

**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE**

**RELATÓRIO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E SEUS
FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO, NO DISTRITO
FEDERAL – 2012**

**Brasília, DF
2014**

**RELATÓRIO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E SEUS
FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO, NO DISTRITO
FEDERAL – 2012**

Distrito Federal (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Vigilância à Saúde.

Relatório epidemiológico sobre doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco e proteção - 2012/ equipe de elaboração: Débora Barbosa Ronca, Kelva Karina Nogueira de Carvalho de Aquino, Simony Pereira Afonso Ferreira Leite. Brasília: Editora, 2014.

71p.

1. Doenças Crônicas não Transmissíveis. 2. Fatores de Risco. 3. Vigilância de Doenças. I. Ronca, Débora Barbosa. II. Aquino, Kelva Karina Nogueira de Carvalho de. III. Leite, Simony Pereira Afonso Ferreira. IV. Título.

CDU 616-002.73

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou em parte desta obra, desde que citada à fonte e que não seja para a venda ou qualquer fim comercial.

1ª Edição – 2014

Elaboração, edição e distribuição:
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Subsecretaria de Vigilância à Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica
Gerência de Doenças e Agravos não Transmissíveis
Núcleo de Vigilância em Doenças Crônicas não Transmissíveis

Equipe de elaboração:
Débora Barbosa Ronca
Kelva Karina Nogueira de Carvalho de Aquino
Simony Pereira Afonso Ferreira Leite

Apoio técnico e revisão:
Luiz Antônio Bueno Lopez – NAD/GIASS/DIVEP/SVS
Maria Amélia Cavalcanti Yoshizawa – DIVEP/SVS
Vaneide Daciane Pedí – DIVEP/SVS

Endereço
SBN QD 02, Bloco P, Lote 04, Loja 01.
CEP 70040-020, Brasília, Distrito Federal.
E-mail: nvednt.df@gmail.com

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| I- APRESENTAÇÃO | 11 |
| II- INTRODUÇÃO | 12 |
| III- VIGILÂNCIA E MONITORAMENTO DE DCNT NO DISTRITO FEDERAL | 14 |
| IV- VIGILÂNCIA DE DOENÇAS, SEUS FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS..... | 15 |
| a. FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO DOS ADOLESCENTES | 15 |
| a.1) Consumo alimentar..... | 15 |
| a.2) Prática de atividade física | 17 |
| a.3) Hábito sedentário..... | 19 |
| a.4) Uso de tabaco | 21 |
| a.5) Uso de álcool | 22 |
| b. FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO DE ADULTOS..... | 24 |
| b.1) Excesso de Peso (Sobrepeso e Obesidade)..... | 25 |
| b.2) Consumo alimentar..... | 29 |
| b.3) Prática de atividade física | 36 |
| b.4) Uso de tabaco | 40 |
| b.5) Uso de álcool | 43 |
| c. Morbidade em adultos..... | 45 |
| c.1) Hipertensão Arterial | 45 |
| c.2) Diabetes | 47 |
| d. Prevenção de câncer | 49 |
| d.1) Realização de citologia oncológica para câncer de colo do útero..... | 49 |
| d.2) Realização de mamografia..... | 51 |
| e. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis | 52 |
| e.1) Mortalidade prematura em adultos | 52 |
| e.2) Mortalidade por grupos de causas relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis no Distrito Federal 53 | |
| e.3) Mortalidade por localidades do Distrito Federal | 55 |
| e.4) Mortalidade por causas específicas | 56 |
| e.4.1) Mortalidade por doenças do aparelho circulatório..... | 57 |
| e.4.2) Mortalidade por neoplasias | 60 |
| e.4.4) Mortalidade por diabetes..... | 62 |
| V- CONSIDERAÇÕES..... | 63 |
| VI- RECOMENDAÇÕES | 66 |
| VII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 68 |

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Percentual de escolares do 9º ano do ensino fundamental que consumiram alimento marcador de hábito saudável (feijão em cinco dias ou mais da semana), no Distrito Federal, comparado ao total dos municípios das capitais, 2009 e 2012..... 16
- Tabela 2** - Percentual de escolares do 9º ano do ensino fundamental que consumiram alimento marcador de hábito saudável (frutas frescas em cinco dias ou mais da semana), no Distrito Federal, comparado ao total dos municípios das capitais, 2009 e 2012..... 16
- Tabela 3**- Percentual de escolares do 9º ano do ensino fundamental que consumiram alimento marcador de hábito não saudável (guloseimas em cinco dias ou mais da semana), no Distrito Federal, comparado ao total dos municípios das capitais, 2009 e 2012..... 16
- Tabela 4**- Percentual de escolares do 9º ano do ensino fundamental que consumiram alimento marcador de hábito não saudável (refrigerantes em cinco dias ou mais da semana), no Distrito Federal, comparado ao total dos municípios das capitais, 2009 e 2012..... 17
- Tabela 5** - Percentual de escolares do 9º ano do ensino fundamental que praticaram atividade física acumulada nos últimos sete dias ou eram inativos, no Distrito Federal, comparado ao total dos municípios das capitais, 2009 e 2012. 18
- Tabela 6**- Percentual de escolares do 9º ano do ensino fundamental, com 300 minutos ou mais de atividade física acumulada, nos últimos sete dias, segundo o sexo, no Distrito Federal, comparado ao total dos municípios das capitais, 2009 e 2012..... 18
- Tabela 7** - Percentual de escolares do 9º ano do ensino fundamental, com 300 minutos ou mais de atividade física acumulada, nos últimos sete dias, segundo dependência administrativa da escola (Pública ou Privada), no Distrito Federal e total dos municípios das capitais, 2009 e 2012. 19
- Tabela 8** - Percentual de escolares do 9º ano do ensino fundamental que assistiram televisão em um dia da semana por duas ou mais horas, no Distrito Federal e municípios das capitais, 2009 e 2012. 20
- Tabela 9** - Percentual de escolares do 9º ano do ensino fundamental que assistiram televisão em um dia da semana por duas ou mais horas, segundo sexo, no Distrito Federal e municípios das capitais, 2009 e 2012..... 20
- Tabela 10** - Percentual de escolares do 9º ano do ensino fundamental que assistiram televisão em um dia da semana por duas ou mais horas, segundo dependência administrativa da escola (Pública ou Privada), no Distrito Federal e municípios das capitais, 2009 e 2012. 21
- Tabela 11** - Percentual de escolares do 9º ano do ensino fundamental que fumaram cigarros pelo menos um dia, nos últimos 30 dias, no Distrito Federal e municípios das capitais, 2009 e 2012. 21

| | |
|---|----|
| Tabela 12 - Percentual de escolares do 9º ano do ensino fundamental que fumaram cigarros pelo menos um dia, segundo sexo nos últimos 30 dias, no Distrito Federal e municípios das capitais, 2009 e 2012. | 22 |
| Tabela 13 - Percentual de escolares do 9º ano do ensino fundamental que fumaram cigarros pelo menos um dia, nos últimos 30 dias, segundo dependência administrativa da escola (Pública ou Privada) no Distrito Federal e municípios das capitais, 2009 e 2012. | 22 |
| Tabela 14 - Percentual de escolares 9º ano do ensino fundamental que consumiram bebida alcoólica pelo menos um dia, nos últimos 30 dias, no Distrito Federal e municípios das capitais, 2009 e 2012. | 23 |
| Tabela 15 - Percentual de escolares do 9º ano do ensino fundamental que consumiram bebida alcoólica pelo menos um dia, nos últimos 30 dias, segundo sexo, no Distrito Federal e municípios das capitais, 2009 e 2012. | 23 |
| Tabela 16 - Percentual de escolares do 9º ano do ensino fundamental que consumiram bebida alcoólica pelo menos um dia, nos últimos 30 dias, segundo dependência administrativa da escola (Pública ou Privada), no Distrito Federal e municípios das capitais, 2009 e 2012. | 24 |
| Tabela 17 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) com excesso de peso e obesidade, no Distrito Federal e municípios das capitais, 2012. | 25 |
| Tabela 18 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) com excesso de peso, sobrepeso, obesidade e obesidade mórbida, segundo sexo, no Distrito Federal, no período de 2006 a 2012. | 26 |
| Tabela 19 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) com excesso de peso, sobrepeso, obesidade e obesidade mórbida), por faixa etária, no Distrito Federal, no período de 2006 a 2012. | 28 |
| Tabela 20 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) com excesso de peso, sobrepeso, obesidade e obesidade mórbida, por anos de escolaridade, no Distrito Federal, no período de 2006 a 2012. | 29 |
| Tabela 21- Percentual* de adultos (≥ 18 anos) com consumo regular e consumo recomendado de frutas, hortaliças e, consumo regular de feijão, no Distrito Federal e municípios das capitais 2012. | 30 |
| Tabela 22 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consomem alimentos marcadores de hábito saudável, segundo sexo, no Distrito Federal, 2007 a 2012. | 31 |
| Tabela 23- Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consomem alimentos marcadores de hábito saudável, segundo faixa etária, no Distrito Federal, 2007 a 2012. | 32 |
| Tabela 24 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consomem alimentos marcadores de hábito saudável, segundo anos de escolaridade, no Distrito Federal, 2007 a 2012. | 33 |
| Tabela 25 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que consumiu carne com excesso de gordura, leite com teor integral de gordura e refrigerantes durante cinco ou mais dias por semana, no Distrito Federal e municípios das capitais, 2012. | 34 |

| | |
|---|----|
| Tabela 26 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consomem alimentos marcadores de hábito não saudável, segundo sexo, no Distrito Federal, 2006 a 2012..... | 34 |
| Tabela 27 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consomem alimentos marcadores de hábito não saudável, segundo faixa etária, no Distrito Federal, 2006 a 2012. | 35 |
| Tabela 28- Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consomem alimentos marcadores de hábito não saudável, segundo anos de escolaridade, no Distrito Federal, 2006 a 2012..... | 36 |
| Tabela 29 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que praticam o nível recomendado de atividade física no tempo livre, fisicamente ativos no deslocamento e inativos, no Distrito Federal e municípios das capitais, 2012. | 37 |
| Tabela 30 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que praticam o nível recomendado de atividade física no tempo livre, fisicamente ativos no deslocamento e inativos, segundo sexo, no Distrito Federal, 2006 a 2012. | 38 |
| Tabela 31- Percentual de adultos (≥ 18 anos) que praticam o nível recomendado de atividade física no tempo livre, fisicamente ativos no deslocamento e inativos, segundo faixa etária, no Distrito Federal, 2006 a 2012. | 39 |
| Tabela 32 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que praticam o nível recomendado de atividade física no tempo livre, fisicamente ativos no deslocamento e inativos, segundo anos de escolaridade, no Distrito Federal, 2006 a 2012. | 40 |
| Tabela 33 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) fumantes, que consumiram 20 cigarros ou mais por dia e ex-fumantes, no Distrito Federal e municípios das capitais, 2012..... | 41 |
| Tabela 34 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) fumantes, que consumiram 20 cigarros ou mais por dia e ex-fumantes, segundo sexo, no Distrito Federal, 2006 a 2012..... | 41 |
| Tabela 35 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) fumantes, que consumiram 20 cigarros ou mais por dia e ex-fumantes, segundo faixa etária, no Distrito Federal, 2006 a 2012. | 42 |
| Tabela 36 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) fumantes que consumiram 20 cigarros ou mais por dia e ex-fumantes, segundo anos de escolaridade, no Distrito Federal, 2006 a 2012. | 43 |
| Tabela 37 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que consumiram nos últimos 30 dias, quatro ou mais doses (feminino) ou cinco ou mais doses (masculino) de bebida alcoólica em uma ocasião, segundo sexo, no Distrito Federal e municípios das capitais, 2012. | 44 |
| Tabela 38 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consumiram nos últimos 30 dias, quatro ou mais doses (feminino) ou cinco ou mais doses (masculino) de bebida alcoólica em uma ocasião, segundo sexo, no Distrito Federal, 2006 a 2012..... | 44 |
| Tabela 39 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consumiram nos últimos 30 dias, quatro ou mais doses (feminino) ou cinco ou mais doses (masculino) de bebida alcoólica em uma ocasião, segundo faixa etária, no Distrito Federal, 2006 a 2012. | 45 |

| | |
|---|----|
| Tabela 40 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consumiram nos últimos 30 dias, quatro ou mais doses (mulher) ou cinco ou mais doses (homem) de bebida alcoólica em uma ocasião, segundo anos de escolaridade, no Distrito Federal, 2006 a 2012..... | 45 |
| Tabela 41- Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial, segundo sexo, no Distrito Federal e municípios das capitais, 2012..... | 46 |
| Tabela 42 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial, segundo sexo, no Distrito Federal, 2006 a 2012. | 46 |
| Tabela 43 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial, segundo faixa etária, no Distrito Federal, 2006 a 2012..... | 47 |
| Tabela 44 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial, segundo anos de escolaridade, no Distrito Federal, 2006 a 2012. | 47 |
| Tabela 45 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de diabetes, no Distrito Federal e municípios capitais, 2012. | 48 |
| Tabela 46 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de diabetes, segundo sexo, no Distrito Federal, 2006 a 2012..... | 48 |
| Tabela 47 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de diabetes, segundo faixa etária, no Distrito Federal, 2006 a 2012..... | 49 |
| Tabela 48 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de diabetes, segundo anos de escolaridade, no Distrito Federal, 2006 a 2012..... | 49 |
| Tabela 49 – Percentual* de mulheres na faixa de etária de 25 a 64 anos que realizaram exame de citologia oncótica para câncer de colo de útero, em algum momento das suas vidas e nos últimos três anos, no Distrito Federal e municípios das capitais, 2012..... | 50 |
| Tabela 50 - Percentual de mulheres na faixa de etária de 25 a 64 anos que realizaram exame de citologia oncótica para câncer de colo de útero, nos últimos três anos, no Distrito Federal, 2007 a 2012. | 50 |
| Tabela 51- Percentual de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos que realizaram exame de citologia oncótica para câncer de colo de útero nos últimos três anos, segundo faixa etária, no Distrito Federal, 2007 a 2012. | 51 |
| Tabela 52 - Percentual de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos que realizaram exame de citologia oncótica para câncer de colo de útero nos últimos três anos, segundo anos de escolaridade, no Distrito Federal, 2007 a 2012. | 51 |
| Tabela 53 – Percentual* de mulheres na faixa de etária de 50 a 69 anos que realizaram mamografia, em algum momento das suas vidas e nos últimos dois anos, no Distrito Federal e municípios das capitais, 2012..... | 52 |

| | |
|---|----|
| Tabela 54 - Mortalidade prematura em adultos pelas quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) no Distrito Federal 2008 a 2012..... | 53 |
| Tabela 55 - Número de óbitos, mortalidade proporcional (%) e coeficiente de mortalidade (por 100 mil habitantes) por grupos de causas* no Distrito Federal, 2001 e 2012. | 54 |
| Tabela 56 - Coeficiente de mortalidade (por 100 mil habitantes) dos três principais grupos de causa de óbito segundo localidade no Distrito Federal, 2012. | 55 |
| Tabela 57 - Número de óbitos e coeficiente específico de mortalidade por sexo das doenças do aparelho circulatório no Distrito Federal, 2012..... | 58 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 Fontes de informação para a vigilância de DCNT no Distrito Federal..... | 14 |
| Figura 2 Mortalidade proporcional (%) por grupos de causas* e sexo no Distrito Federal, 2012. | 54 |
| Figura 3 - Coeficiente de mortalidade (por 100 mil habitantes) por algumas causas específicas de óbito no Distrito Federal em 2001 e 2012. | 57 |
| Figura 4 - Número de óbitos por doenças cerebrovasculares por sexo e faixa etária no Distrito Federal, 2012. | 59 |
| Figura 5 - Número de óbitos por infarto agudo do miocárdio por sexo e faixa etária no Distrito Federal, 2012. | 59 |
| Figura 6 - Coeficiente de mortalidade (por 100 mil habitantes) por neoplasias no Distrito Federal, 2001 a 2012. | 60 |
| Figura 7 - Número de óbitos por neoplasia de mama feminina segundo faixa etária no Distrito Federal, 2012. | 61 |
| Figura 8 - Número de óbitos por neoplasia de brônquios e pulmão segundo sexo e faixa etária no Distrito Federal, 2012. | 61 |
| Figura 9 - Número de óbitos por neoplasia de próstata segundo faixa etária no Distrito Federal, 2012. | 62 |

I- APRESENTAÇÃO

Este relatório tem a finalidade de apresentar dados das principais doenças crônicas não transmissíveis – DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes, doenças respiratórias crônicas), seus fatores de risco, proteção e medidas de prevenção. Assim, vem atender às ações de vigilância das DCNT que fazem parte de um dos eixos do Projeto de Ações Estratégicas Para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Distrito Federal, 2012-2016 aprovado pelo Colegiado de Gestão em deliberação nº 21, de 18 de julho de 2013. O Projeto tem como objetivo a execução, pelos atores responsáveis, de ações propostas buscando a efetividade, integração e sustentabilidade, baseadas em evidências para a prevenção e controle das DCNT e seus fatores de risco, desse modo fortalecendo os serviços de saúde voltados para a população do Distrito Federal.

Para a elaboração deste relatório utilizaram-se dados do período de 2001 a 2012 obtidos do Sistema de Informações de Mortalidade – SIM fornecidos pela Gerência de Informação e Análises de Situação de Saúde – GIASS/DIVEP/SVS, e dados das pesquisas nacionais do IBGE Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE de 2009 e 2012 e do Ministério da Saúde – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL BRASIL de 2006 a 2012. Os dados da série histórica disponibilizada neste relatório referente à VIGITEL BRASIL foram recalculados pelo Ministério da Saúde utilizando novo método de cálculo: “rake” para análise de pesos pós-estratificação e enviados a esta Subsecretaria por meio do Ofício nº 36/2013/GAB/DANTPS/SVS/MS de 18 de novembro de 2013.

Desse modo, espera-se que este documento venha contribuir para o trabalho dos gestores, demais profissionais de saúde e de toda a sociedade do Distrito Federal, tanto no planejamento e implementação de políticas públicas efetivas para a prevenção e controle das DCNT e seus fatores de risco nos serviços de saúde integrados aos demais equipamentos sociais quanto na contribuição para a melhoria da saúde da população do Distrito Federal.

II-INTRODUÇÃO

O Brasil vive, neste início de século, uma situação de saúde que combina uma transição demográfica acelerada, com a redução dos níveis de fecundidade, mortalidade e aumento da expectativa de vida; uma transição epidemiológica singular expressa na tripla carga de doenças: uma agenda não superada de doenças infecciosas e carências, uma carga importante de causas externas e uma presença fortemente hegemônica das condições crônicas e, por final, uma transição nutricional, com o aumento progressivo de sobrepeso e obesidade em função das mudanças do padrão alimentar e do sedentarismo da vida moderna. O perfil epidemiológico brasileiro está cada vez mais pressionado pelas doenças crônicas e pela elevação progressiva da mortalidade por este grupo de causas (MENDES, 2012).

Segundo dados do Ministério da Saúde, as doenças crônicas não transmissíveis – DCNT (doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) constituem o problema de saúde de maior magnitude do Brasil, também responsável por grande parte dos gastos assistenciais com a saúde no país. No Brasil estão entre as principais causas de internações hospitalares (BRASIL, 2011). As DCNT têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida e ocasionado impactos econômicos negativos para indivíduos, famílias e a sociedade em geral. Elas são hoje responsáveis por 72% da mortalidade no Brasil e mais prevalentes entre as pessoas de baixa renda, por estarem mais expostas aos fatores de risco e terem menos acesso aos serviços de saúde. O aumento da carga de DCNT reflete os efeitos negativos da globalização, da urbanização rápida, da vida sedentária e da alimentação com alto teor calórico e do marketing que estimula o uso do tabaco e do álcool (MALTA, 2014).

Entre os determinantes sociais das DCNT salientamos as desigualdades sociais, o acesso à informação e aos bens e serviços, baixa escolaridade, além de fatores de risco não modificáveis (idade, sexo e herança genética) e modificáveis, como alimentação inadequada, inatividade física, tabagismo, e consumo de bebida alcoólica.

Estimativas globais da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que os fatores de risco modificáveis respondem pela maioria das mortes por DCNT e fração substancial da carga de doenças (BRASIL, 2011).

Diante desse cenário em 2011, o Ministério da Saúde apresentou o “Plano de Ações Estratégicas Para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011-2022” que tem como objetivo promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e controle das DCNT e seus fatores

de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para cuidados crônicos. Esse plano visa preparar o país nos próximos dez anos para enfrentar e deter as DCNT, dentre as quais: acidente vascular cerebral, infarto, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas.

Em consonância com o Plano Nacional, e com o panorama da situação de saúde para o enfrentamento das DCNT no Distrito Federal, a Secretaria de Saúde propôs realizar ações no Projeto de Ações Estratégicas para o Enfrentamento de Doenças Crônicas não Transmissíveis no DF de acordo com as diretrizes previstas na Portaria N° 23, de 09 de agosto de 2012 do Ministério da Saúde. O objetivo geral do projeto para os anos de 2012 a 2016 é de implantar, implementar e fortalecer as ações específicas de vigilância e prevenção das DCNT e seus fatores de risco contribuindo para o controle das mesmas no DF. O projeto visa atuar de forma integrada com as diversas áreas da SES-DF, outros setores e em consonância com o Ministério da Saúde, de forma sustentável e baseada em evidência científica.

Este relatório anual apresenta uma consolidação de dados secundários de mortalidade, morbidade e dos principais fatores de proteção e de risco modificáveis para as DCNT que são monitoradas pela vigilância à saúde.

III- VIGILÂNCIA E MONITORAMENTO DE DCNT NO DISTRITO FEDERAL

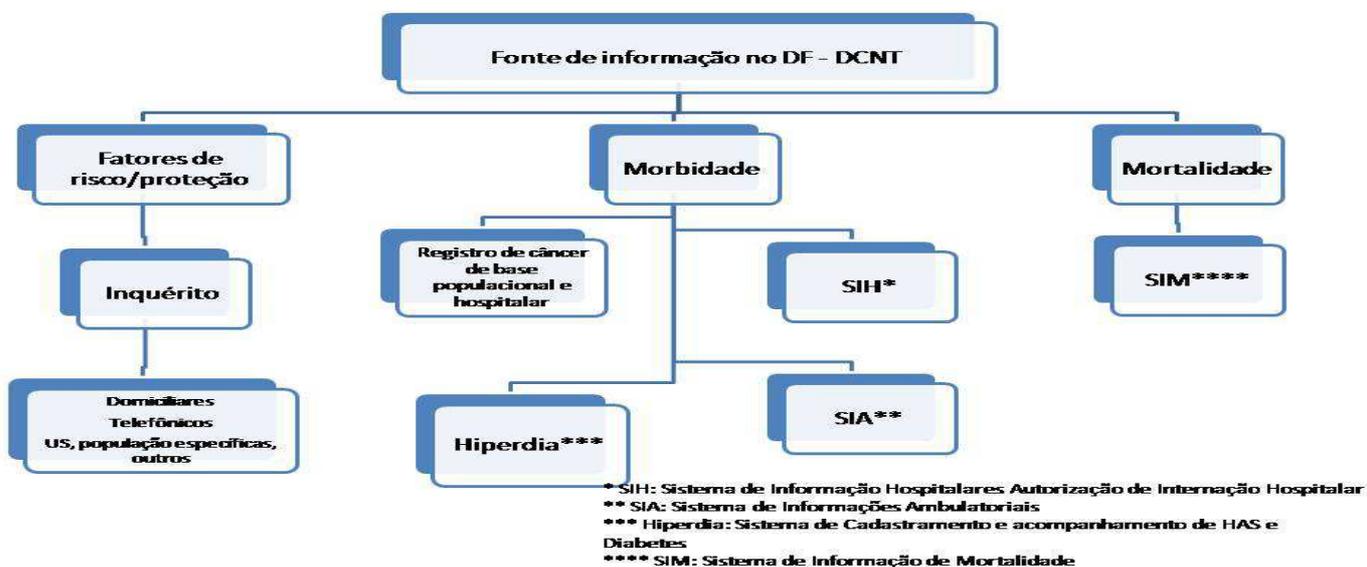
Atualmente a vigilância epidemiológica das DCNT ocorre por meio do monitoramento dos dados de diversos sistemas de informação, conforme apresentado na figura 1.

O monitoramento dos dados é de responsabilidade de diversas áreas da Secretaria de Saúde do DF.

Neste relatório é apresentada a análise dos dados monitorados pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica de Doenças não Transmissíveis – NVEDNT/GEDANT/DIVEP/SVS referente às informações de mortalidade do SIM, e das pesquisas nacionais PeNSE e VIGITEL.

Essas análises deverão subsidiar, de forma complementar, o planejamento e a tomada de decisão nos diversos níveis de atenção a saúde da SES-DF referente às DCNT.

Figura 1 Fontes de informação para a vigilância de DCNT no Distrito Federal.



Fonte: Ministério da Saúde, adaptado.

IV- VIGILÂNCIA DE DOENÇAS, SEUS FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

a. FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO DOS ADOLESCENTES

A adolescência é uma fase da vida que ao mesmo tempo em que experimenta mudanças biológicas, cognitivas, emocionais e sociais, vivencia um importante momento para a adoção de novas práticas, comportamentos e ganho de autonomia. A exposição às diversas situações que envolvem riscos comportamentais, como tabagismo, consumo de álcool, alimentação inadequada e sedentarismo, tem, com frequência, início na adolescência. Estes fatores estão associados ao desenvolvimento da maioria das DCNT que lideram as causas de óbito na vida adulta, inclusive de forma prematura (BRASIL, 2011).

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) mostra resultados de 2009 e 2012 sobre fatores de risco e proteção de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental nas escolas públicas ou privadas, de todo território brasileiro. Os principais resultados referentes a esse tema estão apresentados em seguida.

a.1) Consumo alimentar

Entre os hábitos considerados saudáveis, estudos apontam que o consumo adequado de frutas, legumes e verduras reduzem os riscos de doenças do aparelho circulatório, câncer de estômago e colorretal (BAZZANO et. al., 2003; RIBOLI; NORAT, 2003). Também está presente como potencial fator de proteção para excesso de peso e diabetes tipo 2.

A PeNSE analisa o consumo alimentar dessa população por meio de alimentos marcadores de hábito saudável (feijão e frutas frescas) e não saudável (guloseimas e refrigerantes).

Em 2012, no DF o consumo de feijão foi de 72,2%, ficando acima do observado nos municípios das capitais. Entretanto, quando comparada a 2009 observa-se uma redução de 3,3%. Porém, o consumo de guloseimas (47,6%) superou o consumo de frutas frescas (33,1%) e se aproximou ao de refrigerantes (32,3%) (Tabela 1).

Para marcadores de hábito saudável os resultados mostraram superiores aos valores observados nas capitais brasileiras, e para não saudável o consumo de refrigerante foi menor ao resultado do total das capitais e DF (Tabelas 1, 2, 3 e 4).

➤ **Alimentos marcadores de hábito saudável:**

Tabela 1 - Percentual de escolares do 9º ano do ensino fundamental que consumiram alimento marcador de hábito saudável (feijão em cinco dias ou mais da semana), no Distrito Federal, comparado ao total dos municípios das capitais, 2009 e 2012.

| Distrito Federal e Municípios das Capitais | Consumo de Feijão em cinco dias ou mais da semana | |
|--|---|------|
| | 2009 | 2012 |
| DF | 75,5 | 72,2 |
| Capitais | 62,6 | 60 |

Fonte: PeNSE, IBGE.

Tabela 2 - Percentual de escolares do 9º ano do ensino fundamental que consumiram alimento marcador de hábito saudável (frutas frescas em cinco dias ou mais da semana), no Distrito Federal, comparado ao total dos municípios das capitais, 2009 e 2012.

| Distrito Federal e Municípios das Capitais | Consumo de frutas frescas em cinco dias ou mais da semana | |
|--|---|------|
| | 2009 | 2012 |
| DF | 33,9 | 33,1 |
| Capitais | 31,5 | 29,8 |

Fonte: PeNSE, IBGE.

➤ **Alimentos marcadores de hábito não saudável:**

Tabela 3- Percentual de escolares do 9º ano do ensino fundamental que consumiram alimento marcador de hábito não saudável (guloseimas em cinco dias ou mais da semana), no Distrito Federal, comparado ao total dos municípios das capitais, 2009 e 2012.

| Distrito Federal e Municípios das Capitais | Consumo de guloseimas em cinco dias ou mais da semana | |
|--|---|------|
| | 2009 | 2012 |
| DF | 54,0 | 47,6 |
| Capitais | 50,9 | 42,6 |

Fonte: PeNSE, IBGE.

Tabela 4- Percentual de escolares do 9º ano do ensino fundamental que consumiram alimento marcador de hábito não saudável (refrigerantes em cinco dias ou mais da semana), no Distrito Federal, comparado ao total dos municípios das capitais, 2009 e 2012.

| Distrito Federal e Municípios das Capitais | Consumo de refrigerante em cinco dias ou mais da semana | |
|---|--|------|
| | 2009 | 2012 |
| DF | 31,9 | 32,3 |
| Capitais | 37,2 | 35,4 |

Fonte: PeNSE, IBGE.

a.2) Prática de atividade física

É recomendado, que no período da adolescência, os jovens pratiquem pelo menos uma hora (60 minutos) de atividade física moderada a vigorosa diariamente, ou 300 minutos de atividade física, acumuladas por semana (WHO, 2011b; CURRIE et al., 2008).

A PeNSE classifica a prática de atividade física para escolares da seguinte forma:

- **Inativos:** que não praticaram atividade física nos últimos sete dias.
- **Insuficientemente ativos:** prática de atividade física acumulada (soma, nos últimos sete dias, de atividades de deslocamento para a escola, aulas de educação física na escola e outras atividades extraescolares) de 1 a 149 minutos e de 150 a 299 minutos.
- **Ativos:** prática de atividade física acumulada (soma, nos últimos sete dias, de atividades de deslocamento para a escola, aulas de educação física na escola e outras atividades extraescolares) por no mínimo 300 minutos.

No DF, os resultados da Tabela 5 mostraram que grande parte dos escolares praticou atividade física na faixa recomendada, com valor de 44,4% em 2009 e 39,9% em 2012. No entanto, houve redução de 4,5% de alunos praticando atividade física no período recomendado no decorrer desses anos. Apesar disso, os resultados foram superiores aos encontrados nas demais capitais analisadas.

Tabela 5 - Percentual de escolares do 9º ano do ensino fundamental que praticaram atividade física acumulada nos últimos sete dias ou eram inativos, no Distrito Federal, comparado ao total dos municípios das capitais, 2009 e 2012.

| Distrito Federal e Municípios das Capitais | Tempo de atividade física acumulada | | | | | | | |
|--|-------------------------------------|------|---------|------|-----------|------|------|------|
| | Inativo | | 1 a 149 | | 150 a 299 | | 300 | |
| | 2009 | 2012 | 2009 | 2012 | 2009 | 2012 | 2009 | 2012 |
| DF | 3,8 | 3,0 | 24,6 | 29,3 | 27,2 | 27,8 | 44,4 | 39,9 |
| Capitais | 4,8 | 5,8 | 25,2 | 34,8 | 26,9 | 26,4 | 43,1 | 33,0 |

Fonte: PeNSE, IBGE.

Analisando a prática de atividade física na faixa recomendada por sexo (Tabela 6) verifica-se que os escolares do DF, do sexo masculino, apresentaram um percentual bem superior aos do sexo feminino, tanto no período de 2009 como no período de 2012. Esse resultado assemelha-se ao dado das demais capitais brasileiras analisadas. Além dessa diferença entre os sexos, nota-se que houve uma redução entre os anos analisados no percentual de prática de atividade física para os escolares do sexo feminino, com 31,7% em 2009 e 29,3% em 2012. Essa tendência também acontece com os escolares do sexo masculino, com 59,8% em 2009 para 51,5% em 2012.

Tabela 6- Percentual de escolares do 9º ano do ensino fundamental, com 300 minutos ou mais de atividade física acumulada, nos últimos sete dias, segundo o sexo, no Distrito Federal, comparado ao total dos municípios das capitais, 2009 e 2012.

| Distrito Federal e Municípios das Capitais | 300 minutos ou mais de atividade física acumulada | | | |
|---|---|------|-----------|------|
| | Feminino | | Masculino | |
| | 2009 | 2012 | 2009 | 2012 |
| DF | 31,7 | 29,3 | 59,8 | 51,5 |
| Capitais | 31,3 | 24,1 | 56,2 | 42,2 |

Fonte: PeNSE, IBGE.

Os resultados deste indicador por dependência administrativa da escola (pública ou privada) mostram semelhança na distribuição entre os tipos de escolas no ano de 2012 no DF, com 39,1% dos adolescentes das escolas privadas e 40,1% dos adolescentes das públicas atingindo o tempo de prática de atividade física recomendado. Este dado é diferente quando

comparado com o do valor total, em que a maioria dos escolares nas escolas públicas (32,1%) praticou o tempo de atividade recomendado (Tabela 7).

Vale ressaltar que houve redução desta prática nos anos analisados em ambas as dependências administrativas. Os escolares das dependências privadas que tinham 48,4% em 2009, tiveram redução para 39,1% em 2012 e os das públicas, de 43,1% em 2009 para 40,1% em 2012 (Tabela 7).

Tabela 7 - Percentual de escolares do 9º ano do ensino fundamental, com 300 minutos ou mais de atividade física acumulada, nos últimos sete dias, segundo dependência administrativa da escola (Pública ou Privada), no Distrito Federal e total dos municípios das capitais, 2009 e 2012.

| Distrito Federal e Municípios das Capitais | 300 minutos ou mais de atividade física acumulada | | | |
|---|---|------|---------|------|
| | Pública | | Privada | |
| | 2009 | 2012 | 2009 | 2012 |
| DF | 43,1 | 40,1 | 48,4 | 39,1 |
| Capitais | 42,6 | 32,1 | 45,1 | 35,8 |

Fonte: PeNSE, IBGE.

a.3) Hábito sedentário

Um importante indicador de sedentarismo é o hábito de assistir televisão (SCHOENBORN, 2004). A OMS recomenda que crianças não devam permanecer mais que uma ou duas horas em frente à TV e *video game* diariamente. O tempo em frente à TV também está associado ao consumo de alimentos calóricos, refrigerantes e, baixo consumo de frutas e vegetais, além de pouco gasto de energia (CURRIE et al., 2008).

Os motivos pelos quais as crianças e adolescentes têm sido menos ativos passam pelo aumento do tempo frente à televisão, computador e *video game*, reduções de aulas de educação física nas escolas e de opções de lazer ativo, em função da violência e da dificuldade de mobilidade urbana, assim como pelo aumento da frota automobilística e a preocupação dos pais com a segurança (RODRÍGUEZ, 2005).

Nos resultados da PeNSE 2009 (Tabela 8), no DF em 2009 80,9% dos adolescentes informaram assistir televisão em um dia da semana por duas ou mais horas. Houve uma discreta redução deste indicador na PeNSE 2012, 77,6%. Os resultados ficaram próximos quando comparado aos dados das capitais analisadas nos dois anos de pesquisa da PeNSE.

Tabela 8 - Percentual de escolares do 9º ano do ensino fundamental que assistiram televisão em um dia da semana por duas ou mais horas, no Distrito Federal e municípios das capitais, 2009 e 2012.

| Distrito Federal e Municípios das capitais | Assistir televisão em um dia da semana por duas ou mais horas | |
|---|---|------|
| | 2009 | 2012 |
| DF | 80,9 | 77,6 |
| Capitais | 79,5 | 78,6 |

Fonte: PeNSE, IBGE.

Analisando os resultados por sexo (Tabela 9), verifica-se que no DF os valores para o sexo feminino foram superiores que aos do sexo masculino nos dois períodos de análise. Ressalta-se uma redução do percentual, principalmente no sexo masculino quando comparado 2012 com 2009.

Tabela 9 - Percentual de escolares do 9º ano do ensino fundamental que assistiram televisão em um dia da semana por duas ou mais horas, segundo sexo, no Distrito Federal e municípios das capitais, 2009 e 2012.

| Distrito Federal e Municípios das Capitais | Assistir televisão em um dia da semana por duas ou mais horas | | | |
|---|---|------|-----------|------|
| | Feminino | | Masculino | |
| | 2009 | 2012 | 2009 | 2012 |
| DF | 81,0 | 79,7 | 80,7 | 75,3 |
| Capitais | 79,5 | 79,1 | 79,4 | 78,1 |

Fonte: PeNSE, IBGE.

Dados comparativos entre os adolescentes das escolas privada e pública do DF mostram que o costume de assistir televisão num dia da semana por duas ou mais horas é maior entre os adolescentes das escolas públicas (Tabela 10). Houve uma pequena redução deste valor nas escolas públicas, sendo que em 2009 era de 84,1% e em 2012 de 80,0%.

Quando comparado aos dados dos municípios das capitais analisadas, entre os estudantes das escolas privadas, verifica-se que essa prática é menor no DF que nas capitais analisadas. Já entre os estudantes das escolas públicas, essa prática é maior no DF.

Tabela 10 - Percentual de escolares do 9º ano do ensino fundamental que assistiram televisão em um dia da semana por duas ou mais horas, segundo dependência administrativa da escola (Pública ou Privada), no Distrito Federal e municípios das capitais, 2009 e 2012.

| Distrito Federal e Municípios das Capitais | Assistir televisão em um dia da semana por duas ou mais horas | | | |
|---|---|------|---------|------|
| | Pública | | Privada | |
| | 2009 | 2012 | 2009 | 2012 |
| DF | 84,1 | 80,0 | 70,6 | 70,4 |
| Capitais | 80,0 | 79,5 | 77,5 | 75,9 |

Fonte: PeNSE, IBGE.

a.4) Uso de tabaco

O tabaco é um dos determinantes mais importantes para o desencadeamento das doenças crônicas. Consequentemente, um ponto-chave na saúde pública é prevenir ou pelo menos retardar a iniciação ao hábito (CURRIE et al., 2008). A idade de iniciação ao hábito de fumar está cada vez mais precoce. Adolescentes fumantes possuem alta probabilidade de se tornarem adultos fumantes, aumentando assim o risco de morbimortalidade da população por doenças crônicas e causas evitáveis (MALCON; MENEZES; CHATKIN, 2003).

Os resultados da PeNSE mostraram que 6,8% dos escolares fumaram cigarros, pelo menos um dia, em 2009 e 6,3% em 2012 (Tabela 11). Esses resultados mostraram valores pouco acima aos do valor total analisado.

Tabela 11 - Percentual de escolares do 9º ano do ensino fundamental que fumaram cigarros pelo menos um dia, nos últimos 30 dias, no Distrito Federal e municípios das capitais, 2009 e 2012.

| Distrito Federal e Municípios das capitais | Fumaram pelo menos um dia (últimos 30 dias) | |
|---|---|------|
| | 2009 | 2012 |
| DF | 6,8 | 6,3 |
| Capitais | 6,3 | 6,1 |

Fonte: PeNSE, IBGE.

Em 2012, quanto ao uso de cigarro pelo menos um dia, nos últimos 30 dias, os escolares do sexo feminino tiveram um maior percentual (6,6%) do que os do sexo masculino

(5,9%). O uso de cigarros nos escolares do sexo feminino também foi superior quando comparado aos municípios das capitais (Tabela 12).

Tabela 12 - Percentual de escolares do 9º ano do ensino fundamental que fumaram cigarros pelo menos um dia, segundo sexo nos últimos 30 dias, no Distrito Federal e municípios das capitais, 2009 e 2012.

| Distrito Federal e Municípios das Capitais | Fumaram pelo menos um dia (últimos 30 dias) | | | |
|---|---|------|-----------|------|
| | Feminino | | Masculino | |
| | 2009 | 2012 | 2009 | 2012 |
| DF | 6,4 | 6,6 | 7,4 | 5,9 |
| Capitais | 6,3 | 6,1 | 6,4 | 6,1 |

Fonte: PeNSE, IBGE.

Em 2012 os escolares das escolas públicas estiveram mais expostos a esse fator de risco (5,4%) do que os escolares das escolas privadas (3,7%) apresentando redução do percentual comparado ao ano de 2009 em ambas dependências administrativas. Esses resultados foram inferiores aos dos municípios das capitais analisadas (Tabela 13).

Tabela 13 - Percentual de escolares do 9º ano do ensino fundamental que fumaram cigarros pelo menos um dia, nos últimos 30 dias, segundo dependência administrativa da escola (Pública ou Privada) no Distrito Federal e municípios das capitais, 2009 e 2012.

| Distrito Federal e Municípios das Capitais | Fumaram pelo menos um dia (últimos 30 dias) | | | |
|---|---|------|---------|------|
| | Pública | | Privada | |
| | 2009 | 2012 | 2009 | 2012 |
| DF | 6,7 | 5,4 | 7,2 | 3,7 |
| Capitais | 6,6 | 6,8 | 5,3 | 4,1 |

Fonte: PeNSE, IBGE.

a.5) Uso de álcool

O uso precoce do álcool é um fator de exposição para problemas de saúde na idade adulta, além de aumentar significativamente o risco de se tornar consumidor em excesso ao longo da vida (STRAUCH et al., 2009). No valor total analisado, o padrão de consumo de

bebidas alcoólicas é preocupante, principalmente, entre adolescentes e jovens (GALDUROZ et al., 2005).

Os dados da PeNSE mostraram que em 2012, no DF, 26,3% dos escolares consumiram bebida alcoólica pelo menos um dia, nos últimos 30 dias (Tabela 14). Esse dado é próximo ao resultado do valor total analisado que é de 26,8%, apresentando aumento de 1,3% entre os anos de 2009 e 2012 no DF.

Tabela 14 - Percentual de escolares 9º ano do ensino fundamental que consumiram bebida alcoólica pelo menos um dia, nos últimos 30 dias, no Distrito Federal e municípios das capitais, 2009 e 2012.

| Distrito Federal e Municípios das capitais | Consumo de bebida alcoólica pelo menos um dia, nos últimos 30 dias. | |
|---|--|------|
| | 2009 | 2012 |
| DF | 25,0 | 26,3 |
| Capitais | 27,3 | 26,8 |

Fonte: PeNSE, IBGE.

A maior frequência de consumo de bebida alcoólica ocorreu com escolares do sexo feminino (25,7%) em 2009 e (29,0%) em 2012, apresentado 3,3% de aumento para 2012 (Tabela 15). No sexo masculino houve uma discreta redução (1,5%) entre esses anos.

Tabela 15 - Percentual de escolares do 9º ano do ensino fundamental que consumiram bebida alcoólica pelo menos um dia, nos últimos 30 dias, segundo sexo, no Distrito Federal e municípios das capitais, 2009 e 2012.

| Distrito Federal e Municípios das Capitais | Consumo de bebida alcoólica pelo menos um dia, nos últimos 30 dias. | | | |
|---|--|------|-----------|------|
| | Feminino | | Masculino | |
| | 2009 | 2012 | 2009 | 2012 |
| DF | 25,7 | 29,0 | 24,2 | 23,3 |
| Capitais | 28,1 | 28,2 | 26,5 | 25,4 |

Fonte: PeNSE, IBGE.

No DF a experimentação de bebida alcoólica foi de 26,4% em 2009 e 23,7% em 2012 entre os escolares das escolas privadas e de 24,6% e 27,2%, entre os escolares das escolas públicas (Tabela 16). Esse resultado mostra pouca variação entre as dependências administrativas assemelhando-se aos resultados observados nos municípios das capitais

Tabela 16 - Percentual de escolares do 9º ano do ensino fundamental que consumiram bebida alcoólica pelo menos um dia, nos últimos 30 dias, segundo dependência administrativa da escola (Pública ou Privada), no Distrito Federal e municípios das capitais, 2009 e 2012.

| Distrito Federal e Municípios das Capitais | Consumo de bebida alcoólica pelo menos um dia, nos últimos 30 dias. | | | |
|---|--|------|---------|------|
| | Pública | | Privada | |
| | 2009 | 2012 | 2009 | 2012 |
| DF | 24,6 | 27,2 | 26,4 | 23,7 |
| Capitais | 26,8 | 27,7 | 29,5 | 24,3 |

Fonte: PeNSE, IBGE.

b. FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO DE ADULTOS

Das 57 milhões de mortes no mundo em 2008, 36 milhões, ou 63%, foram em razão das DCNT, com destaque para as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica (ALWAN et al., 2010). Cerca de 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa ou média renda, onde 29% são de pessoas com menos de 60 anos. Nos países de renda alta, apenas 13% são mortes precoces (WHO, 2011a).

No Brasil, as DCNT foram responsáveis, em 2007, por 72% do total de mortes, com destaque para as doenças do aparelho circulatório (31,3% dos óbitos), neoplasias (16,3%) e diabetes (5,2%) (SCHMIDT *et al*, 2011). Séries históricas de estatísticas de mortalidade, disponíveis para as capitais dos estados brasileiros, indicam que a proporção de mortes por DCNT aumentou em mais de três vezes entre 1930 e 2006 (MALTA *et al*, 2006).

Com o objetivo de realizar o monitoramento dos principais fatores de risco que levam à DCNT em adultos, o Ministério da Saúde (MS), implantou, a partir de 2006, o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel). Essa 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 da situação epidemiológica relativa aos fatores de risco para DCNT, obtidos no sistema Vigitel, no

Distrito Federal, comparado ao observado nos municípios das capitais brasileiras, no período de 2006 a 2012.

b.1) Excesso de Peso (Sobrepeso e Obesidade)

Dados da Organização Mundial da Saúde informam que 2,8 milhões de pessoas morrem a cada ano em decorrência do excesso de peso ou da obesidade (WHO, 2009). Os riscos de doença cardíaca, acidente vascular encefálico (AVE) e diabetes aumentam consistentemente com o aumento de peso (WHO, 2002). O Índice de Massa Corporal (IMC) elevado também aumenta os riscos de certos tipos de câncer (AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH, 2009). Essa condição corpórea tem sido atribuída ao consumo inadequado de alimentos e a inatividade física. **A classificação para o estado nutricional de adultos é compreendida da seguinte forma:**

- Baixo peso: índice de massa corporal (IMC) $\leq 18,5 \text{ kg/m}^2$
- Peso adequado: índice de massa corporal (IMC) $> 18,5 \text{ e } < 25 \text{ kg/m}^2$
- Excesso de peso: índice de massa corporal (IMC) $\geq 25 \text{ kg/m}^2$
- Sobrepeso: índice de massa corporal (IMC) $\geq 25 \text{ e } < 30 \text{ kg/m}^2$
- Obesidade: índice de massa corporal (IMC) $\geq 30 \text{ e } < 40 \text{ kg/m}^2$
- Obesidade mórbida: índice de massa corporal $\geq 40 \text{ kg/m}^2$

Dados do Vigitel mostram que em 2012 no DF a frequência do excesso de peso foi de 46,6% e de obesidade foi de 14,3%, sendo menor que os resultados dos municípios das capitais analisadas que foi de 51% para excesso de peso e de 17,4% para obesidade (Tabela 17).

Tabela 17 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) com excesso de peso e obesidade, no Distrito Federal e municípios das capitais, 2012.

| Distrito Federal e Municípios das capitais | Estado nutricional | |
|---|--------------------|-----------|
| | Excesso de peso | Obesidade |
| DF | 46,6 | 14,3 |
| Capitais | 51,0 | 17,4 |

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.

*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica do Vigitel à distribuição da população adulta da cidade projetada para o ano de 2012.

IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Nas últimas décadas o excesso de peso vem, de forma preocupante, crescendo ao longo dos anos na população brasileira. Analisando os dados do Vigitel, que avaliam o excesso de peso dos indivíduos nos diferentes graus de variação (Tabela 18), verifica-se uma tendência crescente ao longo dos anos para ambos os sexos, alcançando quase a metade da população do DF (46,6%).

Esse valor está relacionado, principalmente, ao sobrepeso (32,3%), sendo mais prevalente no sexo masculino (35,8%) do que no sexo feminino (29,3%). Com relação à obesidade e obesidade mórbida, a prevalência é crescente ao longo dos anos, e superior no sexo feminino. Ressalta-se que houve uma tendência de aumento significativo para excesso de peso em ambos os sexos no período de 2006 a 2012, entretanto, identifica-se redução do percentual entre os anos de 2011 e 2012 (Tabela 18).

Tabela 18 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) com excesso de peso, sobrepeso, obesidade e obesidade mórbida, segundo sexo, no Distrito Federal, no período de 2006 a 2012.

| Sexo | Estado Nutricional* | | | | | | |
|--------------------------|---------------------|------|------|------|------|------|------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| Excesso de Peso | | | | | | | |
| Masculino | 48,3 | 41,7 | 47,3 | 42,9 | 53,6 | 54,2 | 49,3 |
| Feminino | 34,7 | 37,1 | 35,9 | 35,9 | 35,1 | 46,3 | 44,2 |
| Ambos** | 41,4 | 39,3 | 41,4 | 39,2 | 44,3 | 50,1 | 46,6 |
| Sobrepeso | | | | | | | |
| Masculino | 37,8 | 31,6 | 37,2 | 34,6 | 42,6 | 39,9 | 35,8 |
| Feminino | 23,9 | 26,7 | 21,8 | 25,5 | 24,8 | 31,7 | 29,3 |
| Ambos | 30,7 | 29,1 | 29,2 | 29,8 | 33,6 | 35,7 | 32,3 |
| Obesidade | | | | | | | |
| Masculino | 10,5 | 10,1 | 10,1 | 8,3 | 11,1 | 14,3 | 13,5 |
| Feminino | 10,8 | 10,4 | 14,1 | 10,4 | 10,3 | 14,6 | 14,9 |
| Ambos | 10,7 | 10,3 | 12,2 | 9,4 | 10,7 | 14,4 | 14,3 |
| Obesidade Mórbida | | | | | | | |
| Masculino | 0,2 | 0,2 | 0,8 | 0,3 | 0,4 | 0,1 | 0,6 |
| Feminino | 0,5 | 0,9 | 1,1 | 0,8 | 0,3 | 1,5 | 1,9 |
| Ambos | 0,3 | 0,6 | 0,9 | 0,6 | 0,3 | 0,8 | 1,3 |

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.

* Método de cálculo: "rake" para análise de pesos pós-estratificação.

**Indica a existência de tendência de aumento significativo.

Analisando o excesso de peso de acordo com a faixa etária, verifica-se que houve um crescimento importante em todas as faixas etárias entre 2006 a 2010, porém verifica-se uma

redução entre 2011 e 2012 em todas as faixas etárias exceto para os com 65 anos ou mais (Tabela 19).

Ao estratificar estes resultados em sobrepeso, obesidade e obesidade mórbida observou-se que para o grupo de indivíduos com sobrepeso seguiu a mesma tendência do excesso de peso onde o crescimento ao longo dos anos foi revertido no ano de 2011 para 2012. O que pode ter provocado a redução do indicador geral de “Excesso de Peso” (Tabela 19).

Para os dados de obesidade e obesidade mórbida o comportamento foi variado entre as faixas etárias. É importante destacar que a faixa etária que apresentou o maior percentual de obesidade foi a de 45 a 54 anos chegando a um percentual de 25,8% em 2012 (Tabela 19).

Com relação aos resultados de obesidade mórbida no Distrito Federal o maior percentual foi de 2,2% na faixa etária de 35 a 44 anos em 2012 (Tabela 19).

Tabela 19 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) com excesso de peso, sobrepeso, obesidade e obesidade mórbida), por faixa etária, no Distrito Federal, no período de 2006 a 2012.

| Faixa etária | Estado Nutricional* | | | | | | |
|--------------------------|---------------------|------|------|------|------|------|------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| Excesso de peso | | | | | | | |
| 18 a 24** | 14,5 | 16,7 | 18,3 | 23,3 | 23,3 | 25,7 | 23,2 |
| 25 a 34 | 40,4 | 34,8 | 36,4 | 30,7 | 41,6 | 45,2 | 39,8 |
| 35 a 44 | 50,4 | 45,5 | 46,9 | 46,2 | 44,8 | 57,3 | 51,1 |
| 45 a 54 | 56,8 | 53,1 | 59,5 | 50,9 | 53,8 | 63,5 | 63 |
| 55 a 64 | 58,1 | 62,5 | 54,7 | 54,1 | 68,5 | 64,8 | 58,6 |
| 65 e mais** | 50,8 | 50,6 | 56,5 | 52,8 | 57,9 | 59,9 | 63,2 |
| Sobrepeso | | | | | | | |
| 18 a 24 | 10,9 | 11,7 | 14,7 | 16,9 | 20,2 | 18 | 15,3 |
| 25 a 34 | 33,8 | 27 | 27,7 | 26,6 | 32,7 | 36 | 31,6 |
| 35 a 44 | 36,6 | 33,3 | 30,4 | 37 | 34,8 | 40,1 | 35,1 |
| 45 a 54 | 37,4 | 37,1 | 38,4 | 35,2 | 39,3 | 43,4 | 37,2 |
| 55 a 64 | 43,3 | 44,8 | 38,6 | 36,2 | 53 | 43,4 | 42,7 |
| 65 e mais | 32,4 | 42,8 | 43 | 35,6 | 32,1 | 37 | 43,1 |
| Obesidade | | | | | | | |
| 18 a 24 | 3,6 | 5 | 3,6 | 6,3 | 3,2 | 7,7 | 8 |
| 25 a 34 | 6,6 | 7,8 | 8,7 | 4,1 | 8,9 | 9,3 | 8,2 |
| 35 a 44 | 13,9 | 12,2 | 16,5 | 9,2 | 10,1 | 17,2 | 16 |
| 45 a 54 | 19,4 | 16 | 21,1 | 15,6 | 14,5 | 20,1 | 25,8 |
| 55 a 64 | 14,8 | 17,7 | 16,1 | 18 | 15,4 | 21,4 | 15,9 |
| 65 e mais | 18,5 | 7,8 | 13,5 | 17,1 | 25,9 | 22,9 | 20,1 |
| Obesidade mórbida | | | | | | | |
| 18 a 24 | 0,4 | 0,2 | 0,7 | 0,8 | 0 | 0,2 | 0 |
| 25 a 34 | 0,1 | 0,9 | 0,8 | 0,9 | 0,6 | 1,2 | 0,9 |
| 35 a 44 | 0,2 | 0,4 | 0,4 | 0 | 0,3 | 0,7 | 2,2 |
| 45 a 54 | 0,5 | 0,7 | 1,6 | 0,3 | 0 | 1 | 1,9 |
| 55 a 64 | 0,5 | 0,9 | 0,5 | 0,9 | 0,8 | 0,5 | 1,7 |
| 65 e mais | 1,1 | 0,6 | 3,3 | 1,1 | 0 | 0,5 | 1,5 |

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.

*Método de cálculo: "rake" para análise de pesos pós-estratificação.

**Indica a existência de tendência de aumento significativo.

Analisando o excesso de peso de acordo com a escolaridade (Tabela 20), os resultados apresentaram alta prevalência de excesso de peso nos três grupos de estratificação de escolaridade. Ressalta-se que houve uma tendência de aumento significativo para excesso de peso, sobrepeso e obesidade nos indivíduos com maior escolaridade (12 anos ou mais).

O grupo de menor escolaridade (0 a 8 anos) foi o grupo onde houve maior redução no excesso de peso (6,7%) entre os anos de 2011 a 2012 seguido do grupo de 9 a 11 anos com 3,8% para este mesmo período.

Tabela 20 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) com excesso de peso, sobrepeso, obesidade e obesidade mórbida, por anos de escolaridade, no Distrito Federal, no período de 2006 a 2012.

| Anos de Escolaridade | Estado Nutricional* | | | | | | |
|--------------------------|---------------------|------|------|------|------|------|------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| Excesso de peso | | | | | | | |
| 0 a 8 | 48,9 | 47,3 | 47,4 | 40,6 | 52,2 | 58,5 | 51,8 |
| 9 a 11 | 39,7 | 33,2 | 38,4 | 39,4 | 38,9 | 47,8 | 44 |
| 12 e mais** | 33,2 | 36,5 | 36,8 | 37,3 | 42,2 | 44,6 | 44,4 |
| Sobrepeso | | | | | | | |
| 0 a 8 | 35,6 | 35,3 | 32 | 30,7 | 39,8 | 37,9 | 33,5 |
| 9 a 11 | 29,5 | 24,2 | 27,6 | 29,5 | 30,1 | 35,9 | 31,3 |
| 12 e mais** | 25,6 | 26,9 | 27,3 | 29,1 | 31,5 | 33,3 | 32,5 |
| Obesidade | | | | | | | |
| 0 a 8 | 13,3 | 11,9 | 15,4 | 9,9 | 12,5 | 20,6 | 18,3 |
| 9 a 11 | 10,2 | 9 | 10,8 | 9,8 | 8,8 | 11,9 | 12,7 |
| 12 e mais** | 7,6 | 9,6 | 9,6 | 8,2 | 10,8 | 11,2 | 11,9 |
| Obesidade mórbida | | | | | | | |
| 0 a 8 | 0,2 | 1 | 0,8 | 0,2 | 0 | 0,5 | 2,6 |
| 9 a 11 | 0,5 | 0,4 | 1,5 | 0,8 | 0,6 | 1,1 | 0,9 |
| 12 e mais | 0,4 | 0,3 | 0,5 | 0,8 | 0,4 | 0,7 | 0,4 |

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.

* Método de cálculo: "rake" para análise de pesos pós-estratificação.

** Indica a existência de tendência de aumento significativo.

b.2) Consumo alimentar

Para avaliar o consumo alimentar de adultos, o estudo Vigitel utilizou indicadores de consumo de alimentos considerados marcadores de padrões saudáveis de alimentação (frequência de consumo de frutas e hortaliças e feijão) e não saudáveis (consumo de carnes com excesso de gordura, leite integral e refrigerantes).

➤ Alimentos marcadores de hábito saudável:

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 (WHO, 2003). No Vigitel denominou-se **consumo regular de frutas e hortaliças a frequência de adultos que consomem frutas e hortaliças cinco ou mais dias da semana**. 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 desses alimentos**, como *proxy* do consumo recomendado de cinco porções diárias.

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). **O Vigitel considerou o consumo regular de feijão quando este alimento foi consumido em cinco dias ou mais dias da semana**.

Dos alimentos analisados como marcadores para hábito saudável, o que apresentou maior frequência no DF foi o feijão (79,3%) e o que apresentou menor, foi o consumo recomendado de frutas e hortaliças (28,3%).

O consumo recomendado no DF também apresentou um resultado maior (28,3%) que dos municípios das capitais (22,7%), porém este dado expressa que apenas um terço da população apresenta consumo recomendado (Tabela 21). A frequência de consumo regular de frutas e hortaliças foi de 40%, sendo superior ao resultado dos municípios das capitais (34%).

A frequência de adultos que referem o consumo regular de feijão em 2012 no DF (79,3%) foi superior à frequência apresentada no resultado dos municípios das capitais (67,5%) (Tabela 21).

Tabela 21- Percentual* de adultos (≥ 18 anos) com consumo regular e consumo recomendado de frutas, hortaliças e, consumo regular de feijão, no Distrito Federal e municípios das capitais 2012.

| Distrito Federal e Municípios das Capitais | Consumo Regular Frutas e Hortaliças | Consumo Recomendado de Frutas e Hortaliças | Consumo Regular Feijão |
|--|-------------------------------------|--|------------------------|
| DF | 40 | 28,3 | 79,3 |
| Capitais | 34 | 22,7 | 67,5 |

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.

*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio demográfica do Vigitel à distribuição da população adulta da cidade projetada para o ano de 2012. IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Analisando os dados por sexo ao longo dos anos no DF (Tabela 22) verifica-se uma oscilação de valores no percentual do marcador de consumo regular de frutas e hortaliças em ambos os sexos, com um percentual maior para o sexo feminino. Também observa-se um discreto aumento (3,2%) neste consumo entre os anos de 2008 a 2012.

Quanto aos resultados do consumo recomendado entre os anos de 2008 a 2012 houve aumento de 5,2% nesse consumo em ambos os sexos. Quanto ao consumo de feijão, o percentual foi maior para o sexo masculino (83%) (Tabela 22).

Tabela 22 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consomem alimentos marcadores de hábito saudável, segundo sexo, no Distrito Federal, 2007 a 2012.

| Sexo | Alimentos marcadores de hábito saudável* | | | | | |
|---|--|------|------|------|------|------|
| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| Frutas e hortaliças regularmente | | | | | | |
| Masculino | – | 29,7 | 32,4 | 36 | 30,2 | 31,3 |
| Feminino | – | 43,0 | 50,4 | 50,2 | 45,7 | 47,6 |
| Ambos | – | 36,8 | 42,0 | 43,5 | 38,5 | 40,0 |
| Frutas e hortaliças conforme recomendado | | | | | | |
| Masculino | – | 16,9 | 22,0 | 23,4 | 20,7 | 21,6 |
| Feminino | – | 28,6 | 31,7 | 30,1 | 31,6 | 34,2 |
| Ambos | – | 23,1 | 27,1 | 27,0 | 26,5 | 28,3 |
| Feijão cinco ou mais dias por semana | | | | | | |
| Masculino | 84,0 | 84,9 | 77,4 | 76,4 | 83,9 | 83,0 |
| Feminino | 76,4 | 72,7 | 69,3 | 66,1 | 76,9 | 76,1 |
| Ambos | 80,0 | 78,4 | 73,1 | 70,9 | 80,2 | 79,3 |

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.

*Método de cálculo: "rake" para análise de pesos pós-estratificação.

Verifica-se que o consumo regular de frutas e hortaliças aumentou de acordo com o aumento da faixa etária. Quanto a consumo recomendado, a população que menos consome é também a mais jovem em contrapartida foi o grupo que apresentou maior consumo de feijão (Tabela 23).

Tabela 23- Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consomem alimentos marcadores de hábito saudável, segundo faixa etária, no Distrito Federal, 2007 a 2012.

| Faixa etária | Alimentos marcadores de hábito saudável* | | | | | |
|---|--|------|------|------|------|------|
| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| Frutas e hortaliças regularmente | | | | | | |
| 18 a 24 | – | 28,7 | 36,2 | 44,8 | 33,1 | 28,9 |
| 25 a 34 | – | 30,7 | 35,6 | 38,3 | 31,9 | 42,1 |
| 35 a 44 | – | 41,1 | 45 | 44,4 | 40,8 | 41,5 |
| 45 a 54 | – | 42,9 | 40,9 | 42,6 | 41,4 | 42,5 |
| 55 a 64 | – | 44,2 | 56,5 | 43,4 | 50,1 | 42,4 |
| 65 e mais | – | 49,7 | 58,6 | 61,1 | 49,2 | 44,7 |
| Frutas e hortaliças conforme recomendado | | | | | | |
| 18 a 24 | – | 17,8 | 26,5 | 26,3 | 25,5 | 21,8 |
| 25 a 34 | – | 19,9 | 22,5 | 26,5 | 22,7 | 30,1 |
| 35 a 44 | – | 25,7 | 29,6 | 29,8 | 26,8 | 30,2 |
| 45 a 54 | – | 28,7 | 24,1 | 21,6 | 27,2 | 29,5 |
| 55 a 64 | – | 25,9 | 36,4 | 28,3 | 34,9 | 27,3 |
| 65 e mais | – | 28,4 | 34,9 | 32 | 30,7 | 30,1 |
| Feijão cinco ou mais dias por semana | | | | | | |
| 18 a 24 | 81,4 | 83,6 | 77 | 75,3 | 82,4 | 84,9 |
| 25 a 34 | 80,3 | 79,1 | 77,2 | 69,1 | 80,6 | 76,2 |
| 35 a 44 | 81,4 | 75,4 | 69,8 | 73,3 | 80,3 | 81,1 |
| 45 a 54 | 75,8 | 75,2 | 71,6 | 68,5 | 82,5 | 78 |
| 55 a 64 | 79,4 | 79,9 | 63,1 | 67,4 | 74,3 | 78,8 |
| 65 e mais | 79,6 | 75 | 71,7 | 68,6 | 75,1 | 76,7 |

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.

* Método de cálculo: “rake” para análise de pesos pós-estratificação.

A análise do consumo por escolaridade verifica-se que o consumo regular e recomendado de frutas e hortaliças foi maior para os de maior escolaridade (12 anos ou mais). Para o consumo recomendado de feijão a população de menor e de média escolaridade teve um alto valor, maior que 80% (Tabela 24).

Tabela 24 - **Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consomem alimentos marcadores de hábito saudável, segundo anos de escolaridade, no Distrito Federal, 2007 a 2012.**

| Anos de Escolaridade | Alimentos marcadores de hábito saudável* | | | | | |
|---|--|------|------|------|------|------|
| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| Frutas e hortaliças regularmente | | | | | | |
| 0 a 8 | – | 29,0 | 28,4 | 29,2 | 31,6 | 28,6 |
| 9 a 11 | – | 34,6 | 43 | 47,4 | 35,3 | 36,7 |
| 12 e mais | – | 51,1 | 59,4 | 54,6 | 50,2 | 56,5 |
| Frutas e hortaliças conforme recomendado | | | | | | |
| 0 a 8 | – | 16,7 | 16,9 | 17,1 | 20,3 | 18,4 |
| 9 a 11 | – | 23,5 | 26,8 | 28,8 | 24,3 | 26,1 |
| 12 e mais | – | 32,2 | 41,5 | 35,4 | 36,2 | 41,7 |
| Feijão cinco ou mais dias por semana | | | | | | |
| 0 a 8 | 83,4 | 84,1 | 78,1 | 83,1 | 85,7 | 85,5 |
| 9 a 11 | 83,1 | 81,7 | 78,6 | 65,7 | 81,1 | 82,3 |
| 12 e mais | 70,0 | 65,8 | 59,9 | 63,1 | 72,7 | 68,8 |

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.

* Método de cálculo: "rake" para análise de pesos pós-estratificação.

➤ Alimentos marcadores de hábito não saudável:

Considerou-se o consumo de carnes com excesso de gordura: o hábito de consumir carne vermelha com gordura e de frango com pele, sem remover a gordura visível desses alimentos. Com relação aos refrigerantes, considerou-se como marcador o consumo deste alimento de qualquer tipo e de sucos artificiais cinco vezes ou mais dias por semana.

No DF em 2012 pode-se verificar que, dos alimentos analisados como marcadores para hábito não saudável, o que apresentou maior consumo foi o leite integral (52,0%) e o que apresentou menor consumo foi o refrigerante (22,2%) (Tabela 25).

A frequência de adultos que costumam consumir carnes com excesso de gordura em 2012 no DF foi discretamente superior (32,3%) à apresentada no resultado dos municípios das capitais (31,5%), ao contrário do consumo de leite integral e refrigerante, que mostraram valores inferiores aos dos municípios das capitais analisadas, principalmente o refrigerante que teve consumo de 22,2% no DF enquanto dos municípios das capitais foi de 26,0%.

Tabela 25 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que consumiu carne com excesso de gordura, leite com teor integral de gordura e refrigerantes durante cinco ou mais dias por semana, no Distrito Federal e municípios das capitais, 2012.

| Distrito Federal e Municípios das Capitais | Carne com Excesso de Gordura | Leite com Teor Integral de Gordura | Refrigerante |
|--|------------------------------|------------------------------------|--------------|
| DF | 32,3 | 52,0 | 22,2 |
| Capitais | 31,5 | 53,8 | 26,0 |

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.

*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sociodemográfica do Vigitel à distribuição da população adulta da cidade projetada para o ano de 2012. IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Analisando a tabela 26, verifica-se o consumo de carnes pelo sexo masculino bem superior ao do sexo feminino ao longo dos anos, chegando, em 2012, a alcançar percentual de 41,2% para o sexo masculino e de 24,5% para o sexo feminino. Com relação ao consumo de leite integral, a frequência no sexo masculino foi maior (54,2%) em 2012 que no sexo feminino (50,1%). Quanto aos resultados do consumo de refrigerante, os valores foram de 22,8% no sexo masculino e de 21,6% no sexo feminino em 2012 (Tabela 26).

Tabela 26 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consomem alimentos marcadores de hábito não saudável, segundo sexo, no Distrito Federal, 2006 a 2012.

| Sexo | Alimentos marcadores de hábito não saudável* | | | | | | |
|---|--|------|------|------|------|------|------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| Carne com Excesso de Gordura | | | | | | | |
| Masculino | – | 42,4 | 46,2 | 43,3 | 44,3 | 40,2 | 41,2 |
| Feminino | – | 21,3 | 25,2 | 22,4 | 16,9 | 22,7 | 24,5 |
| Ambos | – | 31,1 | 35 | 32,1 | 29,7 | 30,9 | 32,3 |
| Leite com Teor Integral de Gordura | | | | | | | |
| Masculino | 56,5 | 51,4 | 56,7 | 56,4 | 54,9 | 56 | 54,2 |
| Feminino | 54,6 | 53,2 | 55,2 | 48,8 | 42,8 | 53,8 | 50,1 |
| Ambos | 55,5 | 52,4 | 55,9 | 52,4 | 48,4 | 54,8 | 52 |
| Refrigerante | | | | | | | |
| Masculino | – | – | – | 25,3 | 25,5 | 27,9 | 22,8 |
| Feminino | – | – | – | 18,7 | 16,9 | 20,8 | 21,6 |
| Ambos | – | – | – | 21,8 | 20,9 | 24,1 | 22,2 |

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.

* Método de cálculo: “rake” para análise de pesos pós-estratificação.

Analisando o consumo destes alimentos por faixa etária verifica-se que o consumo de carne com excesso de gordura é maior em adultos de faixa etária mais jovem (18 a 24 anos),

com aumento ao longo dos anos (32,2% em 2007 e 42,3% em 2012). O consumo de leite apresentou oscilação nas diversas faixas etárias. Com relação ao refrigerante o consumo foi maior na faixa etária mais jovem (18 a 34 anos) e menor na faixa etária ≥ 55 anos (Tabela 27).

Tabela 27 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consomem alimentos marcadores de hábito não saudável, segundo faixa etária, no Distrito Federal, 2006 a 2012.

| Faixa etária | Alimentos marcadores de hábito não saudável* | | | | | | |
|---|--|------|------|------|------|------|------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| Carne com Excesso de Gordura | | | | | | | |
| 18 a 24 | – | 32,3 | 40,1 | 34,3 | 34,0 | 35,6 | 42,3 |
| 25 a 34 | – | 35,6 | 38,2 | 35,5 | 26,7 | 34,1 | 34,3 |
| 35 a 44 | – | 33,6 | 35,0 | 36,4 | 37,7 | 32,7 | 34,7 |
| 45 a 54 | – | 27,4 | 28,6 | 28,1 | 32,4 | 27,9 | 29,0 |
| 55 a 64 | – | 21,4 | 30,3 | 21,7 | 22,2 | 22,4 | 20,4 |
| 65 e mais | – | 20,6 | 27,3 | 21,2 | 10,4 | 18,1 | 16,2 |
| Leite com Teor Integral de Gordura | | | | | | | |
| 18 a 24 | 59,7 | 60,1 | 56,1 | 52,1 | 44,5 | 64,3 | 49,6 |
| 25 a 34 | 56,4 | 52,2 | 55,6 | 57,5 | 52,4 | 55,0 | 54,9 |
| 35 a 44 | 55,9 | 53,7 | 60,9 | 50,4 | 53,7 | 54,4 | 55,8 |
| 45 a 54 | 54,1 | 46,2 | 53,2 | 52,4 | 46,1 | 49,4 | 50,0 |
| 55 a 64 | 52,7 | 44,3 | 51,5 | 45,6 | 45,9 | 53,6 | 47,2 |
| 65 e mais | 43,0 | 49,3 | 52,0 | 46,5 | 34,3 | 45,6 | 46,2 |
| Refrigerante | | | | | | | |
| 18 a 24 | – | – | – | 39,2 | 25,7 | 36,9 | 38,4 |
| 25 a 34 | – | – | – | 18,8 | 28,0 | 33,8 | 28,4 |
| 35 a 44 | – | – | – | 22,4 | 21,9 | 20,9 | 15,7 |
| 45 a 54 | – | – | – | 16,0 | 10,1 | 11,4 | 17,4 |
| 55 a 64 | – | – | – | 11,1 | 11,0 | 9,8 | 8,0 |
| 65 e mais | – | – | – | 10,7 | 13,2 | 9,9 | 8,3 |

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.

*Método de cálculo: "rake" para análise de pesos pós-estratificação.

Analisando os dados por escolaridade no DF, os resultados apresentaram um consumo maior de carnes com excesso de gordura para os que possuíam de 9 a 11 anos de escolaridade. O leite integral foi o alimento marcador de maior consumo entre os adultos de todas as escolaridades. O consumo de refrigerante foi menor nos de menor escolaridade e maior consumo nos indivíduos com 09 a 11 anos de estudo. Vale ressaltar que para os marcadores leite integral e refrigerante houve redução no consumo entre os anos de 2011 e 2012 (Tabela 28).

Tabela 28- Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consomem alimentos marcadores de hábito não saudável, segundo anos de escolaridade, no Distrito Federal, 2006 a 2012.

| Anos de Escolaridade | Alimentos marcadores de hábito não saudável* | | | | | | |
|---|--|------|------|------|------|------|------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| Carne com Excesso de Gordura | | | | | | | |
| 0 a 8 | – | 34,4 | 38,3 | 32,2 | 29,6 | 32,2 | 31,2 |
| 9 a 11 | – | 27,8 | 36,2 | 37,1 | 33,3 | 33,2 | 36,1 |
| 12 e mais | – | 30,7 | 28,8 | 26,4 | 26,9 | 26,5 | 28,4 |
| Leite com Teor Integral de Gordura | | | | | | | |
| 0 a 8 | 62,5 | 52,0 | 59,3 | 59,4 | 59,5 | 57,1 | 56,2 |
| 9 a 11 | 57,0 | 56,8 | 61,5 | 60,1 | 51,1 | 59,7 | 55,5 |
| 12 e mais | 42,9 | 46,5 | 43,8 | 33,9 | 35,1 | 46,3 | 43,1 |
| Refrigerante | | | | | | | |
| 0 a 8 | – | – | – | 18,1 | 14,1 | 21,0 | 17,9 |
| 9 a 11 | – | – | – | 24,5 | 27,5 | 28,1 | 26,0 |
| 12 e mais | – | – | – | 23,7 | 22,3 | 22,9 | 21,8 |

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.

* Método de cálculo: “rake” para análise de pesos pós-estratificação.

b.3) Prática de atividade física

Acompanhando mudanças nas recomendações internacionais (WHO, 2011b), a partir do ano de 2011, o Vigitel, introduziu o indicador de *prática de atividade física no tempo livre*. Ao adotar essas novas recomendações, ocorreram alterações na sintaxe e na frequência de atividade física no lazer em relação aos anos anteriores analisados por este estudo. **O Vigitel adotou a seguinte denominação para atividade física:**

- **Atividade física recomendada em tempo livre:** prática atividade física por pelo menos 150 minutos semanais de intensidade leve ou moderada ou de intensidade vigorosa por pelo menos 75 minutos semanais.

- **Atividade de deslocamento:** adultos que se desloca a pé ou de bicicleta para o trabalho ou curso/escola, perfazendo, pelo menos, 30 minutos no total do trajeto.

- **Fisicamente inativos:** adultos que não praticam qualquer atividade física no lazer nos últimos três meses e que não realizam esforços físicos intensos no trabalho, não se deslocaram para o trabalho ou para a escola a pé ou de bicicleta, perfazendo um mínimo de 10 minutos por trajeto/dia, e que não participam da limpeza pesada de suas casas.

No DF, em 2012, pode-se verificar que a prática de atividade física recomendada em tempo livre foi superior (38,7%) aos resultados dos municípios das capitais analisadas (33,5%). Os resultados referentes aos indivíduos ativos no deslocamento foram pouco expressivos chegando a um percentual de 12,6% representando valor inferior aos dados dos municípios das capitais (14,2%). Os resultados para o percentual de fisicamente inativos foi pequeno e também inferior (11,9%) aos resultados dos municípios das capitais (14,9%) (Tabela 29).

Tabela 29 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que praticam o nível recomendado de atividade física no tempo livre, fisicamente ativos no deslocamento e inativos, no Distrito Federal e municípios das capitais, 2012.

| Distrito Federal e Municípios das Capitais | Atividade Física Recomendada Tempo Livre | Ativos no Deslocamento | Fisicamente Inativos |
|--|--|------------------------|----------------------|
| DF | 38,7 | 12,6 | 11,9 |
| Capitais | 33,5 | 14,2 | 14,9 |

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.

*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio demográfica do Vigitel à distribuição da população adulta da cidade projetada para o ano de 2012. IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Analisando os dados do Vigitel que avaliam a prática de atividade física por sexo ao longo dos anos no DF verifica-se uma tendência de redução significativa do indicador atividade física no tempo livre nos indivíduos do sexo masculino e um aumento discreto para o sexo feminino. Com relação aos indivíduos fisicamente ativos no deslocamento, o percentual apresentou, para ambos os sexos, com pouca variação ao longo dos anos com um valor de 12,6% em 2012. Quanto aos resultados do indicador fisicamente inativos verifica-se,

para ambos os sexos, com pouca variação temporal com o valor de 11,9% em 2012 (Tabela 30).

Tabela 30 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que praticam o nível recomendado de atividade física no tempo livre, fisicamente ativos no deslocamento e inativos, segundo sexo, no Distrito Federal, 2006 a 2012.

| Sexo | Prática de atividade física * | | | | | | |
|--|-------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| Atividade física no tempo livre | | | | | | | |
| Masculino** | – | – | – | 48,9 | 47,1 | 45,9 | 45,3 |
| Feminino | – | – | – | 29,4 | 36,1 | 28,5 | 33 |
| Ambos | – | – | – | 38,5 | 41,3 | 36,7 | 38,7 |
| Ativos no Deslocamento | | | | | | | |
| Masculino | – | – | – | 13,5 | 9,4 | 11,7 | 13,7 |
| Feminino | – | – | – | 13,9 | 16,2 | 13,1 | 11,7 |
| Ambos | – | – | – | 13,7 | 13 | 12,5 | 12,6 |
| Fisicamente Inativos | | | | | | | |
| Masculino | 11,7 | 14,4 | 15,2 | 7,8 | 12 | 12 | 11,5 |
| Feminino | 12,5 | 11,1 | 16,7 | 18,8 | 13,8 | 14,5 | 12,3 |
| Ambos | 12,1 | 12,7 | 16 | 13,7 | 12,9 | 13,3 | 11,9 |

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.

*Método de cálculo: "rake" para análise de pesos pós-estratificação.

**Indica a existência de tendência de diminuição significativa.

Com relação aos dados que avaliam a prática de atividade física no tempo livre por faixa etária, observa-se uma tendência de maior prática na população entre 18 a 34 anos. Com referência aos indivíduos fisicamente ativos no deslocamento, o percentual é maior na faixa etária entre 25 e 34 anos. Com relação aos resultados do indicador fisicamente inativos verifica-se um maior percentual na faixa etária maior de 65 anos (Tabela 31).

Tabela 31- Percentual de adultos (≥ 18 anos) que praticam o nível recomendado de atividade física no tempo livre, fisicamente ativos no deslocamento e inativos, segundo faixa etária, no Distrito Federal, 2006 a 2012.

| Faixa etária | Prática de atividade física* | | | | | | |
|--|------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| Atividade física no tempo livre | | | | | | | |
| 18 a 24 | – | – | – | 47,1 | 47,4 | 47,8 | 47,8 |
| 25 a 34 | – | – | – | 41,2 | 43,6 | 35,8 | 45,3 |
| 35 a 44 | – | – | – | 32,0 | 40,8 | 36,5 | 32,8 |
| 45 a 54 | – | – | – | 37,1 | 31,4 | 31,8 | 31,9 |
| 55 a 64 | – | – | – | 32,8 | 39,0 | 36,4 | 31,8 |
| 65 e mais | – | – | – | 34,9 | 41,6 | 24,2 | 33,6 |
| Ativos no Deslocamento | | | | | | | |
| 18 a 24 | – | – | – | 13,9 | 19,9 | 15,9 | 11,6 |
| 25 a 34 | – | – | – | 16,4 | 20,0 | 13,3 | 19,2 |
| 35 a 44 | – | – | – | 12,3 | 11,2 | 14,0 | 12,0 |
| 45 a 54 | – | – | – | 17,8 | 5,1 | 12,5 | 12,4 |
| 55 a 64 | – | – | – | 10,0 | 4,0 | 6,8 | 5,1 |
| 65 e mais | – | – | – | 2,2 | 1,0 | 3,5 | 1,8 |
| Fisicamente Inativos | | | | | | | |
| 18 a 24 | 10,8 | 15,0 | 13,5 | 13,8 | 15,6 | 13,2 | 11,6 |
| 25 a 34 | 8,9 | 9,1 | 13,4 | 10,7 | 11,5 | 11,7 | 8,7 |
| 35 a 44 | 7,7 | 7,5 | 11,5 | 10,1 | 8,2 | 9,8 | 8,9 |
| 45 a 54 | 11,5 | 12,4 | 15,4 | 9,4 | 8,6 | 9,2 | 11,7 |
| 55 a 64 | 15,9 | 17,4 | 26,6 | 26,4 | 12,0 | 18,0 | 15,0 |
| 65 e mais | 43,4 | 33,5 | 37,9 | 30,1 | 37,4 | 33,5 | 30,6 |

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.

* Método de cálculo: “rake” para análise de pesos pós-estratificação.

Analisando os resultados por escolaridade verifica-se uma prevalência crescente de atividade física no tempo livre nos indivíduos com maior escolaridade. Para indivíduos fisicamente ativos no deslocamento, o maior percentual foi para os de menor escolaridade. Quanto aos resultados do indicador fisicamente inativos, verifica-se maior percentual entre os de escolaridade mais elevada (Tabela 32).

Tabela 32 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que praticam o nível recomendado de atividade física no tempo livre, fisicamente ativos no deslocamento e inativos, segundo anos de escolaridade, no Distrito Federal, 2006 a 2012.

| Anos de Escolaridade | Prática de atividade física* | | | | | | |
|--|------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| Atividade física no tempo livre | | | | | | | |
| 0 a 8 | – | – | – | 29,1 | 24,4 | 25,9 | 23,2 |
| 9 a 11 | – | – | – | 39,9 | 47,3 | 35,9 | 42,4 |
| 12 e mais | – | – | – | 49,8 | 53,0 | 50,0 | 50,7 |
| Ativos no Deslocamento | | | | | | | |
| 0 a 8 | – | – | – | 18,5 | 15,2 | 15,4 | 16,2 |
| 9 a 11 | – | – | – | 13,3 | 14,8 | 13,0 | 13,1 |
| 12 e mais | – | – | – | 7,7 | 9,3 | 8,5 | 8,2 |
| Fisicamente Inativos | | | | | | | |
| 0 a 8 | 11,6 | 13,8 | 19,1 | 13,0 | 11,1 | 13,5 | 13,1 |
| 9 a 11 | 11,1 | 9,8 | 11,1 | 12,0 | 12,6 | 12,0 | 9,0 |
| 12 e mais | 14,1 | 15,0 | 17,9 | 16,6 | 15,2 | 14,8 | 14,4 |

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.

*Método de cálculo: "rake" para análise de pesos pós-estratificação.

b.4) Uso de tabaco

O tabagismo é um importante fator de risco para o desenvolvimento de uma série de doenças crônicas, tais como câncer, doenças pulmonares e doenças cardiovasculares, de modo que o uso do tabaco continua sendo líder global entre as causas de mortes evitáveis (WHO, 2011b). Evidências associam, também, a exposição passiva ao tabaco ao mesmo grupo de doenças (MELLO et al., 2001).

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 e apresenta, ainda, a frequência de indivíduos que declaram fumar 20 ou mais cigarros por dia.

Em 2012, no DF a frequência de fumantes foi de 10,4% e de indivíduos que fumam mais que 20 cigarros por dia foi 3,1%, sendo estes valores mais baixos quando comparados aos dados dos municípios das capitais analisadas. Para o indicador referente à ex-fumantes, o DF apresentou um percentual maior (22,2%) do que os resultados do total analisado (21%) (Tabela 33).

Tabela 33 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) fumantes, que consumiram 20 cigarros ou mais por dia e ex-fumantes, no Distrito Federal e municípios das capitais, 2012.

| Distrito Federal e Municípios das Capitais | Fumantes | | Ex - fumantes |
|---|----------|--------------------|---------------|
| | Total | 20 \geq cigarros | |
| DF | 10,4 | 3,1 | 22,2 |
| Capitais | 12,1 | 4,0 | 21,0 |

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.

*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio demográfica do Vigitel à distribuição da população adulta da cidade projetada para o ano de 2012. IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Quanto ao uso de cigarros por sexo ao longo dos anos no DF (Tabela 34) verifica-se uma tendência de redução significativa do indicador fumantes em ambos os sexos e no sexo masculino. Com relação ao uso de 20 ou mais cigarros o percentual foi maior para os indivíduos do sexo masculino chegando a 4,6% em 2012 e apenas 1,7% para o sexo feminino. Quanto aos resultados do indicador ex-fumantes verifica-se maior percentual no sexo masculino (24%).

Tabela 34 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) fumantes, que consumiram 20 cigarros ou mais por dia e ex-fumantes, segundo sexo, no Distrito Federal, 2006 a 2012.

| Sexo | Hábito de Fumar* | | | | | | |
|--|------------------|------|------|------|------|------|------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| Fumantes | | | | | | | |
| Masculino** | 18,1 | 20,0 | 15,4 | 17,7 | 15,9 | 10,6 | 13,0 |
| Feminino | 13,7 | 9,9 | 11,7 | 12,5 | 12,5 | 10,0 | 8,1 |
| Ambos** | 15,7 | 14,6 | 13,4 | 15,0 | 14,1 | 10,3 | 10,4 |
| Fumante com 20 \geq cigarros | | | | | | | |
| Masculino | 3,0 | 5,3 | 5,2 | 4,2 | 4,1 | 1,7 | 4,6 |
| Feminino | 3,2 | 2,2 | 2,1 | 3,2 | 3,3 | 1,2 | 1,7 |
| Ambos | 3,1 | 3,6 | 3,5 | 3,7 | 3,7 | 1,4 | 3,1 |
| Ex - fumantes | | | | | | | |
| Masculino | 24,4 | 25,3 | 25,8 | 28,1 | 20,0 | 26,1 | 24,0 |
| Feminino | 16,5 | 19,3 | 20,7 | 22,6 | 18,9 | 16,1 | 20,7 |
| Ambos | 20,2 | 22,1 | 23,1 | 25,2 | 19,4 | 20,8 | 22,2 |

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.

*Método de cálculo: "rake" para análise de pesos pós-estratificação.

**Nota técnica: indica a existência de tendência de diminuição significativa.

Com relação aos dados que avaliam o uso de cigarros por faixa etária, observa-se maior consumo na faixa etária de 55 a 64 anos, seguida de 45 a 54 anos. Com referência aos indivíduos com uso de 20 cigarros ou mais, o maior percentual foi de 5,8% observado na faixa etária de 55 a 64 anos. Com relação aos resultados do indicador ex-fumantes, verifica-se o maior percentual em indivíduos acima de 54 anos (Tabela 35).

Tabela 35 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) fumantes, que consumiram 20 cigarros ou mais por dia e ex-fumantes, segundo faixa etária, no Distrito Federal, 2006 a 2012.

| Faixa etária | Hábito de fumar* | | | | | | |
|--------------------------------------|------------------|------|------|------|------|------|------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| Fumantes | | | | | | | |
| 18 a 24 | 12,1 | 10,1 | 10,5 | 15,4 | 13,8 | 8,9 | 8,7 |
| 25 a 34 | 15,2 | 14,0 | 13,4 | 14,2 | 15,6 | 13,1 | 10,4 |
| 35 a 44 | 18,1 | 18,0 | 16,5 | 17,6 | 17,6 | 5,7 | 9,8 |
| 45 a 54 | 18,4 | 18,7 | 15,2 | 11,7 | 10,1 | 14,7 | 12,0 |
| 55 a 64 | 16,1 | 15,1 | 11,5 | 20,3 | 15,0 | 10,8 | 14,0 |
| 65 e mais** | 15,3 | 10,0 | 10,3 | 8,5 | 5,1 | 6,5 | 7,7 |
| 20 \geq cigarros | | | | | | | |
| 18 a 24 | 0,8 | 2,5 | 2,1 | 4,6 | 3,2 | 0,5 | 1,6 |
| 25 a 34 | 0,7 | 2,1 | 1,7 | 0,6 | 1,0 | 1,6 | 2,4 |
| 35 a 44 | 5,0 | 6,3 | 6,1 | 6,0 | 5,3 | 0,8 | 4,0 |
| 45 a 54 | 5,7 | 3,5 | 3,5 | 3,5 | 5,9 | 2,4 | 4,0 |
| 55 a 64 | 6,6 | 6,5 | 6,2 | 7,9 | 7,2 | 2,7 | 5,8 |
| 65 e mais | 4,4 | 1,5 | 3,9 | 1,6 | 1,6 | 1,3 | 1,0 |
| Ex - fumantes | | | | | | | |
| 18 a 24 | 12,6 | 12,4 | 11,6 | 6,5 | 7,1 | 8,9 | 11,5 |
| 25 a 34 | 8,8 | 14,1 | 12,5 | 16,8 | 11,3 | 13,5 | 12,0 |
| 35 a 44 | 18,2 | 17,9 | 21,7 | 28,7 | 17,0 | 18,3 | 18,7 |
| 45 a 54 | 39,0 | 37,4 | 38,7 | 44,4 | 38,6 | 34,0 | 33,4 |
| 55 a 64 | 37,2 | 44,6 | 44,9 | 39,9 | 37,0 | 35,2 | 43,3 |
| 65 e mais | 38,2 | 38,2 | 44,0 | 39,3 | 27,5 | 39,4 | 46,3 |

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.

*Método de cálculo: "rake" para análise de pesos pós-estratificação.

**Nota técnica: indica a existência de tendência de diminuição significativa.

Avaliando os resultados por escolaridade, verifica-se uma maior prevalência de fumantes com uso de 20 ou mais cigarros nos de menor escolaridade com 5,5% em 2012 apresentando um aumento entre 2011 e 2012 de 3,7%.

No caso de ex-fumantes, o maior percentual está nos indivíduos de menor escolaridade chegando a 32% no ano de 2012 e apresentando redução de 3,6% entre 2011 e 2012 (Tabela 36).

Já para o grupo de maior escolaridade (12 anos ou mais) houve uma pequena redução no percentual de ex-fumantes (0,3%) chegando a 15,7% em 2012 (Tabela 36).

Tabela 36 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) fumantes que consumiram 20 cigarros ou mais por dia e ex-fumantes, segundo anos de escolaridade, no Distrito Federal, 2006 a 2012.

| Anos de Escolaridade | Hábito de fumar* | | | | | | |
|--------------------------------------|------------------|------|------|------|------|------|------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| 20 \geq cigarros | | | | | | | |
| 0 a 8 | 3,3 | 5,3 | 5,6 | 7,1 | 5,0 | 1,8 | 5,5 |
| 9 a 11 | 3,3 | 2,7 | 2,2 | 1,4 | 4,5 | 1,4 | 1,8 |
| 12 e mais | 2,5 | 2,2 | 2,3 | 1,6 | 1,8 | 1,0 | 2,2 |
| Ex - fumantes | | | | | | | |
| 0 a 8 | 25,3 | 30,6 | 30,9 | 34,8 | 24,9 | 28,4 | 32 |
| 9 a 11 | 16,1 | 17,9 | 18,3 | 20,2 | 17,5 | 17,6 | 19,3 |
| 12 e mais | 17,7 | 14,4 | 17,8 | 17,8 | 15,6 | 16,0 | 15,7 |

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.

*Método de cálculo: "rake" para análise de pesos pós-estratificação.

b.5) Uso de álcool

O consumo nocivo de álcool é apontado como um dos quatro principais fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis, além de contribuir para maior risco de acidentes de trânsito.

O Vigitel focalizou dois indicadores do consumo de bebidas alcoólicas:

- **A frequência de consumo abusivo de álcool:** mais de quatro doses para adultos do sexo feminino ou mais de cinco doses para os do sexo masculino de bebidas alcoólicas em uma mesma ocasião dentro de 30 dias. Considerou-se como dose de bebida alcoólica uma dose de bebida destilada, uma lata de cerveja ou uma taça de vinho.

No Distrito Federal, em 2012, o percentual do consumo abusivo de bebidas alcoólicas foi 19,8%, sendo maior em homens (27,5%) do que em mulheres (13,1%). Quando comparado ao resultado dos municípios das capitais, o DF apresenta percentual maior, exceto no sexo masculino (Tabela 37).

Tabela 37 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que consumiram nos últimos 30 dias, quatro ou mais doses (feminino) ou cinco ou mais doses (masculino) de bebida alcoólica em uma ocasião, segundo sexo, no Distrito Federal e municípios das capitais, 2012.

| Distrito Federal e Municípios das Capitais | Uso abusivo do álcool | | |
|---|-----------------------|-----------|----------|
| | Total | Sexo | |
| | | Masculino | Feminino |
| DF | 19,8 | 27,5 | 13,1 |
| Capitais | 18,4 | 27,9 | 10,3 |

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.

*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio demográfica do Vigitel à distribuição da população adulta da cidade projetada para o ano de 2012. IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Analisando os dados do Vigitel que avaliam o uso abusivo de álcool por sexo ao longo dos anos no DF, observa-se um aumento deste indicador nos indivíduos do sexo masculino, feminino e em ambos os sexos (Tabela 38).

Tabela 38 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consumiram nos últimos 30 dias, quatro ou mais doses (feminino) ou cinco ou mais doses (masculino) de bebida alcoólica em uma ocasião, segundo sexo, no Distrito Federal, 2006 a 2012.

| Sexo | Uso abusivo do álcool* | | | | | | |
|-----------|------------------------|------|------|------|------|------|------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| Masculino | 22,1 | 26,4 | 25,8 | 23,3 | 28,1 | 21 | 27,5 |
| Feminino | 8,7 | 8,5 | 10,1 | 14,9 | 12,6 | 8,7 | 13,1 |
| Ambos | 15,0 | 16,9 | 17,5 | 18,8 | 19,9 | 14,5 | 19,8 |

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.

*Método de cálculo: "rake" para análise de pesos pós-estratificação.

Com relação aos dados que avaliam o uso de álcool por idade, observa-se uma tendência de aumento de consumo em todas as faixas etárias, com maior consumo na faixa etária de 18 a 24 anos (27,1%) em 2012, seguida de 25 a 34 anos (23,8%) em 2012 (Tabela 39).

Tabela 39 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consumiram nos últimos 30 dias, quatro ou mais doses (feminino) ou cinco ou mais doses (masculino) de bebida alcoólica em uma ocasião, segundo faixa etária, no Distrito Federal, 2006 a 2012.

| Faixa etária | Uso abusivo do álcool* | | | | | | |
|--------------|------------------------|------|------|------|------|------|------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| 18 a 24 | 25,2 | 24,0 | 21,7 | 30,3 | 24,7 | 17,3 | 27,1 |
| 25 a 34 | 18,3 | 21,4 | 22,0 | 19,8 | 27,1 | 18,6 | 23,8 |
| 35 a 44 | 10,0 | 16,1 | 17,3 | 14,5 | 17,0 | 11,8 | 19,4 |
| 45 a 54 | 10,5 | 10,4 | 14,9 | 19,4 | 15,4 | 12,0 | 17,2 |
| 55 a 64 | 6,4 | 9,2 | 9,7 | 12,6 | 14,4 | 14,2 | 9,5 |
| 65 e mais | 4,8 | 1,4 | 2,1 | 3,7 | 3,4 | 4,8 | 8,0 |

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.

*Método de cálculo: "rake" para análise de pesos pós-estratificação.

Avaliando os resultados por escolaridade, verifica-se uma prevalência crescente de uso abusivo de álcool em todas as faixas etárias, com variação ao longo dos anos, sendo maior na escolaridade superior (12 anos ou mais) com 23,8% em 2012 (Tabela 40).

Tabela 40 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consumiram nos últimos 30 dias, quatro ou mais doses (mulher) ou cinco ou mais doses (homem) de bebida alcoólica em uma ocasião, segundo anos de escolaridade, no Distrito Federal, 2006 a 2012.

| Anos de Escolaridade | Uso abusivo do álcool* | | | | | | |
|----------------------|------------------------|------|------|------|------|------|------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| 0 a 8 | 11,8 | 14,9 | 13,8 | 14,8 | 16,6 | 11,4 | 15,8 |
| 9 a 11 | 15,6 | 16,9 | 18,0 | 19,9 | 18,8 | 14,3 | 20,1 |
| 12 e mais | 19,0 | 20,0 | 22,2 | 23,1 | 24,1 | 18,2 | 23,8 |

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.

*Método de cálculo: "rake" para análise de pesos pós-estratificação.

c. Morbidade em adultos

O Vigitel estimou a frequência de indivíduos adultos que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial e diabetes como mostra a seguir:

c.1) Hipertensão Arterial

O Vigitel utilizou como critério de inclusão na categoria hipertensão arterial a frequência com que os sujeitos se dizem doente, já com diagnóstico médico.

A frequência de pessoas que referem diagnóstico de hipertensão em 2012, no Distrito Federal, foi de 23,9%, sendo 24,0% para os do sexo masculino e 23,8 % para as do sexo feminino. Comparado com o resultado dos municípios das capitais analisadas (24,3%), o DF tem um valor menor exceto para os do sexo masculino que apresentou valor superior (Tabela 41).

Tabela 41- Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial, segundo sexo, no Distrito Federal e municípios das capitais, 2012.

| Distrito Federal e Municípios das Capitais | Hipertensão arterial | | |
|---|----------------------|-----------|----------|
| | Total (%) | Sexo | |
| | | Masculino | Feminino |
| DF | 23,9 | 24,0 | 23,8 |
| Capitais | 24,3 | 21,3 | 26,9 |

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.

*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica do Vigitel à distribuição da população adulta da cidade projetada para o ano de 2012. IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Analisando os dados do Vigitel que avaliam o percentual de indivíduos com diagnóstico médico de hipertensão por sexo DF, observa-se um aumento relevante deste indicador nos indivíduos do sexo masculino e feminino, apesar da variação temporal (Tabela 42).

Tabela 42 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial, segundo sexo, no Distrito Federal, 2006 a 2012.

| Sexo | Hipertensão arterial* | | | | | | |
|-----------|-----------------------|------|------|------|------|------|------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| Masculino | 16,2 | 15 | 21,8 | 21,5 | 18,9 | 18,8 | 24 |
| Feminino | 21,2 | 22,7 | 22,9 | 25,4 | 19 | 26,6 | 23,8 |
| Ambos | 18,9 | 19,1 | 22,4 | 23,6 | 19 | 22,9 | 23,9 |

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.

*Método de cálculo: "rake" para análise de pesos pós-estratificação.

Com relação aos dados que avaliam a hipertensão por faixa etária (Tabela 43), observa-se uma tendência de aumento em todas as faixas etárias com variação temporal ao longo dos anos, com exceção da faixa de 25 a 34 anos, sendo que o percentual eleva-se progressivamente com a faixa de idade, chegando a 66,3% na faixa de maior idade (65 anos ou mais).

Tabela 43 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial, segundo faixa etária, no Distrito Federal, 2006 a 2012.

| Faixa etária | Hipertensão arterial* | | | | | | |
|--------------|-----------------------|------|------|------|------|------|------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| 18 a 24 | 3,8 | 5,9 | 5,5 | 4,2 | 7,3 | 3,3 | 4,7 |
| 25 a 34 | 9,8 | 5,9 | 10,0 | 15,0 | 8,4 | 6,0 | 8,8 |
| 35 a 44 | 15,3 | 16,8 | 22,1 | 21,9 | 15,9 | 21,0 | 20,7 |
| 45 a 54 | 31,6 | 30,0 | 35,9 | 32,6 | 25,0 | 38,8 | 38,8 |
| 55 a 64 | 47,6 | 51,7 | 48,3 | 52,5 | 45,0 | 50,9 | 53,5 |
| 65 e mais | 56,1 | 59,7 | 62,6 | 61,3 | 55,2 | 73,6 | 66,3 |

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.

*Método de cálculo: "rake" para análise de pesos pós-estratificação.

Avaliando os resultados por escolaridade, verifica-se uma maior prevalência de hipertensão, com tendência de aumento significativo, no grupo de menor escolaridade, chegando um valor de 40,6% em 2012. Nos demais grupos houve pouca variação ao longo dos anos, principalmente nos de maior escolaridade (Tabela 44).

Tabela 44 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial, segundo anos de escolaridade, no Distrito Federal, 2006 a 2012.

| Anos de Escolaridade | Hipertensão arterial* | | | | | | |
|----------------------|-----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| 0 a 8** | 27,10 | 30,00 | 31,30 | 36,00 | 29,10 | 37,70 | 40,60 |
| 9 a 11 | 15,20 | 12,10 | 18,70 | 17,50 | 16,40 | 17,10 | 19,30 |
| 12 e mais | 11,30 | 11,50 | 14,00 | 13,60 | 11,00 | 12,90 | 11,90 |

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.

* Método de cálculo: "rake" para análise de pesos pós-estratificação.

**Indica a existência de tendência de aumento significativo.

c.2) Diabetes

O Vigitel utilizou como critério de inclusão nessa categoria a frequência com que as pessoas se dizem diabéticas, já com diagnóstico médico confirmado.

A prevalência dos adultos do Distrito Federal que referem diagnóstico prévio de diabetes é 6,6%, sendo inferior ao resultado dos municípios das capitais (7,4%). Indivíduos do sexo feminino apresentaram maior prevalência de diabetes (7,9%) no DF que os do sexo masculino (5,2%) (Tabela 45).

Tabela 45 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de diabetes, no Distrito Federal e municípios capitais, 2012.

| Distrito Federal e Municípios das Capitais | Diabetes | | |
|---|-----------|-----------|----------|
| | Total (%) | Sexo | |
| | | Masculino | Feminino |
| DF | 6,6 | 5,2 | 7,9 |
| Capitais | 7,4 | 6,5 | 8,1 |

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.

Analisando os dados do Vigitel que avaliam o percentual de indivíduos do DF com diagnóstico médico de diabetes por sexo, observa-se aumento para ambos os sexos com variação temporal ao longo dos anos (Tabela 46).

Tabela 46 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de diabetes, segundo sexo, no Distrito Federal, 2006 a 2012.

| Sexo | Diabetes* | | | | | | |
|-----------|-----------|------|------|------|------|------|------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| Masculino | 4,1 | 4,3 | 6,0 | 2,8 | 6,6 | 4,0 | 5,2 |
| Feminino | 6,5 | 4,5 | 5,0 | 5,1 | 4,5 | 6,8 | 7,9 |
| Ambos | 5,4 | 4,4 | 5,4 | 4,0 | 5,5 | 5,5 | 6,6 |

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.

*Método de cálculo: "rake" para análise de pesos pós-estratificação.

Com relação aos dados que avaliam o diabetes por faixa etária, observa-se uma prevalência crescente com variação temporal ao longo dos anos, exceto na faixa etária de 25 a 34 anos, chegando a um percentual de 25,6% na faixa de maior idade (65 anos ou mais) em 2012 (Tabela 47).

Tabela 47 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de diabetes, segundo faixa etária, no Distrito Federal, 2006 a 2012.

| Faixa etária | Diabetes* | | | | | | |
|--------------|-----------|------|------|------|------|------|------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| 18 a 24 | 1,1 | 1,1 | 0,6 | 1,4 | 1,5 | 0,0 | 1,3 |
| 25 a 34 | 2,4 | 1,6 | 1,0 | 0,8 | 1,3 | 1,8 | 1,2 |
| 35 a 44 | 1,9 | 1,7 | 2,8 | 1,4 | 1,9 | 2,6 | 2,8 |
| 45 a 54 | 8,5 | 9,8 | 10,2 | 4,9 | 5,8 | 10,2 | 11,2 |
| 55 a 64 | 14,1 | 10,7 | 16,4 | 10,9 | 21,0 | 11,0 | 19,2 |
| 65 e mais | 26,4 | 15,3 | 23,0 | 21,9 | 23,1 | 25,4 | 25,6 |

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.

*Método de cálculo: "rake" para análise de pesos pós-estratificação.

Analisando os resultados por escolaridade, verifica-se uma maior prevalência de diabetes no grupo de menor escolaridade, com valor de 10,2% em 2012, representando três vezes o valor observado no grupo de maior escolaridade (3,4%) (Tabela 48).

Tabela 48 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de diabetes, segundo anos de escolaridade, no Distrito Federal, 2006 a 2012.

| Anos de Escolaridade | Diabetes* | | | | | | |
|----------------------|-----------|------|------|------|------|------|------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| 0 a 8 | 7,8 | 6,3 | 9,7 | 5,4 | 8,4 | 10,4 | 10,2 |
| 9 a 11 | 4,0 | 3,6 | 2,7 | 3,2 | 4,1 | 3,7 | 6,2 |
| 12 e mais | 3,4 | 2,3 | 2,7 | 3,0 | 3,6 | 2,2 | 3,4 |

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.

*Método de cálculo: "rake" para análise de pesos pós-estratificação.

d. Prevenção de câncer

O Vigitel disponibiliza dois indicadores de acesso a serviços de diagnóstico precoce de câncer (citologia oncótica para câncer de colo de útero e mamografia) conforme mostrado a seguir.

d.1) Realização de citologia oncótica para câncer de colo do útero

A realização do exame de citologia oncótica para câncer de colo de útero é preconizada pelo Ministério da Saúde para todas as mulheres com idade entre 25 a 64 anos, uma vez por ano e, após dois exames anuais negativos, a cada três anos (BRASIL, 2006).

O inquérito mostrou que 86,7% das mulheres do DF referiram realizar exame de citologia oncótica em algum momento e 81% referiu ter realizado nos últimos três anos (Tabela 49).

Tabela 49 – Percentual* de mulheres na faixa de etária de 25 a 64 anos que realizaram exame de citologia oncótica para câncer de colo de útero, em algum momento das suas vidas e nos últimos três anos, no Distrito Federal e municípios das capitais, 2012.

| Distrito Federal e Municípios das Capitais | Realização de citologia oncótica | |
|---|----------------------------------|-------------------|
| | Em algum momento | Últimos três anos |
| DF | 86,7 | 81,0 |
| Capitais | 87,4 | 82,3 |

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.

*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica do Vigitel à distribuição da população adulta da cidade projetada para o ano de 2012. IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Analisando a série histórica dos dados do Vigitel que avaliam o percentual de mulheres que referiram realizar citologia oncótica para câncer de colo de útero no DF, observa-se um aumento ao longo dos anos com variação temporal, alcançando 81% em 2012 (Tabela 50).

Tabela 50 - Percentual de mulheres na faixa de etária de 25 a 64 anos que realizaram exame de citologia oncótica para câncer de colo de útero, nos últimos três anos, no Distrito Federal, 2007 a 2012.

| Realização de citologia oncótica* | | | | | |
|-----------------------------------|------|------|------|------|------|
| 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| 76,1 | 75,4 | 79,9 | 74,6 | 76,0 | 81,0 |

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.

*Método de cálculo: “rake” para análise de pesos pós-estratificação.

Com relação aos dados que avaliam por faixa etária, observa-se que a faixa etária dos 35 a 44 anos foi a que mais realizou o exame com 85,1% em 2012. A que menos realizou foi a mais jovem, de 25 a 34 anos (Tabela 51).

Tabela 51- Percentual de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos que realizaram exame de citologia oncótica para câncer de colo de útero nos últimos três anos, segundo faixa etária, no Distrito Federal, 2007 a 2012.

| Faixa etária | Realização de citologia oncótica* | | | | | |
|--------------|-----------------------------------|------|------|------|------|------|
| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| 25 a 34 | 73,1 | 72,4 | 78,2 | 65,3 | 70,6 | 76,4 |
| 35 a 44 | 77,0 | 76,0 | 79,9 | 76,8 | 80,9 | 85,1 |
| 45 a 54 | 80,3 | 81,4 | 83,2 | 81,1 | 78,7 | 83,6 |
| 55 a 64 | 74,8 | 73,6 | 80,1 | 89,6 | 75,1 | 81,3 |

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.

* Método de cálculo: "rake" para análise de pesos pós-estratificação.

Analisando os resultados por escolaridade, verifica-se maior proporção de realização de exame no grupo de maior escolaridade, chegando a 88,2%. O menor percentual está naquelas com menos escolaridade, chegando a 75%, com diferença de 13,2% entre estes dois grupos em 2012 (Tabela 52).

Tabela 52 - Percentual de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos que realizaram exame de citologia oncótica para câncer de colo de útero nos últimos três anos, segundo anos de escolaridade, no Distrito Federal, 2007 a 2012.

| Anos de Escolaridades | Realização de citologia oncótica* | | | | | |
|-----------------------|-----------------------------------|------|------|------|------|------|
| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| 0 a 8 | 67,3 | 66,2 | 68,9 | 54,9 | 70,5 | 75,0 |
| 9 a 11 | 78,1 | 77,5 | 86,7 | 78,0 | 75,0 | 80,3 |
| 12 e mais | 88,9 | 86,2 | 87,7 | 91,5 | 82,9 | 88,2 |

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.

*Método de cálculo: "rake" para análise de pesos pós-estratificação.

d.2) Realização de mamografia

O Ministério da Saúde recomenda que todas as mulheres entre 50 e 69 anos de idade façam 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 (BRASIL, 2006a).

No conjunto da população de mulheres entre 50 e 69 anos de idade estudadas, a frequência de realização de mamografia em algum momento nos últimos dois anos foi de

87,1% e de 69,3% nos últimos dois anos no DF. A cobertura do exame nos últimos dois anos foi 8,1% menor quando comparada aos municípios das capitais analisadas. (Tabela 53).

Tabela 53 – Percentual* de mulheres na faixa de etária de 50 a 69 anos que realizaram mamografia, em algum momento das suas vidas e nos últimos dois anos, no Distrito Federal e municípios das capitais, 2012.

| Distrito Federal e Municípios das Capitais | Realização de Mamografia | |
|---|--------------------------|-------------------|
| | Em algum momento | Últimos dois anos |
| DF | 87,1 | 69,3 |
| Capitais | 89,9 | 77,4 |

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.

*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica do Vigitel à distribuição da população adulta da cidade projetada para o ano de 2012. IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

e. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis

e.1) Mortalidade prematura em adultos

Tendo em vista que a expectativa de vida padrão no Brasil é de 70 anos foi criado um indicador para monitoramento da ocorrência de morte de indivíduos abaixo desta idade, considerando a idade de 30 a 69 anos. Tal ocorrência é classificada como morte prematura em adultos. O parâmetro nacional de referência é redução da mortalidade prematura de 2% ao ano (Brasil, 2013). No DF, o coeficiente de mortalidade pelo conjunto das principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) apresenta uma tendência decrescente ao longo dos anos chegando a 238,9 por 100 mil habitantes (30 a 69 anos) em 2012, o que gerou uma variação de -1,7% entre o período de 2011 a 2012 (Tabela 54).

Tabela 54 - Mortalidade prematura em adultos pelas quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) no Distrito Federal 2008 a 2012.

| Ano | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Número | 2734 | 2761 | 2814 | 2893 | 2956 |
| Coefficiente (p/100.000 mil hab.) | 258,6 | 251,0 | 246,0 | 243,1 | 238,9 |
| Varição (%) | -0,9 | -2,9 | -2,0 | -1,1 | -1,7 |

Fonte: SIM e IBGE Execução: GIISS/DIVEP/SVS/SES-DF

e.2) Mortalidade por grupos de causas relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis no Distrito Federal

Em 2012, a primeira causa de mortalidade no DF foi por doenças do aparelho circulatório, com 3040 óbitos (26,9%), e a segunda, as neoplasias, com 2196 óbitos (19,4%). As doenças do aparelho respiratório e as doenças endócrinas nutricionais e metabólicas ocuparam a quarta e a sexta posições com, respectivamente, 1020 óbitos (9,0%) e 572 óbitos (5,1%) (Tabela 55).

No DF, nos últimos doze anos, as três principais causas de morte permaneceram sendo que as doenças do aparelho circulatório constituíram a principal causa, responsáveis por 26,9% das mortes em 2001 e 2012. Houve um aumento significativo na mortalidade proporcional e no risco de morrer por neoplasias, que superou as causas externas em 2012. A mortalidade proporcional por doenças do aparelho circulatório, não aumentou, mas a taxa específica de mortalidade por esta causa teve um pequeno aumento. Doenças do aparelho respiratório aumentaram e as doenças endócrinas nutricionais e metabólicas e doenças infecto-parasitárias diminuíram (Tabela 55).

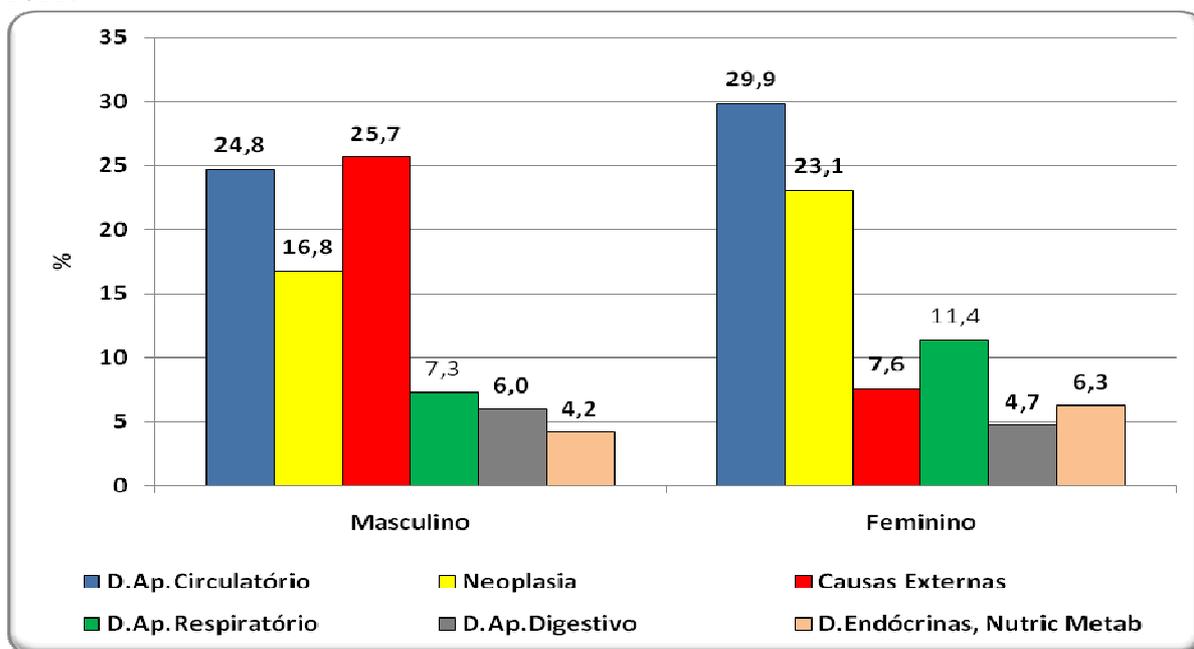
Tabela 55 - Número de óbitos, mortalidade proporcional (%) e coeficiente de mortalidade (por 100 mil habitantes) por grupos de causas* no Distrito Federal, 2001 e 2012.

| Causa (CID10) | 2001 | | | 2012 | | |
|---|------|------|-------|------|------|-------|
| | No. | % | Coef. | No. | % | Coef. |
| Doenças do aparelho circulatório | 2355 | 26,9 | 112,3 | 3040 | 26,9 | 114,9 |
| Neoplasias (tumores) | 1414 | 16,1 | 67,4 | 2196 | 19,4 | 83,0 |
| Causas externas | 1573 | 18,0 | 75,0 | 2049 | 18,1 | 77,5 |
| Doenças do aparelho respiratório | 629 | 7,2 | 30,0 | 1020 | 9,0 | 38,6 |
| Doenças do aparelho digestivo | 431 | 4,9 | 20,5 | 615 | 5,4 | 23,2 |
| Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas | 453 | 5,2 | 21,6 | 572 | 5,1 | 21,6 |
| Doenças infecciosas e parasitárias | 430 | 4,9 | 20,5 | 489 | 4,3 | 18,5 |

Fonte: SIM e IBGE Execução: GIASS/DIVEP/SVS/SES-DF

*Conforme capítulos da CID10

O perfil de mortalidade é diferente entre os sexos: a primeira causa de morte no sexo masculino foi causa externa, ou seja, acidente e violência, responsável por um quarto dos óbitos, superando as doenças do aparelho circulatório. Entre as do sexo feminino as causas externas representaram somente 7,6% do total de óbitos e a principal causa foram doenças do aparelho circulatório, que causou quase um terço dos óbitos (Figura 02).

Figura 2 Mortalidade proporcional (%) por grupos de causas* e sexo no Distrito Federal, 2012.

Fonte: SIM e IBGE Execução: GIASS/DIVEP/SVS/SES-DF

*Conforme capítulos da CID10

e.3) Mortalidade por localidades do Distrito Federal

A Tabela 56 aponta que a Região Administrativa (RA) do Lago Sul se destacou em 2012 com os maiores Coeficientes de Mortalidade por 100.000 habitantes de Doenças do Aparelho Circulatório e Neoplasias. Verifica-se, ainda, que no Guará e Sudoeste/Octogonal houve uma inversão entre as duas primeiras causas de mortalidade, ou seja, os Coeficientes de Mortalidade por 100.000 habitantes de neoplasias foram mais elevados do que os das doenças do aparelho circulatório.

Tabela 56 - Coeficiente de mortalidade (por 100 mil habitantes) dos três principais grupos de causa de óbito segundo localidade no Distrito Federal, 2012.

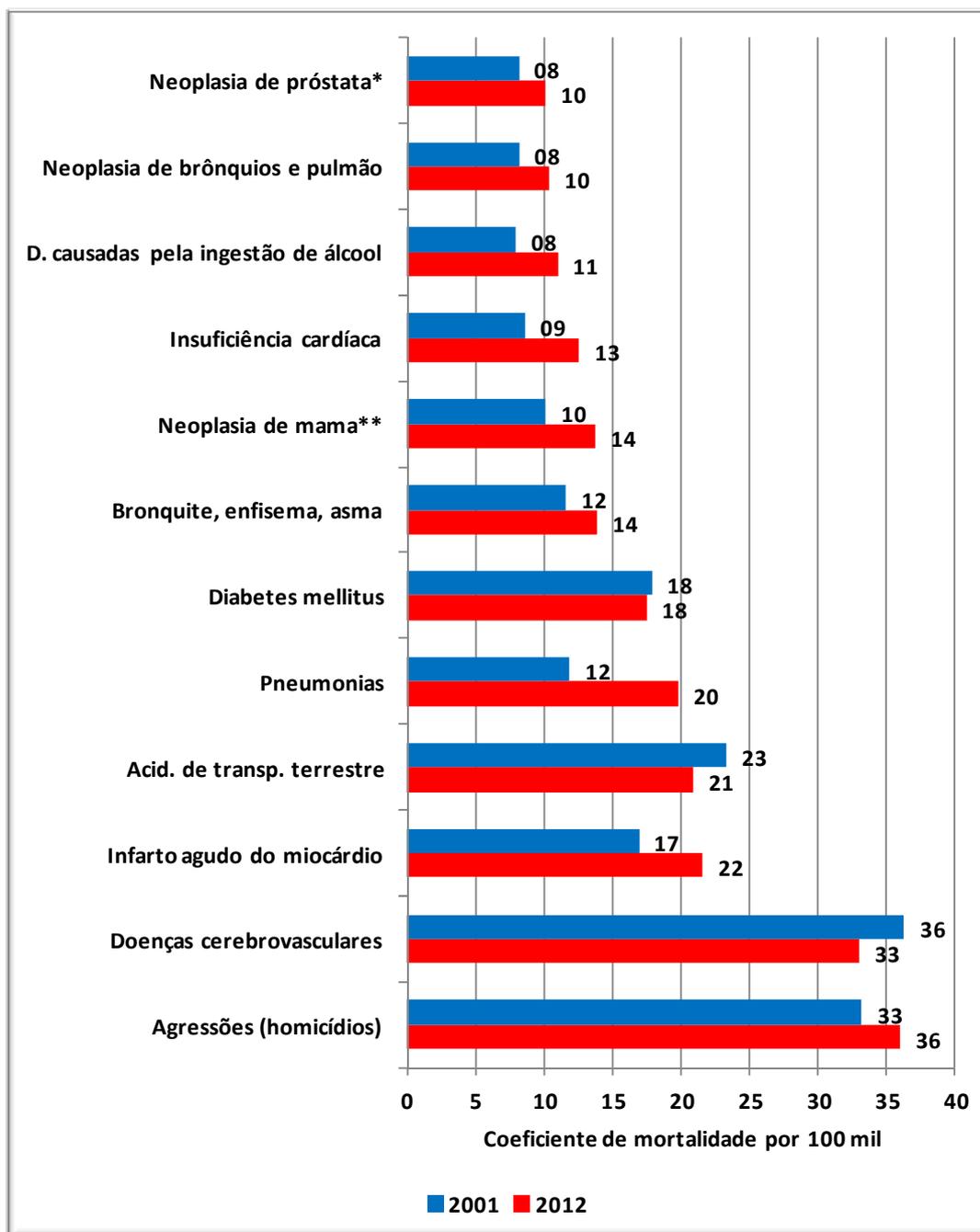
| Localidade | Aparelho circulatório | Neoplasias | Causas Externas |
|--------------------|-----------------------|------------|-----------------|
| Águas Claras | 73,1 | 52,2 | 46,5 |
| Asa Norte | 99,4 | 88,2 | 28,9 |
| Asa Sul | 161,5 | 138,6 | 55 |
| Brazlândia | 146,9 | 77,7 | 91,2 |
| Candangolândia | 109,8 | 97,6 | 42,7 |
| Ceilândia | 130,5 | 81,8 | 84 |
| Cruzeiro | 114,3 | 103,1 | 36,2 |
| Fercal | 194,8 | 129,9 | 43,3 |
| Gama | 156,8 | 94,4 | 82 |
| Guará | 129,3 | 132 | 52,8 |
| Itapoã | 42,7 | 27,7 | 85,3 |
| Jardim Botânico | 44,2 | 78,6 | 44,2 |
| Lago Norte | 105,5 | 96,5 | 51,2 |
| Lago Sul | 208,1 | 191,6 | 42,9 |
| Núcleo Bandeirante | 170,1 | 106,8 | 71,2 |
| Paranoá | 105,8 | 56,4 | 90 |
| Park Way | 70,8 | 116,3 | 75,9 |
| Planaltina | 122,9 | 64 | 92,9 |
| Recanto das Emas | 88,5 | 62,1 | 93,9 |
| Riacho Fundo I | 100,2 | 67,7 | 78,5 |
| Riacho Fundo II | 97,2 | 81 | 75,6 |
| Samambaia | 103,6 | 68,6 | 74 |
| Santa Maria | 100,2 | 66,6 | 87,9 |
| São Sebastião | 60,3 | 45,5 | 103,6 |
| SCIA (Estrutural) | 54,3 | 35,2 | 150,3 |
| SAI | 79 | 39,5 | 118,5 |
| Sobradinho | 153,2 | 102,6 | 59,5 |
| Sobradinho II | 87,9 | 78,6 | 61,3 |
| Sudoeste/Octogonal | 39 | 56,5 | 21,4 |
| Taguatinga | 139,7 | 106,7 | 60,3 |
| Varjão do Torto | 51,8 | 31,1 | 51,8 |
| Vicente Pires | 97,3 | 90,7 | 56,1 |
| DF | 114,9 | 83 | 77,5 |

Fonte: SIM E IBGE Execução: GIASS/DIVEP/SVS/SES-DF

e.4) Mortalidade por causas específicas

As doenças cerebrovasculares ocupam a segunda causa específica de mortalidade no DF em 2012, possuindo uma taxa de mortalidade de 33,0 por 100 mil habitantes, sendo a primeira, agressão (homicídio), com valor da taxa de mortalidade de 35,6. Em relação a 2001 houve uma inversão, pois as doenças cerebrovasculares constituíam a primeira causa, seguida pelas mortes por agressão, ou seja, nos últimos 12 anos, ocorreu um aumento no risco de morrer por homicídio (taxa de mortalidade por homicídio era igual a 33,2 por 100 mil habitantes em 2001 e passou para 35,6 por 100 mil habitantes) e uma redução de 9,1% no coeficiente de mortalidade por doenças cerebrovasculares (de 36,3 em 2001 para 33,0 em 2012). A taxa de mortalidade por infarto agudo do miocárdio aumentou 26%, passando de 16,9 por 100 mil habitantes em 2001 para 21,6 por 100 mil habitantes em 2012 (Figura 03).

Figura 3 - Coeficiente de mortalidade (por 100 mil habitantes) por algumas causas específicas de óbito no Distrito Federal em 2001 e 2012.



Fonte: SIM e IBGE Execução: GIASS/DIVEP/SVS/SES-DF

*Mortalidade por neoplasia de próstata: por 100 mil homens

**Mortalidade por neoplasia de mama: por 100 mil mulheres

e.4.1) Mortalidade por doenças do aparelho circulatório

Em 2012, ocorreram 3040 óbitos decorrentes de doenças do aparelho circulatório. Deste total 1626 (53,5%) foram no sexo masculino (Tabela 57).

Tabela 57 - Número de óbitos e coeficiente específico de mortalidade por sexo das doenças do aparelho circulatório no Distrito Federal, 2012.

| Doenças do aparelho circulatório | Masculino | | Feminino | | Total | |
|--|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
| | No. | Coef.* | No. | Coef.** | No. | Coef.*** |
| Doenças cerebrovasculares | 409 | 32,3 | 463 | 33,5 | 872 | 33,0 |
| Infarto agudo do miocárdio | 345 | 27,3 | 226 | 16,4 | 571 | 21,6 |
| Insuficiência cardíaca | 173 | 13,7 | 160 | 11,6 | 333 | 12,6 |
| Complicações de cardiopatias e doenças cardíacas mal definidas | 151 | 11,9 | 86 | 6,2 | 237 | 9,0 |
| Doenças hipertensivas | 112 | 8,9 | 124 | 9,0 | 236 | 8,9 |
| Doenças isquêmicas do coração (exceto infarto) | 135 | 10,7 | 70 | 5,1 | 205 | 7,7 |
| Miocardiopatias (exceto alcoólica) | 88 | 7,0 | 65 | 4,7 | 153 | 5,8 |
| Aneurisma e dissecação aorta | 72 | 5,7 | 43 | 3,1 | 115 | 4,3 |
| Doença cardíaca pulmonar e da circulação pulmonar | 23 | 1,8 | 44 | 3,2 | 67 | 2,5 |
| Arritmias cardíacas | 21 | 1,7 | 27 | 2,0 | 48 | 1,8 |
| Doença reumática crônica do coração | 10 | 0,8 | 25 | 1,8 | 35 | 1,3 |
| Demais causas de morte por DAC | 87 | 6,9 | 81 | 5,9 | 168 | 6,4 |
| Total | 1626 | 128,5 | 1414 | 102,4 | 3040 | 114,9 |

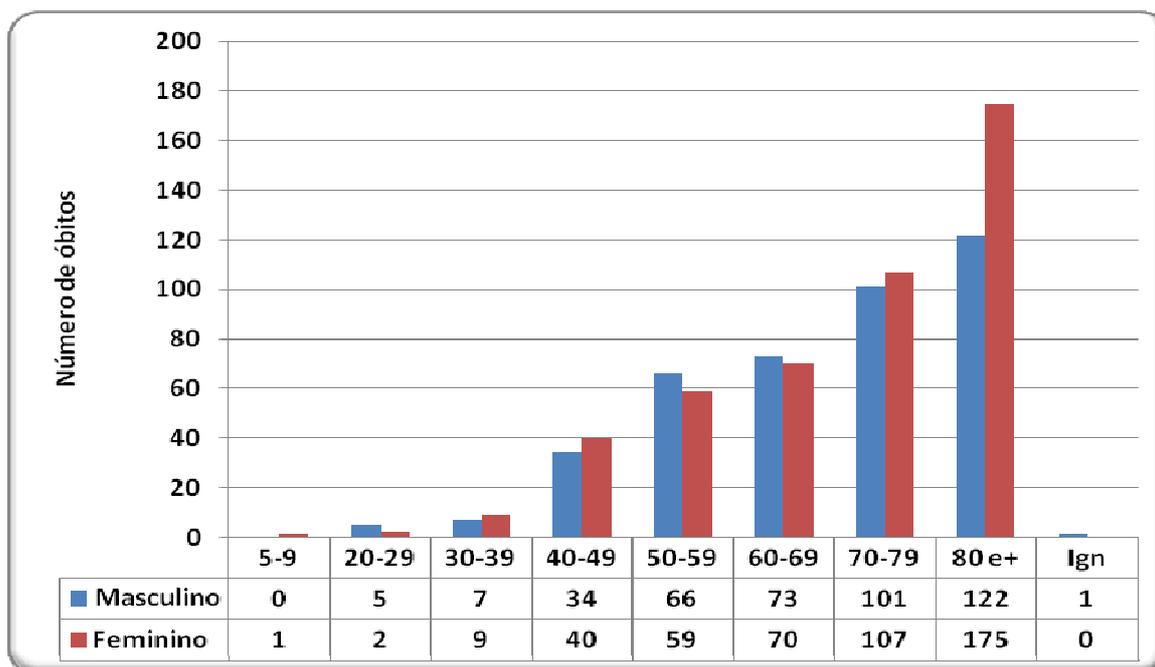
*por 100 mil homens **por 100 mil mulheres

***por 100 mil habitantes

Fonte: SIM e IBGE Execução: GIASS/DIVEP/SVS/SES-DF

A incidência dos óbitos por doenças cerebrovasculares aumentou com a idade e atingiu mais o sexo feminino, principalmente acima dos 80 anos, faixa etária que concentrou o maior número de casos (Figura 04).

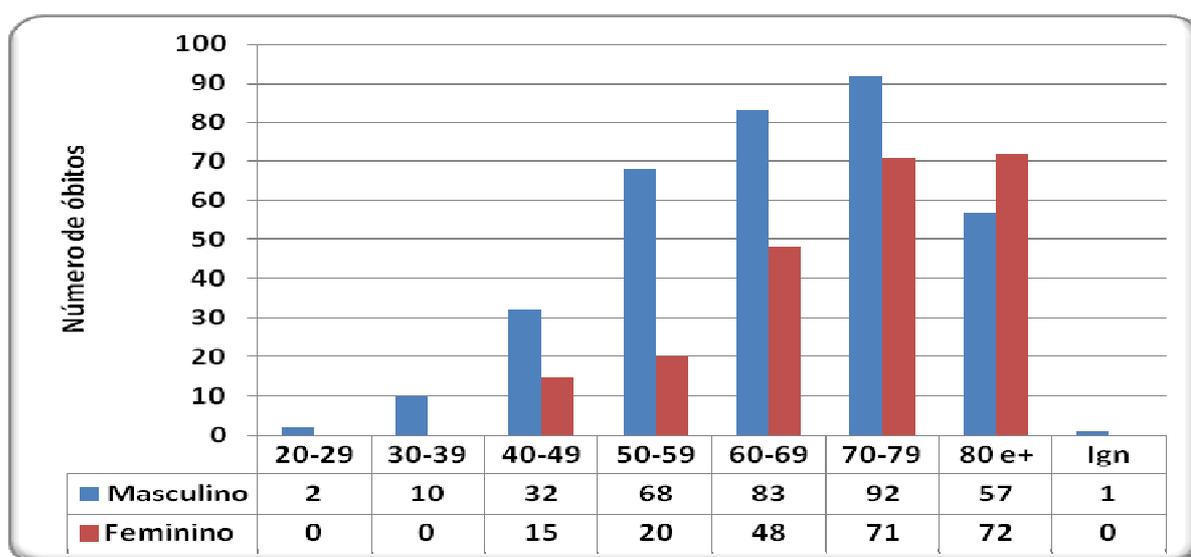
Figura 4 - Número de óbitos por doenças cerebrovasculares por sexo e faixa etária no Distrito Federal, 2012.



Fonte: SIM e IBGE Execução: GIASS/DIVEP/SVS/SES-DF

Óbitos por infarto agudo do miocárdio ocorreram mais no sexo masculino em todas as faixas etárias, com exceção de 80 anos e mais. A faixa etária mais atingida foi de 60 a 79 anos (Figura 05).

Figura 5 - Número de óbitos por infarto agudo do miocárdio por sexo e faixa etária no Distrito Federal, 2012.

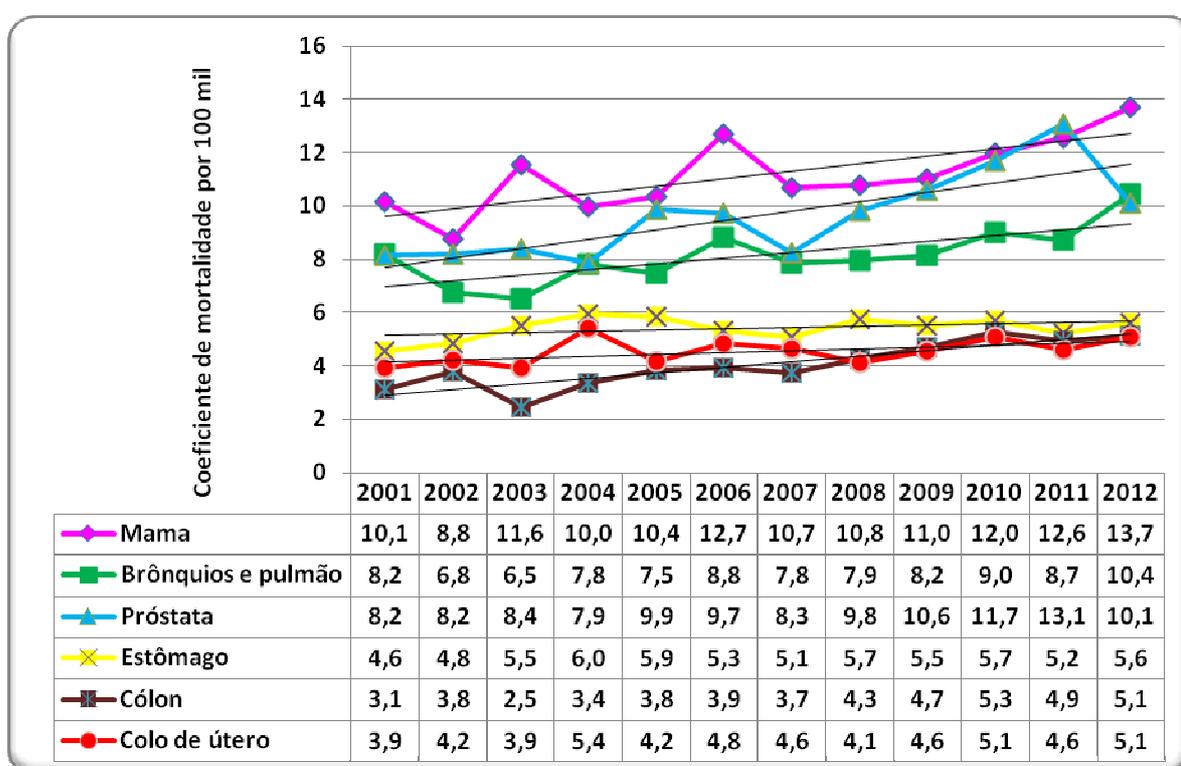


Fonte: SIM e IBGE Execução: GIASS/DIVEP/SVS/SES-DF

e.4.2) Mortalidade por neoplasias

No DF nos últimos 12 anos o coeficiente de mortalidade por neoplasias aumentou, passando de 67,4 em 2001 para 83,0 em 2012 para cada grupo de 100 mil habitantes. Analisando as principais localizações acometidas observa-se que a tendência de aumento ocorreu em todas, sendo mais acentuada na neoplasia de mama feminina, de pulmão e de próstata, embora nesta última tenha havido redução em 2012 (Figura 06).

Figura 6 - Coeficiente de mortalidade (por 100 mil habitantes) por neoplasias no Distrito Federal, 2001 a 2012.



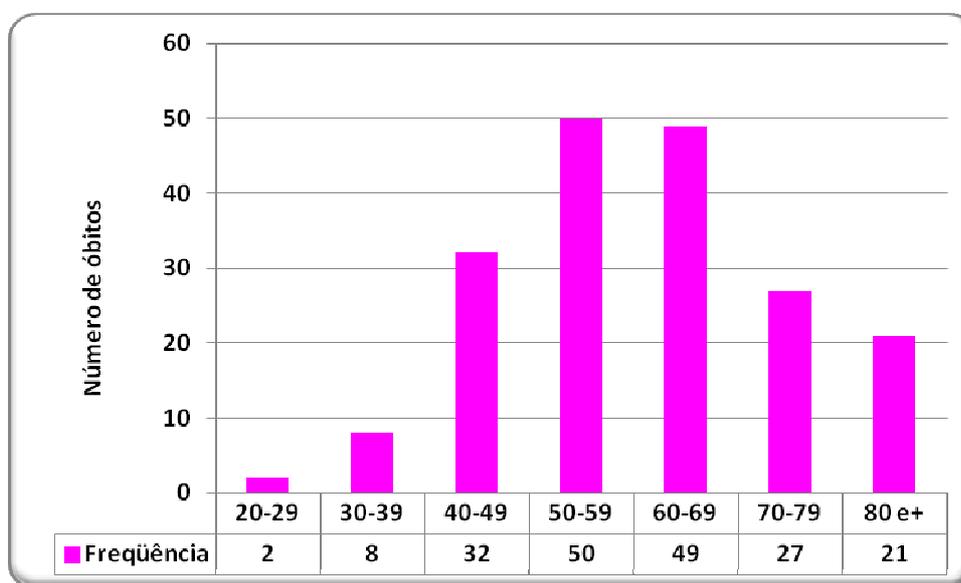
Fonte: SIM e IBGE Execução: GIASS/DIVEP/SVS/SES-DF

*Mortalidade por neoplasia de próstata: por 100 mil homens

**Mortalidade por neoplasia de mama e de colo de útero: por 100 mil mulheres

Aproximadamente 95% dos óbitos por neoplasia de mama ocorreram em mulheres acima de 40 anos, sendo que a faixa etária mais atingida foi entre 50 e 69 anos (Figura 07).

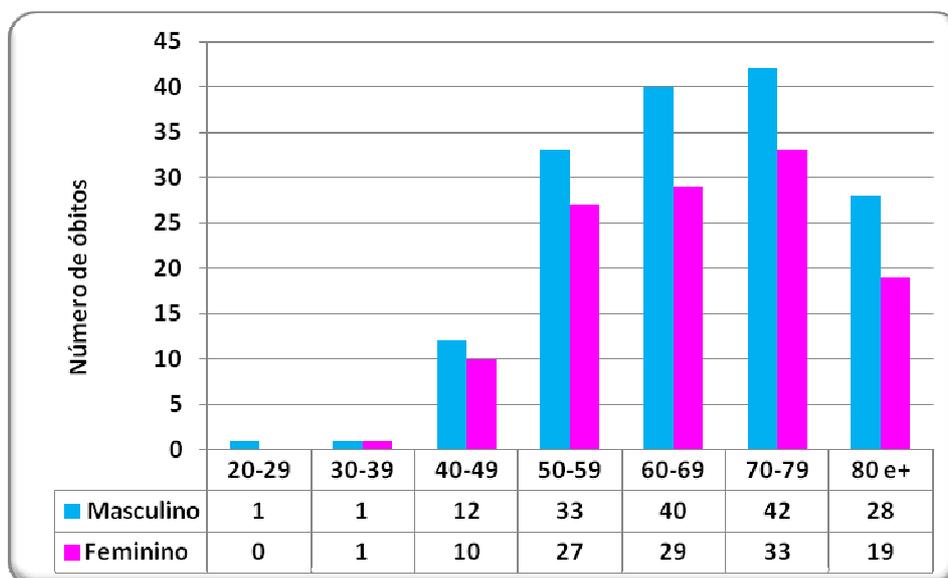
Figura 7 - Número de óbitos por neoplasia de mama feminina segundo faixa etária no Distrito Federal, 2012.



Fonte: SIM e IBGE Execução: GIASS/DIVEP/SVS/SES-DF

Óbito por câncer de brônquios e pulmão ocorreu mais no sexo masculino numa proporção de três homens para cada duas mulheres. A faixa etária mais atingida foi entre 60 e 79 anos (Figura 08).

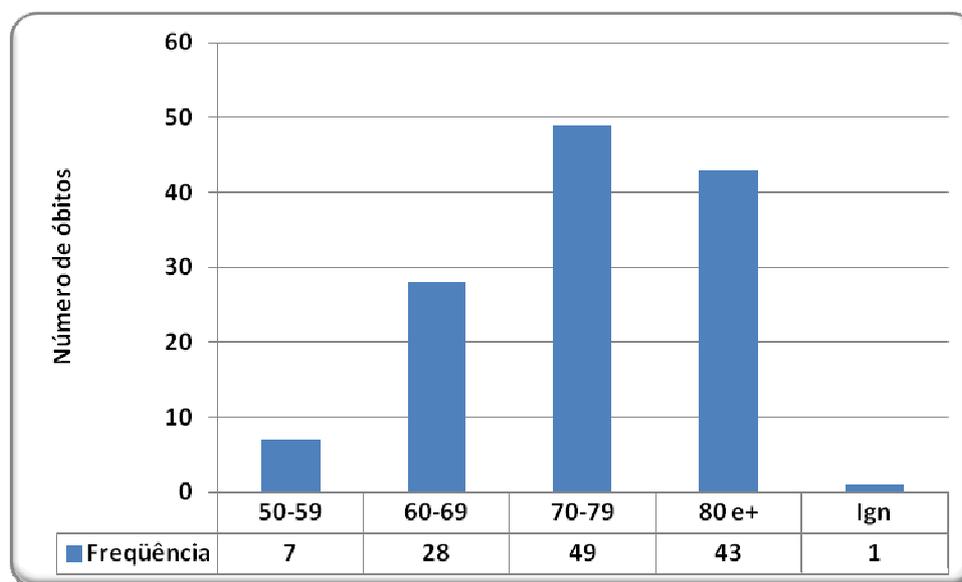
Figura 8 - Número de óbitos por neoplasia de brônquios e pulmão segundo sexo e faixa etária no Distrito Federal, 2012.



Fonte: SIM e IBGE Execução: GIASS/DIVEP/SVS/SES-DF

A maioria dos óbitos por câncer de próstata ocorreu na faixa etária acima de 70 anos (Figura 09).

Figura 9 - Número de óbitos por neoplasia de próstata segundo faixa etária no Distrito Federal, 2012.



Fonte: SIM e IBGE Execução: GIASS/DIVEP/SVS/SES-DF

e.4.4) Mortalidade por diabetes

A mortalidade por diabetes foi maior com o avançar da idade em 2012. Entre os adultos de 40 a 59 anos de idade, observa-se maior mortalidade entre o sexo masculino que no feminino, quase o dobro. Ao contrário, na população entre 20 e 39 anos, observa-se que a mortalidade entre sexo feminino é maior que entre os do sexo masculino (Tabela 58).

Tabela 58 - Número de óbitos e mortalidade proporcional (%) por diabetes *mellitus* por sexo e faixa etária em residentes do Distrito Federal com 20 anos ou mais, 2012.

| Faixa etária (anos) | Masculino | | Feminino | | Total No. |
|------------------------|------------|------------------------------------|------------|------------------------------------|--------------|
| | No. | Mortalidade Proporcional (%) | No. | Mortalidade Proporcional (%) | |
| 20 a 39 | 7 | 31,8 | 15 | 68,18 | 22 |
| 40 a 59 | 62 | 68,8 | 28 | 31,1 | 90 |
| 60 a 79 | 107 | 45,7 | 127 | 54,2 | 234 |
| 80 e+ | 46 | 39,6 | 70 | 60,3 | 116 |
| Total | 222 | 48,0 | 240 | 51,9 | 462 |

Fonte: SIM e IBGE Execução: GIASS/DIVEP/SVS/SES-DF

V- CONSIDERAÇÕES

Apesar do seu rápido crescimento, o impacto das DCNT 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. Diante dos resultados apresentados neste relatório destacamos o seguinte:

➤ ADOLESCENTES

- Com relação ao consumo alimentar, no contexto de alimentos marcadores de hábitos saudáveis, **considera-se satisfatório o consumo de feijão, mas insatisfatório o consumo de frutas**. Quanto ao consumo de alimentos marcadores de hábitos não saudáveis **é preocupante o consumo de refrigerantes e guloseimas**.
- Quanto à prática de atividade física **menos da metade dos escolares praticaram atividade física no tempo recomendado**, sem diferença significativa entre os escolares das escolas públicas e privadas. Porém o percentual foi bem menor nos escolares do sexo feminino. Esta prática apresenta menor prevalência em 2012 quando comparado a 2009.
- **A grande maioria dos escolares apresentou hábito sedentário**, ou seja, tempo superior ao recomendado utilizando equipamentos eletrônicos (televisão, computador, vídeo game).
- O uso de **cigarro é presente nos adolescentes (menor que 10%) apresentando pouca variação** entre os anos, sexo e dependência escolar.
- O **uso de álcool é preocupante nesta faixa etária** onde em média em cada quatro adolescentes um consumiu álcool nos últimos trinta dias.

➤ ADULTOS (MORBIDADE)

- De acordo com a análise estatística realizada existiu **tendência de aumento significativo** para excesso de peso em ambos os sexos; excesso de peso nos indivíduos com 12 anos de estudo ou mais; excesso de peso em indivíduos de 18 a 24 anos e em idosos; sobrepeso em indivíduos com 12 anos de estudo ou mais e hipertensão arterial em indivíduos com escolaridade até 8 anos.
- Existiu **tendência de diminuição significativa** para atividade física praticada no tempo livre pelo sexo masculino; fumantes do sexo masculino, em ambos os sexos e com 65 anos de idade ou mais;

- Segundo a comparação dos dados do DF e dos municípios das capitais brasileiras e DF em 2012 destaca-se que o **consumo regular de alimentos marcadores de hábitos saudáveis, o recomendado de frutas e hortaliças, e o consumo de feijão no ano de 2012 encontram-se acima da média nacional**. O consumo de carne com excesso de gordura ficou acima da média nacional e uma preocupação que devemos levar em consideração é que no sexo masculino foi bem maior que no sexo feminino;
- Com relação à prática de **atividade física no deslocamento, o DF encontra-se abaixo** da média nacional.
- O percentual de **fumantes no DF foi menor que a média nacional** e, o de ex fumantes aumentou quando comparados com os dados nacionais.
- O uso abusivo de **álcool no DF encontra-se acima** do panorama nacional.
- Para o diagnóstico de **hipertensão arterial, no DF, revelou aumento, ao longo dos anos**, em ambos os sexos, principalmente no sexo masculino.
- Em contrapartida, houve **diminuição na referência para diagnóstico de diabetes**.
- A realização de **exame preventivo para câncer de colo de útero** (em algum momento da vida e/ou nos últimos três anos) bem como a realização de **mamografia** por mulheres de 50 a 69 anos, **apresentaram-se abaixo da média nacional**.

➤ ADULTOS (MORTALIDADE)

- **Houve queda da taxa de mortalidade prematura** (30 a 69 anos) para o conjunto das principais DCNT durante o período de 2008 a 2012, com redução de -1,7 entre os anos de 2011 a 2012.
- **Apesar da redução da taxa de mortalidade prematura por DCNT, estas doenças encontram-se entre as primeiras causas de mortalidade**, sendo a primeira causa às doenças do aparelho circulatório, a segunda as neoplasias, a quarta as doenças do aparelho respiratório e a sexta as doenças endócrinas.
- Os óbitos referentes às DCNT para o **sexo masculino foram causados, em ordem decrescente, por doenças do aparelho circulatório (DAC) neoplasias, doenças do aparelho respiratório e doenças endócrinas**. Para o **sexo feminino as DAC também estão como as primeiras causas de óbitos, seguidas de neoplasias, doenças do aparelho respiratório e doenças endócrinas**.

- As **doenças cerebrovasculares ocupam a segunda causa de morte** por causas específicas no DF atingindo mais os do sexo feminino que no masculino, seguido de infarto agudo do miocárdio que atinge mais o sexo masculino.
- As **neoplasias de mama, brônquios e pulmão, seguidas das de próstata, estômago, cólon e colo de útero estão entre as seis primeiras causas de óbitos** para este conjunto de doenças com aumento de todas as taxas entre os anos de 2001 a 2012.
- Os **óbitos causados por diabetes são mais frequentes na população mais idosa (> 70 anos)** para ambos os sexos. Na população adulta, a mortalidade é maior no sexo masculino.

VI- RECOMENDAÇÕES

As análises desses dados demonstram que as DCNT são as principais causas de morte no DF. Ressalta-se que a redução destas taxas requer compromissos do setor saúde, bem como, de outros setores como a educação, assistência social, transporte e também da sociedade.

Com base nisto, recomenda-se a implementação efetiva de políticas públicas integradas, que promovam o acesso à saúde, previstas no Projeto de Ações Estratégicas Para o Enfrentamento das DCNT no DF por meio de três eixos prioritários: vigilância à saúde, promoção da saúde e cuidado integral à saúde. Estes eixos devem atuar na redução dos principais fatores de risco e no fortalecimento dos fatores de proteção (promoção da alimentação saudável e da atividade física e combate ao fumo e ao uso abusivo de álcool) para adolescentes, adultos e idosos, principalmente de baixa escolaridade, que apresentaram destaque de risco para essas doenças.

À luz das recomendações da Organização Mundial da Saúde (Malta, 2014), recomenda-se o fortalecimento de seguintes medidas protetoras:

Na alimentação, medidas que visam garantir a segurança alimentar e nutricional por meio do fortalecimento da vigilância alimentar e nutricional, da promoção da alimentação e do peso saudável, com destaque para promoção do aleitamento materno, redução do sal e açúcar nos alimentos, eliminação das gorduras trans e restrições sobre o marketing de alimentos, especialmente para crianças. Reforça-se a importância de fortalecer a comunicação sobre alimentação de forma intersetorial, incluindo a educação.

Para atividade física, é necessário promover e divulgar programas de atividade física e corporal desenvolvidas nas unidades básicas de saúde, espaços comunitários, escolas, locais de trabalho que sejam voltados não só para o portador crônico da doença, mas no sentido de promover a saúde da população. Tais ações devem ser integradas a estratégias de mobilidade urbana de forma ativa como ciclovias e calçadas para pedestres.

Sobre o consumo abusivo do álcool, recomenda-se o fortalecimento da restrição da venda de bebidas alcoólicas no varejo, proibição da venda aos menores de 18 anos e a aplicação da lei sobre interdição do álcool para quem dirige veículo automotor. Vale ressaltar que é preocupante a frequência desse consumo em adolescentes e que ações intersetoriais promotoras da saúde, como o Programa Saúde na Escola, devem ser objetos de atuação para este público. No âmbito do cuidado a saúde, torna-se fundamental a atenção à saúde voltada para o tratamento das patologias associadas ao uso abusivo do álcool.

Quanto ao combate ao uso de tabaco, recomenda-se continuidade das ações educativas sobre os perigos do consumo do tabaco e da propaganda sobre ele, da fiscalização voltada para ambientes livres de tabaco e tratamento de saúde aos usuários. Tais ações têm demonstrado um resultado positivo com o decréscimo do uso de tabaco ao longo dos anos.

No DF, no âmbito das regionais de saúde, faz-se necessário o fomento da educação continuada e permanente com essa temática para os profissionais de saúde bem como o fortalecimento de ações integradas por meio da execução de programas, projetos e protocolos de cuidado as pessoas portadoras de DCNT com ênfase para as que apresentaram as maiores taxas de mortalidade por DCNT.

Deter o crescimento das DCNT é um desafio mundial que requer a organização do setor saúde para garantir acesso à assistência, promoção, prevenção e vigilância tornando fundamental articular ações intersetoriais, em especial, as que contribuem para reduzir desigualdades sociais e proteger as populações mais vulneráveis. As políticas para o enfrentamento das DCNT devem ser articuladas, integradas e cooperativas que produzam resultados que salvem vidas, previnam doenças e reduzam custos sociais.

VII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALWAN, A, et al. **Monitoring and surveillance of chronic noncommunicable diseases: progress and capacity in high-burden countries.** The Lancet, n. 376, p 1861-68, 2010.

BAZZANO, L. A.; SERDULA, M. K.; LIU, S. **Dietary intake of fruits and vegetables and risk of cardiovascular disease.** Current Atherosclerosis Reports, n. 5, p. 492-9, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** Brasília: Ministério da Saúde. 2006. 122 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 156 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 210 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade.** Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 108 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância a Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Ofício nº 36/2013/GAB/DANTPS/SVS/MS de 18 de novembro de 2013. Secretaria de Vigilância a Saúde. Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Plano de ações estratégicas para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 160 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Ministerial nº 23, de 9 de agosto de 2012.** Estabelece o repasse de recursos financeiros do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, aos estados, Distrito Federal e capitais e municípios com mais de um milhão de habitantes, para implantação, implementação e fortalecimento das ações específicas de vigilância e prevenção para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil. Brasília, DF: 10 de agosto de 2012. Diário Oficial da União. Seção 1. p. 43-44.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 297 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2007**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 326 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2008**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 553 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2009**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 149 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2010**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 151 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2011**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 131 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2012**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 136 p.

CURRIE, C., et al. **Researching health inequalities in adolescents**: the development of the health behavior in school-aged children (HBSC) family affluence scale. *Social Science & Medicine*, Amsterdam: Elsevier, v.66, n. 6, p. 1429-1436, 2008b.

GALDUROZ, J. C. F., et al. **Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras**: 2004. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Universidade Federal de São Paulo, 2005.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Deliberação nº 21, de 18 de julho de 2013 que aprova o Projeto de Ações Estratégicas para o

Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Distrito Federal, 2012-2016. Brasília, DF: 22 de julho de 2013. Diário Oficial do Distrito Federal. p. 8.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Subsecretaria de Vigilância à Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Doenças e Agravos não Transmissíveis. Núcleo de Vigilância em Doenças não Transmissíveis. **Projeto de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Distrito Federal de 2012-2016**. Brasília: SES, 2012. 52 p.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Subsecretaria de Vigilância à Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Análise de Situação em Saúde. Núcleo de Análise de Dados. **Relatório Epidemiológico sobre Mortalidade: Distrito Federal 2012**. Brasília: SES, 2014. 33 p.

INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH. **Policy and action for cancer prevention**. Food, Nutrition, and Physical Activity: a Global Perspective. Washington, DC, World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde Escolar**: 2009. Rio de Janeiro: Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2009. 138 p., 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde Escolar**: 2012. Rio de Janeiro: Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2012. 254 p., 2013.

MALCON, M. C., et al. **Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes**. Revista de Saúde Pública. São Paulo. vol. 37, no. 1, fev. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000100003&tlng=en&lng=en&nrm=isso>. Acesso em: nov. 2013.

MALTA, D. C. **Doenças crônicas não transmissíveis, um grande desafio da sociedade**. Revista de Saúde Coletiva: Editorial. Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 4, jan. 2014.

MALTA, D. C., et al. **Construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis no contexto do sistema único de saúde**. Epidemiologia e Serviços de Saúde. Brasília, v.15, p. 47-6, 2006.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 515 p., 2012.

MELLO, P. R. B. et al. **The influence of smoking on fertility, pregnancy and lactation**. Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro, v. 77, n. 4, p. 257-264, 2001.

RIBOLI, E.; Norat, T. **Epidemiologic evidence of the protective effect of fruit and vegetables on cancer risk.** American Journal of Clinical Nutrition. (Supl.), n. 78. p. 559S-569S, set. 2003.

RODRÍGUEZ, M. C. M., et al. **Los adolescentes españoles y su salud:** resumen del estudio. Health Behaviour in School Aged Children (HBSC-2002). Universidad de Sevilla. Disponível em: <http://www.hbsc.org/countries/downloads_countries/Spain/adolesResumen2005.pdf>. Acesso em: nov. 2013.

SCHMIDT, M. I., et al. **Chronic non-communicable diseases in Brazil:** burden and current challenges. Lancet. vol. 377, p. 1949-61, 2011.

SCHOENBORN, C. A. **Advance Data from Vital and Health Statistics.** National Center for Health Statistics. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/nchs/data/ad/ad351.pdf>>. Acesso em: maio 2013.

STRAUCH, E. S., et al. **Uso do álcool por adolescentes:** estudo de base populacional. Revista de Saúde Pública. São Paulo. vol. 43, no. 4. p. 647-655. Agosto, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n4/329.pdf>>. Acesso em: maio 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, nutrition and the revention chronic diseases.** Geneva: [s.n], 149 p., jan. 2003.

_____. **Global health risks:** mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: [s.n], 62 p., 2009.

_____. **Global recommendations on physical activity for health.** Geneva: [s.n], 2011b. 58 p. 2010.

_____. **Noncommunicable diseases country profiles 2011.** Geneva: [s.n], 2011a. 209 p., set. 2011.

_____. **The World health report 2002:** Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: [s.n], 248 p., 2002.