

Secretaria de Estado de
Saúde do Distrito Federal

Subsecretaria de
Vigilância à Saúde

Gerência de Vigilância de Doenças e
Agravos Não Transmissíveis e
Promoção à Saúde



Boletins Epidemiológicos GVDANTPS

2021

Brasília, novembro de 2021.

Secretaria de Estado de
Saúde do Distrito Federal

Subsecretaria de
Vigilância à Saúde

Gerência de Vigilância de Doenças e
Agravos Não Transmissíveis e
Promoção à Saúde



Índice

- [1. Análise comparativa do impacto da pandemia no perfil de notificação de violência no Distrito Federal](#)
- [2. Tabagismo no Distrito Federal: estimativa de fumantes por região de saúde e acesso aos serviços de referência ano 2019 a 2021](#)
- [3. Perfil epidemiológico do consumo de álcool por adolescentes no Distrito Federal](#)
- [4. Consumo de Álcool em Adultos Residentes no Distrito Federal, 2006 a 2019](#)
- [5. Boletim epidemiológico de mortalidade por acidentes de transporte terrestre no Distrito Federal](#)
- [6. Boletim de mortalidade prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Distrito Federal](#)

Análise comparativa do impacto da pandemia no perfil de notificação de violência no Distrito Federal - Períodos pré pandêmico e pandêmico de SARSCoV-2

Núcleo de Estudos, Prevenção e Atenção às Violências, Gerência de Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção à Saúde – NEPAV/GVDANTPS/DIVEP/SVS

Apresentação

O Boletim Epidemiológico GVDANTPS de Violência, do Núcleo de Estudos, Prevenção e Atenção às Violências – Nepav, da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, é uma publicação de caráter institucional, com periodicidade anual para divulgação de **análises de informações** do monitoramento das notificações das violências interpessoais e autoprovocadas preenchidas no Distrito Federal, com base no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), e no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

Contextualização

As notificações compulsórias de violência interpessoal e autoprovocada no Distrito Federal vinham num crescente ano a ano, desde 2009 atingindo seu ápice em 2019.

As imposições sanitárias de isolamento social com a decretação de restrições de circulação, funcionamento de comércio e serviços, decorrentes do avanço da pandemia de Covid-19 trouxeram impacto imediato no valor absoluto de notificações em 2020 e 2021.

Análises preliminares decorrentes da rotina de monitoramento de violência sugerem alteração no perfil de notificação apontando a necessidade de estudo e, a partir desta análise, propor adequações nos processos e rotinas de notificação de violência visando garantir em tempo oportuno tanto o cuidado integral e qualificado na saúde das pessoas em situação de violência quanto a elaboração de documentos epidemiológicos para o embasamento da gestão em políticas públicas e planos de ação.

Caracterização da Amostra

Quadro 1

Este Boletim apresenta análise comparativa do **perfil de notificação de violência interpessoal e autoprovocada** nos períodos de **1º de janeiro de 2009 a 31 de dezembro de 2019** (período pré pandêmico) e **1º de janeiro de 2020 a 30 de setembro de 2021** (período pandêmico) e consolidados em 11/10/2.021¹.

As informações de notificação foram organizadas em dois grupos: **Temporalidade das notificações** e **Característica da unidade notificadora**. Os dados são apresentados em porcentagem, taxa de notificação, taxa média de notificação e suas médias por período. As médias foram obtidas através da fórmula *média* disponível no Excel utilizando as taxas de notificação de cada ano que compõem o período (pré pandêmico e pandêmico) e apresentadas segundo a lógica das superintendências regionais de saúde – SRS.

Para o cálculo da taxa de notificação, as informações de quantitativo populacional foram utilizadas aquelas disponibilizadas no site eletrônico da CODEPLAN/DF.

Quadro 1 – População do Distrito Federal segundo ano. Distrito Federal, 2009 a 2021.

	PRÉ PANDEMIA											PANDEMIA	
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
População estimada Distrito Federal	2606885	2639212	2681052	2722198	2763488	2805774	2848633	2890224	2931057	2972209	3012718	3052546	3094325

Fonte: CODEPLAN/DF.

A temporalidade das notificações apresenta a **distribuição das notificações** em série histórica, a distribuição das notificações em meses e a **correlação entre** mês de **notificação** com o mês e ano da **ocorrência**.

As características da unidade notificadora são apresentadas segundo a **natureza do serviço** e **nível de atenção**.

Os bancos referentes a 2020 e 2021 trazem **dados parciais**, passíveis de atualização até seu fechamento definitivo pelo Ministério da Saúde.

Perfil de temporalidade das notificações de violência

Gráfico 1, Gráfico 2, Gráfico 3, Gráfico 4

A análise de temporalidade das notificações de violência estuda a distribuição das notificações e da taxa de notificação ao longo do tempo e, as suas correlações.

O Distrito Federal teve **46.330 notificações** compulsórias de violência interpessoal e autoprovocada registradas no sistema de informação de agravos de notificação – SINAN. Destas, 72,46% foram referentes ao período de 2009 a 2019, período pré pandêmico e, **27,54%** ao período de 2020 a 30 de setembro de 2021, **período pandêmico**.

¹ Dados exclusivamente para fins de vigilância epidemiológica

O aumento observado nas notificações considerando-se todo o período de análise foi de **345,24%**. A variação média ano a ano no quantitativo de notificações no período pré pandêmico foi (+21,94%) evidenciando **crecimento sustentado** do número das notificações de violência. Enquanto que a variação média do quantitativo das notificações de violência ano a ano no período pandêmico foi de (-13,25%) evidenciando o **decrécimo no número nas notificações de violência na pandemia**.

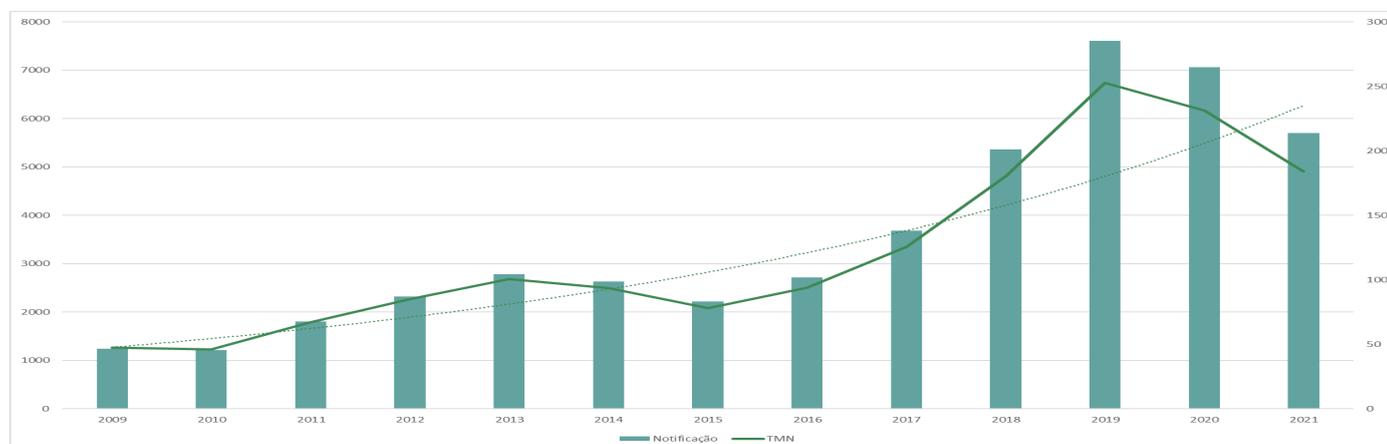
A taxa média de incremento populacional no período pré pandêmico foi de 1,46% ao ano, enquanto que no período pandêmico foi de 1,35%, evidenciando **desaceleração no crescimento populacional entre os períodos pré pandêmico e pandêmico**. A taxa de crescimento populacional acumulada de todo o período de análise foi de 18,70%.

A análise da variação média do quantitativo de notificações comparada

com a taxa de incremento populacional indicou **maior impacto da pandemia no quantitativo de fichas de notificação de violência** em relação ao crescimento populacional.

A taxa média de notificação – TMN no período pré pandêmico foi de **106,43** notificações por 100.000 habitantes por ano, enquanto que a TMN no período pandêmico foi **207,73**. O **aumento** na TMN entre os dois períodos foi de **95,18%**.

O aumento da taxa de notificação entre os períodos pré pandêmico e pandêmico, apesar da queda no número absoluto de notificações e da desaceleração do crescimento populacional em 2020 e 2021, foi devido à **variação acumulada do quantitativo de ficha de notificação ser 375,10 vezes maior que a variação da taxa populacional acumulada**, exigindo cautela na análise destas informações e necessidade de contextualização



Fonte: SINAN-SES/DF e CODEPLAN. Dados parciais de 11/10/2021.

Gráfico 1 – Número absoluto de notificações de violência e Taxa de notificação segundo ano. Distrito Federal, 2009 a 2021.

O gráfico combinado do número absoluto das notificações de violência com a taxa de notificação em série histórica evidenciou períodos em que a **taxa de incremento de notificação foi superior à taxa de incremento populacional**, principalmente entre 2016 e 2021. Sendo algumas justificativas possíveis: agenda intensiva de **capacitação** em preenchimento da ficha de

notificação, aumento da **sensibilidade** dos servidores nos diversos níveis de atenção na percepção de situações de violência, aumento da **visibilidade** da temática da violência nas mídias, ampla divulgação dos direitos das vítimas, ampla divulgação da **rede de proteção**, estabelecimento de fluxos de encaminhamentos na rede intersetorial visando a **garantia de direitos**.

Também foi possível, através da análise visual do gráfico, identificar os principais pontos de mudança da inflexão da curva da taxa de notificação na série histórica, favorecendo a correlação destes com a publicação das normativas da violência e com o momento sócio-econômico-cultural. Estes pontos e algumas correlações foram:

1. 2010 – 2011: **Portaria 104/MS** - notificação compulsória obrigatória para todos os estabelecimentos de saúde públicos e privados;

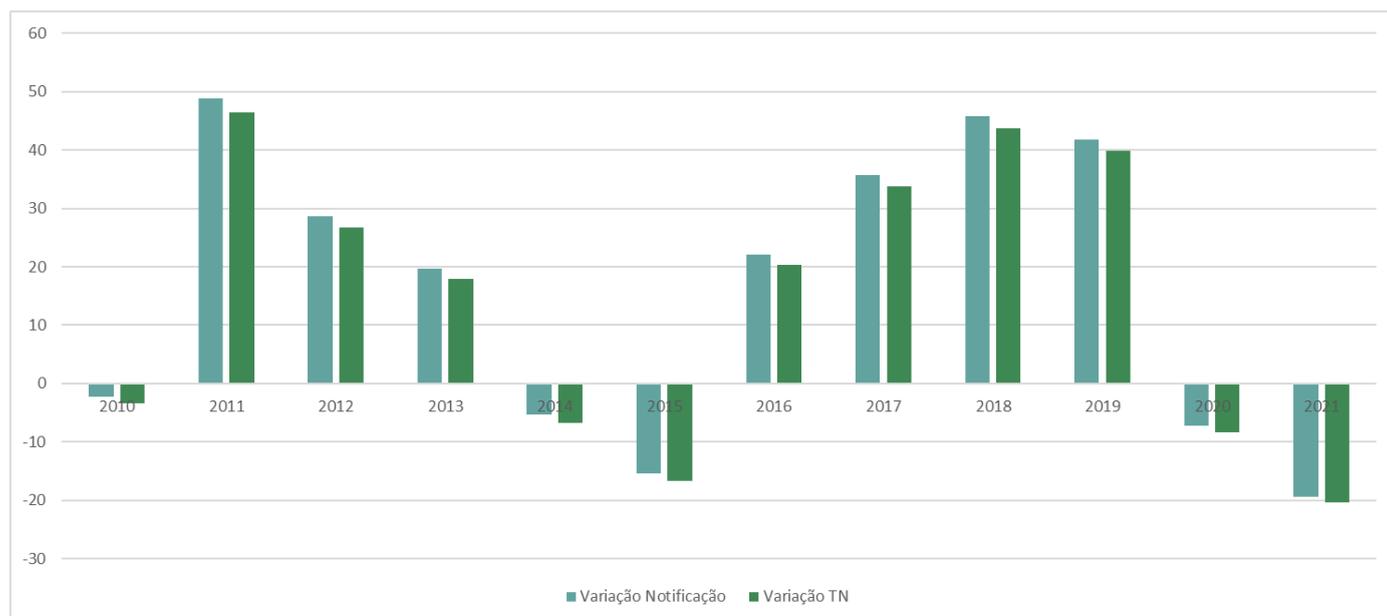
2. 2013 – 2014: **Alteração do modelo da ficha de notificação** de violência pelo MS e, **Portaria 1271/MS** – violência sexual e tentativa de suicídio como notificação compulsória e imediata;

3. 2015 – 2016: Alteração do modelo da ficha de notificação de violência pela SES/DF;

4. 2017 – 2018: Emenda à Lei orgânica 103/GDF – **Políticas públicas de prevenção do suicídio**;

5. 2019 – 2020: Decretação da **pandemia** mundial de SARSCoV-2 pela OMS.

A variação média da taxa de notificação ano a ano teve o mesmo perfil de distribuição temporal que a variação média do volume de notificação, ficando entre -20,42% e +46,44%, com variação média de **+20,19% no período pré pandêmico e -14,40% no pandêmico**. Apesar da aparente ciclicidade na análise visual, estas variações ano a ano também foram relacionadas aos marcos apresentados, havendo necessidade de estudos estatísticos aprofundados para a identificação e definição de padrão de sazonalidade utilizando metodologia adequada.



Fonte: SINAN-SES/DF e CODEPLAN. Dados parciais de 11/10/2021.

Gráfico 2 – Variação de notificação e variação da taxa de notificação segundo ano. Distrito Federal, 2009 a 2021.

A observação da taxa de notificação agrupada segundo o mês do ano da notificação não evidenciou padrão cíclico ou de sazonalidade nos períodos em análise.

A distribuição da TMN ordenada pelo mês de notificação no período pré pandêmico mostrou maior TMN no mês de

outubro, com variação de +36,90% em relação ao mês de janeiro, menor TMN. Já no período pandêmico, a maior TMN ocorreu no mês de janeiro e a menor em junho com variação de +54,56% entre estes meses.

Uma justificativa para a maior TMN no período pré pandêmico ser no mês de

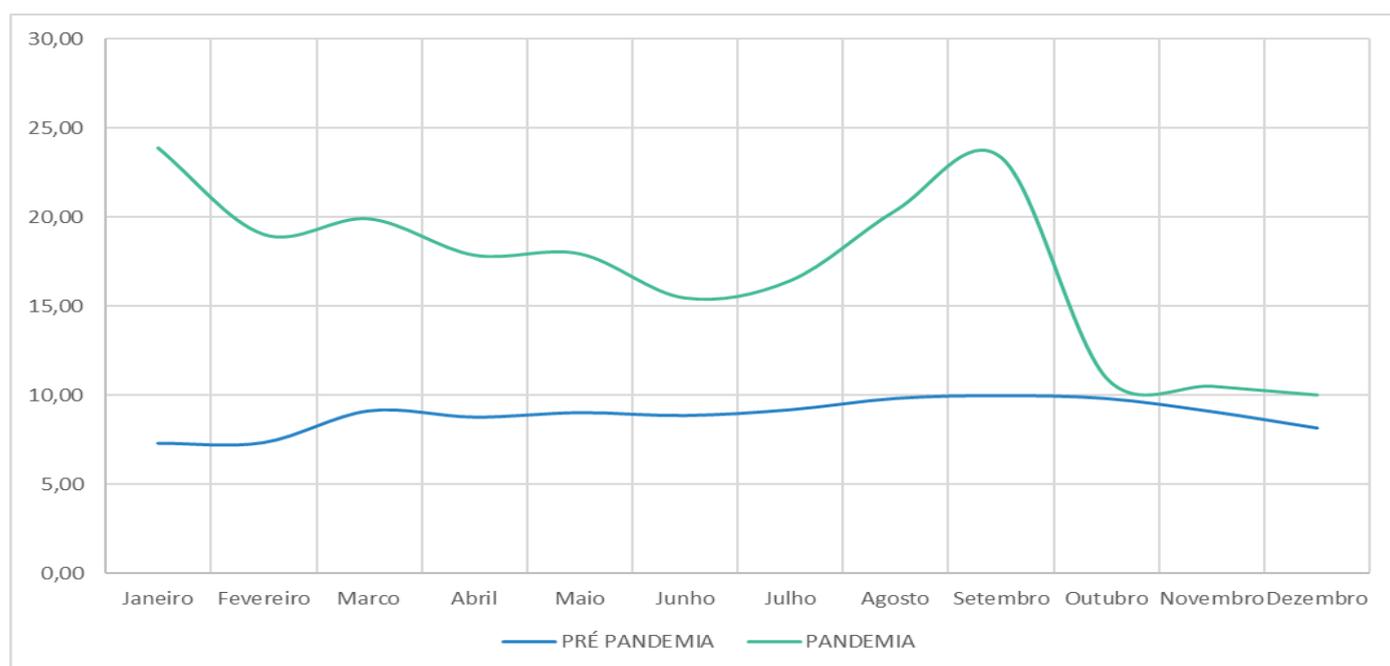
setembro foi o aumento expressivo das notificações das violências autoprovocadas associadas à campanha de prevenção do suicídio setembro amarelo. Enquanto para o período pandêmico, foram: exclusão dos meses de outubro, novembro e dezembro de 2021 no cálculo, reduzindo a TMN nestes três meses e, início efetivo da pandemia no Distrito Federal marcado pelo registro do primeiro caso e da decretação das medidas de restrição para contenção da pandemia no mês de março de 2020.

A análise criteriosa das informações do período pandêmico requer a aproximação com a evolução da taxa de transmissão e taxa de mortalidade por Covid-19 como parâmetro de intensidade e gravidade da pandemia além da decretação das medidas de contenção de transmissão.

Neste sentido, a observação das menores TMN nos meses de junho e julho de 2020 e 2021 foram relacionadas com o agravamento da pandemia.

A variação média da TMN segundo mês no período pré pandêmico foi de 0,01% enquanto que no período pandêmico foi 5,12%. Esta diferença nas variações médias das TMN foi devida à oscilação da TMN no período pandêmico, de acordo com as taxas de transmissibilidade e mortalidade por Covid-19.

A ausência de padrão de sazonalidade nas TN e TMN reforçou a necessidade de ações de prevenção ao longo de todo o ano, independentemente dos fatores de interferência e de sua intensidade ou magnitude



Fonte: SINAN-SES/DF e CODEPLAN. Dados parciais de 11/10/2021.

Gráfico 3 – Taxa média de notificação segundo período e mês do ano. Distrito Federal, 2009 a 2021.

A média da TMN segundo o mês de notificação foi 296,99 notificações de violência por 100.000 habitantes enquanto a média da TMN segundo o mês da ocorrência, 296,21. E, apesar da variação

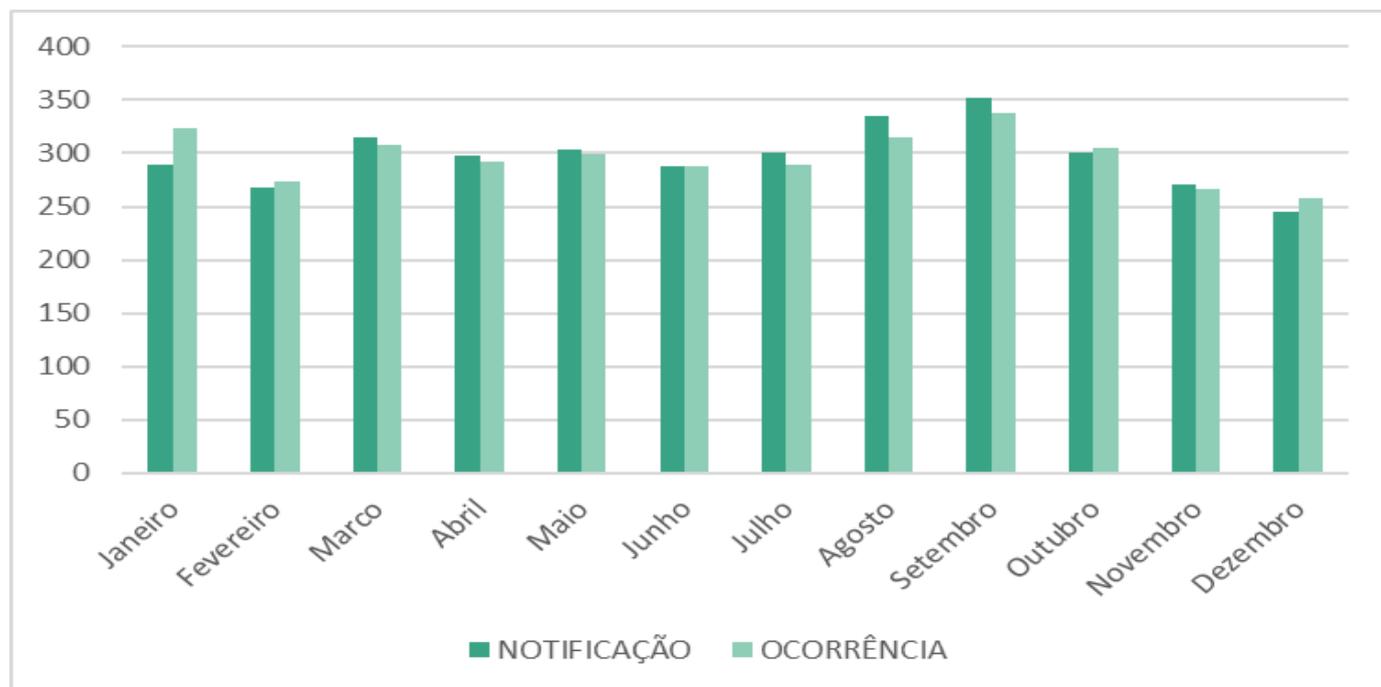
média ter sido de apenas 0,26%, entre ocorrência e notificação.

É importante ressaltar que a notificação de violência deve ser preenchida quando o profissional de saúde se depara com usuário vivenciando

situação de violência, ou diante da sua suspeita. Assim, as TMN segundo a data de notificação e ocorrência não são necessariamente coincidentes, uma vez que o usuário pode reportar situação vivenciada a qualquer tempo de sua existência.

No período pré pandêmico, a maior TMN segundo a data de notificação foi no mês de setembro com 286,00 notificações por 100.000 habitantes enquanto que a TMN segundo a data de ocorrência foi no mês de outubro com 283,45. No período pandêmico houve coincidência entre os meses de notificação e ocorrência, sendo sido este em janeiro, com 733,00 e 810,00 notificações por 100.000 habitantes, respectivamente.

As curvas de distribuição das TMN de notificação e ocorrência ao longo dos meses seguiram o mesmo padrão gráfico com variação entre -6,13% (agosto) e 10,51% (janeiro), e média de -0,21% ao longo do ano. Entendeu-se que, em média, o volume das notificações segundo a data de ocorrência superou o volume das notificações segundo a data de notificação, reforçando a necessidade de **intervenção psicossocial especializada para ressignificação das violências vividas** de forma que o indivíduo retome o curso mais próximo à normalidade de sua vida em todos os aspectos.



Fonte: SINAN-SES/DF e CODEPLAN. Dados parciais de 11/10/2021.

Gráfico 4 – Taxa média de notificação segundo período e mês do ano. Distrito Federal, 2009 a 2021.

Perfil de notificação de violência interpessoal e autoprovocada segundo características da unidade notificadora

Gráfico 5, Gráfico 6

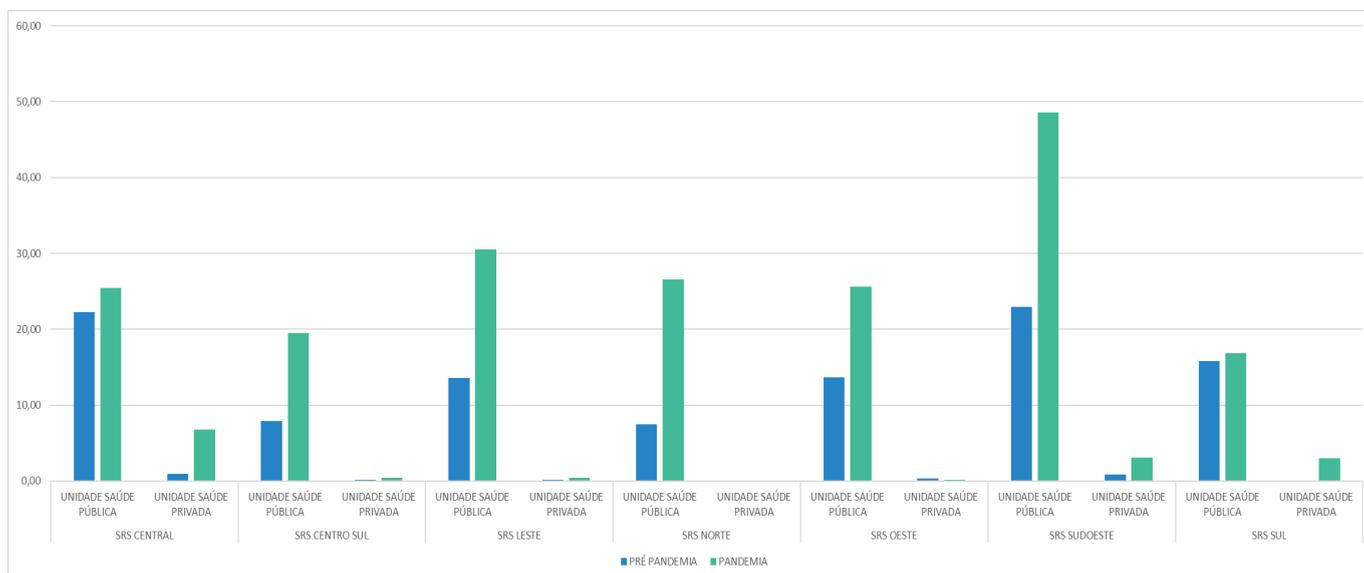
Unidade notificadora de violência é o estabelecimento de saúde público ou privado que preenche ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, conforme o artigo 7º da Portaria 104/2011.

A média das TMN no período pré pandêmico segundo superintendência regional de saúde foi 15,12 notificações por 100.000 habitantes por ano, destes 14,81 (97,95%) referentes às unidades de saúde públicas e 0,30 (1,98%) às unidades de saúde privadas. A média das TMN no período pandêmico segundo superintendência regional de saúde foi 29,43 notificações por 100.000 habitantes por ano, destes 27,57 (93,68%) referentes às unidades de saúde públicas e 1,86 (6,32%) às unidades de saúde privadas.

A TMN sofreu aumento entre os períodos pré pandêmico e pandêmico

quando comparados por superintendência regional de saúde com variação de 25,24% (SRS Sul) a 255,85% (SRS Norte), e média de 113,15%. A variação nos serviços de saúde públicos foi entre -44,68 % (SRS Oeste) e 4.624,88% (SRS Sul) com média de 106,62% e, nos serviços de saúde privados entre -44,68% (SRS Oeste) e 4.624,88% (SRS Sul) com média de 1.368,33%. As **SRS Centro Sul, Leste e Norte não tiveram registro de notificação de serviços de saúde privados** como unidades notificadoras em violência.

A diferença entre as médias de notificação dos serviços públicos e privados entre os dois períodos em análise evidenciou o **aumento nas notificações de violência registradas pelas unidades de saúde privada** no Distrito Federal no período pandêmico.



Fonte: SINAN-SES/DF e CODEPLAN. Dados parciais de 11/10/2021.

Gráfico 5 – Taxa média de notificação segundo período, natureza do serviço e superintendência regional de saúde. Distrito Federal, 2009 a 2021.

As TMN no período pré pandêmico foram de 1,45 notificações por 100.000 habitantes na APS, 1,98 na atenção secundária e 10,86 na atenção hospitalar. No período pandêmico as TMN por nível de atenção foram 2,09 na APS, 8,45 na atenção secundária e 19,68 na atenção hospitalar. A variação média foi de 44,48% na APS,

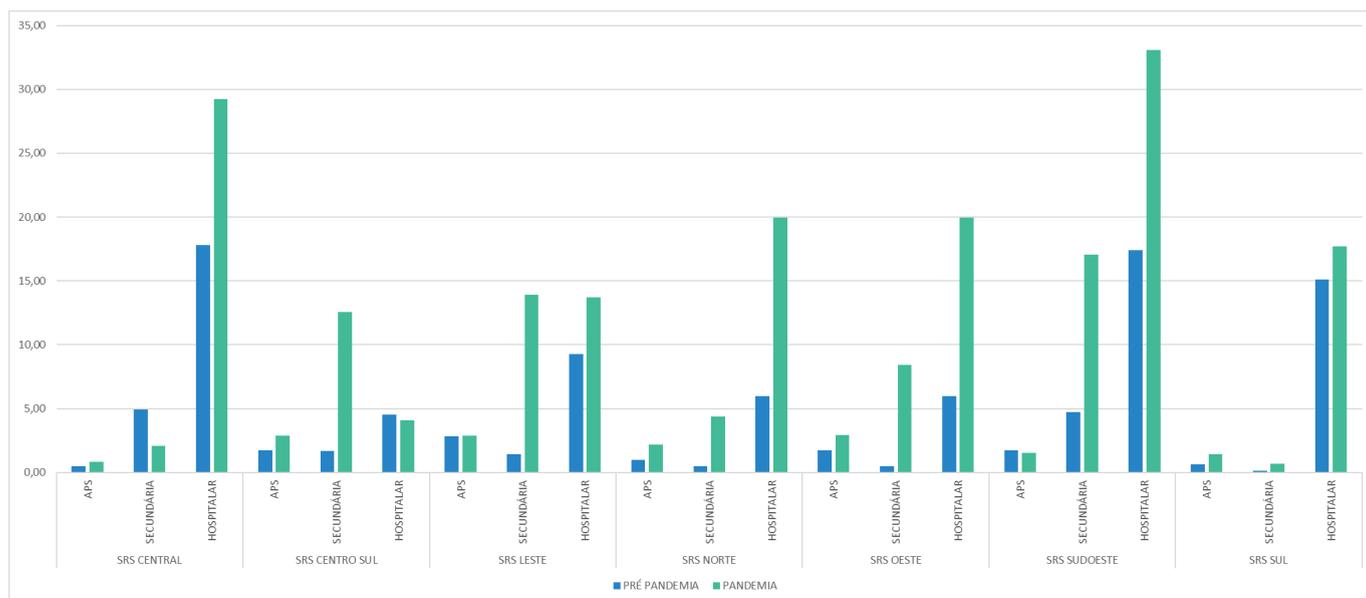
327,24% na atenção secundária e 81,19% na atenção hospitalar.

A hipótese para justificar este aumento desproporcional das TMN entre os níveis de atenção foi a desorganização e reorganização ocorridas nos diversos serviços de saúde de forma a cumprir as medidas sanitárias de contenção da pandemia, e garantir atendimento àqueles com sinais e sintomas de síndrome respiratória aguda com suspeita de

Covid-19; deslocando o fluxo de usuários sem suspeita de Covid-19 para as unidades que mantiveram seu escopo de atendimento, a atenção secundária.

A variação da TMN por superintendência regional de saúde e nível de atenção na APS foi de -10,96% (SRS Sudoeste) a 123,66% (SRS Sul); na atenção secundária de -57,25% (SRS Central) a 1.656,68% (SRS Oeste) e, na atenção hospitalar de -9,39% (SRS Centro Sul) a 234,50 (SRS Norte e SRS Oeste).

Estas diferenças observadas nas SRS poderiam ser justificadas pelo volume de serviços e atendimentos dedicados aos casos de Covid-19 e pela capacidade de adequação de cada regional para a manutenção dos atendimentos para a população.



Fonte: SINAN-SES/DF e CODEPLAN. Dados parciais de 11/10/2021.

Gráfico 6 – Taxa média de notificação segundo período, nível de atenção e superintendência regional de saúde. Distrito Federal, 2009 a 2021.

Discussão e Conclusão

O monitoramento sistemático de dados de notificação de violência, muito além de atender a necessidade de resposta de indicadores de saúde, permite aferir a potencialidade da rede de saúde de perceber as situações de violência, prestar o cuidado necessário e garantir os encaminhamentos previstos em lei.

Desde a declaração da atual pandemia pela OMS no final do ano de 2019 e a identificação dos primeiros casos da doença no Brasil, a imprensa vem divulgado o aumento de casos de violência doméstica relacionado às medidas de isolamento social e restrição de circulação adotados como medida de controle sanitário em todo o mundo. Este aumento é correlacionado à proximidade da vítima com os agressores em âmbito domiciliar; à crise econômica associada a pandemia advinda das restrições impostas; às alterações sociais decorrentes do fechamento de escolas, comércio e postos de emprego gerando situações de stress familiar e; às incertezas relacionadas ao futuro. Este aumento da violência doméstica foi percebido pela segurança pública através de chamados e abertura de ocorrências policiais.

No âmbito da saúde percebeu-se a desaceleração no processo de notificação das diversas violências, traduzida na redução do volume de notificações em 2020 quando comparado a 2019. A análise detalhada do processo de notificação de violência é que valida a associação dos eventos, indicando as melhores estratégias para superar as dificuldades identificadas.

É importante ressaltar a importância das medidas sanitárias para a contenção da pandemia como também da reformulação do sistema de saúde de forma a garantir o cuidado necessário à demanda emergente. Entretanto, não se deve perder de vista a necessidade de manutenção do atendimento para questões que anteriormente à pandemia ocupavam e excediam toda a capacidade operacional do sistema de saúde, fosse com o atendimento agudo de afecções fosse pelo atendimento de situações crônicas, considerando estas como principal fator de morbimortalidade da população.

Recomendações

O NEPAV oferece um conjunto de recomendações baseadas nos dados e suas análises com o intuito de fortalecer a atuação dos gestores e dos profissionais de saúde.

Para a gestão

Garantir equipes multiprofissionais no atendimento multifamiliar às pessoas em situação de violência, ações de vigilância e de promoção da cultura de paz;

Garantir infraestrutura adequada no atendimento às pessoas em situação de violência, ações de vigilância e de promoção da cultura de paz;

Monitorar indicadores de saúde que reflitam a qualidade do cuidado às pessoas em situação de violência.

Para vigilância epidemiológica

Monitorar os dados de violência no território;

Elaborar, periodicamente, documentos epidemiológicos, definindo e analisando o perfil epidemiológico das pessoas em situação de violência;

Orientar a rede assistencial de saúde no preenchimento da ficha de notificação compulsória.

Para a educação permanente

Investir na capacitação dos gestores e profissionais de saúde na temática da violência;

Disseminar a estratégia da cultura de paz e da comunicação não violenta entre servidores públicos de setores com atendimento ao público;

Incorporar a metodologia na educação de crianças, adolescentes e jovens.

Para a população

Buscar nos equipamentos de saúde informação acerca dos cuidados e dos serviços disponíveis com o suporte necessário para o enfrentamento e a prevenção das violências aguda e crônica e promoção da cultura de paz.

Referências

1. Brasil, Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, ano 140 n. 18, p.1-88, 26 jan. 2011.

2. Brasil, Portaria nº 1.271 de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças,

agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, ano 151 n. 108, p.1-144, 09 jun. 2014.

3. Distrito Federal, Emenda à Lei Orgânica nº 103 de 2017. Acrescenta dispositivo à Lei Orgânica do Distrito Federal, para dispor sobre a valorização da vida, e insere, entre os objetivos do Distrito Federal, a realização de políticas públicas de prevenção contra o suicídio. Diário Oficial do Distrito Federal: Seção 1, Brasília, DF, ano 46 n. 235, p.1-40, 11 dez. 2017.

Núcleo de Estudos, Prevenção e Atenção às Violências – NEPAV

Leciana Lambert Filgueiras – Chefe

Elaboração:

Andrea Simoni de Zappa Passeto – Médica - Área técnica de vigilância epidemiológica das violências

Equipe NEPAV:

Andrea Simoni de Zappa Passeto – Médica - Área técnica de vigilância das violências

Andressa Barcelos Pereira – Enfermeira - Área técnica de enfrentamento e prevenção das violências

Tatiana Lima dos Santos Roque – Enfermeira – Área técnica de vigilância das violências

E-mail: nepavsaude@gmail.com

Tabagismo no Distrito Federal: estimativa de fumantes por região de saúde e acesso aos serviços de referência ano 2019 a 2021

Área Técnica de Controle do Tabagismo, Gerência de Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção à Saúde - GVDANTPS

Apresentação

O ano de 2020 foi marcado pela pandemia da Covid-19, desencadeando diversos problemas no campo da saúde, da economia e da política. Impactou diretamente nos atendimentos das doenças crônicas e de forma muito direta nos atendimentos para tratamento do tabagismo. Neste contexto pandêmico duas pesquisas importantes não foram publicadas em 2021, sobre o ano de 2020, que foram as do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE e a do Inquérito de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - VIGITEL. Este último inquérito publicou recentemente dados parciais cujo os resultados devem ser utilizados com cautela. Frente a esta realidade, para fins da análise que será apresentada, foram utilizados os dados da pesquisa do IBGE e do VIGITEL de 2019 publicadas em 2020, dados da Sala de Situação da Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e a taxa de busca por tratamento da Pesquisa

Nacional de Saúde de 2013 - PNS 2013, pois a mais atual, a PNS 2019 lançada em 2020, não contemplou este item.

Contextualização

A redução da prevalência de fumantes é uma meta que consta nas pactuações a nível nacional e do Distrito Federal (DF). O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil, de 2021-2030, prevê a redução de 40 % na prevalência de fumantes ¹. No Distrito Federal, no Plano Distrital de Promoção da Saúde, a meta é a redução de 1% da prevalência até 2023 ².

Conhecer essa realidade em termos de prevalência de fumantes, mesmo que de forma estimada, extrapolando o percentual de fumantes do DF para as Regiões, e a identificação da capacidade instalada de atendimento se faz importante para o planejamento de ações visando o alcance das metas.

Caracterização da Amostra

As pesquisas populacionais sobre o tabagismo foram realizadas com pessoas maiores de 18 anos. Na Sala de Situação do DF, a população está estratificada em múltiplos de 5 anos, ou seja, foi necessário fazer uma escolha entre a população a partir de 15 anos ou a partir de 20. A literatura aponta que a média da idade brasileira para os fumantes começarem a fumar de forma frequente é de 16 anos. Por essa razão, optou-se pelo recorte de idade a partir de 15 anos³.

Para encontrar o número de fumantes por Região de Saúde, número de fumantes que buscam atendimento e o número de unidades necessárias para atender a demanda utilizou-se o seguinte raciocínio:

A partir do cálculo da população do DF e das 07 Regiões de Saúde acima de 15 anos⁴ aplicando a taxa de 12% prevalência de fumantes no DF em 20195 chegou-se ao número estimado de fumantes por Região.

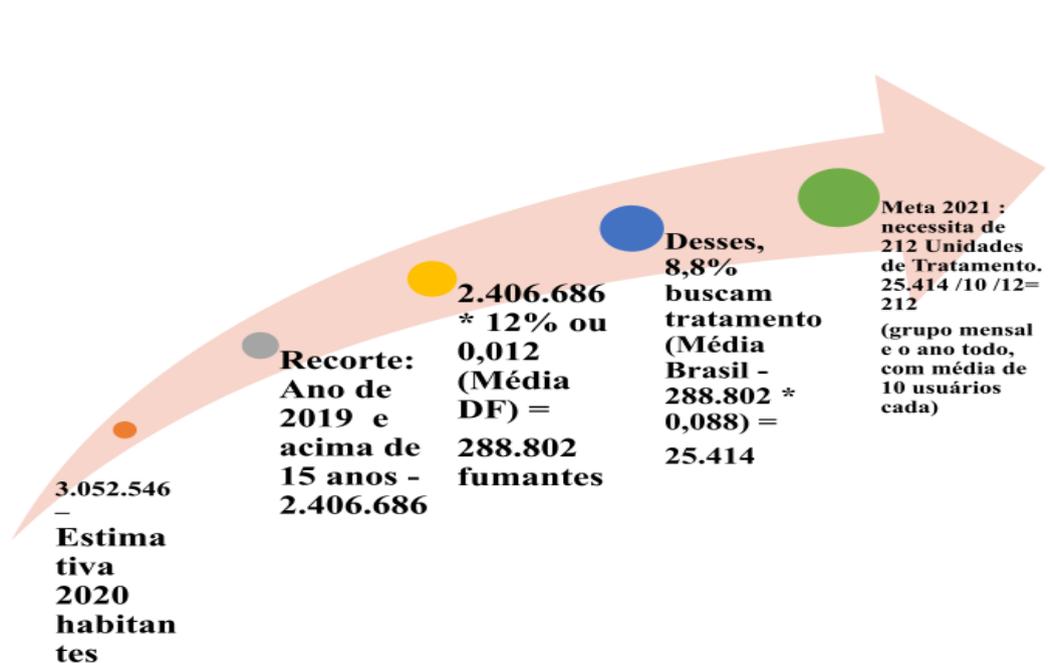
Definido o número de fumantes por região, aplicou-se a taxa de 8,8% que é o percentual de estimativa usada no Brasil para encontrar o número de fumantes que buscam tratamento para deixar de fumar.

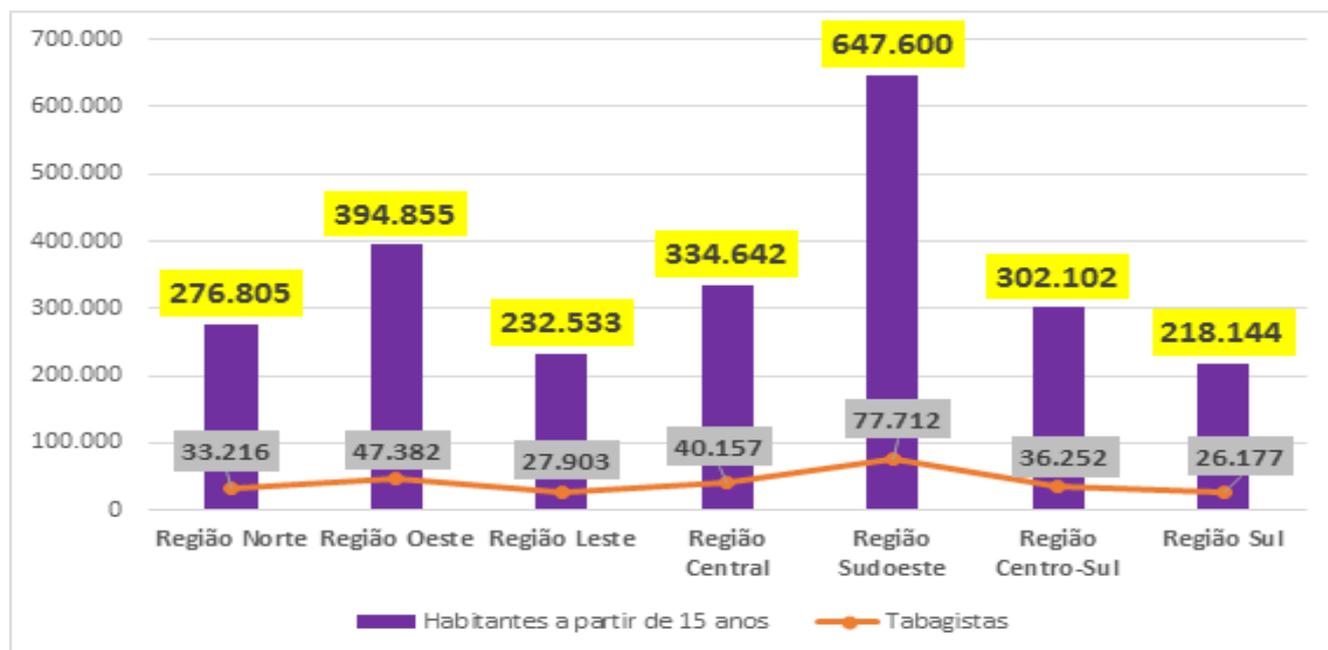
Com a estimativa do número de fumantes que buscam o serviço para deixar de fumar, e considerando que o tratamento inicial tem duração de 04 semanas com uma média de 10 usuários por grupo, e a oferta de serviço ao longo de 12 meses, encontramos o número mínimo de unidades necessárias para o atendimento da demanda, conforme apresentados na figura 1 e no gráfico 1.

Com relação ao impacto ambiental, para os cálculos da quantidade de árvores cortadas para produção do cigarro consumido no DF, as distâncias percorridas e o esgoto produzido pelas bitucas jogadas nas vias públicas, a referência utilizada foi o consumo médio de 17 cigarros/dia e de 10 guimbas/dia jogadas em vias públicas por cada fumante do Distrito Federal.

Resultados e Discussão

Figura 1 – Meta de unidades de atendimento para tratamento de tabagismo.

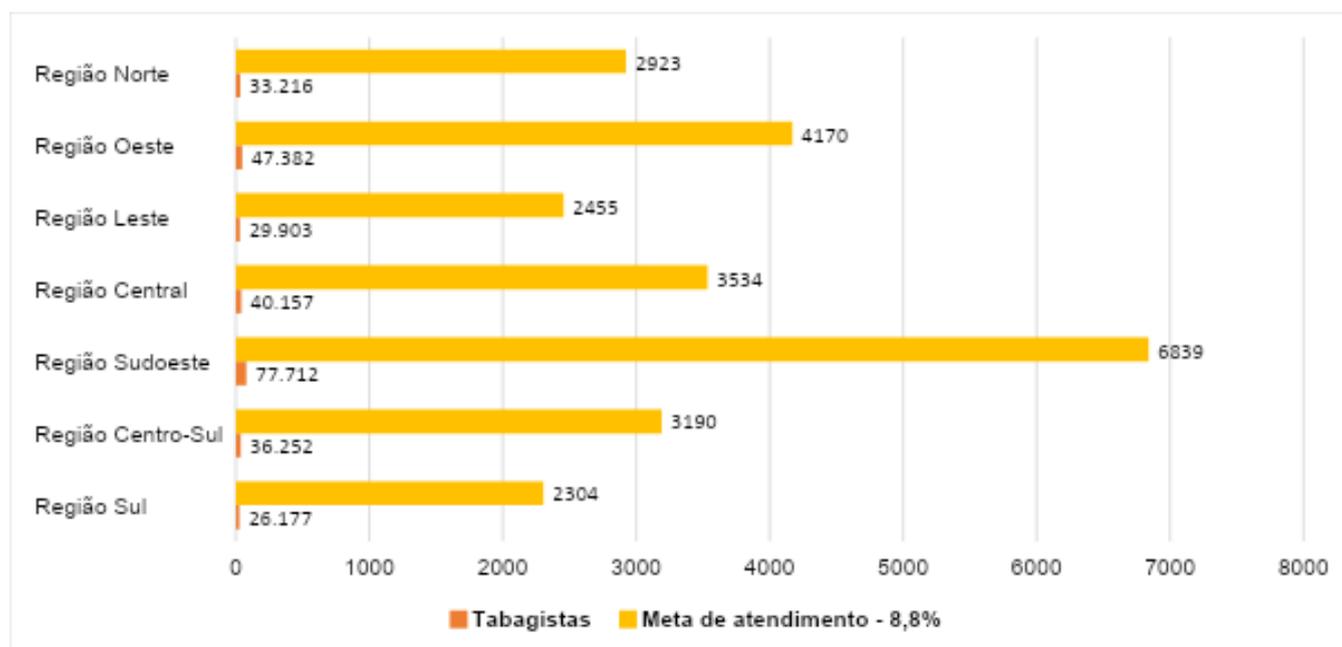




Fonte: IBGE, CODEPLAN e VIGITEL. Dados de 2019.

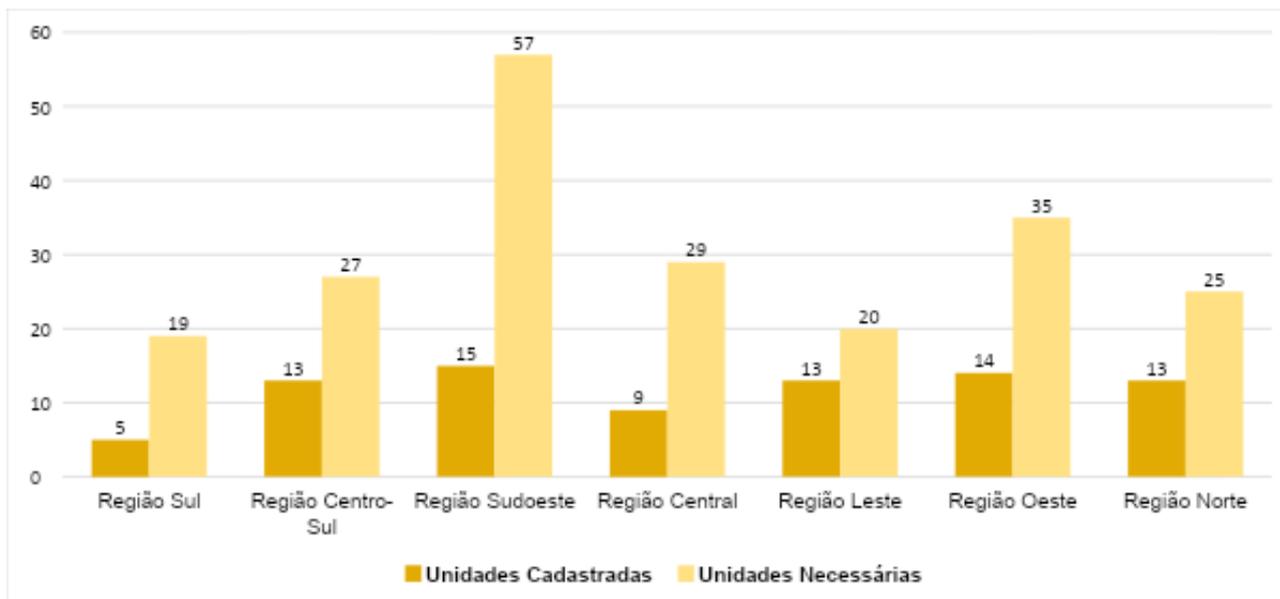
Gráfico 1 – Estimativa de fumantes por Região de Saúde no Distrito Federal em 2019.

O Gráfico 1 apresenta uma estimativa do número de fumantes por Região de Saúde. Este dado é uma importante referência para que a gestão dos serviços estabeleça estratégias de enfrentamento da pandemia do tabagismo. Fumar está associado a mais de 55 doenças, em diferentes órgãos e sistemas do corpo. O tabaco pode ser fator de risco para ocorrência de uma doença, dificultador do tratamento ou, ainda, um agravante para o controle da doença de que o tabagista seja portador⁷.



Fonte: IBGE, CODEPLAN, VIGITEL e Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Dados de 2013 e 2019.

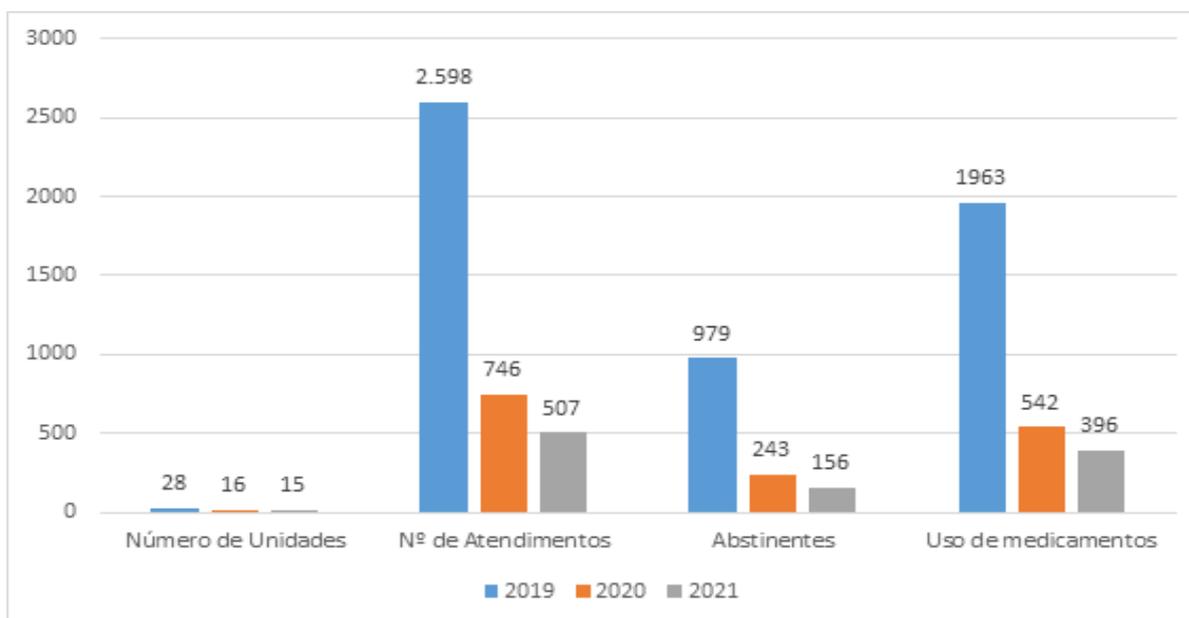
Gráfico 2 – Metas para atendimento por Região de Saúde no Distrito Federal.



Fonte: IBGE, CODEPLAN, VIGITEL e Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Dados de 2013 e 2019.

Gráfico 3 – Comparativo de total de unidades cadastradas com total de unidades necessárias para o atendimento ao tabagismo no Distrito Federal em 2019.

No gráfico 2 e 3 pode-se observar o tamanho do desafio quando é feita a projeção das metas de atendimentos por Região e o número de unidades que ofertam tratamento de forma contínua.



Fonte: Área do Controle de Tabagismo da GVDANTPS - SES/DF. Planilhas Padrão de coleta de atendimentos para encaminhamento ao INCA 2019, 2020, 2021, sendo que 2021 ainda está em andamento e é parcial.

Gráfico 4 – Dados de atendimento para tratamento do tabagismo realizados no Distrito Federal de 2019 a 2021.

O gráfico 4 retrata os números de atendimento realizados no Distrito Federal de 2019 a 2020 e nos dois primeiros quadrimestres de 2021, incluindo o período crítico vivenciado a partir de 2020 causado pela pandemia da Covid-19. Vale registrar que o número de unidades realizando o tratamento de fumantes ainda é muito baixo, considerando que 28 foi o maior número

apresentado de estatística de atendimento neste período das 58 cadastradas para realizar o tratamento de fumantes.

Além das consequências diretas do fumo à saúde de seus usuários, o tabaco provoca outros problemas graves para o meio ambiente (Tabagismo Quaternário). Fazendo uma projeção estimada do consumo de cigarros no DF em relação ao desmatamento necessário para produção dos cigarros e a poluição produzida no descarte de bitucas, encontramos alguns dados interessantes, a saber:

Tabela 1 – Número de árvores cortadas/ano para produção de cigarros por Região de Saúde no Distrito Federal.

DF	Sudoeste	Oeste	Central	Centro-Sul	Norte	Leste	Sul
5.891.567	1.585.325	966.605	819.216	739.546	677.619	569.241	534.017

Fonte: IBGE, CODEPLAN. VIGITEL. 2019; Casa Saudável, Blogs UOL. (01/07/2011)

A cada 300 cigarros produzidos, uma árvore é arrancada para ser usada nas fornalhas⁸. Um fumante que usa uma carteira por dia, estará cortando duas árvores por mês. A média de cigarros por fumantes no Brasil é de 17/dia⁹.

Tabela 2 – Área desmatada/ano para produção de cigarros por Região de Saúde no Distrito Federal.

DF	Sudoeste	Oeste	Central	Centro-Sul	Norte	Leste	Sul
28.515.186	7.672.972	4.678.368	3.965.005	3.579.401	3.279.674	2.755.125	2.584.640

Fonte: IBGE, CODEPLAN. VIGITEL. 2019; Casa Saudável, Blogs UOL. (01/07/2011); COUTO et al, USP. Julho de 2009.

Para cálculo da área desmatada é necessário realizar algumas conversões. Primeiro, 5.000 árvores equivalem aproximadamente a 1 alqueire paulista¹⁰ e este é igual a 24.200m². Logo, quando tiver o resultado de todas as árvores derrubadas de uma localidade escolhida, divide-se por 5.000 e, este resultado, multiplica-o por 24.200, encontrando assim a área em metragem ao quadrado/ano.

Tabela 3 – Comparação entre área desmatada para produção de cigarros e campo de futebol padrão FIFA.

DF	Sudoeste	Oeste	Central	Centro-Sul	Norte	Leste	Sul
333/mês	90/mês	55/mês	46/mês	42/mês	38/mês	32/mês	30/mês
3.994/ ano	1.075/ ano	655/ ano	555/ ano	501/ ano	459/ano	386/ano	362/ano

Fonte: IBGE, CODEPLAN. VIGITEL. 2019; Casa Saudável, Blogs UOL. (01/07/2011); COUTO et al, USP. Julho de 2009; Diário de Pernambuco. (19/05/2015)

Um campo de futebol padrão FIFA¹¹ mede 7.140 m². Para saber a quantidade desmatada em campos é só dividir o resultado do item anterior por esta metragem. No exemplo acima, o Distrito Federal desmata o equivalente a 333 campos de futebol por mês, o que corresponde a 3.994 campos por ano.

Tabela 4 – Poluição produzida no descarte das bitucas (pontas de cigarros).

DF	Sudoeste	Oeste	Central	Centro-Sul	Norte	Leste	Sul
519.844.1 76 L.E	139.881.6 00 L.E	85.288.68 0 L.E	72.283.75 2 L.E	65.254.03 2 L.E	59.789.88 0 L.E	50.227.12 8 L.E	47.119.10 4 L.E
208 P.Os	56 P.Os	34 P.Os	29 P.Os	22 P.Os	20 P.Os	17 P.Os	16 P.Os

Fonte: IBGE, CODEPLAN. VIGITEL. 2019; Gazeta do Povo, São Paulo. (12/01/2010); Agência de Notícias do Paraná, (26/02/2021)

A cada duas bitucas, um litro de água se transforma em esgoto. Calcula-se os litros de esgoto produzido dividindo o número de bitucas por 2¹². Em média, 10 bitucas são lançadas em via pública por cada fumante^{13,14}. Para transformar em piscinas olímpicas (POs), divide-se o resultado total de litros de esgoto produzido por 2.500.000 litros, média para enchê-la. O segundo resultado acima em "P.Os" é em litros de esgoto por piscinas olímpicas por ano. O primeiro, em litros de esgoto. L.E.

Tabela 5 – Peso produzido com o descarte de bitucas (pontas de cigarros) equivalente à quantidade de rinocerontes/mês.

DF	Sudoeste	Oeste	Central	Centro-sul	Norte	Leste	Sul
86.641 Kg	23.314 Kg	14.215Kg	12.047Kg	10.876 Kg	9.965Kg	8.371Kg	7.853Kg
38 Rinos	10 Rinos	6 Rinos	5 Rinos	5 Rinos	4 Rinos	4 Rinos	3 Rinos

Fonte: IBGE, CODEPLAN. VIGITEL. 2019; <http://www.adoptananimal.co.uk/white-rhino-fact-file/>

Uma bituca tem cerca de 1 grama. Calculando o número total de bitucas por mês, chegaremos a toneladas que podem ser traduzidas em números de animais pesados. Um rinoceronte branco (rinos) pesa o equivalente a 2.300 kg^{15,16}. Calculando o peso das bitucas, é possível realizar a conversão para o que isso representaria em números de rinocerontes.

Tabela 6 – Distância percorrida com o emparelhamento das bitucas descartadas/mês.

DF	Sudoeste	Oeste	Central	Centro-Sul	Norte	Leste	Sul
1.733Km	466 Km	284 Km	241 Km	218 Km	199 Km	167 Km	157 Km

Fonte: IBGE, CODEPLAN. VIGITEL. 2019; O Tempo, Belo Horizonte (09/03/2012)

Considerando que em média as bitucas medem 2 cm¹⁶, enfileirando-as e as multiplicando, pode se ter uma ideia da distância em quilômetros que poderiam ser percorridas, inclusive ligar pontos bem distantes como por exemplo a distância entre Brasília e Teresina (Cálculo acima realizado por km/mês).

Discussão/Conclusão

Os dados apresentados evidenciam que a pandemia do tabagismo é uma questão multifacetada, trazendo prejuízos para além dos indivíduos que fazem uso dos produtos, mas para sociedade como um todo. Apesar dos avanços obtidos na implantação da Política de Controle do Tabagismo no Brasil, muito ainda precisa ser feito, no sentido de alcançar uma sociedade livre das consequências sociais, econômicas e ambientais causadas pelo uso do tabaco.

Vale refletir que toda epidemia tem um vetor que dissemina doença e morte. **“Para a epidemia do tabagismo, o vetor não é um vírus, uma bactéria ou outro micro-organismo - ele é uma indústria e suas estratégias de negócio”¹⁷.**

Limitar a interferência da indústria do tabaco é possível. As diretrizes para implementação do Artigo 5.3 da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco da Organização Mundial de Saúde identifica limites específicos para o envolvimento da indústria na elaboração de políticas e delineiam estratégias para limitar a participação e a má conduta da indústria, incluindo monitoramento de suas ações. Há a necessidade urgente de criar mecanismos de financiamento necessários para apoio jurídico aos governos para lidar com a interferência da indústria do tabaco. Direcionar para as ações da Política Nacional de Controle do Tabagismo, recursos da arrecadação devida ao aumento dos impostos sobre o tabaco poderia ajudar a superar essa lacuna.

Recomendações

Para equipes assistenciais

É crescente o número de fumantes que querem deixar de fumar, mas não conseguem sozinhos. É preciso que os profissionais de saúde estejam prontos para atender essa demanda e dispostos a dar apoio e acompanhar os que querem deixar de fumar, incluindo o terceiro turno, o que atenderia os trabalhadores que não conseguem dispensa do trabalho para se tratarem. Tratar o fumante é uma questão de responsabilidade e de ética. A coordenação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), orienta, além da realização de atendimentos presenciais, adotar as seguintes medidas para ajudar na prevenção e tratamento do tabagismo: realizar cuidados a distância, com estímulo para uso de ferramentas tecnológicas, como os aplicativos WhatsApp, Zoom, Skype e outros para teleatendimento.

Para gestão

O tabagismo é uma pandemia global e também uma questão de saúde pública com consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas que impõe a necessidade de implementação de medidas a fim de reduzir substancialmente a prevalência do consumo e a exposição à fumaça do tabaco. Os gestores da saúde precisam inserir nas suas carteiras de serviços a abordagem e o tratamento de fumantes de maneira contínua com o mesmo grau de importância que o faz no tratamento de outras doenças crônicas como a hipertensão e diabetes. O PNCT também orienta apoiar a capacitação de novos profissionais de saúde para tratamento ao fumante, fortalecendo não apenas a Atenção Básica sobrecarregada, mas também aos centros de Atenção Psicossocial e Atenção Especializada e o desenvolvimento de diversos materiais para apoiar a população, os fumantes e as equipes de saúde, como notas técnicas, alertas, infográficos, cards e mini vídeos.

Para vigilância epidemiológica

Estratégias para vigilância e monitoramento do consumo de produtos de tabaco são ações relevantes para o controle do tabagismo, previstas pelo artigo 20 (Pesquisa, Vigilância e Intercâmbio de Informação) da Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde para o Controle do Tabaco. As ações de vigilância possibilitam respostas eficazes à política de promoção e proteção da saúde coletiva. No tocante ao controle do tabagismo, além do monitoramento dos inquéritos populacionais de prevalência, é de suma importância ações contínuas de fiscalização de ambientes livres do fumo e o monitoramento das vendas e a oferta de produtos fumígenos de forma irregular. Não obstante, existe a necessidade de criar mecanismos de registro de informações nos bancos de dados existentes.

Para a população

Todos os produtos de tabaco fazem mal à saúde. Cigarros, charutos, cachimbos, palheiros, cigarros eletrônicos, narguilé. O tabagismo é uma doença e deve ser tratada. As unidades de saúde do SUS oferecem tratamento para parar de fumar. Comprometa-se com você mesmo e busque ajuda na unidade de saúde mais próxima de sua residência ou local de trabalho.

Referências

1. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
2. **Plano Distrital de Promoção de Saúde** https://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/12/PLANO_DISTITAL_PROMOCAO_SAUDE_2020_2023_aprovado.pdf
3. **Pesquisa Vigitel 2019 mostra aumento de fumantes no Brasil.** S.D. Disponível em: <<https://sbpt.org.br/portal/vigitel-2019/>> Acesso em: 5 de nov. de 2020;
4. ADAMS, COLLISHAW, CUNNINGHAM et al. **Getting to less than 5% by 2035: THE 2019 TOBACCO ENDGAME FINAL REPORT.** Tobacco Endgame Cabinet, Canada, 2019. Available in: <<https://www.cma.ca/2019-tobacco-endgame-report>> Accessed: Nov. 9th 2020. Canadá, 2019.
5. **Dados e Números da Prevalência do Tabagismo.** Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco, Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, 9 de jun. de 2020. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numero-s-prevalencia-tabagismo>> Acesso em: 4 de nov. de 2020.
6. BRASIL, IBGE. **Estimativas da População.** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. S.D. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html#edicao=25272&t=downloads>> Acesso em: 27/10/2020.
7. **Panorama Brasília.** Brasil, 2019. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/df/brasilia/panorama>> Acesso em: 5 de nov. de 2020;
8. POPULAÇÃO. **Projeção da População do DF e por Região Administrativa.** InfoSaúde-DF, Secretaria de Saúde do DF. S.D. Disponível em: <<http://info.saude.df.gov.br/area-tecnica/populacao/>>. Acesso em: 27/10/2020.
9. Brasil. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2019:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013.** Rio de Janeiro, IBGE, 2013.
11. A tragédia do Tabagismo: causas, consequências e prevenção/Conselho Federal de Medicina, Comissão para Controle de Drogas Lícitas e ilícitas - Brasília: CFM, 2019.
12. LEITE, Cinthya. **Especialista Alerta: a cada 300 cigarros produzidos uma árvore é derrubada.** Blog Uol, Casa Saudável, 1 de jul. de 2011. Disponível em: <<https://blogs.ne10.uol.com.br/casasaudavel/2011/07/01/especialista-alerta-a-cada-300-cigarros-produzidos-uma-arvore-e-derrubada/>> Acesso em: 4 de nov. de 2020.
13. **Brasileiro Fumante consome 17 cigarros ao dia e 89% lamenta vício.** G1, Bem-Estar, São Paulo, 30 de maio de 2014. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2014/05/brasileiro-fuma-17-cigarros-por-dia-89-lamentam-ter-comecado-fumar.html>> Acesso em: 4 de nov. de 2020
14. **Brasileiros fumam, em média, 17 maços de cigarro por ano.** Revista Encontro, 13 de set. de 2018. Disponível em: <<https://www.revistaencontro.com.br/canal/atualidades/2018/09/brasileiros-fumam-em-media-17-macos-de-cigarro-por-ano.html>> Acesso em: 4 de nov. de 2020.
15. COUTO et al. **LCF1581 - 2010. Recursos Florestais em Propriedades Agrícolas. Dendrometria e Inventário.** Departamento de Ciências Florestais, USP, São Paulo, Julho de 2009.
16. SUAREZ, Joana. **Três milhões de Bitucas nas Ruas.** Disponível em: <<https://www.otempo.com.br/cidades/tres-milhoes-de-bitucas-nas-ruas-1.340839>> Acesso em:
17. **As medidas dos campos do Brasileirão com ou sem padrão FIFA.** Disponível em: <<http://blogs.diariodepernambuco.com.br/esportes/2015/05/19/as-medidas-dos-campos-do-brasileirao-com-ou-sem-padroa-fifa/>> Acesso em: 27/10/2021.
18. SILVEIRA, Ari. **Bitucas causam dano ambiental.** Gazeta do Povo, São Paulo, 12 de jan. de 2010. Disponível em: <<https://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/bitucas-causam-dano-ambiental-cf60kxun-dbcwt12z7in1wh7bi/>> Acesso em: 5 de nov. de 2020.
19. Agência de notícias do Paraná. **Cigarro Jogado nas Praias é um dos Maiores Poluidores.** Paraná, 26/02/2021. Disponível em: <<https://www.aen.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=111068>> Acesso em: 27/10/2021.
20. Busca google: **peso + rinoceronte + branco.** Disponível em: <https://www.google.com/search?q=peso+medio+do+rinoceronte+branco&sxsrf=AOaemvJIV4eMZ_H5YISeBuZWK5wQ_Ln1Q%3A1635365597814&source=hp&ei=3bJ5Ya2dL_Cz5OUPwamykA4&iflsig=ALs-wAMAAAAAYXnA7YtHtRqwoQ0XcCpUgDTHZKHldgZ4&ved=0ahUKewjt_6HMs-vzAhXwGbkGHcGUDOIQ4dUDCAc&uact=5&oq=peso+medio+do+rinoceronte+branco&gs_lcp=Cgdnd3Mtd2l6EAMyCAGhEB_YQHR AeOgQlIxAnOgQIABBDogsIABCABBCxAXCD AToICC4QgAQQsQM6BAguECC6CAGAEIAEELEDOg4lLhCABBcXAxDHARDRAzoLCC4QgAQQxwEQrwe6CAGAELEDEIMBOgUIABCABDoHCAAQsQMQQzoKCAAQgAQQRhD7AToHCAAQgAQQCjGCAAQFh>

[AeOggIABAWEAoQHIC4BVj5NGCBN2gAcAB4AIAB7QKIAdEwkgEIMC4xOS45LjOYAQCgAQE&scient=gws-wiz](https://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/bitucas-causam-dano-ambiental-cf6okxun)> Acesso em: 27/10/2021.

21. SILVEIRA, Ari. **Bitucas causam dano ambiental**. Gazeta do Povo, São Paulo, 12 de jan. de 2010. Disponível em: <<https://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/bitucas-causam-dano-ambiental-cf6okxun>

dbcwt12z7in1wh7bi/> Acesso em: 27 de out. de 2021.

22. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Tobacco Free Initiative** (TFI): United Nations Ad Hoc Interagency Task Force on Tobacco Control. Geneva, 1999. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/global_interaction/un_taskforce/en/>.

Gerência de Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção à Saúde - GVDANTPS

Márcia Vieira - Gerente

Elaboração:

Área Técnica de Controle do Tabagismo

Área Técnica de Controle do Tabagismo

Saulo Viana de Oliveira – Assistente Social

Maria Suélita de Lima – Assistente Social

Samantha Andrea Peres Valbuena - Médica

Nancilene Gomes Melo e Silva - Médica

E-mail: saudetabagismo@gmail.com

Perfil epidemiológico do consumo de álcool por adolescentes no Distrito Federal

Área Técnica de Promoção da Saúde, Gerência de Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção à Saúde - GVDANTPS

Apresentação

Este Boletim Epidemiológico tem como objetivo analisar o uso de álcool por adolescentes no Brasil e no DF que é considerado como um importante fator de risco para doenças e agravos não transmissíveis, através da análise epidemiológica da série histórica da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), inquérito populacional realizado pelo MS e IBGE com apoio do MEC, nos anos de 2009, 2012, 2015 e 2019.

Para identificar e mensurar os fatores de risco e de proteção à saúde dos adolescentes no Brasil foram realizados estudos com escolares do 9º ano do Ensino Fundamental (E. F.) (antiga 8ª série) de escolas públicas e privadas, com faixas etárias compreendidas entre 13 a 15 anos de idade, ampliando-se o escopo da amostragem escolar com inclusão do ensino médio - 13 a 17 anos de idade – nos últimos inquéritos da PeNSE (2015 e 2019).

Esta análise histórica que compreende o período de 10 anos aponta alguns indicadores relacionados com a experimentação, prevalência e outras variáveis relacionadas ao uso do álcool pelos adolescentes, no DF, permitindo a identificação do perfil dos escolares e favorecendo a elaboração de políticas públicas protetivas.

Justifica-se este estudo o fato de que o álcool é uma droga lícita, com o seu consumo iniciando em idade precoce para os escolares do Brasil e do DF tornando-se fator de risco predisponente de problemas

de saúde física e mental e acarretando danos sensíveis ao indivíduo, familiares e sociedade.

Contextualização

O consumo de álcool na adolescência se reflete na neuroquímica e estabelecimento de conexões cerebrais que ainda estão em desenvolvimento. Tal efeito se relaciona com déficits na memória e dificuldades de aprendizado (PECHANESKY, et al, 2004). Além disso, é uma fase importante quanto à experimentação precoce de drogas lícitas e ilícitas, à possibilidade de que esta possa levar ao uso abusivo de álcool, à dependência química e/ou que se prolongam por toda a vida adulta e ao desenvolvimento de DCNT, que atualmente são responsáveis por aproximadamente 42% das mortes prematuras no país, de acordo com o Plano de Enfrentamento para as Doenças e Agravos Não Transmissíveis (BRASIL, 2012).

O Comitê Central de Promoção da Saúde do DF identifica a transversalidade do eixo do álcool através da sua inserção no Plano Distrital de Promoção da Saúde (PDPS: 2020-2023), Plano de Enfrentamento de Doenças e Agravos não Transmissíveis (PDANT) e por meio da Política Nacional de Promoção da Saúde, através de ações relacionadas à redução de consumo pactuadas na Secretaria de Saúde do DF nas áreas de Assistência (SAIS) e Vigilância (SVS).

Caracterização Da Amostra

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar foi realizada em 2009, 2012, 2015 e 2019, compreendendo inicialmente os escolares que frequentavam o 9º ano do ensino fundamental das escolas públicas e privadas do DF e Brasil (2009 e 2012) e posteriormente escolares até o 3º ano de ensino médio (2015 e 2019).

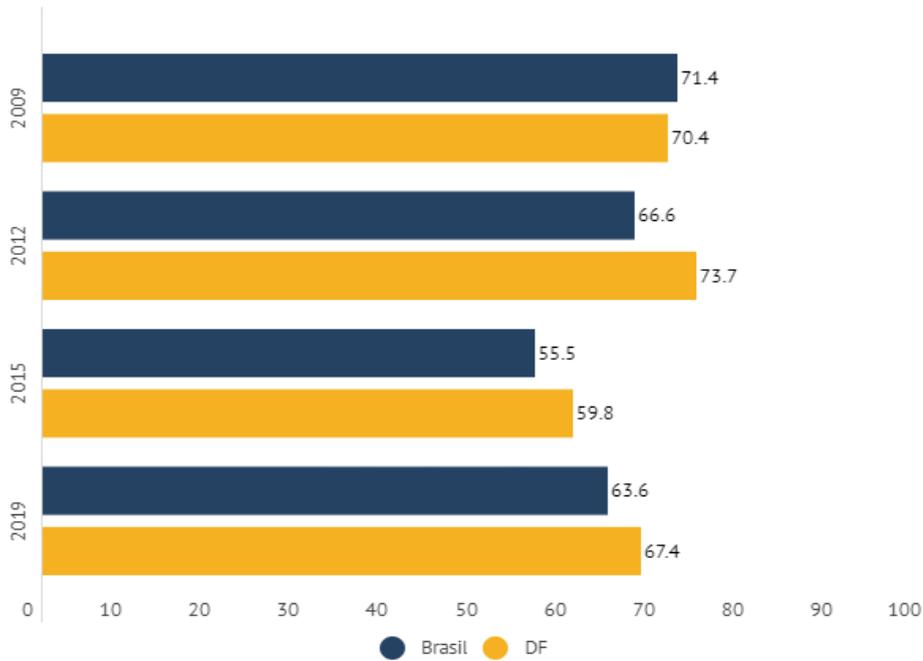
Neste boletim, foram analisados os seguintes indicadores: 1) Percentual de escolares que experimentaram bebida alcoólica alguma vez na vida; 2) Percentual (%) de escolares que consumiu bebida alcoólica pelo menos um dia, nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa; 3) Percentual (%) de escolares frequentando o 9º ano que, nos últimos 30 dias, usaram veículo motorizado por alguém que havia consumido alguma bebida alcoólica; 4) Percentual (%) de escolares que já sofreram algum episódio de embriaguez na vida; 5) Percentual (%) de escolares frequentando o 9º ano cuja família se importaria muito caso o estudante chegasse bêbado em casa 6) Percentual (%) de escolares que tiveram problemas com a família/amigos, perderam aulas/brigaram, uma ou mais vezes, porque tinham bebido; 7) Percentual (%) de

escolares dentre os que experimentaram bebida alcoólica alguma vez, por modo como conseguiu a bebida nos 30 dias anteriores à pesquisa; 8) Percentual (%) de escolares cujos amigos consomem bebida alcoólica. No ano de 2019, foram incluídos os seguintes indicadores, também analisados nesse boletim: 9) Percentual (%) de escolares de 13 a 17 anos que consumiram bebidas alcoólicas pelo menos um dia nos 30 dias anteriores à pesquisa, por quantidades de copos ou doses consumidas; 10) Percentual (%) de escolares de 13 a 17 anos que consumiram 4 doses ou mais de bebida alcoólica em um dia, dentre aqueles que beberam bebidas alcoólicas pelo menos um dia nos 30 dias anteriores à pesquisa; 11) Percentual (%) de escolares de 13 a 17 anos que consumiram 5 doses ou mais de bebida alcoólica em um dia, dentre aqueles que beberam bebidas alcoólicas pelo menos um dia nos 30 dias anteriores à pesquisa; 12) Percentual (%) de escolares cujos pais ou responsáveis consomem bebida alcoólica. Para todos os indicadores foram considerados ambos os sexos e os dados de escolas públicas e privadas.

Perfil Epidemiológico do Consumo de Álcool por Adolescentes

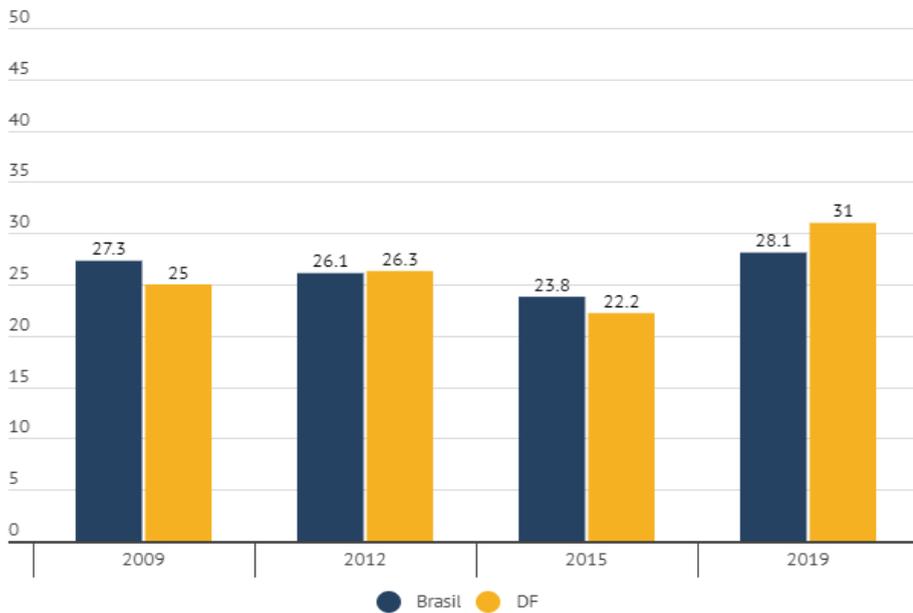
O resultado sobre a análise de experimentação de álcool por parte dos escolares frequentando o 9º ano do Ensino Fundamental em escolas (públicas e privadas) com faixas de idade entre 13 e 15 anos apresentaram um percentual de mais de 50% tanto no Brasil (71,4/66,6/55,5%) como no DF (70,4/73,7/59,8%) (Gráfico 1). No ano de 2019, considerando a faixa etária de 13 a 17 anos, os valores de escolares que já fizeram experimentação de álcool aumentou em relação ao ano anterior, apresentando um percentual de 63,6% no Brasil e 67,4% no DF.

A partir dos dados apresentados no gráfico 2, é possível inferir que há uma prevalência de consumo de álcool pelos escolares do 9º Ano do E.F, em torno de 20 a 30%, tanto no DF quanto no Brasil. Considerando os escolares a partir do 7º ano do E. F. até a 3ª série do Ensino médio, a prevalência ficou dentro da mesma faixa, mas apresentou os maiores valores em 2019. (28,1% no Brasil e 31% no DF).



Fonte: PENSE - Pesquisa Nacional de saúde do escolar, IBGE (2009; 2012; 2015; 2019).

Gráfico 1 – Percentual (%) de escolares que experimentaram bebida alcoólica alguma vez na vida, Brasil e Distrito Federal, segundo o ano*.

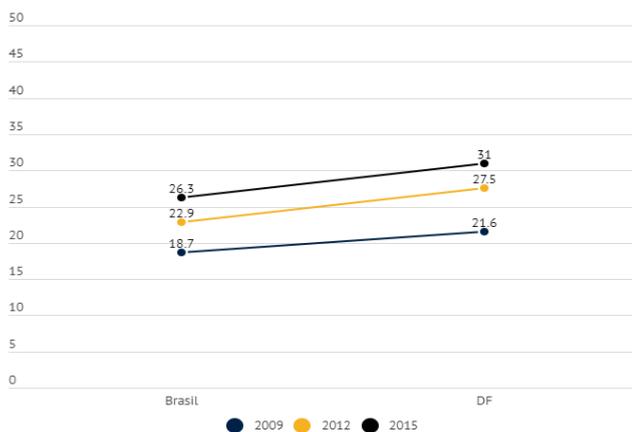


Fonte: PENSE - Pesquisa Nacional de saúde do escolar, IBGE (2009; 2012; 2015; 2019).

Gráfico 2 – Percentual (%) de escolares que consumiu bebida alcoólica pelo menos um dia, nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa, Brasil e Distrito Federal, segundo o ano**.

Os escolares frequentando o 9º ano do E. F. apresentaram uma probabilidade de se envolverem em acidentes terrestres, tendo em vista que de 20 a 31% relataram já ter

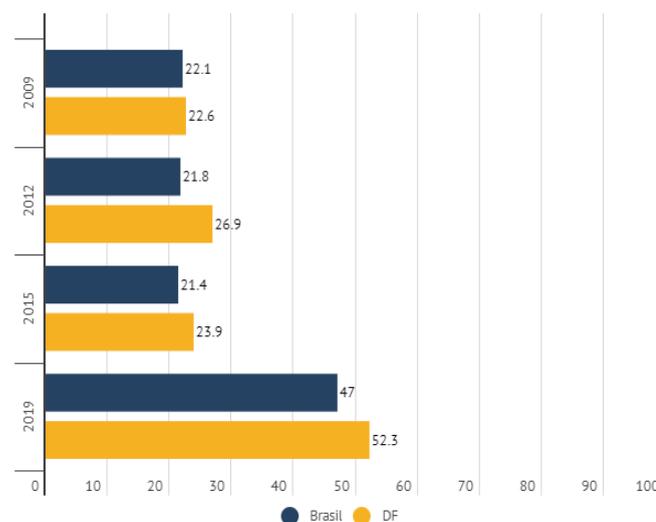
sido conduzidos por alguém que consumiu bebida alcoólica (Gráfico 3).



Fonte: PENSE - Pesquisa Nacional de saúde do escolar, IBGE (2009; 2012; 2015).

Gráfico 3 – Percentual (%) de escolares frequentando o 9º ano que, nos últimos 30 dias, usaram veículo motorizado por alguém que havia consumido alguma bebida alcoólica, Brasil e Distrito Federal, segundo o ano.

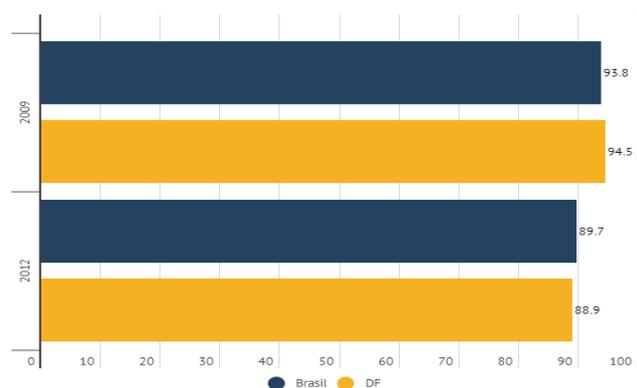
O gráfico 4 aponta para o fato de que a ocorrência de pelo menos um episódio de embriaguez em escolares do 9º ano apresentou aumentos com variações crescentes tanto no DF quanto no Brasil (20 a 30%). Quando a amostra inclui uma faixa etária maior, como no ano mais recente da pesquisa, os valores se aproximam de 50% no Brasil (47%) e ultrapassam essa margem no DF (52,3%).



Fonte: PENSE - Pesquisa Nacional de saúde do escolar, IBGE (2009; 2012; 2015; 2019).

Gráfico 4 – Percentual (%) de escolares que já sofreram algum episódio de embriaguez na vida, Brasil e Distrito Federal, segundo o ano**.

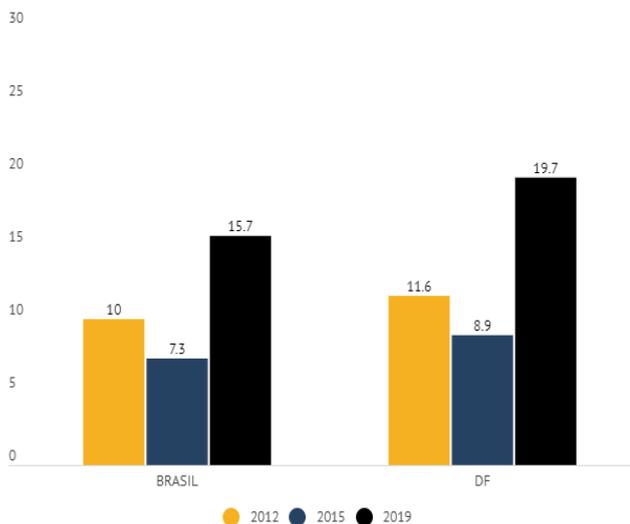
Os percentuais apresentados no gráfico 5 figuram entre 89 a 94%, tanto para o DF quanto para o Brasil, demonstrando que a família tem preocupação em relação ao consumo alcoólico pelo escolar de 9º ano.



Fonte: PENSE - Pesquisa Nacional de saúde do escolar, IBGE (2009; 2012).

Gráfico 5 – Percentual (%) de escolares frequentando o 9º ano cuja família se importaria muito caso o estudante chegasse bêbado em casa, Brasil e Distrito Federal, 2009 e 2012.

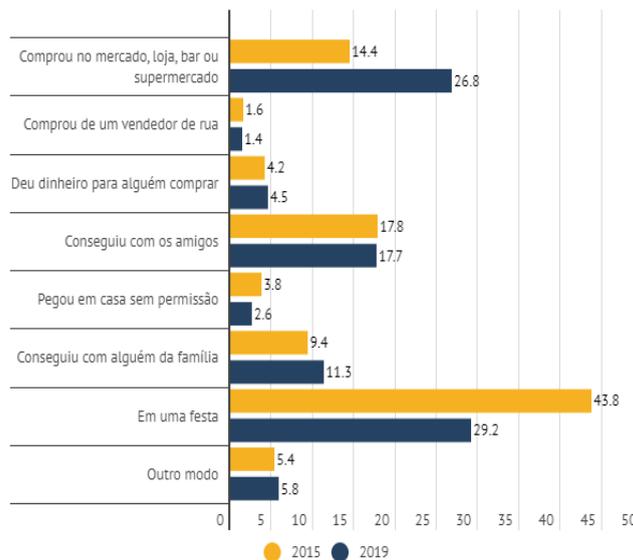
Os percentuais relacionados com brigas, perda de aula, problemas com a família e os amigos decorrentes de ingestão de bebida, presentes no gráfico 6, demonstram que tais situações acometeram cerca de 10% dos escolares do 9º ano do E.F., de escolas públicas e particulares, no DF e Brasil, nos três anos iniciais da PeNSE. Na amostra de 2019, o percentual de escolares que sofreram tais situações chegou a quase 20% no DF e aproximadamente 16% no Brasil.



Fonte: PENSE - Pesquisa Nacional de saúde do escolar, IBGE (2012; 2015; 2019).

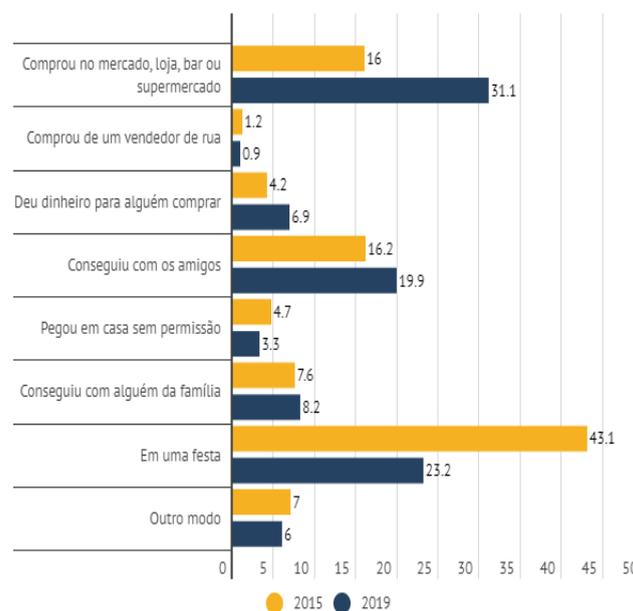
Gráfico 6 – Percentual (%) de escolares que tiveram problemas com a família/amigos, perderam aulas/brigaram, uma ou mais vezes, porque tinham bebido, Brasil e Distrito Federal (2012, 2015 e 2019)***.

Através do levantamento do modo pelo qual o adolescente adquire o álcool, apresentado nos gráficos 7 e 8, em 2015 identificamos a maior prevalência quanto ao uso em festa, em torno de 43%, seguido pela aquisição através de amigos (17,8% no Brasil, 16,2% no DF) e pela compra de produtos no mercado, lojas, bar ou supermercado (14,4% no Brasil, 16% no DF). Em 2019, o meio que figurava em terceiro lugar no ano anterior passou a ser o principal modo de obtenção de bebida alcoólica pelos escolares no DF (31,1%), enquanto no Brasil, o acesso em festas continuou sendo o principal meio (29,2%). Conseguir álcool com os amigos continuou entre os três mais prevalentes modos de obtenção, tanto no Brasil (17,7%) quanto no Distrito Federal (19,9%).



Fonte: PENSE - Pesquisa Nacional de saúde do escolar, IBGE (2015; 2019).

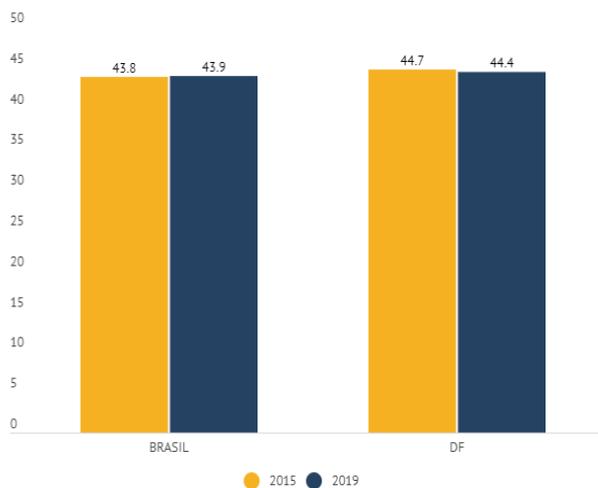
Gráfico 7 – Percentual (%) de escolares dentre os que experimentaram bebida alcoólica alguma vez, por modo como conseguiu a bebida nos 30 dias anteriores à pesquisa, Brasil, segundo o ano*.



Fonte: PENSE - Pesquisa Nacional de saúde do escolar, IBGE (2015; 2019)

Gráfico 8 – Percentual (%) de escolares dentre os que experimentaram bebida alcoólica alguma vez, por modo como

conseguiu a bebida nos 30 dias anteriores à pesquisa, Distrito Federal, segundo o ano*.

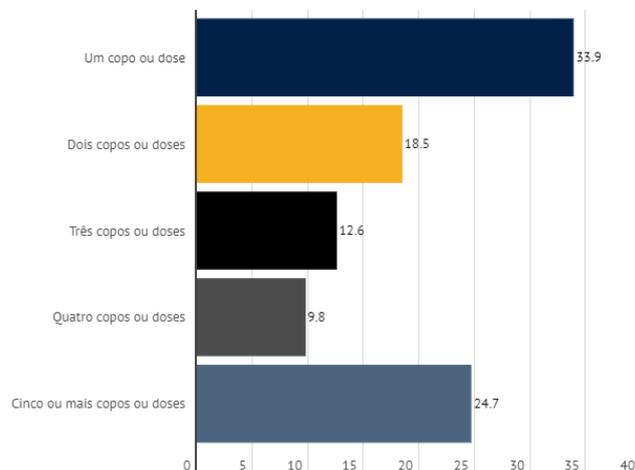


Fonte: PENSE - Pesquisa Nacional de saúde do escolar, IBGE (2015;2019).

Gráfico 9 – Percentual (%) de escolares cujos amigos consomem bebida alcoólica, Brasil e Distrito Federal, segundo o ano*.

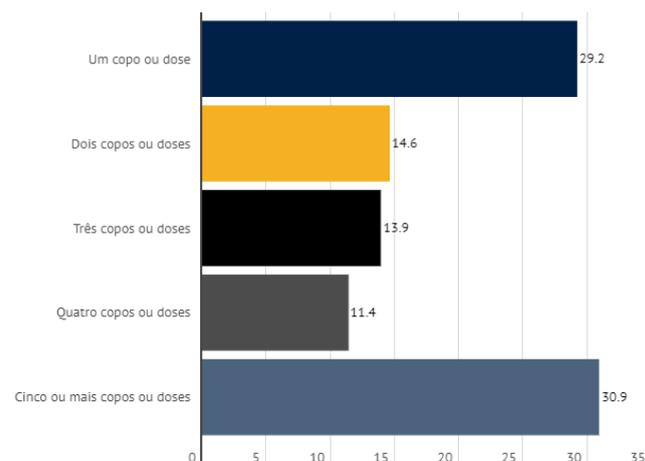
No Brasil e no DF, mais de 40% dos escolares do 9º ano do E.F. e aqueles entre 13 e 17 anos tem amigos que consomem bebida alcoólica (gráfico 9), fator que, dada as características de grupo dessa idade, pode ter influência direta no elevado percentual de adolescentes que já experimentaram bebida alcoólica.

Entre os escolares que participaram da pesquisa em 2019 e que afirmaram ter consumido bebida alcoólica pelo menos um dia nos 30 dias anteriores à pesquisa, 33,9% consumiram apenas um copo ou dose em um mesmo dia no Brasil, enquanto um percentual bem próximo de escolares do DF (30,9%) referiu ter consumido cinco ou mais copos ou doses na mesma ocasião (gráficos 10 e 11).



Fonte: PENSE - Pesquisa Nacional de saúde do escolar, IBGE (2019).

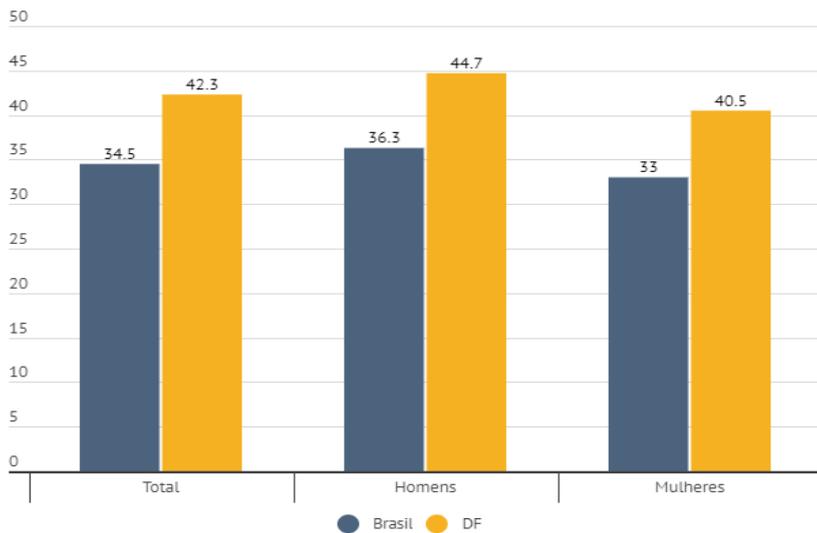
Gráfico 10 – Percentual (%) de escolares de 13 a 17 anos que consumiram bebidas alcoólicas pelo menos um dia nos 30 dias anteriores à pesquisa, por quantidades de copos ou doses consumidas, Brasil, 2019.



Fonte: PENSE - Pesquisa Nacional de saúde do escolar, IBGE (2019).

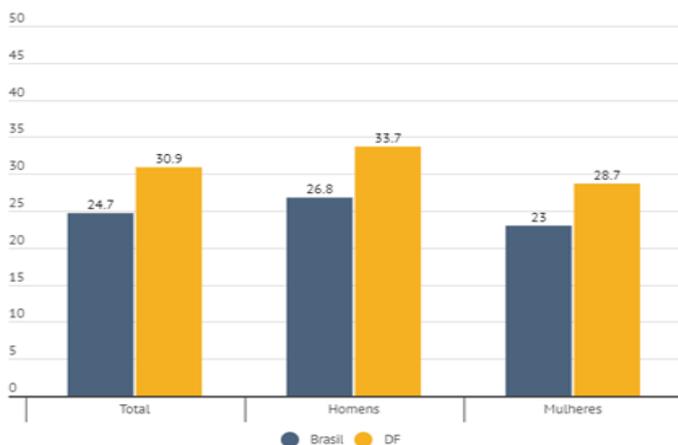
Gráfico 11 – Percentual (%) de escolares de 13 a 17 anos que consumiram bebidas alcoólicas pelo menos um dia nos 30 dias anteriores à pesquisa, por quantidades de copos ou doses consumidas, Distrito Federal, 2019.

O consumo de 4 ou 5 doses ou mais entre os escolares de 13 a 17 anos do DF se mostrou maior que a média nacional, como é possível observar nos gráficos 12 e 13.



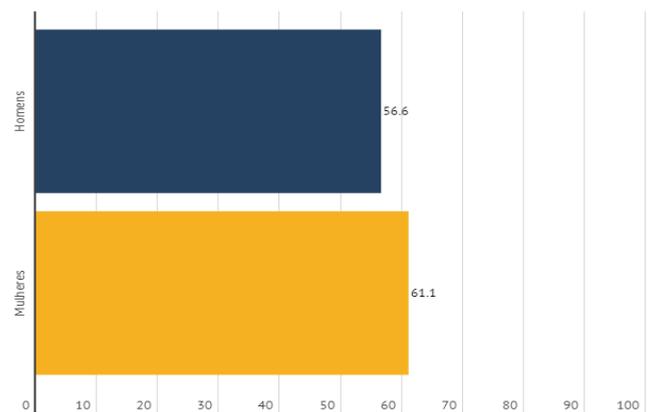
Fonte: PENSE - Pesquisa Nacional de saúde do escolar, IBGE (2019).

Gráfico 12 – Percentual (%) de escolares de 13 a 17 anos que consumiram 4 doses ou mais de bebida alcoólica em um dia, dentre aqueles que beberam bebidas alcoólicas pelo menos um dia nos 30 dias anteriores à pesquisa, Brasil e Distrito Federal, 2019.



Fonte: PENSE - Pesquisa Nacional de saúde do escolar, IBGE (2019).

Gráfico 13 – Percentual (%) de escolares de 13 a 17 anos que consumiram 5 doses ou mais de bebida alcoólica em um dia, dentre aqueles que beberam bebidas alcoólicas pelo menos um dia nos 30 dias anteriores à pesquisa, Brasil e Distrito Federal, 2019.



Fonte: PENSE - Pesquisa Nacional de saúde do escolar, IBGE (2019)

Gráfico 14 – Percentual (%) de escolares cujos pais ou responsáveis consomem bebida alcoólica, Brasil, 2019.

O consumo de álcool pelos pais ou responsáveis, investigado na última edição da PeNSE mostra que esse indicador é maior entre as mulheres (61% no Brasil e 63% no DF) do que entre os homens (56% no Brasil e 61% no DF), como mostrado nos gráficos 14 e 15.

Conclusão

O consumo de bebida alcoólica é um dos principais fatores de risco para a saúde no mundo e está envolvido em mais de 60 diferentes causas de problemas de saúde no Brasil (PeNSE, 2012). A experimentação de álcool no Brasil e nos estados em torno de 70% e a prevalência no consumo de álcool dos adolescentes no DF com dados em torno de 20% são preocupantes em virtude de se tratar de uma população jovem (entre 13 e 15 anos de idade) com acesso livre para aquisição de bebidas (amigos e festa), apresentando um maior uso à medida que a amplitude da idade aumenta (13 a 17 anos) fundamentado no fato que o álcool pode alterar o desenvolvimento do cérebro nos adolescentes, influenciando as questões cognitivas, emocionais e sociais (PATTON et al., 2014) e facilitar a socialização, à gratificação imediata e relaxamento (BABOR et al., 2010).

O consumo do álcool é incentivado na maioria das culturas, devido as celebrações, socialização, cerimônias religiosas e outras práticas de evento social. O uso de álcool pelos pares familiares pode ser um fator de identificação para o jovem na experimentação e no seu uso contínuo, ressaltando o papel da família e da escola no contexto de prevenção.

Recomendações

A partir dos resultados encontrados neste Boletim a GVDANTPS recomenda as seguintes ações de saúde pública para o enfrentamento do uso do álcool nesta população:

Para a gestão

Apresentação dos dados de uso, abuso, prevalência e carga global das doenças provocadas pelo álcool nas AGRs e AGI das regiões de saúde do DF. Desenvolvimento de políticas públicas e advocacy para redução das propagandas na mídia sobre álcool.

Para vigilância epidemiológica

Elaboração de boletins e informes epidemiológicos sobre o uso de álcool no DF e suas intercorrências com violência e acidentes (DANT).

*Nos anos de 2009 a 2015 foram considerados os escolares frequentando o 9º ano com uma faixa etária entre 13 a 15 anos de idade. Já em 2019, a amostra considera escolares do 7º ano até a 3ª série do Ensino médio com faixa etária de 13 a 17 anos.

**Nos anos de 2009 a 2015 foram considerados os escolares frequentando o 9º ano. Já em 2019, a amostra considera escolares de 13 a 17 anos.

*** No ano de 2012 a pesquisa priorizou o escolar que frequentava o 9º ano do E.F.; de 2015 a 2019 foram considerados os escolares frequentando o

Para as equipes assistenciais

Mudança de paradigma na saúde: o alcoolismo é uma doença psicossocial e deve ser abordado em todos os âmbitos das redes de atenção do DF.

Para a educação permanente

Capacitação para as equipes da ESF na abordagem, captação e encaminhamento dos usuários de álcool nas regiões de saúde do DF.

Para a população

Intensificar a educação em saúde nas escolas, ressaltando o papel da família como principal fator de proteção e prevenção ao uso de álcool pelo escolar.

9º ano. Já em 2015 e 2019, a amostra considera escolares de 13 a 17 anos.

Referências

1. Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al. Alcohol: no ordinary commodity – research and public policy. Oxford: Oxford University Press; 2010.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 118 p. : il.
3. Pesquisa Nacional de Saúde Escolar: 2009/IBGE, Coordenação de Indicadores Sociais-RJ/IBGE, 2009
4. Pesquisa Nacional de Saúde Escolar: 2012/IBGE, Coordenação de Indicadores Sociais-RJ/IBGE, 2012
5. Pesquisa Nacional de Saúde Escolar: 2015/IBGE, Coordenação de Indicadores Sociais-RJ/IBGE, 2015
6. Pesquisa Nacional de Saúde Escolar: 2019/IBGE, Coordenação de Indicadores Sociais-RJ/IBGE, 2019
7. Patton R, Deluca P, Kaner E, et al. (2014) Alcohol screening and brief intervention for adolescents: the how, what, and where of reducing alcohol consumption and related harm among young people. *Alcohol Alcohol* 49:207–12. doi: 10.1093/alcalc/agt165
8. Pechansky, F., Szobot, C. M., & Scivoletto, S. (2004). *Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos*. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(suppl 1), 14–17. doi: 10.1590/s1516-44462004000500005
9. Reisdorfer, E., Büchele, F., Pires, R. O. M., & Boing, A. F. (2012). Prevalence and associated factors with alcohol use disorders among adults: a population-based study in southern Brazil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15(3), 582–594. doi: 10.1590/s1415-790x2012000300012.

Gerência de Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção à Saúde - GVDANTPS
Márcia Vieira - Gerente

Elaboração:

Área Técnica de Promoção da Saúde

Área Técnica de Promoção da Saúde

Kelva Karina Nogueira C. de Aquino – GVDANTPS/DIVEP/SVS/SES

E-mail: promocaodasaude.vedf@gmail.com

Consumo de Álcool em Adultos Residentes no Distrito Federal, 2006 a 2019

Área Técnica de Promoção da Saúde, Gerência de Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção à Saúde - GVDANTPS

Introdução

O álcool é uma substância psicoativa, que atua no sistema nervoso central e provoca mudanças de comportamento. É uma substância e um hábito lícito, com ampla aceitação social para seu consumo (REISDORFER et al., 2012; SOLBERG et al., 2008). O álcool é um importante problema de saúde pública, pois seu uso excessivo é um fator de risco associado as doenças e agravos não transmissíveis (DANT), que englobam as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), acidentes e violência, e que são as principais causas de morbimortalidade no Distrito Federal - DF, no Brasil e em populações de diferentes países (WHO, 2014; LAVRADOR, et al., 2011; DF, 2020).

O perfil do consumo de álcool e suas respectivas complicações estão relacionadas ao volume ingerido e à frequência de uso. A dependência ou alcoolismo crônico caracteriza-se por estado de consumo regular que conduz a transtornos fisiológicos e comportamentais, dificuldade de controle, uso em diversos horários do dia e priorização do uso em detrimento de atividades (CASTELLS, et al., 2005).

Este informativo apresenta análise descritiva dos dados de consumo de álcool em adultos (18 anos e mais) residentes no Distrito Federal - DF, no período de 2013 a 2020. Foram utilizados dados dos seguintes estudos epidemiológicos: Pesquisa Nacional de Saúde (PNS 2013 e 2019) e Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (Viva Inquérito 2017). Utilizou-se ainda, dados

provenientes do e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS 2019 e 2020).

Objetivos

1. Identificar o perfil de consumo de álcool nos indivíduos de faixa etária de 18 anos e mais residentes no DF no período de 2013 a 2020;
2. Recomendar e propor ações de saúde para o enfrentamento do uso de álcool.

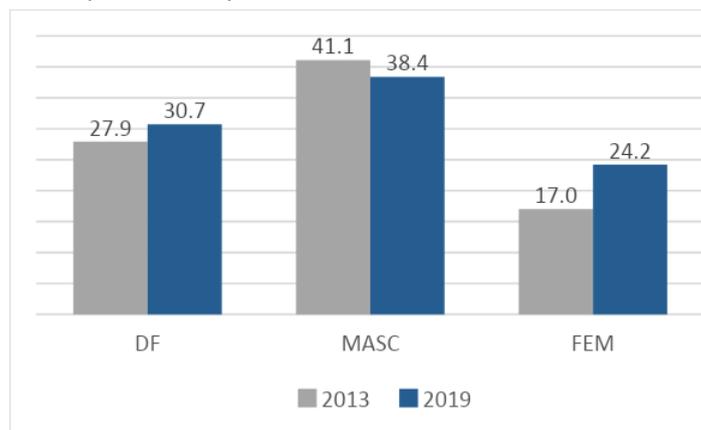
Resultados

Consumo habitual de álcool em adultos no DF

Para análise do consumo habitual e abusivo de álcool em adultos residentes do DF foram utilizados dados da Pesquisa Nacional de Saúde – PNS ocorridos nos períodos de 2013 e 2019. A proporção do uso de bebida alcoólica consumida uma vez ou mais por mês em adultos no DF foi de 27,9% em 2013 e 30,7% em 2019 resultando em um aumento de 2,8%. Com relação ao sexo verifica-se que o consumo foi maior no sexo masculino, porém, houve redução da proporção de 41,1% em 2013 para 38,4% em 2019 (- 2,7%) e aumento para o sexo feminino de 17,0% em 2013 para 24,2% (7,2%) em 2019 (Gráfico 1).

Avaliando a distribuição do consumo de bebida alcoólica por grupo de idade verifica-se que a maior proporção esteve na faixa etária de 25 a 39 anos (32,4% em 2013 e 37,9% em 2019) seguido do grupo de 40 a 59 anos (30,7% nos dois anos de estudo). Também foi observado aumento da proporção ao longo dos anos em todas as

faixas etárias exceto no grupo de 40 a 59 anos (Gráfico 2).

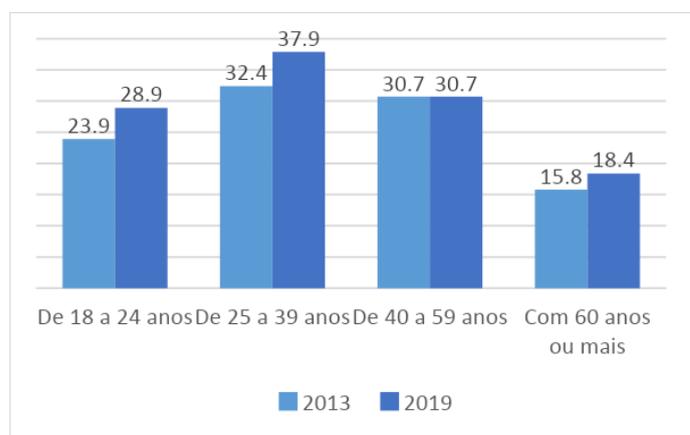


Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019.

Gráfico 1 – Proporção (%) de pessoas de 18 anos ou mais de idade que costumam consumir bebida alcoólica uma vez ou mais por mês, por sexo, Distrito Federal, 2013 e 2019.

* Intervalo de confiança de 95%

** Uma dose de bebida alcoólica equivale à uma lata de cerveja, uma taça de vinho, uma dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida destilada.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019.

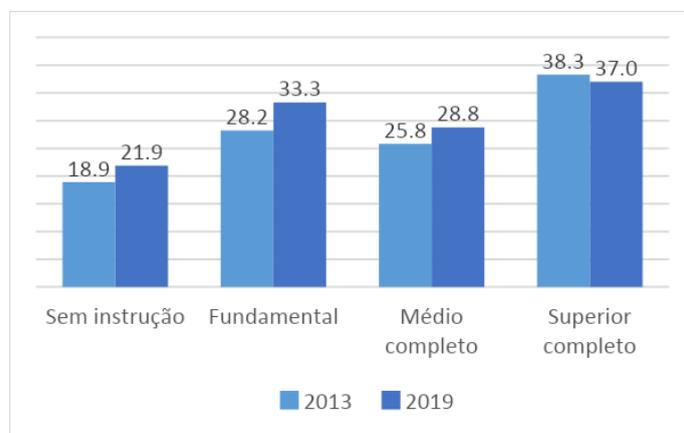
Gráfico 2 – Proporção (%) de pessoas de 18 anos ou mais de idade que costumam consumir bebida alcoólica uma vez ou mais por mês, por grupo de idade, Distrito Federal, 2013 e 2019.

* Intervalo de confiança de 95%

** Uma dose de bebida alcoólica equivale à uma lata de cerveja, uma taça de vinho, uma dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida destilada.

A proporção do uso de bebida alcoólica por nível de instrução no DF foi maior no grupo de nível "Superior completo" com valor de 38,3% em 2013 e 37,0% em 2019 (redução de -1,3%), seguido do grupo com nível de instrução "Fundamental" (28,2% em 2013 e 33,3% em 2019) o que revela aumento de 5,1%. A menor proporção esteve no grupo "Sem instrução" com o valor de 18,9% em 2013 e 21,9% em 2019 (porém com aumento de 3,0%) – Gráfico 3.

Verificando a distribuição do consumo de bebida alcoólica no DF por grupo raça ou cor observa-se que a maior proporção esteve na denominação "Preta" em 2019 (39,9%) como também foi o grupo que teve um maior aumento de consumo entre 2013 e 2019 (16,5%). Em seguida a maior proporção foi do grupo "Branca" com 30% em 2013 e 31,9% em 2019 (aumento de 1,9%) seguido do grupo "Parda" não apresentando alteração na proporção entre os anos analisados (27,2% em 2013 e 27,7% em 2019) – Gráfico 4.

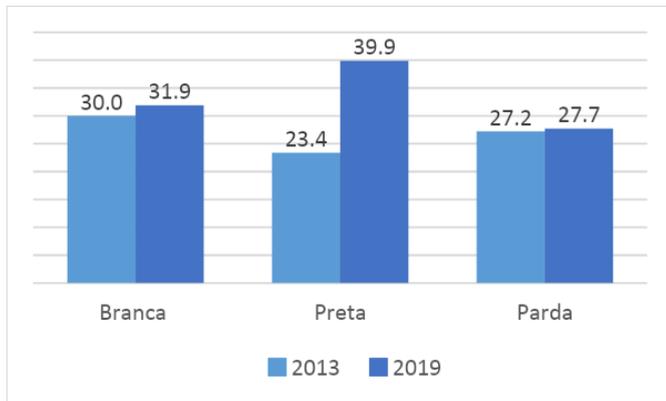


Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019.

Gráfico 3 – Proporção (%) de pessoas de 18 anos ou mais de idade que costumam consumir bebida alcoólica uma vez ou mais por mês, por nível de instrução, Distrito Federal, 2013 e 2019.

* Intervalo de confiança de 95%

** Uma dose de bebida alcoólica equivale à uma lata de cerveja, uma taça de vinho, uma dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida destilada.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019.

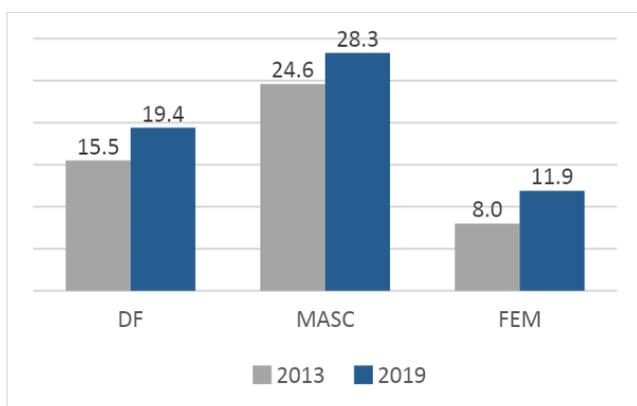
Gráfico 4 – Proporção (%) de pessoas de 18 anos ou mais de idade que costumam consumir bebida alcoólica uma vez ou mais por mês, por cor ou raça, Distrito Federal, 2013 e 2019.

* Intervalo de confiança de 95%

**Uma dose de bebida alcoólica equivale à uma lata de cerveja, uma taça de vinho, uma dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida destilada.

Consumo abusivo de álcool em adultos no DF

A proporção do consumo abusivo de álcool no DF foi de 15,5% em 2013 e 19,4% em 2019 (ou seja, um em cada 05 adultos) com aumento de 3,9%. Sendo que o consumo foi cerca de 03 vezes maior no sexo masculino (24,6% em 2013 e 28,3% em 2019) do que no sexo feminino (8,0% em 2013 e 11,9% em 2019). Houve aumento do consumo entre os anos estudados em ambos os sexos (3,7% no masculino e 3,9% no feminino) – Gráfico 5.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019.

Gráfico 5 – Proporção (%) de pessoas de 18 anos ou mais de idade com consumo abusivo de álcool nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa, por sexo, Distrito Federal, 2013 e 2019.

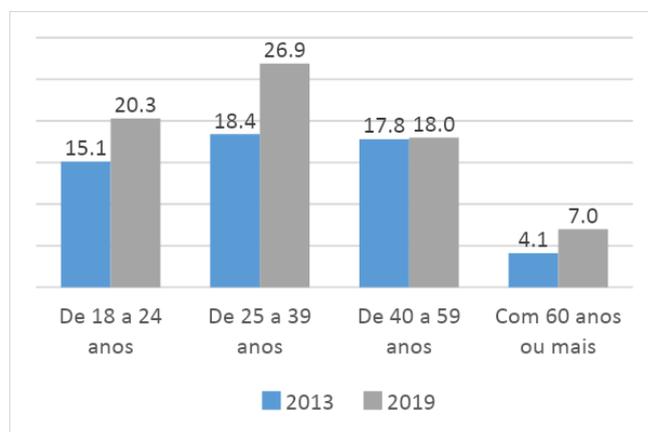
* Intervalo de confiança de 95%

** Consumo abusivo em 2013: ingestão de quatro ou mais doses para o sexo feminino e cinco ou mais doses para o sexo masculino, em uma única ocasião, nos últimos 30 dias.

*** Consumo abusivo em 2019: ingestão de cinco ou mais doses, em uma única ocasião, nos últimos 30 dias para ambos os sexos.

**** Uma dose de bebida alcoólica equivale à uma lata de cerveja, uma taça de vinho, uma dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida destilada.

O grupo etário que apresentou o maior consumo abusivo de álcool no DF foi de 25 a 39 anos (18,4% em 2013 e 26,9% em 2019) apresentando o maior aumento entre os anos (8,5%) quando comparado com os demais grupos etários. A menor proporção de consumo abusivo esteve no grupo com 60 anos ou mais (4,1% em 2013 e 7,0%), porém com aumento no consumo de 2,9% – Gráfico 6.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019.

Gráfico 6 – Proporção (%) de pessoas de 18 anos ou mais de idade com consumo abusivo de álcool nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa, por grupo de idade, Distrito Federal, 2013 e 2019.

* Intervalo de confiança de 95%

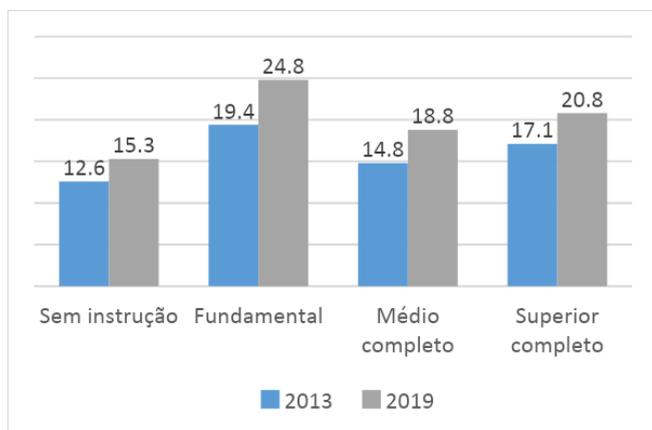
** Consumo abusivo em 2013: ingestão de quatro ou mais doses para o sexo feminino e cinco ou mais doses para o sexo masculino, em uma única ocasião, nos últimos 30 dias.

*** Consumo abusivo em 2019: ingestão de cinco ou mais doses, em uma única ocasião, nos últimos 30 dias para ambos os sexos.

**** Uma dose de bebida alcoólica equivale à uma lata de cerveja, uma taça de vinho, uma dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida destilada.

Em todos os níveis de instrução houve aumento do consumo abusivo entre os anos estudados sendo que a proporção foi maior no grupo de nível "Fundamental" (19,4% em 2013 e 24,8% em 2019 com aumento de 5,4%), seguido do grupo com nível "Superior completo" (17,1% em 2013 e 20,8% em 2019) o que revela aumento de 3,7%. A menor proporção esteve no grupo "Sem instrução" com o valor de 12,6% em 2013 e 15,3% em 2019 (aumento de 2,7%) sendo também o grupo teve o menor consumo habitual e abusivo no DF – Gráficos 3 e 7.

A distribuição do consumo abusivo de álcool no DF por grupo raça ou cor demonstra que a maior proporção esteve na denominação "Preta" em 2019 (28,7%) como também foi o grupo que teve um maior aumento de consumo entre 2013 e 2019 (13,4%) sendo este comportamento semelhante ao consumo habitual. No grupo raça ou cor "Branca" a proporção foi de 14,5% em 2013 e 18,8% em 2019 (aumento de 4,3%) e raça ou cor "Parda" foi o grupo que apresentou o menor aumento de consumo entre os anos analisados (16,8% em 2013 e 17,9% em 2019, ou seja 1,1%) – Gráficos 4 e 8.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019.

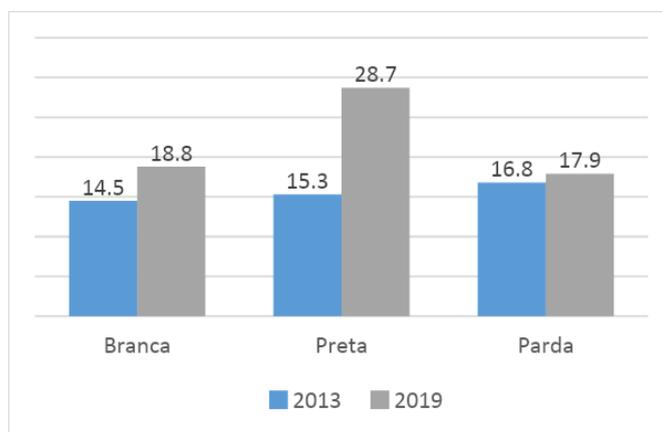
Gráfico 7 – Proporção (%) de pessoas de 18 anos ou mais de idade com consumo abusivo de álcool nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa, por nível de instrução, Distrito Federal, 2013 e 2019.

* Intervalo de confiança de 95%

** Consumo abusivo em 2013: ingestão de quatro ou mais doses para o sexo feminino e cinco ou mais doses para o sexo masculino, em uma única ocasião, nos últimos 30 dias.

*** Consumo abusivo em 2019: ingestão de cinco ou mais doses, em uma única ocasião, nos últimos 30 dias para ambos os sexos.

**** Uma dose de bebida alcoólica equivale à uma lata de cerveja, uma taça de vinho, uma dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida destilada.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019.

Gráfico 8 – Proporção (%) de pessoas de 18 anos ou mais de idade com consumo abusivo de álcool nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa, por raça ou cor, Distrito Federal, 2013 e 2019.

* Intervalo de confiança de 95%

** Consumo abusivo em 2013: ingestão de quatro ou mais doses para o sexo feminino e cinco ou mais doses para o sexo masculino, em uma única ocasião, nos últimos 30 dias.

*** Consumo abusivo em 2019: ingestão de cinco ou mais doses, em uma única ocasião, nos últimos 30 dias para ambos os sexos.

**** Uma dose de bebida alcoólica equivale à uma lata de cerveja, uma taça de vinho, uma dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida destilada.

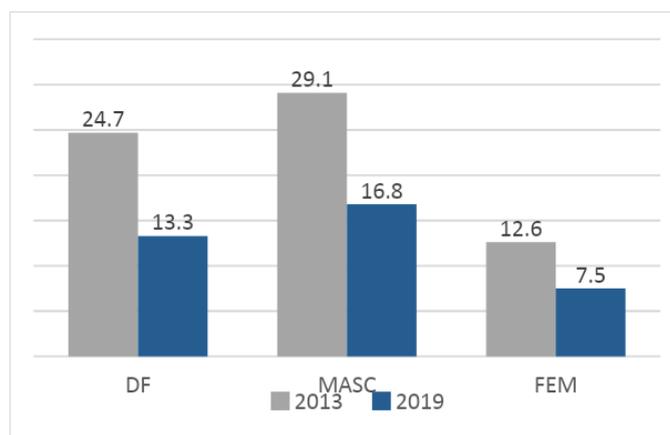
Consumo de álcool, acidentes e violência

O consumo de álcool é um importante fator de risco para os acidentes e a violência. Com relação ao uso de álcool e os acidentes de trânsito a PNS analisou a proporção de pessoas que dirigiram logo após beber. No DF houve uma redução de

24,7% em 2013 para 13,3% em 2019 (-11,4%). Com relação ao sexo verifica-se que a ocorrência foi maior no sexo masculino (29,1% em 2013 e 16,8% em 2019) do que no feminino (12,6% em 2013 e 7,5% em 2019). Houve redução da proporção ao longo dos anos em ambos os sexos (-12,3% no masculino e -5,1% no feminino) - Gráfico 9.

Para análise da ingestão de álcool em situações de violência foram utilizados dados da Pesquisa Viva Inquérito ocorrida no período de 2017. O Viva Inquérito é um estudo epidemiológico que tem o objetivo de coletar dados e gerar informações sobre violências e acidentes de amostra coletada em serviços sentinelas de urgência e emergência distribuídos pelo Brasil. No DF a coleta de dados foi realizada no Hospital de Base de Brasília e no Hospital Regional de Ceilândia.

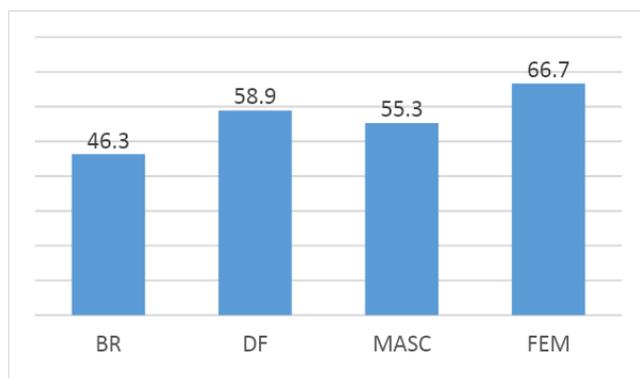
O resultado do Viva Inquérito de 2017 apresentou que no DF em mais da metade dos atendimentos por agressão a vítima suspeitou que o agressor havia ingerido bebida alcoólica (58,9%). Este resultado foi superior ao encontrado no Brasil (46,3%). E a proporção foi maior nas vítimas do sexo feminino (66,7%) do que no masculino (55,3%) - Gráfico 10.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019.

Gráfico 9 – Proporção (%) de pessoas de 18 anos ou mais de idade que dirigiram logo depois de beber, por sexo, Distrito Federal, 2013 e 2019.

* Intervalo de confiança de 95%.



Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (Viva).

Gráfico 10 – Proporção (%) da suspeita de ingestão de álcool pelo agressor no atendimento por agressão, Distrito Federal, 2017.

* $p < 0,05$

E-SUS Atenção Primária - e-SUS APS

O e-SUS APS é uma estratégia para reestruturar as informações da Atenção Primária em nível nacional, que possui vários componentes de inserção de dados a respeito da população acompanhada. Para a temática do álcool foram levantados dados provenientes do relatório de cadastro individual (dados autodeclarados) e do relatório de atividade coletiva.

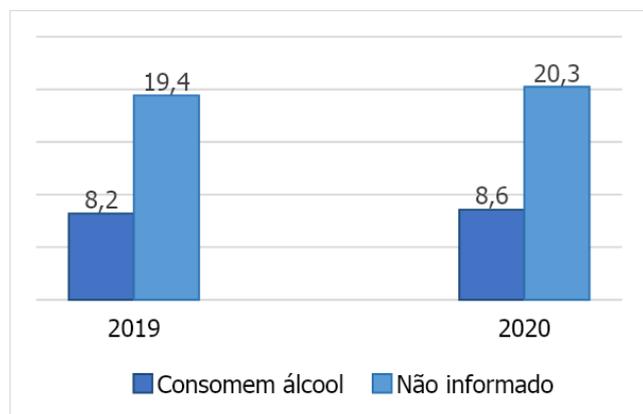
Analisando a proporção dos usuários do DF cadastrados na atenção primária a saúde no e-SUS que declararam fazer uso de álcool verifica-se o valor de 8,2% em 2019 e 8,5% em 2020 demonstrando pouca variação entre estes anos. Vale ressaltar o número de não informados foi duas vezes maior do que os informados (19,4% em 2019 e 20,3% em 2020) - Gráfico 11.

Com relação a realização de atividades coletivas sobre esta temática registrados no e-SUS verifica-se que em 2019, as equipes de saúde da atenção primária realizaram 1.742 atividades coletivas sobre a temática dependência química (tabaco, álcool e outras drogas). E em 2020, o número de atividades relacionadas a temática

reduziu de forma relevante (n= 573).

Ressalta-se que

em meados de 2020 foram temporariamente suspensas atividades coletivas como uma das medidas de controle da pandemia pelo novo Coronavírus, tabela 1.



Fonte: e-SUS Atenção Primária à Saúde/Ministério da Saúde. Extração em 23/06/21

Gráfico 11 – Proporção (%) de usuários que declararam no cadastro individual

fazer uso de álcool, Distrito Federal, 2019 e 2020.

Tabela 1 – Número de atividades coletivas realizadas na atenção primária a saúde com a temática dependência química, álcool e outras drogas, Distrito Federal, 2019 e 2020.

Tema da atividade	2019 (n)	2020 (n)
Dependência química (tabaco, álcool e outras drogas)	1.742	573

Fonte: e-SUS Atenção Primária a Saúde/Ministério da Saúde. Extração em 17/06/21.

Recomendações

Para a gestão

Ampla divulgação dos dados analisados para os gestores, profissionais de saúde população contribuindo para o desenvolvimento de políticas públicas e *advocacy* para enfrentamento do uso de álcool no DF.

Para vigilância em saúde

Qualificação do registro dos dados sobre uso de álcool nos serviços nesse sentido vale destacar o preenchimento adequado no e-SUS buscando, por exemplo, a redução de dados constando o registro "Não informado". Elaboração periódica de documentos epidemiológicos com análises sobre o uso de álcool no DF; atuação das vigilâncias sanitária e saúde do trabalhador na busca de cumprimento das normativas concernentes ao álcool.

Para as equipes atenção à saúde

Mudança de paradigma na saúde: o uso de álcool é um importante fator de risco em crescente aumento na população e o alcoolismo é uma doença psicossocial. Este tema necessita ser abordado em todos os âmbitos das redes de atenção do DF de forma integrada e intersetorial realizando ações de prevenção ao uso de álcool e abordagens clínicas precoces para detecção e tratamento;

Para a educação permanente

Capacitação para as equipes da atenção primária na abordagem, captação e encaminhamento dos usuários de álcool nas regiões de saúde do DF.

Para a população

Intensificar a educação em saúde nas atividades coletivas da atenção primária, ampliar ações de comunicação sobre o tema, realizar ações que envolvam o ambiente de atuação do adulto como empresas, universidades, ressaltando o papel do autocuidado como fator de proteção e prevenção ao uso de álcool pelo adulto.

Referências

1. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014.
2. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2021.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Viva Inquérito 2017: Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinelas de Urgência e Emergência – Capitais e Municípios/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019
4. Castells MA, Furlanetto LM. Validity of the CAGE questionnaire for screening alcohol-dependent inpatients on hospital wards. Rev Bras Psiquiatr 2005; 27(1):54-57.
5. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Relatório Epidemiológico sobre a Mortalidade no Distrito Federal – 2018, 2020.
6. Lavrador MSF, Abbes PT, Escrivão MAMS, Taddei JAAC. Riscos cardiovasculares em adolescentes com diferentes graus de obesidade. Arq Bras Cardiol 2011; 96(3):205-211.
7. Reisdorfer E, Büchele F, Pires ROM, et al. Prevalence and associated factors with alcohol use disorders among adults: a population-based study in southern Brazil. Rev. bras. De epidemiol. 2012; 15(3):582-594.
8. Solberg LI, Maciose K MV, Edwards NM. Primary care intervention to reduce alcohol misuse. Ranking its health impact and cost effectiveness. Am J Prev Med. 2008; 34(2):143-152.
9. World Health Organization. Global status report on alcohol and health, 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.

Gerência de Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção à Saúde - GVDANTPS

Márcia Vieira - Gerente

Elaboração:

Área Técnica de Promoção da Saúde

Área Técnica de Promoção da Saúde

Kelva Karina Nogueira C. de Aquino – GVDANTPS/DIVEP/SVS/SES

Apoio Técnico:

Lucas Moreira Dutra – Estagiário em Nutrição em Saúde Pública/UnB

Rosielle Alves de Moura – Residente em GPPS/ESCS/FEPECS

E-mail: promocaosaude.vedf@gmail.com

Boletim epidemiológico de mortalidade por acidentes de transporte terrestre no Distrito Federal

Área Técnica de Prevenção de Acidentes, Gerência de Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção à Saúde - GVDANTPS

Apresentação

Este Boletim Epidemiológico de Acidentes de Trânsito no Distrito Federal, é uma produção da área técnica de Prevenção de Acidentes da Gerência de Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde - GVDANTPS da Diretoria de Vigilância Epidemiológica - DIVEP da Subsecretaria de Vigilância à Saúde - SVS da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal SES/DF, referente à **Primeira Década de Ação para a Segurança no Trânsito - 2011 a 2020**, construído com base em informações geradas pela **Comissão de Gestão de Dados do Programa Vida no Trânsito no Distrito Federal- PVT/DF**, referente aos anos de 2011 a 2020.

Destaca-se que alguns cálculos foram feitos considerando o banco de dados até o ano de 2019 e outros cálculos incluímos o banco de dados referente a 2020 ainda que a informação traga dados parciais, portanto passíveis de atualização até seu fechamento definitivo no decorrer de 2021.

Com o padrão de monitoramento da planilha do Programa Vida no Trânsito, os dados apresentados neste boletim permitem conhecer o perfil epidemiológico por Acidente de Transporte Terrestre / ATT no Distrito Federal com análise detalhada do perfil dos envolvidos, a natureza e a dinâmica dos acidentes bem como, dos principais fatores de riscos da mortalidade

pelo trânsito no DF.

As citações constantes neste estudo referem-se à taxas de mortalidade e informações numéricas e descritivas representados por gráficos e tabelas.

A proposta é que este boletim seja um documento acessível aos diversos setores e que ofereça uma leitura atrativa e de fácil compreensão aos diversos públicos.

Espera-se que as informações contidas neste documento possam contribuir para um amplo debate sobre a questão dos sinistros de trânsito no Distrito Federal estreitando assim, a rede de comunicação e de divulgação entre os diversos setores e serviços e promover o envolvimento da sociedade para implementação das políticas públicas que reduzem os sinistros e as mortes no trânsito do DF.

Contextualização

Os sinistros de trânsito são considerados um grave problema de saúde pública no Brasil visto que no momento atual, o país ocupa o quinto lugar na posição mundial em registro de mortes envolvendo acidentes de transporte terrestre.

Conforme a Organização das Nações Unidas (ONU) os sinistros de trânsito são a nona maior causa de morte no mundo e, aproximadamente 3.700 pessoas perdem a vida diariamente nas estradas de todo o mundo, além disso mais de 50 milhões ficam feridas e sobrevivem com alguma sequela,

sendo que mais de um quarto dos feridos e dos mortos são pedestres e ciclistas. Ainda nesse contexto, as lesões no trânsito são a principal causa de mortes de crianças e jovens entre 5 a 29 anos. Neste cenário, a Assembleia-Geral das Nações Unidas editou, em março de 2010, uma resolução definindo o período de 2011 a 2020 como a Década de Ação pela Segurança no Trânsito, para que esses números fossem reduzidos e as autoridades de todo mundo se comprometessem em adotar novas medidas na prevenção de sinistros de trânsito (ONU, 2019). Se nada fosse feito, a OMS estimou que 1,9 milhão de pessoas morreriam no trânsito em 2020 e 2,4 milhões, em 2030.

No Brasil, o Projeto Vida no Trânsito (PVT) foi criado em 2010 para atender a meta pactuada pela ONU de reduzir em 50% os óbitos por sinistros de trânsito até 2020, com intuito de combater dois fatores de risco prioritários: a direção após o consumo de bebida alcoólica e o excesso de velocidade.

Também mereceram atenção outros fatores e grupos de vítimas de acordo com avaliação nas diversas localidades.

No Distrito Federal, o Projeto Vida no Trânsito (PVT) foi criado em 2012, data em que instituiu o Comitê de Prevenção da Morbimortalidade de Acidentes de Trânsito - CPMAT no Distrito Federal, através do Decreto Nº 33.532, de 13 de fevereiro de 2012, considerando a proposta da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e considerando a necessidade de monitoramento dos sinistros de trânsito no âmbito do Distrito Federal.

Caracterização da amostra

Para elaboração deste documento, foram analisados os dados de mortalidade obtidos do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), fornecido pelo Ministério da Saúde e administrado, pela Gerência de Informações e Análise de Situação de Saúde, da Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Subsecretaria de Vigilância à Saúde (GIASS/DIVEP/SVS/SES/DF) e pelos registros dos boletins de ocorrência dos órgãos de Segurança Pública do DF.

Trata-se de um estudo quantitativo e descritivo de mortalidade decorrentes dos sinistros de trânsito no Distrito Federal, no período de 2011 a 2020 (sabendo-se o banco referente a 2020 traz dados parciais) representados por gráficos e tabelas, segundo frequência e taxa, faixas etárias, sexo, tipo de envolvimento, (condutor de veículos ou motos, ciclistas, pedestres e passageiros) e tipo de veículo, horário e dia da semana, por jurisdição (Vias Urbanas, Rodovias Federais e Rodovias Distritais), por regiões administrativas (Vias Urbanas) e por fatores de riscos referente aos anos 2018.

Para este estudo, foram considerados os óbitos por lesões no trânsito segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID-10), sob os seguintes códigos: V01 a V89, baseado na condição da vítima: pedestre (V01 a V09), ciclista (V10 a V19), motociclista e passageiro (V20 a V39), passageiro de automóveis, caminhonetes, veículo de transporte pesado e ônibus (V40 a V79) e condição da vítima não especificada (V87 a V89).

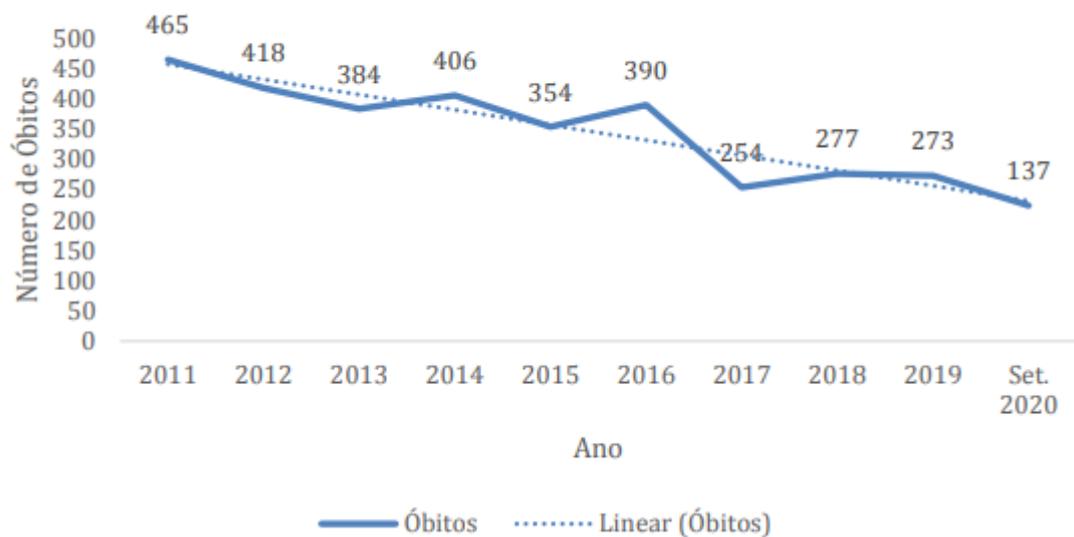
O indicador proposto pela **Primeira Década de Ação para a Segurança no Trânsito 2011 a 2020** de reduzir em 50% o número de óbitos por sinistro de trânsito, foi considerado neste estudo para análise e discussão dos resultados bem como as informações do Plano de Ordenamento Territorial Urbano do Distrito Federal – PDOT/**Codeplan**, foram considerados para os cálculos das taxas de mortalidade.

Resultados e discussão

Mortalidade: frequência e taxa

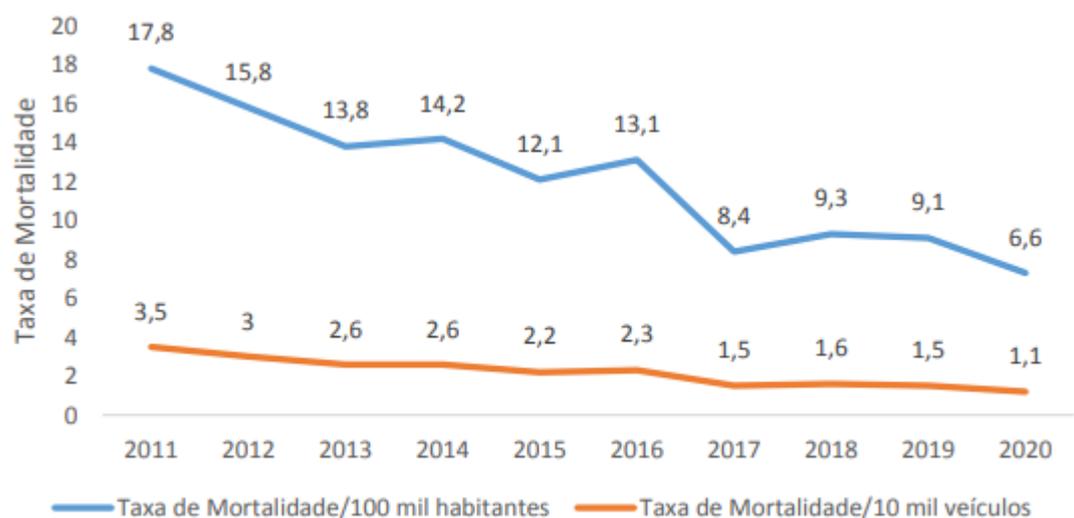
Entre o período de 2011 e 2020 ocorreu uma diminuição no número de óbitos por acidente de transporte terrestre, passando de 465 para 137 óbitos (Gráfico 1). No período de 2011 a 2020, houve redução na taxa de mortalidade

de 17,8 para 6,6/100 mil habitantes (Gráfico 2). Levando-se em consideração que o dado de 2020 é parcial, até 2019 houve uma diminuição de 63% nessa taxa. Houve aumento na frota dos veículos motorizados no período, mas a taxa de mortalidade apresentou importante diminuição, variando de 3,5 para 1,1/10 mil veículos (Gráfico 2).



Fonte: GDF/SSP/DETRAN/GEREST/SIM/SES-DF

Gráfico 1 – Número de óbitos por ATT, Distrito Federal, 2011 a 2020.

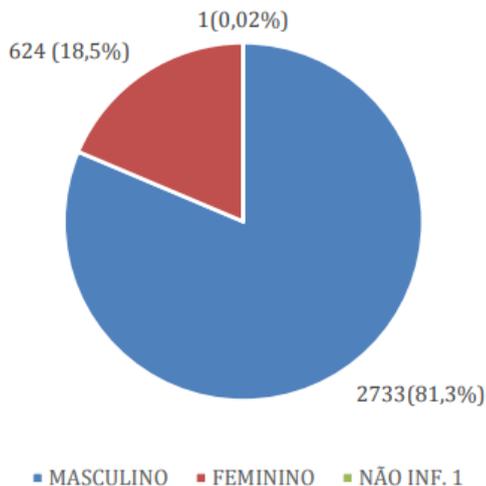


Fonte: GDF/SSP/DETRAN/GEREST/SIM/SES-DF

Gráfico 2 – Taxa de mortalidade por ATT, Distrito Federal, 2011 a 2020.

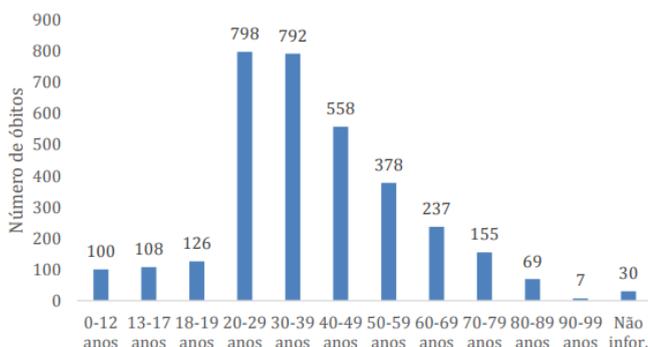
Mortalidade por ATT por faixa etária e sexo

Os óbitos por acidentes de transporte foram mais frequentes no sexo masculino (81,3%) (Gráfico 3). A mortalidade alcança 75% de percentual entre as pessoas na faixa etária de 20 a 59 anos, que compreende a maioria da população economicamente ativa (Gráfico 4).



Fonte: GDF/SSP/DETRAN/GEREST/SIM/SES-DF

Gráfico 3 – Número de óbitos por ATT, por sexo, Distrito Federal, 2011 a 2020.

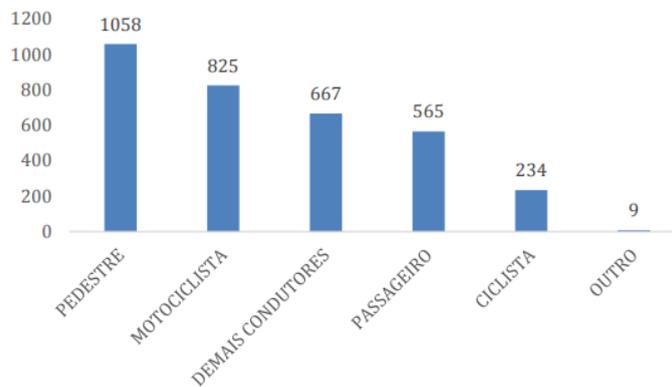


Fonte: GDF/SSP/DETRAN/GEREST/SIM/SES-DF

Gráfico 4 – Número de óbitos por ATT, por faixa etária, Distrito Federal, 2011 a 2020.

Mortalidade por tipo de envolvimento

Do total de óbitos, 1058 eram pedestres (31,5%), 825 eram motociclistas (24,5%), 667 eram demais condutores (19,8%), 565 eram passageiros (16,8%), 234 eram ciclistas (6,9%), e 9 (0,26%), tinham outro tipo de envolvimento no momento do sinistro (Gráfico 5).



Fonte: GDF/SSP/DETRAN/GEREST/SIM/SES-DF

Gráfico 5 – Número de óbitos por ATT, por envolvimento. Distrito Federal, 2011 a 2020.

Mortalidade de pedestres

No período entre 2011 e 2020 ocorreu uma diminuição de 40,4% no número de óbitos de pedestres, passando de 136, em 2011 para 81 em 2019 (Gráfico 6). O ano de 2020 tem dados parciais, apresentando 41 óbitos até setembro de 2020.

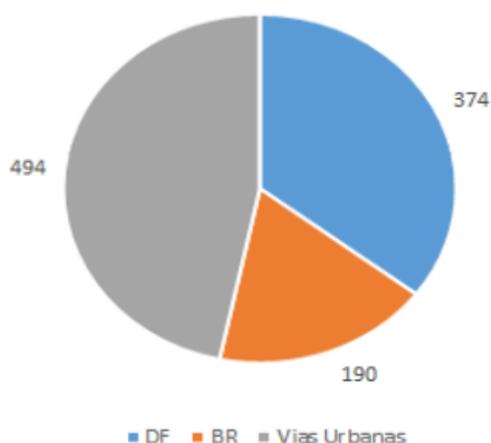
Do total de óbitos de pedestres, 494 (46,6%) ocorreram em vias urbanas, 374 (35,3%) em rodovias distritais e 190 (17,9%) deram-se em rodovias federais (Gráfico 7).

Houve diminuição de 50%, entre os anos 2011 e 2019, nos óbitos ocorridos nas rodovias federais e de 48,2% nos óbitos ocorridos nas rodovias distritais. Nas vias urbanas a diminuição foi de 23,2%. A média percentual de óbitos nas vias urbanas foi de 47,3%, a de óbitos nas rodovias distritais foi de 35,2% e a média percentual de óbitos nas rodovias federais foi de 17,7% (Gráfico 8).



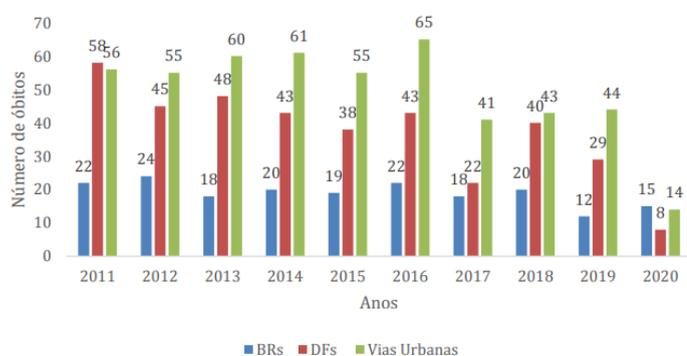
Fonte: GDF/SSP/DETRAN/GEREST/SIM/SES-DF

Gráfico 6 – Número de óbitos de pedestres por ano. Distrito Federal, 2011 a 2020.



Fonte: GDF/SSP/DETRAN/GEREST/SIM/SES-DF

Gráfico 7 – Número de óbitos de pedestres por jurisdição, Distrito Federal, 2011 a 2020.



Fonte: GDF/SSP/DETRAN/GEREST/SIM/SES-DF

Gráfico 8 – Número de óbitos de pedestres por jurisdição e ano. Distrito Federal, 2011 a 2020.

Mortalidade por tipo de veículo

Os sinistros envolvendo automóvel foram os mais frequentes (46,7%), seguido por motocicleta (30,9%) e bicicleta (7,0%). Sinistros por caminhonete e caminhão corresponderam a 8,3% do total e por ônibus 3,3%.

Tabela 1 – Número e percentual de óbitos por tipo de transporte terrestre. Distrito Federal, 2011 a 2020.

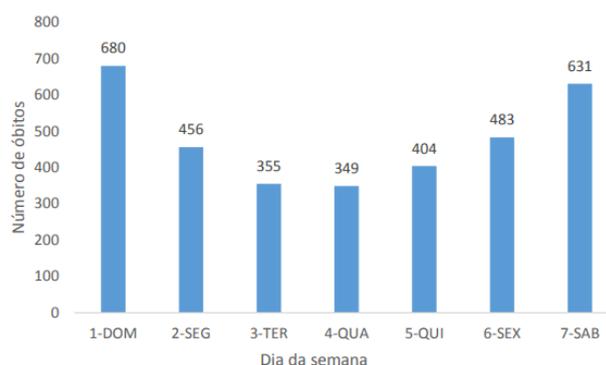
Tipo de Transporte	Número de óbitos	%
Automóvel	1571	46,7%
Motocicleta	1038	30,9%
Bicicleta	237	7,0%
Caminhonete	158	4,7%
Caminhão	122	3,6%
Ônibus	113	3,3%

Não Informado	87	2,5%
Micro-ônibus	25	0,7%
Carroça	4	0,1%
Outro	3	0,1%
Total	3358	100,0%

Fonte: GDF/SSP/DETRAN/GEREST/SIM/SES-DF

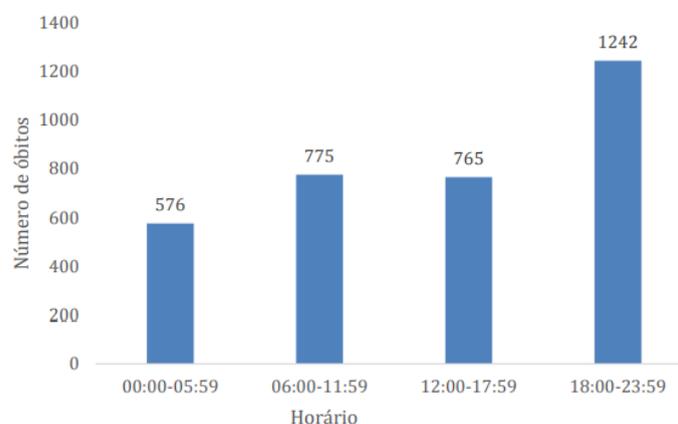
Mortalidade por dia da semana e horário

Os óbitos foram mais frequentes no sábado e domingo, respondendo por 39% do total, seguidos pela sexta e segunda. O dia em que houve menos ocorrência de óbitos foi a quarta, com 349 vítimas (10,3%) (Gráfico 9). O horário entre 18:00 e 23:59 foi o de maior ocorrência de óbitos, 1.242, correspondendo a 36,9% do total, e o horário onde ocorreu menos óbitos foi o de 00:00 a 05:59. Em seguida encontra-se o horário de 06:00 às 11:59. (Gráfico 10). O período de menor concentração de óbitos foi o da madrugada.



Fonte: GDF/SSP/DETRAN/GEREST/SIM/SES-DF

Gráfico 9 – Número de óbitos por ATT, por dia da semana. Distrito Federal, 2011 a 2020.

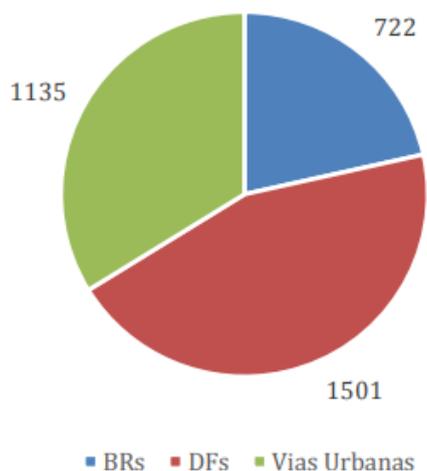


Fonte: GDF/SSP/DETRAN/GEREST/SIM/SES-DF

Gráfico 10 – Número de óbitos por ATT, por horário. Distrito Federal, 2011 a 2020.

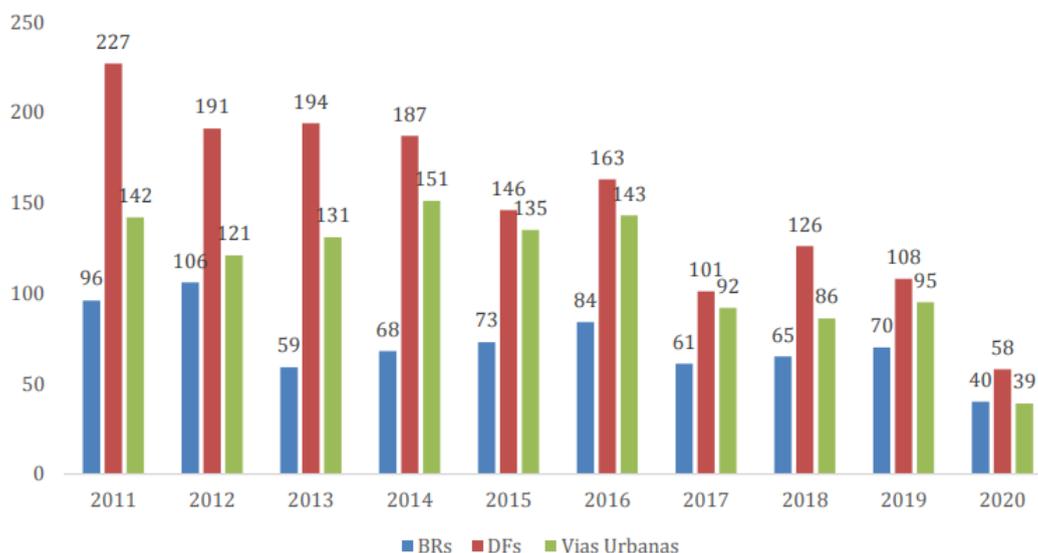
Mortalidade por jurisdição

As rodovias distritais apresentaram o maior número de óbitos no período compreendido (Gráfico 11), 1.501 (44,6%), seguido pelas vias urbanas, com 1.135 vítimas fatais (33,7%) e rodovias federais, 722 óbitos (21,5%). No gráfico 12 vemos que apesar de terem apresentado o maior número de óbitos as rodovias distritais também apresentaram a maior diminuição no percentual de óbitos no período de 2011 a 2019: 52,4%, seguido pelas vias urbanas, 33% e das rodovias federais, 27%. Em todos os anos o percentual dos óbitos por jurisdição foi semelhante, sendo a média percentual das rodovias distritais 44,6%, a média percentual dos óbitos nas vias urbanas 33,5% e a dos óbitos nas rodovias federais 22,2%.



Fonte: GDF/SSP/DETRAN/GEREST/SIM/SES-DF

Gráfico 11 – Número de óbitos por jurisdição. Distrito Federal, 2011 a 2020.

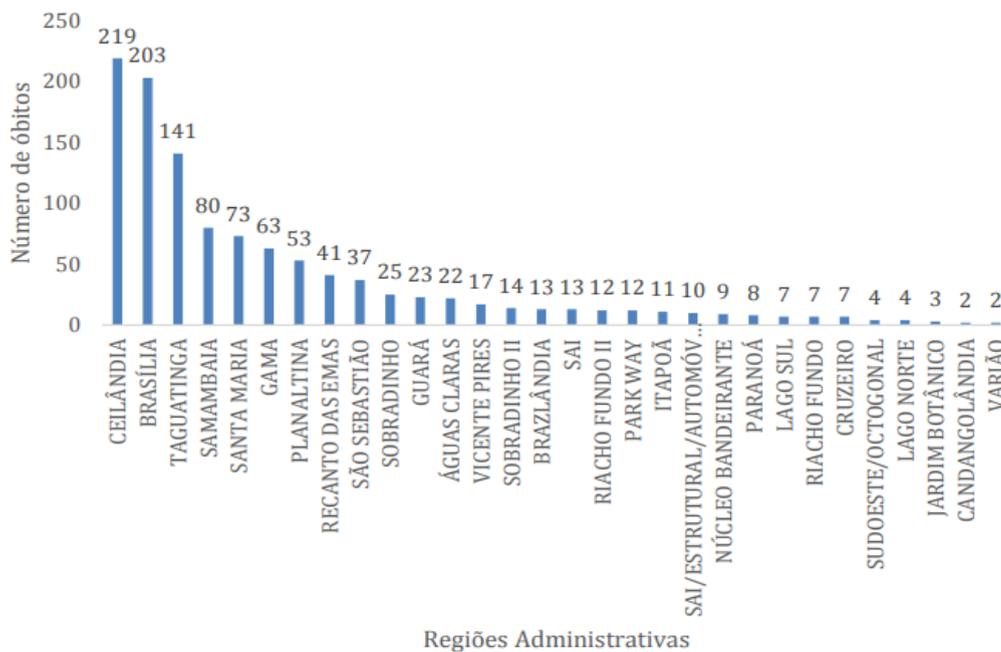


Fonte: GDF/SSP/DETRAN/GEREST/SIM/SES-DF

Gráfico 12 – Número de óbitos por jurisdição e ano. Distrito Federal, 2011 a 2020.

Mortalidade por Regiões Administrativas nas vias urbanas

Nas vias urbanas do Distrito Federal aconteceram 1135 óbitos por ATT. Destes, 219 (19,2%) ocorreram na Ceilândia, 203 (17,8%) em Brasília e 141 (12,4%) em Taguatinga. As três regiões administrativas responderam por quase 50% dos óbitos das vias urbanas do DF.



Fonte: GDF/SSP/DETRAN/GEREST/SIM/SES-DF

Gráfico 13 – Número de óbitos por região administrativa, vias urbanas. Distrito Federal, 2011 a 2020.

Conclusão

O estudo dos dados dos sinistros apresentados neste documento revela que houve redução na taxa de mortalidade por acidentes de transportes terrestre apesar do aumento na frota dos veículos motorizados no DF.

As informações mostram que a atenção especial deve ser direcionada para a proteção dos condutores mais vulneráveis no sistema de trânsito. Nesse sentido, há muito o que investir para o fortalecimento das ações educativas e das medidas de fiscalização e infraestrutura viária para garantir deslocamentos seguros entre os diferentes seguimentos da sociedade.

A mortalidade por sinistros de trânsito alcança, prioritariamente, jovens do sexo masculino que compreende, a maioria da população economicamente ativa e torna-se preocupante pelo impacto em anos potenciais de vida perdidos ou em qualidade de vida entre os sobreviventes devido às graves sequelas.

Na proporção de mortes pelo trânsito, o tipo de envolvimento que se destaca neste estudo são os pedestres, público mais vulnerável na proporção de mortes por acidentes de transportes terrestre no Distrito Federal, seguindo dos motociclistas, categoria que se destaca por maiores riscos de lesões graves além de maior demanda de utilização dos serviços de saúde se comparados com os ocupantes de automóveis. Os ciclistas, categoria de entregadores por aplicativos, atividade que cresce com alternativa de sobreviver ao desemprego, já representa dado preocupante entre os sinistros por tipo de veículos.

Quando analisado o dia da semana, os óbitos por sinistros de trânsito são mais frequentes nos fins de semana, com menor probabilidade nas quartas-feiras e, em relação ao horário, as ocorrências de mortes por trânsito são elevadas entre às 18:00 e às 23:59 e os menores registros dessas ocorrências são na madrugada.

Quanto às localidades das ocorrências dos acidentes fatais por jurisdição, destacam-se as rodovias distritais em todos os anos desta pesquisa e por Regiões Administrativas, as regiões de Ceilândia, Brasília e Taguatinga.

Conforme dados, o Distrito Federal, atinge a meta da Organização da Nações Unidas para a primeira Década de Ação para a Segurança Viária – 2011 a 2020 em redução de mortes no trânsito. O esforço para o alcance da meta estabelecida envolve uma série de ações que inclui, educação para o trânsito, campanhas de conscientização para a mobilidade segura,

investimento em serviços de engenharia do tráfego, boa administração das vias, limites de velocidade, regulamentação e intensificação da fiscalização entre outros.

Apesar dos avanços que refletem na queda do número de mortes por sinistros do trânsito, infelizmente, o Brasil não chegou ao final da campanha com a meta final batida. Ainda não há o que comemorar, ainda há muito trabalho pela frente em algumas regiões do país.

Recomendações

Para a gestão

1. Priorizar publicação do decreto do PVT revisado em 2020;
2. Reeditar e publicar nova portaria com a recomposição da equipe o CIPVT;
3. Reunir os membros do comitê para elaborar e validar o Regimento Interno do PVT/DF;
4. Providenciar demandas provenientes dos relatórios gerados pela Comissão de Gestão e Análise dos Dados de Acidentes de Trânsito com orientações para as adequações em infraestrutura e engenharia do trânsito, intensificação da fiscalização em operações, especialmente nas abordagens em relação ao uso de álcool e da velocidade entre outros fatores de riscos nas vias e educação para o trânsito;
5. Realizar o planejamento anual das ações intersetoriais de prevenção dos sinistros do trânsito e validar no grupo de trabalho composto por membros do CIPVT;
6. Aporte técnico às campanhas de conscientização para a sensibilização de pedestres, ciclistas, motociclistas, condutores de veículos e passageiros;
7. Investir em ações integradas envolvendo os gestores do Distrito Federal, dos diversos órgãos comprometidos com a questão do trânsito para, conjuntamente, planejar e monitorar as ações programadas.

Para as equipes assistenciais

1. O formulário do atendimento deve ser devidamente preenchido com dados necessários para facilitar as análises dos acidentes;
2. A unidade de saúde receptora deve ser avisada sobre chegada do paciente para que possa se preparar adequadamente (paramentação e definição do local adequado para suporte ao paciente);
3. Integrar as ações de vigilância às ações de assistência através da Rede de Atenção à Saúde - RAS e adequar os protocolos de atendimento nos diversos níveis da atenção, considerando os sinistros de trânsito;
4. Participar do grupo de trabalho que integra a Rede de Urgência e Emergência – RUE da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal;
5. Garantir inclusão do tema sinistros de trânsito na atualização da Linha de Cuidado do Trauma;
6. Estabelecer fluxos de atenção aos acidentes na rede de serviços de saúde de referência para o trauma;
7. Estabelecer parceria com Bombeiros, SAMU e com os serviços de referência em trauma ou lesões por sinistros para os registros das CIDs dos acidentes nas diversas portas de entradas dos serviços de saúde e nos sistemas de informação;
8. Estabelecer apoio técnico e parceria às capacitações no tema acidentes em unidades de saúde que conforme demanda local;
9. Pactuar ações de monitoramento e avaliação para levantamento da situação epidemiológica e para o planejamento de saúde local com ênfase no tema.

Para a vigilância epidemiológica

1. Coordenar o Programa Vida no Trânsito no Distrito Federal com adequações à realidade local;
2. Planejar, convocar e participar das reuniões mensais do CIPVT;
3. Organizar e coordenar as reuniões ordinárias e extraordinárias com as devidas atas e documentos oficiais gerados por ocasião das reuniões;
4. Produzir periodicamente documentos técnicos: boletins e Informes epidemiológicos, relatórios do trânsito e divulgar entre os parceiros e para o público geral através dos vários meios de comunicação e das redes sociais;
5. Planejar e realizar curso de capacitação para facilitadores aos diversos públicos envolvidos com o tema;
6. Promover sensibilização para sobre o tema durante as campanhas e despertar toda a sociedade sobre o papel de cada um na segurança do trânsito e na preservação das vidas;
7. Promover, participar e compartilhar experiências em congressos, encontros, seminários ou fóruns para o amplo debate e atualizações sobre o tema no âmbito do Distrito Federal e nas demais Unidades da Federação, bem como em realidades fora do Brasil;
8. Promover e realizar eventos online e/ou presencial para os diversos públicos abordando aspectos relacionados ao tema: Vigilância e Prevenção dos Acidentes de Trânsito;
9. Implementar formulário de notificação dos acidentes de trânsito nas unidades de referência ao atendimento da demanda na rede pública e privada de saúde do DF.

Para a população

10. Manter a população informada da situação do trânsito no Distrito Federal;
11. Incentivar participação em campanhas de conscientização por um trânsito responsável, seguro e sustentável para todos e, especialmente, para os mais vulneráveis;
12. Disponibilizar material educativo e alerta sobre os fatores de riscos para os sinistros de trânsito;
13. Manter as vias públicas com a acessibilidade para o usuário e com sinalização adequada;
14. Despertar e envolver o público em campanhas para sensibilização ao uso de equipamentos de segurança e prevenção: cinto de segurança, capacetes, coletes, refletores entre outros;
15. Investir em informação no sentido esclarecer o usuário sobre os direitos e obrigações no trânsito com sinalização das vias que favoreça o deslocamento do público mais vulnerável para atravessar na faixa de pedestres, para olhar atentamente para os lados ao descer de um carro ou de um ônibus e esperar sempre que o veículo saia para então atravessar a via sem a devida percepção do risco. Entre as medidas implantadas para segurança do pedestre, destacam-se as travessias de fluxos elevados; o alargamento de calçadas; melhoria na visibilidade dos semáforos como a iluminação adequada e a readequação da diminuição da velocidade em vias movimentadas;
16. Esclarecimento aos condutores de veículos para que entendam que o pedestre é prioridade no trânsito assim, velocidade deve ser reduzida em áreas de grande fluxo de pessoas com prioridade na faixa de pedestre e o respeito a esse público.

Referências

1. Governo do Distrito Federal - GDF. **Anuário estatístico de acidentes de trânsito no Distrito Federal - Brasil, 2017, 2018 e 2019**. Departamento de Trânsito do Distrito Federal, Gerência de Estatística de acidentes de Trânsito. Disponível em <<http://www.detran.df.gov.br/dados-anuais/>>. Acesso em 18 de outubro de 2021.
2. Amanda, Cabral; Souza, Wayner; Lima, Maria. **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: um observatório dos acidentes de transportes terrestre em nível local**. Revista Brasileira de Epidemiologia. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/8LhNwspBCYhPpHmZByvMrcP/?lang=pt#>> Acesso em 07 de outubro de 2021.
3. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados>>. Acesso em 21 de outubro de 2021
4. WHO/OPAS. Plano Global – Década de Ação pela Segurança no Trânsito 2021-2030. Disponível em: <https://www.who.int/pt/publications/m/item/global-plan-for-the-decade-of-action-for-road-safety-2021-2030>. Acesso em 06 de outubro de 2021.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Guia Vida no Trânsito / Ministério da Saúde, Universidade Federal de Goiás. - Brasília: Ministério da Saúde, 2015

Gerência de Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção à Saúde - GVDANTPS

Márcia Vieira - Gerente

Elaboração:

Área Técnica de Prevenção de Acidentes

Área Técnica de Promoção da Saúde

Carla Surama barbosa de Oliviera

E-mail: prevacidentes.saudedf@gmail.com

Boletim de mortalidade prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Distrito Federal

Área técnica de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Gerência de Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção à Saúde – NEPAV/GVDANTPS/DIVEP/SVS

Apresentação

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) se configuram como um dos principais problemas de saúde em todo mundo, em virtude da sua elevada carga de morbimortalidade. No Brasil, as DCNT respondem por mais da metade dos óbitos e atingem de modo cruel as populações mais vulneráveis (menor renda e menor escolaridade). O Informe Epidemiológico acerca da mortalidade prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no

Distrito Federal (DF), 2012 a 2019, elaborado pela Gerência de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde (GVDANTPS), da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SESDF) é uma publicação de caráter institucional, que visa a divulgação do monitoramento dos dados a respeito da mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais grupos de DCNT: Neoplasias, Diabetes Mellitus, Doenças do Aparelho Circulatório e Doenças Respiratórias Crônicas.

Contextualização

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) fazem parte de um conjunto de patologias que possuem origem e fatores de risco multicausais. Essas doenças representam as principais causas de morbidade e mortalidade da população, tanto em nível mundial, quanto nacional e distrital, estando relacionadas a perda de qualidade de vida e a impactos econômicos para as famílias e a sociedade em geral [1,2,3].

No DF, o total de óbitos prematuros pelo conjunto dos quatro principais grupos de DCNT vem oscilando ao longo dos anos, porém, ainda são responsáveis por aproximadamente metade do total de óbitos ocorridos na população de residentes do DF.

A redução da mortalidade prematura (em indivíduos entre 30 e 69 anos de idade) configura-se como uma meta pactuada com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir dos Objetivos de

Desenvolvimento Sustentável (ODS), também prevista e monitorada pelo Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil (2011-2022). De modo similar, o DF pactuou a redução de 2% ao ano da mortalidade prematura pelo conjunto das DCNT no DF, através dos instrumentos Plano Distrital da Saúde (PDS), Plano Plurianual (PPA), Pactuação Interfederativa e Plano Distrital de Enfrentamento das DCNT (2017-2022). O monitoramento desse indicador é realizado pela GVDANTPS e está vinculado Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas da SES-DF.

Frente a necessidade de fortalecimento do planejamento e implementação de ações e estratégias voltadas ao enfrentamento dessas doenças, o presente informe epidemiológico apresenta uma análise da mortalidade prematura no Distrito Federal pelo conjunto dos quatro principais grupos de DCNT, no período de 2012 a 2019, a fim de demonstrar este panorama, bem como apontar recomendações que auxiliem no alcance das metas dos instrumentos supracitados.

Caracterização Da Amostra

Este Informe Epidemiológico abrange a mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto dos quatro principais grupos de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que de acordo com a definição do Ministério da Saúde e a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10), englobam as: Neoplasias (CA) (C00 - C97), Diabetes Mellitus (DM) (E10 - E14), Doenças Cardiovasculares (DAC) (I00 - I99) e Doenças Respiratórias Crônicas (DRC) (J30 a J98, exceto J36). Visando incorporar as metas relacionadas à mortalidade prematura por Câncer previstos no Plano de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (Plano DANT) recém-publicado pelo MS, este boletim também apresenta análise dos dados referentes ao: câncer de Mama (código C50); câncer de Colo do Útero (código C53); e Câncer do Aparelho Digestivo – (códigos C15-C25, C26.0, C26.8, C26.9, C45.1, C48, C77.2, C78.4-C78.8).

É também apresentada a métrica de “probabilidade incondicional de mortalidade prematura”, que calcula a probabilidade de se morrer por DCNT no DF. Essa métrica é proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Os dados analisados são provenientes do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), os quais foram tabulados através do Tabwin, e consolidados no Excel de agosto a outubro de 2021, representando um recorte temporal de 2012 a 2019. Destaca-se que as variáveis utilizadas no Tabwin foram: Causa (CID10 3C), Ano do Óbito (2012 a 2019), Faixa Etária (13 – 30 a 69 anos de idade), UF de residência (DF) e Sexo (masculino e feminino).

Resultados

Entre 2012 e 2019, aproximadamente 42% do total de óbitos registrados no Distrito Federal foram óbitos prematuros (ocorridos em indivíduos entre 30 e 69 anos de idade) (SIM, 2021).

A Tabela 01 apresenta as principais causas de óbitos prematuros, ocorridos nos anos de 2012 e 2019, em residentes do DF. Observa-se em ambos os anos que as neoplasias (CA) e as doenças do aparelho circulatórios (DAC) são as causas responsáveis pelo maior percentual de óbitos prematuros no Distrito Federal. Destaca-se que o conjunto das 4 principais DCNT (DM, DAC, CA e DRC) corresponderam a aproximadamente 58% dos óbitos prematuros no DF, tanto em 2012 como em 2019 (Tabela 1).

Tabela 1 – Principais causas de mortalidade prematura na população do Distrito Federal, nos anos de 2012 e 2019.

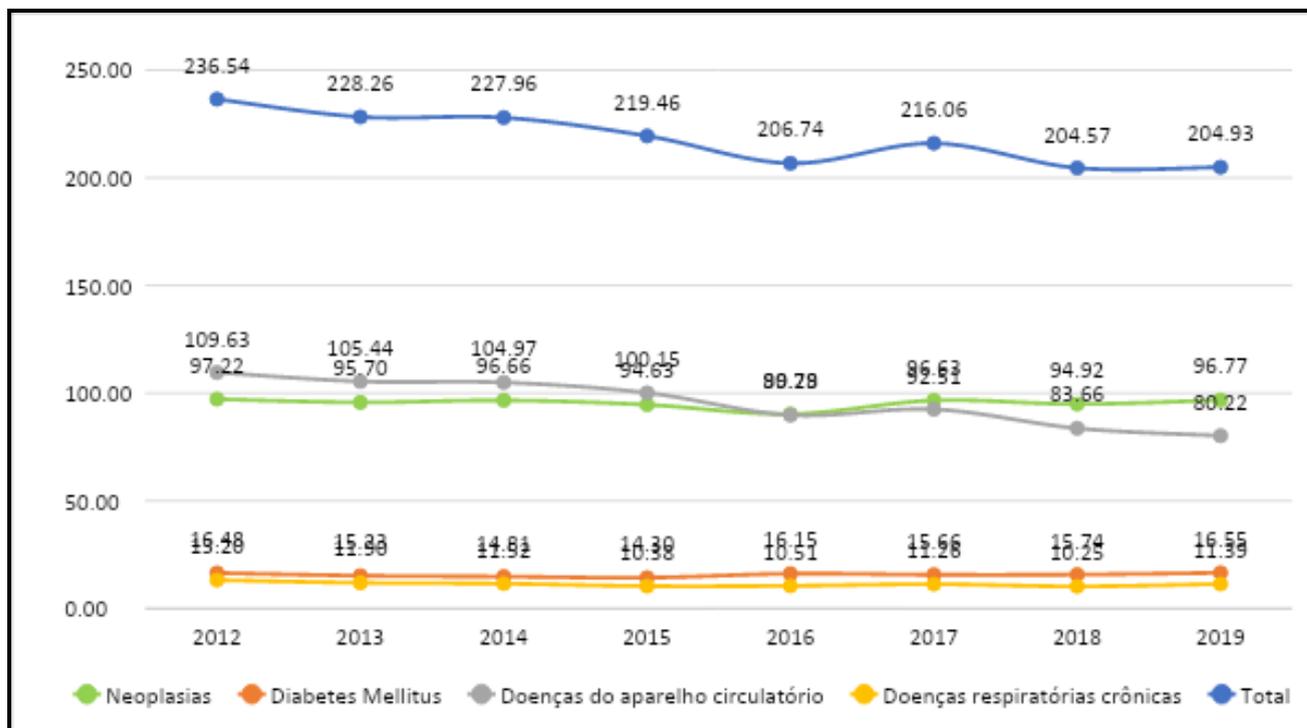
Causa	2012		2019	
	N	%	N	%

I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	265	5,24	306	5,64
II. Neoplasias (tumores)	121	24,03	1479	27,2
	5			8
<i>Neopl maligna dos brônquios e dos pulmões</i>	153	3,03	131	2,42
<i>Neopl maligna da mama</i>	140	2,77	173	3,19
<i>Neopl maligna do estômago</i>	96	1,90	92	1,70
<i>Neopl maligna do colon</i>	71	1,40	126	2,32
<i>Neopl maligna do encefalo</i>	68	1,34	86	1,59
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	260	5,14	313	5,77
<i>Diabetes Mellitus</i>	206	4,07	253	4,67
<i>Obesidade</i>	27	0,53	22	0,41
VI. Doenças do sistema nervoso	87	1,72	116	2,14
IX. Doenças do aparelho circulatório	137	27,1	1226	22,6
	0			1
X. Doenças do aparelho respiratório	262	5,18	316	5,83
<i>Doenças respiratórias crônicas</i>	165	3,26	175	3,23
XI. Doenças do aparelho digestivo	363	7,18	417	7,69
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	920	18,2	740	13,6
				5
Total de óbitos no período (todos os CID's)	505	100,0	5422	100,0
	6			0

Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-DF). Data da extração dos dados: 09/09/2021.

O Gráfico 1 apresenta a série histórica da taxa de mortalidade prematura pelo conjunto das 4 DCNT no DF (2012 a 2019). Observa-se redução total de 13,4% no período analisado (7 anos, de 2012 a 2019), configurando uma redução média de 1,9% ao ano. O valor foi próximo, porém, o DF não atingiu a meta de redução de 2%/ano. A maior redução observada foi no ano de 2015 a 2016 (5,79%) e no período 2018/2019 o aumento observado foi de 0,17%.

Destaca-se a redução observada na taxa de mortalidade prematura por Doenças do Aparelho Circulatório, que passou de 109,6/100.00 habitantes em 2012 para 80,2 por 100 mil habitantes em 2019. Em relação as Doenças Respiratórias Crônicas, Neoplasias e Doenças do aparelho circulatório, observa-se que, durante o período analisado, ocorreram pequenas oscilações, onde o maior pico (maiores taxas) ocorreu em 2012 enquanto Diabetes Mellitus teve seu maior pico em 2019. Destaca-se que no ano de 2016, a mortalidade prematura por câncer supera a mortalidade prematura por DAC, e de 2016 a 2019 as neoplasias configuram-se no DF como a principal causa de óbito prematuro (Gráfico 1).

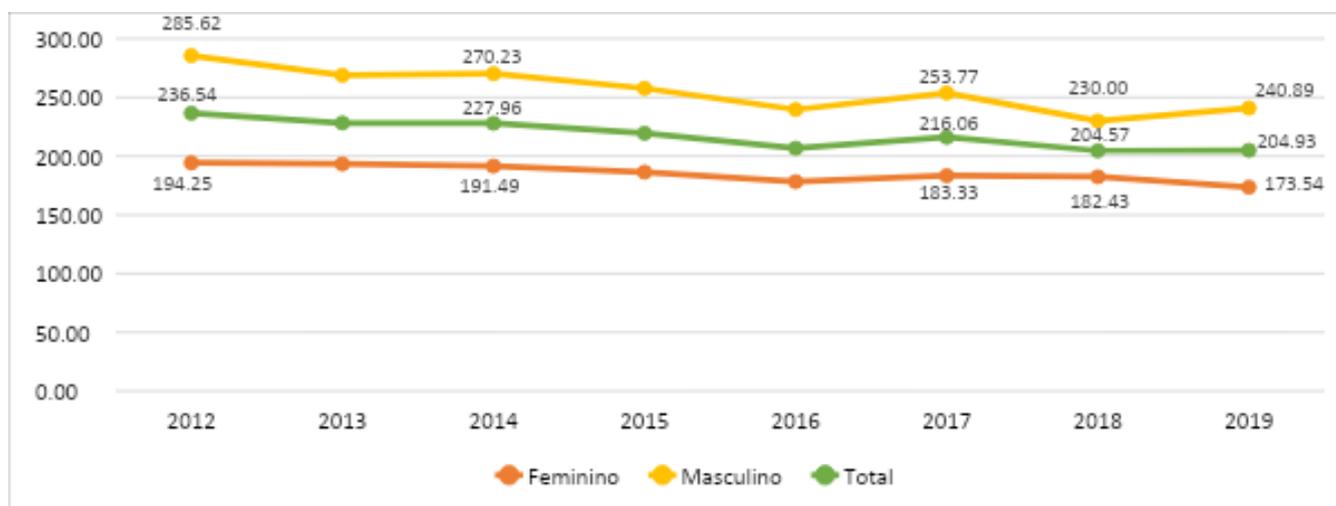


Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-DF), População residente – Estimativas preliminares CODEPLAN. Data da extração dos dados: 09/09/2021.

Gráfico 1 – Série histórica da taxa de mortalidade prematura pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis e por causa específica - Neoplasias, Diabetes Mellitus, Doenças do Aparelho Circulatório e Doenças do Aparelho Respiratório, no Distrito Federal, 2012 a 2019.

O Gráfico 2 apresenta a série histórica da taxa de mortalidade prematura pelo conjunto das 4 principais DCNT, segundo sexo. Em todo o período analisado, as maiores taxas de mortalidade foram observadas no sexo masculino. Nota-se que no período de 2018 para 2019 houve redução de 4,87% na taxa de mortalidade da população geral, aumento de 4,52% na taxa masculina e aumento de 0,17% na taxa feminina.

Destaca-se que 2012 foi o primeiro ano de implementação do Plano Distrital de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT e a redução da taxa de mortalidade observada pode ser devido os esforços da SES-DF para implementar as ações previstas neste importante documento, nas frentes de vigilância, promoção da saúde e cuidado integral.



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-DF), População residente – Estimativas preliminares CODEPLAN. Data da extração dos dados: 09/09/2021

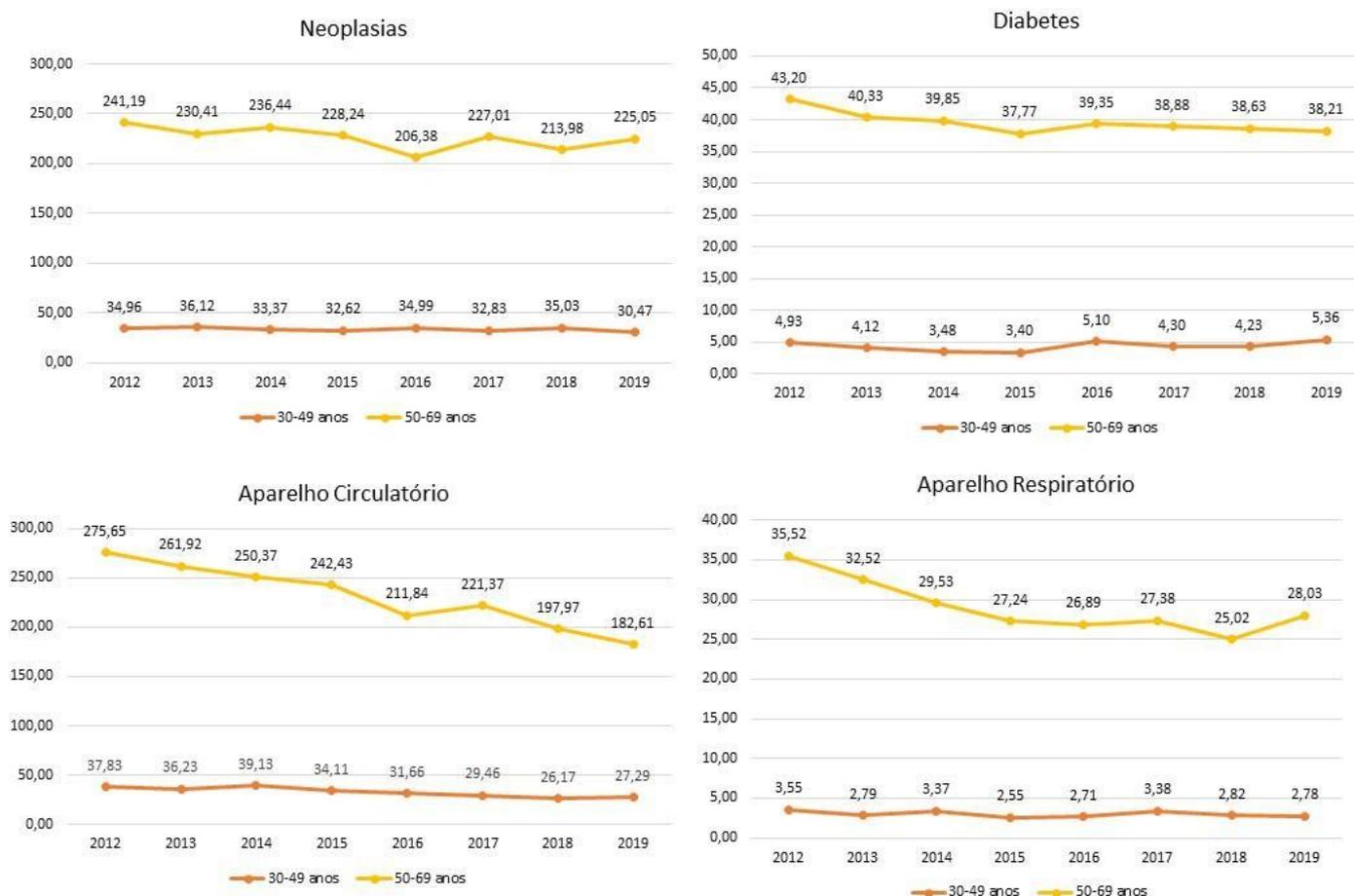
Gráfico 2 – Série histórica da taxa de mortalidade prematura pelo conjunto dos quatro principais grupos de DCNT (Neoplasias, Diabetes, Doenças do Aparelho Circulatório e Doenças do Aparelho Respiratório) no Distrito Federal, por sexo, 2012-2019.

Visando melhor entendimento acerca da mortalidade prematura por DCNT, os dados foram analisados por causa específica e estratificado em dois grupos etários: 30 a 49 anos e 50 a 69 anos (Gráfico 3). Como esperado, em todo o período analisado e para todas as causas, o grupo etário que apresentou as maiores taxas foi o de 50 a 69 anos de idade.

Observa-se que ambos os grupos etários apresentaram menores taxas de mortalidade prematura em 2019, quando comparado com o ano 2012, para Neoplasias, DAC e DRC. O único incremento observado foi da taxa de mortalidade por Diabetes Mellitus, no grupo de 30 a 49 anos de idade - aumento de 8,7% entre 2012-2019, e, aumento de 26% entre 2018-2019.

Esse dado merece atenção e reforça a necessidade de identificação, cadastro e acompanhamento pela Estratégia de Saúde da Família dos indivíduos com diagnóstico de DCNT, em especial de DM. Estratégias que incentivam o autocuidado devem ser fortalecidas visando reduzir a morbimortalidade por DM, em especial entre os adultos jovens. Destaca-se uma importante redução na taxa de mortalidade por DAC para ambos os grupos (redução de 27% para o grupo de 30 a 49 anos de idade de 33% para o grupo de 50 a 69 anos).

Essa redução pode ser devida à magnitude das DAC no último século e os esforços dos sistemas de saúde para sua prevenção, manejo e cuidado.



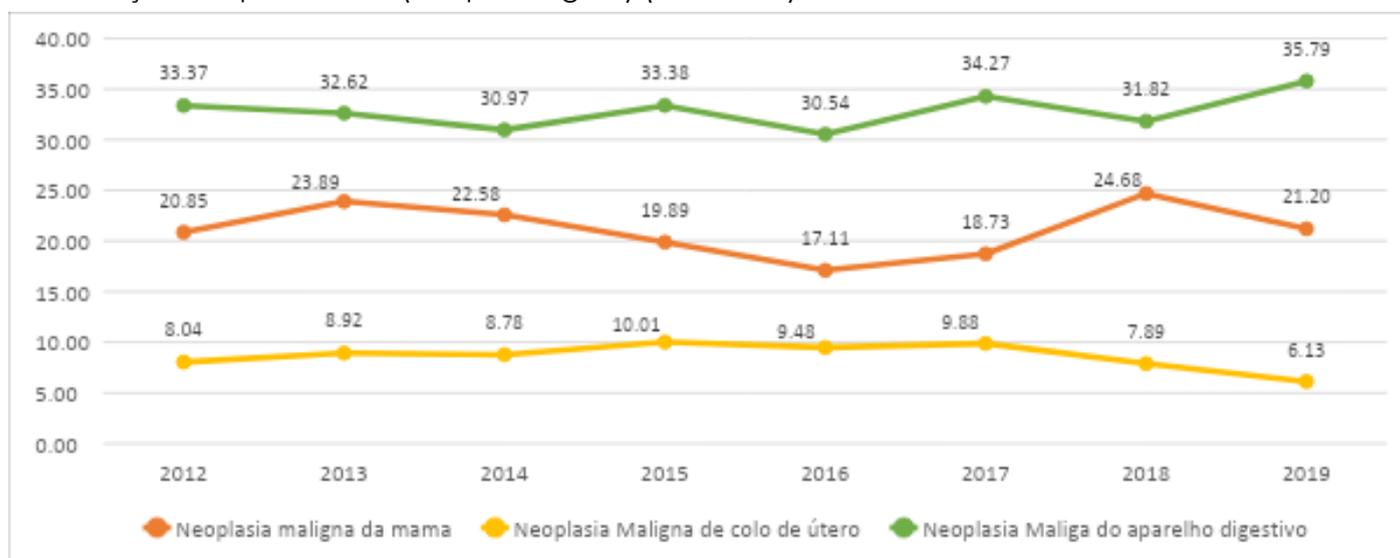
Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-DF), População residente – Estimativas preliminares CODEPLAN. Data da extração dos dados: 09/09/2021.

Gráfico 3 – Série histórica da taxa de mortalidade prematura pelo conjunto das 4 principais DCNT's (Neoplasias, Diabetes, Doenças do Aparelho Circulatório e Doenças do Aparelho Respiratório) por faixa etária no Distrito Federal, 2012 - 2019.

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2021-2030(plano DANT), do Ministério da Saúde, definiu novos indicadores a serem monitorados, dentre eles a taxa de mortalidade para as seguintes neoplasias malignas: **mama, colo de útero e aparelho digestivo**.

Visando contemplar esses novos indicadores propostos pelo MS, este informe epidemiológico apresenta os dados da série histórica da taxa de mortalidade por neoplasia de mama, colo de útero e aparelho digestivo (gráfico 4). Para tabulação dos dados, foram considerados os seguintes códigos CID: câncer de Mama (código C50); câncer de Colo do Útero (código C53); e Câncer do Aparelho Digestivo – (códigos C15-C25, C26.0, C26.8, C26.9, C45.1, C48, C77.2, C78.4-C78.8).

É possível analisar que a neoplasia do aparelho digestivo apresenta as maiores taxas de mortalidade, com um aumento de 7%, comparando os anos de 2012 e o de 2019. Não houve diferença na mortalidade por câncer de mama, ao comparar os anos de 2019 e 2012. Observa-se uma redução de 24% na taxa de mortalidade por câncer de colo de útero, ao comparar os anos de 2012 e 2019. Essa redução pode ser em virtude do fortalecimento das medidas de prevenção, como a realização do preventivo (citopatológico) (Gráfico 4).



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-DF), População feminina e total residente 2012 e 2019 – Estimativas preliminares CODEPLAN. Data da extração dos dados: 09/09/2021.

Gráfico 4 – Série histórica da taxa de mortalidade prematura por neoplasias de mama, cólon de útero e aparelho digestivo segundo plano de DANT no Distrito Federal, 2012 a 2019.

Ao analisar os dados da mortalidade prematura no DF faz-se importante também analisar os dados por região de saúde, uma vez que as ações de enfrentamento ocorrem de fato em cada região. Desse modo, o Gráfico 05 apresenta os dados da taxa de mortalidade prematura pelo conjunto das 4 DCNT, por região de saúde, nos anos de 2012 e 2019.

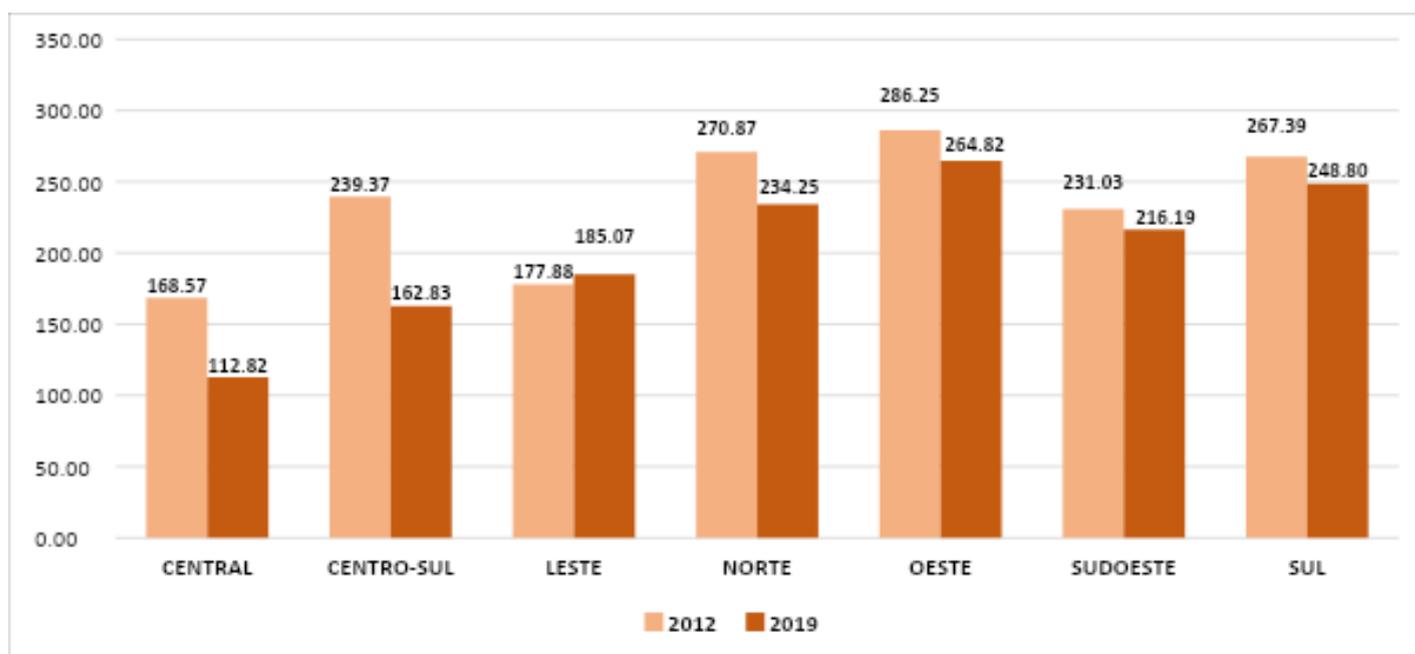
Observa-se que, com exceção da região Leste, todas as demais regiões apresentaram redução na taxa de mortalidade prematura no período entre 2012 e 2019. A região Leste apresentou um incremento de 4% na taxa de mortalidade prematura (177,88 óbitos por 100.000 habitantes em 2012 para 185,07 óbitos/100.000 habitantes em 2019).

Recomenda-se que esta região de saúde se debruce nesses dados para tentar elucidar o motivo desse aumento, uma vez que esta região é região laboratório para planificação bem como

outras ações estratégicas da SES-DF. Destaca-se que todas as regiões de saúde implementaram Planos Regionais de Enfrentamento as DCNT no ano de 2020 e espera-se reduções ainda maiores nos próximos anos.

A respeito das regiões de saúde do Distrito Federal, a maioria apresentou queda da taxa de mortalidade prematura pelo conjunto das 4 principais DCNT, sendo essas reduções de: Central – 33%; Centro sul – 32%; Norte – 13,5%; Oeste – 7%; Sudoeste - 6%; e, Sul – 7% (Gráfico 5).

Esses dados destacam a necessidade de as regiões de saúde analisarem com cuidado o seu cenário epidemiológico local, favorecendo a priorização das ações e potencializando o enfrentamento às DCNT.



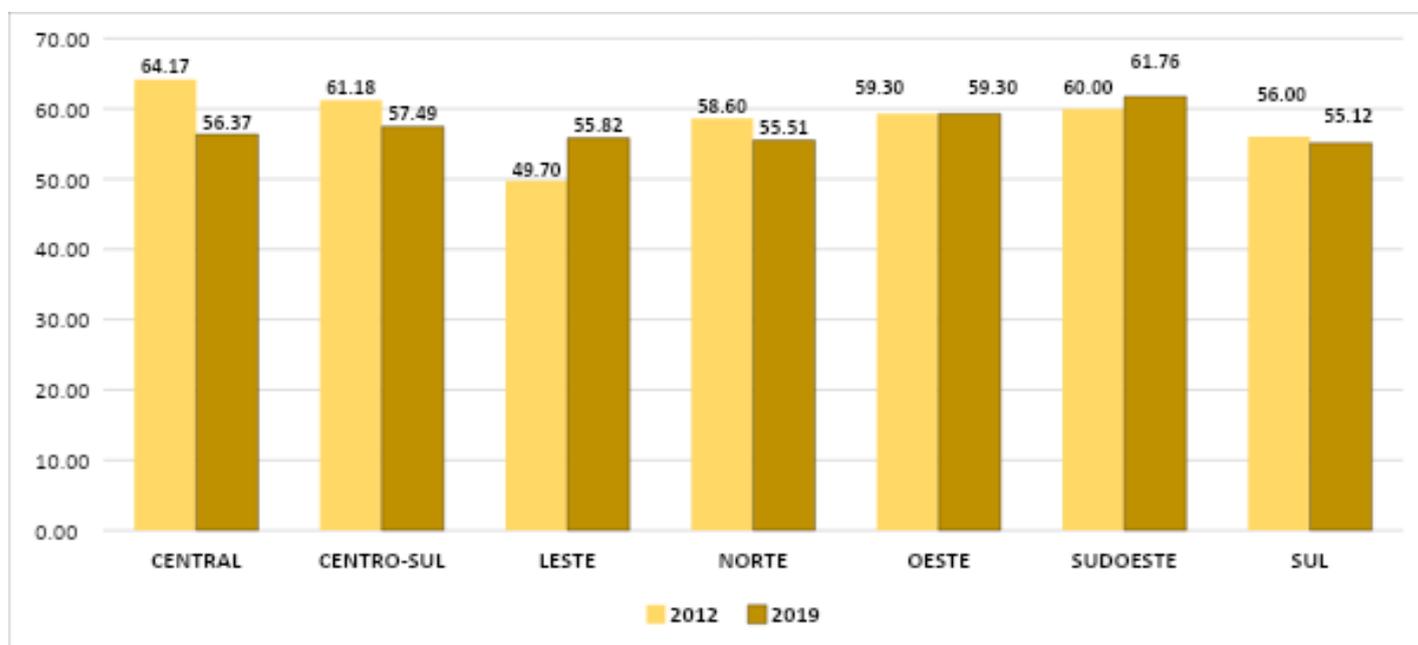
Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-DF), População residente – Estimativas preliminares CODEPLAN. Data da extração dos dados: 09/09/2021.

Gráfico 5 – Taxa de mortalidade prematura do grupo das 4 principais doenças crônicas não transmissíveis (Neoplasias, Diabetes, Doenças do Aparelho Circulatório e Doenças do Aparelho Respiratório) por Região de Saúde, 2012 a 2019.

Outra forma de analisar o cenário epidemiológico das regiões de saúde é calcular a mortalidade proporcional, ou seja, verificar o percentual de óbitos devido às DCNT.

No período avaliado (2012-2019) é observado que as DCNT foram responsáveis por mais de 50% do total de óbitos prematuros, em todas as regiões de saúde do DF (Gráfico 6). Conhecer sobre como a população morre é essencial para a definição das políticas públicas de saúde, em especial, para fortalecer as ações de enfrentamento as principais causas de óbito no DF.

Os dados demonstram que mais da metade dos óbitos são decorrentes das 4 principais DCNT. Com isso, medidas preventivas, principalmente contemplando a prevenção dos fatores de risco em comum (sedentarismo, alimentação inadequada, consumo abusivo de álcool e tabaco) devem ser incentivadas pois são estratégias de baixo custo e efetivas, podendo resultar num menor impacto dessas condições para o SUS-DF.

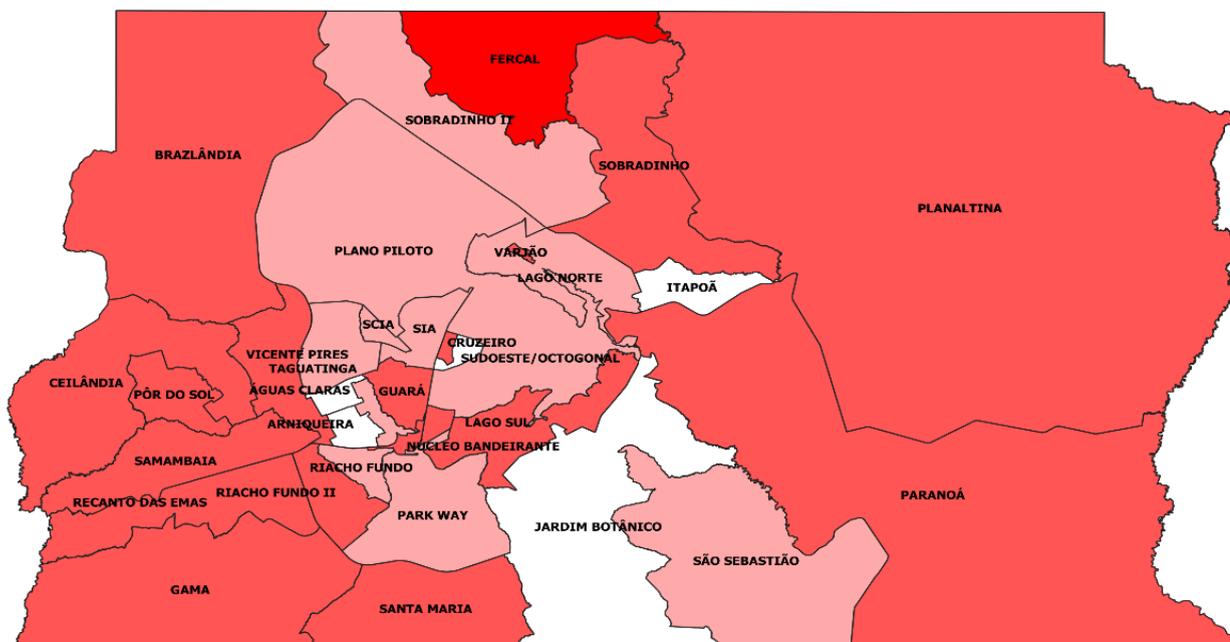


Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-DF), População residente – Estimativas preliminares CODEPLAN. Data da extração dos dados: 09/09/2021.

Gráfico 6 – Mortalidade proporcional prematura do grupo das 4 principais doenças crônicas não transmissíveis (Neoplasias, Diabetes, Doenças do Aparelho Circulatório e Doenças do Aparelho Respiratório) por Região de Saúde, 2012-2019.

É muito importante entender como a taxa de mortalidade e a mortalidade proporcional prematura se comportam nas regiões de saúde, mas também é importante saber onde nas regiões de saúde estão mais concentrados os óbitos por DCNT. Nessa perspectiva, utilizou-se o mapa de calor como uma ferramenta para indicar as regiões administrativas do Distrito Federal cuja taxa de mortalidade e mortalidade proporcional estão mais evidentes.

Na Figura 1, que trata sobre a distribuição da taxa de mortalidade prematura por regional administrativa (RA) no ano de 2012, é possível identificar que Fercal possui uma coloração mais acentuada indicando maiores taxas quando comparadas com as demais RA. Porém, é válido destacar que apenas Itapoã, Águas Claras, Jardim Botânico e Sudoeste/Octogonal apresentaram taxas de mortalidade abaixo de 137 óbitos por 100 mil habitantes (menores taxas observadas no DF).

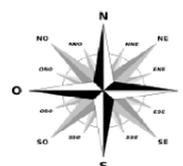


Taxa de mortalidade pelo conjunto das 4 principais DCNT's no DF em 2012

Regiões Administrativas

- 83 a 137
- 137 a 225
- 225 a 340
- 340 a 538

0 10 20 km

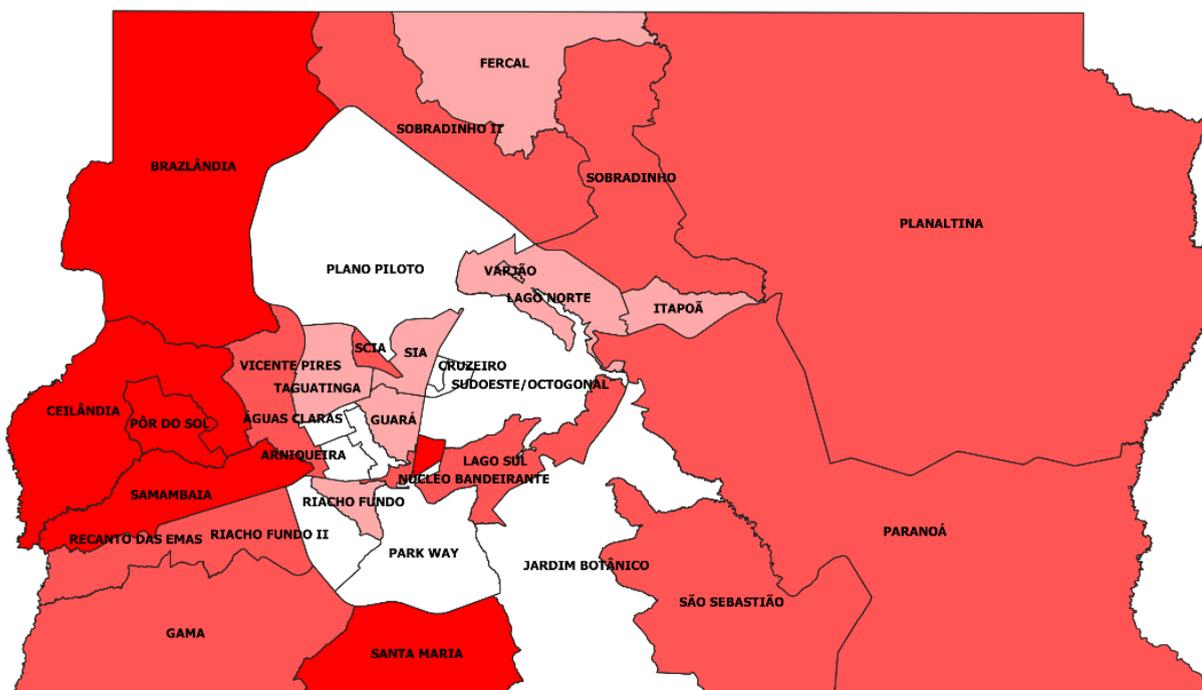


Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-DF), Mapa do Distrito Federal - Geoportal. Data da extração dos dados: 09/09/2021.

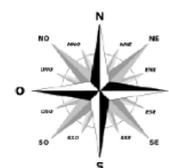
Figura 1 – Mapa de distribuição da taxa de mortalidade prematura pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (Neoplasias, Diabetes, Doenças do Aparelho Circulatório e Doenças do Aparelho Respiratório) no DF em 2012.

Em 2019, observa-se uma mudança no cenário do Distrito Federal em relação aos óbitos prematuros por DCNT: ocorrendo redução da mortalidade em todas as RA (Figura 2).

Ao contrário do cenário em 2012, Fercal apresentou redução da taxa de mortalidade prematura por DCNT, e locais como: Brazlândia, Ceilândia, Samambaia, Santa Maria e Candangolândia passaram a liderar com as maiores taxas de mortalidade. Destaca-se redução das taxas nas seguintes RA: Plano Piloto, Cruzeiro, Riacho Fundo II e Parkway. Nota-se que as RA's com as maiores taxas estão próximas umas das outras (geograficamente) (Figura 02). Essa proximidade chama a atenção pois são regiões administrativas consideradas periféricas com status de baixa renda.



0 10 20 km



Taxa de mortalidade pelo conjunto das 4 principais DCNT's no DF em 2019

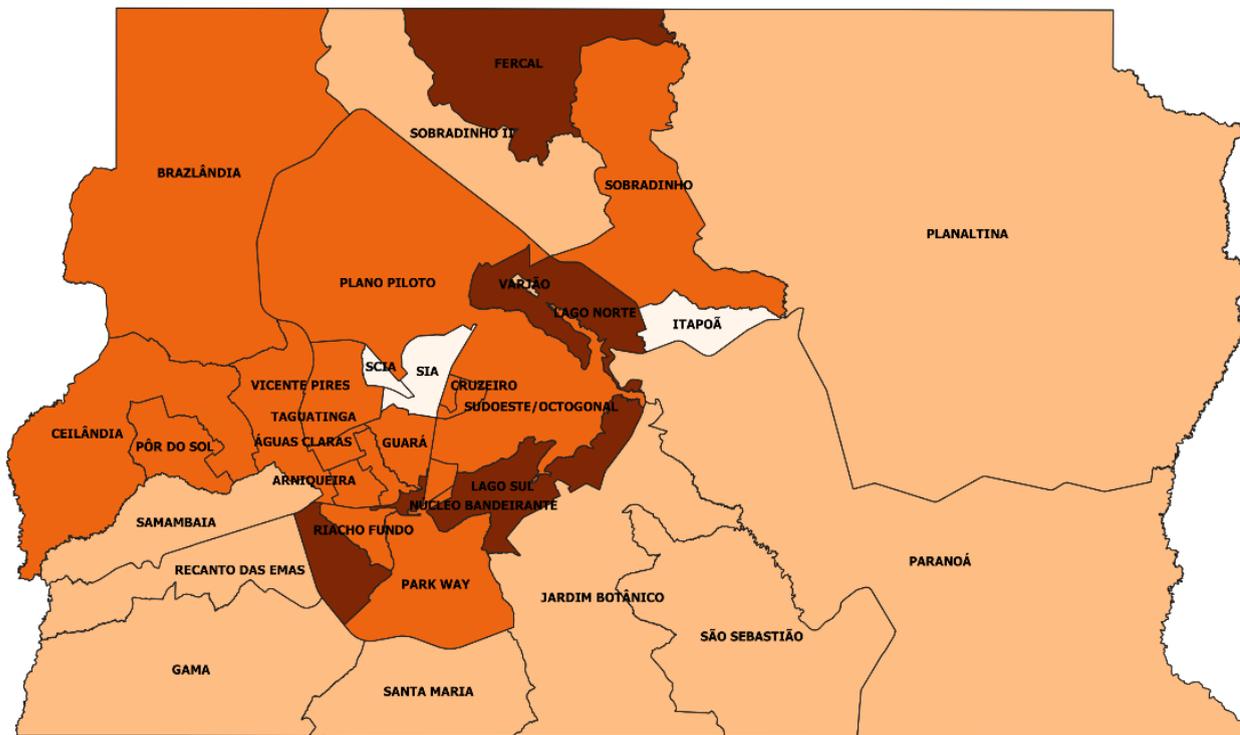
Regiões Administrativas

- 64 a 128
- 128 a 186
- 186 a 248
- 248 a 282

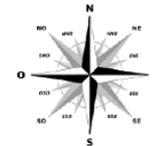
Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-DF), Mapa do Distrito Federal - Geoportal. Data da extração dos dados: 09/09/2021.

Figura 2 – Mapa de distribuição da taxa de mortalidade prematura pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (Neoplasias, Diabetes, Doenças do Aparelho Circulatório e Doenças do Aparelho Respiratório) no DF em 2019.

Sobre a distribuição espacial da mortalidade proporcional, no ano de 2012, em 19 das 33 regionais administrativas 60% dos óbitos prematuros foram em decorrência de DCNT. Na Fercal, Lago Norte, Lago Sul, Núcleo Bandeirante e Riacho Fundo II 65% a 72% dos óbitos prematuros foram decorrentes das DCNT (Figura 3). É importante fortalecer as ações de monitoramento e avaliação, e investigar se as ações previstas nos planos regionais de enfrentamento às DCNT estão contribuindo para alterar essa relação e reduzir a mortalidade por essas condições.



0 10 20 km



Mortalidade Proporcional pelo conjunto das 4 principais DCNT's no DF em 2012

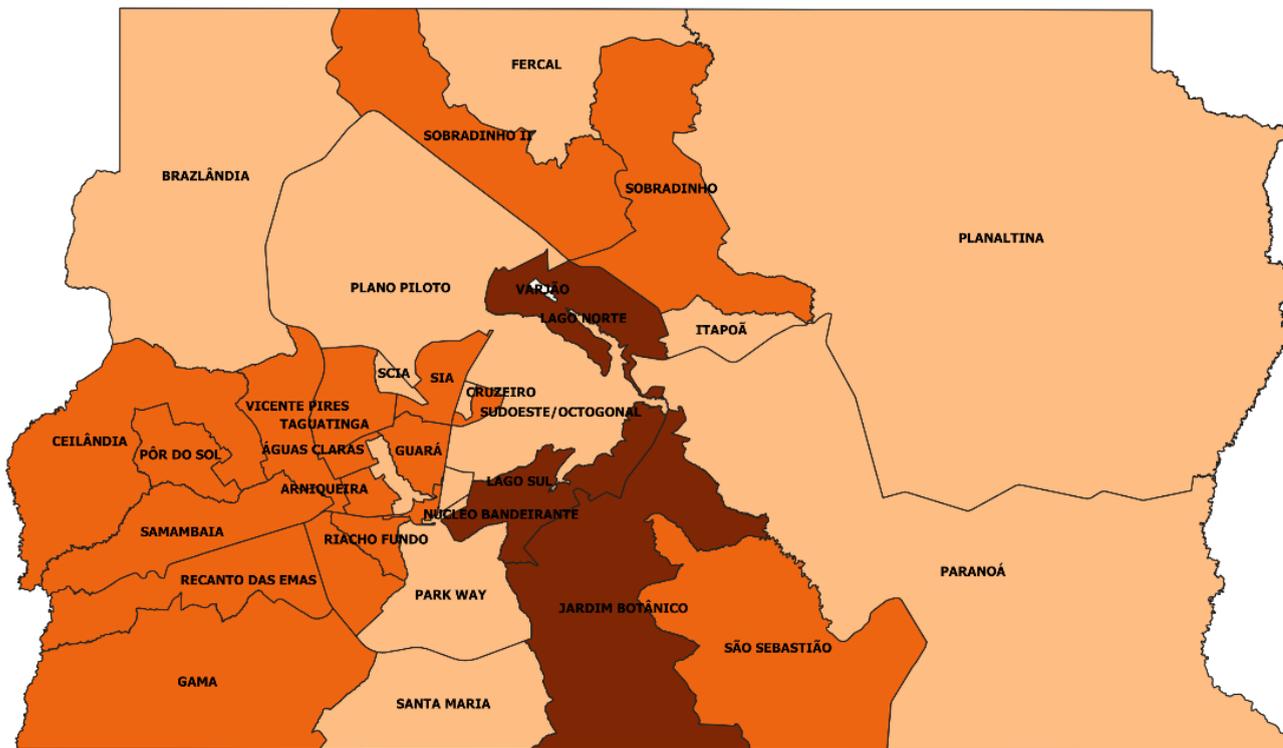
Regiões Administrativas

- 40 a 47,1
- 47,1 a 57,7
- 57,7 a 65
- 65 a 72

Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-DF), Mapa do Distrito Federal - Geoportal. Data da extração dos dados: 09/09/2021.

Figura 3 – Mapa de mortalidade proporcional prematura pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (Neoplasias, Diabetes, Doenças do Aparelho Circulatório e Doenças do Aparelho Respiratório) no DF em 2012.

Já em 2019, 20 das 33 RA apresentaram que 54,6% dos óbitos prematuros foram em decorrência de DCNT. Destaca-se que Fercal, Núcleo Bandeirante e Riacho Fundo II que em 2012 lideravam com os maiores percentuais, em 2019 apresentaram redução. Locais como Lago Sul, Lago Norte e Jardim Botânico passaram a apresentar os maiores percentuais, indicando que nesses locais, 63,1% a 72,2% dos óbitos prematuros ocorreram devido a uma das 4 principais DCNT (Figura 4).

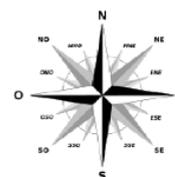


Mortalidade Proporcional pelo conjunto das 4 principais DCNT's no DF em 2019

Regiões Administrativas

- 31,6 a 31,6
- 31,6 a 54,6
- 54,6 a 63,1
- 63,1 a 72,2

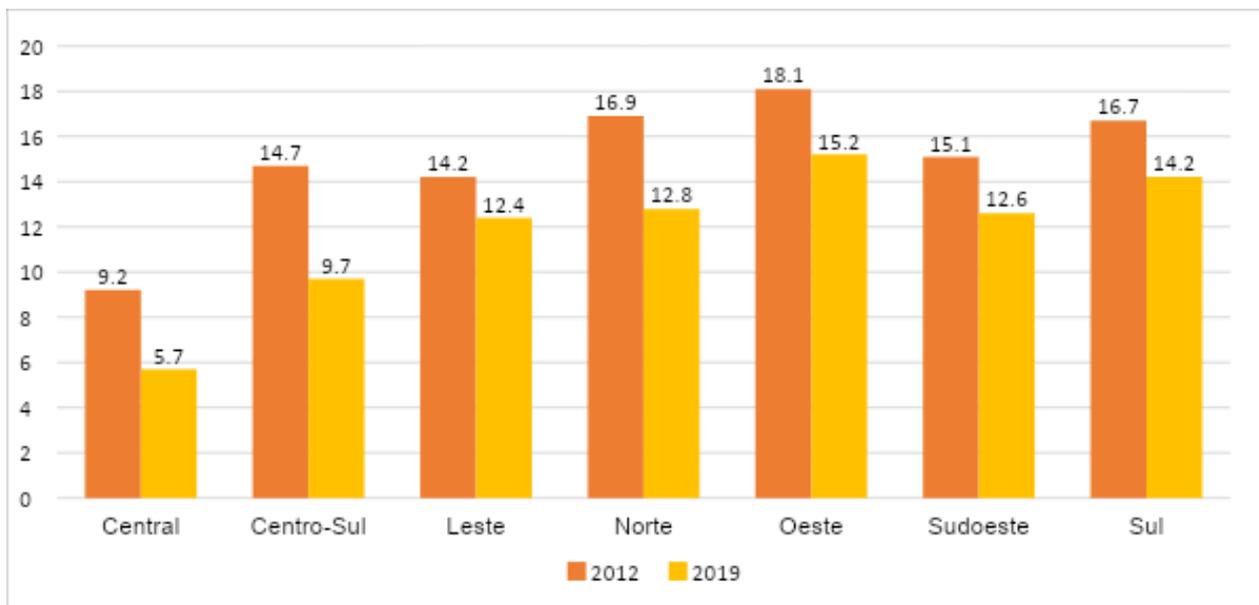
0 10 20 km



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-DF), Mapa do Distrito Federal - Geoportal. Data da extração dos dados: 09/09/2021.

Figura 4 – Mapa de mortalidade proporcional prematura pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (Neoplasias, Diabetes, Doenças do Aparelho Circulatório e Doenças do Aparelho Respiratório) no DF em 2019.

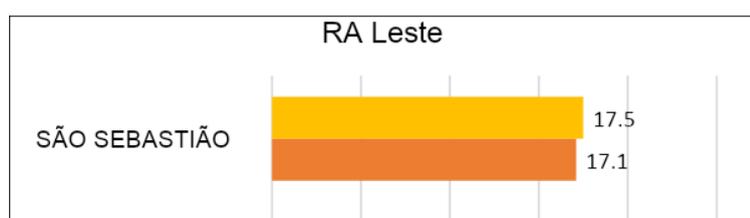
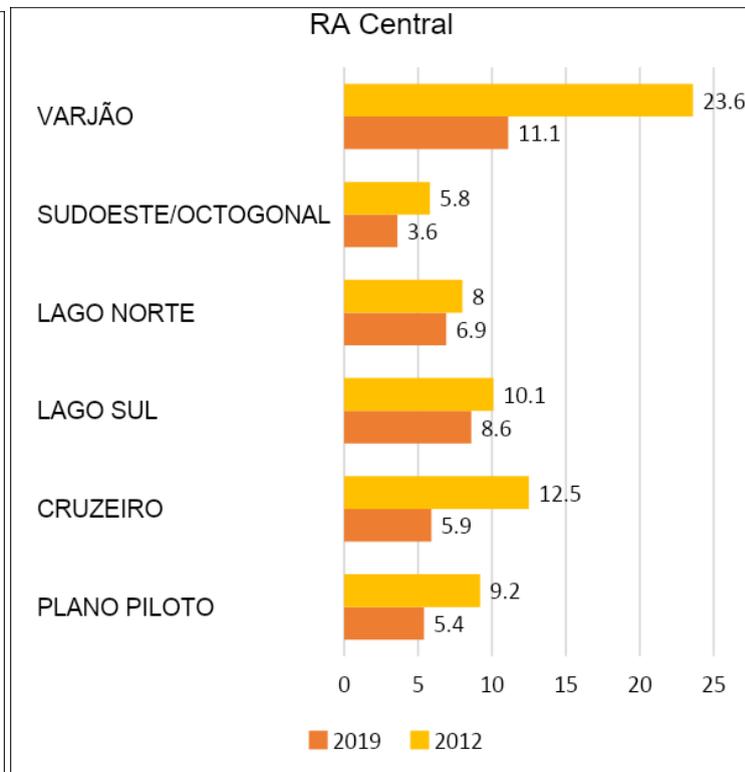
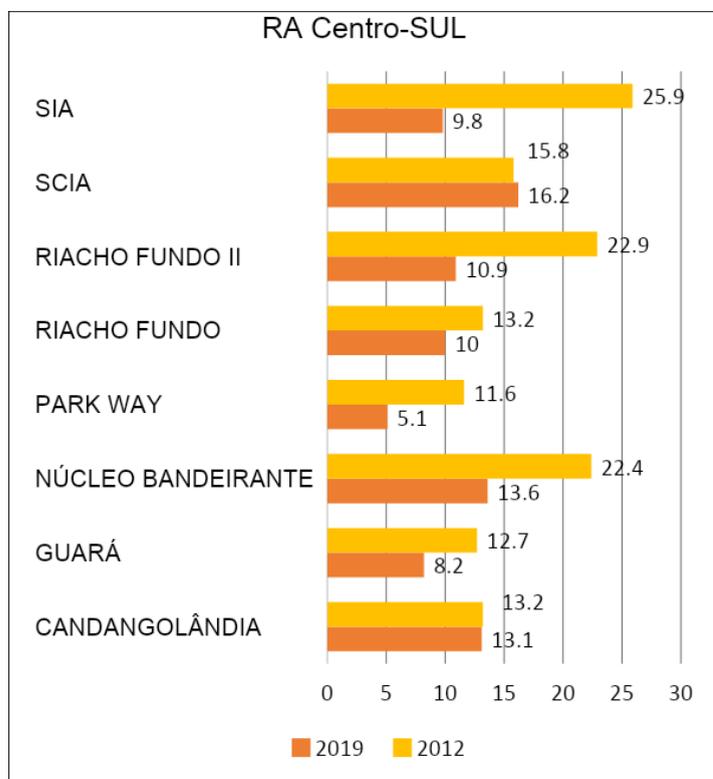
O gráfico 7 demonstra a probabilidade incondicional de morte prematura pelo conjunto das 4 principais DCNT no Distrito Federal comparando os anos de 2012 e 2019. O cálculo foi realizado segundo o preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), onde é apresentada a chance de ocorrer um óbito prematuro por DCNT naquele determinado local e ano. Destaca-se que houve redução do percentual de probabilidade incondicional de óbito em todas as regiões de saúde.

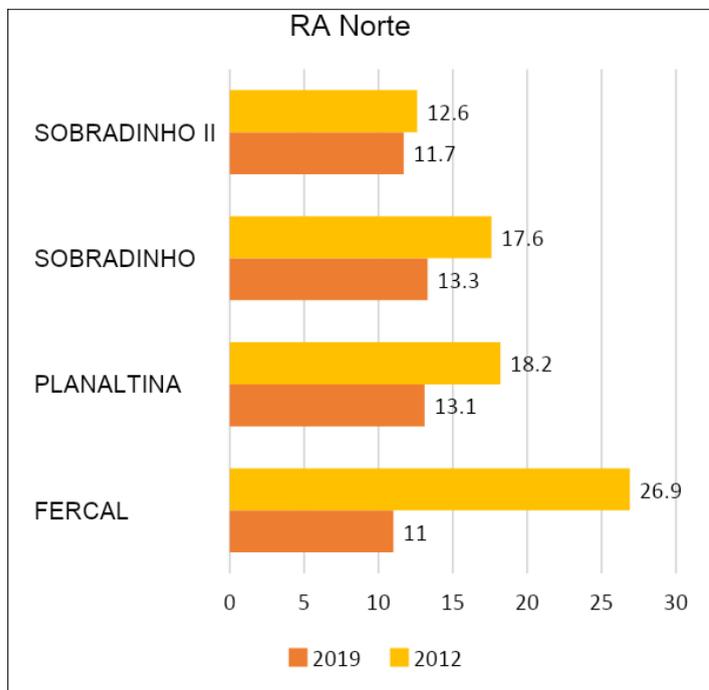


Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-DF). Data da extração dos dados: 09/09/2021.

Gráfico 7 – Probabilidade incondicional (%) de morte prematura pelo conjunto das 4 principais DCNT no Distrito Federal por Região de Saúde, 2012 e 2019.

O Gráfico 8 apresenta a probabilidade incondicional de morte prematura pelo conjunto das 4 principais DCNT distribuída por regional administrativa comparando os anos de 2012 e 2019. É possível perceber que ocorreu redução do percentual em grande parte das RA, porém o Itapoã e SCIA Estrutural apresentaram aumento da probabilidade incondicional de morte prematura, no período analisado.





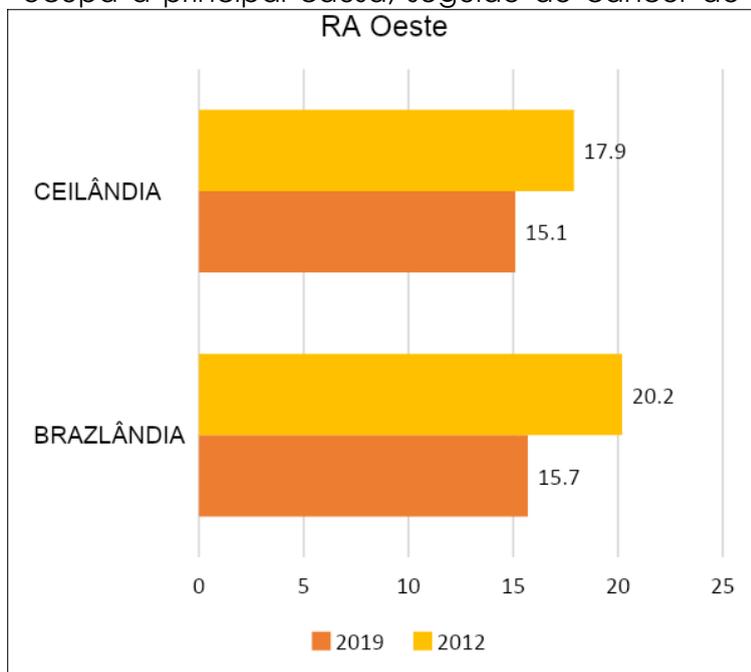
Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-DF). Data da extração dos dados: 09/09/2021.

Gráfico 8 – Probabilidade incondicional (%) de morte prematura pelo conjunto das 4 principais DCNT no Distrito Federal por Região Administrativa, 2012 e 2019.

Conclusão

Os dados apresentados neste informe epidemiológico reforçam a magnitude da mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório (principal causa de óbito prematuro de 2012 a 2016) e Neoplasias (supera DAC em 2016 e torna-se a principal causa de mortalidade prematura no DF, de 2016 a 2019). Entre as neoplasias, a neoplasia do aparelho digestivo ocupa a principal causa, seguido de câncer de

mama e colo de útero. Considerando os dados estratificados por sexo, foi observado que o sexo masculino apresentou taxas de mortalidade superior ao feminino em todos os anos analisados. De acordo com duas faixas etárias: 30 a 49 anos e 50 a 69 anos, a taxa de mortalidade foi maior para todas as DCNT na faixa etária entre 50 e 69 anos. Observou-se redução em todas as regiões de saúde, exceto na região Leste que apresentou aumento em 2019. As DCNT também foram responsáveis por 50% do total de óbitos prematuros no DF. A probabilidade incondicional indica a porcentagem de chance de ocorrer um óbito prematuro por DCNT em determinado local. Considerando cada RA ocorreu a redução percentual em todas elas, exceto Itapoã e SCIA Estrutural que tiveram aumento em 2019 comparado ao ano de 2012.



Recomendações

Para equipes ESF

- 1- Monitorar e planejar ações em seu território voltadas à identificação precoce de indivíduos com DCNT, a fim de intervir nos fatores de risco modificáveis, visando a prevenção e enfrentamento de seus agravos, bem como promover/possibilitar o tratamento adequado a cada caso;
- 2 - Incentivar todos os usuários, independente da faixa etária, a praticar atividade física regularmente e manter hábitos alimentares saudáveis;
- 3 - Fortalecer o cadastro dos indivíduos e conhecer quem são os doentes crônicos;
- 4 - Fortalecer autocuidado nos pacientes crônicos;
- 5 - Priorizar as ações de prevenção e promoção da saúde;
- 6 - Trabalhar os fatores de risco em atividades de grupos com a população;

7 - Acompanhar os doentes crônicos que foram hospitalizados devido à Covid-19, com a compreensão de que podem ter sua situação agravada;

Para gestão (em especial, GCC-DCNT e GCR-DCNT)

1- Garantir infraestrutura adequada tanto para o atendimento individualizado, quanto para realização de atividades coletivas;

2- Monitorar indicadores de saúde referentes às DCNT, em especial, monitorar as ações previstas no Plano Regional de Enfrentamento das DCNT;

3 - Avaliar as equipes de saúde a partir dos relatórios e-sus e discutir os resultados com as ESF;

4 – Fortalecer e priorizar o trabalho dos Grupos Condutores Regionais de DCNT (GCR DCNT);

5 - Participar das reuniões de discussão da Rede de DCNT;

6 - Elaborar documentos técnicos que subsidiem as equipes assistências no cuidado ao paciente com DCNT;

7 - Coletar dados sobre morbimortalidade por DCNT em sua região e elaborar boletins regionais de morbimortalidade por DCNT;

8 - Capacitar as equipes quanto ao preenchimento adequado dos sistemas de informação.

Para a população

1- Praticar atividade física regularmente e manter hábitos alimentares saudáveis;

2- Buscar informações e tratamento nas Unidades Básicas de Saúde próximas a sua residência;

3- Seguir o tratamento e as orientações recomendadas pelos profissionais de saúde;

4 – Cuide-se (pratique o autocuidado);

6 - Participar das atividades em grupo (respeitando o distanciamento social).

Referências

- 1 - FIGUEIREDO, Ana Elisa Bastos; CECCON, Roger Flores; FIGUEIREDO, José Henrique Cunha. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 77-88, 2021.
- 2 - SIMÕES, Taynãna César et al. Prevalências de doenças crônicas, e acesso de serviços de saúde no Brasil: evidências de três inquéritos domiciliares. *Ciência & Saúde Coletiva* [periódico na internet] (2021/Mar).
- 3 - Informativo Epidemiológico. Mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Subsecretaria de Vigilância à Saúde Secretaria de Saúde – DF. Brasília, 18 de dezembro de 2018.

Gerência de Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção à Saúde - GVDANTPS

Márcia Vieira - Gerente

Elaboração:

Área Técnica de Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Área Técnica de Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Debora Barbosa Ronca - GVDANTPS/DIVEP/SVS/SES

Thais Gontijo – GVDANTPS/DIVEP/SVS/SES

Leonardo de Souza Lourenço Carvalho - Residente em GPPS/ESCS

Rosielle Alves de Moura – Residente em GPPS/ESCS/FEPECS

E-mail: gdant.df@gmail.com; dcnt.vedf@gmail.com