM_NOT
(campo interno)	varchar2(4)		Ano da notificação	Variável interna preenchida pelo sistema a partir da data de notificação	NU_ANO
UF de Notificação	varchar2(2)	Tabela com Códigos e siglas padronizados pelo IBGE	Sigla da Unidade Federativa onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. A sigla é uma variável que está associada ao código na tabela.	- <b>Campo obrigatório</b>	SG_UF_NOT
Município de Notificação	varchar2(6)	Tabela com Código e nome dos municípios do cadastro do IBGE (tabela municipi.dbf)	Código do município onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. O nome está associado ao código na tabela de municípios.	- <b>Campo chave</b> ; - Preenchendo o código, a descrição é preenchida automaticamente, e vice-versa;	ID_MUNICIP
(campo interno)	varchar2(4)	Campo com código da regional de saúde da tabela de município do sistema	Regional de saúde onde está localizado o município da unidade de saúde ou outra fonte notificadora	Sistema relaciona o campo município de notificação com o campo regional da tabela de municípios	ID_REGIONA
Unidade de saúde ou outra fonte notificadora	number(8,0)	Códigos e nomes da tabela do cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde	Nome completo e código da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou	- <b>Campo obrigatório</b> ; - Preenchendo o código, a descrição é preenchida	ID_UNIDADE

		(CNES)	o atendimento e notificação do caso	automaticamente, e vice-versa;	
Data dos primeiros sintomas / Diagnóstico	date	dd/mm/aaaa	Data dos primeiros sintomas do caso de agravo agudo. Data do diagnóstico do caso de agravo crônico e DRTs Data do acidente nos acidentados da saúde do trabalhador	- Campo Obrigatório; - Data menor ou igual (<=) a Data de Notificação; - A partir desta data é preenchido o campo semana epidemiológica dos primeiros sintomas nos agravos agudos.	DT_SIN_PRI
Semana epidemiológica dos primeiros sintomas/ diagnósticos. (campo interno)	varchar2(6)	Semanas do calendário epidemiológico padronizado.	Semana epidemiológica dos números sintomas.	Preenchida automaticamente, a partir da data de primeiros sintomas data do diagnóstico. (AAAASS)	SEM_PRI
Nome do Paciente	varchar2(70)		Nome completo do paciente (sem abreviações)	- Campo obrigatório;	NM_PACIENT
Data de nascimento	date	dd/mm/aaaa	Data de nascimento do paciente	- Obrigatório, caso a idade não seja preenchida; - Uma vez preenchido é, calculado automaticamente a idade;	DT_NASC
Idade	number(4)	A composição da variável obedece o seguinte critério: 1º dígito: 1-Hora 2-Dia 3- Mês 4- Ano  Ex: 3009 – nove meses, 4018 – dezoito anos	quando não há data de nascimento a idade deve ser digitada segundo informação fornecida pelo paciente como aquela referida por ocasião da data dos primeiros sintomas ou na falta desse dado é registrada a idade aparente.	Campo obrigatório caso a data de nascimento não esteja preenchida;  - Preenchido automaticamente se Data de nascimento for preenchida; - Calculada entre Data de nascimento e Data de Primeiros Sintomas/Diagnóstico; - Campo composto pela unidade de medida de tempo e número da idade. - Se campo < 4007 ( 7 anos), campo escolaridade é preenchido com 6- Não se aplica. - Para Rubéola	NU_IDADE_N

				congenita, idade máxima é 2 anos; - Para Sífilis Congênita e AIDS Criança, idade máxima é 12 anos;	
Sexo	varchar2(1)	M- Masculino F-Feminino I- Ignorado	Sexo do paciente	- Campo obrigatório; - Se Sexo = Masculino, desabilitar o campo Gestante;	CS_SEXO
Gestante	varchar2(1)	Gestante 1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado	Idade gestacional da paciente.	- Obrigatório, se sexo = F;  - Se Sexo=Masculino, preenchido automaticamente com 6 Não se Aplica;  - As notificações dos agravos Tétano Neonatal, Síndrome da Rubéola Congênita, HIV/Crianças Expostas não habilita o campo Gestante;	CS_GESTANT
Raça/Cor	varchar2(1)	1- branca 2- preta 3- amarela 4- parda 5- indígena 9. ignorado	Considera-se cor ou raça declarada pela pessoa. 1- branca 2- preta 3- amarela (pessoa que se declarou de raça amarela) 4- parda (pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça) 5 - indígena (pessoa que se declarou indígena ou índia)	Variável Essencial	CS_RACA
Escolaridade	varchar2(2)	0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF 2-4ª série completa do EF( antigo 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau)	Série e grau que a pessoa está frequentando ou frequentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação.	Variável Essencial - Categoria 10- não se aplica é preenchida automaticamente quando caso notificado é < 7 anos de idade. - Quando caso notificado > 7 anos, campo não pode ser	CS_ESCOL_N

		4-Ensino fundamental completo ( antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto ( antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo ( antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10-Não se aplica		preenchido com categoria 10- não se aplica - As notificações dos agravos Tétano Neonatal, Síndrome da Rubéola Congênita, não habilita o campo Escolaridade do caso	
Nº. Cartão SUS	varchar2(15)		Número do cartão do Sistema Único de Saúde (SUS) do paciente		ID_CNS_SUS
Nome da mãe	varchar2(60)		Nome completo da mãe do paciente (sem abreviações)	<b>Variável Essencial</b>	NM_MAE_PAC
UF	varchar2(2)	Tabela com Códigos e siglas padronizados pelo IBGE (tabela municipi.dbf)	Sigla da Unidade Federada de residência do paciente por ocasião da notificação. A sigla é uma variável que está associada ao código na tabela.	- <b>obrigatório, se residente no Brasil.</b> - Ao digitar sigla da UF, o campo País é preenchido automaticamente com "Brasil" - Se nenhuma UF for selecionada, o sistema pula automaticamente para seleção de outro país que não o Brasil	SG_UF
			Sigla da Unidade Federativa onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. A sigla é uma variável que está associada ao código na tabela.		
Município de residência	varchar2(6)	Tabela com Códigos e nomes padronizados pelo IBGE	Código do município de residência do caso notificado. O nome está associado ao código na tabela de municípios.	- São exibidos somente os Municípios pertencentes à UF selecionada no campo anterior. Digitação do nome do município ou do código. Quando digitado o nome, o código é preenchido automaticamente e vice-versa. - Campo <b>obrigatório quando</b>	ID_MN_RESI

(campo interno)	varchar2(4)	Campo com código da regional de saúde da tabela de município do sistema	Regional de saúde onde está localizado o município de residência do paciente por ocasião da notificação	<b>UF é digitada</b> Sistema relaciona o campo município de notificação com o campo regional da tabela de municípios	ID_RG_RESI
Distrito	Varchar(9)	Códigos e nomes padronizados segundo Tabela disponibilizada pelo sistema para cadastramento pelo gestor municipal do Sinan	Nome e respectivo código do distrito de residência do paciente por ocasião da notificação.	<b>Variável Essencial</b> - Filtra apenas os distritos pertencentes ao Município selecionado no campo anterior; - Digitação do nome do distrito ou do código. Quando digitado o nome, o código é preenchido automaticamente e vice-versa.	ID_DISTRIT
Bairro	number(8)	Códigos sequenciais da tabela de localidade	Código do bairro de residência do paciente por ocasião da notificação. Serão exibidos apenas os Bairros pertencentes ao Município selecionado no campo anterior.	<b>Variável Essencial</b>	ID_BAIRRO
Nome do Bairro	varchar2(60)		Nome do bairro de residência	- Esse campo será digitado quando não houver bairro cadastrado	NM_BAIRRO
Logradouro (rua, avenida...)	number(8)	Tipo e nome do logradouro digitado na entrada de dados ou, se disponível selecionado em tabela de logradouros do município ( código e descrição)	Identificação do tipo (avenida, rua, travessa, etc.) título e nome do logradouro Dados do endereço de residência do paciente por ocasião da notificação	<b>Variável Essencial</b> - Se o logradouro for de município diferente do município de residência, será gravado o nome digitado no campo e não será gravado nenhum código.	ID_LOGRADO
	varchar2(60)	Descrição digitada quando não há tabela no sistema.	Identificação do tipo (avenida, rua, travessa, etc.) título e nome do logradouro Dados do endereço de residência do paciente por ocasião da notificação (av., rua, etc.)	<b>Variável Essencial</b> - Esse campo será digitado quando não houver Logradouro	NM_LOGRADO
Número do logradouro	varchar2(6)		Nº. do logradouro (nº. da casa ou do edifício) Dados do endereço de	<b>Variável Essencial</b>	NU_NUMERO

			residência do paciente por ocasião da notificação		
Complemento do logradouro	varchar2(30)		Complemento do logradouro (ex. Bloco D, apto, casa, etc.) Dados do endereço de residência do paciente por ocasião da notificação	Variável Essencial	NM_COMPLEM
Geo campo 1	number(8)	Selecionado em tabela de localidade ( código e descrição) Tabela com Códigos e nomes padronizados segundo Tabela disponibilizada pelo sistema para importação pelo gestor municipal do Sinan de tabela georeferenciada	Campo para Geo-Referenciamento		ID_GEO1
Geo campo 2	number(8)	Selecionado em tabela de localidade ( código e descrição) Tabela com Códigos e nomes padronizados segundo Tabela disponibilizada pelo sistema para importação pelo gestor municipal do Sinan de tabela georeferenciada	Campo para Geo-Referenciamento		ID_GEO2
Ponto de referencia	varchar2(70)		Ponto de referência para facilitar a localização da residência do paciente	Variável Essencial	NM_REFEREN
CEP de residência	varchar2(8)		CEP de residência do paciente.	Variável Essencial	NU_CEP
(DDD)	varchar2(2)		Código de residência do paciente	Variável Essencial	NU_DDD_TEL
Telefone	varchar2(9)		Telefone de residência do paciente	Variável Essencial	NU_TELEFON
Zona	varchar2(1)	1-urbana 2-rural 3-periurbana 9- ignorado	Zona de residência do paciente por ocasião da notificação	Variável Essencial	CS_ZONA
País (se residente fora do Brasil)	varchar(4)	Tabela com código e descrição de países.	País onde reside o paciente por ocasião da notificação	Campo obrigatório - Se UF for digitada este campo é preenchido automaticamente	ID_PAIS

				com "Brasil"	
Não Listar/ Não Contar	varchar2(1)	0 ou branco - Não identificado 1 - Não é duplicidade (não listar) 2 - Duplicidade (não contar)	Identifica duplicidade	Categorias de 1 e 2 atribuídas pelo usuário do sistema na rotina de duplicidade para identificar duplicidades que não devem ser listadas no relatório de duplicidade ou não devem ser computadas na incidência do agravo. Quando o registro estava marcado para não listar e retornou para a rotina de duplicidade, é atribuída a categoria 0	NDUPLIC_N
Vinculação	varchar2(1)	0 ou branco - Não Vinculado 1 - Vinculado	Indica se a notificação foi vinculada	Categoria 1 atribuída pelo sistema após vinculação de notificações de hanseníase ou tuberculose.	IN_VINCULA
<b>DADOS DA INVESTIGAÇÃO E DADOS DA CONCLUSÃO COMUNS A MAIOR PARTE DOS AGRAVOS</b>					
Data da investigação	date	Dd/mm/aaaa	data de início da investigação do caso.	Campo obrigatório campo= > data da notificação	DT_INVEST
Ocupação	Varchar(8)		Informar a atividade exercida pelo paciente no setor formal, informal ou autônomo ou sua última atividade exercida quando paciente for desempregado. O ramo de atividade econômica do paciente refere-se as atividades econômicas desenvolvidas nos processos de produção do setor primário (agricultura e extrativismo); secundário (indústria) ou terciário (serviços e comércio).	Variável Essencial	ID_OCUPA_N
Classificação final	varchar2(2)	Anexo I	Classificação final do caso após investigação	Variável Essencial	CLASSI_FIN
Critério confirmação	varchar2(2)	Anexo I	Critério utilizado para confirmação ou descarte do	Variável Essencial	CRITERIO

O caso é Autóctone de residência?	varchar2(1)	1 – Sim 2 – Não 3 – Indeterminado	caso notificado. Indica se o caso é autóctone do município de residência .	Campo obrigatório	TPAUTOCTO
UF (provável da fonte de infecção)	varchar2(2)	Tabela com siglas e código padronizados pelo IBGE	Sigla da unidade federada onde o paciente foi provavelmente infectado.	Obrigatório se país= Brasil Se o campo (O caso é autóctone do município de residência) for = 1 (sim), preencher automaticamente com a UF de residência do caso	COUFINF
País (provável da fonte de infecção)	varchar(4)	Tabela com código e descrição de países.	País onde o paciente foi provavelmente infectado.	Campo obrigatório Se o campo (O caso é autóctone do município de residência) for = 1 (sim), preencher automaticamente com o País de residência do caso	COPAISINF
Município (provável da fonte de infecção)	varchar2(6)	Tabela com Códigos e nomes padronizados pelo IBGE	Código do município onde o paciente foi provavelmente infectado. O nome está associado ao código na tabela de municípios.	Obrigatório se país de infecção = Brasil Se o campo (O caso é autóctone do município de residência do caso) for = 1 (sim), preencher automaticamente com o Município de residência do caso	COMUNINF
distrito (provável de infecção)	varchar2(4)	Tabela com Códigos e nomes padronizados segundo Tabela disponibilizada pelo sistema para cadastramento pelo gestor municipal do Sinan	Código do Distrito provável de Infecção do caso. O nome está associado ao código em tabela	Variável Essencial	CODISINF
Bairro (provável de infecção)	number(8)	Tabela Códigos e nomes padronizados segundo Tabela disponibilizada pelo sistema para cadastramento pelo Gestor municipal do Sinan	Código do bairro provável de Infecção do caso	Variável Essencial Se o bairro for de município diferente do município de residência, será gravado o nome digitado no campo Bairro e não será gravado nenhum	CO_BAINFC

	varchar2(60)		Nome do bairro provável de infecção do caso.	código.	NOBAINF
Doença relacionada ao trabalho	varchar2(1)	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	Indica se a doença esta ou não relacionada ao trabalho	Variável Essencial	DOENCA_TRA
Evolução do caso	varchar2(1)	Anexo I	Evolução do caso	Variável Essencial	EVOLUCAO
Data de óbito	Date	Dd/mm/aaaa	Data de óbito	Campo> = data dos primeiros sintomas.	DT_OBITO
Data de encerramento	date	Dd/mm/aaaa	Data do encerramento	Campo obrigatório sempre que a classificação final está preenchida	DT_ENCERRA
<b>CAMPOS INTERNOS DE ROTINA DO SISTEMA</b>					
Chave fonética	varchar2(70)		Primeiro e último nomes do paciente concatenados.		FONETICA_N
Descrição do soundex	varchar2(70)		Nome do paciente criptografado através do método Soundex	Esse código criptografa o nome do paciente, de acordo com o código soundex	SOUNDEX
Data de digitação	date	Dd/mm/aaaa	Data de Digitação da primeira inclusão da notificação no sistema.	Preenchida automaticamente na digitação da ficha Não é atualizada se houver alterações de dados na notificação	DT_DIGITA
Data de transferência da unidade de saúde	date	Dd/mm/aaaa	Data de Transferência do registro da Unidade de Saúde para do nível superior do sistema.	Preenchida quando a unidade de saúde realizar a transferência	DT_TRANSUS
Data de transferência do distrito municipal	date	Dd/mm/aaaa	Data de Transferência do registro do Distrito Municipal para do nível superior do sistema.	Preenchida quando o distrito realizar a transferência	DT_TRANSDM
Data de transferência da secretaria municipal de saúde	date	Dd/mm/aaaa	Data de Transferência do registro da secretaria municipal para do nível superior do sistema.	Preenchida quando a secretaria municipal de saúde realizar a transferência	DT_TRANSSEM
Data de transferência da regional municipal	date	Dd/mm/aaaa	Data de Transferência do registro da Regional Municipal para do nível superior do sistema.	Preenchida quando a regional municipal realizar a transferência	DT_TRANSRM
Data de transferência	date	Dd/mm/aaaa	Data de Transferência do	Preenchida quando a regional	DT_TRANSRS

da regional de saúde			registro da Regional de Saúde para do nível superior do sistema.	de saúde realizar a transferência	
Data de transferência da secretaria estadual de saúde	date	Dd/mm/aaaa	Data de Transferência do registro da Secretaria Estadual para do nível superior do sistema.	Preenchida quando a secretaria estadual de saúde realizar a transferência	DT_TRANSSE
Número do lote vertical	varchar2(7)	<b>Descrever aqui a estrutura da composição do número do lote.</b>	Identifica o Lote da transferência da notificação um nível do sistema para outro (transferência vertical)	Preenchida quando realizada transferência vertical	NU_LOTE_V
Número do lote horizontal	varchar2(7)	<b>Descrever aqui a estrutura da composição do número do lote.</b>	Identifica do Lote da transferência de registros dentro de um mesmo nível do sistema (transferência Horizontal)	Preenchida quando realizada transferência horizontal	NU_LOTE_H
Fluxo de retorno	varchar2(1)	0 - Não 1 - habilitado para envio. 2 -enviado	Identifica se o registro está habilitado ou foi enviado pelo fluxo de retorno para o município de residência	Categoria 1 atribuída manualmente ou automaticamente Pelo sistema categoria 2 atribuída exclusivamente pelo sistema.	CS_FLXRET
Recebida por fluxo de retorno (campo interno)	Varchar2(1)	<b>Colocar a estrutura do nº atribuído pelo sistema</b>	Identifica se o registro foi recebido pelo fluxo de retorno	Atribuído pelo sistema na rotina de recebimento do fluxo de retorno, utilizada para resgatar casos notificados fora do município de residência	FLXRECEBI
Identificação do micro (campo interno)	varchar(50)	<b>Corresponde ao código de instalação do sistema: código do município (6 dígitos)</b>	<b>Identifica em qual microcomputador foi digitado o registro por ocasião de sua 1ª inclusão no Sinan</b>	O sistema preenche automaticamente com o mesmo dado que está no campo correspondente ao código de instalação atribuído pelo gestor do sistema.	IDENT_MICR
Identifica migração (campo interno)	Varchar2(1)	1- migrado do Sinan Windows	Identifica se o registro é oriundo da rotina de migração da base Windows.		MIGRADO_W

LEGENDA:

Varchar – campo caracter (permite digitação de letra ou número)

Number ou numeric – campo numérico

--	--	--	--	--	--

Date – campo data

--	--	--	--	--	--

**1.1.RQ003 – Preenchimento Acompanhamento de Hanseníase e Tuberculose.**

Para as notificações de Hanseníase e Tuberculose, alguns campos da ficha de acompanhamento serão inseridos automaticamente através dos campos localizados na notificação e investigação do agravo.

Notificação/Investigação	Acompanhamento
Município de Notificação	Município de Atendimento Atual
Unidade de Saúde Notificadora	Unidade de Saúde Atual
Número da Notificação	Número da Notificação Atual
Data da Notificação	Data da Notificação Atual
Município de Residência (Hanseníase)	Município de Residência Atual (Hanseníase)
Cep (Residência) (Hanseníase)	Cep (Hanseníase)
Distrito (Residência) (Hanseníase)	Distrito de Residência Atual (Hanseníase)
Bairro (Residência) (Hanseníase)	Bairro de Residência Atual (Hanseníase)
Data do Início do Tratamento Atual (Hanseníase)	Data do último comparecimento (Hanseníase)
Classificação Operacional (Hanseníase)	Classificação Operacional Atual (Hanseníase)

Essencial     
  Importante     
  Desejável

**1.2.RQ004 – Exclusão de Notificação Individual**

Ao se excluir uma notificação individual, deve-se, além de excluir o registro corrente, incluí-lo como uma notificação de exclusão, na tabela de exclusões, para que, numa próxima transferência, este registro seja excluído também nos níveis superiores.



**ANEXO I**      Falta concluir revisão  
**CORRESPONDÊNCIA DOS CAMPOS CLASSIFICAÇÃO FINAL, CRITÉRIO DE CONFIRMAÇÃO E EVOLUÇÃO**  
 Verificar qual código padrão para inconclusivo, SW =8

AGRAVO	CLASSIFICAÇÃO FINAL	CRITÉRIO DE CONFIRMAÇÃO	EVOLUÇÃO
Acidente de trabalho – Exposição a material biológico	1- Confirmado(*)		1-Alta com conversão sorológica (Especificar vírus:_____) 2-Alta sem conversão sorológica 3-Alta paciente fonte negativo 4- Abandono 5- Óbito por acidente com exposição à material biológico 6- Óbito por Outra Causa 9- Ignorado
Acidente de Trabalho – Grave	1- Confirmado(*)		1 – Cura 2 – Incapacidade temporária 3 – Incapacidade parcial permanente 4 – Incapacidade total permanente 5 – Óbito por acidente de trabalho grave 6 – Óbito por outras causas 7- Outro 9 – Ignorado
Aids Adulto	1- Confirmado (*) 2- Descartado ( se tp_criterio_confirmacao= 900)	100- CDC adaptado 300- Rio de Janeiro/ Caracas 600- Critério Óbito 900- Descartado.	1 - Vivo 2 - Óbito por Aids 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado
Aids Criança	1- Confirmado(*) 2- Descartado (se critério de confirmação=900)	100- CDC adaptado 300- Rio de Janeiro/ Caracas 600- Critério Óbito 900- Descartado.	1 - Vivo 2 - Óbito por Aids 3 - Óbito por outras causas 4 – Transferência para outro município ??? 9 - Ignorado
Animais Peçonhentos	1 - Leve 2 - Moderado 3 - Grave 9 - Ignorado		1-Cura 2-Óbito por acidentes por animais peçonhentos 3-Óbito por outras causas 9-Ignorado
Atendimento Anti-rábico	1- Confirmado (*)		
Botulismo	1. Confirmado 2. Descartado 8. Inconclusivo (**)	1. Laboratorial 2. Clínico-epidemiológico	1-Cura 2-Óbito por botulismo 3- Óbito por outras causas 9- Ignorado



Doença de Chagas	1. Confirmado 2. Descartado 8. Inconclusivo	1. Laboratorial 2. Clínico-epidemiológico 3. Clínico	1-Vivo 2-Óbito por doença de Chagas aguda 3-Óbito por outras causas 9-Ignorado
Cólera	1. Confirmado 2. Descartado 8. Inconclusivo (**)	1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico	1 - Cura 2 - Óbito por cólera 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado
Coqueluche	1. Confirmado 2. Descartado 8. Inconclusivo (**)	1. Laboratorial 2. Clínico-epidemiológico 3. Clínico	1 - Cura 2 - Óbito por coqueluche 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado
Dengue	1 - Dengue Clássico 2 - Dengue com Complicações 3 - Febre Hemorrágica do Dengue - FHD 4 - Síndrome do choque da Dengue - SCD Inconclusivo, qual é o código? 5 - Descartado	1. Laboratorial 2. Clínico-epidemiológico	1-Cura 2- Óbito por dengue 3- Óbito por outras causas 9- Ignorado
Difteria	1. Confirmado 2. Descartado 8. Inconclusivo (**)	1-Cultura c/ Prova de Toxigenicidade 2-Cultura s/ Prova de Toxigenicidade 3-Clinico-Epidemiológico 4-Morte Pós Clínica Compatível 5-Clinico 6-Necropsia	1 - Cura com Sequela 2 - Cura sem Sequela 3 - Óbito por difteria 4 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado
Doença Relacionada ao Trabalho - Câncer	1- Confirmado (*)		1-Sem evidência da doença (remissão completa) 2-Remissão parcial 3-Doença estável 4-Doença em progressão 5-Fora de possibilidade terapêutica 6-Óbito por câncer relacionado ao trabalho 7-Óbito por outras causas 8-Não se aplica 9-Ignorado
Doença Relacionada ao Trabalho- Dermatoses Ocupacionais	1- Confirmado (*)		1- Cura 2- Cura não confirmada 3- Incapacidade Temporária 4- Incapacidade Permanente Parcial 5- Incapacidade Permanente Total 6- Óbito por doença relacionada ao trabalho

			7- Óbito por Outra Causa 8- Outro 9- Ignorado
Doença Relacionada ao Trabalho - LER	1- Confirmado (*)		1- Cura 2- Cura não confirmada 3- Incapacidade Temporária 4- Incapacidade Permanente Parcial 5- Incapacidade Permanente Total 6- Óbito por doença relacionada ao trabalho 7- Óbito por Outra Causa 8- Outro 9- Ignorado
Doença Relacionada ao Trabalho - PAIR	1- Confirmado (*)		1- Cura 2- Cura não confirmada 3- Incapacidade Temporária 4- Incapacidade Permanente Parcial 5- Incapacidade Permanente Total 6- Óbito por doença relacionada ao trabalho 7- Óbito por Outra Causa 8- Outro 9- Ignorado
Doença Relacionada ao Trabalho - Pneumoconioses	1- Confirmado (*)		1- Cura 2- Cura não confirmada 3- Incapacidade Temporária 4- Incapacidade Permanente Parcial 5- Incapacidade Permanente Total 6- Óbito por doença relacionada ao trabalho 7- Óbito por Outra Causa 8- Outro 9- Ignorado
Doença Relacionada ao Trabalho - Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho	1- Confirmado (*)		1- Cura 2- Cura não confirmada 3- Incapacidade Temporária 4- Incapacidade Permanente Parcial 5- Incapacidade Permanente Total 6- Óbito por doença relacionada ao trabalho 7- Óbito por Outra Causa 8- Outro 9- Ignorado
Esquistossomose	1 - Confirmado		1-Cura 2- Não cura 3-Óbito por esquistossomose

			4-Óbito por outras causas 9-Ignorado
Doenças Exantemáticas	1 - Sarampo 2 - Rubéola 3 - Descartado 8 - Inconclusivo (**)	1 - Laboratorial 2 - Clínico-epidemiológico 3 - Clínico 4 - Data da última dose da vacina	1-Cura 2-Óbito por doenças exantemáticas 3-Óbito por outras causas 9-Ignorado
Febre por Vírus do Nilo Ocidental	?	?	1-Cura 2-Óbito por FNO 3-Óbito por outras causas (não tem 9-Ignorado na ficha)
Febre Amarela	1 - Febre Amarela Silvestre 2 - Febre Amarela Urbana 3 - Descartado (especificar _____) 8 - Inconclusivo (**)	1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico	1-Cura 2-Óbito por febre amarela 3- Óbito por outras causas 9-Ignorado
Febre Tifóide	1 - Confirmado 2 - Descartado 8. Inconclusivo (**)	1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico	1-Cura 2-Óbito por febre tifóide 3- Óbito por outras causas 9-Ignorado
Febre Maculosa	1 - Confirmado 2 - Descartado 8. Inconclusivo (**)	1- Laboratório 2- Clínico-Epidemiológico 3- Clínico	1 - Cura 2 - Óbito por febre maculosa 3 - Óbito por outra causa 9 - Ignorado
Gestante HIV	1. Confirmado (*)		
Hanseníase	1. Confirmado (*) 2- Descartado ( se o campo tp_administrativa = 5 erro diagnostico)		1 - Cura 2 - Óbito 3 - Transferência para outro País.
Hantavirose	1- Confirmado 2 - Descartado 8. Inconclusivo (**)	1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico	1 - Cura 2 - Óbito por hantavirose 3 - Óbito por outra causa 9 - Ignorado
Hepatites Virais	1 - Confirmação laboratorial 2 - Confirmação clínico-epidemiológico 3 - Descartado 4- Cicatriz sorológica 8- Inconclusivo (confirmar nº desta categoria)	1- Laboratorial (se campo tp_classificação_final = 1 2- Clínico-Epidemiológico se tp_classificação_final = 2 confirmação vinculo_epidemiológico.	
Influenza Humana por novo subtipo (pandêmico)	1- Influenza por novo subtipo viral 2- Outro agente infeccioso 3- Descartado	1- Laboratorial 2- Clínico-Epidemiológico	1- Cura 2- Óbito por influenza (não deveria ser por novo subtipo?)

	4- Inconclusivo		3- Óbito por outras causas 9- Ignorado
Intoxicação Exógena	1 - Intoxicação confirmada 2 - Só Exposição 3 -Reação Adversa 4 -Outro Diagnóstico 5 -Síndrome de abstinência 9 -Ignorado	1 - Clínico laboratorial 2 - Clínico epidemiológico 3- Clínico	1 - Cura sem sequela 2 - Cura com sequela 3 - Óbito por intoxicação exógena 4 - Óbito por outra causa 5-Perda de seguimento 9-Ignorado
LV	1 - Confirmado 2 - Descartado 8 - Inconclusivo (**)	1 - Laboratorial 2 -Clínico-Epidemiológico 3- Inconclusivo (**)	1 - Cura 2 - Abandono 3 - Óbito por LV 4 - Óbito por outras causas 5 - Transferência
Leptospirose	1 - Confirmado 2 - Descartado 8. Inconclusivo (**)	1 - Clínico laboratorial 2 - Clínico epidemiológico	1 - Cura 2 - Óbito por leptospirose 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado
LTA	1- Confirmado (*) 2- Descartado ( se fp_evolucao_caso = 6 mudança de diagnostico.	1 - Laboratorial 2 -Clínico-Epidemiológico	1-Cura 2-Abandono 3-Óbito por LTA 4-Óbito por outras causas 5-Transferência 6-Mudança de diagnóstico
Malária	1- Confirmado se campo resultado do exame ≠ 1 negativo 2- Descartado se campo resultado do exame = 1. negativo. 8 - Inconclusivo (**) ????????	1- Laboratorial.	
Meningite	1 - Confirmado 2 - Descartado 8. Inconclusivo (**)	1 - Cultura 2 - CIE 3 - Ag. Látex 4 - Clínico 5 - Bacterioscopia 6 - Quimioatológico 7 - Clínico-Epidemiológico 8 - Isolamento Viral 9- PCR - Viral 10 - Outra Técnica Laboratorial	1 - Alta 2 - Óbito por meningite 3 - Óbito por outra causa 9 - Ignorado
Peste	1 - Confirmado 2 - Descartado 8. Inconclusivo (**)	1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico 3 - Clínico	1 - Cura 2 - Óbito por peste 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado

PFA/Poliomielite	1-Confirmado Póliovirus Selvagem 2-Compatível 3-Associado à vacina 4-Descartado 5- Confirmado PVDV 6- Inconclusivo	Critério de classificação (!) 1- Laboratorial 2- Clínico-Epidemiológico 3- Perda de seguimento 3- Óbito 5- Evolução	1-Cura com sequela 2-Cura sem sequela 3-Óbito por PFA/Pólio 4-Óbito por outras causas 9-Ignorado
Raiva	1- Confirmado 2- Descartado. 8. Inconclusivo (**)	1 - Laboratório 2 - Óbito com Clínica Compatível + Vínculo Epidemiológico 3 - Evolução Clínica Incompatível	
Sífilis Congênita	1- Confirmado (*)  OBS: O sistema não permite incluir casos que não atendam aos critérios de definição de caso.	?	1 - Vivo 2 - Óbito por Sífilis congênita 3 - Óbito por outra causa 9- Ignorado.
Sífilis em Gestante	1. Confirmado (*)		
Síndrome da Rubéola Congênita	1 - Confirmado 2 - Infecção Congênita 3 - Descartado 4- Inconclusivo ?	1 - Laboratorial 2 - Clínico 9 - Ignorado	1 - Alta 2 - Óbito por SRC 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado
Tuberculose	1- Confirmado (*) 2- Descartado se tp_encerrado= 5. mudança de diagnóstico.		1 - Cura 2 - Abandono 3 - Óbito por Tuberculose 4 - Óbito por outras causas 5- Transferência 6- Mudança de Diagnóstico 7- TB multiresistente
Tétano Acidental	1 - Confirmado 2 - Descartado 8. Inconclusivo (**)		1- Cura 2- Óbito por tétano acidental 3-Óbito por outras causas 9- Ignorado
Tétano Neonatal	1 - Confirmado 2 - Descartado 8. Inconclusivo (**)		1- Cura 2- Óbito por tétano neonatal 3-Óbito por outras causas 9- Ignorado

\* Categoria atribuída pelo sistema ao incluir notificação no sistema.

\*\* Categoria atribuída pelo sistema quando ultrapassado o prazo para investigação oportuna desse agravo ( ver prazo no manual de Normas e rotinas do SINAN)

\_\_\_\_\_