



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
GERÊNCIA DE DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS**

**RELATÓRIO DAS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO
TRANSMISSÍVEIS NO DISTRITO FEDERAL
E DO PLANO DISTRITAL DE
PROMOÇÃO DA SAÚDE**

2011

SUMÁRIO

ANÁLISE SITUACIONAL DAS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO DF

1- Mortalidade.....	4
2- Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços de Urgência e Emergência.....	19
3- Vigilância de Acidentes de Trânsito.....	25
4- Vigilância Contínua de Violência no DF.....	30
5- Vigilância dos Fatores de Risco das DCNT no DF 2010..	32

ANÁLISE SITUACIONAL DAS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO DISTRITO FEDERAL

De acordo com Malta, (2007), as transformações sociais e econômicas ocorridas no mundo ao longo dos últimos séculos provocaram mudanças importantes no perfil de ocorrência das doenças. No Brasil, observa-se que estes processos de transição contribuíram com as seguintes mudanças:

- Transição Demográfica, que resultou em significativa diminuição das taxas de fecundidade e natalidade, no aumento progressivo da expectativa de vida e da proporção de idosos em relação aos demais grupos etários.
- A Transição Epidemiológica redundou em novo perfil de morbimortalidade, condicionado à diversidade regional quanto às características socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde, um "modelo polarizado de transição."¹ Tal modelo de transição apresenta, para distintas regiões, o crescimento da morbimortalidade por DCNT e a ocorrência, todavia alta, de doenças infecciosas. A Transição Epidemiológica, por sua vez, decorre da urbanização acelerada, do acesso a serviços de saúde, dos meios de diagnóstico e das mudanças culturais, expressivos nas últimas décadas, entre outros fatores.
- A Transição Nutricional, por fim, advém do aumento progressivo de sobrepeso e obesidade em função das mudanças do padrão alimentar e do sedentarismo da vida moderna.

Projeções para as próximas décadas apontam para um crescimento epidêmico das DANT na maioria dos países em desenvolvimento, especialmente em relação às doenças cardiovasculares, neoplasias e diabetes tipo 2 (BRASIL, 2008). Elas têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda da qualidade de vida com alto grau de limitações nas atividades de trabalho e lazer, além dos impactos econômicos para as famílias, comunidade e a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza.

As doenças e agravos não transmissíveis respondem pelas maiores taxas de morbimortalidade e por cerca de mais 70% dos gastos assistenciais com a saúde no Brasil, com tendência crescente (BRASIL, 2008).

Tendo em vista, as limitações de dados que impedem um cálculo mais preciso dos custos impostos pelos acidentes e violências no Brasil, pode-se, no entanto, estimar a dimensão geral do impacto econômico das causas externas a partir de informações de gastos hospitalares e de mortalidade. As lesões e envenenamentos, no que se referem custos médicos diretos, são as causas mais importantes de internação hospitalar e são responsáveis por um gasto estimado em R\$ 287 milhões por ano por parte do governo federal. Esses valores não incluem os gastos em emergências (pronto-socorro), as despesas com exames e serviços diagnósticos não realizados em nível de internação, além dos gastos com tratamentos ambulatoriais e reabilitação. (SANTANA, 2007)

Apesar do seu rápido crescimento, o impacto das DANT pode ser revertido por meio de intervenções amplas e custo-efetivas de promoção da saúde para a redução de seus fatores de risco, além da melhoria da atenção à saúde, detecção precoce e tratamento oportuno.

No Brasil, a Instrução Normativa Nº. 1/ 05 de setembro de 2002, do Ministério da Saúde, estabeleceu o Subsistema Nacional de Vigilância das Doenças e Agravos não Transmissíveis, que foi de fundamental importância para a implementação de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde, a prevenção e o controle dessas doenças.

O Distrito Federal segue a tendência dos países em desenvolvimento com a mortalidade das doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas como primeiras causas de morte e aumento significativo da população idosa. Esta tendência chama à atenção para a necessidade premente de elaboração e implementação de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde e atividades voltadas para este segmento da população.

Este relatório tem a finalidade de apresentar a situação das doenças e agravos não transmissíveis (DANT) no Distrito Federal, utilizando como fonte as bases de dados do Sistema de Informações em Mortalidade (SIM), da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico organizado pelo Ministério da Saúde (VIGITEL) e do Sistema de Informação de Agravos por Notificação (SINAN), no qual são registradas as notificações compulsórias de violência no Distrito Federal. Estes sistemas subsidiam as ações das subsecretarias, diretorias, gerências e núcleos da Secretaria de Estado de Saúde (SES) na promoção à saúde, vigilância e prevenção dos fatores de risco das doenças e agravos não transmissíveis.

1- MORTALIDADE

A mortalidade por doenças e agravos não transmissíveis apresenta uma tendência crescente no Brasil e no Distrito Federal.

No DF, entre 2003 e 2005, os principais grupos de causas de mortalidade foram os das doenças do aparelho circulatório, causas externas e, em terceiro lugar, as neoplasias .

Tabela 1 - Coeficiente de Mortalidade (por 100.000 hab.) por grupos de causas em residentes no Distrito Federal de 2003 a 2009

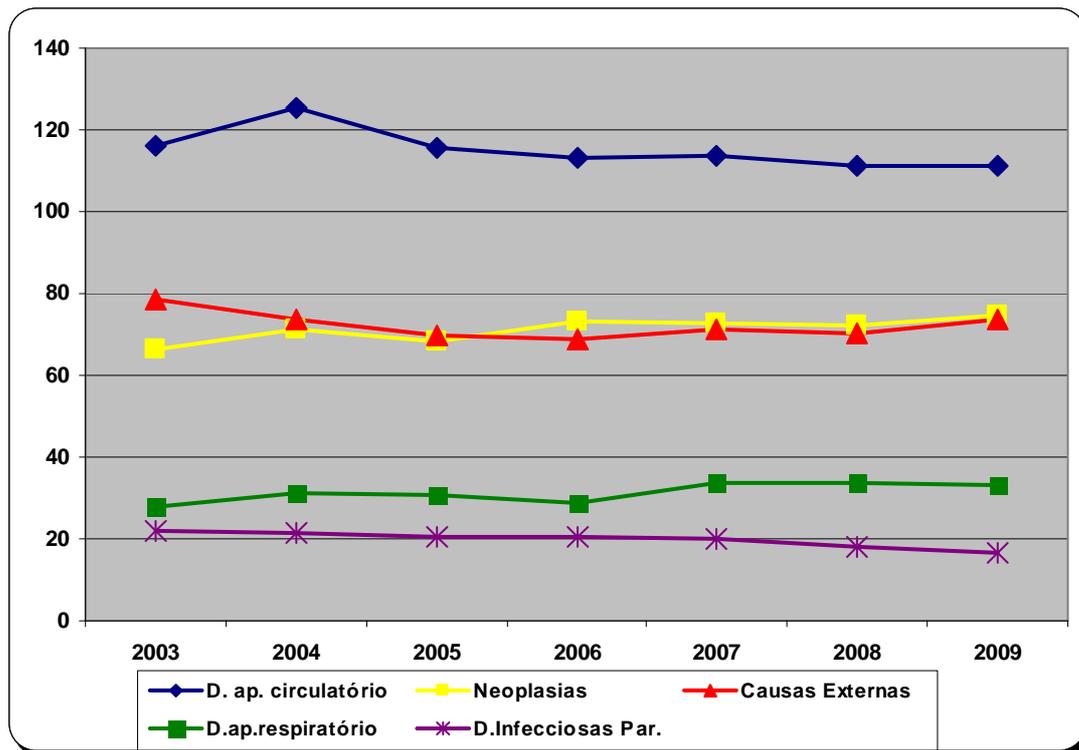
Grupo de Causas	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Doenças aparelho circulatório	115,9	125,3	115,8	113,0	113,5	111,2	111,1
Neoplasias (tumores)	66,5	71,3	68,1	73,2	72,6	72,0	74,4
Causas externas	78,7	73,5	69,6	68,7	71,4	70,1	73,6

Doenças aparelho respiratório	27,6	31,0	30,7	29,0	33,9	33,9	33,3
Doenças do aparelho digestivo	20,8	22,2	20,5	20,0	20,3	22,6	21,0
D endócrinas nutr e metaból	20,5	21,3	21,3	18,0	21,4	20,8	19,1
Denças infecciosas e parasitar	22,0	21,3	20,7	20,3	19,8	18,2	16,7
Afecções originadas no período perinatal	16,0	14,5	14,2	13,7	11,4	11,2	11,2
Doenças do sistema nervoso	6,4	8,6	8,6	9,9	9,2	8,6	9,8
Malformações congênitas	8,6	9,7	8,1	8,2	6,5	6,6	7,1
Doenças aparelho geniturinário	6,6	5,9	6,4	6,2	6,8	7,1	7,3
Transtornos mentais	4,3	5,3	6,2	5,2	4,5	4,9	4,9
D sistosteomusc e tecconjunt	1,5	2,4	1,8	2,2	1,7	1,8	2,4
D sangue órgãos hemat e transt imunitário	1,6	1,5	1,4	1,4	1,4	1,6	2,1
Gravidez parto e puerpério*	0,9	1,7	1,3	0,9	0,7	1,1	1,6
D pele e do tecido subcutâneo	0,1	0,4	0,4	0,4	0,5	0,3	0,3
D ouvido e da apófise mastóide	0	0	0	0	0	0	0
Doenças do olho e anexos	0	0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0
Mal definidas	17,7	15,2	9,5	8,5	9,2	7,6	6,2

Fonte: SIM/DIVEP/SVS/SES*por 100 mil mulheres

A partir de 2006 o grupo das neoplasias ultrapassou o grupo das causas externas e passou a ser o segundo maior grupo causador de mortalidade. As doenças do aparelho circulatório apresentam tendência de queda a partir de 2004.

Figura 1 - Coeficiente de mortalidade (por 100.000 hab.) das principais causas de óbito no Distrito Federal de 2003 a 2009.



Fonte: SIM/DIVEP/SVS/SES

Tabela 2- Mortalidade por doenças do aparelho circulatório por sexo, na população maior ou igual a 20 anos, em residentes no Distrito Federal, 2009.

Doenças do Aparelho Circulatório	Masculino		Feminino		Total	
	No.	Coef.	No.	Coef.	No.	Coef.
Doenças cerebrovasculares	397	50,5	443	48,6	840	49,5
Infarto do miocárdio	268	34,1	237	26,0	505	29,7
Miocardopatias (exceto alcoólica)	212	27,0	119	13,1	331	19,5
Insuficiência cardíaca	164	20,8	128	14,0	292	17,2
Doenças hipertensivas	112	14,2	148	16,2	260	15,3
Doenças isquêmicas do coração (exceto infarto)	104	13,2	75	8,2	179	10,5
Demais causas de morte por DAC	72	9,2	66	7,2	138	8,1
Complicações cardiop. e d. card. mal def.	79	10,0	54	5,9	133	7,8
Aneurisma e dissecção aorta	58	7,4	35	3,8	93	5,5

D. reumática crônica do coração	9	1,1	25	2,7	34	2,0
Arritmias cardíacas	19	2,4	14	1,5	33	1,9
D. cardíaca pulmonar e da circulação pulmonar	8	1,0	23	2,5	31	1,8
Total	1502	190,9	1367	149,9	2869	168,9

Fonte: SIM/DIVEP/SVS/SESPor 100.000 habitantes com 20 anos ou mais.

Em 2009 ocorreram 2869 óbitos devido a doenças do aparelho circulatório em pessoas com 20 anos ou mais, sendo que 52,3(1502 óbitos) dos óbitos ocorreram no sexo masculino e 47,7 (1367 óbitos) no sexo feminino. Os coeficientes específicos de mortalidade nesta faixa etária foram de 190,9 por 100.000 para o sexo masculino e 149,9 por 100.000 para o sexo feminino. Entre os agravos do aparelho circulatório, as doenças cerebrovasculares (49,5) e o infarto do miocárdio (29,7) apresentaram o maior coeficiente de mortalidade. O coeficiente de mortalidade específico no sexo masculino foi maior que no feminino, sendo a única exceção a doença hipertensiva. Os cinco agravos com maior coeficiente de mortalidade no sexo masculino foram: doenças cerebrovasculares (50,5), infarto do miocárdio (34,1), miocardiopatias (27,0), insuficiência cardíaca (20,8) e doença hipertensiva (14,2). No sexo feminino, encontramos as seguintes doenças: doenças cerebrovasculares (48,6), infarto do miocárdio (26,0), doença hipertensiva (16,2), insuficiência cardíaca (14,0) e miocardiopatias (13,1).

Tabela 3 - Mortalidade por doenças cerebrovasculares, doença isquêmica do coração¹ e diabetes mellitus por faixa etária e sexo no Distrito Federal em 2009.

Causas	20-39				40-59				60-79				80 e+			
	Masculino		Feminino		Masculino		Feminino		Masculino		Feminino		Masculino		Feminino	
	No	Coef	No	Coef	No	Coef	No	Coef	No.	Coef	No.	Coef	No.	Coef	No.	Coef
D.cerebrovasculares	15	3,3	18	3,6	81	31,9	78	26,1	178	252,6	181	197,3	124	1577,6	166	1007,6
D. isquêmica do coração	7	1,5	4	0,8	87	34,3	57	19,1	209	296,6	150	163,5	69	877,9	101	613,1
Diabetes mellitus	8	1,8	7	1,4	53	20,9	52	17,4	91	129,2	113	123,2	33	419,8	50	303,5

Fonte: SIM/DIVEP/SVS/SES

¹ Doença isquêmica do Coração, incluindo Infarto (I20 a I25)

*Coeficiente de mortalidade por 100.000 homens da faixa etária. **Coeficiente de mortalidade por 100.000 mulheres da faixa etária.

Em 2009 ocorreram 407 óbitos devido a diabetes, sendo 185 no sexo masculino e 222 no sexo feminino. Ocorreram 841 óbitos por doenças cerebrovasculares sendo 398 homens e 443 mulheres. Na doença isquêmica do coração (que inclui infarto) foram 684 óbitos compreendendo 372 homens e 312 mulheres. Verifica-se que o coeficiente de mortalidade foi maior no sexo masculino na causa de *Diabetes mellitus* e na doença isquêmica do coração em todas as faixas etárias e nas doenças cerebrovasculares, na faixa etária de acima de 40 anos).

O maior coeficiente de mortalidade por diabetes ocorreu no Setor de Indústria e Abastecimento –SIA (38,4), seguido por Brazlândia (37,8), Gama (29,4), Lago Sul (26,4), Lago Norte (24,5), Taguatinga (22,7) e Sobradinho (22,3). Com relação a Doenças Cerebrovasculares verificamos maior coeficiente de mortalidade em Sobradinho (49,9), Gama (48,8), Brazlândia (42,7), Lago Norte (42,0), Estrutural (38,8), Taguatinga (38,5) e Ceilândia (36,3). O coeficiente de mortalidade por Doença Isquêmica do Coração é maior no Lago Norte (59,0), Lago Sul (56,0), Candangolândia (47,1), Asa sul (42,8), SIA (38,0), ParK Way (37,6) e Jardim Botânico. (37,4)

Tabela 4 - Mortalidade por doenças cerebrovasculares, doença isquêmica do coração e Diabetes *mellitus* e local de residência no Distrito Federal, na população com 20 anos e mais, em 2009.

Local de residência	Diabetes mellitus		D.cerebrovasculares		D.isquêmica coração	
	No.	coef	No.	Coef	No.	coef
Águas Claras	10	18,4	15	27,7	10	18,4
Asa Norte	11	9,1	36	29,7	34	28,0
Asa Sul	15	11,9	41	32,5	54	42,8
Brazlândia	23	37,8	26	42,7	21	34,5
Candangolândia	3	17,7	6	35,3	8	47,1
Ceilândia	75	18,1	150	36,3	113	27,3
Cruzeiro	6	11,8	10	19,6	14	27,5
Gama	41	29,4	68	48,8	40	28,7
Guará	15	10,9	39	28,3	36	26,1
Itapoã	2	3,5	3	5,2	4	7,0
Jardim Botânico	1	5,3	6	32,1	7	37,4
Lago Norte	7	24,5	12	42,0	17	59,4
Lago Sul	8	26,4	7	23,1	17	56,0
Núcleo Bandeirante	1	3,5	8	28,4	7	24,8
Paranoá	7	14,2	12	24,4	10	20,3
Park Way	2	8,4	8	33,4	9	37,6
Planaltina	24	13,7	58	33,1	28	16,0
Recanto das Emas	14	11,0	27	21,2	12	9,4
Riacho Fundo I	2	6,2	10	30,8	6	18,5
Riacho Fundo II	3	13,9	9	41,6	6	27,8
Samambaia	30	16,3	52	28,3	38	20,7
Santa Maria	8	7,2	31	27,8	22	19,7
São Sebastião	3	4,4	20	29,6	11	16,3
SCIA (Estrutural)	2	11,1	7	38,8	3	16,6
SAI	1	38,4	0	0,0	1	38,4
Sobradinho	17	22,3	38	49,9	39	51,2
Sobradinho II	8	9,0	27	30,2	17	19,0
Sudoeste/Oct	0	0,0	2	3,4	4	6,9
Taguatinga	63	22,7	107	38,5	83	29,9
Varjão do Torto	1	13,5	1	13,5	0	0,0
Ignorado	4	-	4	-	13	-
Total	407	15,6	840	32,2	684	26,2

Fonte: SIM/DIVEP/SVS/SES*Coeficiente por 100 mil habitantes

Tabela 5– Número e coeficiente de mortalidade por algumas neoplasias no período de 2006 a 2009, residentes no DF.

Neoplasias	2006		2007		2008		2009	
	No.	Coef	No.	Coef	No.	Coef	No.	Coef
Cólon e reto	141	5,9*	132	5,4*	173	6,8*	159	6,1*
Bronquios e pulmões	210	8,8*	191	7,8*	203	7,9*	213	8,2*
Mama	161	12,9**	136	10,7**	145	10,9**	150	11,0**
Colo do útero	60	4,8**	59	4,6**	55	4,1**	62	4,6**
Próstata	111	9,7***	96	8,3***	120	9,8***	132	10,6***

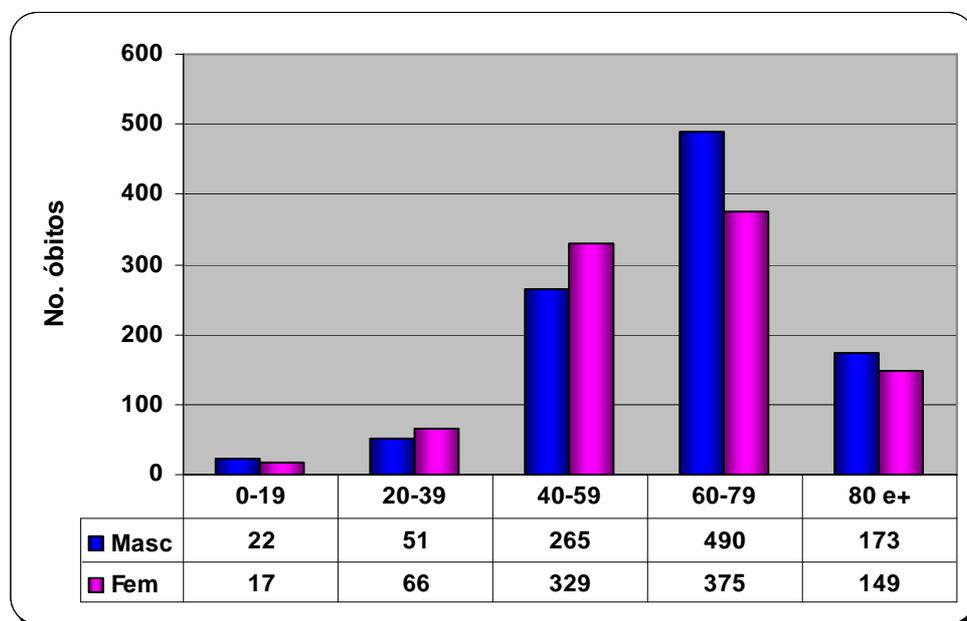
Fonte: SIM/DIVEP/SVS/SES

*por 100 mil habitantes

**por 100 mil mulheres

***por 100 mil homens

Figura 2- Distribuição da mortalidade por neoplasias, sexo e faixa etária em residentes no DF em 2009.



Fonte: SIM/ DIVEP/SVS/SES

Tabela 6 - Mortalidade pelas neoplasias mais freqüentes, por sexo, na população maior ou igual a 20 anos, residentes no DF em 2009.

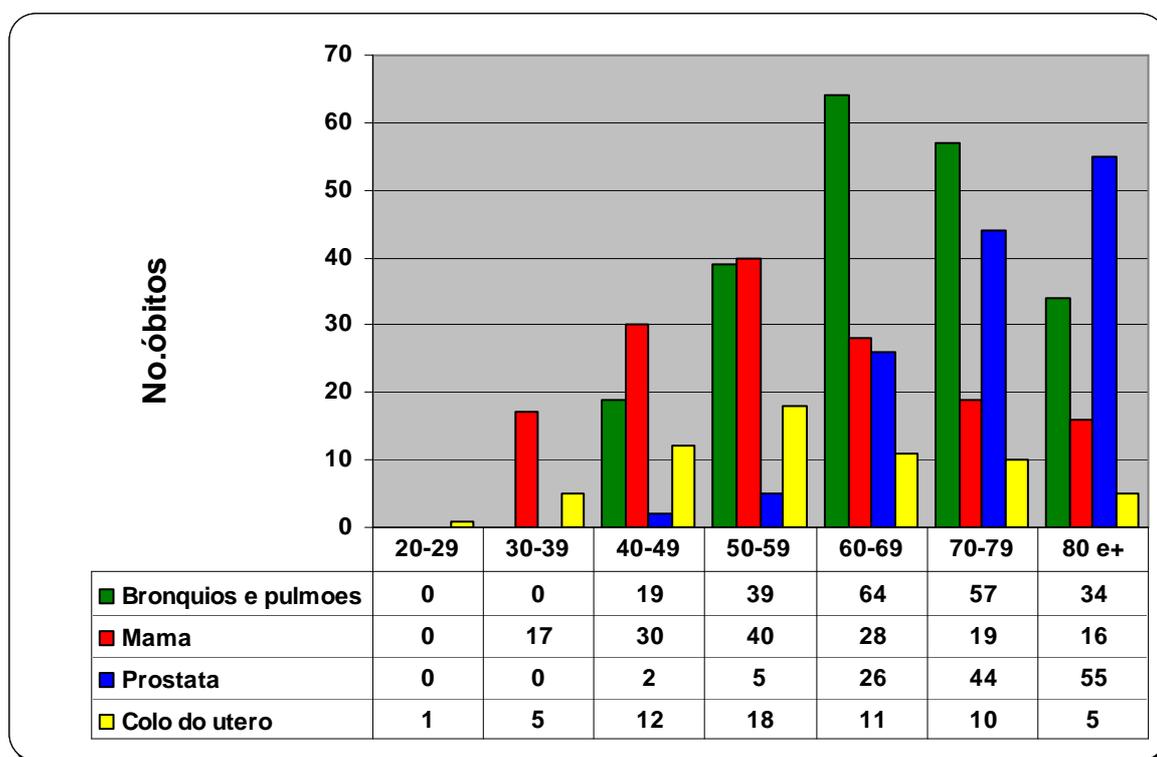
Neoplasias	Masculino		Feminino		Total	
	No.	Coef.*	No.	Coef.**	No.	Coef.***
Mama	-	-	150	11,0	150	11,0
Prostata	132	10,6	-	-	132	10,6
Bronquios e dos pulmões	140	11,2	73	5,4	213	8,2
Estômago	95	7,6	49	3,6	144	5,5
Colon	54	4,3	68	5,0	122	4,7
Colo do útero	-	-	62	4,6	62	4,6
Fígado vias biliares intra-hepat	46	3,7	32	2,3	78	3,0
Encefalo	34	2,7	34	2,5	68	2,6
Pancreas	33	2,7	41	3,0	74	2,8
Esofago	53	4,3	8	0,6	61	2,3

Fonte: SIM/ DIVEP /SVS/SES

*Coeficiente por 100 mil homens **Coeficiente por 100 mil mulheres

***Coeficiente por 100 mil habitantes

Figura 3 - Distribuição da mortalidade por câncer de mama, colo do útero, próstata e brônquios e pulmão por faixa etária em residentes no DF, em 2009.



Fonte: SIM/ DIVEP /SVS/SES

Tabela 7– Distribuição da mortalidade por algumas neoplasias e local de residência, na população maior ou igual a 20 anos, 2009.

	Cólon e Reto		Brônquios e Pulmões		Mama		Colo do útero		Próstata	
	No.	Coef	No.	Coef	No.	Coef	No.	Coef	No.	Coef
DistrResid 2007-9										
Águas Claras	9	16,6	6	11,1	1	1,8	1	1,8	5	9,2
Asa Norte	10	8,2	12	9,9	5	4,1	1	0,8	4	3,3
Asa Sul	11	8,7	16	12,7	12	9,5	3	2,4	12	9,5
Brazlândia	1	1,6	3	4,9	3	4,9	0	0,0	3	4,9
Candangolândia	1	5,9	1	5,9	1	5,9	0	0,0	0	0,0
Ceilândia	19	4,6	39	9,4	24	5,8	6	1,5	24	5,8
Cruzeiro	4	7,9	4	7,9	2	3,9	0	0,0	3	5,9
Gama	9	6,5	15	10,8	10	7,2	5	3,6	7	5,0
Guará	10	7,3	16	11,6	7	5,1	2	1,5	4	2,9
Itapoã	0	0,0	0	0,0	3	5,2	2	3,5	1	1,7
Jardim Botânico	2	10,7	2	10,7	3	16,0	1	5,3	2	10,7
Lago Norte	3	10,5	7	24,5	3	10,5	0	0,0	2	7,0
Lago Sul	6	19,8	7	23,1	5	16,5	0	0,0	2	6,6
Núcleo Bandeirante	1	3,5	4	14,2	1	3,5	0	0,0	1	3,5
Paranoá	1	2,0	3	6,1	1	2,0	0	0,0	1	2,0
Park Way	2	8,4	2	8,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Planaltina	6	3,4	9	5,1	10	5,7	8	4,6	9	5,1
Recanto das Emas	6	4,7	5	3,9	7	5,5	5	3,9	4	3,1
Riacho Fundo I	3	9,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	6,2
Riacho Fundo II	0	0,0	2	9,3	1	4,6	0	0,0	1	4,6
Samambaia	8	4,3	14	7,6	11	6,0	5	2,7	1	0,5
Santa Maria	4	3,6	8	7,2	10	9,0	7	6,3	3	2,7
São Sebastião	1	1,5	0	0,0	3	4,4	3	4,4	3	4,4
SCIA (Estrutural)	0	0,0	2	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sobradinho	7	9,2	4	5,2	6	7,9	3	3,9	8	10,5
Sobradinho II	6	6,7	6	6,7	4	4,5	3	3,4	6	6,7
Sudoeste/Oct	4	6,9	3	5,2	3	5,2	0	0,0	0	0,0
Taguatinga	23	8,3	19	6,8	13	4,7	7	2,5	23	8,3
Varjão do Torto	1	13,5	2	27,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ignorado	1		2		1		0		1	
Total	159	6,1	213	8,2	150	5,8	62	2,4	132	5,1

Fonte: SIM/ DIVEP /SVS/SES

*por 100 mil habitantes

A distribuição de mortalidade por câncer em 2009 é maior nas faixas etárias: 60-79 e 70-79anos, para câncer de brônquios e pulmões; 80 e + e 70-79 anos, para câncer de próstata, e 50-59 e 40-49 anos, para câncer de mama e colo de útero. No sexo masculino, a mortalidade por câncer mais freqüentes são: próstata (10,6), brônquios e pulmão (11,2), estômago (7,6), cólon (4,3) e esôfago (4,3). No sexo feminino a mortalidade por câncer mais freqüentes são: mama (11,0), brônquios e pulmão (5,4), cólon (5,0), colo de útero (4,6) e estômago (3,6). O câncer de mama é mais freqüente na faixa etária 50-59 anos e 40-49 anos.

Os maiores coeficientes de cânceres nas regionais são:

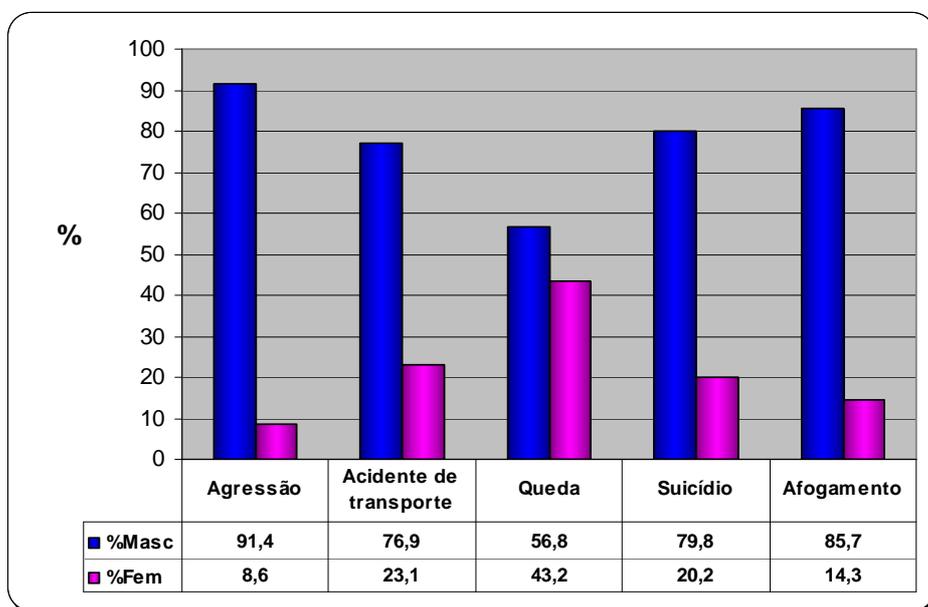
- Cólon e reto: Lago Sul (19,8), seguido pelo, Águas Claras (16,6), Varjão do Torto (13,5), Jardim Botânico (10,7), Sobradinho II (9,2) e Riacho Fundo I (9,2).
- Brônquios e pulmões: Varjão (27,1), lago Norte (24,5), lago Sul (23,1), Núcleo Bandeirante (14,2), Asa Sul (12,7) e Guará (11,6)
- Mama: Lago Sul (16,5), Jardim Botânico (16,0), Lago Norte (10,5), Asa Sul (9,5), Santa Maria (9,0) e Sobradinho (6,0).
- Colo de útero: Santa Maria (6,3), Jardim Botânico (5,3), Planaltina (4,6), São Sebastião (4,4), Sobradinho (3,9) e Gama (3,6).
- Próstata: Jardim Botânico (10,7), Asa Sul (9,5), Sobradinho (10,5), Taguatinga (8,3), Lago Norte (7,0) e Sobradinho II (6,7).

Tabela 8– Número e coeficiente de mortalidade por causas externas no período de 2006 a 2009, residentes no DF.

Causa (CID10 BR)	2006		2007		2008		2009	
	No.	Coef	No.	Coef	No.	Coef	No.	Coef
Agressões (homicídios)	660	27,7	709	29,1	807	31,6	880	33,8
Acidentes de transporte	512	21,5	560	23,0	527	20,6	524	20,1
Quedas	167	7,0	145	6,0	178	7,0	199	7,6
Suicídio	108	4,5	103	4,2	116	4,5	129	4,9
Afogamento e submersões acidentais	61	2,6	58	2,4	50	2,0	56	2,1
Envenenamento, intoxicação por ou exposição a subst. nociva	23	1,0	19	0,8	14	0,5	22	0,8
Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	5	0,2	14	0,6	15	0,6	9	0,3
Exposição a fumaça, ao fogo e a chamas	3	0,1	11	0,5	14	0,5	3	0,1
Intervenções legais	0	0,0	1	0,0	0	0,0	2	0,1
Demais causas externas	98	4,1	118	4,8	116	4,5	94	3,6
Total	1637	68,7	1738	71,4	1837	71,8	1918	73,6

Fonte: SIM/ DIVEP/SVS/SES Coeficiente por 100 mil habitantes

Figura 4– Distribuição percentual de mortalidade por algumas causas externas por sexo, residentes no DF, 2009.



Fonte: SIM/ DIVEP/SVS/SES

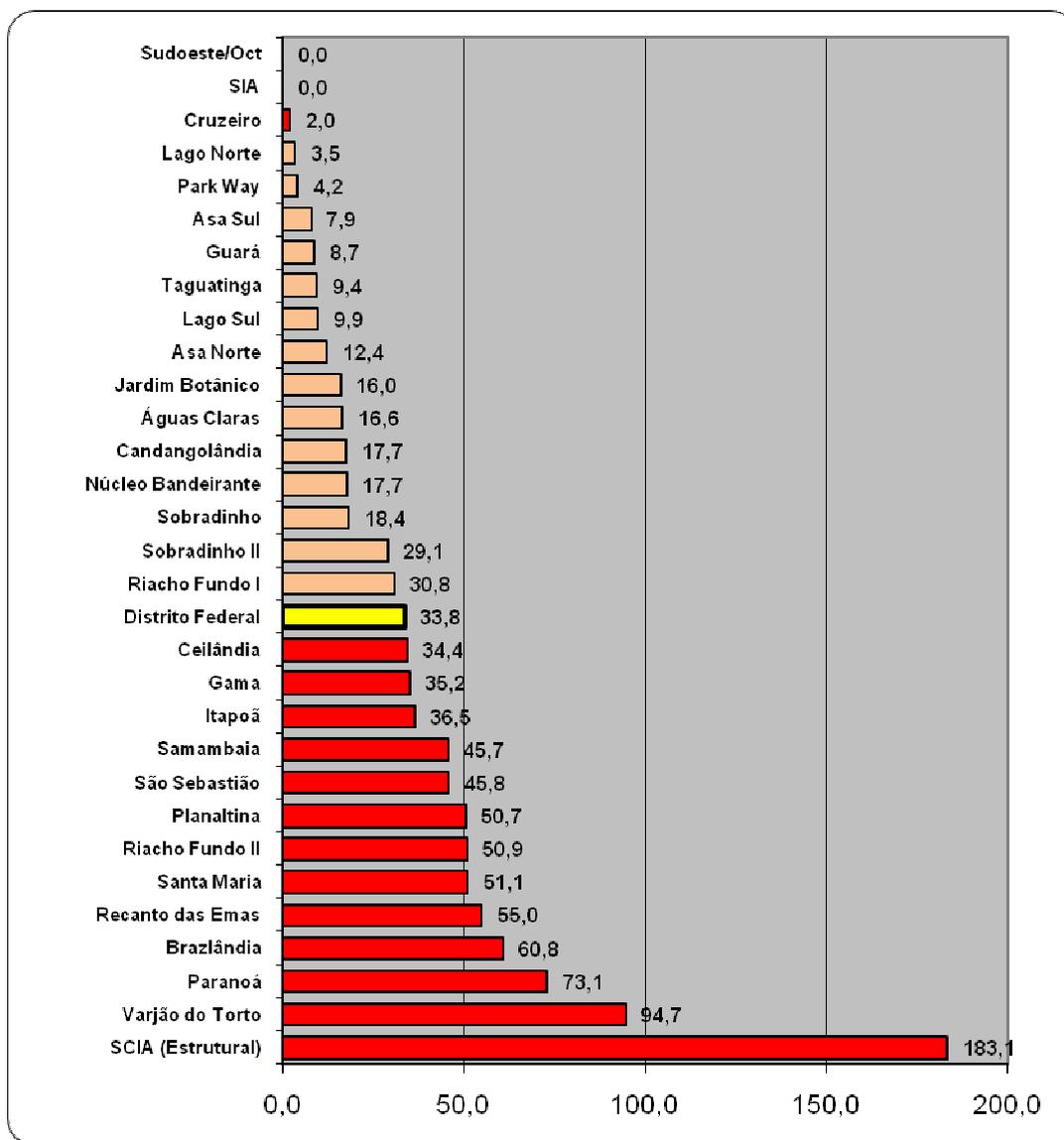
Tabela 9 – Número e percentual de óbitos por agressões (homicídios), por sexo e faixa etária, residentes no DF, 2009.

Faixa Etária (anos)	Masculino		Feminino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
0-9	5	0,6	2	2,6	7	0,8
10-19	154	19,2	16	21,1	170	19,3
20-39	495	61,6	41	53,9	536	60,9
40-59	87	10,8	9	11,8	96	10,9
60 e +	23	2,9	4	5,3	27	3,1
Ignorado	40	5,0	4	5,3	44	5,0
Total	804	100,0	76	100,0	880	100,0

Fonte: SIM/ DIVEP/SVS/SES

As agressões (homicídios) representam os maiores coeficientes de mortalidade por causas externas desde 2006, com uma tendência de elevação. Em 2009 o percentual de mortalidade por agressões (91,4%), afogamentos (85,7%), acidentes de transporte (76,8%), suicídios (73,8%) e quedas (56,8%) são maiores no sexo masculino do que no feminino e as faixas etárias dos 20-39 anos (60,9%) e 10-19 anos (19,3%) em ambos os sexos apresentam os maiores percentuais de óbitos por agressão em 2009.

Figura 5 – Coeficiente de mortalidade por agressões (homicídios) por local de residência, 2009



Fonte: SIM, DIVEP/SES DF

O coeficiente de mortalidade por agressões, em 2009, nas Regiões Administrativas: Estrutural (193,1), Varjão do Torto (94,7), Paranoá (73,1), Brazlândia (60,8), Recanto das Emas (55,0), Santa Maria (51,1), Riacho Fundo II (50,9), Planaltina (50,7), São Sebastião (45,8), Samambaia (45,7), Itapoã (36,5), Gama (35,2) e Ceilândia (34,4) foi superior ao coeficiente do Distrito Federal (33,8).

Tabela 10 – Número e percentual de óbitos por acidentes de transporte, por sexo e faixa etária, residentes no DF, 2009.

Faixa Etária (anos)	Masculino		Feminino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
0-9	18	4,5	13	10,9	31	5,9
10-19	39	9,7	22	18,2	61	11,6
20-39	192	47,6	31	26,4	223	42,6
40-59	98	24,3	37	30,9	135	25,8
60 e +	50	12,4	18	13,6	68	13,0
Ignorado	6	1,5	0	0,0	6	1,1
Total	403	100,0	121	100,0	524	100,0

Fonte: SIM/ DIVEP/SVS/SES

O percentual de óbitos de por acidente de transporte foi maior na faixa etária de 20-39 anos (42,6%), 40-59 anos (25,8%) e mais de 60 anos (13%). No sexo masculino o percentual foi maior 20-39 anos (47,6%) e 40-59 anos (24,3%) e, no sexo feminino, foi na faixa etária 40-59 anos (30,9%) e 20-39 anos (26,4%).

Tabela 11 – Coeficiente de mortalidade por agressões (homicídios) e acidente de transporte, quedas e suicídios por local de residência, 2009.

DistrResid 2007-9	Agressões		Acidente transporte		Qued a	Coef	Suicidi o	
	Freqüência	Coef	No.	Coef			No.	Coef
Águas Claras	9	16,6	8	14,7	1	1,8	5	9,2
Asa Norte	15	12,4	11	9,1	3	2,5	7	5,8
Asa Sul	10	7,9	9	7,1	16	12,7	4	3,2
Brazlândia	37	60,8	9	14,8	2	3,3	4	6,6
Candangolândia	3	17,7	5	29,4	1	5,9	0	0,0
Ceilândia	142	34,4	78	18,9	24	5,8	22	5,3
Cruzeiro	1	2,0	7	13,8	4	7,9	4	7,9
Gama	49	35,2	34	24,4	25	17,9	2	1,4

Guará	12	8,7	15	10,9	6	4,4	4	2,9
Itapoã	21	36,5	13	22,6	2	3,5	2	3,5
Jardim Botânico	3	16,0	1	5,3	1	5,3	0	0,0
Lago Norte	1	3,5	6	21,0	3	10,5	1	3,5
Lago Sul	3	9,9	6	19,8	6	19,8	5	16,5
Núcleo Bandeirante	5	17,7	6	21,3	2	7,1	2	7,1
Paranoá	36	73,1	15	30,4	5	10,1	5	10,1
Park Way	1	4,2	4	16,7	5	20,9	0	0,0
Planaltina	89	50,7	54	30,8	8	4,6	4	2,3
Recanto das Emas	70	55,0	15	11,8	3	2,4	5	3,9
Riacho Fundo I	10	30,8	4	12,3	2	6,2	3	9,2
Riacho Fundo II	11	50,9	7	32,4	3	13,9	1	4,6
Samambaia	84	45,7	24	13,0	12	6,5	7	3,8
Santa Maria	57	51,1	30	26,9	1	0,9	8	7,2
São Sebastião	31	45,8	22	32,5	3	4,4	9	13,3
SCIA (Estrutural)	33	183,1	5	27,7	1	5,5	1	5,5
SAI	0	-	1	38,4	0	0,0	0	0,0
Sobradinho	14	18,4	23	30,2	5	6,6	1	1,3
Sobradinho II	26	29,1	16	17,9	11	12,3	8	9,0
Sudoeste/Oct	0	-	2	3,4	4	6,9	1	1,7
Taguatinga	26	9,4	48	17,3	32	11,5	11	4,0
Varjão do Torto	7	94,7	2	27,1	0	0,0	0	0,0
Total	880	33,8	524	20,1	199	7,6	129	4,9

Fonte: SIM/DIVEP/SVS/SES

coeficiente por 100 mil habitantes

O Coeficiente de mortalidade por causas externas foi maior nas Regiões Administrativas:

- 1- Agressão/ homicídios: Estrutural (183,1), Varjão (945,7), Paranoá (73,1), Brazlândia (60,4), Recanto das Emas (55,0), Santa Maria (51,1), Riacho Fundo II (50,9) e Planaltina (50,9).
- 2- Acidente de transporte: SAI (38,4), São Sebastião (32,5), Planaltina (50,7), Paranoá (30,6), Sobradinho (30,2), Candangolândia (29,4), Gama (24,4), Itapoã (22,6) e lago Norte (21,0),
- 3- Quedas: Park Way (20,9), Lago Sul (19,8), Gama (17,9), Riacho Fundo II (13,9), Asa Sul (12,7),Sobradinho II (12,3), Taguatinga (11,5), Lago Norte (10,5) e Paranoá (10,1)
- 4- Suicídios: Lago Sul (16,5) São Sebastião (13,3), Paranoá (101,1), Águas Claras (9,2), Riacho Fundo I (9,2), Sobradinho II (9,0), Cruzeiro (7,9), Núcleo Bandeirante (7,1), Brazlândia(6,6), Asa Norte (5,8) e Ceilândia (5,3).

Tabela 12 – Número e percentual de óbitos por quedas, por sexo e faixa etária, residentes no DF, 2009.

Faixa Etária (anos)	Masculino		Feminino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
0-9	2	1,8	1	1,2	3	1,5
10-19	2	1,8	0	0,0	2	1,0
20-39	20	17,7	1	1,2	21	10,6
40-59	35	31,0	5	5,9	40	20,1
60 e +	50	44,2	78	90,6	128	64,3
Ignorado	4	3,5	1	1,2	5	2,5
Total	113	100,0	86	100,0	199	100,0

Fonte: SIM/DIVEP/SVS/SES

O Percentual de óbitos por quedas foi maior na faixa etária com mais de 60 anos (64,3%) sendo que no sexo masculino foi de (44,2%) e no sexo feminino foi de (90,6%).

Tabela 13 – Número e percentual de óbitos por suicídio, por sexo e faixa etária, residentes no DF, 2009.

Faixa Etária (anos)	Masculino		Feminino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
10-19	8	7,8	0	0,0	8	6,2
20-39	55	53,4	17	65,4	72	55,8
40-59	30	29,1	7	26,9	37	28,7
60 e +	7	6,8	2	7,7	9	7,0
Ignorado	3	2,9	0	0,0	3	2,3
Total	103	100,0	26	100,0	129	100,0

Fonte: SIM/Divep/SVS/SES

O percentual de óbitos por suicídios foi maior na faixa etária 20-39 (55,8%) e 40-59 (28,7%) anos para ambos os sexos, sendo que no sexo masculino, foi de 53,4% e 29,1% e no feminino, 65,4% e 26,9% respectivamente.

2 - VIGILÂNCIA DE ACIDENTES E VIOLÊNCIAS EM SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA – VIVA

O impacto das causas externas (violências e acidentes) na qualidade de vida e nas condições de saúde da população representa um grande problema a ser enfrentado em todo o mundo, podendo ser apreendido sob diversos enfoques e processos. Atinge um número muito maior do que aquelas que se encontram diretamente envolvidas, e seus efeitos ultrapassam os sofrimentos individuais e coletivos, incidindo na cultura e no modo de viver das pessoas. Na maioria dos países, o conhecimento do impacto das causas externas se dá por meio da análise dos dados de mortalidade, sendo poucos os países que conhecem a morbidade hospitalar e ambulatorial.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS), com o objetivo de prevenir violências e acidentes, diminuir seu impacto no perfil de morbimortalidade da população e promover saúde e cultura da paz, tem mobilizado diferentes áreas técnicas de sua estrutura internas, gestões estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como incentivado a articulação com outros órgãos governamentais, instituições acadêmicas e organizações não-governamentais.

Em 2006, a redução de morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, das lesões e mortes provocadas pelo trânsito e a prevenção das violências e o estímulo à cultura da paz passaram a compor o conjunto de ações prioritárias da Política Nacional de Promoção da Saúde.

O respaldo institucional dado pelo conjunto de políticas públicas, atuando de maneira articulada, representa o compromisso das autoridades brasileiras com o enfrentamento do problema dos acidentes e violências, o que resultou na sistematização e incorporação das ações preconizadas na estrutura do SUS. Assim, no que se refere à vigilância epidemiológica desses eventos, o monitoramento de dados e informações sobre mortalidade e morbidade torna-se fundamental.

Na primeira fase de implantação do VIVA a proposta esteve focada na realização da vigilância sentinela. O termo “sentinela” pode ser usado em duas situações. A primeira delas é o “evento sentinela”, que foi adotado por Rutstein et al. Como um dos métodos para vigilância à saúde, constituindo-se em sistema de alerta, ou seja, evidencia situações indesejáveis e possibilita o monitoramento de serviços e sistema de saúde, portanto, pode ser considerado como um alerta aos profissionais da saúde a respeito da possível ocorrência de agravos preveníveis, incapacidades ou de óbitos possivelmente associados à má qualidade de serviços ou das intervenções, que devem ser aprimoradas.

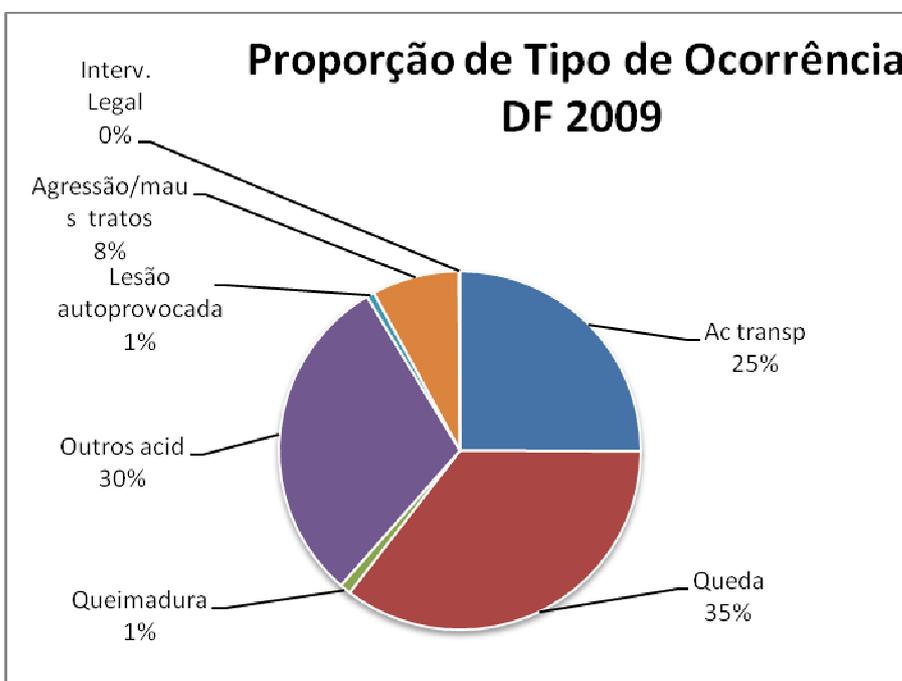
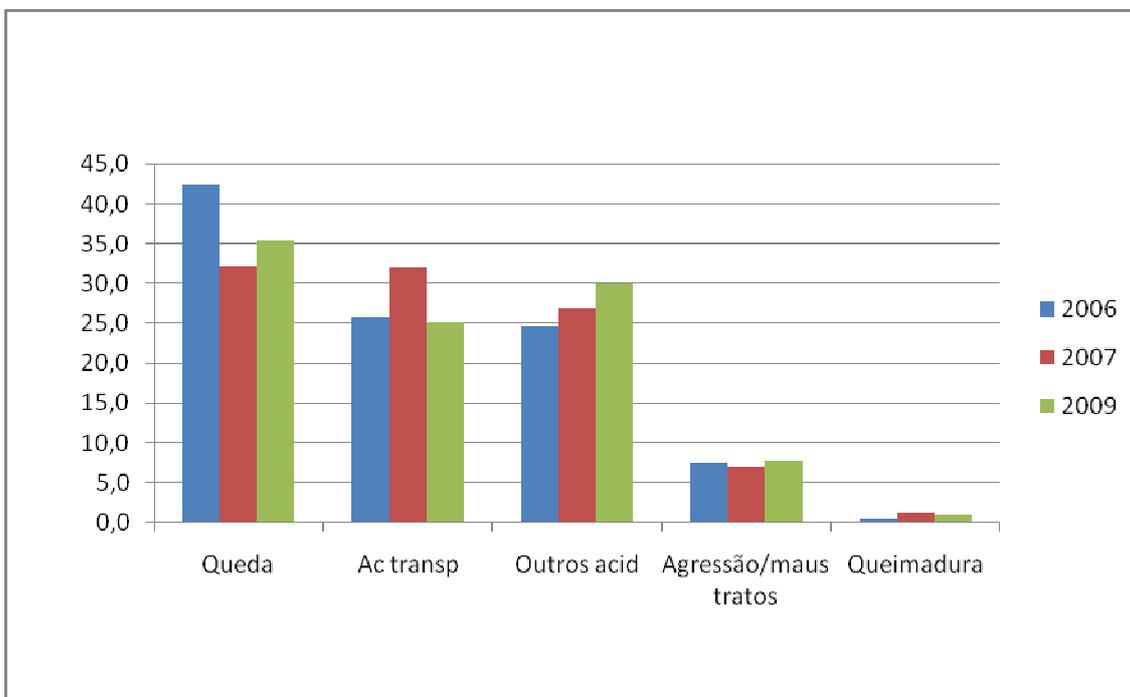
A segunda aplicação do termo refere-se aos “serviços sentinela”, sendo muito utilizado em alguns países da Europa e tem o objetivo de obter informações relativas à incidência e aspectos mais importantes do comportamento de determinados eventos adversos à saúde.

A concepção ampliada de vigilância epidemiológica de violências e acidentes considera o enfrentamento dos determinantes e condicionantes das causas externas numa perspectiva intersetorial e com base no direito à saúde e à vida.

Com o objetivo de construir um diagnóstico mais sensível da situação, especialmente de casos não reconhecidos e não incorporados aos Sistemas de informações sobre Mortalidade (SIM) e Internações (SIH), a Área Técnica de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes da Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT), do Departamento de Análise de Situação de Saúde (DASIS), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde, implantou, em 2006, o Sistema de Vigilância e Acidentes (VIVA).

A Pesquisa de VIVA no Distrito Federal ocorreu nos anos de 2006 e 2007, no mês de setembro, no Hospital de Base (HBDF) e, no ano de 2009, foi incluído o Hospital Regional da Asa Sul (HRAS) e Hospital Regional da Ceilândia (HRC). O total dos atendimentos da pesquisa foram respectivamente: 1463, 1506 e 1649.

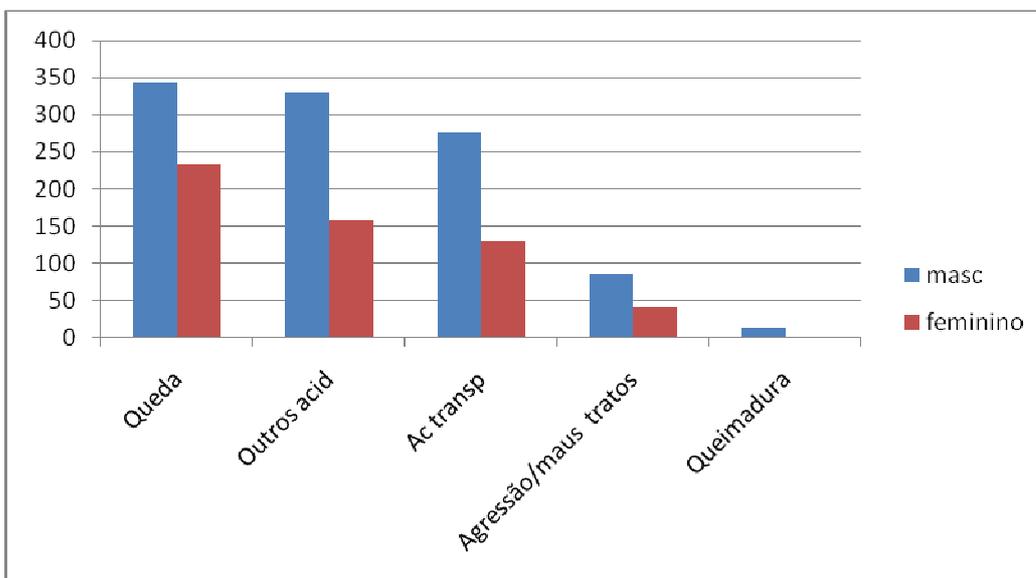
Percentual dos tipos de ocorrência em 2006, 2007 e 2009



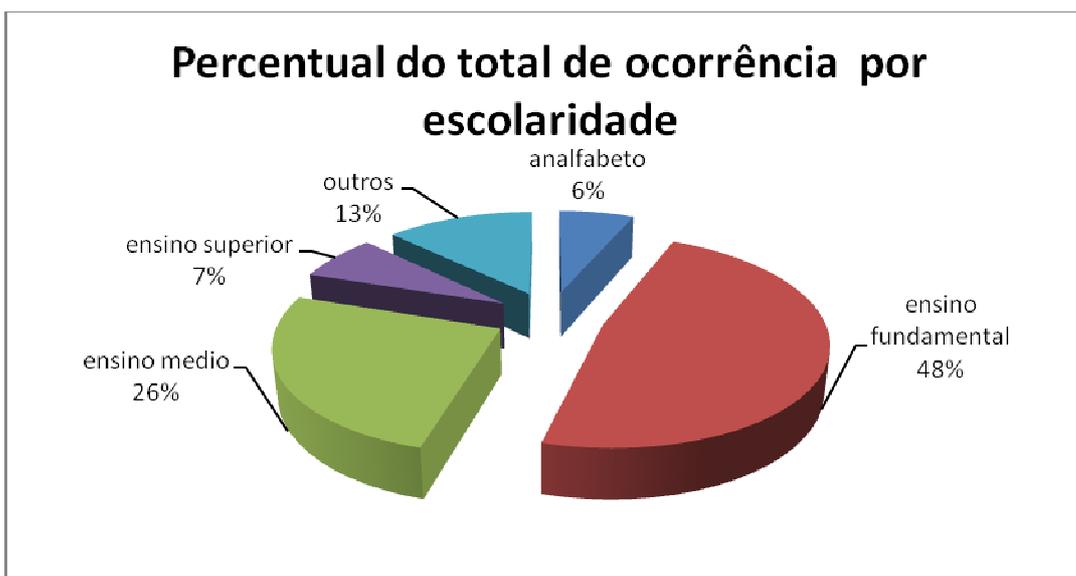
Em relação ao tipo de ocorrência nos anos de 2009, o maior percentual foi relativo as quedas, seguidos dos acidentes de trânsito. Outros relativos a acidentes e agressão e maus tratos. Em 2009, os outros acidentes ficaram em segundo lugar. Foi considerado na pesquisa como outros acidentes: sufocação/

engasgamento, corpo estranho, afogamento, envenenamento, ferimentos por objeto perfurocortante, ferimento por armas de fogo, acidentes com animais, queda de objeto sobre pessoa, choque contra objetos/ pessoas, entorce e esmagamento.

Distribuição do número de ocorrência por gênero em 2009

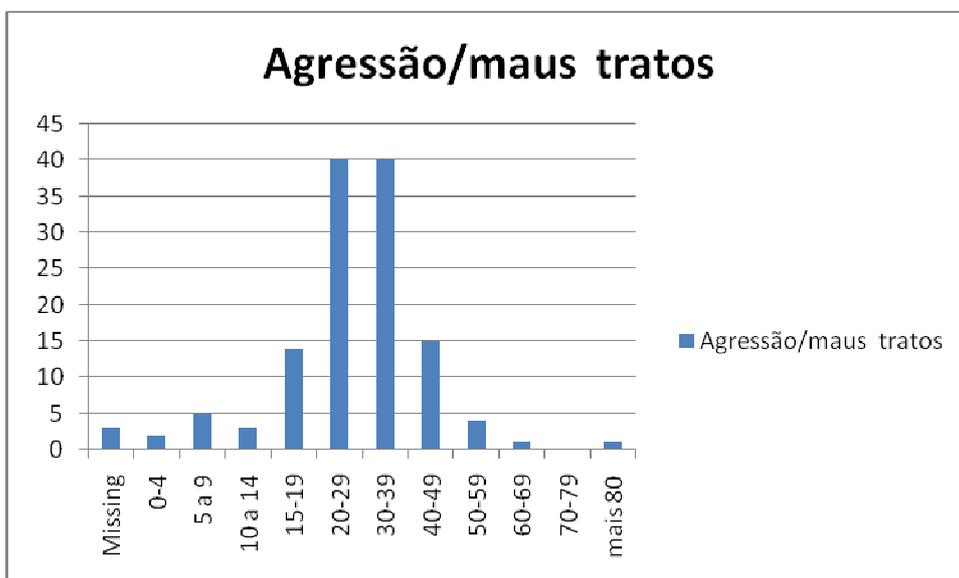


Em todos os tipos de ocorrência observamos maior número no sexo masculino do que no feminino. Esta relação também esteve presente nos anos de 2006 e 2007.

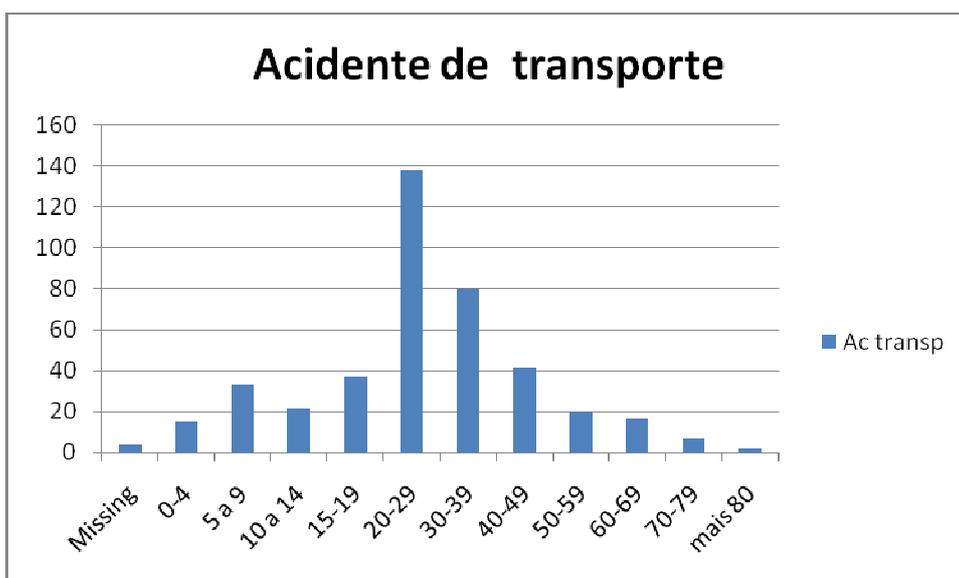


No tocante ao grau de escolaridade observamos um percentual maior nos indivíduos com ensino fundamental. Notamos que 54% incidiram em pessoas analfabetas e com nível fundamental de escolaridade.

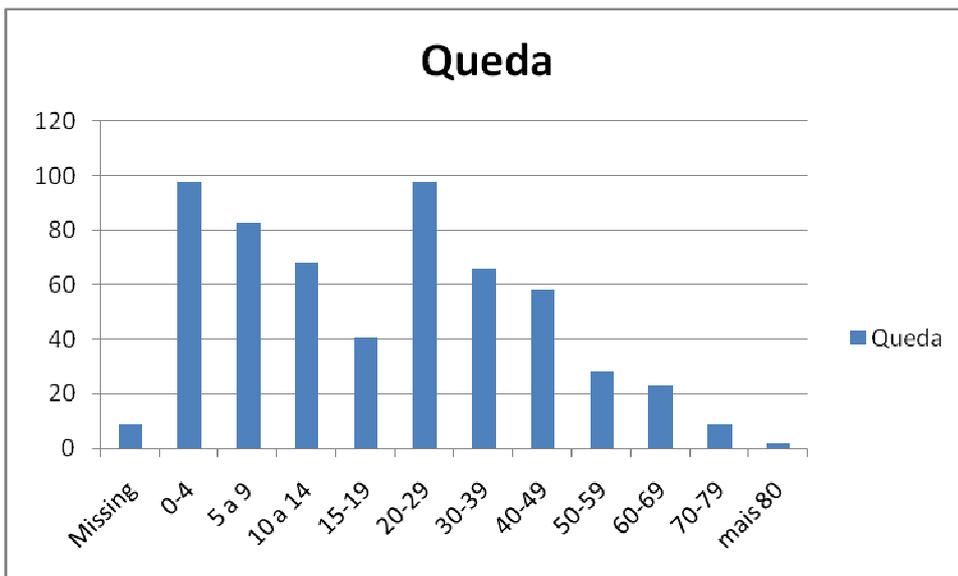
Distribuição do número de agressão/ maus tratos por faixa etária em 2009.



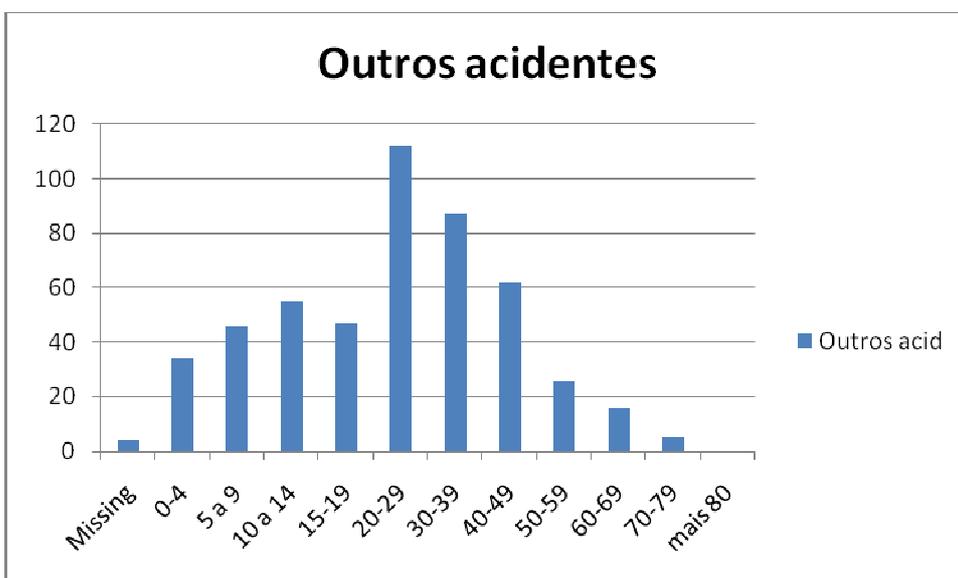
Distribuição do número de acidentes de transporte por faixa etária, em 2009



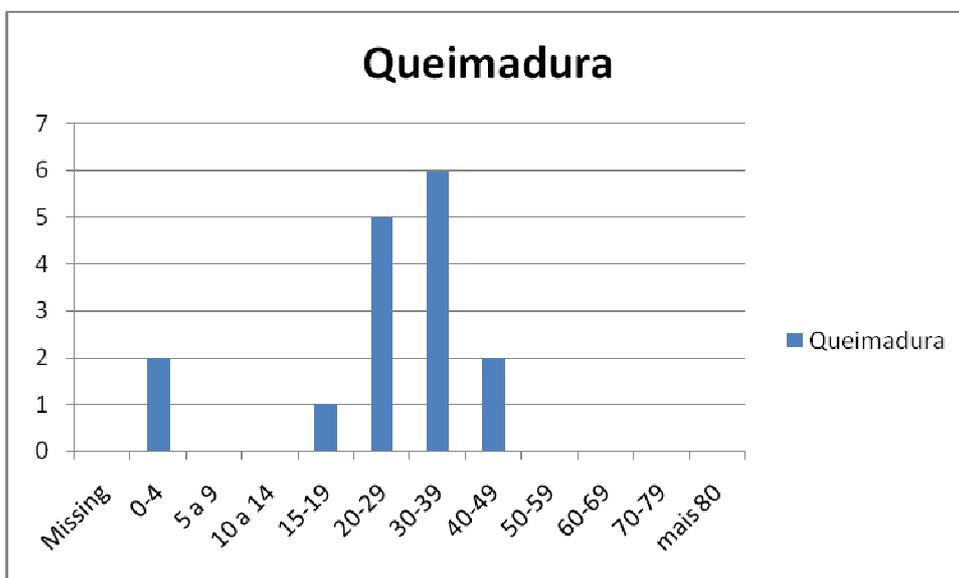
Distribuição do número de queda por faixa etária, em 2009



Distribuição do número outros acidentes por faixa etária, em 2009



Distribuição do número de queimadura por faixa etária , em 2009



Analisando o número de ocorrências por faixas etárias observamos que na faixa dos 20 a 39 anos ocorreram o maior número de casos de acidentes de transporte, agressão/maus tratos, outros acidentes e queimaduras. As quedas, apresentaram uma distribuição, que abrangeu faixas etárias mais jovens.

3 –ACIDENTES DE TRÂNSITO

O Sistema de Informação de Acidentes de Trânsito envolve vários órgãos do Governo do Distrito Federal (Detran, PMDF, DER e Secretaria de Saúde), em maior ou menor grau de participação, alguns esporadicamente e em determinadas situações. Este Sistema foi desenvolvido com base na ABNT –NBR Nº 10697, Pesquisa de Acidentes de Trânsito – e em definições extraídas da experiência do próprio Detran/DF, sempre tendo como base o Código de Trânsito Brasileiro.

Considera –se acidente de trânsito com morte aquele em que há óbito até 30 dias após a data da ocorrência, de acordo com as normas da ABNT e orientações do DENATRAN. Normalmente no Brasil são registradas apenas as mortes in loco, o que distorce a comparação dos índices do Distrito Federal com outras Unidades da Federação ou Capitais dos Estados. (Boletim Anual Detran DF, 2010)

A frota em 2010 aumentou 8,3% em relação ao ano de 2009, o que significa 94.873 novos veículos em circulação, atingindo a marca de 1.233.000 veículos registrados no Distrito Federal. O crescimento é mais expressivo nas motos, com aproximadamente 12% a mais que em 2009, totalizando 135.742 motos na atual frota. O seu crescimento acumulado no ano de 2010 alcançou 422,6% em relação ao ano de 2000. Os automóveis sofreram um aumento de 7,2% em relação ao ano

anterior, chegando a 973.788 automóveis registrado (Boletim Anual Detran DF, 2010)

VÍTIMAS

No ano de 2010, o número de vítimas fatais foi 461, representando acréscimo de 8,7% (mais 37 mortos). Apesar do aumento, observa-se ao longo dos anos uma tendência de estabilidade, mesmo com o crescimento da frota em torno de 8% ao ano. O índice de mortos por 10 mil veículos (3,7) se manteve o mesmo do ano anterior, mas em uma visão geral tem apresentado uma tendência de redução. Já o índice de mortos por 100 mil habitantes (17,9) apresentou um leve aumento após a redução que acontecia nos últimos anos. A média mensal foi de 38,4 mortos por mês, ou seja, mais de uma vítima por dia. Vale destacar mudanças no tipo de envolvimento das vítimas. Enquanto a proporção de condutores mortos se manteve constante, o número de passageiros reduziu cerca de 21% e o número de pedestres aumentou aproximadamente 34% em relação ao ano de 2009; por outro lado, as proporções para os diferentes tipos de envolvimento em 2010 ficaram bem próximas daquelas obtidas em 2008. Os pedestres representaram 33,4% das vítimas mortas, enquanto que os passageiros, 16,1%. Ressalta-se também o percentual de 50,8% de vítimas mortas in loco, as demais morreram nos hospitais até 30 dias após a data do acidente. Vale destacar que o percentual de vítimas mortas in loco foi maior nas rodovias estaduais e federais, pois os acidentes ocorridos nessas rodovias tendem a ser mais graves e violentos. Outra observação importante é em relação aos óbitos após 30 dias: foram 8 mortos, 1,8% do total de mortos, que não entraram no número de vítimas fatais em 2010. O perfil das vítimas mortas seguiu o mesmo padrão de anos anteriores, sendo a maioria do sexo masculino (80,7%) e com idades entre 20 e 39 anos (46,9%) (Boletim Anual Detran DF, 2010).

MOTO E FAIXA

A cada ano, os acidentes fatais envolvendo motos estão se tornando mais frequentes. Fato este percebido quando observamos que, a cada 3 acidentes fatais ocorridos no Distrito Federal, 1 envolve motocicleta. O número de acidentes com morte envolvendo moto em 2010 aumentou 18,9% em relação ao ano de 2009. A colisão foi novamente a principal natureza dos acidentes fatais, 58,3% do total de ocorrências. Em relação às vítimas de acidentes fatais envolvendo moto, temos que a maioria (81,1%) são motociclistas e seus passageiros. Porém, percebe-se uma significativa parcela de pedestres vitimados em acidentes envolvendo moto, 16,5% do total de vítimas. Nesses 14 anos de respeito à faixa, desde sua adoção em 1997, 77 pessoas morreram em 76 acidentes fatais ocorridos na faixa de pedestre sem semáforo. Dos 76 acidentes registrados, 62 ocorreram nas vias urbanas e apenas 14 em rodovias. Percebeu-se também que, ao longo dos anos, os acidentes fatais em faixa ocorreram em sua maioria durante o dia (60,5%) e durante a semana (65,8%). Os idosos são as principais vítimas de acidentes na faixa, representando 44,2% do total de vítimas mortas desde a implementação do respeito à faixa. Em

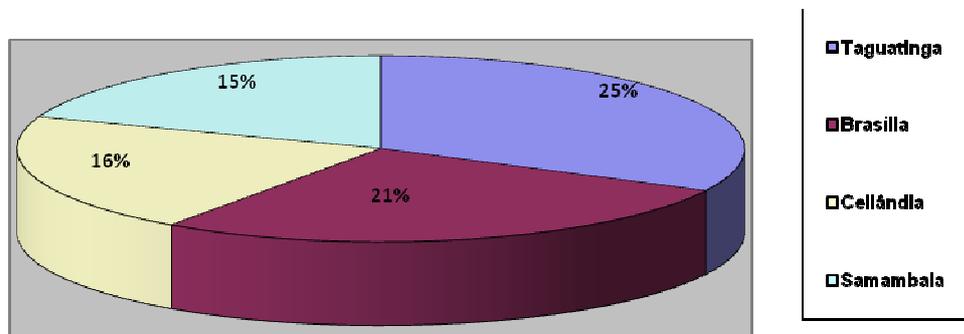
2010, os números de acidentes fatais (7) e vítimas mortas (7) na faixa sem semáforo sofreram redução comparados a 2009 (11 acidentes e 12 vítimas), mas continua um número alto. Observou-se que 60,5% dos acidentes ocorreram no período diurno e 65,8% durante a semana. (Boletim Anual Detran DF, 2010)

ACIDENTES

O ano de 2010 atingiu o maior número de acidentes com morte desde 2004. Em 2010 houve um aumento de 383 para 431, o que significou um crescimento de 12,5% em relação ao ano de 2009. Como consequência disso, observou-se que o número de atropelamentos, responsável por 34,6% do total dos acidentes com morte, sofreu significativo aumento de 33,0%. Destaca-se também que a natureza mais comum continua sendo a colisão, responsável por 40,1% dos acidentes com mortes, caracterizando um aumento de 8,8% em 2010. Somente a natureza capotamento/tombamento apresentou redução: cerca de 20% em relação ao ano de 2009. Dada a jurisdição da via, de cada 3 acidentes fatais, cerca de 2 ocorrem em rodovias e o restante em vias urbanas. Em 2010, o número de acidentes fatais ocorridos em vias urbanas aumentou 6,5% em relação ao ano anterior, assim como nas rodovias DF's, que registrou um aumento de 13,0%; nas rodovias BR's houve um acréscimo de 25,0% em relação ao ano de 2009. (Boletim Anual Detran DF, 2010)

No Distrito Federal, as quatro regiões administrativas que apresentaram o maior índice de acidentes fatais em 2010 foram: Taguatinga, com 25% em seguida Brasília, com 21%, Ceilândia com 16% e Samambaia 15%, no ano de 2010 (Estatística DETRAN 2011).

CIDADES COM MAIOR NÚMERO DE ACIDENTES FATAIS Distrito Federal, 2010



Fonte: Estatística do Detran- DF

Segundo a natureza dos acidentes de trânsito fatais, em 2010, observamos que os mais freqüentes ocorreram nas regionais:

1. Atropelamento: Taguatinga (191), Cielândia (188), Brasília (150) e Samambaia (146);
2. Colisão: Samambaia (154), Taguatinga (148), Ceilândia (145) e Brasília (128)
3. Capotamento: Ceilândia (48), Taguatinga (44), Samambaia (39) e Brasília (44).

ACIDENTES DE TRÂNSITO FATAIS, POR REGIÃO ADMINISTRATIVA, SEGUNDO A NATUREZA, EM 2010.

NATUREZA	Taguatinga	Brasília	Ceilândia	Samambaia
Atropelamento de Pedestre	191	150	188	146
Colisão	148	128	145	154
Capotamento/Tombamento	44	37	48	39
Queda	10	14	12	15
Atropelamento de animal	2	4	2	5
Demais Tipos	1	2	1	4

Fonte: Estatística Detran- DF

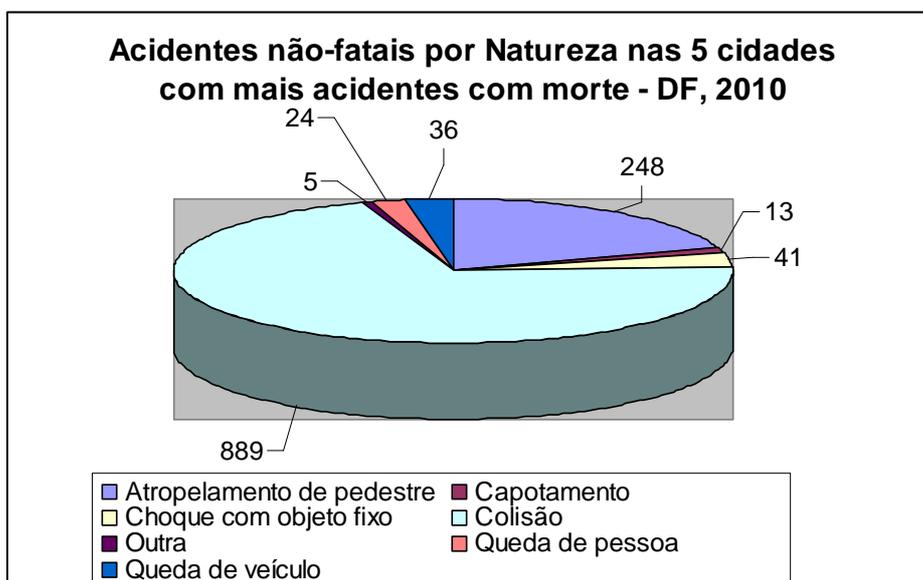
Os dados do DETRAN-DF sobre mortalidade por acidentes de trânsito, segundo a natureza, do ano de 1997 a 2010 indicaram um elevado número de casos no ano de 2003, com 470 casos envolvendo todos os tipos de acidentes, seguido do ano de 1999 com 432 casos, conforme planilha abaixo. Em 2009, observou-se uma diminuição considerável da quantidade de colisões envolvendo morte. Podemos identificar à implantação da Lei seca, Lei nº. 11.705, sancionada em 2008.

EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO COM MORTE NO DF, 1997–2010

ACIDENTES DE TRÂNSITO COM MORTE, POR ANO, SEGUNDO A NATUREZA														
NATUREZA	ANO													
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010 até março
Atropelamento de Pedestre	191	150	188	146	163	152	155	136	152	130	131	151	112	29
Colisão	148	128	145	154	122	161	202	160	155	156	175	184	159	46
Capotamento/Tombamento	44	37	48	39	36	29	43	32	39	31	39	28	49	6
Choque com objeto fixo	25	30	36	25	43	34	40	40	32	33	39	26	32	9
Queda	10	14	12	15	17	20	20	14	22	16	22	26	29	9
Atropelamento de animal	2	4	2	5	1	4	2	1	2	0	5	2	0	0
Demais Tipos	1	2	1	4	4	7	8	6	8	3	11	1	2	1
Não-informada	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	422	365	432	388	386	407	470	389	410	369	422	418	383	100

Fonte: DETRAN – DF/2010

Em 2010, verificou-se que, em relação aos acidentes não fatais no DF, as cinco regiões administrativas que apresentaram maior número de acidentes com morte obtiveram também alto índice de casos de colisão. Brasília e Taguatinga foram às cidades que registraram uma maior quantidade, seguida de Ceilândia. Outro índice que continuou alto foi o de casos de atropelamento de pedestre. Embora as faixas de pedestre tenham contribuído para facilitar a locomoção dos pedestres, ainda se vê muitos acidentes com esse público, inclusive nas próprias faixas. Muitos usuários ainda preferem não passar nas faixas, por ficarem distantes de seu trajeto. Há casos em que os usuários procuram utilizar as faixas, mas ainda não sabem usufruir delas, não fazem a sinalização adequada e não aguardam a total parada dos veículos. Os motoristas nem sempre param também, o que facilita a ocorrência dos acidentes. O gráfico a seguir mostra a quantidade total de acidentes não fatais nas cinco cidades com mais acidentes com morte no DF em 2010.



Fonte: Estatística do Detran- DF

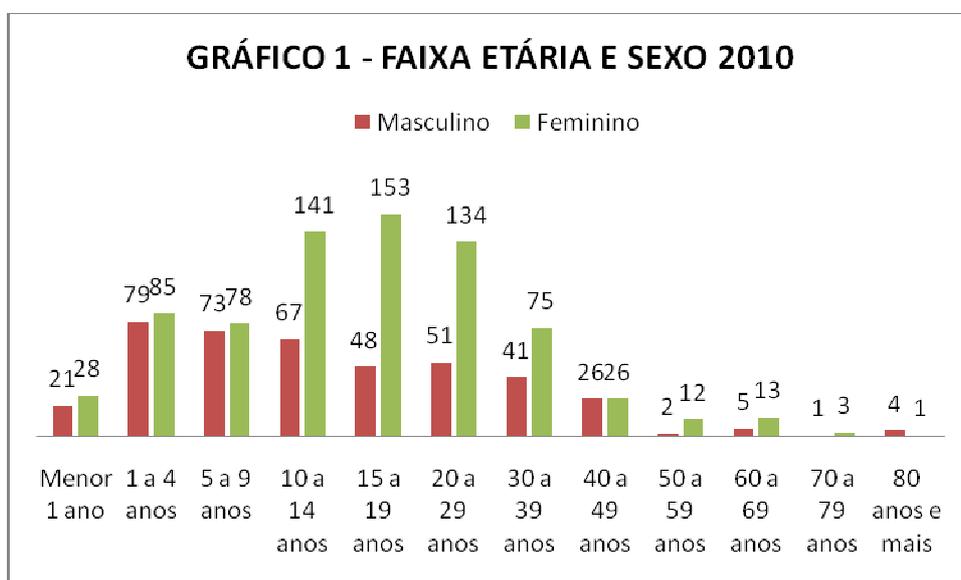
4- VIGILÂNCIA CONTÍNUA DE VIOLÊNCIA NO DISTRITO FEDERAL

A análise refere-se aos agravos das violências, no Distrito Federal, do banco de dados – Sistema de Agravos de Notificação (SINAN) - da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES). Constam informações da população em situação de violência e levou-se em consideração o tipo de violência, prevalência do sexo e a faixa etária, coletas durante o ano de 2010 de forma contínua e sistemática, nas Regionais de Saúde, a saber, Regional Sul, Regional Norte, Regional de Ceilândia, Regional de Brazlândia, Regional de Taguatinga, Regional de Sobradinho, Regional de Planaltina, Regional do Guará, Regional de Samambaia, Regional do Gama, Regional do Recanto das Emas, Regional do Núcleo Bandeirante, Regional de Santa Maria e Regional do Paranoá.

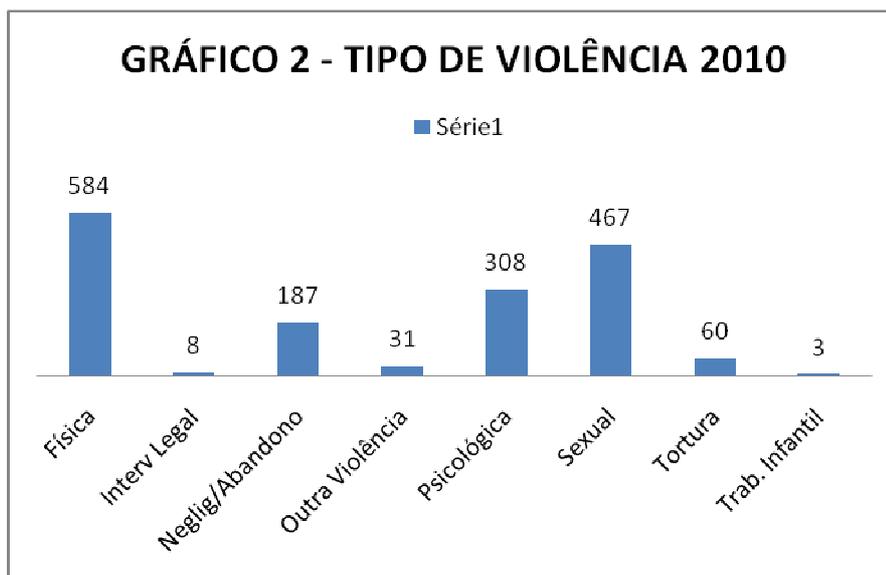
Durante o ano de 2010 foram realizadas 1675 notificações na SES através da Ficha de Notificação/Investigação Individual, Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências e foram encaminhadas para atendimento psicossocial e para responsabilização do agressor através de encaminhamentos e relatórios.

Análise Geral dos Dados: abordagem descritiva

No gráfico 1 há predominância de violência do sexo feminino de 64,12%, e do sexo masculino de 35,78% conforme já se afirma na literatura : que a violência ocorre com mais frequência no sexo feminino, caracterizando também uma violência de gênero. A faixa etária que ocorre maior número de casos de violência está entre 10 a 29 anos de idade, ou seja, 50%. Não podemos deixar de salientar que na faixa etária de 1 a 9 anos de idade a diferença entre sexo feminino e masculino é mínima.



Os dados relativos ao tipo de violência, no gráfico 2, retrata o maior número de casos da violência física, seguida da sexual e da psicológica, totalizando 82,46%



Considerações

O SINAN- 2010, em relação a violência, confirma alguns dos achados da literatura científica e das informações existentes em sistema de informações, a predominância das violências no sexo feminino e nas faixas etárias mais jovens.

Entretanto o SINAN traz alguns questionamentos sobre os achados relativos à violência. A incidência de violência semelhante entre os sexos, na faixa etária até 9 anos de idade, as baixas incidências nas faixas etárias acima de 50 anos, colocam desafios à análise destes achados.

É um número relativamente pequeno de notificações quando pensamos na população do Distrito Federal o que pode estar escamoteando a realidade existente, levando-nos a interpretações inadequadas.

Desse modo é imprescindível uma maior sensibilização dos profissionais de saúde em relação à notificação da população em situação de violência.

O SINAN pode trazer uma contribuição muito mais significativa para delinear um perfil da situação das violências no Distrito Federal, por meio de uma coleta rotineira das informações em todos os serviços de saúde pública, adequando as Políticas Públicas a realidade existente.

.5- VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS – DISTRITO FEDERAL – 2010

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT representam um dos principais desafios de saúde para o desenvolvimento global nas próximas décadas (OMS, 2003). As DCNTs, que incluem câncer, doença cardiovascular, doença respiratória crônica e diabetes, são responsáveis por 60% de todas as mortes no

mundo, 80% das quais ocorrem nos países de renda baixa e média (PRBM) (OMS, 2003).

De acordo com a Aliança contra as DCNT (ncdalliance, 2010), os principais fatos sobre as DCNTs, atualmente, são que:

- 8 milhões de pessoas morrem prematuramente nos PRBM de DCNTs todos os anos (OMS);
- O Fórum Econômico Mundial identificou as DCNTs como a segunda ameaça mais severa à economia global em termos de probabilidade e potencial perda econômica;
- Uma pesquisa recente feita pelo Centro de Desenvolvimento Global mostrou que menos de 3% dos US\$22 bilhões gastos com a saúde pelas agências internacionais de saúde nos PRBM são gastos com as DCNTs;
- De acordo com as Metas de Desenvolvimento do Milênio, a saúde é essencial para o desenvolvimento econômico, político e social de todos os países, mas ainda assim, eles não possuem metas ou objetivos para as DCNTs, que causam o maior impacto nos PRBM.

Diante deste cenário, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe em 2003 aos países-membros compromissos para com a redução das taxas de morbimortalidade por DCNT (OMS, 2004). Desde então, o tema vem se fortalecendo, e este ano, mais do que nunca, assume posição de destaque entre os governantes. As estatísticas despertaram o interesse da Organização das Nações Unidas (ONU), que em setembro de 2011 realizará em sua Assembléia Geral uma conferência de alto nível sobre DCNTs. O Brasil, por meio do Ministério da Saúde, prepara o Plano de Ação para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil a ser apresentado por sua presidente neste evento.

Como em diversos países, atualmente no Brasil, as doenças cardiovasculares também são as principais causas de morte, em todas as regiões, respondendo por quase um terço dos óbitos. Em segundo lugar, estão os cânceres e, em terceiro, as mortes ocasionadas por acidentes e violências (Malta et al, 2006). Em conjunto, as DCNTs respondem por 62% das mortes e 39% de internações no Sistema Único de Saúde (Achutti A e Azambuja MIR, 2004). Pesquisas revelaram que um pequeno número de fatores de risco responde pela grande maioria das mortes por DCNTs, que são: tabagismo, consumo excessivo de álcool, obesidade, ingestão insuficiente de frutas e hortaliças e inatividade física.

Com o objetivo de realizar o monitoramento sistemático dos principais fatores de risco que levam à DCNTs, o Ministério da Saúde (MS), desde 2006, vem realizando a implantação do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL). Esta ação é executada em estreita parceria entre a Secretaria de Vigilância em Saúde e a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, ambas do MS, além de contar com o suporte técnico-científico do Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo (NUPENS/USP). Tais parcerias têm possibilitado o avanço do monitoramento dos principais fatores de risco ou proteção para DCNT por meio deste Sistema de Vigilância.

No presente relatório são apresentados alguns dos resultados do sistema VIGITEL para o ano de 2010 no Distrito Federal, bem como análises comparativas da situação epidemiológica relativa aos fatores de risco para DCNTs do Distrito Federal (DF) desde que o VIGITEL iniciou suas pesquisas, em 2006. Com isto, o Núcleo de Vigilância Epidemiológica de Doenças não Transmissíveis (NVEDNT), junto à Gerência de Doenças e Agravos não Transmissíveis (GEDANT), cumpre a tarefa de realizar o monitoramento desses fatores consolidando a vigilância das DCNTs e contribuindo na definição de políticas públicas que promovam a melhoria da qualidade de vida da população do DF.

I – Tabagismo

Para efeito de análise, o VIGITEL, considerou como fumante todo indivíduo que fuma, independentemente da frequência e intensidade do hábito de fumar, e ex-fumante todo indivíduo que, tendo fumado no passado, não mais o faz. O VIGITEL apresenta, ainda, a frequência de indivíduos que declaram fumar 20 ou mais cigarros por dia.

No conjunto da população adulta das 27 cidades estudadas pelo VIGITEL, a frequência de fumantes foi de 15,1% e de ex-fumantes foi de 22,0%. Em 2010, a frequência total de fumantes da população adulta no Distrito Federal (DF) foi de 13,9%, sendo maior no sexo masculino (15,3%) do que no sexo feminino (12,7%). Quando comparado aos anos anteriores, a frequência de fumantes em 2010 foi a menor entre os homens (tabela 1). Em relação ao ano anterior (2009), entre as mulheres, houve um ligeiro aumento na frequência (1,1%).

A frequência de ex-fumantes no DF apresentou-se menor em relação ao ano de 2009 para os dois sexos (tabela 2). A frequência de adultos no DF que declararam fumar 20 ou mais cigarros por dia foi de 3,3 %, sendo maior no sexo masculino (3,6%) do que no sexo feminino (3,1%). A frequência do consumo intenso de cigarros tendeu a diminuir em relação ao ano de 2009 (tabela 3).

Tabela 1 - Percentual de fumantes e a posição alcançada do maior percentual para o menor entre as unidades da federação, por gênero, Distrito Federal, 2006 a 2010.

FUMANTES										
	2006		2007		2008		2009		2010	
	%	Posição								
Masculino	19,9	15 ^o	24,8	3 ^o	17,4	17 ^o	22,2	6 ^o	15,3	21^o
Feminino	14,9	5 ^o	9,1	21 ^o	14,4	9 ^o	11,6	13 ^o	12,7	9^o

Fonte: VIGITEL

Tabela 2 - Percentual de ex-fumantes e a posição alcançada do maior percentual para o menor entre as unidades da federação, Distrito Federal, 2006 a 2010.

EX-FUMANTES										
	2006		2007		2008		2009		2010	
	%	Posição								
Masculino	24,4	20º	23,9	21º	23,3	24º	22º	22º	19,9	26º
Feminino	15,1	26º	19,7	8º	20,4	6º	20	5º	17,6	18º

Fonte: VIGITEL

Tabela 3 - Percentual de adultos que fumam 20 ou mais cigarros por dia, e a posição alcançada do maior percentual para o menor por sexo, entre as unidades da federação, Distrito Federal, 2006 a 2010.

FUMANTES DE 20 OU MAIS CIGARROS POR DIA						
	2008		2009		2010	
	%	Posição	%	Posição	%	Posição
Masculino	4,7	16º	7,5	5º	3,6	22º
Feminino	2,9	12º	3,4	7º	3,1	13º

Fonte: VIGITEL

II - Sobrepeso (Excesso de Peso e Obesidade)

O VIGITEL utilizou, para a inclusão do sujeito na categoria de sobrepeso (excesso de peso/obesidade), um critério baseado no Índice de Massa Corporal (IMC). Este obtido através da divisão do peso da pessoa pelo quadrado de sua altura. Foram assim classificados: excesso de peso - pessoas com IMC \geq 25 Kg/m²; obesidade - pessoas com IMC $>$ 30 Kg/m².

No DF a frequência do excesso de peso foi de 44,7%, sendo maior entre homens (58,4%) do que entre mulheres (31,2%), conforme demonstrado na tabela 4. Com relação a 2009, o excesso de peso aumentou 21% entre os homens e teve diminuição de 4% entre as mulheres. A pesquisa revelou ainda, que a frequência de adultos obesos no DF foi de 9,5%, sendo ligeiramente menor nos homens (9,4%) do que nas mulheres (9,7%) (tabela 5).

A prevalência da obesidade que vinha diminuindo quando comparado aos anos de 2008 e 2009 em ambos os sexos, demonstrou um aumento em relação ao sexo masculino de 2,5%. Em relação ao sexo feminino, observou-se uma redução de 1,3%.

Tabela 4 - Percentual de adultos com excesso de peso e a posição alcançada do maior percentual para o menor entre as unidades da federação, por gênero, Distrito Federal, 2006 a 2010.

EXCESSO DE PESO										
	2006		2007		2008		2009		2010	
	%	Posição	%	Posição	%	Posição	%	Posição	%	Posição
Masculino	48,1	11 ^o	38,9	27 ^o	44,9	23 ^o	37,4	27 ^o	58,4	2^o
Feminino	31,6	22 ^o	36,6	13 ^o	34,9	25 ^o	35,2	26 ^o	31,2	26^o

Fonte: VIGITEL

Tabela 5 - Percentual de adultos com obesidade e a posição alcançada do maior percentual para o menor entre as unidades da federação, por gênero, Distrito Federal, 2006 a 2010.

OBESIDADE										
	2006		2007		2008		2009		2010	
	%	Posição	%	Posição	%	Posição	%	Posição	%	Posição
Masculino	10,5	20 ^o	10,1	23 ^o	10,4	23 ^o	6,9	27 ^o	9,4	26^o
Feminino	9,6	21 ^o	9,9	25 ^o	13,0	15 ^o	11	26 ^o	9,7	27^o

Fonte: VIGITEL

III - Consumo de Frutas e Hortaliças

A Organização Mundial de Saúde recomenda a ingestão diária de pelo menos 400 gramas de frutas e hortaliças, ou seja, aproximadamente cinco porções diárias desses alimentos como forma de proteção às Doenças Crônicas não Transmissíveis.

Em 2008, o VIGITEL incorporou à pesquisa uma nova orientação para registrar a adequação desse consumo. Desde então, começou-se a mensurar a ingestão de frutas e hortaliças de duas formas diferentes: consumo regular e consumo recomendado. A frequência de adultos que consomem frutas e hortaliças cinco ou mais dias da semana foi denominado consumo regular. É considerado consumo recomendado de frutas e de hortaliças o consumo de cinco ou mais vezes por dia em cinco ou mais dias da semana de frutas e hortaliças, como *proxy* do consumo recomendado de cinco porções diárias.

Consumo Regular

O consumo regular de frutas e hortaliças vem apresentando, de forma geral, progressivo aumento nos últimos 5 anos. De 2006 a 2010, este consumo cresceu 9,5% no sexo masculino e 8,7% no sexo feminino, o que coloca o Distrito Federal

entre as unidades da federação que apresentam melhores prevalências para o indicador. No entanto, em comparação ao ano anterior, o DF observou discreta redução na frequência do consumo regular de frutas e hortaliças entre mulheres. Observa-se que, apesar do histórico de crescimento de consumo, os números devem continuar sendo monitorados com cautela. (tabela 6).

Tabela 6 - Percentual de adultos que consomem regularmente¹ frutas e hortaliças e a posição alcançada do maior percentual para o menor entre as unidades da federação, por gênero, Distrito Federal, de 2006 a 2010.

CONSUMO REGULAR DE FRUTAS E HORTALIÇAS										
	2006		2007		2008		2009		2010	
	%	Posição								
Masculino	24,8	4º	21,8	13º	27,9	9º	28,5	9º	34,3	1º
Feminino	36,1	6º	38,2	7º	39,8	9º	48,7	1º	44,8	2º

1. Cinco ou mais dias por semana.

Fonte: VIGITEL

Consumo Recomendado

A frequência de pessoas que apresentam consumo recomendado de cinco ou mais porções de frutas e hortaliças no DF, em 2010, foi de 24,8% para a população total de adultos (dados não demonstrados), sendo este percentual maior entre as mulheres (25,8%) do que entre os homens (23,7%) (tabela 7). Conquanto as prevalências de consumo recomendado de frutas e hortaliças ainda sejam muito baixas, vale ressaltar o aumento de 8,6% no sexo masculino, colocando-os em primeiro lugar entre os homens que consomem mais frutas e hortaliças entre todas as capitais do Brasil. Apesar disso, assim como a frequência de consumo regular, o consumo recomendado de frutas e hortaliças caiu entre as mulheres com relação aos anos de 2008 e 2009, 14,9% para o sexo masculino e 30,9% para o sexo feminino.

Tabela 7 - Percentual de adultos que consomem cinco ou mais porções diárias de frutas e hortaliças e a posição alcançada do maior percentual para o menor entre as unidades da federação, por gênero, Distrito Federal, de 2008 a 2010.

CONSUMO RECOMENDADO¹ DE FRUTAS E HORTALIÇAS						
	2008		2009		2010	
	%	Posição	%	Posição	%	Posição
Masculino	15,1	12º	19,1	3º	23,7	1º
Feminino	26,7	2º	30,9	1º	25,8	3º

1. Cinco ou mais porções diárias

Fonte: VIGITEL

IV - Carnes com Excesso de Gordura

O consumo regular de carnes gordurosas está relacionado a alterações do metabolismo das gorduras (valores sanguíneos elevados de triglicérides e colesterol) e expõem o sujeito à ocorrência de doenças do aparelho cardiocirculatório ligadas ao processo de aterosclerose.

Segundo dados do estudo, o consumo de carne vermelha gordurosa ou frango com pele, sem remover a gordura visível desses alimentos, doravante denominado consumo de carnes com excesso de gordura, é mais freqüente entre os homens do que entre as mulheres em todas as capitais pesquisadas, sendo esta condição mais de duas vezes mais freqüente em homens (36 %) do que em mulheres (17%) no Distrito Federal em 2010.

No DF, a freqüência do consumo de carnes em excesso de gorduras vem diminuindo ao longo dos últimos cinco anos. No sexo masculino, este declínio está acontecendo de forma sistemática; no entanto, no sexo feminino, a redução não está consolidada, visto que a prevalência vem oscilando neste período. Apesar disso, vale ressaltar que dentre as 27 cidades estudadas, as mulheres do Distrito Federal são as que menos consomem carne com excesso de gordura.

Tabela 8 - Percentual de adultos que consomem regularmente carnes com excesso de gordura e a posição alcançada do maior percentual para o menor entre as unidades da federação, por gênero, Distrito Federal, 2006 a 2010.

CONSUMO DE CARNES COM EXCESSO DE GORDURA¹										
	2006		2007		2008		2009		2010	
	%	Posição								
Masculino	55,5	7º	44,7	15º	45,9	10º	46,1	11º	36,0	26º
Feminino	28,0	17º	21,9	21º	29,4	10º	21,7	19º	17,0	27º

1. Carne vermelha gordurosa ou frango com pele sem remover a gordura visível do alimento

Fonte: VIGITEL

V - Leite com Teor Integral de Gordura

O leite integral, por conter gordura de origem animal, também contribui para exposição do sujeito para níveis sanguíneos elevados de gorduras (dislipidemias). De 2006 a 2008 o DF não demonstrou diferença expressiva de comportamento entre os gêneros, mantendo-se o consumo de leite integral ligeiramente maior entre as mulheres. Desde 2009, no entanto, os homens vêm consumindo mais leite integral do que as mulheres. Apesar da redução da prevalência de consumo em ambos os sexos, destaca-se que em 2010 mais da metade dos homens do DF (52,4%) relataram consumir o alimento pelo menos uma vez por semana.

Tabela 9 - Percentual de adultos que consomem leite integral, e a posição alcançada do maior percentual para o menor entre as unidades da federação, por gênero, Distrito Federal, 2006 a 2010.

CONSUMO DE LEITE INTEGRAL¹										
	2006		2007		2008		2009		2010	
	%	Posição								
Masculino	57,5	20°	49,8	18°	55,8	18°	57,0	16°	52,4	17°
Feminino	57,5	14°	53,9	13°	57,4	13°	50,9	20°	43,6	25°

1. Consumo de leite com teor integral de gordura pelo menos uma vez por semana;

Fonte: VIGITEL

VI - O Uso de Refrigerantes

Considerando, principalmente, a alta concentração de açúcar contida nos refrigerantes, o consumo regular (cinco ou mais dia da semana) desta bebida foi classificado como hábito de risco para o desenvolvimento de DCNT pelo VIGITEL. De 2006 a 2008, os refrigerantes dietéticos não eram incluídos na análise.

Observou-se, no entanto, que a grande maioria dos consumidores de refrigerantes (cerca de 80%) referiu que consumia versões regulares desses produtos, sendo que somente 15% consumiam apenas versões diet ou light. Embora não haja consenso na literatura, há evidências de que o refrigerante dietético também seja danoso para a saúde (Popkin&Mattes, 2009; in Vigitel 2010). Por essa razão e, também, pela pequena expressão do consumo de refrigerantes dietéticos, a partir de 2009 o VIGITEL não mais distinguiu o tipo de refrigerante consumido pelos indivíduos (VIGITEL, 2010).

Considerando o conjunto da população adulta do DF, observou-se que em todos os anos de monitoramento a frequência de consumo de refrigerantes foi superior no sexo masculino. Em 2010, quase um quarto da população masculina (23,8%) referiu consumo regular deste alimento. Apesar dos números serem altos, vale ressaltar que em ambos os sexos o consumo vem diminuindo entre os moradores do Distrito Federal, levando a cidade a apresentar uma das menores prevalências do Brasil.

Tabela 10 - Percentual de adultos que consomem refrigerantes 5 ou mais dias por semana, e a posição alcançada do maior percentual para o menor entre as unidades da federação, por gênero, Distrito Federal, 2007 a 2010.

CONSUMO REGULAR DE REFRIGERANTE¹									
	2007		2008		2009		2010		
	%	Posição	%	Posição	%	Posição	%	Posição	
Masculino	29,2	18°	25,7	14°	25,1	21°	23,8	21°	
Feminino	22,7	16°	20,9	14°	19,3	19°	16,5	24°	

1. Cinco ou mais dias por semana;

Fonte: VIGITEL

VII – Consumo Regular de Feijão

O Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2006) recomenda a ingestão de pelo menos uma porção diária de feijão ou outra leguminosa (ervilha seca, grão-de-bico, lentilha, soja) pelo alto teor em fibras e ferro encontrado nesses alimentos, além de sua relativa baixa densidade energética (uma porção de feijão corresponde a aproximadamente 5% das calorias diárias) desde que evitadas preparações com alto teor de gordura. A combinação de uma parte de feijão para duas de arroz, típica da culinária brasileira, assegura proteínas de alta qualidade na dieta.

Em razão das propriedades nutricionais do feijão, as quais auxiliam na proteção de doenças como dislipidemia e diabetes, este alimento tem sido considerado marcador de alimentação saudável. Em 2009, o Vigitel começou a monitorar a frequência de adultos que referem consumir feijão em cinco ou mais dias da semana, doravante denominado consumo regular de feijão.

Observa-se que a frequência de consumo regular de feijão é maior entre os homens no Distrito Federal. Além disso, quando comparados os anos de 2009 e 2010, houve aumento da prevalência entre os homens e declínio entre as mulheres. Como o tempo de monitoramento ainda curto, ainda não é possível avaliar a tendência da frequência de consumo.

Tabela 11 - Percentual de adultos que consomem feijão 5 ou mais dias por semana, e a posição alcançada do maior percentual para o menor entre as unidades da federação, por gênero, Distrito Federal, 2007 a 2010.

CONSUMO REGULAR DE FEIJÃO ¹				
	2009		2010	
	%	Posição	%	Posição
Masculino	77,7	11°	83,9	5°
Feminino	71,7	5°	66,6	14°

1. Cinco ou mais dias por semana;

Fonte: VIGITEL

VIII – Atividade Física

O VIGITEL utiliza dois indicadores para avaliar a prática de atividade física. O primeiro medidor consiste na **frequência da prática de atividade física suficiente no tempo livre (lazer)**, que consiste na prática de pelo menos trinta minutos diários de atividade física leve ou moderada em cinco ou mais dias da semana ou a prática de pelo menos vinte minutos diários de atividade de intensidade vigorosa em três ou mais dias da semana.

Pode-se observar que no Distrito Federal houve aumento na **frequência da prática de atividade física suficiente no tempo livre**, de 2006 a 2010, no sexo

masculino. Entre as mulheres, houve redução da prevalência no mesmo período. No entanto, quando se compara apenas os anos de 2009 e 2010, nota-se redução de prevalência entre os homens e aumento entre as mulheres. Nesse sentido, ainda não se pode estabelecer tendência de aumento ou de queda nas frequências de atividade física com base nos anos observados. Importa ressaltar que as mulheres do DF, em 2010, foram as que mais praticaram atividade física no lazer, quando comparada às demais cidades. Entre os homens, os brasilienses ficaram em segundo lugar.

Tabela 12 - Percentual de adultos que praticam atividade física suficiente no tempo livre (lazer), a posição alcançada do maior percentual para o menor entre as unidades da federação, por gênero, Distrito Federal, 2006 a 2010.

ATIVIDADE FÍSICA SUFICIENTE ¹										
	2006		2007		2008		2009		2010	
	%	Posição	%	Posição	%	Posição	%	Posição	%	Posição
Masculino	24,7	2º	21,4	8º	25,3	4º	28,6	1º	27,7	2º
Feminino	18,8	1º	13,5	12º	13,5	9º	13,6	11º	17,8	1º

1. Prática de atividade física de intensidade leve ou moderada por pelo menos 30 minutos diários em 5 ou mais dias da semana ou atividade de intensidade vigorosa por pelo menos 20 minutos diários em 3

Fonte: VIGITEL

O segundo indicador utilizado pelo Vigitel para medir a prática de atividade física constitui-se na **frequência da condição de inatividade física**. Foram classificados como inativos indivíduos que não praticaram qualquer atividade física no lazer nos últimos três meses e que não realizam esforços físicos intensos no trabalho, não se deslocam a pé ou de bicicleta para o trabalho e não são responsáveis pela limpeza pesada da casa.

A frequência de adultos inativos vem diminuindo de forma importante nos últimos cinco anos no DF, tanto em mulheres quanto em homens. Em ambos os sexos as prevalências de inatividade foram reduziram para cerca de metade dos valores do início do monitoramento, caindo de 41,6% para 22,7% em homens e de 24,1% para 9,7% em mulheres (tabela 13). No entanto, o número de inativos ainda é preocupante especialmente entre os homens. Em 2009 e 2010 a frequência de inatividade entre os homens do DF foi a maior de todo o País.

Tabela 13 - Percentual de adultos inativos, e a posição alcançada do maior percentual para o menor entre as unidades da federação, por gênero, Distrito Federal, 2006 a 2010.

INATIVIDADE FÍSICA¹										
	2006		2007		2008		2009		2010	
	%	Posição								
Masculino	41,6	7°	28,3	20°	27,2	19°	26,9	1°	22,7	1°
Feminino	24,1	4°	25,1	21°	21,8	22°	14,1	1°	9,7	27°

1. Adultos que não praticaram qualquer atividade física no lazer nos últimos três meses e que não realizam esforços físicos intensos no trabalho, não se deslocam para o trabalho caminhando ou de bicicleta e não são responsáveis pela limpeza pesada de suas casas.

Fonte: VIGITEL

IX- Hábito de assistir televisão

O tempo gasto em comportamentos sedentários está fortemente relacionado ao aumento no risco de se contrair doenças, havendo múltiplas evidências de que o número de horas diárias que o indivíduo dispense vendo televisão aumenta sua exposição a obesidade, diabetes tipo II, doenças cardiovasculares e síndrome metabólica (Fung et al, 2000; Hu et al, 2001; Hu et al, 2003; Dustan et al, 2005, in: Vigitel 2010).

Em 2009, o Vigitel passou a monitorar a frequência do hábito de assistir televisão. No Distrito Federal o número de pessoas que assistem três ou mais horas de televisão por dia em pelo menos cinco dias da semana é alto. No sexo masculino, 31,9% dos homens referiram ter esse hábito em 2010. Nota-se 3,5% de aumento no índice com relação ao ano de 2009. Entre as mulheres, a frequência no último ano foi de 22,8%.

Tabela 14 - Percentual de adultos que assistem três ou mais horas de televisão por dia em pelo menos cinco dias da semana, e a posição alcançada do maior percentual para o menor entre as unidades da federação, por gênero, Distrito Federal, 2009 a 2010.

HÁBITO DE ASSISTIR TELEVISÃO¹				
	2009		2010	
	%	Posição	%	Posição
Masculino	28,4	4°	31,9	6°
Feminino	24,6	17°	22,8	23°

1. Adultos que assistem três ou mais horas de televisão por dia em pelo menos cinco dias da semana;

Fonte: VIGITEL

X - Consumo de Bebidas Alcoólicas

O VIGITEL nesta publicação focalizou dois indicadores do consumo de bebidas alcoólicas: **a frequência de consumo abusivo** (mais de quatro doses (mulheres) ou mais de cinco doses (homens) de bebidas alcoólicas em uma mesma ocasião dentro de 30 dias) e **a frequência de condução de veículo motorizado após o consumo abusivo de bebidas alcoólicas**. Considera-se como dose de bebida alcoólica uma dose de bebida destilada, uma lata de cerveja ou uma taça de vinho.

No Distrito Federal, em 2010 a frequência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas foi de 18,1%, sendo maior em homens (25,6%) do que em mulheres (11,6%). Em relação ao ano de 2009, houve uma diminuição do consumo entre as mulheres de 4,9% e aumento de 1,2% entre os homens. Observa-se que entre os anos de 2006 e 2009 houve um aumento de consumo entre as mulheres, que só diminuiu no ano de 2010.

Tabela 15 - Percentual de adultos que consome álcool de forma abusiva, e a posição alcançada do maior percentual para o menor entre as unidades da federação, por gênero, Distrito Federal, 2006 a 2010.

CONSUMO DE ÁLCOOL										
	2006		2007		2008		2009		2010	
	%	Posição	%	Posição	%	Posição	%	Posição	%	Posição
Masculino	25	22º	29,3	17º	26,7	19º	24,4	24º	25,6	20º
Feminino	8,7	11º	9,2	15º	11,2	6º	16,5	2º	11,6	11º

Fonte: VIGITEL

XI - Dirigir Automóvel após Consumo de Bebida Alcoólica

O VIGITEL utilizou como critério de inclusão nesta categoria o sujeito que dirigiu veículo motorizado logo após ingestão de mais de quatro doses de bebidas alcoólicas para mulher e cinco doses para homem.

O estudo revelou que a vinculação aos eventos acidentais dessa categoria apresenta proporção maior entre os homens (3,5%) do que entre as mulheres (0,1%).

No DF houve aumento do percentual em 2010, de 0,3 % entre os homens e entre as mulheres uma diminuição de 0,2%.

Tabela 16 - Percentual de adultos que afirmaram ter conduzido veículo automotor após a ingestão de bebidas alcoólica, e a posição alcançada do maior percentual para o menor entre as unidades da federação, por gênero, Distrito Federal, 2007 a 2009.

ÁLCOOL E DIREÇÃO								
	2007		2008		2009		2010	
	%	Posição	%	Posiçã o	%	Posição	%	Posição
Masculino	5,5%	12º	2,7%	19º	3,2	22º	3,5	18º
Feminino	1,8%	1º	0,3%	13º	0,3	8º	0,1	8º

Fonte: VIGITEL

XII - Hipertensão Arterial

O VIGITEL utilizou como critério de inclusão na categoria hipertensão arterial a frequência com que os sujeitos se dizem doentes, já com diagnóstico médico. No conjunto da população adulta das 27 cidades estudadas, a frequência de diagnóstico médico prévio de hipertensão arterial alcançou 23,3%, sendo ligeiramente maior em mulheres (25,5%) do que em homens (20,7%). Em ambos os sexos o diagnóstico de hipertensão arterial se torna mais comum com a idade, alcançando cerca 50% na faixa etária de 55 anos e mais.

A frequência de pessoas que referem diagnóstico de hipertensão em 2010 foi de 28,8% para os homens e 18,1% para as mulheres.

Tabela 17 - Percentual de adultos que referem diagnóstico médico de hipertensão, e a posição alcançada entre as unidades da federação, por gênero, Distrito Federal, 2006 a 2010.

HIPERTENSÃO AUTO-REFERIDA										
	2006		2007		2008		2009		2010	
	%	Posição								
Masculino	15,5	25 ^a	15,4	23 ^a	19,3	14 ^a	19,1	18 ^a	28,8	1 ^a
Feminino	21,0	20 ^a	21,0	18 ^a	21,4	21 ^a	23,0	16 ^a	18,1	25 ^a

Fonte: VIGITEL

XIII – Diabetes mellitus

O VIGITEL utilizou como critério de inclusão nessa categoria a frequência com que às pessoas se dizem diabéticos, já com diagnóstico médico confirmado.

Verifica-se no DF em 2010, um aumento na frequência de adultos do sexo masculino em relação ao ano de 2009 e uma diminuição na frequência no sexo feminino.

Tabela 18 - Percentual de adultos que referem diagnóstico prévio de diabetes, e a posição alcançada entre as unidades da federação, por gênero, Distrito Federal, 2006 a 2010.

DIABETES AUTO-REFERIDA										
	2006		2007		2008		2009		2010	
	%	Posição								
Masculino	3,8	17 ^o	3,6	24 ^o	4,7	10 ^o	2,7	27 ^o	5,0	14^o
Feminino	6,3	4 ^o	3,8	21 ^o	4,3	20 ^o	4,4	22 ^o	3,9	27^o

Fonte: VIGITEL

XIV - Auto Avaliação do Estado de Saúde como Ruim

O VIGITEL distribuiu o sujeito dentro de quatro grupos desta categoria, a saber: excelente; bom; regular e ruim e selecionou aqueles que referiram como ruim seu estado de saúde.

Segundo o VIGITEL esse indicador tem se revelado fortemente correlacionado com medidas objetivas de morbidade e de uso de serviços, constituindo-se um preditor poderoso da mortalidade independente de fatores médicos, comportamentais e psicossociais, sendo fortemente influenciado por contextos sociais e culturais.

A frequência, de adultos, em 2010, que auto-avaliou o estado de saúde como *ruim* entre as capitais brasileiras, variou entre 11,8% e 1,5%.

No DF, a média da frequência foi de 1,5%, sendo no sexo masculino percentual de (0,7%) que assumem como ruim seu estado de saúde e no sexo feminino (2,3%). Conforme a tabela 19, concluímos que houve uma diminuição importante da classificação de ruim na saúde do sexo feminino.

Tabela 19 - Percentual de adultos que avaliaram com ruim sua própria saúde, e posição alcançada entre as unidades da federação, por gênero, Distrito Federal, 2007 a 2010.

ESTADO DE SAÚDE RUIM								
	2007		2008		2009		2010	
	%	Posição	%	Posição	%	Posição	%	Posição
Masculino	5,7	3 ^a	3,1	11 ^a	1,1	27 ^a	0,7	27^a
Feminino	8,9	3 ^a	7,8	4 ^a	8,8	3 ^a	2,3	27^a

Fonte: VIGITEL

XV – Realização do Exame Preventivo para o Câncer de Colo do Útero (Papanicolau)

A realização do exame preventivo de colo de útero a cada três anos é preconizada pelo Ministério da Saúde para todas as mulheres com idade entre 25 e 59 anos.

O VIGITEL disponibiliza dois indicadores de acesso a serviços de diagnóstico precoce de câncer (mamografia e Papanicolau) e um indicador que avalia a proteção contra a radiação ultravioleta.

Infelizmente o inquérito demonstrou que, em 2010, apenas 70% das mulheres com idade entre 25 e 59 anos realizaram exame preventivo nos últimos três anos, colocando o DF na 24ª posição entre as 27 capitais pesquisadas.

Tabela 20 - Percentual de mulheres que realizaram exame preventivo de papanicolau, e posição alcançada entre as unidades da federação, Distrito Federal, 2007 a 2010.

PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO (PAPANICOLAU)										
			2007		2008		2009		2010	
			%	Posição	%	Posição	%	Posição	%	Posição
Papanicolau	em	algum	81,1	21 ^a	83,8	20 ^a	86,1	15 ^a	76,6	24 ^a
Nos últimos três anos			74,9	23 ^a	74,4	26 ^a	77,6	17 ^a	70,0	25 ^a

Fonte: VIGITEL

XVI – Realização do Exame de Mamografia

“O Ministério da Saúde recomenda que todas as mulheres entre 50 e 69 anos de idade se submetam aos exames de mamografia pelo menos uma vez a cada dois anos, além de recomendar o exame anual para mulheres acima de 35 anos que pertençam a grupos de alto risco.”

No conjunto da população de mulheres entre 50 e 69 anos de idade das 27 cidades estudadas, a frequência de realização de mamografia nos últimos dois anos foi de 72,6%. A cobertura do exame foi ligeiramente maior em mulheres entre 50 e 59 anos (75,3%) do que em mulheres entre 60 e 69 anos (68,3%) e aumentou com o nível de escolaridade, chegando a 87,9% no estrato de 12 ou mais anos de estudo.

No DF no ano de 2010, apresenta um aumento na realização do exame de mamografia, melhorando desta forma a posição em relação a outras Unidades da federação.

O VIGITEL evidenciou uma maior cobertura do exame com o aumento do grau de escolaridade.

Tabela 21 - Percentual de mulheres que realizaram exame de mamografia, e posição alcançada entre as unidades da federação, Distrito Federal, 2007 a 2010.

PREVENÇÃO DE CÂNCER DE MAMA (MAMOGRAFIA)										
			2007		2008		2009		2010	
			%	Posição	%	Posição	%	Posição	%	Posição
Mamografia	em	algum	85,3	10 ^a	80,8	20 ^a	82,1	19 ^a	89,4	10 ^a
Mamografia nos últimos dois anos			68,8	17 ^a	65,7	18 ^a	63,3	20 ^a	81,6	4 ^a

Fonte: VIGITEL

XVII – Proteção contra Radiação Ultravioleta (UV)

O VIGITEL utilizou como indicador de proteção à radiação UV a não exposição por mais de trinta minutos ou fazê-lo com filtros solares e/ou chapéu/sombrinhas e roupas adequadas.

Tabela 22 - Percentual de adultos que se protege contra as radiações ultravioletas, e posição alcançada entre as unidades da federação, por gênero, Distrito Federal, 2007 a 2010.

PROTEÇÃO CONTRA RADIAÇÃO ULTRAVIOLETA (UV)								
	2007		2008		2009		2010	
	%	Posição	%	Posição	%	Posição	%	Posição
Masculino	39,0	22^a	39,1	10^a	44,9	3^a	40,6	11^a
Feminino	62,6	14^a	61,4	4^a	57,6	13^a	71,6	11^a

Fonte: VIGITEL

No DF, a frequência de homens que se protegem contra radiações ultravioletas diminuiu em 2010, sendo esta de 40,6% e aumentou frequência das mulheres para 71,6%

Considerando-se os dados nacionais, a pesquisa evidenciou que as mulheres tendem a se proteger mais das radiações UV do que os homens. Para o sexo feminino, a exposição à radiação UV é mais intensa nas faixas etárias mais jovens. E a utilização de mecanismos de proteção aumenta fortemente com o grau de escolaridade nos dois sexos.