ACESSO ABERTO
ARTIGO ORIGINAL
RESAP

https://doi.org/10.65027/2447-3405.2026.1136

ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE DE SAMAMBAIA-DISTRITO FEDERAL: DESIGUALDADES SOCIOECONÔMICAS, COMPLEXIDADE EPIDEMIOLÓGICA E DESAFIOS PARA A REDE DE SAÚDE

ANALYSIS OF THE HEALTH SITUATION OF SAMAMBAIA-FEDERAL DISTRICT: SOCIOECONOMIC INEQUALITIES, EPIDEMIOLOGICAL COMPLEXITY, AND CHALLENGES FOR THE HEALTH NETWORK

Waldemir de Albuquerque **Costa**[1]**;** Fábio Antônio **Goulart**[2]**;** Fellipe Mendonça **Marques**[2]**;** Kamila Hipólito **Carreiro**[2]**;** Kéllita Ferraz **Freitas**[2]**;** Lucas Paulo **Jung**[2]**;** Mayane Manoela Estrela de **Oliveira**[2]**;** Milena Cruz **Crestani**[2]**;** Rebeca Cecília Santos de **Paula**[2]**;** Samantha Silva Tavares **Reis**[2]**;** Thatiana Santos Machado de **Oliveira**[2]

1. Médico, Mestre em Saúde Coletiva. Docente do curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), Brasília-DF. Autor correspondente. Contato: waldemir.costa@escs.edu.br
2. Discente do curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), Brasília-DF

RESUMO

Introdução: A Região Administrativa (RA) Samambaia, segunda mais populosa do Distrito Federal, enfrenta desafios significativos em saúde pública relacionados à transição epidemiológica, aumento populacional e crescimento urbano acelerado que reforçam a importância do planejamento em saúde. **Objetivo**: Analisar a situação de saúde de Samambaia, relacionando indicadores de saúde ao contexto socioeconômico e à rede pública disponível. **Metodologia**: Análise de Situação de Saúde (ASIS), com dados secundários de acesso público do Governo do Distrito Federal, na modalidade de Análise de Conjuntura, no período de 2016 a 2024. **Resultados**: A ASIS indica uma RA bastante populosa, com grande parte da população em situação de pobreza, insegurança alimentar e com baixa escolaridade, com grandes desigualdades internas e importante grau de vulnerabilidade local, embora com boa infraestrutura urbana. A rede pública apresenta cobertura de Atenção Primária à Saúde (APS) quase universal e serviços secundários e hospitalares, ainda que com oferta limitada de leitos. Observa-se sobreposição de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), doenças infecciosas e causas externas, com importante taxa de internações por condições sensíveis à APS e carga de DCNT entre as mortes prematuras, além de fragilidades na detecção e cuidado de agravos transmissíveis. **Conclusão**: A ASIS evidenciou a coexistência de vulnerabilidades sociais e sanitárias e de múltiplos problemas epidemiológicos, apesar da ampla cobertura da APS. Os achados reforçam a necessidade de qualificar o cuidado às DCNT e aos agravos transmissíveis, fortalecer a articulação intersetorial diante das desigualdades e da violência e a possibilidade de uso da ASIS como instrumento de planejamento e definição de prioridades no território.

PALAVRAS-CHAVE: Diagnóstico da situação de saúde; Avaliação das necessidades; Epidemiologia.

ABSTRACT

Introduction: The Samambaia Administrative Region (AR), the second most populous in the Federal District of Brazil, faces significant public health challenges linked to the epidemiological transition, population growth, and rapid urbanization, all of which underscore the importance of health planning. **Objective**: To analyze the health situation in Samambaia by correlating health indicators with the socioeconomic context and the available public health network. **Methodology**: A Health Situation Analysis (HSA) was conducted using publicly accessible secondary data from the Federal District Government, employing a situational analysis approach covering the period from 2016 to 2024. **Results**: The HSA reveals a highly populous region characterized by significant poverty, food insecurity, and low educational

attainment among residents; while urban infrastructure is good, there are marked internal inequalities and a high degree of local vulnerability. The public network offers near-universal Primary Health Care (PHC) coverage alongside secondary and hospital services, although the supply of hospital beds is limited. There is a concurrent burden of non-communicable diseases (NCDs), infectious diseases, and external causes; notable findings include high hospitalization rates for conditions sensitive to PHC, a significant NCD burden among premature deaths, and weaknesses in the detection and management of communicable diseases. **Conclusion**: The HSA highlighted the coexistence of social and health vulnerabilities alongside multiple epidemiological issues, despite extensive PHC coverage. The findings underscore the need to improve care for NCDs and communicable diseases, strengthen intersectoral coordination to address inequalities and violence, and utilize the HSA as a tool for planning and setting priorities within the territory.

KEYWORDS: Diagnosisof health situation; Needs assessment; Epidemiology.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o Brasil passou por mudanças profundas em sua realidade sociossanitária onde diferentes fases da transição epidemiológica passaram a coexistir. Esse movimento – que, em muitos casos, não se comporta como o padrão clássico dos países desenvolvidos – se desenvolve de forma híbrida e prolongada; observam-se, por exemplo, a sobreposição de doenças infecciosas, carências nutricionais e condições crônicas, além do retorno de enfermidades previamente controladas e do crescimento expressivo das causas externas formando, assim, um quadro de "tripla carga"[1]. Ao mesmo tempo, o envelhecimento da população mundial, o aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e a expansão da morbidade não fatal vêm exigindo respostas progressivamente mais complexas dos sistemas de saúde, que, em muitos cenários, como o do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, se veem comprometidos em sua eficácia devido a uma organização fragmentada e orientada principalmente para a resolução de condições agudas e/ou da agudização de condições crônicas[1,2].

Nesse contexto, o planejamento em saúde se torna fundamental para o aprimoramento e reorientação do SUS, assegurando a coerência entre os perfis de saúde da população e os modelos de atenção adotados. A consolidação das redes de atenção à saúde (RAS) e a organização territorial dos serviços, com base em evidências e em informações confiáveis, são estratégias centrais para o enfrentamento das desigualdades e da crescente demanda por cuidados continuados e integrais[1,3]. Além disso, quando a promoção da saúde é estruturada considerando os determinantes sociais e as singularidades de cada território, abre-se espaço para políticas que, na prática, tendem a ser mais justas e efetivas[4].

A Região Administrativa (RA) de Samambaia, segunda região mais populosa do Distrito Federal (DF), enfrenta, além do quadro de tripla carga, desafios importantes na infraestrutura e no acesso a serviços essenciais — em especial na saúde —, associados ao aumento populacional e ao crescimento urbano acelerado[5,6]. Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS) se destaca como a principal estratégia para garantir assistência efetivamente acessível e continuada à população[7]. Responsável por ações de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, a APS organiza a rede assistencial e desempenha um papel crucial na gestão dos recursos do SUS. A eficiência desse modelo depende de um planejamento adequado, que considere tanto as demandas locais quanto os determinantes sociais da saúde[3].

A Análise de Situação de Saúde (ASIS) surge, neste sentido, como instrumento importante de planejamento, possibilitando uma visão abrangente e contextualizada dos problemas de saúde, seus determinantes e os recursos disponíveis para definir prioridades, permitir a alocação racional de recursos e avaliar políticas públicas[8]. Assim, compreender a história da RA Samambaia e integrar planejamento e análise de indicadores locais de saúde são passos fundamentais para garantir uma assistência eficaz e direcionada às necessidades da população.

Dessa forma, este trabalho tem por objetivo analisar o panorama da situação de saúde da RA Samambaia, correlacionando indicadores de saúde com o quadro socioeconômico e com a estrutura da rede pública de serviços de saúde disponíveis na região.

METODOLOGIA

Desenho do Estudo e Abordagem Teórico-Metodológica: trata-se de um estudo descritivo, de delineamento ecológico, fundamentado em dados secundários de acesso público e análise documental, estruturado sob o referencial teórico-metodológico da ASIS[8]. Adotou-se a Análise de Conjuntura (AC)[9] como estratégia analítica central. A AC destina-se à leitura contextual e transversal de cenários sanitários em determinado recorte temporal, focando na identificação de disparidades locais e no debate sobre iniquidades em saúde, conforme diretrizes do Ministério da Saúde[8].

A opção pela AC justifica-se por sua adequação ao tratamento de dados agregados territoriais e pelo objetivo de traçar um diagnóstico contemporâneo e integrado de Samambaia, sem a finalidade de estabelecer inferências causais ou analisar tendências temporais de longo prazo — escopos próprios de estudos de avaliação de impacto e séries temporais.

Critérios de seleção das fontes, indicadores e delimitação temporal. A busca e extração das informações ocorreram entre os meses de março e junho de 2025. Para a seleção das fontes e dos indicadores de saúde, estabeleceram-se os seguintes critérios de inclusão: dados institucionais secundários de domínio e acesso público; e dados com desagregação espacial em nível da RA Samambaia.

As fontes de dados foram categorizadas em dois eixos principais: InfoSaúde-DF- portal oficial de transparência e informações estatísticas da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF)[10]; Instrumentos de gestão e pesquisas demográficas do governo do Distrito Federal (GDF): Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD)[6], Plano Distrital de Saúde[5] e Boletins, Informativos e Relatórios Epidemiológicos da SES-DF[11-17]

O recorte temporal analisado abrange o período de 2016 a 2024. A amplitude temporal justifica-se pela periodicidade distinta das fontes primárias de emissão dos dados (por exemplo, pesquisas amostrais domiciliares periódicas *versus* sistemas de informação de vigilância contínua). Foram considerados ainda os dados consolidados mais recentes de cada indicador disponível no momento da coleta.

Procedimentos e Análise dos Dados: A coleta e a análise das informações foram organizadas em três etapas práticas: 1- Extração: coletaram-se dados numéricos (frequências, taxas e proporções socioeconômicas e epidemiológicas) nas bases oficiais e informações contextuais em relatórios e documentos de gestão do GDF; 2- Sistematização: os dados foram organizados e tabulados em quatro eixos temáticos: (i) contexto territorial, (ii) determinantes socioeconômicos, (iii) perfil epidemiológico e (iv) estrutura da rede de saúde, e 3- Análise: realizou-se estatística descritiva para os dados numéricos e análise documental para os relatórios. Por fim, relacionaram-se os indicadores de vulnerabilidade social com o perfil de morbimortalidade e a oferta de serviços de saúde, discutindo os achados à luz da literatura sobre o tema.

RESULTADOS

Contexto Territorial: O bairro de Samambaia foi fundado na década de 1980 como parte da política de ampliação de áreas urbanas em razão do rápido crescimento do DF. Sua ocupação se deu inicialmente pelo loteamento e construção de casas populares destinadas a populações de baixa renda e, num segundo momento, pela política de erradicação de invasões nas proximidades do Plano Piloto (centro do DF), removendo e transferindo moradores para localidades mais distantes como a Samambaia. O crescimento progressivo da população local, ainda em situação de grande vulnerabilidade, levou à elevação do seu status para RA em 1989, desmembrando-se da RA Taguatinga e passando a receber novos equipamentos públicos e serviços da administração distrital[6].

A RA Samambaia está situada na periferia urbana de Brasília, no vetor de crescimento sudoeste, a cerca de 30 km do Plano Piloto e na região fronteiriça com o município de Santo Antônio do Descoberto (GO). Sua área total se estende por 102,64 km^2, com 76,9 km^2 de zona rural – apesar disso, estima-se que 96% dos moradores estejam concentrados na porção urbana da RA, com grande adensamento populacional. Ela integra a Região de Saúde Sudoeste, que abrange ainda as RAs Águas Claras, Água Quente, Arniqueiras, Recanto das Emas, Samambaia, Taguatinga e Vicente Pires. Apresenta-se como uma RA de grande relevância no cenário distrital, com características que se assemelham às de um município de médio porte, porém com uma realidade socioeconômica bastante desigual, vulnerável e dependente de recursos e serviços do centro do DF[5,6].

Samambaia é a segunda RA mais populosa do DF, com cerca de 261 mil habitantes e densidade populacional de 2,54 mil hab./km^2. O território abriga importantes áreas verdes, como o Parque Ecológico Três Meninas e o Parque Distrital Boca da Mata[6].

Determinantes Socioeconômicos: No que se refere ao perfil residencial, predominam as casas (71,4%), seguidas por apartamentos (26,3%), com tendência à verticalização mais acentuada nos últimos 10 anos. A infraestrutura habitacional é majoritariamente construída em alvenaria com acabamento externo (97,5%)[6].

A taxa de fecundidade em Samambaia é de 1,76 filhos por mulher, e a taxa de natalidade é de 11,39 nascidos vivos (NV) por mil habitantes. No ano de 2024, a RA apresentou 2,9 mil NVs, com 70% dos partos ocorridos em hospitais públicos. A faixa etária predominante das mães foi de 25 a 35 anos, representando 50% dos partos[6,10].

Em relação ao perfil demográfico, a idade média da população é 32,7 anos e a expectativa de vida é de 71,85 anos. Quanto à composição étnico-racial, ela é formada por 52,6% de pessoas pardas, 33% brancas e 13% pretas. A média de moradores por domicílio é de 2,54, com destaque para arranjos familiares monoparentais femininos, presentes em 22,8% dos lares. Além disso, a maioria da população nasceu no DF (63,5%) e, entre os migrantes, a Bahia é o estado de origem mais frequente (17,7%)[6].

No que diz respeito à escolaridade, 94,3% dos moradores com mais de cinco anos sabem ler e escrever. Entre a população com mais de 25 anos, 37,4% completaram o ensino médio. A taxa de frequência escolar entre pessoas de 4 a 24 anos é de 73,6%, com predominância do ensino público, exceto no nível superior, onde as instituições privadas são maioria. A maioria dos estudantes frequenta instituições localizadas na própria região e o principal meio de transporte utilizado até essas unidades de ensino é feito a pé[6].

Entre os serviços públicos de educação, a região conta com: 29 creches, 2 Centros de Ensino Infantil (CEI), 2 Centros de Atenção Integral à Criança (CAIC), 23 Escolas Classe (EC), 10 Centros de Ensino Fundamental (CEF), 1 Centro Educacional (CED), 3 Centros de Ensino Médio (CEM), 1 Centro de Ensino Especial (CEE), 1 Centro Interescolar de Línguas, o Campus Samambaia do Instituto Federal de Brasília (IFB) e o Campus de Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)[13].

No transporte público, a RA está localizada na Bacia de Transporte 3, atendida pelas linhas de ônibus administradas pela Viação HP-ITA (Urbi), com dois terminais rodoviários (Samambaia Norte e Sul) e três estações da linha Laranja do Metrô-DF: Furnas, Samambaia Sul e Samambaia. 92,6% dos moradores informaram existir ponto de ônibus nas proximidades de sua residência[6].

A cobertura de infraestrutura urbana é praticamente universal: 100% dos domicílios têm acesso à água tratada pela Companhia de Saneamento Básico do Distrito Federal (Caesb), 99,6% têm ligação à rede geral de esgoto sanitário da Caesb e todos contam com ligação de energia elétrica. A coleta de lixo também atinge 100% das residências, e a coleta seletiva cobre cerca de 90% do território. Além disso, a infraestrutura urbana é notável, com 99,7% das vias principais asfaltadas, 96,4% com calçadas e 94,3% com iluminação pública[6].

Na área da segurança pública, há 2 delegacias de Polícia Civil (PCDF), 1 batalhão da Polícia Militar (PMDF), 9 postos comunitários da PMDF e 2 grupamentos do Corpo de Bombeiros Militar[6,14]. Em contrapartida, a Samambaia é uma das RAs mais violentas do DF, figurando como a 3ª região em número de crimes de maior gravidade. Apenas em 2024, foram registrados 18 crimes violentos letais e intencionais (CVLI), 50 tentativas de homicídio, 10 tentativas de latrocínio e 75 casos de estupro[14]. Entre 2020 e 2023, foram registrados 687 casos de violência contra idosos (taxa de 28,05/10.000 hab.), com destaque para as tipologias de negligência e violências psicológica e física[15].

Na área econômica, a taxa de participação na força de trabalho (pessoas com 14 anos ou mais) é de 61,5%. O setor de "Outros Serviços" é o principal empregador (31,4%), com 32,8% dos trabalhadores atuando dentro da própria região, 30,4% no Plano Piloto e 17,8% na Taguatinga. A maior parte dos empregados (59%) trabalha no setor privado não doméstico e o ônibus é o meio de transporte mais utilizado para deslocamento ao trabalho (36,9%)[6].

Aproximadamente 67% da população de Samambaia possui renda mensal igual ou inferior a dois salários-mínimos, com uma renda domiciliar média de R$ 4,1 mil e renda per capita de R$ 1,8 mil. A RA apresenta coeficiente de Gini de 0,46 para renda domiciliar e de 0,47 para renda per capita, indicando níveis moderados de desigualdade; e IVS-DF Geral de 0,38, considerado como média vulnerabilidade[6,12]. O IVS-DF, por sua vez, é composto por três dimensões, com a Samambaia apresentando bons indicadores de "infraestrutura e ambiência urbana" e alta vulnerabilidade nos indicadores de "capital humano" e "renda e trabalho" – com baixa escolaridade geral, renda média baixa e alta taxa de desemprego[12]. A RA conta ainda com 46,6 mil beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF) (cerca de 20% da população) e 29,6% dos seus domicílios enfrentam insegurança alimentar, dentre os quais 4,2% em situação grave[6,10,12].

Sua população em situação de rua, embora não tão numerosa quanto à das RAs do Plano Piloto e Ceilândia, já inclui 116 pessoas (3,3% do total do DF), com crescimento de 26,7% entre 2022 e 2025. No mesmo período, o DF apresentou um crescimento de 16% dessa população[16].

Perfil Epidemiológico: A RA Samambaia apresentou um total de 1.223 óbitos em 2023, com as doenças do aparelho circulatório (DAC) figurando como as principais causas registradas, seguidas das neoplasias; causas externas; doenças do aparelho respiratório (DAR); e do aparelho digestivo. Quando identificadas as causas de morte por código específico, destacam-se o infarto agudo do miocárdio, as pneumonias e a diabetes[9]. A maior parte dos óbitos se deu na faixa etária superior a 60 anos (57,58%), em especial os idosos com 80 anos ou mais (17,71%), e entre a população parda (47,85%), seguida de brancos (35,55%) e pretos (9,9%), semelhante à demografia da RA[10].

Entre as causas de mortalidade prematura (30 a 69 anos), destaca-se a elevada carga de óbitos por DCNT – em particular as neoplasias, diabetes, DAC e DAR – que, juntas, responderam por 797 óbitos (27,22%) entre 2019 e 2023. Dentre as DCNT, as DAC (incluindo doenças isquêmicas do coração, acidentes vasculares cerebrais, doenças hipertensivas, insuficiência cardíaca e cardiomiopatias) foram, sozinhas, responsáveis por 482 mortes prematuras (16,46%) no período[10].

A taxa de mortalidade infantil (TMI) entre 2016 e 2020 foi de 9,4 óbitos por mil NV, com 103 óbitos em período neonatal precoce (58,52%), 27 em neonatal tardio (15,34%) e 46 pós-neonatal (26,13%). Em período ampliado, de 2010 a 2021, a razão de mortalidade materna (RMM) foi de 48,8/100.000 NV[10].

Entre as causas externas, 3º maior componente de mortalidade do ano de 2023, destacam-se os óbitos por acidentes, os homicídios e os suicídios. A taxa de homicídios em Samambaia foi de 12,4/100.000 habitantes e vitimou principalmente homens (96,8%), jovens de 20 a 39 anos (53,1%) e negros (84,3%)[10]. Entre janeiro de 2015 e março 2025, foram registrados ainda 20 casos de feminicídio na RA, com 85% dos casos consumados no domicílio das vítimas[17].

Entre 2019 e 2023, Samambaia registrou 1.056 casos de sífilis, com taxa de incidência de 74,3/100.000 habitantes, coeficiente de detecção em gestantes de 29,46/1.000 NV e 182 casos de sífilis congênita, com coeficiente de incidência de 10,98/1.000 NV – muito superior ao parâmetro recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (0,5/1.000 NV)[9,18].

No mesmo período, a RA notificou 45 novos casos de hanseníase, com taxa de incidência de 3,6/100.000 habitantes e destaque para os casos identificados já com grau 2 de incapacidade (27,27%), evidenciando uma parcela importante de diagnósticos tardios e com alto risco de sequelas[10,11].

Sobre as hepatites virais, entre 2019 e 2023 foram confirmados 35 novos casos de hepatite B em Samambaia, com taxa de incidência de 3,5/100.000 habitantes, 2 óbitos por hepatite viral crônica e 2 casos em gestantes; e, 59 novos casos de hepatite C, com taxa de incidência de 4,7/100.000 habitantes, 6 óbitos por hepatite viral crônica e 3 casos em gestantes[10,11].

Entre 2018 e 2022, Samambaia notificou 281 casos de HIV (taxa de incidência de 23,0/100.000 habitantes), com destaque para a população masculina (78,22%), com faixa de idade entre 25 e 29 anos (26,24%) e orientação sexual homossexual (46,19%). No mesmo período foram registrados 95 casos de AIDS, com incidência de 7,8/100.000 habitantes[10,11].

Sobre a COVID-19, até 02/06/2025 a RA notificou 45,9 mil casos e 879 mortes pela doença, com redução significativa dos registros a partir de 2022[10,11].

Em 2024, ano em que se registrou um grande surto de dengue, Samambaia notificou 23,2 mil casos de dengue (incidência de 8,8 mil/100.000 habitantes) e 55 mortes pela doença. A incidência nacional no mesmo período foi de 686,9/100.000 habitantes, taxa 12,8 vezes inferior à da Samambaia. Em 2025 houve expressiva redução dos casos na RA e, até 02/06/2025, houve redução de mais de 97% dos registros em comparação com as semanas epidemiológicas correspondentes do ano anterior[10,11].

Entre 2021 e 2024, Samambaia registrou 7,4 mil internações por causas sensíveis à APS (ICSAP) **–** hospitalizações potencialmente preveníveis pelo manejo, tratamento e intervenções adequadas realizadas no nível primário – o que corresponde a 18,19% do total de hospitalizações clínicas no período. A principal faixa etária acometida foram os menores de 1 ano (13,25%) e causas mais frequentes foram as bronquites; as gastroenterites infecciosas; as crises de asma; as infecções de ouvido, nariz e garganta; as infecções do trato urinário; e as pneumonias bacterianas. Entre os idosos, grupo com maior número

geral de óbitos na RA, ganharam destaque as ICSAP por insuficiência cardíaca; complicações de quadros de diabetes; pneumonias bacterianas; infecções do trato urinário; e anginas[10].

Não existem dados públicos de prevalência de DCNT discriminados por RA no DF, o que limita análises específicas sobre o tema na Samambaia. Contudo, essas patologias são responsáveis por importante pressão assistencial em sua rede de saúde, para além da carga de mortalidade prematura. Em 2023, a renovação de receitas de uso contínuo (CID-10 Z76.0 – emissão de prescrição de repetição) e as consultas de pacientes portadores de hipertensão (CID-10 I10 – hipertensão essencial primária) foram as duas categorias com maior número de atendimentos individuais na APS em toda a RA, superando as consultas de pré-natal e de puericultura[10,11].

A estrutura da Rede de Saúde Samambaia conta com 13 Unidades Básicas de Saúde (UBS) que abrigam, ao todo, 61 equipes de Saúde da Família (eSF), 39 equipes de Saúde Bucal (eSB), 5 equipes Multidisciplinares (eMulti) e 2 equipes de Consultório na Rua (eCR). A cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) na RA é de 93,47%. 6 UBS funcionam também aos sábados, das 7h às 12h, e 1 UBS funciona em horário estendido até as 22h[5,10].

Na rede secundária, a região dispõe de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), com capacidade média de 6.750 atendimentos mensais. Composta por mais de 170 profissionais, entre médicos, enfermeiros, técnicos, laboratoristas e assistentes administrativos, a UPA conta com a seguinte estrutura: sala verde com 14 poltronas para medicação, inalação e reidratação; sala amarela com 13 leitos (12 adultos e um individualizado); sala vermelha com quatro leitos para casos graves; 2 salas de classificação de risco e 5 consultórios médicos. A unidade também realiza exames laboratoriais e de radiografia, possui tanque de oxigênio e oferece atendimento com assistente social. Ela funciona 24 horas por dia, todos os dias, e está integrada ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) [5,10].

A RA é atendida ainda pela Policlínica de Samambaia, localizada no Hospital Regional de Samambaia (HRSAM), acessível apenas por meio de encaminhamento das UBS. Entre os serviços ofertados estão especialidades clínicas como cardiologia e geriatria, além de terapias como fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e psicologia. A unidade ainda realiza atendimentos em cirurgia ginecológica, cirurgia geral, pequenas cirurgias, mastologia, vasectomia e ligadura de trompas, além de serviços de assistência social[5,10].

O Hospital Regional de Samambaia (HRSAM) é o principal ponto de referência para urgência e emergência nas áreas de clínica médica, ginecologia e obstetrícia. Possui 128 leitos operacionais, sendo 95 destinados à internação: 20 na Clínica Cirúrgica, 25 na Clínica Médica e 50 na Maternidade. Dispõe ainda de 20 leitos de UTI adulto. No pronto-socorro, há 8 leitos na Sala Amarela e 4 na Sala Vermelha. O Centro Obstétrico conta com 6 leitos PPP (pré-parto, parto e pós-parto), 4 de observação e apenas 1 sala para partos cesáreos[5,10].

O Centro Cirúrgico do HRSAM inclui três salas cirúrgicas e quatro salas de recuperação pós-anestésica, voltadas para emergências ginecológicas, obstétricas e cirurgias eletivas. A unidade também oferece serviços de marcação de consultas e exames, agendamento de cirurgias, exames de imagem, atendimento social, Banco de Leite Humano, Banco de Sangue, Núcleo Regional de Atenção Domiciliar (NRAD), programa de voluntariado, estágio e projeto de vinculação obstétrica[5,10].

Além do HRSAM, a população de Samambaia também é assistida pelo Hospital Regional de Taguatinga (HRT) (421 leitos), fora da RA, e pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III de Samambaia (8 leitos), totalizando 557 leitos disponíveis[5,9]. Quando levada em conta somente a estrutura instalada em Samambaia (HRSAM e CAPS III), tem-se uma densidade de leitos hospitalares de 0,52/1.000 habitantes e, quando considerada a estrutura de toda a Região de Saúde Sudoeste (HRT, HRSAM e CAPS III) e a soma da população de suas RAs, a densidade sobe ligeiramente para 0,63/1.000 habitantes[10]. A síntese dos principais indicadores socio sanitários levantados nesta pesquisa está listada abaixo na **tabela 1**.

Tabela 1. Determinantes socioeconômicos, perfil epidemiológico e estrutura de saúde da RA Samambaia

Indicadores	Valor	Ano de referência	Fontes secundárias
Esperança de vida ao nascer (anos)	71,85	2021	PDAD
Renda per capita (R$)	1.806,40	2021	PDAD
Coeficiente de Gini da renda média	0,47	2021	PDAD
Insegurança alimentar (%)	29,6	2021	PDAD
Adultos >25 anos com ensino médio completo (%)	37,4	2024	PDAD
Taxa de mortalidade infantil (/1.000 NV)	9,4	2016-2020	Doc. Epidem.*

Taxa de homicídios (/100.000 hab.)	12,4	2023	InfoSaúde
Mortalidade prematura por DCNT (%)	27,22	2019-2023	InfoSaúde
Incidência de sífilis congênita (/1.000 NV)	10,98	2019-2023	Doc. Epidem.*
Incidência de hepatite B (/100.000 hab.)	3,5	2019-2023	Doc. Epidem.*
Incidência de hepatite C (/100.000 hab.)	4,7	2019-2023	Doc. Epidem.*
Incidência de hanseníase (/100.000 hab.)	3,6	2019-2023	Doc. Epidem.*
Hanseníase com grau 2 de incapacidade no diagnóstico (%)	27,27	2019-2023	Doc. Epidem.*
Proporção de ICSAP (%)	18,19	2021-2024	InfoSaúde
Cobertura da ESF (%)	93,47	2024	InfoSaúde
Densidade de leitos hospitalares na Região de Saúde (/1.000 hab.)	0,63	2024	InfoSaúde

Fonte: SIM; SINASC; CIEVS/GEC/SES-DF; GIASS/DIVEP/SVS/SES-DF, 2025.
Legenda: Dados compilados no portal InfoSaúde-DF (2025), PDAD (2021 e 2024) e documentos epidemiológicos SES-DF (2016-2023). * Documentos epidemiológicos englobam Boletins, Informativos e Relatórios Epidemiológicos produzidos e disponibilizados pela SES-DF no portal https://www.saude.df.gov.br/. Acesso em: 17 jun. 2025.

DISCUSSÃO

A ASIS de Samambaia revela um marcante paradoxo entre a infraestrutura urbana consolidada e a persistência de elevadas vulnerabilidades socioeconômicas. Embora a região apresente boa cobertura de saneamento básico, pavimentação e serviços de abastecimento de água, quase um terço de seus moradores vivencia situação de insegurança alimentar, acompanhada de renda per capita reduzida e baixa escolaridade. Em termos de comparação intra-distrital, esse cenário contrasta profundamente com RAs de alta renda como o Plano Piloto e o Lago Sul, onde os indicadores de capital humano e renda são expressivamente superiores, situando-se também em posição distinta em relação a RAs periféricas de maior precariedade habitacional, como o Sol Nascente/Pôr do Sol e o SCIA/Estrutural[5,6]. O processo histórico de regularização e loteamento de Samambaia — marcado pela transferência de populações de baixa renda removidas de ocupações do centro urbano — parece consolidar uma infraestrutura física que mascara deficiências estruturais na condição socioeconômica dos residentes[6]. Essa contradição alinha-se aos achados observados em periferias metropolitanas e aglomerados subnormais brasileiros, como na Região Metropolitana de São Paulo, em Salvador e no Rio de Janeiro, nos quais o acesso à infraestrutura física de saneamento ou asfalto não foi suficiente para romper o ciclo da pobreza e a vulnerabilidade alimentar como determinantes estruturais do adoecimento humano[19-24].

Outro elemento estrutural relevante em Samambaia é a predominância de arranjos familiares monoparentais femininos, contexto em que a chefia do lar exercida por mulheres interage com baixos níveis de renda e elevadas taxas de violência de gênero e feminicídio. Esse cenário reflete o fenômeno da feminilização da pobreza em territórios periféricos brasileiros, no qual o acúmulo de responsabilidades de provimento do lar se sobrepõe a barreiras de inserção no mercado de trabalho formal e a redes de apoio social frágeis[25]. No âmbito do DF, a violência contra a mulher e o feminicídio distribuem-se de maneira assimétrica, afetando com maior gravidade as RAs periféricas do que as áreas centrais de alta renda[10,14,17], em consonância com evidências de pesquisas sobre desigualdades socioespaciais em grandes metrópoles, a exemplo dos estudos desenvolvidos em Salvador pelo projeto QUALISalvador e em São Paulo, que demonstram maior vulnerabilidade à insegurança alimentar e ao estresse psicossocial em lares chefiados por mulheres[19,23,25]. Tais achados fundamentam a necessidade de se estruturarem políticas públicas intersetoriais que integrem a APS, a rede de Assistência Social e as Delegacias Especiais de Atendimento à Mulher (DEAM), visto que a exposição crônica à violência e à dependência econômica traz sérias repercussões para a saúde física e mental das mulheres e de seus dependentes[25].

Nos aspectos sanitários, percebe-se a sobreposição de problemas relacionados às DCNT, infecções e causas externas, refletindo um perfil de tripla carga semelhante ao panorama nacional[1]. A elevada taxa de ICSAP e a expressiva carga de DCNT entre as mortes prematuras podem indicar fragilidades na qualidade e na efetividade do cuidado prestado às condições crônicas na região. Embora Samambaia conte com uma ampla cobertura nominal da ESF, autores como Leandro[26] já apontavam para desafios na assistência a portadores de hipertensão e diabetes no território. Esse cenário é reforçado pelo fato de que as consultas para renovação de receitas de uso contínuo e o atendimento a quadros hipertensivos figuram entre as maiores demandas da APS local, o que pode sugerir um modelo assistencial ainda centrado na resposta imediata à queixa, em detrimento da gestão contínua e proativa das condições crônicas. A literatura nacional corrobora que a expansão quantitativa de equipes nem sempre assegura a redução de complicações se os atributos essenciais da APS, como a longitudinalidade e a coordenação do cuidado, não se encontram plenamente consolidados[20,27]. Tais achados dialogam com investigações prévias em periferias urbanas brasileiras, indicando que populações em situação de vulnerabilidade socioeconômica enfrentam barreiras adicionais para o controle efetivo de fatores de risco metabólicos e cardiovasculares[20,22,27].

Além das DCNT, destacam-se a expressiva incidência de sífilis congênita, a elevada taxa de novos casos de HIV (concentrados sobretudo entre homens jovens que fazem sexo com homens – HSH) e o percentual de casos novos de hanseníase diagnosticados já com grau 2 de incapacidade física na RA. Enquanto os indicadores de sífilis congênita e de HIV na região podem sinalizar fragilidades na captação oportuna, na adesão ao pré-natal e nas estratégias de prevenção e testagem pela APS, os dados locais sobre hanseníase apontam para potenciais atrasos no diagnóstico precoce e na vigilância ativa de contatos. Considerando a cobertura de APS da região, esses achados trazem maiores questionamentos sobre a qualidade, resolutividade e oportunidade do cuidado prestado do que a disponibilidade física dos serviços. Essa realidade alinha-se aos desafios enfrentados por outras RAs da periferia distrital[5,10] e por periferias de grandes metrópoles brasileiras, nas quais a expansão da cobertura da APS, embora indispensável, não se traduz automaticamente na eliminação de agravos negligenciados se não for acompanhada de processos de trabalho resolutivos, busca ativa qualificada e fortalecimento do vínculo com as populações expostas a maiores vulnerabilidades[23,24,27].

Outro aspecto relevante refere-se à disponibilidade da infraestrutura hospitalar no contexto da regionalização da saúde. A Região de Saúde Sudoeste, com mais de 800 mil habitantes, apresenta uma densidade de 0,63 leitos hospitalares por 1.000 habitantes. Essa razão situa-se abaixo das médias distritais[5,10] e dos parâmetros de referência da OMS[28], o que pode sinalizar desafios de capacidade instalada para atender à demanda da população residente. Embora Samambaia disponha de equipamentos próprios importantes — como o HRSAM e o CAPS III —, além da referência do HRT e da rede de UPAs da região ampliada, a oferta conjunta de leitos secundários e de retaguarda ainda se mostra bastante pressionada frente ao contingente populacional total da região. Esse panorama reflete um padrão comum tanto no DF, onde a infraestrutura hospitalar de maior densidade tecnológica se concentra predominantemente em torno do centro (Plano Piloto)[5,10], quanto em diversas regiões metropolitanas do Brasil[29]. Em grandes cidades brasileiras, a baixa regionalização efetiva e a concentração histórica de leitos de média e alta complexidade em zonas centrais impõem aos municípios e bairros periféricos uma contínua necessidade de deslocamento e dependência da rede regionalizada, evidenciando desafios estruturais de financiamento e planejamento na distribuição equitativa da atenção hospitalar em áreas periurbanas de rápido crescimento demográfico[24,27,29].

Por fim, cabe destaque para o impacto das causas externas e da violência urbana como um problema prioritário de saúde pública na Samambaia. A taxa de homicídios registrada na RA afeta de forma desproporcional homens, indivíduos jovens de 20 a 39 anos e a população negra, ao passo que os registros de feminicídio no domicílio e violência contra idosos demonstram o alcance intra-familiar da violência. Essa distribuição sociodemográfica reproduz fielmente os padrões de vulnerabilidade racial e juvenil documentados pelo Atlas da Violência no Brasil[30] e por estudos desenvolvidos em aglomerados urbanos e favelas no Rio de Janeiro e em escala nacional, nos quais a violência interpessoal figura como a principal causa de anos potenciais de vida perdidos (YLL) entre adultos jovens vulneráveis[31]. Além dos trágicos impactos sociais, as causas externas geram expressivo fardo financeiro e operacional para o SUS, decorrente da ocupação prolongada de leitos de traumatologia e terapia intensiva, além de custos com reabilitação física e psicológica[30,31]. Desse modo, reforça-se que a ASIS deve extrapolar a gestão estritamente setorial do SUS, constituindo-se como um instrumento de planejamento intersetorial articulado entre a Saúde, a Segurança Pública e o Desenvolvimento Social para o enfrentamento dos determinantes sociais da violência no território.

Frente a esta discussão, são trazidas três perguntas adicionais que podem complementar a análise do panorama de saúde de Samambaia e servir como linha para futuras pesquisas de maior profundidade (análise qualitativa, etc.) com a população e serviços locais de saúde: Como as desigualdades de trabalho e renda impactam a saúde dos moradores de Samambaia? Como se encontra a qualidade do cuidado da ESF (atributos da APS) aos portadores de DCNT de Samambaia? Quais questões estão envolvidas no cenário da violência de gênero e dos casos de feminicídio em Samambaia?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ASIS da RA Samambaia descreveu um território marcado pela coexistência de vulnerabilidades sociais e sanitárias, a despeito da presença de infraestrutura urbana consolidada e de ampla cobertura nominal da APS. Os dados apontam para a persistência de desigualdades estruturais, como pobreza, baixa escolaridade, insegurança alimentar e violência, que se mostram correlacionadas às condições de vida e ao perfil sociossanitário da população local.

A coexistência de DCNT, enfermidades infecciosas e causas externas evidencia um cenário epidemiológico complexo, que demanda abordagens integradas e intersetoriais. As proporções observadas de ICSAP e a carga de mortalidade prematura por DCNT sinalizam a importância do contínuo aprimoramento da qualidade da assistência na APS, em especial na atenção às condições crônicas, como hipertensão e diabetes. Além disso, os indicadores de sífilis congênita, incidência de HIV e detecção

de hanseníase com incapacidades físicas instaladas podem indicar desafios no diagnóstico precoce, no acompanhamento longitudinal e no alcance das populações em maior vulnerabilidade na região.

A predominância de arranjos familiares monoparentais femininos e os registros de violência contra mulheres e idosos configuram aspectos do território que ressaltam a importância de ações articuladas de proteção social. Embora a região disponha de uma rede de saúde diversificada, a baixa disponibilidade de leitos hospitalares e a ausência de dados mais desagregados dificultam análises mais precisas e o planejamento de respostas adequadas.

Por fim, o estudo propôs uma forma viável de utilização da ASIS para identificar questões importantes no perfil epidemiológico, relacionando essas informações com os determinantes socioeconômicos da região e com a infraestrutura de saúde existente. Apesar de possuir limitações temporais e estar baseado nas particularidades de uma RA distrital (e não num município como todo), esse modelo pode ser adaptado e aplicado em outras localidades, servindo como instrumento de planejamento local e apoio à elaboração de planos de ação por equipes e gestores de saúde.

ACESSO ABERTO

Este artigo está licenciado sob Creative Commons Attribution 4.0 International License, que permite o uso, compartilhamento, adaptação, distribuição e reprodução em qualquer meio ou formato, desde que você dê crédito apropriado ao(s) autor(es) original(is) e à fonte, forneça um *link* para o Creative Licença Commons e indique se foram feitas alterações. Para mais informações, visite o site creativecommons.org/licenses/by/4.0/

REFERÊNCIAS

1. Marinho F, Passos VMA, Malta DC, França EB, Abreu DMX, Araújo VEM, et al. Burden of disease in Brazil, 1990-2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease (GBD) Study 2016. Lancet [Internet]. 2018;392(10149):760-775. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31221-2
2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2010;15(5):2297-2305. doi: 10.1590/s1413-81232010000500005
3. Teixeira CF. Enfoques teórico-metodológicos do Planejamento em Saúde. In: Teixeira CF (Org.). Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010. p.17-32.
4. Silva PFA, Baptista TWF. A Política Nacional de Promoção da Saúde: texto e contexto de uma política. Saúde Debate [Internet]. 2015;39(spe):91-104. doi: 10.5935/0103-1104.2015S005327
5. Secretaria de Estado de Saúde (DF). Plano Distrital de Saúde 2024-2027. Brasília: SES-DF; 2024.
6. Companhia de Planejamento do Distrito Federal (DF). Pesquisa Distrital por Amostra de domicílios Ampliada – 2024 [Internet]. Brasília: CODEPLAN; 2024. Disponível em: https://pdad.ipe.df.gov.br
7. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
8. Ministério da Saúde (BR). Universidade Federal de Goiás. ASIS – Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
9. Virgens JHA, Teixeira CF. Revisão da produção científica sobre análise de conjuntura: contribuição à análise política em saúde. Saúde Debate [Internet]. 2018;42:377-393. doi: 10.1590/0103-11042018S226
10. Secretaria de Estado de Saúde (DF). Portal InfoSaúde [Internet]. Brasília: SES-DF; 2025. Disponível em: https://info.saude.df.gov.br
11. Secretaria de Estado de Saúde (DF). Documentos epidemiológicos [Internet]. Brasília: SES-DF; 2025. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/informes-epidemiologicos
12. Distrito Federal (Brasil). Instituto de Pesquisa e Estatística. Evolução do Índice de Vulnerabilidade Social do Distrito Federal (IVS-DF) 2018-2021: relatório. Brasília: IPEDF; 2024 [cited 2025 Jun 17]. Available from: https://www.ipe.df.gov.br/indice-de-vulnerabilidade-social-do-distrito-federal-ivs-df-2018-2021/
13. Secretaria de Estado de Educação (DF). Escolas da rede pública de ensino do DF [Internet]. Brasília: SEE-DF; 2025. Disponível em: https://www.educacao.df.gov.br/escolas/
14. Secretaria de Estado de Segurança Pública (DF). Estatísticas e relatórios temáticos: dados DF, Regiões Administrativas e RISPs [Internet]. Brasília: SSP-DF; 2025. Disponível em: https://www.ssp.df.gov.br/estatisticas/
15. Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (DF). Mapa da violência contra a pessoa idosa no Distrito Federal: análise das denúncias recebidas entre 2020 e 2023 realizada pela Central Judicial do Idoso [Internet]. 5. ed. Brasília: MPDFT; 2024. Disponível em: https://www.tjdft.jus.br/informacoes/cidadania/central-judicial-do-idoso/publicacoes/mapa-da-violencia-1/mapa-da-violencia-5a-edicao-2.pdf
16. Instituto de Pesquisa e Estatística (DF). 2º Censo Distrital da População em Situação de Rua. Produto temático 1: perfil sociodemográfico, tempo de rua e dinâmicas na rua [Internet]. Brasília: IPEDF; 2025. Disponível em: https://www.ipe.df.gov.br/documents/d/ipedf/produto1-perfil-sociodemografico-pesquisa-populacao-em-situacao-de-rua-no-df_2-pdf
17. Secretaria de Estado de Segurança Pública (DF). Monitoramento de feminicídios no Distrito Federal [Internet]. Brasília: SSP-DF; 2025. Disponível em: https://feminicidio.ssp.df.gov.br/extensions/feminicidio/feminicidio.html#1
18. Organização Mundial da Saúde (OMS). Eliminação mundial da sífilis congénita: fundamento lógico e estratégia para acção [Internet]. Genebra: OMS; 2008. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43782/9789248595851_por.pdf
19. Gomes JG, Miranda SHG, Pedrassoli JC. Increasing food insecurity vulnerability in urban slums contrasts with regional improvements across the São Paulo Metropolitan Region, Brazil. Discov Sustain [Internet]. 2025;6:2296. doi: 10.1007/s43621-025-02296-1

20. Chan JJL, Tran-Nhu L, Pitcairn CFM, Laverty AA, Mrejen M, Pescarini JM, et al . Inequalities in the prevalence of cardiovascular disease risk factors in Brazilian slum populations: a cross-sectional study. PLOS Glob Public Health [Internet]. 2022;2(9):e0000990. doi: 10.1371/journal.pgph.0000990
21. Andretti B, Cardoso LO, Honório OS, Castro Junior PCP, Tavares LF, Silva ICG, et al . Ecological study of the association between socioeconomic inequality and food deserts and swamps around schools in Rio de Janeiro, Brazil. BMC Public Health [Internet]. 2023;23(1):120. doi: 10.1186/s12889-023-14990-8
22. Vaiss DP, Freitas LS, Miranda FB, Brião DS, Damasceno SS, Azevedo GMGV, et al. Regional inequalities in basic sanitation and public health impacts in Brazil's capitals. An Acad Bras Cienc [Internet]. 2026;98(Suppl. 1):e20241531. doi: 10.1590/0001-3765202620241531
23. Coutinho GR, Santos SMC, Gama CM, Silva SO, Santos MEP, Silva NJ . Fatores demográficos e socioambientis associados à insegurança alimentar domiciliar nos diferentes territórios da cidade de Salvador, Bahia, Brasil. Cad Saude Publica [Internet]. 2022;38(11):e00280821. doi: 10.1590/0102-311XPT280821
24. Martins FP, Vigurs C, Veras MM, Morhayim L, Lakhanpaul M, Parikh P. Infrastructure-health nexus in Brazil: a scoping review. Glob Health Res Policy [Internet]. 2025;10(1):42. doi: 10.1186/s41256-025-00441-x
25. Liberato MRS. A feminização da pobreza no Brasil: uma análise das desigualdades estruturais de gênero. Int Integr Sci. 2026;6(58). Disponível em: https://iiscientific.com/ojs/index.php/iis/pt_BR/issue/view/9
26. Leandro SS. Atenção primária sob a perspectiva de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus e dos profissionais de saúde em duas Regiões Administrativas do Distrito Federal [Tese Doutorado em Enfermagem]. Universidade de Brasília, DF; 2017.
27. Mendonça CS, Caldas ALFR. Estratégia Saúde da Família e os novos horizontes para a qualidade da atenção primária brasileira. Cad Saúde Pública [Internet]. 2026;42(1):e00051226. doi: 10.1590/0102-311XEN051226
28. Organização Mundial da Saúde (OMS). The Global Health Observatory, Indicators, Hospital Beds per 10,000 in habitants per country and Nurses and Midwives per 10,000 inhabitants per country. Genebra: OMS; 2020.
29. Mello GA, Pereira APCM, Uchimura LYT, Iozzi FL, Demarzo MMP, Viana ALD. A systematic review of the process of regionalization of Brazil's Unified Health System, SUS. Cien Saude Colet [Internet]. 2017;22(4):1291-1310. doi: 10.1590/1413-81232017224.26522016
30. Cerqueira DRC, Bueno S, Lima SR, Lins GOA, Alves PP, Marques D, et al. Atlas da violência 2024 [Internet]. Brasília: Ipea; FBSP; 2024. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/entities/publication/6554d2f4-fd60-411a-ac4c-997f39034914
31. Malta DC, Minayo MCS, Soares Filho AM, Silva MMA, Montenegro MMS, Ladeira RM, et al. Mortalidade e anos de vida perdidos por violências interpessoais e autoprovocadas no Brasil e estados: Análise das estimativas do Estudo Carga Global de Doença, 1990 e 2015. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2017;20(Suppl 1):142-56. doi: 10.1590/1980-5497201700050012

DATA DE PUBLICAÇÃO: 05 de novembrode 2026.