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 – 2013

Brasília, DF
2015

RELATÓRIO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E SEUS FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO, NO DISTRITO FEDERAL – 2013

CDU 616-002.73
B823p

Brasil. Distrito Federal. Secretaria de Saúde. Subsecretaria de Vigilância à Saúde.
Relatório epidemiológico sobre doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco e proteção – 2013. Débora Barbosa Ronca, Kelva Karina Nogueira de Carvalho de Aquino, Simony Pereira Afonso Ferreira Leite. Brasília, 2014.
69p. :il.

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.

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 – 2015

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 – NVEDNT/GEDANT/DIVEP/SVS/SES
Kelva Karina Nogueira de Carvalho de Aquino - NVEDNT/GEDANT/DIVEP/SVS/SES
Simony Pereira Afonso Ferreira Leite - NVEDNT/GEDANT/DIVEP/SVS/SES

Apoio técnico e revisão:
Adelson Guimarães da Costa - NST/GIASS/DIVEP/SVS
Dalva Nagamine Motta - NAD/GIASS/DIVEP/SVS
Lígia Maria Paixão Silva – DIVEP/SVS
Luiz Antônio Bueno Lopez – NAD/GIASS/DIVEP/SVS

Endereço:
SBN QD 02, Bloco P, Lote 04, Loja 01.
CEP 70040-020, Brasília, Distrito Federal.
E-mail: nvednt.df@gmail.com
Site: http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/subsecretarias/797-nvednt.html

SUMÁRIO

I- APRESENTAÇÃO 10

II- INTRODUÇÃO 11

III- VIGILÂNCIA E MONITORAMENTO DE DCNT NO DISTRITO FEDERAL 13

IV- VIGILÂNCIA DE DOENÇAS, SEUS FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS 14

a. FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO DE ADULTOS 14
- a.1) Excesso de Peso (Sobrepeso e Obesidade) 14
- a.2) Consumo alimentar 18
- a.3) Prática de atividade física 30
- a.4) Uso de tabaco 34
- a.5) Uso de álcool 38

b. MORBIDADE EM ADULTOS 40
- b.1) Hipertensão Arterial 41
- b.2) Diabetes 42
- b.3) Dislipidemias 44

c. PREVENÇÃO DE CÂNCER 46
- c.1) Realização de citologia oncótica para câncer de colo do útero 46
- c.2) Realização de mamografia 48

d. MORTALIDADE POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS 49
- d.1) Mortalidade prematura em adultos 49
- d.2) Mortalidade por grupos de causas relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis no Distrito Federal 50
- d.3) Mortalidade por localidades do Distrito Federal 51
- d.4) Mortalidade por causas específicas 53
- d.5) Mortalidade por doenças do aparelho circulatório 53
- d.6) Mortalidade por câncer 56
- d.7) Mortalidade por diabetes 58

V- CONSIDERAÇÕES 62

VI- RECOMENDAÇÕES 64

VII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) com excesso de peso e obesidade, no Distrito Federal e capitais, com imputação, 2013. 15

Tabela 2 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) com excesso de peso, sobrepeso, obesidade e obesidade mórbida, segundo sexo, no Distrito Federal, no período de 2006 a 2013. 16

Tabela 3 – 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 2013..... 17

Tabela 4 – 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 2013. 18

Tabela 5- 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 2013. 20

Tabela 6 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que consomem alimentos marcadores de hábito saudável, segundo sexo, no Distrito Federal, 2007 a 2013. 21

Tabela 7- Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que consomem alimentos marcadores de hábito saudável, segundo faixa etária, no Distrito Federal, 2007 a 2013..... 22

Tabela 8 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que consomem alimentos marcadores de hábito saudável, segundo anos de escolaridade, no Distrito Federal, 2007 a 2013..... 23

Tabela 9 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que consumiu carne com excesso de gordura, leite com teor integral de gordura, refrigerantes e doces durante cinco ou mais dias por semana, no Distrito Federal e municípios das capitais, 2013..... 24

Tabela 10 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que consomem alimentos marcadores de hábito não saudável durante cinco ou mais dias por semana, segundo sexo, no Distrito Federal, 2006 a 2013..... 25

Tabela 11 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que consomem alimentos marcadores de hábito não saudável durante cinco ou mais dias por semana, segundo faixa etária, no Distrito Federal, 2006 a 2013..... 26

Tabela 12- Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que consomem alimentos marcadores de hábito não saudável durante cinco ou mais dias por semana, segundo anos de escolaridade, no Distrito Federal, 2006 a 2013..... 27

Tabela 13 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que substituem o almoço ou o jantar por lanches sete ou mais vezes por semana, por sexo, no Distrito Federal e capitais, Vigitel, 2013. 28

Tabela 14 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que substituem o almoço ou o jantar por lanches sete ou mais vezes por semana, segundo idade, no Distrito Federal, Vigitel, 2013. 28

Tabela 15 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que substituem o almoço ou o jantar por lanches sete ou mais vezes por semana, segundo escolaridade no Distrito Federal, Vigitel, 2013..... 29

Tabela 16 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que consideram seu consumo de sal alto ou muito alto, por sexo, no Distrito Federal e capitais, Vigitel, 2013. 29

Tabela 17 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que consideram seu consumo de sal *alto* ou *muito alto*, segundo idade, no Distrito Federal, Vigitel, 2013..... 30

Tabela 18 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que consideram seu consumo de sal *alto* ou *muito alto*, segundo escolaridade no Distrito Federal, Vigitel, 2013. 30

Tabela 19 – 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, 2013..... 31

Tabela 20 – 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 2013. 32

Tabela 21- 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 2013. 33

Tabela 22 – 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 2013. 34

Tabela 23 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) fumantes, que consumiram 20 cigarros ou mais por dia e ex-fumantes, no Distrito Federal e municípios das capitais, Vigitel, 2013. 35

Tabela 24 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) fumantes, que consumiram 20 cigarros ou mais por dia e ex-fumantes, segundo sexo, no Distrito Federal, 2006 a 2013. 36

Tabela 25 – 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 2013. 37

Tabela 26 – 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 2013. 38

Tabela 27 – 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, 2013. 39

Tabela 28 – 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 2013. 39

Tabela 29 – 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 2013. 40

Tabela 30 – 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 2013. 40

Tabela 31- Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial, segundo sexo, no Distrito Federal e municípios das capitais, 2013. 41

Tabela 32 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial, segundo sexo, no Distrito Federal, 2006 a 2013. 41

Tabela 33 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial, segundo faixa etária, no Distrito Federal, 2006 a 2013. 42

Tabela 34 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial, segundo anos de escolaridade, no Distrito Federal, 2006 a 2013. 42

Tabela 35 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de diabetes, no Distrito Federal e municípios capitais, 2013. 43

Tabela 36 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de diabetes, segundo sexo, no Distrito Federal, 2006 a 2013. 43

Tabela 37 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de diabetes, segundo faixa etária, no Distrito Federal, 2006 a 2013. 44

Tabela 38 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de diabetes, segundo anos de escolaridade, no Distrito Federal, 2006 a 2013. 44

Tabela 39 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de dislipidemia, no Distrito Federal e municípios capitais, 2013. 45

Tabela 40 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de dislipidemias, segundo faixa etária, no Distrito Federal, 2013. 45

Tabela 41 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de dislipidemia, segundo anos de escolaridade, no Distrito Federal, 2013. 46

Tabela 42 – 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, 2013. 46

Tabela 43 – 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 2013. 47

Tabela 44 - 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 2013. 47

Tabela 45 – 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 2013. 48

Tabela 46 – 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, 2013. 48

Tabela 47 – Percentual* de mulheres na faixa de etária de 50 a 69 anos que realizaram mamografia, nos últimos dois anos, segundo a idade, no Distrito Federal, 2013. 49

Tabela 48 – Percentual* de mulheres na faixa de etária de 50 a 69 anos que realizaram mamografia, nos últimos dois anos, segundo escolaridade, no Distrito Federal, 2013. 49

Tabela 49- 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 2013. 50

Tabela 50 - Número e percentual de óbitos por alguns grupos de causa no Distrito Federal, 2004 e 2013. 50

Tabela 51- Número e coeficiente de mortalidade (por 100 mil habitantes) por alguns grupos de causa e local de residência, no Distrito Federal, 2013. 52

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Fontes de informação para a vigilância de DCNT no Distrito Federal. 13

Figura 2 - Coeficiente de mortalidade (por 100 mil habitantes) por algumas causas específicas de óbito no Distrito Federal em 2004 e 2013. 53

Figura 3 - Coeficiente específico de mortalidade por algumas doenças do aparelho circulatório no Distrito Federal, 2013. 54

Figura 4 - Mortalidade proporcional por doenças do aparelho circulatório e sexo no Distrito Federal, 2013. 55

Figura 5 - Mortalidade proporcional por doenças do aparelho circulatório e faixa etária no Distrito Federal, 2013. 55

Figura 6 - Gráfico do coeficiente específico de mortalidade por câncer (05 principais do (CID10-C00-C97) no Distrito Federal, 2004 a 2013. 56

Figura 7 - Mortalidade proporcional por câncer e sexo no Distrito Federal, 2013. 57

Figura 8 - Mortalidade proporcional por câncer e faixa etária no Distrito Federal, 2013. 57

Figura 9 - Coeficiente específico de mortalidade por diabetes (CID10-E10-E14) no Distrito Federal de 2004 a 2013. 58

Figura 10 - Mortalidade proporcional por diabetes (CID10-E10-E14) e sexo no Distrito Federal, 2004 e 2013. 59

Figura 11 - Mortalidade proporcional por diabetes (CID10-E10-E14) e faixa etária no Distrito Federal, 2004 e 2013. 59

Figura 12 - Coeficiente específico de mortalidade por doenças respiratórias crônicas (CID10-J30-J98) no Distrito Federal de 2004 a 2013. 60

Figura 13 - Mortalidade proporcional por doenças respiratórias crônicas (CID10-J30-J98) por sexo no Distrito Federal, 2004 e 2013. 61

Figura 14 - Mortalidade proporcional por doenças respiratórias crônicas (CID10-J30-J98) por faixa etária no Distrito Federal, 2004 e 2013. 61

I- APRESENTAÇÃO

Este relatório apresenta 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. Desse modo, 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 n° 21, de 18 de julho de 2013. O Projeto tem como objetivo a execução intra e intersetorial de ações 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 2004 a 2013 obtidos do Sistema de Informações de Mortalidade – SIM fornecidos pela Gerência de Informação e Análises de Situação de Saúde – GIASS/DIVEP/SVS, e dados da pesquisa do Ministério da Saúde – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL BRASIL de 2006 a 2013.

Assim, espera-se que este documento venha contribuir para o trabalho dos gestores, demais profissionais de saúde e de toda a sociedade do Distrito Federal 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, contribuindo assim para a melhoria da saúde da população do Distrito Federal.

II-INTRODUÇÃO

A carga global das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) apresenta grande preocupação devido à alta carga de mortalidade no mundo, principalmente nos países de média e baixa renda. Destacam-se as doenças do aparelho circulatório (DAC), neoplasias, doenças respiratórias crônicas (DRC) e diabetes ocasionando 63% dos óbitos em 2008 segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (BRASIL, 2013; WHO, 2011).

No Brasil, as DCNT são igualmente relevantes, sendo responsáveis por 72% dos óbitos em 2007, destacando-se aqueles provocados por DAC (31,3%), neoplasias (16,3%) e diabetes (5,2%) (BRASIL, 2013; SCHIMIDT, ET AL., 2011). A proporção de mortes por DCNT aumentou em mais de três vezes entre 1930 e 2006 nas capitais brasileiras (MALTA et al., 2006).

Estudos demonstram que este cenário se deve a presença de uma transição demográfica acelerada, com o declínio dos níveis de fecundidade, mortalidade e aumento da expectativa de vida; uma transição epidemiológica que apresenta na tripla carga de doenças: ainda presente pelas doenças infecciosas e carenciais, uma carga importante de causas externas e uma presença fortemente hegemônica das condições crônicas e, por último, uma transição nutricional, com o aumento progressivo de sobrepeso e obesidade em função das mudanças do padrão alimentar e do sedentarismo da vida moderna. (MENDES, 2012).

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 (passíveis de prevenção) tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, dietas inadequadas e a inatividade física (WHO, 2011).

As DCNT são também responsáveis por grande parte dos gastos assistenciais com a saúde no país e estão entre as principais causas de internações hospitalares. 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 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 (BRASIL, 2011; MALTA, 2014).

Devido a potencial relevância das DCNT no perfil epidemiológico da população brasileira 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.

Tendo como referência o Plano Nacional e a atual situação epidemiológica no Distrito Federal, a Secretaria de Saúde elaborou o Projeto de Ações Estratégicas para o Enfrentamento de Doenças Crônicas não Transmissíveis no DF, 2012-2016. O objetivo geral do projeto 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 e outros setores, sempre em consonância com o Ministério da Saúde, de forma sustentável e baseada em evidência científica.

Este relatório apresenta uma série histórica 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

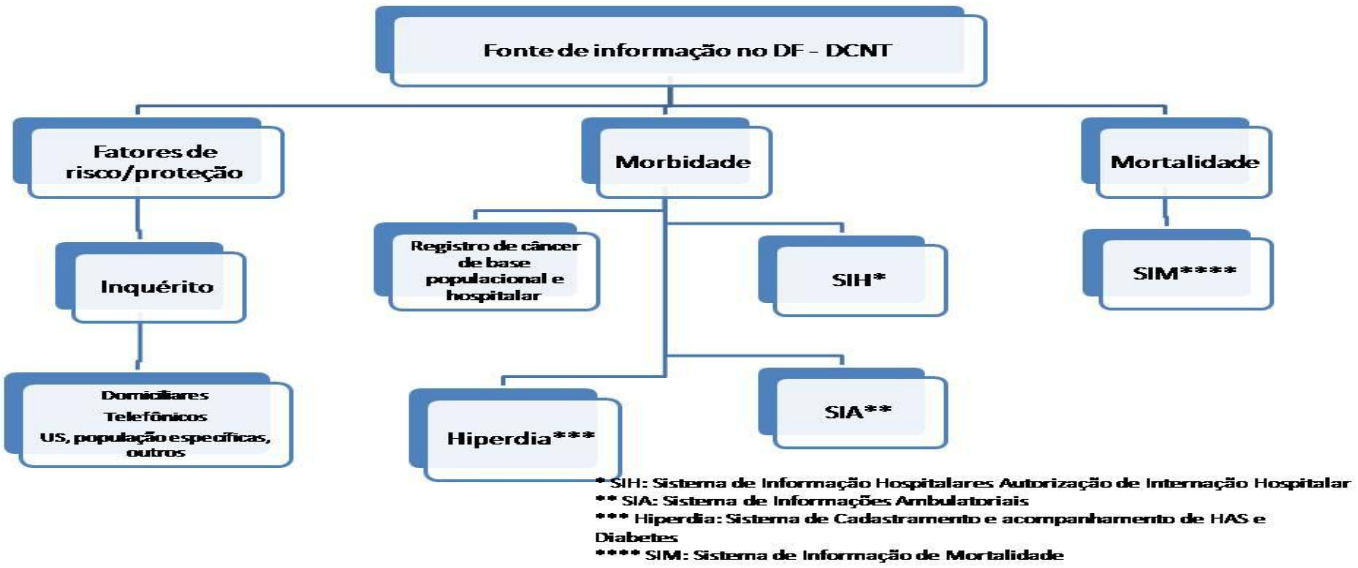
Atualmente a vigilância epidemiológica das DCNT ocorre por meio do monitoramento dos dados de diversos sistemas de informação, conforme apresentado na figura 1.

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 da pesquisa nacional: 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 DE ADULTOS

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

Dados da OMS 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) $\leq 18,5$ kg/m^2
- Peso adequado: índice de massa corporal (IMC) $> 18,5$ e < 25 kg/m^2
- Excesso de peso: índice de massa corporal (IMC) ≥ 25 kg/m^2
- Sobrepeso: índice de massa corporal (IMC) ≥ 25 e < 30 kg/m^2
- Obesidade: índice de massa corporal (IMC) ≥ 30 e < 40 kg/m^2
- Obesidade mórbida: índice de massa corporal ≥ 40 kg/m^2

Os dados do Vigitel demonstram que em 2013, no DF, a frequência do excesso de peso foi de 49,0% e de obesidade foi de 15,0% (Tabela 1), tendo aumentado 2,4% e 0,7% quando comparado com o ano anterior (Tabela 2). Comparando-se com dados das demais capitais do Brasil, observa-se que o DF possui índices menores tanto de excesso de peso quanto obesidade.

Em 2013, um grande avanço nacional foi atingido: o crescimento nacional de indivíduos com excesso de peso foi interrompido, sendo que de 2012 para 2013 não houve incremento deste índice. Ressalta-se que a frequência de indivíduos com excesso de peso aumentava anualmente desde 2006, quando o primeiro Vigitel foi realizado, e, pela primeira vez não foi observado aumento desta frequência. Para fins de comparação, em 2012, 51,0% dos brasileiros estavam com excesso de peso e 17,5% com obesidade.

O DF ainda apresenta dados inferiores à média nacional, entretanto, não foi observado no DF um contínuo aumento destes índices.

Tabela 1 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) com excesso de peso e obesidade, no Distrito Federal e capitais, com imputação, 2013.

Distrito Federal e Municípios das capitais	Estado nutricional	
	Excesso de peso	Obesidade
DF	49,0	15,0
Capitais	50,8	17,5

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.
*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sóciodemográfica do Vigitel à distribuição da população adulta da cidade projetada para o ano de 2013. IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Os dados de excesso de peso, sobrepeso e obesidade no DF apontam um crescimento ao longo dos anos estudados e uma maior prevalência em indivíduos do sexo masculino que no feminino. O sobrepeso alcançou 39,2% dos indivíduos do sexo masculino e 29,4% dos indivíduos do sexo feminino. Em 2013 o percentual de indivíduos obesos do sexo masculino superou o feminino (15,7% e 14,4%, respectivamente). Já a obesidade mórbida atinge 1,6% do sexo feminino e 0,6% do sexo masculino (Tabela 2).

Tabela 2 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) com excesso de peso, sobrepeso, obesidade e obesidade mórbida, segundo sexo, no Distrito Federal, no período de 2006 a 2013.

Sexo	Estado Nutricional							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Excesso de Peso								
Masculino	48,6	42,5	47,8	42	51,9	53,4	49,3	54,9
Feminino	34	37,5	36,1	34,8	38,6	45,2	44,2	43,9
Ambos	40,8	39,8	41,6	38,2	44,8	49	46,6	49
Sobrepeso								
Masculino	38,2	32,2	37,2	33,8	41	39,6	35,8	39,2
Feminino	23,4	26,8	22,2	24,9	29,4	30,6	29,3	29,4
Ambos	30,3	29,3	29,2	29,1	34,8	34,8	32,3	34
Obesidade								
Masculino	10,4	10,4	10,5	8,2	10,9	13,8	13,5	15,7
Feminino	10,6	10,6	13,9	10	9,3	14,6	14,9	14,4
Ambos	10,5	10,5	12,4	9,1	10	14,2	14,3	15
Obesidade Mórbida								
Masculino	0,2	0,2	0,7	0,3	0,5	0,1	0,6	0,6
Feminino	0,6	1	1,3	0,9	0,3	1,7	1,9	1,6
Ambos	0,4	0,6	1	0,7	0,4	0,9	1,3	1,1

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.
* Com novos pesos (versão 05/Maio/2013) para 2006 a 2013, calculados pelo Método de Ponderação Rake.

Houve crescimento de excesso de peso em todas as faixas etárias entre 2006 a 2013, exceto na faixa de 55 a 64 anos, que foi observado uma leve redução. Na faixa etária de 18 a 24 anos houve um acréscimo de aproximadamente o dobro no percentual entre 2006 e 2013. A faixa etária com maior percentual de excesso de peso foi a de 45 a 54 anos onde 64,5% da população ficou acima do peso em 2013 (Tabela 3).

Para os dados de obesidade mórbida o comportamento foi variado entre as faixas etárias. De 2006 para 2013 houve incremento na prevalência em todas as faixas etárias com exceção dos indivíduos de 18 a 24 anos. Comparando-se os dados de 2012 com 2013, observa-se que houve manutenção e/ou redução da frequência de obesidade mórbida em indivíduos de 18 a 54 anos. Porém, nas faixas etárias de 55 a 64 anos e 65 anos ou mais, houve aumento. Sendo que nesta última faixa etária, os valores quase duplicaram (Tabela 3).

Tabela 3 – 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 2013.

Faixa etária	Estado Nutricional							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Excesso de peso								
18 a 24	14,6	17,4	20,3	23,2	23,1	24,2	23,2	28,6
25 a 34	40,1	36,1	36,5	30,4	46,7	44,7	39,8	42,4
35 a 44	48,6	44,7	46,9	44,9	43,2	56,2	51,1	57,4
45 a 54	55,6	52,3	58	48,6	50,9	62,6	63	64,5
55 a 64	55,4	64,4	54,7	50,9	66	64,7	58,6	54,7
65 e mais	50,4	49,5	54,5	51,5	58,8	56,1	63,2	54,4
Sobrepeso								
18 a 24	10,8	12,4	16,5	17,5	20,1	16,7	15,3	24,3
25 a 34	33,7	28,3	27,4	26,2	38,6	35,8	31,6	30,7
35 a 44	35,5	32,9	29,9	36	33,2	39	35,1	37
45 a 54	37,2	36,2	37,2	33,5	38,1	43,2	37,2	43,7
55 a 64	41,4	43,3	39,1	33,4	51,6	42,5	42,7	37,4
65 e mais	31	40,9	41,3	35,6	33,6	35,1	43,1	34,4
Obesidade								
18 a 24	3,8	5	3,8	5,9	2,9	7,5	8	4,3
25 a 34	6,4	7,8	9,1	4,1	8	8,8	8,2	11,8
35 a 44	13,1	11,8	17	8,9	9,9	17,2	16	20,4
45 a 54	18,5	16,2	20,9	15,1	12,8	19,5	25,8	20,8
55 a 64	14	21,1	15,5	17,5	14,4	22,2	15,9	17,3
65 e mais	19,4	8,6	13,1	15,9	25,2	21	20,1	20
Obesidade mórbida								
18 a 24	0,4	0,2	0,7	0,8	0	0,2	0	0
25 a 34	0,1	0,9	0,8	0,9	0,6	1,2	0,9	0,4
35 a 44	0,2	0,4	0,4	0	0,3	0,7	2,2	1,7
45 a 54	0,5	0,7	1,6	0,3	0	1	1,9	1,3
55 a 64	0,5	0,9	0,5	0,9	0,8	0,5	1,7	2,4
65 e mais	1,1	0,6	3,3	1,1	0	0,5	1,5	2,9

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.
* Com novos pesos (versão 05/Maio/2013) para 2006 a 2013, calculados pelo Método de Ponderação Rake.

Os resultados do estado nutricional segundo a escolaridade apresentaram alta prevalência de excesso de peso nos três grupos de estratificação de escolaridade, sendo que, o excesso de peso esteve mais prevalente no grupo de menor escolaridade (0 a 8 anos) com

57,1% em 2013, porém houve uma tendência de aumento significativo nos indivíduos com maior escolaridade (12 anos ou mais) (Tabela 4).

Entre os anos de 2012 e 2013 o grupo de escolaridade de 9 a 11 anos apresentou redução na prevalência de excesso de peso. O único grupo que aumentou a prevalência de obesidade mórbida em 2013 foi o de maior escolaridade (0,4% em 2012 para 1,1% em 2013) (Tabela 4).

Tabela 4 – 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 2013.

Escolaridade	Estado Nutricional							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013*
Excesso de peso								
0 a 8	48,9	47,3	47,4	40,6	52,2	58,5	51,8	57,1
9 a 11	39,7	33,2	38,4	39,4	38,9	47,8	44	42,7
12 e mais	33,2	36,5	36,8	37,3	42,2	44,6	44,4	47,7
Sobrepeso								
0 a 8	35,6	35,3	32	30,7	39,8	37,9	33,5	37,7
9 a 11	29,5	24,2	27,6	29,5	30,1	35,9	31,3	29,8
12 e mais	25,6	26,9	27,3	29,1	31,5	33,3	32,5	34,7
Obesidade								
0 a 8	13,3	11,9	15,4	9,9	12,5	20,6	18,3	19,4
9 a 11	10,2	9	10,8	9,8	8,8	11,9	12,7	12,8
12 e mais	7,6	9,6	9,6	8,2	10,8	11,2	11,9	13
Obesidade mórbida								
0 a 8	0,2	1	0,8	0,2	0	0,5	2,6	1,9
9 a 11	0,5	0,4	1,5	0,8	0,6	1,1	0,9	0,5
12 e mais	0,4	0,3	0,5	0,8	0,4	0,7	0,4	1,1

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.
* Com novos pesos (versão 05/Maio/2013) para 2006 a 2013, calculados pelo Método de Ponderação Rake.

a.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, hortaliças e feijão) e não saudáveis (consumo de carnes com excesso de gordura, leite integral, refrigerantes e doces) além de avaliar a substituição do

almoço e jantar por lanches e a percepção do consumo de sal. A avaliação do consumo de doces, substituição de almoço e jantar por lanches e a percepção do consumo de sódio são informações apresentadas pela primeira vez nos anos de estudo do VIGITEL.

- **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). O Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2014) recomenda que a base da alimentação seja composta de alimentos *in natura* ou minimamente processados. No Vigitel denominou-se:

- ✓ **Consumo regular de frutas e hortaliças:** frequência de adultos que consomem frutas e hortaliças cinco ou mais dias da semana.
- ✓ **Consumo recomendado de frutas e de hortaliças:** consumo de cinco ou mais vezes por dia, em cinco ou mais dias da semana, desses alimentos (*proxy* do consumo recomendado de cinco porções diárias).
- ✓ **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 (77,2%) e o que apresentou menor foi o consumo recomendado de frutas e hortaliças com 29,7% (Tabela 5).

O DF apresentou maior frequência de consumo destes alimentos considerados saudáveis, quando comparados ao total das outras capitais brasileiras. Mesmo assim, ainda é modesto o consumo recomendado de frutas e hortaliças no DF, representando menos de 1/3 da população. Do mesmo modo, o consumo regular de frutas e hortaliças também não alcança nem metade da população brasiliense. Por isso, as ações de saúde devem estimular hábitos alimentares saudáveis, visando à prevenção das DCNT bem como para a promoção da saúde.

Tabela 5- 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 2013.

Distrito Federal e Municípios das Capitais	Consumo Regular Frutas e Hortaliças	Consumo Recomendado de Frutas e Hortaliças	Consumo Regular Feijão
DF	40	29,7	77,2
Capitais	36	23,6	66,9

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.
* Com novos pesos (versão 05/Maio/2013) para 2006 a 2013, calculados pelo Método de Ponderação Rake.

O grupo do sexo feminino consome mais frutas e hortaliças que os do sexo masculino, tanto o consumo regular quanto o recomendado. A maior diferença observada foi para o consumo recomendado de frutas e hortaliças entre as do sexo feminino, que de 2008 para 2013 aumentou em 8%, atingindo o valor de 36,6%, em 2013 (Tabela 6).

Os indivíduos do sexo masculino, desde 2007 apresentam maior consumo de feijão que as do sexo feminino. Porém, de 2012 para 2013 houve redução no consumo de feijão em ambos os sexos. Ao longo dos anos, observa-se que o consumo deste alimento está reduzindo na população sendo que atualmente, 80% dos indivíduos do sexo masculino e 74,1% do sexo feminino consomem feijão 5 vezes por semana, no mínimo (Tabela 6).

Tabela 6 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que consomem alimentos marcadores de hábito saudável, segundo sexo, no Distrito Federal, 2007 a 2013.

Sexo	Consumo de marcador saudável						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Frutas e hortaliças regularmente							
Masculino	–	29,7	32,4	36	30,2	31,3	31,6
Feminino	–	43,0	50,4	50,2	45,7	47,6	47,4
Ambos	–	36,8	42,0	43,5	38,5	40,0	40,0
Frutas e hortaliças conforme recomendado							
Masculino	–	16,9	22,0	23,4	20,7	21,6	21,8
Feminino	–	28,6	31,7	30,1	31,6	34,2	36,6
Ambos	–	23,1	27,1	27,0	26,5	28,3	29,7
Feijão cinco ou mais dias por semana							
Masculino	84,0	84,9	77,4	76,4	83,9	83,0	80,7
Feminino	76,4	72,7	69,3	66,1	76,9	76,1	74,1
Ambos	80,0	78,4	73,1	70,9	80,2	79,3	77,2

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.
* Com novos pesos (versão 05/Maio/2013) para 2006 a 2013, calculados pelo Método de Ponderação Rake.

O consumo regular e recomendado de frutas e hortaliças aumentou na maioria das faixas etárias ao longo dos anos estudados, com exceção da faixa etária de 35 a 44 anos. A população entre 18 e 24 anos, a mais jovem, apresentou o menor consumo recomendado de frutas e hortaliças, em contrapartida foi o grupo que apresentou maior consumo de feijão com 83,3% (Tabela 7).

Tabela 7- Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que consomem alimentos marcadores de hábito saudável, segundo faixa etária, no Distrito Federal, 2007 a 2013.

Faixa etária	Marcador saudável						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Frutas e hortaliças regularmente							
18 a 24	–	28,7	36,2	44,8	33,1	28,9	31
25 a 34	–	30,7	35,6	38,3	31,9	42,1	33,9
35 a 44	–	41,1	45	44,4	40,8	41,5	39,2
45 a 54	–	42,9	40,9	42,6	41,4	42,5	50,3
55 a 64	–	44,2	56,5	43,4	50,1	42,4	49,2
65 e mais	–	49,7	58,6	61,1	49,2	44,7	51,9
Frutas e hortaliças conforme recomendado							
18 a 24	–	17,8	26,5	26,3	25,5	21,8	25,3
25 a 34	–	19,9	22,5	26,5	22,7	30,1	27,9
35 a 44	–	25,7	29,6	29,8	26,8	30,2	29,5
45 a 54	–	28,7	24,1	21,6	27,2	29,5	34,3
55 a 64	–	25,9	36,4	28,3	34,9	27,3	36
65 e mais	–	28,4	34,9	32	30,7	30,1	28,9
Feijão cinco ou mais dias por semana							
18 a 24	81,4	83,6	77	75,3	82,4	84,9	83,3
25 a 34	80,3	79,1	77,2	69,1	80,6	76,2	79,1
35 a 44	81,4	75,4	69,8	73,3	80,3	81,1	73,4
45 a 54	75,8	75,2	71,6	68,5	82,5	78	76,5
55 a 64	79,4	79,9	63,1	67,4	74,3	78,8	73,6
65 e mais	79,6	75	71,7	68,6	75,1	76,7	73,4

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.

* Com novos pesos (versão 05/Maio/2013) para 2006 a 2013, calculados pelo Método de Ponderação Rake.

O consumo regular e recomendado de frutas e hortaliças foi maior para indivíduos de maior escolaridade, 52,2 % e 38,8%, respectivamente. Entretanto, mesmo possuindo o maior consumo entre as diferentes faixas de escolaridade, observou-se queda nos percentuais de consumo recomendado e regular destes alimentos, entre 2012 e 2013, nesta população (Tabela 8).

Quanto ao consumo recomendado de feijão, as populações de menor e de média escolaridade apresentaram maior consumo que a de maior escolaridade (79,1% e 81,1% respectivamente contra 71,2%) (Tabela 8).

Tabela 8 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que consomem alimentos marcadores de hábito saudável, segundo anos de escolaridade, no Distrito Federal, 2007 a 2013.

Escolaridade	Marcador saudável						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Frutas e hortaliças regularmente							
0 a 8	–	29	28,4	29,2	31,6	28,6	29,3
9 a 11	–	34,6	43	47,4	35,3	36,7	38,5
12 e mais	–	51,1	59,4	54,6	50,2	56,5	52,2
Frutas e hortaliças conforme recomendado							
0 a 8	–	16,7	16,9	17,1	20,3	18,4	20,4
9 a 11	–	23,5	26,8	28,8	24,3	26,1	29,8
12 e mais	–	32,2	41,5	35,4	36,2	41,7	38,8
Feijão cinco ou mais dias por semana							
0 a 8	83,4	84,1	78,1	83,1	85,7	85,5	79,1
9 a 11	83,1	81,7	78,6	65,7	81,1	82,3	81,1
12 e mais	70	65,8	59,9	63,1	72,7	68,8	71,2

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.
* Com novos pesos (versão 05/Maio/2013) para 2006 a 2013, calculados pelo Método de Ponderação Rake.

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

Para fins de conceituação, o Vigitel denomina:

- Consumo de carnes com excesso de gordura: hábito de consumir carne vermelha com gordura e de frango com pele, sem remover a gordura visível desses alimentos.

- Consumo de refrigerantes: hábito de consumir refrigerante ou sucos artificiais.

- Consumo de doces: frequência semanal de consumo de sorvetes, chocolates, biscoitos, bolos ou doces.

No DF, em 2013, dos alimentos analisados como marcadores para hábito não saudável, o que apresentou maior consumo foi o leite integral (50,9%) e o que apresentou menor consumo foram os doces (20,1%) (Tabela 9).

Observa-se também que o DF apresenta média de consumo maior do que as demais capitais brasileiras de carne com excesso de gordura (33,4%) e de doces (20,1%) (Tabela 9).

Tabela 9 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que consumiu carne com excesso de gordura, leite com teor integral de gordura, refrigerantes e doces durante cinco ou mais dias por semana, no Distrito Federal e municípios das capitais, 2013.

Distrito Federal e Municípios das Capitais	Carne com Excesso de Gordura	Leite com Teor Integral de Gordura	Refrigerante	Doces
DF	33,4	50,9	20,4	20,1
Capitais	31	53,5	23,3	19,5

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.
*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sóciodemográfica do Vigitel à distribuição da população adulta da cidade projetada para o ano de 2012. IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Em 2013, o consumo de carnes pelo sexo masculino foi quase o dobro do consumo pelo sexo feminino. Este padrão está sendo mantido desde 2007. Com relação ao consumo de leite integral, a frequência de consumo, ao longo dos anos, pelo sexo masculino é sempre maior que pelo sexo feminino, com exceção do ano de 2007 (Tabela 10).

Do mesmo modo, a frequência de consumo de refrigerante no grupo do sexo masculino (25,1%) também foi maior que no sexo feminino (16,3%). Observa-se que ao longo dos anos, 1/4 da população masculina consumindo diariamente refrigerante, foi mantido. Ao contrário, o consumo de refrigerantes pelas mulheres sofreu uma leve redução, de 2009 a 2013 (Tabela 10).

Quanto ao consumo de doces, em 2013, foi realizada a primeira avaliação. Observa-se que 1/5 da população consome doces diariamente. O sexo feminino possui maior frequência de consumo (21,3%) quando comparado à frequência de indivíduos do sexo masculino com 18,6% (Tabela 10).

Tabela 10 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que consomem alimentos marcadores de hábito não saudável durante cinco ou mais dias por semana, segundo sexo, no Distrito Federal, 2006 a 2013.

Sexo	Alimentos marcadores de hábito não saudável							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Consumo de Carne com Excesso de Gordura								
Masculino	–	42,4	46,2	43,3	44,3	40,2	41,2	45
Feminino	–	21,3	25,2	22,4	16,9	22,7	24,5	23,2
Ambos	–	31,1	35	32,1	29,7	30,9	32,3	33,4
Leite com Teor Integral de Gordura								
Masculino	56,5	51,4	56,7	56,4	54,9	56	54,2	52,9
Feminino	54,6	53,2	55,2	48,8	42,8	53,8	50,1	49,1
Ambos	55,5	52,4	55,9	52,4	48,4	54,8	52	50,9
Consumo Refrigerante								
Masculino	–	–	–	25,3	25,5	27,9	22,8	25,1
Feminino	–	–	–	18,7	16,9	20,8	21,6	16,3
Ambos	–	–	–	21,8	20,9	24,1	22,2	20,4
Consumo Doces								
Masculino	–	–	–	–	–	–	–	18,6
Feminino	–	–	–	–	–	–	–	21,3
Ambos	–	–	–	–	–	–	–	20,1

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.
* Com novos pesos (versão 05/Maio/2013) para 2006 a 2013, calculados pelo Método de Ponderação Rake.

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 40,0% em 2013). De 2012 para 2013 foi observada uma ligeira queda na frequência de consumo de 42,3% para 40,0% (Tabela 11).

O consumo de leite apresentou oscilação nas diversas faixas etárias. Também foi observado o maior consumo em adultos de faixa etária mais jovem (18 a 24 anos). Este grupo apresentou um grande aumento, de 15%, de 2012 para 2013. O grupo de faixa etária de 45 a 54 anos teve a segunda maior frequência de consumo (51,4%). Estes dois grupos foram os únicos que em 2013 apresentaram aumento na frequência quando comparado com os dados de 2012. Os demais apresentaram redução (Tabela 11).

Com relação ao consumo de refrigerantes e doces houve redução do consumo com o aumento da faixa etária. Aproximadamente 27% dos indivíduos entre 18 e 24 anos

consumiram diariamente refrigerantes e doces enquanto somente 10% dos indivíduos com 65 anos ou mais tiveram consumo diário destes alimentos (Tabela 11).

Tabela 11 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que consomem alimentos marcadores de hábito não saudável durante cinco ou mais dias por semana, segundo faixa etária, no Distrito Federal, 2006 a 2013.

Faixa etária	Alimentos marcadores de hábito não saudável							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Consumo de Carne com Excesso de Gordura								
18 a 24	–	32,3	40,1	34,3	34,0	35,6	42,3	40
25 a 34	–	35,6	38,2	35,5	26,7	34,1	34,3	39,4
35 a 44	–	33,6	35,0	36,4	37,7	32,7	34,7	32,2
45 a 54	–	27,4	28,6	28,1	32,4	27,9	29,0	27,6
55 a 64	–	21,4	30,3	21,7	22,2	22,4	20,4	25,4
65 e mais	–	20,6	27,3	21,2	10,4	18,1	16,2	22
Leite com Teor Integral de Gordura								
18 a 24	59,7	60,1	56,1	52,1	44,5	64,3	49,6	64,6
25 a 34	56,4	52,2	55,6	57,5	52,4	55,0	54,9	47,8
35 a 44	55,9	53,7	60,9	50,4	53,7	54,4	55,8	49,7
45 a 54	54,1	46,2	53,2	52,4	46,1	49,4	50,0	51,4
55 a 64	52,7	44,3	51,5	45,6	45,9	53,6	47,2	45
65 e mais	43,0	49,3	52,0	46,5	34,3	45,6	46,2	42,1
Consumo Refrigerante								
18 a 24	–	–	–	39,2	25,7	36,9	38,4	27,7
25 a 34	–	–	–	18,8	28,0	33,8	28,4	26
35 a 44	–	–	–	22,4	21,9	20,9	15,7	20,2
45 a 54	–	–	–	16,0	10,1	11,4	17,4	14,7
55 a 64	–	–	–	11,1	11,0	9,8	8,0	9,7
65 e mais	–	–	–	10,7	13,2	9,9	8,3	10
Consumo Doces								
18 a 24	–	–	–	–	–	–	–	26.5
25 a 34	–	–	–	–	–	–	–	23.7
35 a 44	–	–	–	–	–	–	–	20.6
45 a 54	–	–	–	–	–	–	–	12.9
55 a 64	–	–	–	–	–	–	–	16.0
65 e mais	–	–	–	–	–	–	–	11.0

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.
* Com novos pesos (versão 05/Maio/2013) para 2006 a 2013, calculados pelo Método de Ponderação Rake.

O leite integral foi o alimento marcador de hábito não saudável de maior consumo entre os adultos de todas as escolaridades. Os resultados apresentaram um consumo maior de

carnes com excesso de gordura e de refrigerantes para os que possuíam de 9 a 11 anos de escolaridade. O consumo de doces foi o diferencial do grupo, apresentando dados de que com o aumento da escolaridade aumenta o consumo. Quase 1/3 da população (27/%) que possui 12 anos ou mais de estudo, consome doces cinco ou mais dias da semana (Tabela 12).

Tabela 12- Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que consomem alimentos marcadores de hábito não saudável durante cinco ou mais dias por semana, segundo anos de escolaridade, no Distrito Federal, 2006 a 2013.

Anos de Escolaridade	Alimentos marcadores de hábito não saudável							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Consumo de Carne com Excesso de Gordura								
0 a 8	–	34,4	38,3	32,2	29,6	32,2	31,2	33,4
9 a 11	–	27,8	36,2	37,1	33,3	33,2	36,1	35,6
12 e mais	–	30,7	28,8	26,4	26,9	26,5	28,4	30,9
Leite com Teor Integral de Gordura								
0 a 8	62,5	52,0	59,3	59,4	59,5	57,1	56,2	54,5
9 a 11	57,0	56,8	61,5	60,1	51,1	59,7	55,5	56,2
12 e mais	42,9	46,5	43,8	33,9	35,1	46,3	43,1	41,7
Consumo Refrigerante								
0 a 8	–	–	–	18,1	14,1	21,0	17,9	19,5
9 a 11	–	–	–	24,5	27,5	28,1	26,0	22,4
12 e mais	–	–	–	23,7	22,3	22,9	21,8	19,3
Consumo Doces								
0 a 8	–	–	–	–	–	–	–	14,6
9 a 11	–	–	–	–	–	–	–	18,7
12 e mais	–	–	–	–	–	–	–	27,0

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.
* Com novos pesos (versão 05/Maio/2013) para 2006 a 2013, calculados pelo Método de Ponderação Rake.

O Vigitel avaliou dados sobre a substituição do almoço ou jantar por lanches. Para esse fim considerou-se que houve substituição quando refeições completas baseadas em preparações culinárias eram substituídas por sanduíches, salgados, pizzas ou outros tipos de lanches.

A frequência de adultos que substituem o almoço ou jantar por lanches ao menos sete vezes por semana, no DF, foi de 14,8% em 2013. Este valor é inferior à média nacional de

16,5%. As do sexo feminino obtiveram maior frequência de substituição do que os do sexo masculino, 12,3% e 10,0% respectivamente. Os demais municípios das capitais também apresentaram o mesmo cenário de maior substituição de refeições por parte da população feminina (13,5%) (Tabela 13).

Tabela 13 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que substituem o almoço ou o jantar por lanches sete ou mais vezes por semana, por sexo, no Distrito Federal e capitais, Vigitel, 2013.

Distrito Federal e Municípios das capitais	Substituição do almoço ou jantar por lanches		
	Total	Masculino	Feminino
DF	14,8	10,0	12,3
Capitais	16,5	12,6	13,5

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.
*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sóciodemográfica do Vigitel à distribuição da população adulta da cidade projetada para o ano de 2013. IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Observa-se uma relação direta entre aumento da faixa etária e substituição de refeições por lanche. Ou seja, quanto maior a faixa etária mais o indivíduo substitui a refeição. Com isso, a faixa etária de menor frequência foi a de 18 a 24 anos (13,8%). Já 25,9% da população com 65 anos ou mais realiza essa substituição, mais de 10% quando comparado ao grupo mais jovem (Tabela 14).

Tabela 14 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que substituem o almoço ou o jantar por lanches sete ou mais vezes por semana, segundo idade, no Distrito Federal, Vigitel, 2013.

Faixa etária	Substituição do almoço ou jantar por lanches						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
18 a 24	–	–	–	–	–	–	13.8
25 a 34	–	–	–	–	–	–	16.3
35 a 44	–	–	–	–	–	–	19.3
45 a 54	–	–	–	–	–	–	18.4
55 a 64	–	–	–	–	–	–	20.8
65 e mais	–	–	–	–	–	–	25.9

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.
* Com novos pesos (versão 05/Maio/2013) para 2013, calculados pelo Método de Ponderação Rake.

Com o aumento da escolaridade também há aumento da frequência de substituição de refeições por lanche. A tabela 15 apresenta dados de que 26,3% dos indivíduos com 12 anos ou mais de estudo fazem a substituição de refeições. Este percentual é maior que o dobro da frequência de indivíduos com 0 a 8 anos de estudo e substituem refeições (12,8%).

Tabela 15 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que substituem o almoço ou o jantar por lanches sete ou mais vezes por semana, segundo escolaridade no Distrito Federal, Vigitel, 2013.

Escolaridade	Substituição do almoço ou jantar por lanches						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
0 a 8	–	–	–	–	–	–	12.8
9 a 11	–	–	–	–	–	–	15.2
12 e mais	–	–	–	–	–	–	26.3

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.
* Com novos pesos (versão 05/Maio/2013) para 2013, calculados pelo Método de Ponderação Rake.

O Vigitel avaliou também a percepção da população quanto o consumo de sal. Foi questionado ao individuo para classificar seu consumo de sódio em muito alto, alto, normal, baixo ou muito baixo. O consumo diário de sódio recomendado pela OMS é de 2000 mg, o que equivale a 5 g de sal por dia (WHO, 2003). A frequência de adultos que referem o consumo de sal alto ou muito alto no DF foi de 15,8%, muito próximo à média nacional (16%). Os indivíduos do sexo masculino referiram consumo maior que as do sexo feminino, tanto no DF como nas demais capitais do Brasil (Tabela 16).

Tabela 16 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que consideram seu consumo de sal alto ou muito alto, por sexo, no Distrito Federal e capitais, Vigitel, 2013.

Distrito Federal e Municípios das capitais	Consumo de sal *alto* ou *muito alto*		
	Total	Masculino	Feminino
DF	15,8	16,5	15,1
Capitais	16,0	17,9	14,3

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.
*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sóciodemográfica do Vigitel à distribuição da população adulta da cidade projetada para o ano de 2013. IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

O consumo de sal tende a reduzir com a faixa etária a exceção é vista na faixa de 55 a 64 onde há um súbito aumento, quando comparado às faixas etárias menores. Ressalta-se também que o consumo de sal no grupo de 65 anos ou mais é de 3,6%, valor quase seis vezes menor que do grupo de 18 a 34 anos com 21,2% (Tabela 17).

Tabela 17 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que consideram seu consumo de sal *alto* ou *muito alto*, segundo idade, no Distrito Federal, Vigitel, 2013.

Faixa etária	Consumo de sal *alto* ou *muito alto*						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
18 a 24	–	–	–	–	–	–	21.2
25 a 34	–	–	–	–	–	–	19.7
35 a 44	–	–	–	–	–	–	16.7
45 a 54	–	–	–	–	–	–	9.8
55 a 64	–	–	–	–	–	–	12.2
65 e mais	–	–	–	–	–	–	3.6

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.
* Com novos pesos (versão 05/Maio/2013) para 2013, calculados pelo Método de Ponderação Rake.

Quando analisados os dados de consumo de sódio por escolaridade, observa-se relação direta – quanto maior a escolaridade maior o consumo de sal. O maior percentual observado de 18,6% foi no grupo de 12 anos ou mais (Tabela 18).

Tabela 18 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que consideram seu consumo de sal *alto* ou *muito alto*, segundo escolaridade no Distrito Federal, Vigitel, 2013.

Escolaridade	Consumo de sal *alto* ou *muito alto*						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
0 a 8	–	–	–	–	–	–	13.1
9 a 11	–	–	–	–	–	–	15.6
12 e mais	–	–	–	–	–	–	18.6

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.
* Com novos pesos (versão 05/Maio/2013) para 2013, calculados pelo Método de Ponderação Rake.

a.3) Prática de atividade física

O nível de atividade física dos adultos foi avaliado em quatro frentes: no tempo livro (lazer), na atividade ocupacional, no deslocamento e no âmbito de atividades domésticas. O Vigitel adotou a seguinte denominação para atividade física:

- **Atividade física recomendada em tempo livre:** prática de atividade física equivalentes a 150 minutos de atividade moderada por semana;

- **Atividade de deslocamento:** prática de atividade física no deslocamento para trabalho ou escola, equivalentes a 150 minutos de atividade moderada por semana;

- Fisicamente inativos: adultos que praticam menos de 150 minutos de atividade física moderada ou equivalente por semana, quando somadas as atividades no tempo livre, no deslocamento e no trabalho.

No DF, em 2013, pode-se verificar que a prática de atividade física recomendada em tempo livre foi superior (41,5%) aos resultados dos municípios das capitais analisadas (33,8%). Os resultados referentes aos indivíduos ativos no deslocamento foram pouco expressivos chegando a um percentual de 10,1% representando valor inferior aos dados dos municípios das capitais (12,1%). Os resultados para o percentual de fisicamente inativos foi alto, porém, inferior (13,1%) aos resultados dos municípios das capitais (16,2%) (Tabela 19).

Tabela 19 – 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, 2013.

Distrito Federal e Municípios das Capitais	Atividade Física Recomendada Tempo Livre	Ativos no Deslocamento	Fisicamente Inativos
DF	41,5	10,1	13,1
Capitais	33,8	12,1	16,2

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.
*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sóciodemográfica do Vigitel à distribuição da população adulta da cidade projetada para o ano de 2012. IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Verifica-se uma tendência de aumento da prática de atividade física no grupo do sexo feminino, sendo que em 2009 foi de 29,4% e 34,3% em 2013. No sexo masculino, era observada uma redução da prática ao longo dos anos, entretanto, de 2012 para 2013, houve uma mudança nesta tendência, 45,3 % e 49,8% respectivamente, quando a frequência de homens que praticam atividade física no lazer aumentou pela primeira vez em 5 anos (Tabela 20).

Com relação aos indivíduos ativos no deslocamento é observada pouca variação para ambos os sexos, ao longo dos anos. Entretanto, de 2012 para 2013 houve redução tanto para os do sexo masculino como para os do sexo feminino de aproximadamente 2,5%. (Tabela 20).

Do mesmo modo, é observada pequena variação ao longo dos anos entre os fisicamente inativos. Entretanto, a tendência é de aumento para ambos os sexos. Atualmente, 13,1% da população do DF são inativos fisicamente, sendo os indivíduos do sexo feminino menos ativo que os do sexo masculino, 13,9% e 12,3%, respectivamente (Tabela 20).

Tabela 20 – 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 2013.

Sexo	Prática de atividade física							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Atividade física no tempo livre								
Masculino	–	–	–	48,9	47,1	45,9	45,3	49,8
Feminino	–	–	–	29,4	36,1	28,5	33	34,3
Ambos	–	–	–	38,5	41,3	36,7	38,7	41,5
Ativos no Deslocamento								
Masculino	–	–	–	13,5	9,4	11,7	13,7	11,1
Feminino	–	–	–	13,9	16,2	13,1	11,7	9,3
Ambos	–	–	–	13,7	13	12,5	12,6	10,1
Fisicamente Inativos								
Masculino	11,7	14,4	15,2	7,8	12	12	11,5	12,3
Feminino	12,5	11,1	16,7	18,8	13,8	14,5	12,3	13,9
Ambos	12,1	12,7	16	13,7	12,9	13,3	11,9	13,1

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.
* Com novos pesos (versão 05/Maio/2013) para 2006 a 2013, calculados pelo Método de Ponderação Rake.

Por faixa etária observa-se que os grupos de 18 a 24 anos e 25 a34 anos são os que mais praticam atividade física no tempo livre, possuindo a mesma frequência de 47,7%. Mas, nos indivíduos de 18 a 24 anos observa-se que a frequência é praticamente a mesma, ao longo dos anos. Diferentemente do grupo de 25 a 34 anos, houve um aumento da prática, de 2009 a 2013. Ainda, observa-se que a prática de atividade física no tempo livre reduz com a faixa etária. (Tabela 21).

Com relação aos resultados do indicador fisicamente inativos verifica-se um maior percentual na faixa etária maior de 65 anos com 38,8% de prevalência. Este percentual é maior que o dobro de indivíduos inativos com 18 a 24 anos (16,4%) (Tabela 21).

Tabela 21- 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 2013**.**

Faixa etária	Prática de atividade física							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Atividade física no tempo livre								
18 a 24	–	–	–	47,1	47,4	47,8	47,8	47,7
25 a 34	–	–	–	41,2	43,6	35,8	45,3	47,7
35 a 44	–	–	–	32,0	40,8	36,5	32,8	35,7
45 a 54	–	–	–	37,1	31,4	31,8	31,9	40,2
55 a 64	–	–	–	32,8	39,0	36,4	31,8	40,3
65 e mais	–	–	–	34,9	41,6	24,2	33,6	26,4
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	16,4
25 a 34	8,9	9,1	13,4	10,7	11,5	11,7	8,7	8,6
35 a 44	7,7	7,5	11,5	10,1	8,2	9,8	8,9	7,1
45 a 54	11,5	12,4	15,4	9,4	8,6	9,2	11,7	10,8
55 a 64	15,9	17,4	26,6	26,4	12,0	18,0	15,0	17,9
65 e mais	43,4	33,5	37,9	30,1	37,4	33,5	30,6	38,8

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.
* Com novos pesos (versão 05/Maio/2013) para 2006 a 2013, calculados pelo Método de Ponderação Rake.

Houve uma prevalência crescente de atividade física no tempo livre nos indivíduos com maior escolaridade sendo que 54,3% da população com 12 anos ou mais de estudo praticaram atividade física em 2013 (Tabela 22).

Quanto aos resultados do indicador fisicamente inativos, observa-se que diferentemente de 2012, os indivíduos com menor escolaridade são mais inativos (14,9%). Ao longo dos anos uma tendência de aumento da inatividade física é verificada neste grupo. Ao contrário, os indivíduos com maior escolaridade, que em 2012 eram mais inativos que os com menor escolaridade, apresentaram ao longo dos anos uma tendência de redução desta frequência (Tabela 22).

Tabela 22 – 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 2013**.**

Escolaridade	Prática de atividade física							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Atividade física no tempo livre								
0 a 8	–	–	–	29,1	24,4	25,9	23,2	27,1
9 a 11	–	–	–	39,9	47,3	35,9	42,4	43,1
12 e mais	–	–	–	49,8	53,0	50,0	50,7	54,3
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	14,9
9 a 11	11,1	9,8	11,1	12,0	12,6	12,0	9,0	12,4
12 e mais	14,1	15,0	17,9	16,6	15,2	14,8	14,4	12,2

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.
* Com novos pesos (versão 05/Maio/2013) para 2006 a 2013, calculados pelo Método de Ponderação Rake.

a.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, 2011). Evidências associam, também, a exposição passiva ao tabaco ao mesmo grupo de doenças (MELLO et al., 2001).

Para efeito de análise, o Vigitel considerou:

- **Fumante:** todo indivíduo que fuma, independentemente da freqüência e intensidade do habito de fumar;

- **Ex-fumante:** todo individuo 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 2013, no DF a frequência de fumantes foi de 10,7% e de indivíduos que fumam mais que 20 cigarros por dia foi 2,5%, 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 menor (20,3%) do que os resultados do total analisado (22,0%) (Tabela 23).

Tabela 23 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) fumantes, que consumiram 20 cigarros ou mais por dia e ex-fumantes, no Distrito Federal e municípios das capitais, Vigitel, 2013.

Distrito Federal e Municípios das Capitais	Fumantes		Ex - fumantes
	Total	20 ≥ cigarros	
DF	10,7	2,5	20,3
Capitais	11,3	3,4	22,0

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.
*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sóciodemográfica do Vigitel à distribuição da população adulta da cidade projetada para o ano de 2013. IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Verifica-se uma tendência de redução do indicador de fumantes em ambos os sexos até 2012. De 2012 para 2013 houve um aumento na frequência de indivíduos do sexo masculino fumantes, de 13% para 16,3%. Ao contrário, as mulheres permaneceram na tendência de redução e de 2012 para 2013 houve queda na frequência de fumo de 8,1% para 5,9%. Ressalta-se que de 2006 a 2013 a frequência de fumantes do sexo feminino reduziu mais que a metade, passando de 13,7% para 5,9% (Tabela 24).

Com relação ao uso de 20 ou mais cigarros o percentual foi maior para os indivíduos do sexo masculino chegando a 3,9% em 2013 e apenas 1,3% para o sexo feminino. Observa-se também uma redução em ambos os sexos, ao longo dos anos. Do mesmo modo, a frequência no grupo do sexo feminino que fumavam mais de 20 cigarros por dia em 2006 (3,5%) foi reduzida a mais que a metade com o passar dos anos e em 2013 atingiu o valor de 1,3% (Tabela 24).

Quanto aos resultados do indicador ex-fumantes verifica-se maior percentual no sexo masculino (24%) que no sexo feminino (17,0%), sendo que esses valores permanecem com pouca variação desde 2006 (Tabela 24).

Tabela 24 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) fumantes, que consumiram 20 cigarros ou mais por dia e ex-fumantes, segundo sexo, no Distrito Federal, 2006 a 2013.

Sexo	Hábito de Fumar							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Fumantes								
Masculino	18,1	20,0	15,4	17,7	15,9	10,6	13,0	16,3
Feminino	13,7	9,9	11,7	12,5	12,5	10,0	8,1	5,9
Ambos	15,7	14,6	13,4	15,0	14,1	10,3	10,4	10,7
20 ou mais cigarros								
Masculino	3,0	5,3	5,2	4,2	4,1	1,7	4,6	3,9
Feminino	3,2	2,2	2,1	3,2	3,3	1,2	1,7	1,3
Ambos	3,1	3,6	3,5	3,7	3,7	1,4	3,1	2,5
Ex - fumantes								
Masculino	24,4	25,3	25,8	28,1	20,0	26,1	24,0	24,1
Feminino	16,5	19,3	20,7	22,6	18,9	16,1	20,7	17,0
Ambos	20,2	22,1	23,1	25,2	19,4	20,8	22,2	20,3

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.
* Com novos pesos (versão 05/Maio/2013) para 2006 a 2013, calculados pelo Método de Ponderação Rake.

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 25 a 34 anos, sendo que neste último grupo houve um grande aumento de quase 4% de 2012 (10,4%) para 2013 (14,3%). Apenas nos grupos de 18 a 24 anos e 35 a 44 anos houve queda na frequência de fumantes, de 2012 a 2013 (Tabela 25).

Com referência aos indivíduos com uso de 20 cigarros ou mais, o maior percentual foi de 5,1% observado na faixa etária de 55 a 64 anos, seguido pela faixa etária de 65 anos ou mais (3,5%). Ainda, este último grupo foi o único que não apresentou redução de 2012 (1,0%) para 2013 (3,5%). Com relação aos resultados do indicador ex-fumantes, verifica-se os maiores percentuais em indivíduos de 55 a 64 ano (39,3%) e 65 anos ou mais com 38,5% (Tabela 25).

Tabela 25 – 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 2013.

Faixa etária	Hábito de fumar*							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Fumantes								
18 a 24	12,1	10,1	10,5	15,4	13,8	8,9	8,7	4,9
25 a 34	15,2	14,0	13,4	14,2	15,6	13,1	10,4	14,3
35 a 44	18,1	18,0	16,5	17,6	17,6	5,7	9,8	7,5
45 a 54	18,4	18,7	15,2	11,7	10,1	14,7	12,0	12,3
55 a 64	16,1	15,1	11,5	20,3	15,0	10,8	14,0	16,3
65 e mais	15,3	10,0	10,3	8,5	5,1	6,5	7,7	8,8
20 ≥ cigarros								
18 a 24	0,8	2,5	2,1	4,6	3,2	0,5	1,6	1,2
25 a 34	0,7	2,1	1,7	0,6	1,0	1,6	2,4	1,6
35 a 44	5,0	6,3	6,1	6,0	5,3	0,8	4,0	2,9
45 a 54	5,7	3,5	3,5	3,5	5,9	2,4	4,0	3
55 a 64	6,6	6,5	6,2	7,9	7,2	2,7	5,8	5,1
65 e mais	4,4	1,5	3,9	1,6	1,6	1,3	1,0	3,5
Ex - fumantes								
18 a 24	12,6	12,4	11,6	6,5	7,1	8,9	11,5	11,5
25 a 34	8,8	14,1	12,5	16,8	11,3	13,5	12,0	9,9
35 a 44	18,2	17,9	21,7	28,7	17,0	18,3	18,7	16,8
45 a 54	39,0	37,4	38,7	44,4	38,6	34,0	33,4	32,7
55 a 64	37,2	44,6	44,9	39,9	37,0	35,2	43,3	39,3
65 e mais	38,2	38,2	44,0	39,3	27,5	39,4	46,3	38,5

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.
* Com novos pesos (versão 05/Maio/2013) para 2006 a 2013, calculados pelo Método de Ponderação Rake.

Verifica-se uma maior prevalência de fumantes com uso de 20 ou mais cigarros nos de menor escolaridade com 5,0% em 2013 apresentando uma redução entre 2012 e 2013 de 0,5%. Ressalta-se que no grupo de maior escolaridade houve uma redução de mais de três vezes, caindo de 2,2% em 2012 para 0,6 em 2013 (Tabela 26).

No caso de ex-fumantes não houve aumento da frequência nos grupos entre 2012 a 2013. O maior percentual está nos indivíduos de menor escolaridade chegando a 29,2% no ano de 2013, porém, apresentou redução de 2,8% entre 2012 e 2013 (Tabela 26).

Tabela 26 – 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 2013.

Anos de Escolaridade	Hábito de fumar*							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
20 ≥ cigarros								
0 a 8	3,3	5,3	5,6	7,1	5	1,8	5,5	5
9 a 11	3,3	2,7	2,2	1,4	4,5	1,4	1,8	1,9
12 e mais	2,5	2,2	2,3	1,6	1,8	1	2,2	0,6
Ex - fumantes								
0 a 8	25,3	30,6	30,9	34,8	24,9	28,4	32	29,2
9 a 11	16,1	17,9	18,3	20,2	17,5	17,6	19,3	18,2
12 e mais	17,7	14,4	17,8	17,8	15,6	16	15,7	13,7

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.
* Com novos pesos (versão 05/Maio/2013) para 2006 a 2013, calculados pelo Método de Ponderação Rake.

a.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.

Um dos indicadores do consumo de bebidas alcoólicas do Vigitel foi:

- 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 2013, o percentual do consumo abusivo de bebidas alcoólicas foi 16,4%, sendo maior no sexo masculino (24,5%) do que no sexo feminino (9,3%). Quando comparado ao resultado dos municípios das capitais, o DF apresenta semelhança no valor total e valores próximos entre os sexos (Tabela 27).

Tabela 27 – 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, 2013.

Distrito Federal e Municípios das Capitais	Uso abusivo do álcool		
	Total	Sexo	
		Masculino	Feminino
DF	16,4	24,5	9,3
Capitais	16,4	24,2	9,7

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.
*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sóciodemográfica do Vigitel à distribuição da população adulta da cidade projetada para o ano de 2012. IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Observa-se uma tendência de redução, no último ano, do uso abusivo de álcool nos indivíduos tanto do sexo masculino (de 27,5% em 2012 para 24,5% em 2013) como do sexo feminino (de 13,1% em 2012 para 9,3% em 2013). (Tabela 28). Porém, ao realizar a análise desde o início do Vigitel, observa-se oscilação no percentual de consumo de álcool ao longo dos anos, em ambos os sexos.

Tabela 28 – 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 2013.

Sexo	Uso abusivo do álcool							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Masculino	22,1	26,4	25,8	23,3	28,1	21,0	27,5	24,5
Feminino	8,7	8,5	10,1	14,9	12,6	8,7	13,1	9,3
Ambos	15	16,9	17,5	18,8	19,9	14,5	19,8	16,4

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.
* Com novos pesos (versão 05/Maio/2013) para 2006 a 2013, calculados pelo Método de Ponderação Rake.

Até 2012, observa-se uma tendência de aumento de consumo em todas as faixas etárias. Entretanto, em 2013, essa tendência foi interrompida e somente nas faixas etárias de 55 a 64 anos houve aumento. A redução mais acentuada foi entre a faixa etária de 18 a 24 anos, saindo de 27,1% em 2012 para 13,6% em 2013. Indivíduos com 65 anos ou mais também apresentaram redução, pois em 2012, 8,0% tinham uso abusivo de bebida alcoólica e em 2013 apenas 3,6%.

Tabela 29 – 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 2013**.**

Faixa etária	Uso abusivo do álcool							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
18 a 24	25,2	24,0	21,7	30,3	24,7	17,3	27,1	13,6
25 a 34	18,3	21,4	22,0	19,8	27,1	18,6	23,8	20,4
35 a 44	10,0	16,1	17,3	14,5	17,0	11,8	19,4	19,8
45 a 54	10,5	10,4	14,9	19,4	15,4	12,0	17,2	16,1
55 a 64	6,4	9,2	9,7	12,6	14,4	14,2	9,5	12
65 e mais	4,8	1,4	2,1	3,7	3,4	4,8	8,0	3,6

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.
* Com novos pesos (versão 05/Maio/2013) para 2006 a 2013, calculados pelo Método de Ponderação Rake.

Avaliando os resultados por escolaridade, do mesmo modo, até 2012 era verificada uma prevalência crescente de uso abusivo de álcool em todas as faixas etárias. Porém, em 2013 o cenário mudou com redução em todos os grupos. Os grupos com maior escolaridade apresentaram as maiores reduções, de aproximadamente 4%. O uso abusivo de álcool naqueles com 9 a 11 anos de estudo em 2012 era de 20,1% reduzindo para 15,8% em 2013 e no grupo de maior escolaridade a redução foi de 23,8% em 2012 para 19,7% em 2013. (Tabela 30).

Tabela 30 – 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 2013.

Escolaridade	Uso abusivo do álcool							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
0 a 8	11,8	14,9	13,8	14,8	16,6	11,4	15,8	13,7
9 a 11	15,6	16,9	18,0	19,9	18,8	14,3	20,1	15,8
12 e mais	19,0	20,0	22,2	23,1	24,1	18,2	23,8	19,7

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.
* Com novos pesos (versão 05/Maio/2013) para 2006 a 2013, calculados pelo Método de Ponderação Rake.

b. MORBIDADE EM ADULTOS

O Vigitel, por ser realizado por entrevista telefônica, não pode aferir diretamente a frequência dos fatores de risco das DCNT que necessitem de diagnóstico médico. Por isso, estimou a frequência dos indivíduos que referem diagnóstico prévio de algum fator de risco,

destas doenças. Os fatores de risco avaliados neste relatório foram: hipertensão arterial, diabetes e dislipidemia como é mostrado a seguir:

b.1) Hipertensão Arterial

A frequência de pessoas que referem diagnóstico de hipertensão em 2013, no Distrito Federal, foi de 22,3%, sendo 21,7% no sexo masculino e 22,8 % no sexo feminino. O DF apresenta menor frequência do que o total dos demais municípios das capitais brasileiras (Tabela 31).

Tabela 31- Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial, segundo sexo, no Distrito Federal e municípios das capitais, 2013**.**

Distrito Federal e Municípios das Capitais	Hipertensão arterial		
	Total (%)	Sexo	
		Masculino	Feminino
DF	22,3	21,7	22,8
Capitais	24,1	21,5	26,3

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.
*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sóciodemográfica do Vigitel à distribuição da população adulta da cidade projetada para o ano de 2012. IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Houve redução de indivíduos com diagnóstico de hipertensão arterial em ambos os sexos de 2012 a 2013. Este resultado veio interromper a tendência de aumento observada ao longo dos anos, desde 2006. Os indivíduos do sexo masculino apresentaram maior redução de 2012 (24,0%) para 2013 (21,7%) (Tabela 32).

Tabela 32 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial, segundo sexo, no Distrito Federal, 2006 a 2013.

Sexo	Hipertensão arterial							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Masculino	16,2	15	21,8	21,5	18,9	18,8	24	21,7
Feminino	21,2	22,7	22,9	25,4	19	26,6	23,8	22,8
Ambos	18,9	19,1	22,4	23,6	19	22,9	23,9	22,3

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.
* Com novos pesos (versão 05/Maio/2013) para 2006 a 2013, calculados pelo Método de Ponderação Rake.

Observa-se uma tendência proporcionalmente direta de aumento de indivíduos com diagnóstico de hipertensão arterial com o avanço da faixa etária. Comparando os dados com os anos de 2012 para 2013 houve redução entre os grupos exceto na faixa de 25 a 34 anos. A população de 65 anos ou mais apresentou a maior redução de 7,8% (66,3% em 2012 a 58,5% em 2013), seguido da grupo de 18 a 24 anos que em 2012 era de 4,7% e reduziu para 1,2% em 2013 (Tabela 33).

Tabela 33 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial, segundo faixa etária, no Distrito Federal, 2006 a 2013.

Faixa etária	Hipertensão arterial							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
18 a 24	3,8	5,9	5,5	4,2	7,3	3,3	4,7	1,2
25 a 34	9,8	5,9	10,0	15,0	8,4	6,0	8,8	12,0
35 a 44	15,3	16,8	22,1	21,9	15,9	21,0	20,7	20,0
45 a 54	31,6	30,0	35,9	32,6	25,0	38,8	38,8	32,8
55 a 64	47,6	51,7	48,3	52,5	45,0	50,9	53,5	48,2
65 e mais	56,1	59,7	62,6	61,3	55,2	73,6	66,3	58,5

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.
* Com novos pesos (versão 05/Maio/2013) para 2006 a 2013, calculados pelo Método de Ponderação Rake.

Nos grupos de menor escolaridade observa-se uma tendência de aumento nos indivíduos com diagnóstico de hipertensão arterial até 2012 e interrupção desta em 2013. Observa-se aumento na frequência apenas no grupo de 12 ou mais anos de estudo (11,9% em 2012 e 14,4% em 2013). O grupo de menor escolaridade apresentou uma importante redução no último ano 6,3%, saindo de 40,6% em 2012 para 34,3% em 2013 (Tabela 34).

Tabela 34 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial, segundo anos de escolaridade, no Distrito Federal, 2006 a 2013.

Anos de Escolaridade	Hipertensão arterial							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
0 a 8	27,10	30,00	31,30	36,00	29,10	37,70	40,60	34,30
9 a 11	15,20	12,10	18,70	17,50	16,40	17,10	19,30	18,40
12 e mais	11,30	11,50	14,00	13,60	11,00	12,90	11,90	14,40

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.
* Com novos pesos (versão 05/Maio/2013) para 2006 a 2013, calculados pelo Método de Ponderação Rake.

b.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 DF que referiram diagnóstico prévio de diabetes foi 5,3%, sendo inferior ao resultado dos municípios das capitais (6,9%). Indivíduos do sexo feminino apresentaram maior prevalência de diabetes (6%) no DF que os do sexo masculino com 4,4,% (Tabela 35).

Tabela 35 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de diabetes, no Distrito Federal e municípios capitais, 2013.

Distrito Federal e Municípios das Capitais	Diabetes		
	Total (%)	Sexo	
		Masculino	Feminino
DF	5,3	4,4	6
Capitais	6,9	6,5	7,2

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.
*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sóciodemográfica do Vigitel à distribuição da população adulta da cidade projetada para o ano de 2012. IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Analisando os dados de diabetes por sexo, observa-se redução para ambos os sexos entre 2012 e 2013 (Tabela 36).

Tabela 36 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de diabetes, segundo sexo, no Distrito Federal, 2006 a 2013.

Sexo	Diabetes*							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Masculino	4,1	4,3	6,0	2,8	6,6	4,0	5,2	4,4
Feminino	6,5	4,5	5,0	5,1	4,5	6,8	7,9	6,0
Ambos	5,4	4,4	5,4	4,0	5,5	5,5	6,6	5,3

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.
*Método de cálculo: "rake" para análise de pesos pós-estratificação.
* Com novos pesos (versão 05/Maio/2013) para 2006 a 2013, calculados pelo Método de Ponderação Rake.

Com relação aos dados que avaliam o diabetes por faixa etária, observa-se prevalência crescente com o aumento da faixa etária atingindo um percentual de 21,1% na faixa de 65 e mais anos em 2013. Ressalta-se uma redução da prevalência em todas as faixas etárias exceto na faixa de 25 a 39 anos (Tabela 37).

Tabela 37 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de diabetes, segundo faixa etária, no Distrito Federal, 2006 a 2013.

Faixa etária	Diabetes							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
18 a 24	1,1	1,1	0,6	1,4	1,5	0,0	1,3	0,4
25 a 34	2,4	1,6	1,0	0,8	1,3	1,8	1,2	1,9
35 a 44	1,9	1,7	2,8	1,4	1,9	2,6	2,8	2,2
45 a 54	8,5	9,8	10,2	4,9	5,8	10,2	11,2	4,9
55 a 64	14,1	10,7	16,4	10,9	21,0	11,0	19,2	18,5
65 e mais	26,4	15,3	23,0	21,9	23,1	25,4	25,6	21,1

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.
* Com novos pesos (versão 05/Maio/2013) para 2006 a 2013, calculados pelo Método de Ponderação Rake.

Analisando os resultados por escolaridade, verifica-se uma maior prevalência de diabetes no grupo de menor escolaridade, com valor de 8% em 2013, representando duas vezes o valor observado nos demais grupos de escolaridade (Tabela 38).

Tabela 38 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de diabetes, segundo anos de escolaridade, no Distrito Federal, 2006 a 2013.

Anos de Escolaridade	Diabetes							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
0 a 8	7,8	6,3	9,7	5,4	8,4	10,4	10,2	8
9 a 11	4	3,6	2,7	3,2	4,1	3,7	6,2	3,9
12 e mais	3,4	2,3	2,7	3	3,6	2,2	3,4	4

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.
* Com novos pesos (versão 05/Maio/2013) para 2006 a 2013, calculados pelo Método de Ponderação Rake.

b.3) Dislipidemias

O Vigitel utilizou como critério de inclusão nessa categoria a frequência com que as pessoas referiam diagnóstico médico prévio de dislipidemias. Em 2013, foi a primeira vez que este dado foi coletado e analisado, por isso, não é possível apresentar série histórica, apenas os dados de 2013.

A prevalência dos adultos do Distrito Federal que referem diagnóstico prévio de dislipidemias foi 18,8%, sendo inferior ao resultado dos municípios das capitais (20,3%). Observa-se que, no DF, os indivíduos do sexo feminino apresentam maior prevalência (21,0%) que os do sexo masculino com 16,4% (Tabela 39).

Tabela 39 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de dislipidemia, no Distrito Federal e municípios capitais, 2013.

Distrito Federal e Municípios das Capitais	Dislipidemia		
	Total (%)	Sexo	
		Masculino	Feminino
DF	18,8	16,4	21,0
Capitais	20,3	17,2	22,9

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.
*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sóciodemográfica do Vigitel à distribuição da população adulta da cidade projetada para o ano de 2012. IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Observa-se uma prevalência crescente de dislipidemia por faixa etária. Indivíduos com 65 anos apresentaram os percentuais de 43,0% e 26,5%, respectivamente, para o sexo feminino e para sexo masculino de diagnóstico prévio de dislipidemia. Em todas as faixas etárias há maior prevalência de dislipidemia em indivíduos do sexo feminino quando comparado ao sexo masculino, com exceção de população masculina de 35 a 44 anos, que apresentam dados superiores aos do sexo feminino.

Tabela 40 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de dislipidemias, segundo faixa etária, no Distrito Federal, 2013.

Faixa etária	Dislipidemia		
	Total (%)	Sexo	
		Masculino	Feminino
18 a 24	7,3	7,1	7,5
25 a 34	10,4	9,4	11,2
35 a 44	18,1	18,8	17,5
45 a 54	28,6	27,1	29,8
55 a 64	36,7	28,5	42,4
65 e mais	36,6	26,5	43,0

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.
* Com novos pesos (versão 05/Maio/2013) para 2006 a 2013, calculados pelo Método de Ponderação Rake.

Verifica-se uma maior prevalência de dislipidemia no grupo de menor escolaridade, com valor de 20,9% em 2013, seguido com de maior escolaridade (19,3%), sendo maior para os do sexo feminino do que para os do sexo masculino (Tabela 41).

Tabela 41 – Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de dislipidemia, segundo anos de escolaridade, no Distrito Federal, 2013.

Anos de Escolaridade	Dislipidemia		
	Total (%)	Sexo	
		Masculino	Feminino
0 a 8	20,9	16.7	25.0
9 a 11	16,4	15.1	17.5
12 e mais	19,3	17.4	21.0

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.
* Com novos pesos (versão 05/Maio/2013) para 2006 a 2013, calculados pelo Método de Ponderação Rake.

c. PREVENÇÃO DE CÂNCER

c.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).

No DF, 82,4% das mulheres do DF referiram realizar exame de citologia oncótica em algum momento e 76,9% referiu ter realizado nos últimos três anos. As médias do DF são inferiores as dos demais municípios das capitais, 88,1% e 82,9% respectivamente (Tabela 42).

Tabela 42 – 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, 2013.

Distrito Federal e Municípios das Capitais	Realização de citologia oncótica	
	Em algum momento	Últimos três anos
DF	82,4	76,9
Capitais	88,1	82,9

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.
*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sóciodemográfica do Vigitel à distribuição da população adulta da cidade projetada para o ano de 2012. IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Observa-se um aumento ao longo dos anos com variação temporal da realização da citologia oncótica no DF, alcançando 81% em 2012, porém reduzindo em 2013 para 76,9% (Tabela 43).

Tabela 43 – 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 2013.

Realização de citologia oncótica						
2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
76,1	75,4	79,9	74,6	76,0	81,0	76,9

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.
* Com novos pesos (versão 05/Maio/2013) para 2006 a 2013, calculados pelo Método de Ponderação Rake.

Observa-se que a faixa etária dos 45 a 54 anos foi a que mais realizou o exame de citologia oncótica com 83,1% em 2013, seguida da faixa de mulheres com 55 a 64 anos onde a prevalência foi de 82,9%. A que menos realizou foi a mais jovem, de 25 a 34 anos (71,7%). Houve redução da frequência de realização de citologia oncótica em todos os grupos, quando comparado 2013 com 2012 exceto para a faixa etária de 55 a 64 anos (Tabela 44).

Tabela 44 - 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 2013.

Faixa etária	Realização de citologia oncótica*						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
25 a 34	73,1	72,4	78,2	65,3	70,6	76,4	71,7
35 a 44	77,0	76,0	79,9	76,8	80,9	85,1	75,9
45 a 54	80,3	81,4	83,2	81,1	78,7	83,6	83,1
55 a 64	74,8	73,6	80,1	89,6	75,1	81,3	82,9

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.
* Com novos pesos (versão 05/Maio/2013) para 2006 a 2013, calculados pelo Método de Ponderação Rake.

Verifica-se maior proporção de realização de citologia oncótica no grupo de maior escolaridade, chegando a 87,5%. O menor percentual foi naquelas com menor escolaridade, chegando a 67,9%, com diferença de 19,6% entre estes dois grupos, em 2013. Novamente, observa-se redução da frequência da realização de citologia oncótica em todos os grupos de escolaridade, de 2012 a 2013 (Tabela 45).

Tabela 45 – 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 2013.

Anos de Escolaridades	Realização de citologia oncótica*						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
0 a 8	67,3	66,2	68,9	54,9	70,5	75,0	67,9
9 a 11	78,1	77,5	86,7	78,0	75,0	80,3	74,2
12 e mais	88,9	86,2	87,7	91,5	82,9	88,2	87,5

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.
* Com novos pesos (versão 05/Maio/2013) para 2006 a 2013, calculados pelo Método de Ponderação Rake.

c.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 foi de 91,4% e de 80,4% nos últimos dois anos no DF. Os resultados do DF, de realização de mamografia, são maiores que as das demais capitais analisadas (Tabela 46).

Tabela 46 – 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, 2013.

Distrito Federal e Municípios das Capitais	Realização de Mamografia	
	Em algum momento	Últimos dois anos
DF	91,4	80,4
Capitais	89,7	78,0

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.
*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sóciodemográfica do Vigitel à distribuição da população adulta da cidade projetada para o ano de 2012. IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Tabela 47 – Percentual* de mulheres na faixa de etária de 50 a 69 anos que realizaram mamografia, nos últimos dois anos, segundo a idade, no Distrito Federal, 2013.

Idade	Realização de Mamografia últimos dois anos
De 45 a 54	78,4
De 50 a 59	81
De 60 a 69	84,3

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.
*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sóciodemográfica do Vigitel à distribuição da população adulta da cidade projetada para o ano de 2012. IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Observa-se que a prevalência de mulheres que realiza a mamografia aumenta com a idade, atingindo 84,3% de mulheres entre 60 e 69 anos de idade, em 2013 (Tabela 47). Há diferença de aproximadamente 6% a menos quando comparado com o percentual de mulheres com 45 a 54 anos que realizam mamografia.

Do mesmo modo, observa-se que quanto mais anos de estudos maior o percentual de mulheres que realizaram mamografia, nos últimos dois anos, no DF. Apenas 74,3% das mulheres com menor escolaridade (de 0 a 8 anos de estudos) realizaram este exame, diferença de quase 15% quando comparado com aquelas com mais de 12 anos de estudo (Tabela 48).

Tabela 48 – Percentual* de mulheres na faixa de etária de 50 a 69 anos que realizaram mamografia, nos últimos dois anos, segundo escolaridade, no Distrito Federal, 2013.

Anos de Escolaridades	Realização de Mamografia últimos dois anos
De 0 a 8	74.3
De 9 a 11	81.4
De 12 e mais	91.9

Fonte: Vigitel, MINISTÉRIO DA SAÚDE.
*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sóciodemográfica do Vigitel à distribuição da população adulta da cidade projetada para o ano de 2012. IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

d. MORTALIDADE POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

d.1) Mortalidade prematura em adultos

A expectativa de vida padrão no Brasil era de 74,6 anos, em 2012. No DF, a taxa 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 229,8 por 100 mil habitantes (30 a 69 anos) em 2013, o que gerou uma variação de -3,8% entre o período de 2012 e 2013 (Tabela 49).

Tabela 49- 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 2013.

Ano	2009	2010	2011	2012	2013*
Número de óbitos	2761	2814	2893	2956	2953
Taxa	251,0	246,0	243,1	238,9	229,8
Variação (%)	-2,9	-2,0	-1,2	-1,7	-3,8

Execução: GIASS/DIVEP/SVS/SES-DF
*Dados provisórios devido ao não encerramento oficial do SIM ano 2013 no Ministério da Saúde.

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

Em 2013, a primeira causa de mortalidade no DF foi por doenças do aparelho circulatório (DAC), com 3117 óbitos (27,3%), e a segunda, os cânceres, com 2230 óbitos (19,6%). As doenças do aparelho respiratório e as doenças endócrinas nutricionais e metabólicas ocuparam a quinta e a sexta posições com, respectivamente, 518 óbitos (4,5%) e 409 óbitos (3,6%) (Tabela 50).

Comparando com o ano de 2004 as DAC permanecem como a primeira causa de morte tendo uma redução percentual de 1,8%. Assim como o câncer como a segunda causa de morte, porém com um aumento de 3,2% (Tabela 50).

Tabela 50 - Número e percentual de óbitos por alguns grupos de causa no Distrito Federal, 2004 e 2013.

	2004		2013	
Causa (CID10)	**No.**	**%**	**No.**	**%**
D. cardiovascular (I00-I99)	2799	29,1	3117	27,3
Câncer	1578	16,4	2230	19,6
D. Respiratória (J30-J98)	383	4,0	518	4,5
Diabetes	401	4,2	409	3,6
Doenças infecciosas e parasitárias	476	5,0	512	4,5
Causas externas	1641	17,1	1879	16,5
Outras	2331	24,3	2736	24,0

Total	9609	100	11401	100

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

d.3) Mortalidade por localidades do Distrito Federal

A Tabela 51 aponta que os locais de residência Lago Sul e Gama destacaram-se, em 2013, com os maiores coeficientes de mortalidade por 100.000 habitantes de doenças do aparelho circulatório. Verifica-se, ainda, que a Asa Sul e Lago Sul apresentaram os maiores resultados para mortalidade por câncer. Os coeficientes de mortalidade por doenças respiratórias crônicas foram maiores em Sobradinho (37,1) e Asa Sul (36,2). O Núcleo Bandeirante e Ceilândia apresentaram os maiores coeficientes para diabetes.

Tabela 51- Número e coeficiente de mortalidade (por 100 mil habitantes) por alguns grupos de causa e local de residência, no Distrito Federal, 2013.

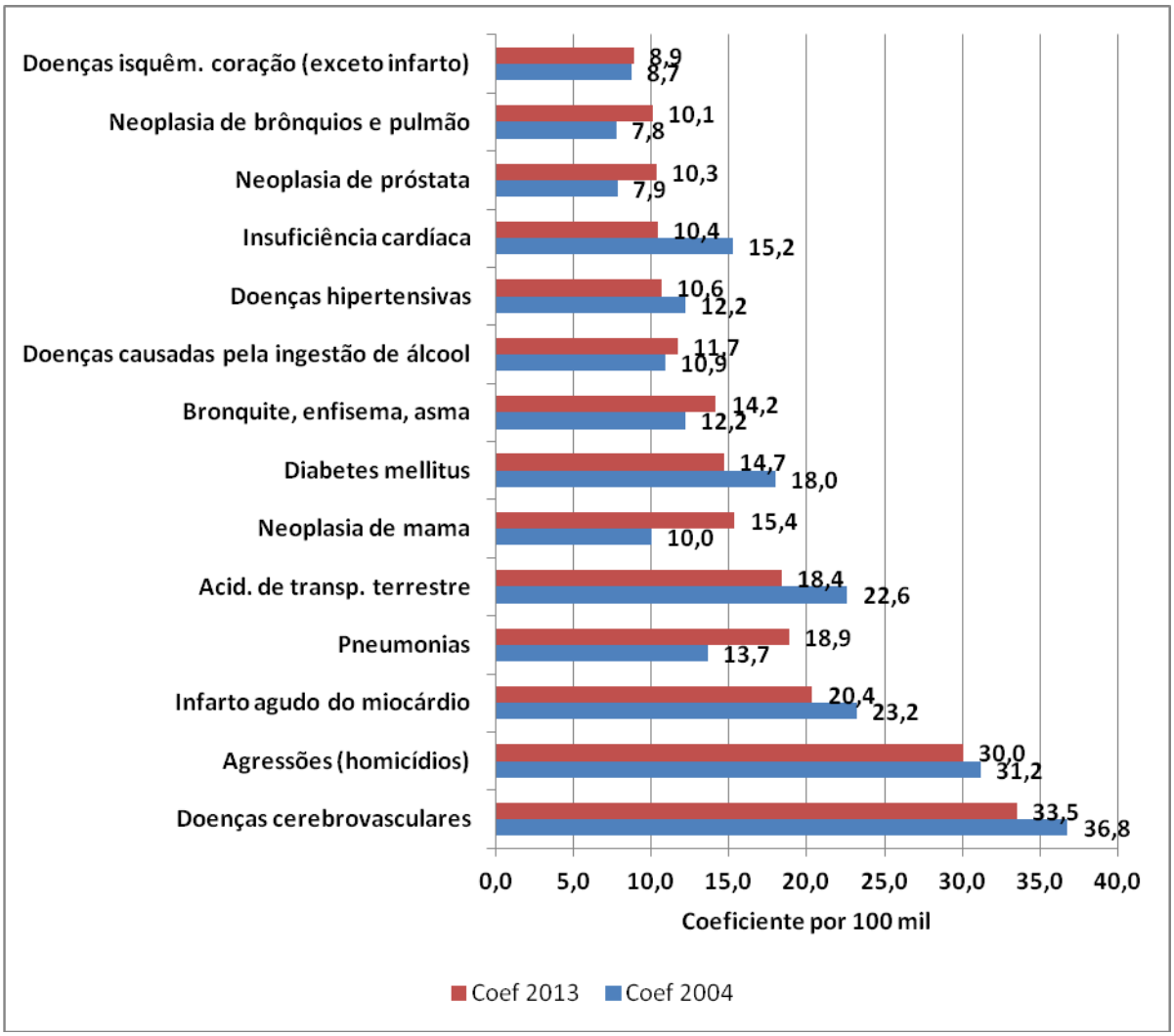
	DAC*		Câncer**		DRC***		Diabetes****		Causas externas	
Local de residência	Óbitos	Coef	Óbitos	Coef	Óbitos	Coef	Óbitos	Coef	Óbitos	Coef
Águas Claras	75	67,6	72	64,9	11	9,9	13	11,7	42	37,9
Asa Norte	107	80,5	116	87,3	17	12,8	17	12,8	41	30,8
Asa Sul	141	150,1	137	145,8	34	36,2	11	11,7	42	44,7
Brazlândia	92	147,8	55	88,4	7	11,2	12	19,3	54	86,8
Candangolândia	25	144,5	17	98,3	6	34,7	1	5,8	10	57,8
Ceilândia	538	123,4	323	74,1	81	18,6	97	22,3	315	72,3
Cruzeiro	39	102,2	42	110,1	4	10,5	8	21,0	11	28,8
Fercal	10	103,6	7	72,5	0	0,0	2	20,7	10	103,6
Gama	232	159,2	150	102,9	38	26,1	28	19,2	111	76,2
Guará	125	107,0	108	92,4	29	24,8	16	13,7	51	43,7
Itapoã	30	61,6	13	26,7	2	4,1	2	4,1	28	57,5
Jardim Botânico	15	69,5	25	115,8	7	32,4	3	13,9	11	51,0
Lago Norte	38	107,1	41	115,5	11	31,0	4	11,3	11	31,0
Lago Sul	59	180,6	39	119,4	10	30,6	1	3,1	13	39,8
Núcleo Bandeirante	30	112,2	28	104,7	5	18,7	6	22,4	18	67,3
Paranoá	72	121,0	41	68,9	7	11,8	12	20,2	51	85,7
Park Way	26	123,5	22	104,5	3	14,3	4	19,0	10	47,5
Planaltina	233	125,7	122	65,8	44	23,7	29	15,7	164	88,5
Recanto das Emas	107	79,3	86	63,7	22	16,3	11	8,2	91	67,4
Riacho Fundo I	33	84,8	25	64,3	6	15,4	4	10,3	27	69,4
Riacho Fundo II	29	74,8	22	56,7	6	15,5	4	10,3	24	61,9
Samambaia	211	97,9	143	66,3	32	14,8	29	13,5	148	68,7
Santa Maria	109	85,4	83	65,1	15	11,8	16	12,5	104	81,5
São Sebastião	51	55,6	46	50,2	11	12,0	5	5,5	82	89,5
SCIA (Estrutural)	22	67,7	9	27,7	0	0,0	0	0,0	34	104,6
SAI	3	113,3	1	37,8	0	0,0	0	0,0	3	113,3
Sobradinho	127	151,9	81	96,9	31	37,1	17	20,3	63	75,4
Sobradinho II	90	114,0	74	93,7	13	16,5	11	13,9	48	60,8
Sudoeste/Oct	30	55,1	39	71,6	2	3,7	2	3,7	10	18,4
Taguatinga	319	143,8	194	87,5	48	21,6	35	15,8	114	51,4
Varjão do Torto	5	49,7	6	59,7	1	9,9	0	0,0	8	79,6
Vicente Pires	55	86,1	55	86,1	11	17,2	6	9,4	34	53,2
Ignorado	38	-	8	-	4	-	3	-	96	-
Em Branco	1	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Distrito Federal	3117	111,7	2230	79,9	518	18,6	409	14,7	1879	67,4

Fonte: SIM e projeção do IBGE Execução: GIASS/DIVEP/SVS/SES-DF
* Doenças cardiovasculares (I00-I99) **Câncer (C00-C97)
***Doenças Respiratórias Crônicas (J30-J98) ****Diabetes (E10-E14)

d.4) Mortalidade por causas específicas

As doenças cerebrovasculares ocuparam a primeira causa específica de mortalidade no DF em 2004 e 2013, possuindo uma taxa de mortalidade de 33,5 por 100 mil habitantes em 2013. A segunda foi por agressões (homicídio), com valor da taxa de mortalidade de 30,0. Em relação a 2004 a relação se manteve como as primeiras causas de morte apesar da redução ao longo destes anos. (Figura 2).

Figura 2 - Coeficiente de mortalidade (por 100 mil habitantes) por algumas causas específicas de óbito no Distrito Federal em 2004 e 2013.

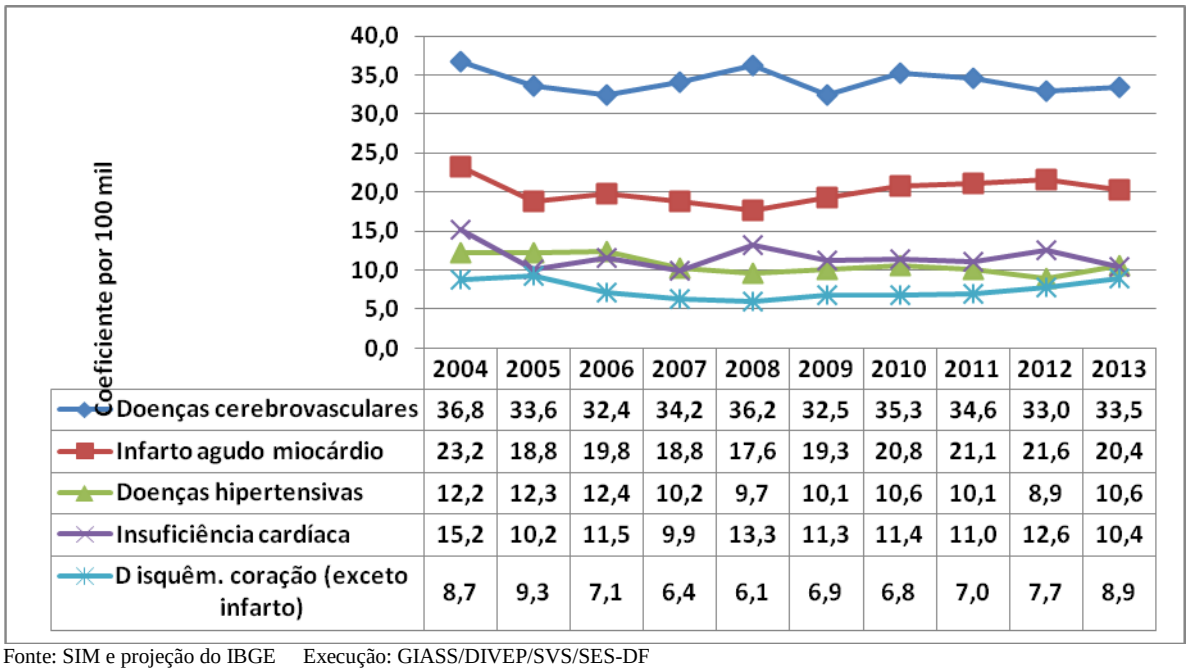


Fonte: SIM e projeção do IBGE Execução: GIASS/DIVEP/SVS/SES-DF
*Mortalidade por neoplasia de próstata: por 100 mil homens
**Mortalidade por neoplasia de mama: por 100 mil mulheres

d.5) Mortalidade por doenças do aparelho circulatório

Em 2013, as cinco primeiras causas de óbitos por doenças do aparelho circulatório foram doenças cerebrovasculares, infarto agudo do miocárdio, doenças hipertensivas, insuficiência cardíaca e doença isquêmica do coração. Ao longo dos anos, os óbitos por doenças cerebrovasculares tem ocupado a primeira colocação com coeficiente de 33,5 por 100/mil habitantes em 2013. Dentre estas cinco causas de morte houve um decréscimo do coeficiente entre o período de 2004 a 2013 exceto para doenças isquêmicas do coração com 8,7 para 100 mil/habitantes em 2004 para 8,9 em 2013 (Figura 3).

Figura 3 - Coeficiente específico de mortalidade por algumas doenças do aparelho circulatório no Distrito Federal, 2013.

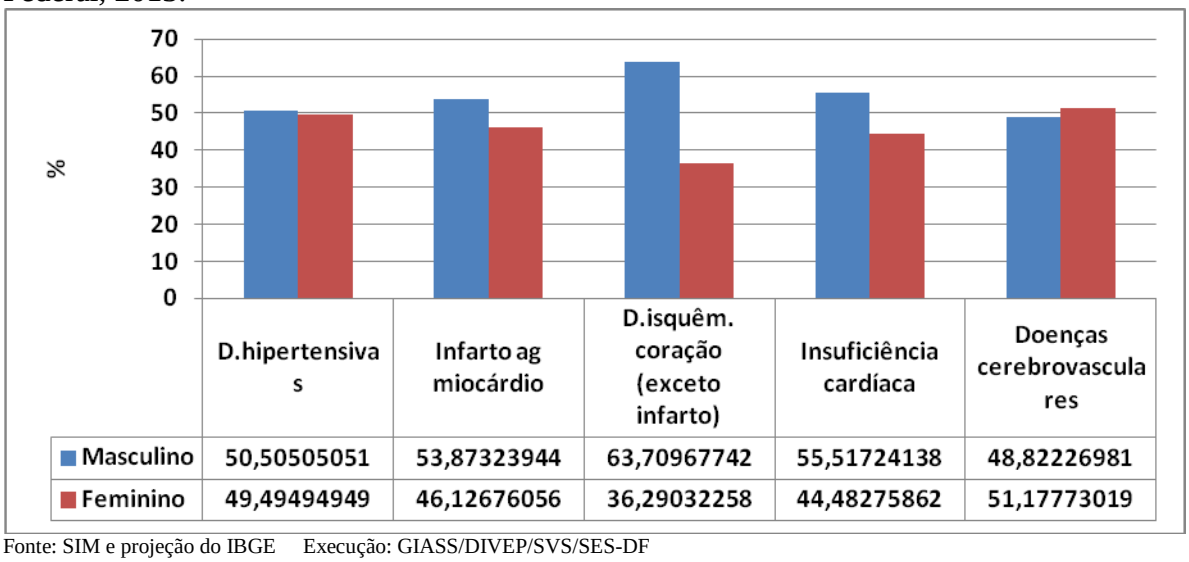


	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Doenças cerebrovasculares	36,8	33,6	32,4	34,2	36,2	32,5	35,3	34,6	33,0	33,5
Infarto agudo miocárdio	23,2	18,8	19,8	18,8	17,6	19,3	20,8	21,1	21,6	20,4
Doenças hipertensivas	12,2	12,3	12,4	10,2	9,7	10,1	10,6	10,1	8,9	10,6
Insuficiência cardíaca	15,2	10,2	11,5	9,9	13,3	11,3	11,4	11,0	12,6	10,4
D isquêm. coração (exceto infarto)	8,7	9,3	7,1	6,4	6,1	6,9	6,8	7,0	7,7	8,9

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

A mortalidade por doenças do aparelho circulatório em 2013 que atingiu a população do sexo masculino no Distrito Federal foram por doença isquêmica do coração, seguido insuficiência cardíaca e infarto agudo do miocárdio. Na população do sexo feminino o maior percentual foi por doenças cerebrovasculares, doenças hipertensivas e infarto agudo do miocárdio (Figura 4).

Figura 4 - Mortalidade proporcional por doenças do aparelho circulatório e sexo no Distrito Federal, 2013.

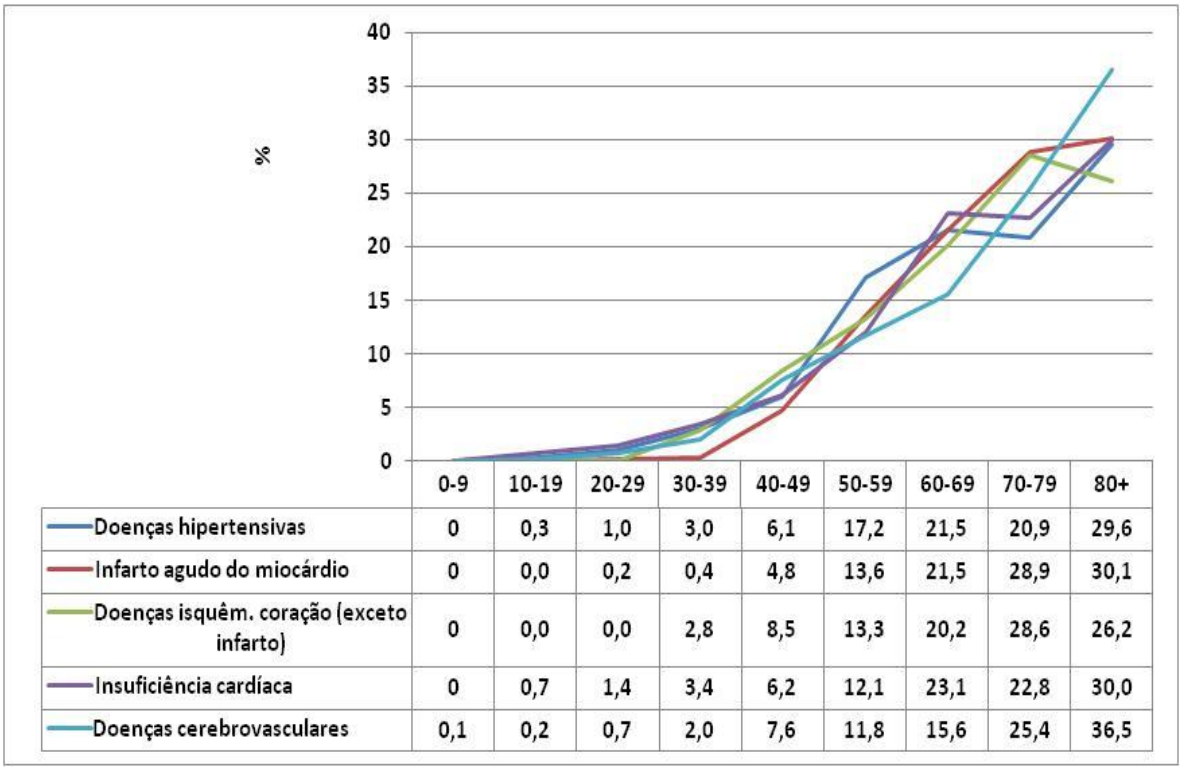


	D.hipertensivas	Infarto ag miocárdio	D.isquêm. coração (exceto infarto)	Insuficiência cardíaca	Doenças cerebrovasculares
Masculino	50,50505051	53,87323944	63,70967742	55,51724138	48,82226981
Feminino	49,49494949	46,12676056	36,29032258	44,48275862	51,17773019

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

A figura 4 demonstra que a mortalidade por doenças do aparelho circulatório foi proporcional ao aumento da faixa etária da população havendo uma ascendência crescente a partir dos 30 anos, exceto para as doenças isquêmicas do coração onde houve um declínio a partir dos 70 anos (Figura 5).

Figura 5 - Mortalidade proporcional por doenças do aparelho circulatório e faixa etária no Distrito Federal, 2013.



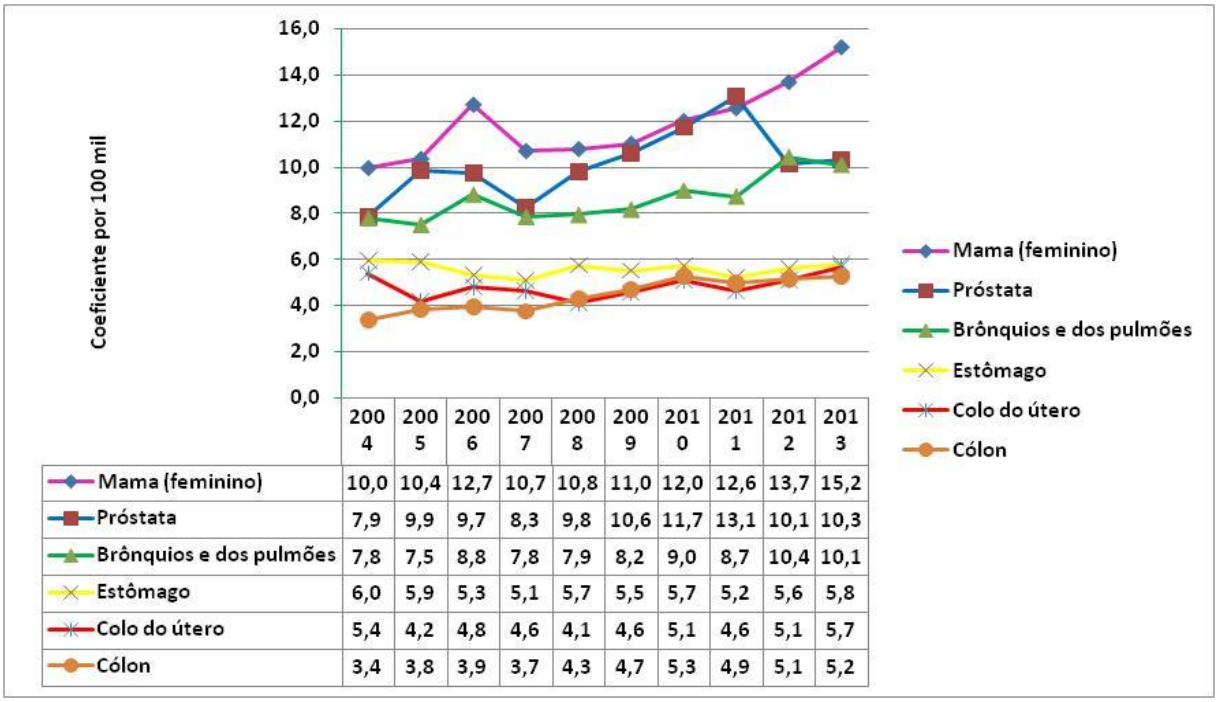
	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+
Doenças hipertensivas	0	0,3	1,0	3,0	6,1	17,2	21,5	20,9	29,6
Infarto agudo do miocárdio	0	0,0	0,2	0,4	4,8	13,6	21,5	28,9	30,1
Doenças isquêm. coração (exceto infarto)	0	0,0	0,0	2,8	8,5	13,3	20,2	28,6	26,2
Insuficiência cardíaca	0	0,7	1,4	3,4	6,2	12,1	23,1	22,8	30,0
Doenças cerebrovasculares	0,1	0,2	0,7	2,0	7,6	11,8	15,6	25,4	36,5

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

d.6) Mortalidade por câncer

No DF, nos últimos 10 anos, o coeficiente de mortalidade por câncer aumentou, principalmente para câncer de mama passando de 10,0 em 2004 para 15,2 em 2013 para cada grupo de 100 mil habitantes, com exceção do câncer de estômago com 6,0 em 2004 e 5,8 em 2013 para cada grupo de 100 mil habitantes (Figura 6).

Figura 6 - Gráfico do coeficiente específico de mortalidade por câncer (05 principais do (CID10-C00-C97) no Distrito Federal, 2004 a 2013.

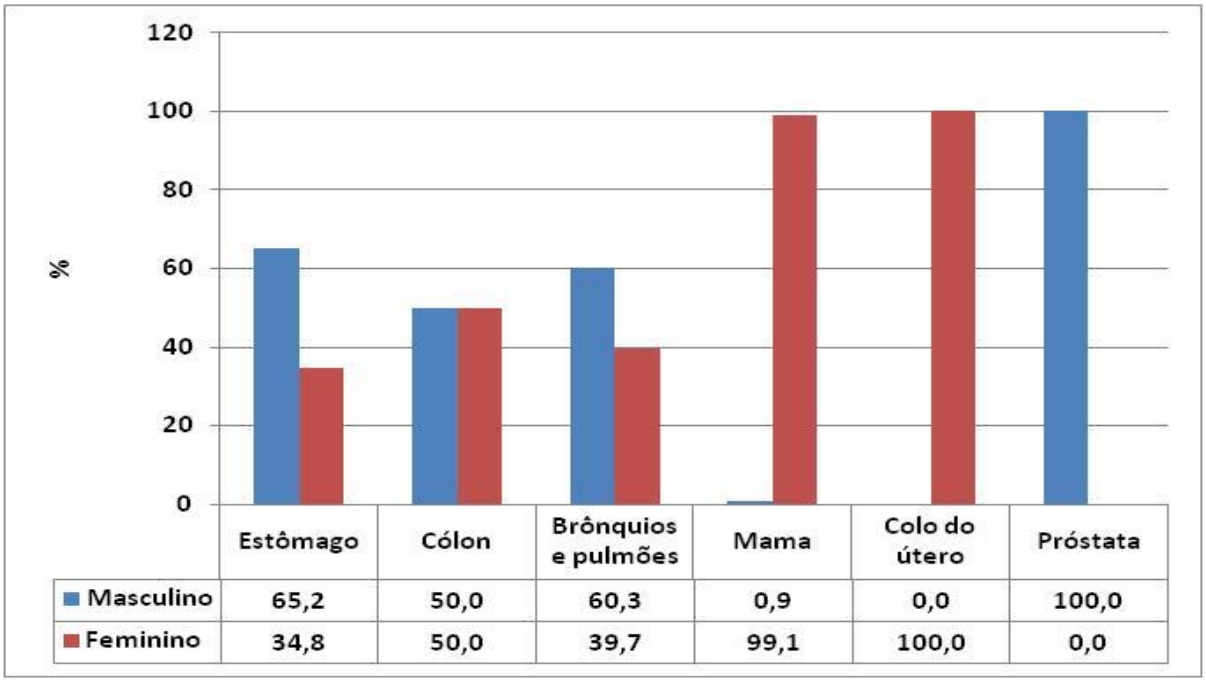


	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Mama (feminino)	10,0	10,4	12,7	10,7	10,8	11,0	12,0	12,6	13,7	15,2
Próstata	7,9	9,9	9,7	8,3	9,8	10,6	11,7	13,1	10,1	10,3
Brônquios e dos pulmões	7,8	7,5	8,8	7,8	7,9	8,2	9,0	8,7	10,4	10,1
Estômago	6,0	5,9	5,3	5,1	5,7	5,5	5,7	5,2	5,6	5,8
Colo do útero	5,4	4,2	4,8	4,6	4,1	4,6	5,1	4,6	5,1	5,7
Cólon	3,4	3,8	3,9	3,7	4,3	4,7	5,3	4,9	5,1	5,2

Fonte: SIM e projeção do 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

A mortalidade por câncer de estômago e brônquios e pulmões foi maior para os indivíduos do sexo masculino. Para o câncer de cólon o coeficiente de mortalidade foi semelhante para ambos os sexos (Figura 7).

Figura 7 - Mortalidade proporcional por câncer e sexo no Distrito Federal, 2013.

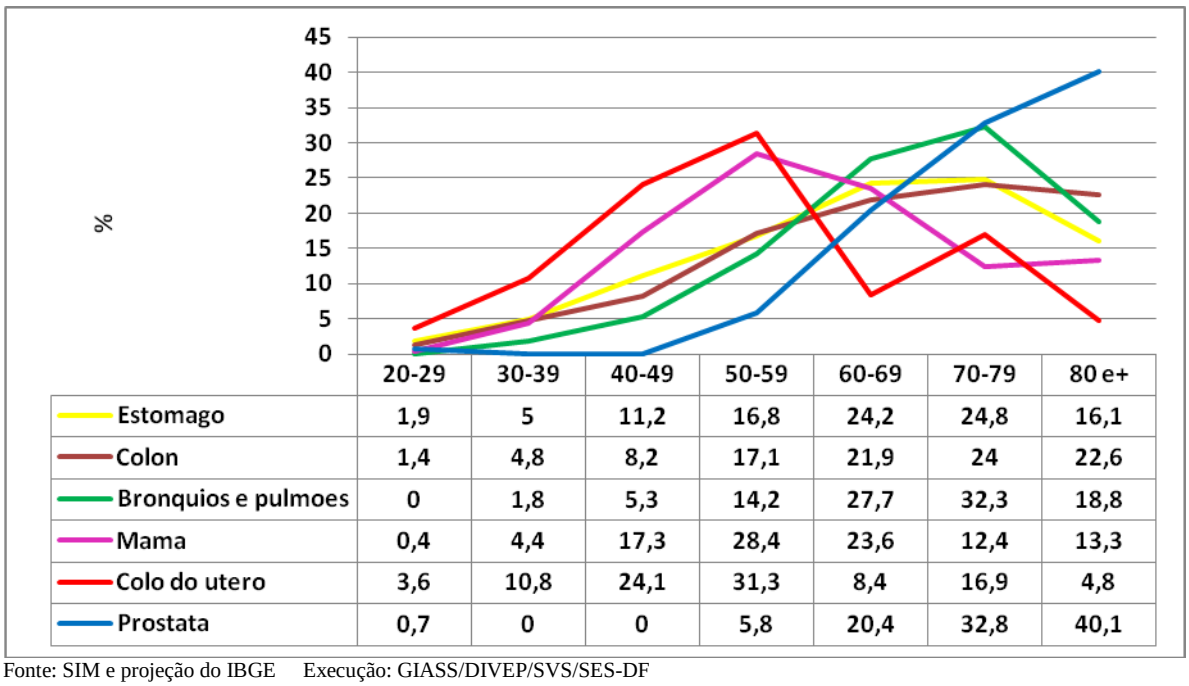


	Estômago	Cólon	Brônquios e pulmões	Mama	Colo do útero	Próstata
Masculino	65,2	50,0	60,3	0,9	0,0	100,0
Feminino	34,8	50,0	39,7	99,1	100,0	0,0

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

Em 2013, a maior proporção de mortalidade para câncer de mama ocorreu em mulheres de 40 e 59 anos, sendo que a faixa etária mais atingida foi entre 50 e 59 anos assim como o câncer de colo de útero. O câncer de próstata atingiu a população mais idosa, a partir dos 50 anos, sendo ascendente com a faixa etária. A mortalidade por brônquios e pulmões, estômago e de cólon foram mais prevalentes na faixa etária de 70 a 79 anos (Figura 8).

Figura 8 - Mortalidade proporcional por câncer e faixa etária no Distrito Federal, 2013.



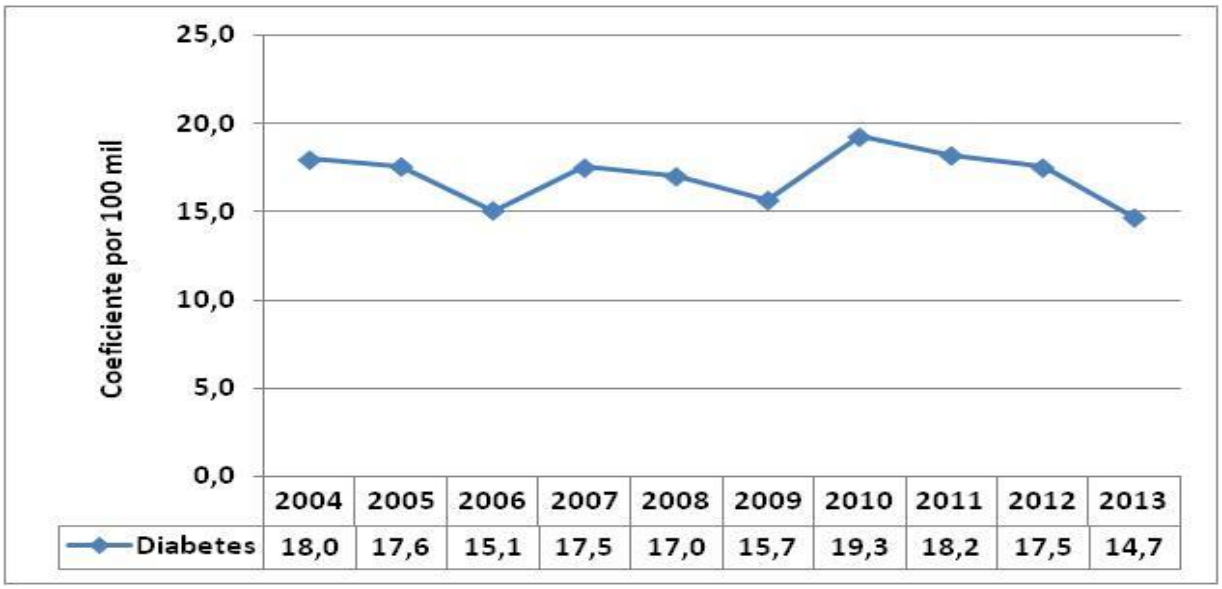
	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 e+
Estomago	1,9	5	11,2	16,8	24,2	24,8	16,1
Colon	1,4	4,8	8,2	17,1	21,9	24	22,6
Bronquios e pulmoes	0	1,8	5,3	14,2	27,7	32,3	18,8
Mama	0,4	4,4	17,3	28,4	23,6	12,4	13,3
Colo do utero	3,6	10,8	24,1	31,3	8,4	16,9	4,8
Prostata	0,7	0	0	5,8	20,4	32,8	40,1

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

d.7) Mortalidade por diabetes

No DF, nos últimos 10 anos, o coeficiente de mortalidade por diabetes apresentou declínio passando de 18,0 em 2004 para 14,7 em 2013 para cada grupo de 100 mil habitantes, e vem apresentando desde 2010 reduções do coeficiente sendo a maior queda entre 2012 e 2013 (Figura 9).

Figura 9 - Coeficiente específico de mortalidade por diabetes (CID10-E10-E14) no Distrito Federal de 2004 a 2013**.**

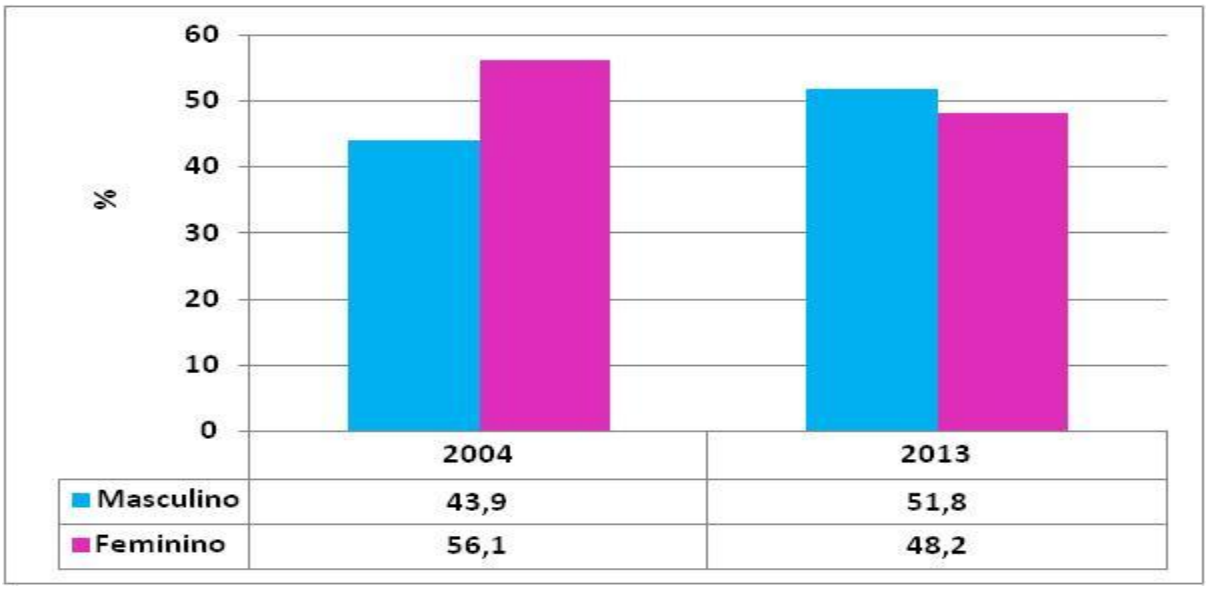


	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Diabetes	18,0	17,6	15,1	17,5	17,0	15,7	19,3	18,2	17,5	14,7

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

A mortalidade por diabetes foi maior para os indivíduos do sexo masculino em 2013 havendo inversão de valores entre os anos de 2004 e 2013 em que indivíduos do sexo feminino apresentavam maior valor de mortalidade proporcional. (Figura 10).

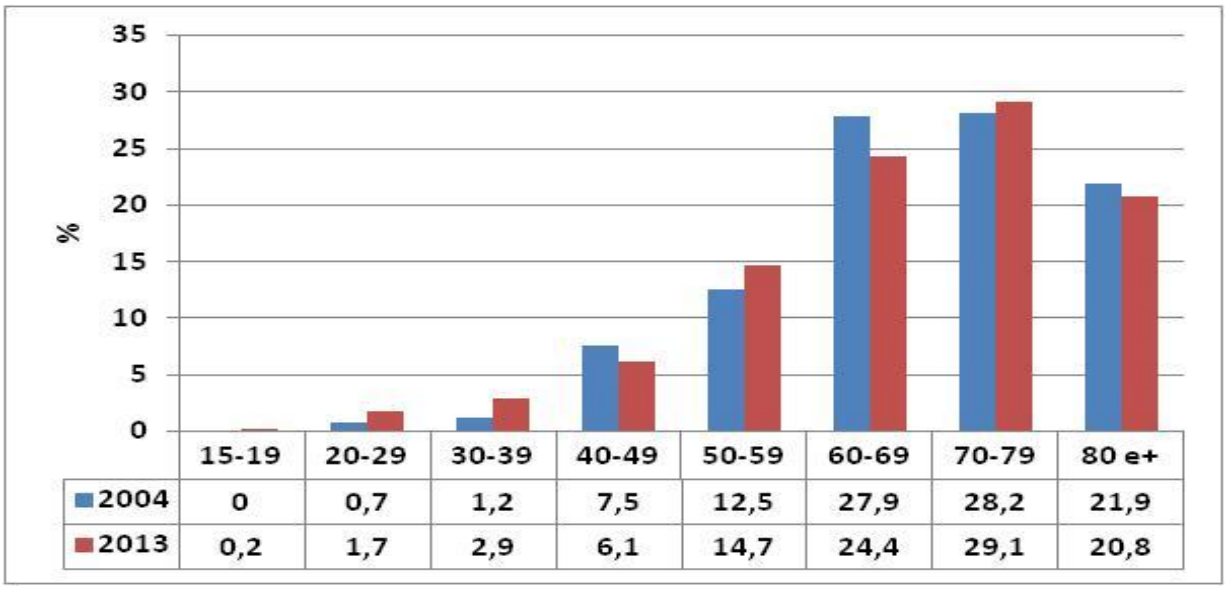
Figura 10 - Mortalidade proporcional por diabetes (CID10-E10-E14) e sexo no Distrito Federal, 2004 e 2013.



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

Em 2013 a maior proporção de mortalidade por diabetes ocorreu na faixa etária de 60 e 79 anos, sendo que a faixa etária mais atingida foi entre 70 e 79. A partir desta faixa ocorreu declínio da mortalidade (Figura 11).

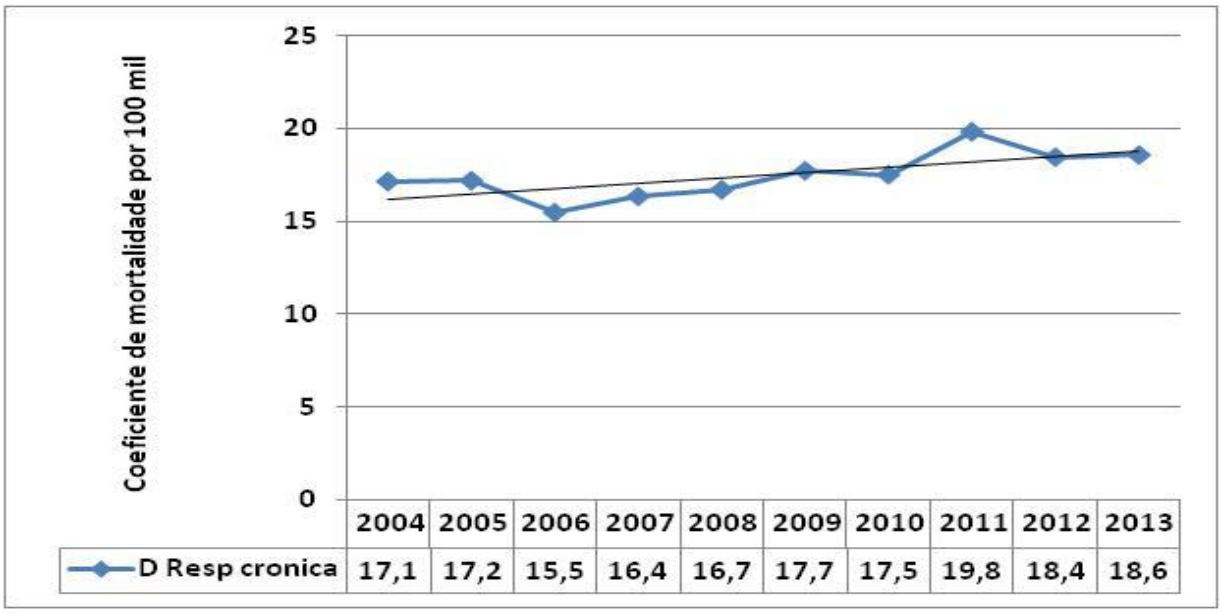
Figura 11 - Mortalidade proporcional por diabetes (CID10-E10-E14) e faixa etária no Distrito Federal, 2004 e 2013.



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

Nos últimos 10 anos, no DF, o coeficiente de mortalidade por doenças respiratórias crônicas apresentou variação de 17,1 em 2004 e 18,6 em 2013 para cada grupo de 100 mil habitantes (Figura 12).

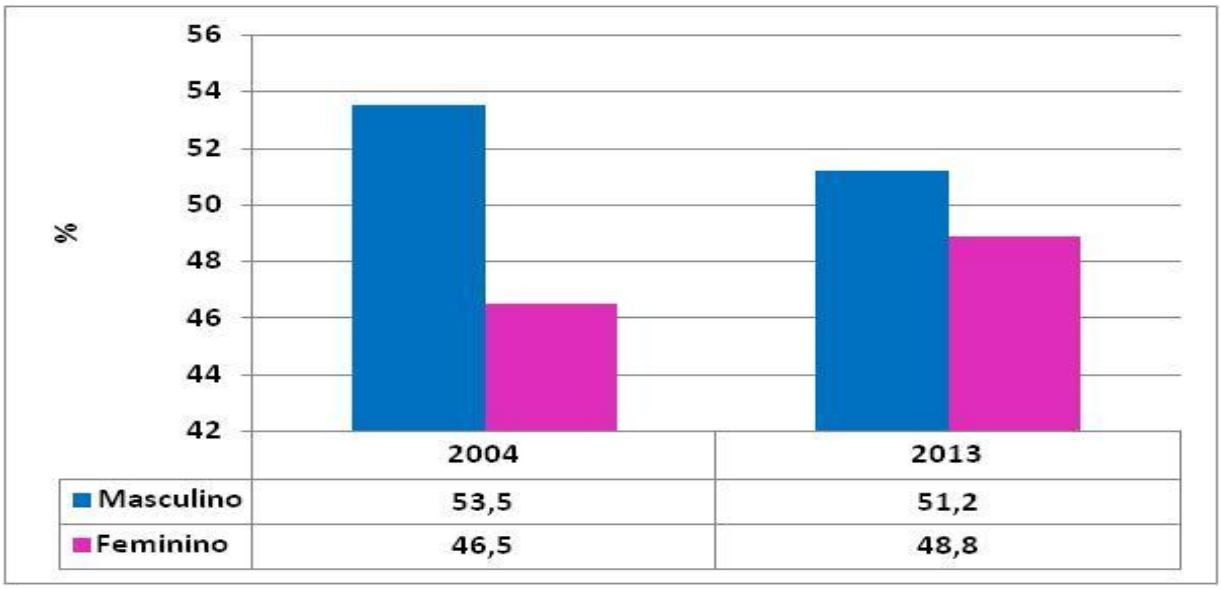
Figura 12 - Coeficiente específico de mortalidade por doenças respiratórias crônicas (CID10-J30-J98) no Distrito Federal de 2004 a 2013.



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

A mortalidade por doenças respiratórias crônicas foi maior para os indivíduos do sexo masculino em 2004 e 2013. Houve leve redução na proporção nestes anos para homens (de 53,% em 2004 para 51,2% em 2013) e um aumento na proporção para mulheres de 46,5% em 2004 para 48,8% em 2013 (Figura 13).

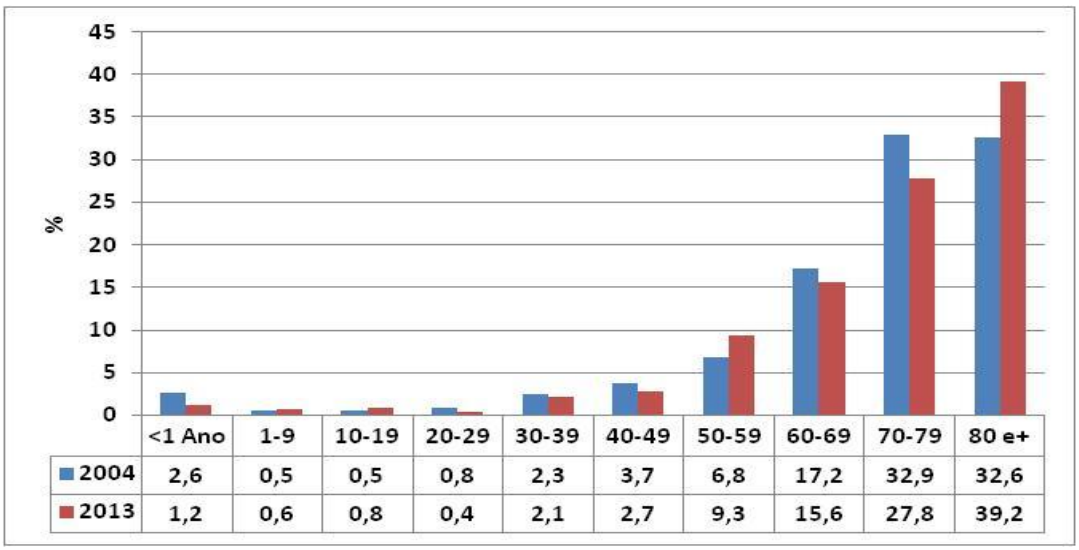
Figura 13 - Mortalidade proporcional por doenças respiratórias crônicas (CID10-J30-J98) por sexo no Distrito Federal, 2004 e 2013.



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

Em 2013, a maior proporção de mortalidade por doenças respiratórias crônicas ocorreu na faixa etária de 70 ou mais. A faixa etária mais atingida foi entre 80 anos ou mais. Nesta faixa etária, a prevalência em indivíduos do sexo feminino foi de 39,2%. No sexo masculino as proporções foram semelhantes para os dois grupos etários (70 a 79 e 80 anos ou mais) com 32,9% e 32,6%, respectivamente (Figura 14).

Figura 14 - Mortalidade proporcional por doenças respiratórias crônicas (CID10-J30-J98) por faixa etária no Distrito Federal, 2004 e 2013.



Fonte: SIM e projeção do 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 e prevenção da saúde para a redução de seus fatores de risco modificáveis, além da melhoria da atenção à saúde, detecção precoce e tratamento oportuno. Os principais resultados encontrados foram:

Fatores de risco e proteção:

- **Aumento da frequência** para excesso de peso em ambos os sexos ao longo dos anos; maior excesso de peso nos indivíduos na faixa etária de 45 a 54 anos (64,5%); maior excesso de peso para indivíduos com escolaridade mais baixa (57,1%) seguido da mais alta (47,7%);
- Entre o período de 2012 a 2013 houve **diminuição da frequência** de excesso de peso em indivíduos na faixa etária maior que 54 anos e com escolaridade entre 9 e 11 anos;
- Para **marcadores de hábitos saudáveis** o consumo regular e recomendado de frutas e hortaliças está aumentando na maioria das faixas etárias com exceção do grupo de 35 a 44 anos. O maior consumo está no grupo do sexo feminino e nos indivíduos de maior escolaridade. Os indivíduos do sexo masculino e os de escolaridade entre 9 e 12 anos, apresentaram maior consumo de feijão;
- Para **marcadores de hábitos não saudáveis** o DF apresentou média de consumo maior de carne com excesso de gordura (33,4%) e de doces (20,1%) do que o valor do conjunto das demais capitais brasileiras. O maior consumo destes alimentos (carne com excesso de gordura, leite integral, refrigerantes) esteve nos indivíduos do sexo masculino, faixa etária mais jovem e escolaridade mais baixa, com exceção para o consumo de doces;
- O **consumo de sal alto ou muito alto** esteve mais presente nos indivíduos do sexo masculino, faixa etária mais jovem e escolaridade mais alta;
- Na prática de **atividade física recomendada em tempo livre, o DF esteve acima** da média nacional com maior prevalência no sexo masculino, faixa etária mais jovem e de maior escolaridade;
- O percentual de **fumantes no DF foi menor que a média nacional** este fato pode ser levado pela redução de fumantes do sexo feminino uma vez que houve aumento no sexo masculino, em especial, no grupo de 25 a 29 anos, entre 2012 e 2013;
- Houve redução do uso abusivo de **álcool no DF** entre os anos de 2012 e 2013 **com valor semelhante** ao do panorama nacional. Porém, o uso abusivo foi quase três vezes superior no sexo masculino quando comparado ao do sexo feminino;

Morbidade:

- Para o diagnóstico de **hipertensão arterial, o DF revelou aumento, ao longo dos anos**, porém, em 2013, apresentou redução em ambos os sexos. O diagnóstico de HAS foi proporcional ao aumento da faixa etária e na população de mais baixa escolaridade;
- Houve **diminuição na referência para diagnóstico de diabetes ao longo dos anos**. Porém tem atingido principalmente a população de mais baixa escolaridade;
- A frequência de diagnóstico médico de **dislipidemia** foi maior no sexo feminino e crescente à faixa etária;

Medidas de prevenção:

- A realização de **exame preventivo para câncer de colo de útero** (em algum momento da vida e/ou nos últimos três anos) **apresentou resultado abaixo da média nacional**. Já a realização de **mamografia foi maior que a média nacional**.

Mortalidade:

- **Houve queda da taxa de mortalidade prematura** (30 a 69 anos) para o conjunto das principais DCNT durante o período de 2008 a 2013, com redução de -3,8 entre os anos de 2012 a 2013;
- **Apesar da redução da taxa de mortalidade prematura por DCNT, estas doenças encontram-se entre as primeiras causas de mortalidade**, sendo a primeira causa por doenças do aparelho circulatório (DAC), a segunda por cânceres, a quarta por doenças do aparelho respiratório e a sexta por diabetes.
- As **localidades no DF que apresentaram os maiores coeficientes** de mortalidade por DAC foram Lago Sul e Gama, por câncer foram Asa Sul e Lago Sul, por doenças respiratórias crônicas foram Sobradinho e Asa Sul e por diabetes foram Núcleo Bandeirante e Ceilândia.
- Dos óbitos por **doenças do aparelho circulatório** as mais prevalentes foram as doenças isquêmica do coração (atingindo mais o sexo masculino), insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio, doenças hipertensivas e doenças cerebrovasculares (atingindo mais o sexo feminino) e estando mais presente na população mais idosa.
- **As seis primeiras causas de óbitos** por câncer foram **de mama, próstata, brônquios e pulmão, estômago, colo de útero e cólon** com aumento em todas as taxas entre os anos de 2001 a 2012, com exceção do de estômago.
- Nos últimos 10 anos, o coeficiente de mortalidade por **diabetes no DF tem apresentado declínio sendo a maior queda entre 2012 e 2013. Os óbitos foram mais frequentes na população mais idosa** (> 70 anos) e nos indivíduos do sexo masculino.

- A mortalidade por **doenças respiratórias crônicas** foi mais frequente para os indivíduos do sexo masculino e na população maior de 70 anos.

VI- RECOMENDAÇÕES

Os resultados apresentados demonstram que as DCNT estão entre as principais causas de morte no DF. Com base neste panorama epidemiológico, nutricional e demográfico em que a expectativa de vida está aumentando, recomenda-se a implementação efetiva de políticas públicas integradas e intersetoriais alinhadas ao 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).

À luz das recomendações da Organização Mundial da Saúde (Malta, 2014), recomenda-se o fortalecimento de seguintes medidas protetoras nas diversas fases do ciclo de vida:

- 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, ciclofaixas 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 programas, projetos e protocolos de linha de cuidado as pessoas portadoras de DCNT com ênfase para as regionais de saúde que apresentaram as maiores taxas de mortalidade por estas doenças.

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. Desse modo, requer compromissos do setor saúde, assim como, demais setores como a educação, assistência social, transporte e também da sociedade.

VII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas a pobreza** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília; Ministério da Saúde, 2014.

_____. 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. **Guia alimentar para a população brasileira**/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156 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 n° 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 n° 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, 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.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2013:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 164 p.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Deliberação n° 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.

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.

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.

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.

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.

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.

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

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

_____. **Diet, nutrition and the prevention chronic diseases.** Geneva: [s.n], 149 p., jan. 2003.

_____. **Preventing chronic diseases a vital investment.** Geneva, 2005.

_____. **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.