

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

LAURIANA FERNANDES MICHELONE

**MORTALIDADE POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO ESTADO
DE GOIÁS NO ANO DE 2012: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

LAURIANA FERNANDES MICHELONE

**MORTALIDADE POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO ESTADO
DE GOIÁS NO ANO DE 2012: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção Linhas de Cuidado em Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Profa Ms. Flávia Fernanda Luchetti Rodrigues

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **Mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Estado de Goiás no ano de 2012: um relato de experiência** de autoria da aluna **Lauriana Fernandes Michelone** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Linhas de Cuidado em Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Profa. Ms. Flávia Fernanda Luchetti Rodrigues
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	01
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	06
3 MÉTODO.....	08
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	11
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	18
REFERÊNCIAS.....	19

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Distribuição do total de óbitos no Estado de Goiás, no ano de 2012, segundo sexo.....	12
Figura 2. Distribuição dos óbitos por doenças crônicas não transmissíveis no Estado de Goiás, no ano de 2012, segundo tipo de doença.....	13
Figura 3. Distribuição dos óbitos no sexo feminino no Estado de Goiás, no ano de 2012, segundo tipo de doença.....	13
Figura 4. Distribuição dos óbitos no sexo masculino no Estado de Goiás, no ano de 2012, segundo tipo de doença.....	14
Figura 5. Distribuição dos óbitos por doenças do aparelho circulatório no Estado de Goiás, no ano de 2012.....	15
Figura 6. Distribuição dos óbitos por neoplasias no sexo masculino no Estado de Goiás, no ano de 2012.....	16
Figura 7. Distribuição dos óbitos por neoplasias no sexo feminino no Estado de Goiás, no ano de 2012.....	16

RESUMO

As doenças crônicas não transmissíveis têm representado um pesado fardo para o Brasil e para o mundo, gerando uma série de consequências maléficas, dentre estas cita-se o fato de representarem a maior causa de mortalidade. No Estado de Goiás, no ano de 2012, as doenças crônicas não transmissíveis corresponderam a 50% dos óbitos, com predomínio do sexo masculino (53,4%). As doenças cardiovasculares representam a primeira causa (27,1%), seguida das causas externas (17,3%). As neoplasias ocuparam o terceiro lugar (14%); seguida das doenças respiratórias crônicas (5%) e diabetes mellitus (3,9%). No grupo das doenças cardiovasculares, as isquêmicas tiveram o maior índice, seguidas das cerebrovasculares e hipertensivas. As doenças hipertensivas e o diabetes mellitus evidenciaram maior proporção de óbitos no sexo feminino. Na totalidade dos óbitos por neoplasias, as de traqueia, brônquios e pulmões apresentaram o maior índice (13,7%) (sendo a segunda causa de morte por câncer em ambos sexos); seguidas pelas neoplasias de próstata (8,2%); colo, reto e ânus (7,5%) (terceira causa de morte por câncer entre mulheres (8,5%) e quarta entre homens (6,5%)). Conclui-se que a mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis apresentam um aumento diretamente proporcional à idade (em sua grande parte), acomete homens e mulheres, possuem fatores de risco comuns e como um dos seus grandes malefícios o fato de ceifarem vidas de forma prematura, acarretando um grande ônus à sociedade.

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) compõem o conjunto de condições crônicas. Em geral, estão relacionadas a causas múltiplas, são caracterizadas por início gradual, prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções com o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura (BRASIL, 2013).

Por mortalidade *“compreende-se a percentagem de mortes em uma comunidade em determinado período de tempo, para todas as moléstias em conjunto ou para cada uma delas em particular”* (FERREIRA, 1986).

Em concordância, a realidade enfrentada pelo Brasil reflete um fenômeno definido como transição epidemiológica, no qual as doenças transmissíveis cederam lugar às doenças crônicas não transmissíveis como principal causa de morte (MENDES,2010). Este fato pode ser explicado pelo acelerado processo de urbanização que trouxe consigo hábitos de vida pouco saudáveis, tais como consumo de alimentos prejudiciais à saúde ricos em gorduras e sódio, tabagismo e sedentarismo; fatores de risco comuns para a maioria das DCNT (MALTA et al, 2006; CAMPOS E RODRIGUES NETO, 2012). Outros dois fenômenos podem ser responsabilizados pela modificação deste perfil de morbimortalidade, a transição nutricional e a transição demográfica. Na transição nutricional os quadros de desnutrição perdem espaço para os grandes índices de sobrepeso e obesidade, foco atual das políticas públicas de saúde, ao considerarmos que são importantes fatores de risco para as doenças cardiovasculares, diabetes e muitos tipos de câncer (MALTA et al, 2006). Já o processo de transição demográfica se caracteriza pela redução da taxa de natalidade e aumento da população idosa devido ao aumento da expectativa de vida ocasionada pelas melhorias da Saúde Pública (OMS, 2003). De acordo com relatório da OMS, grande parte das condições crônicas e suas complicações podem ser evitadas e prevenidas por meio da detecção precoce, aumento da prática de atividade física, redução do tabagismo e restrição do consumo excessivo de alimentos não saudáveis.

As DCNT ceifaram 36 milhões de vida em 2008, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 48% destas, seguida do câncer com 21%, doenças crônicas respiratórias (12%) e

diabetes (3%). Mais de 9 milhões destes óbitos ocorreram antes dos 60 anos e poderiam ter sido prevenidos (WHO, 2010).

Cabe destacar que importante percentual das DCNT são preveníveis através do controle dos fatores de risco compartilhados já citados e discutidos anteriormente: tabagismo, inatividade física, uso nocivo do álcool e dieta inadequada. A literatura aponta grande influência destes fatores de risco na epidemia global das DCNT. Sobre a influência do tabagismo têm-se que aproximadamente 6 milhões de pessoas morrem pelo uso do tabaco a cada ano. Até 2020, este número irá crescer para 7,5 milhões, perfazendo 10% de todas as mortes. Estima-se que o fumo seja a causa de 71% dos cânceres de pulmão, 42% das doenças respiratórias crônicas e 10% das doenças cardiovasculares (WHO, 2010).

Estudos evidenciam uma forte correlação entre DCNT e pobreza (BASSANESI, AZAMBUJA, ACHUTTI, 2008 e NOGUEIRA, RIBEIRO, CRUZ, 2009). Pessoas mais pobres estão mais expostas aos fatores de risco comportamentais causadores das DCNT, que acarretam perda da identidade pessoal, desarranjo na estrutura familiar, gastos excessivos com o tratamento, incapacidades temporárias e permanentes, aposentadorias precoces, dentre outros (WHO,2010).

Mais de 80% das mortes por doenças cardiovasculares e diabetes, quase 90% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e dois terços de todas as mortes por câncer ocorreram em países de baixa e média renda. Em países de alta renda, as principais causas de morte por câncer são câncer de pulmão entre os homens e câncer de mama entre as mulheres. Os tipos de câncer variam de país para país, e estão associados aos riscos predominantes em cada local. Na África Subsaariana por exemplo, há um predomínio do câncer de colo de útero como principal causa de morte por câncer entre mulheres (WHO,2010). Como já citado, a ocorrência destas doenças estão associadas a quatro fatores de risco comportamentais comuns que são: o tabagismo, dieta não saudável, atividade física insuficiente e o uso prejudicial do álcool, porém, infecções como a hepatite B e C (câncer de fígado), HPV (câncer de colo de útero) e *Helicobacter pylori* (câncer de estômago) também causam até 18% da carga de câncer. Além disso outros fatores de risco como radiação e uma variedade de exposições ambientais e ocupacionais também estão associados ao câncer (WHO,2010).

Segundo a OMS as DCNT serão responsáveis por significativo aumento total no número de mortes na próxima década. Estima-se que haja um aumento de 15% a nível mundial entre 2010 e 2020 (44 milhões de mortes), e o maior crescimento será nas regiões da África, Sudeste da

Ásia e o Leste do Mediterrâneo, onde haverá um aumento de mais de 20%. Em contrapartida, a OMS estima que no continente europeu não haverá aumento (WHO,2010).

No ano de 2007 as DCNT foram responsáveis por 72% dos óbitos no Brasil. As estatísticas evidenciam que apesar destas serem a principal causa de mortalidade, uma redução na mortalidade padronizada por idade têm sido observada. É o que retrata dados do estudo de CHOR E MENEZES, 2011; entre os anos de 1996 e 2007 houve aumento de 5% da mortalidade bruta pelas DCNT, em contrapartida a mortalidade padronizada por idade diminuiu 20%. Com relação a esta redução as doenças cardiovasculares tiveram grande influência. Os dados mostram que, a redução foi maior para as doenças cerebrovasculares (34%) e para outras formas de doença cardíaca (44%), a doença cardíaca isquêmica apresentou uma redução de 26%. Embora estes grupos tenham apresentado redução, houve um aumento da doença cardíaca hipertensiva em 11%, sendo esta responsável por 13% do total de mortes atribuíveis às doenças cardiovasculares em 2007, em comparação a 30% da doença cardíaca isquêmica e 32% da doença cerebrovascular. No que se refere a divisão destes índices pelas regiões do Brasil, temos que, em 1996 a mortalidade por DCNT foi maior no Nordeste, diminuiu em todas as regiões entre 1996 e 2007, mas diminuiu mais no Sul e Sudeste, ficando o Norte e Nordeste com a mais alta taxa de mortalidade por DCNT em 2007 (CHOR E MENEZES,2011). Este fato retrata uma condição já citada anteriormente que é a relação existente entre pobreza e um maior acometimento pelas DCNT. Estudo realizado em Porto Alegre mostrou que a mortalidade prematura (entre 45 e 64 anos) atribuível a doença cardiovascular foi 163% mais alta em bairros situados no pior quartil socioeconômico do que aqueles situados no melhor quartil (CHOR E MENEZES,2011).

No ano de 2010 dados extraídos do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), mostraram que as DCNT foram responsáveis por 73,9% das causas de morte no Brasil e destas 80,1% foram atribuídas às doenças cardiovasculares, câncer, doença respiratória crônica ou diabetes. No período compreendido entre 1991 e 2010 a taxa bruta de mortalidade por DCNT se manteve estável, em contraposição, a taxa padronizada por idade reduziu 31%. No período de 1991 a 2010, as taxas ajustadas de mortalidade para as doenças cardiovasculares declinaram 46%; para as doenças respiratórias crônicas 26% e para as neoplasias 14%, já as taxas para o diabetes mellitus aumentaram 8%. Apesar de estar havendo um declínio nas taxas padronizadas de mortalidade por DCNT por idade, este declínio têm diminuído nos últimos anos: entre 2000 e 2010 houve um declínio de 2,4% ao ano, entre 2005 a 2010 1,6% e entre 2010 e 2011, 1,3%. O

excesso de peso e obesidade estão tomando grandes proporções no Brasil e no mundo. Esta última é fator de risco para o diabetes, doenças cardiovasculares e alguns tipos de neoplasias. Como citado anteriormente, ao contrário de algumas doenças crônicas não transmissíveis o diabetes têm apresentado um aumento que pode estar relacionado à epidemia de obesidade. Consequentemente o aumento dos índices de diabetes pode comprometer a redução dos índices de mortalidade das DCNT, uma vez que esta é fator de risco para inúmeras doenças cardiovasculares. (DUNCAN et al, 2012)

Estudo realizado na Região Leste de Goiânia para o conhecimento dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares mostrou que de uma amostra de 3275 indivíduos, com idade acima de 15 anos, 33,4% das pessoas eram hipertensos, 44,1% excesso de peso/obesidade, 16,2% usavam tabaco regular/ocasionalmente; 72,5% eram sedentários no lazer e 70% no trabalho, 48,4% com aumento da circunferência abdominal, 8,2% com hiperglicemia e tolerância à glicose diminuída, 44,4% hipercolesterolemia, e 13,3% apresentaram valores de triglicérides elevados (CARNELOSSO et al, 2010).

Nesta direção, torna-se evidente o papel do usuário neste processo de transição epidemiológica e nutricional como sujeito do processo saúde-doença, seja na escolha de estilos de vida mais saudáveis, seja no controle e monitoramento adequado quando este já tem uma doença instalada. É inegável a responsabilidade que cada pessoa tem neste processo, de adesão ao tratamento ou de prevenção dos fatores de risco modificáveis. Porém, essa responsabilidade deve ser compartilhada com o profissional de saúde, responsável pelo processo de acolhimento, estabelecimento de vínculo, escuta ativa, elaboração do plano terapêutico e grande incentivador de ações que contribuirão com a melhoria da qualidade de vida.

Segundo SILVA, 2001 apud FARIA, BELLATO, 2010 *“É de responsabilidade dos profissionais de saúde a prevenção de danos decorrentes da falta de controle da doença pelas pessoas, incluindo aí, a motivação para o tratamento, a melhora da auto-estima e o controle da ansiedade ou depressão”*.

Diante do exposto, ao considerarmos a elevada prevalência e o impacto que as DCNT acarretam no sistema de saúde, e na qualidade de vida das pessoas por elas acometidas, objetivou-se investigar as taxas de mortalidade por DCNT no ano de 2012. Esperamos que os dados estatísticos descritos sejam utilizados pelos gestores e profissionais de saúde como

ferramenta para a tomada de decisões e mudança da realidade no que tange a promoção, prevenção e tratamento das DCNT.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

As estatísticas de mortalidade possuem uma série de aplicações. Dentre estas, um dos usos mais comuns diz respeito à análise da situação de saúde, sendo que, as análises por sexo, idade e causa, tornam possíveis a identificação dos grupos de risco para várias doenças (LAURENTI, PRADO, GOTLIEB, 2013).

Estatísticas preliminares do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do ano de 2012 do Estado de Goiás estão em concordância com a tendência nacional e mundial no que se refere à mortalidade por DCNT: o fato de estas ocuparem os primeiros lugares no ranking de causas de morte. Dados preliminares mostram que as doenças do aparelho circulatório representam a primeira causa de mortalidade (26,7%) em 2012, seguida pelas causas externas (17,6%), neoplasias (13,9)%, doenças respiratórias crônicas (5%) e diabetes mellitus (4,9%) (SIM/CVO/GVEDNT/SUVISA/SES-GO).

As estatísticas refletem a realidade do Brasil e do mundo e apontam um importante fenômeno denominado transição epidemiológica, no qual as doenças infecciosas e parasitárias cederam lugar às DCNT como principal causa de morte (MALTA et al, 2006).

Resultados semelhantes aos observados em Goiás foram evidenciados por SHIRASSU (2009), em análise dos residentes do Estado de São Paulo, revelando que as DCNT figuram entre a grande maioria das mortes no ano de 2006, sendo as do aparelho circulatório e neoplasias responsáveis por 47,5% do total de óbitos. No grupo do aparelho circulatório, as isquêmicas do coração e cerebrovasculares também representaram o maior número de mortes, equivalente aos dados encontrados em Goiás que aponta taxa de 32,3% para doenças isquêmicas do coração, sendo 25,2% IAM e 24,8% doenças cerebrovasculares (SIM/CVO/GVEDNT/SUVISA/SES-GO).

Nas neoplasias, as de traqueia, brônquios e pulmões foram predominantes no total (13,9%), seguida pelas de próstata (8,4%); colo, reto e ânus (7,5%); mama (7%) e estômago (5,6%) (SIM/CVO/GVEDNT/SUVISA/SES-GO). Traqueia, brônquios e pulmões representaram a segunda maior causa de mortalidade por neoplasia em ambos sexos, seguidas de próstata e mama respectivamente para homens e mulheres. O aumento da mortalidade por câncer de pulmão entre mulheres é uma tendência nacional, citada e comprovada no estudo de VAN DE SANDE

SILVEIRA et al (2010), que refere um aumento de 70,75% no período entre 1980 e 2007, e um aumento de 192,4% no coeficiente bruto de mortalidade.

A permanência do câncer de próstata como a primeira causa de morte no sexo masculino, é discutido em estudo que aponta a tendência temporal de mortalidade por câncer de próstata no período de 1980 e 2010 elucidando que houve um aumento no risco de morte no Brasil, de 6,6 em 1980 para 14,2 óbitos por 100 mil homens em 2010, perfazendo um aumento anual de 2,8%. Segundo a autora estas estatísticas mostram a necessidade de se aprimorar a vigilância do câncer, por meio do *“aumento da cobertura, qualidade e disseminação das informações para os profissionais de saúde e sociedade gerando o monitoramento das condições de risco associadas ao câncer”*(CONCEIÇÃO, 2012).

No grupo das doenças do aparelho respiratório as doenças crônicas das vias aéreas inferiores responderam por 44% destas (SIM/CVO/GVEDNT/SUVISA/SES-GO).

O Diabetes Mellitus foi responsável por 78% dos óbitos dentro do grupo das doenças endócrinas e metabólicas (SIM/CVO/GVEDNT/SUVISA/SES-GO). Esta morbidade tem alta relação com sobrepeso e obesidade, como também com outras doenças cardiovasculares, podendo se dizer que sobrepeso e obesidade estão diretamente relacionados ao aumento das doenças cardiovasculares, consequenciais ao diabetes e outros fatores patológicos como as dislipidemias por exemplo (CHOR E MENEZES,2011). Estudo realizado em Salvador no ano de 2001 identificou uma prevalência de sobrepeso de 26,3% nas mulheres e 25% nos homens. Para a obesidade a prevalência foi de 15,1% e 8,4% respectivamente entre mulheres e homens. Perfazendo um total de 41,4% de excesso de peso entre as mulheres e de 33,4% entre os homens. Neste mesmo estudo houve uma associação entre aumento da circunferência da cintura, hipertensão arterial e uso de bebida alcoólica (OLIVEIRA, LPM et al 2009). Estes dados comprovam a alta relação diabetes versus pandemia de obesidade existente a nível mundial decorrente de vários fatores já citados neste trabalho.

3 MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência a partir da vivência junto à Vigilância do Óbito e Sistema de Informação de Mortalidade da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, e teve por objetivo a análise da mortalidade por DCNT em Goiás no ano de 2012.

O Estado de Goiás está localizado no Planalto Central do Brasil, ocupando uma área de 341.289,5 Km², o que corresponde a 3,99% da área do país. Atualmente está dividido em cinco Macroregiões: Nordeste, Centro-Oeste, Centro-Norte, Centro-Sudeste e Sudoeste. Estas Macroregiões estão subdivididas em 17 Regiões de Saúde com 15 regionais, agrupando os 246 municípios. Cada Região de Saúde possui um município sede, que representa a SES, com ações administrativas e técnicas (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS, 2013).

No Censo Demográfico de 2010, o Estado de Goiás possuía uma população de 6.003.788 habitantes, (hoje estima-se que este valor seja equivalente a 6.154.996). Deste total, 50,34% são mulheres das quais 45,91% vivem na zona urbana do Estado, enquanto os homens representam 49,66% e dos quais 44,38% residem na zona urbana. No Estado de Goiás, 41% das pessoas se declaram de cor ou raça branca, enquanto 50,01% se declararam de cor parda. Do restante populacional, 6,53% se declaram de cor preta, 1,64% amarela e 0,14% indígena (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS, 2011).

A análise da pirâmide etária do Estado demonstra que houve uma grande alteração na estrutura etária nas últimas décadas. Na década de 80, 53,4% da população tinha entre 0 e 19 anos; já em 2010 esse grupo etário representou apenas 32,9% do total de habitantes, enquanto em 1980 a população com idade a partir de 60 anos representava 4,5% do total populacional, em 2010 este grupo etário mais que dobrou passando a corresponder a 9,4% do total de habitantes (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS, 2011). Este fenômeno caracterizado como transição demográfica no qual há uma modificação da estrutura etária da sociedade representada pelo aumento do número de idosos e uma redução das taxas de fecundidade associada também a uma redução da população jovem, é semelhante ao ocorrido na Europa porém com implicações diferentes. Enquanto no continente europeu essa transição se associou a um significativo desenvolvimento social e aumento da renda, na América Latina, em particular no Brasil houve um processo de urbanização sem a distribuição de renda (NASRI,2008).

A rede de atenção assistencial do Estado de Goiás é constituída por 8042 estabelecimentos de saúde, somadas as três esferas administrativas e incluindo também a parte privada, correspondendo este número a todos os níveis de complexidade. Deste total, 1184 estabelecimentos correspondem aos Centros de Saúde/UBS (Unidade Básica de Saúde). Dados do ano de 2013 mostraram que em janeiro deste ano dos 246 municípios 181 deles possuíam uma cobertura maior ou igual a 90% pela Estratégia Saúde da Família, 47 possuíam uma cobertura de 50 a 89%, 15 possuíam uma cobertura de 0 a 49% e 3 municípios eram silenciosos (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS, 2013).

Dados do ano de 2011 mostraram que a Estratégia Saúde da Família cobria um total de 61,18% do território goiano. Em 2012 este índice foi de 62,57% (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS, 2013). Dados recentes de janeiro de 2014 apontam que, 245 municípios possuem equipes de saúde da família, correspondendo a 1254 equipes implantadas, com uma estimativa de cobertura populacional de 4.014.384 habitantes, o que representa um percentual de 65,22% (MS/SAS/DAB e IBGE, 2014).

No ano de 2013 foi elaborado o Plano Estadual Intersetorial para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) em Goiás 2013-2022, que tem como meta o desenvolvimento de ações de vigilância, promoção e cuidado integral com vistas a promover a prevenção e controle das principais doenças crônicas não transmissíveis no Estado de Goiás. Dentre as ações do Plano encontra-se a intervenção junto às indústrias do Estado para redução do teor de sódio e gordura nos alimentos industrializados, tendo em vista que uma dieta não saudável, rica em sal, gordura e outros componentes prejudiciais é fator de risco para as DCNT. Outras ações são ainda realizadas no Estado no combate às DCNT, dentre elas a disponibilização dos medicamentos para hipertensão e diabetes gratuitamente na Farmácia Popular. Baseado em um dos eixos da Política Nacional de Promoção da Saúde que corresponde à Prática Corporal/Atividade Física o Ministério da Saúde lançou em 2011 a Portaria nº1401 que concede o incentivo para a construção das Academias da Saúde, sendo estas, espaços destinados ao incentivo da população para hábitos de vida mais saudáveis, como a prática de atividade física regular, levando-se em consideração que a baixa ou nenhuma prática desta é fator de risco para as DCNT. No Estado de Goiás diversos pólos das Academias da Saúde encontram-se em fase de construção.

Os dados trabalhados foram obtidos a partir da base de dados do Sistema de Informação de Mortalidade da Coordenação Estadual de Vigilância do Óbito. Por meio do Tabwin foi realizada a tabulação dos dados, escolhendo as variáveis ano (2012), município regional/residência (todas as 17 Regionais de Saúde que constituem as Macrorregiões) e também a variável Causa CID 10 BR (que correspondem a todos os capítulos da 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças).

Os dados foram coletados entre o meses de janeiro e março de 2014. Após a tabulação dos dados procedeu-se à análise das principais causas de morte por DCNT (Doenças do Aparelho Circulatório, Neoplasias, Diabetes Mellitus, Doenças Crônicas das vias aéreas inferiores) ocorridas no ano de 2012.

A Coordenação de Vigilância do Óbito pertence à Gerência de Vigilância Epidemiológica de Doenças Não-Transmissíveis (GVEDNT), juntamente com outras cinco coordenações que são: a Coordenação de Controle do Tabagismo e outros fatores de risco para o câncer, Coordenação de Vigilância Nutricional, Coordenação de Hipertensão e Diabetes, Vigilância de Violências e Acidentes e Coordenação de Promoção da Saúde. A GVEDNT é uma das sete gerências que compõem a Superintendência de Vigilância em Saúde.

À Coordenação de Vigilância do Óbito estão integrados o SIM e o SINASC (Sistema de Informação de Nascidos Vivos). A mesma possui a seguinte estrutura e atribuições: uma coordenadora geral, dois subcoordenadores, cada qual responsável pelo SIM e SINASC. Técnicas responsáveis pela Vigilância do Óbito propriamente dita, cujo papel consiste em prestar suporte aos 246 municípios que compõem o Estado de Goiás, auxiliado pelas respectivas Regionais de Saúde, dentro deste trabalho realiza-se a capacitação dos técnicos dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica responsáveis pelas investigações dos óbitos fetais, infantis, de mulher em idade fértil e maternos, além também, dos óbitos por causa mal definida. O trabalho a nível nacional com o intuito de melhorar a qualidade das estatísticas é preocupação constante da coordenação, que entre as suas estratégias de trabalho possui, a atualização constante dos profissionais responsáveis pela codificação da causa do óbito. Para isso conta com o suporte de dois médicos e com a vasta experiência de outros técnicos responsáveis pela correção da codificação da causa básica.

Por não se tratar de pesquisa, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais (apenas a tecnologia produzida).

4 RESULTADOS E ANÁLISE

No ano de 2012, no Estado de Goiás, um total de 36851 óbitos foram registrados. Destes, 59,7% eram homens e 40,3%, mulheres (Figura 1).

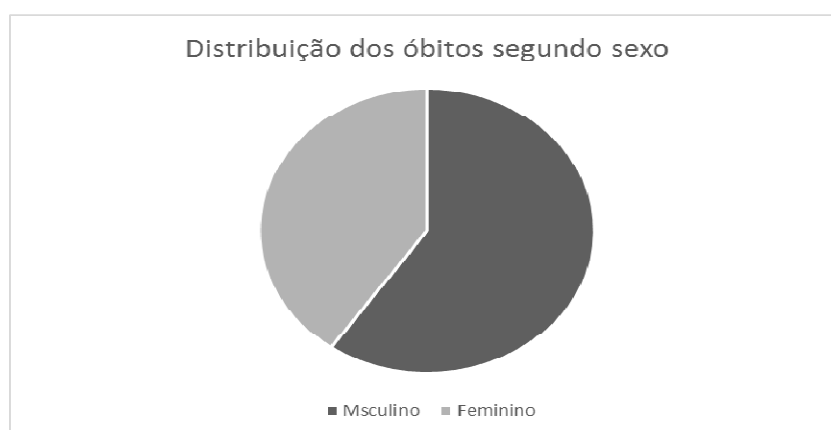


Figura 1. Distribuição do total de óbitos no Estado de Goiás, no ano de 2012, segundo sexo.

As doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, doenças crônicas respiratórias, neoplasias e diabetes mellitus) foram responsáveis por 50% deste total. No grupo das DCNT, as doenças cardiovasculares, corresponderam ao maior percentual (27,1%), seguidas das neoplasias (14%), doenças respiratórias crônicas (4,9%) e diabetes mellitus (3,9%). (Figura 2). O maior percentual total dos óbitos foi do sexo masculino (53,4%), em concordância com estudo nacional que também aponta para predominância do sexo masculino (STEVENS, SCHMIDT, DUNCAN, 2012). Analisando-se pelo gênero, os dados mostraram que de todos os óbitos femininos, 57,7% corresponderam às DCNT e nos homens este percentual foi de 44,8%.

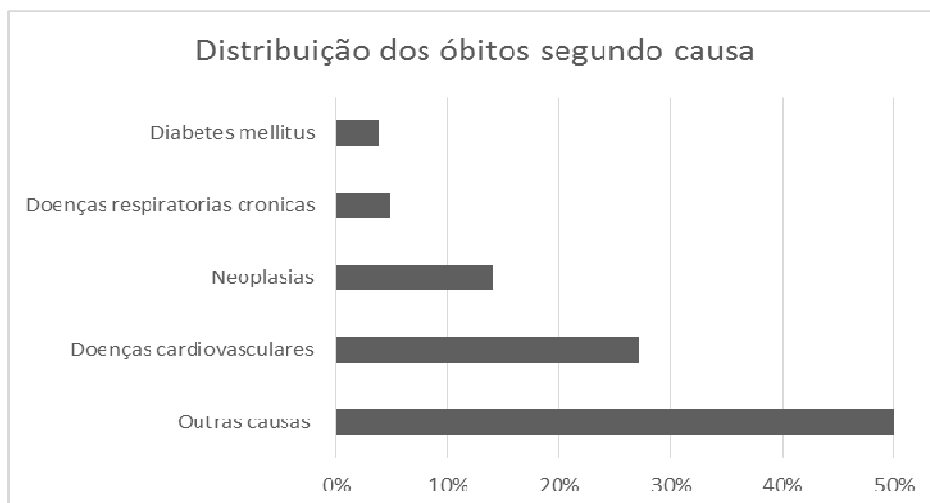


Figura 2. Distribuição dos óbitos por doenças crônicas não transmissíveis no Estado de Goiás, no ano de 2012, segundo tipo de doença.

Detalhando os grupos observa-se que as neoplasias foram responsáveis por 16% dos óbitos femininos e 12,6% masculinos; o diabetes mellitus por 5,3% dos óbitos femininos e 3% masculinos; as doenças cardiovasculares representaram 30,8% dos óbitos femininos, enquanto no sexo masculino corresponderam a 24,6% das causas de morte e por fim as doenças respiratórias crônicas, com 5,6% dos óbitos no sexo feminino e 4,5% no masculino (Figuras 3 e 4).

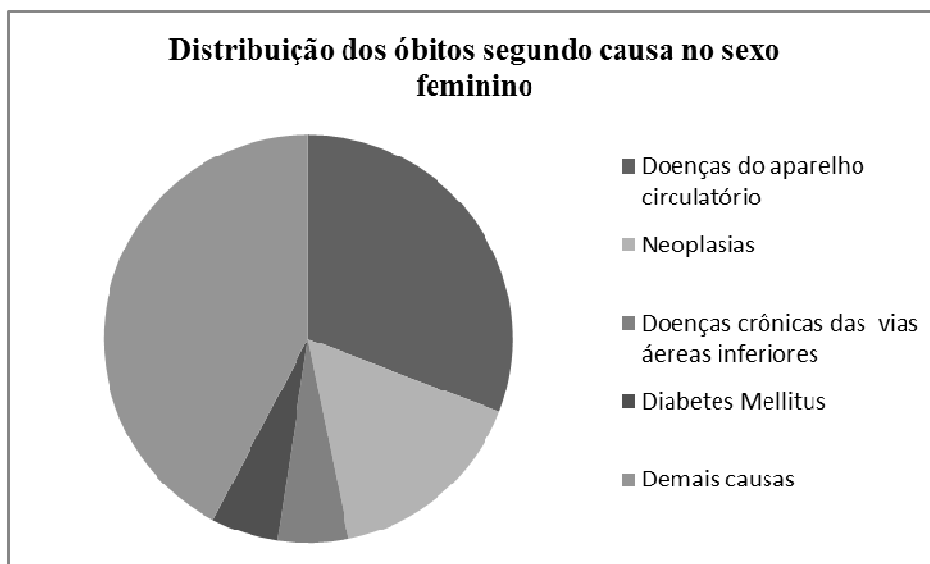


Figura 3. Distribuição dos óbitos no sexo feminino no Estado de Goiás, no ano de 2012, segundo tipo de doença.

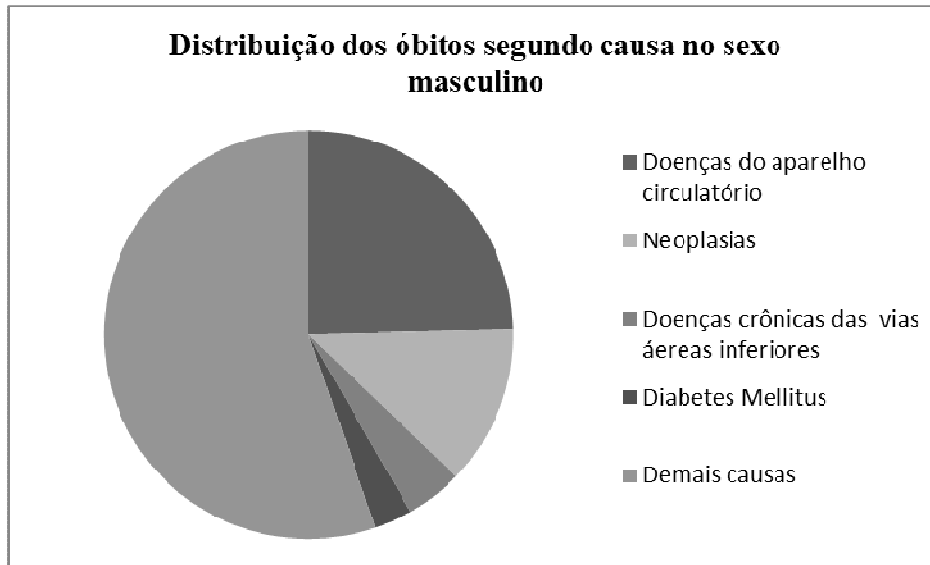


Figura 4. Distribuição dos óbitos no sexo masculino no Estado de Goiás, no ano de 2012, segundo tipo de doença.

No grupo das doenças cardiovasculares, as doenças isquêmicas do coração apresentaram o maior percentual (31,4%), seguidas das cerebrovasculares (26,4%) e das doenças hipertensivas (12,3%).(Figura 5) Estudo realizado em São José do Rio Preto, relatou pequena diferença ocupando os agravos cerebrovasculares o primeiro lugar representado pelos seguintes dados: a mortalidade proporcional por doenças cardiovasculares (considerando-se apenas as causas definidas) foi igual a 31,7%, e nesta categoria, as cerebrovasculares, IAM e doenças hipertensivas, corresponderam respectivamente a: 53,6 óbitos/ 100.000 habitantes (57,3-homens e 50,2-mulheres); 48,4/100.000 habitantes (59,5-homem e 38,1-mulher); 11,8/100.000 habitantes (10,3-homens e 13,2-mulheres).(GODOY et al, 2007) As doenças hipertensivas foram o único grupo das doenças cardiovasculares em que houve um maior percentual no sexo feminino do que no masculino (51,06% e 48,9% respectivamente) quando observado o valor total dos óbitos.

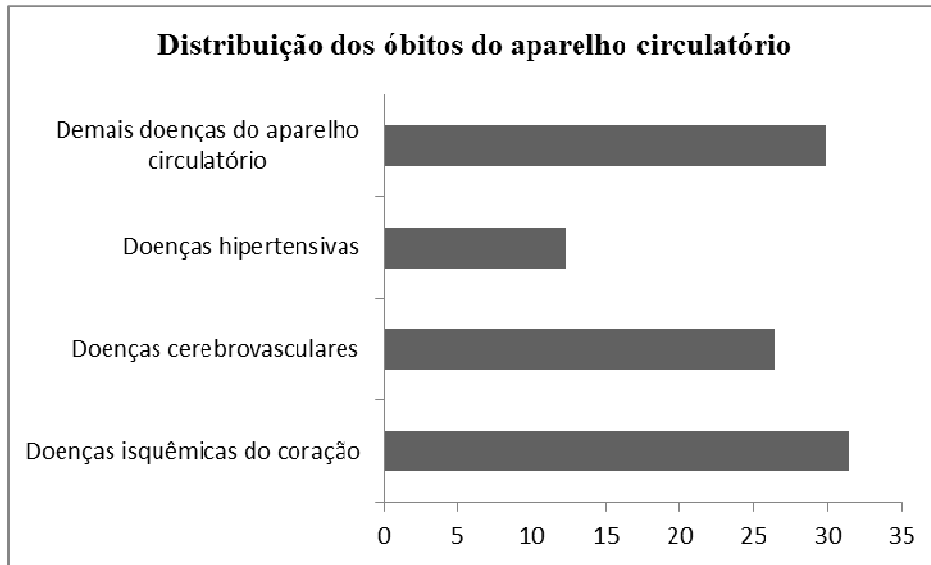


Figura 5. Distribuição dos óbitos por doenças do aparelho circulatório no Estado de Goiás, no ano de 2012.

Nas neoplasias, com relação a mortalidade geral as de traqueia, brônquios e pulmões ocuparam o primeiro lugar (13,8%), com maior predominância no sexo masculino (57,5%). Neste grupo de neoplasias, houve um aumento da taxa de mortalidade proporcional ao avanço da idade, com uma inversão desta característica a partir dos 80 anos. Este fato foi semelhante ao encontrado no estudo de MALTA et al (2007). O câncer de próstata ocupou o segundo lugar, com 8,3%; colo, reto e ânus em terceiro (7,5%), neste grupo houve maior prevalência entre as mulheres (52,7%). A neoplasia de mama ocupa o quarto lugar (6,9%), estômago (5,6%), fígado e vias biliares (4,8%) e pâncreas (4,6%).

Na análise por gênero, no grupo feminino, o câncer de mama foi a maior causa de mortalidade (por neoplasias) com 14,6%; seguido do câncer de traqueia, brônquios e pulmões (12,6%); colo, reto e ânus (8,5%); colo do útero (7,3%); fígado (5%) e pâncreas (4,6%).(Figura 7) No sexo masculino o câncer de próstata, foi a maior causa de morte (por neoplasias), com 15,3%, resultado semelhante ao encontrado em estudo realizado em município do interior de São Paulo (RODRIGUES,2010); traqueia, brônquios e pulmões vieram a seguir com 14,6%; estômago (6,9%) e colo, reto e ânus (6,5%).(Figura 6)

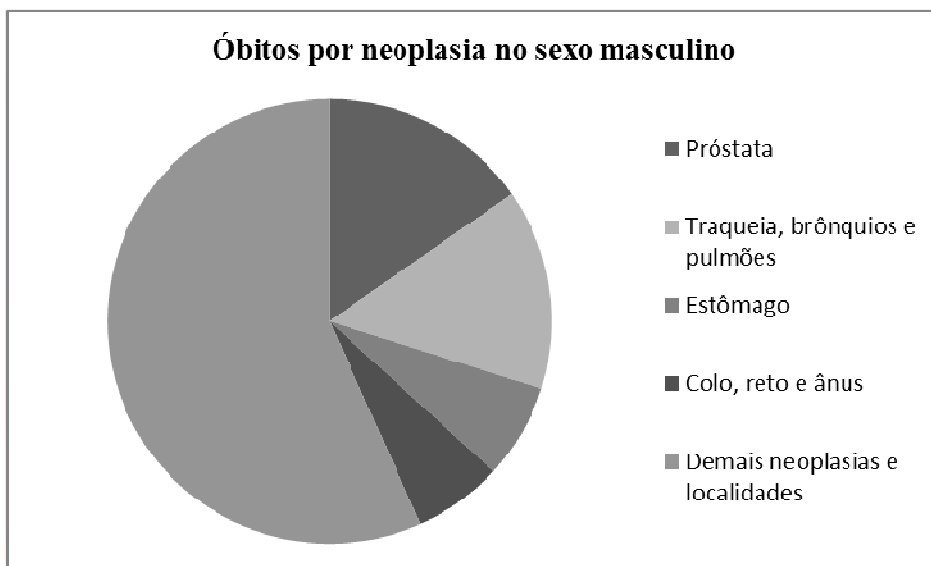


Figura 6. Distribuição dos óbitos por neoplasias no sexo masculino no Estado de Goiás, no ano de 2012.

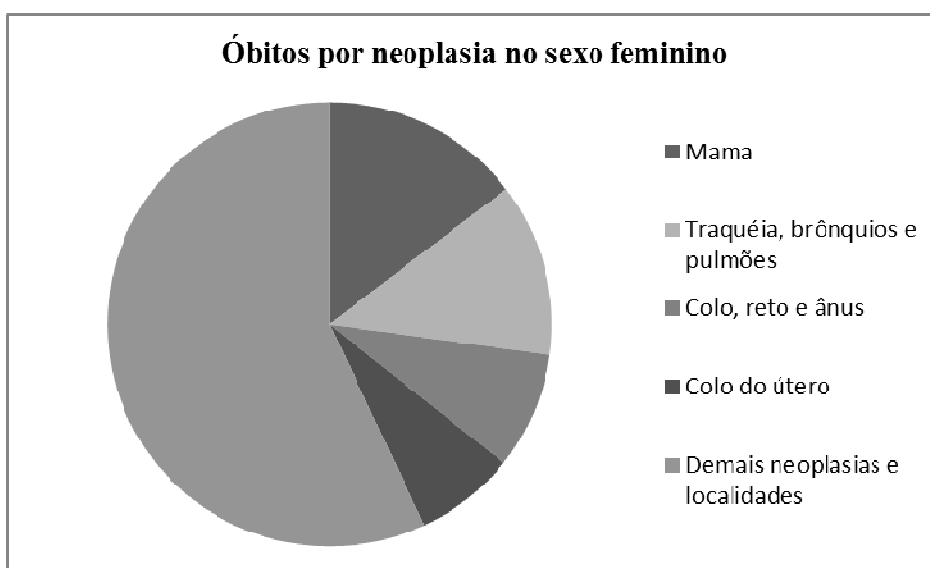


Figura 7. Distribuição dos óbitos por neoplasias no sexo feminino no Estado de Goiás, no ano de 2012.

Os resultados apresentados nesta análise configuram a realidade nacional e permitem avaliar a situação de saúde do Estado. A análise mostra claramente, as DCNT como maior causa de mortes entre homens e mulheres.

O presente estudo comprova também, um evento já bastante conhecido e que diz respeito a desigualdade de gêneros na taxa de mortalidade. No campo das neoplasias por exemplo, a prevalência do câncer de pulmão é maior entre os homens. Segundo STEVENS, SCHMIDT, DUNCAN (2012), este fato pode estar relacionado a maior prevalência do tabagismo em homens nas últimas décadas. Este autor retrata ainda que a desigualdade de gêneros, com maior prevalência de mortalidade entre homens, talvez seja consequência da maior exposição ocupacional a que eles estão submetidos, como por exemplo, eles possuem maior risco de fumar, de ingerir bebida alcoólica e conseqüentemente estão mais sujeitos ao acometimento por doenças, somadas também ao fato do menor cuidado que os homens têm com a saúde, não realizando o manejo adequado das doenças crônicas, o que gera muitas vezes o diagnóstico tardio dessas patologias, levando o indivíduo à morte, devido a infartos, AVC e câncer. Grande parte desta desigualdade de gênero está associada também ao alto índice de mortes por causas externas (no estado de Goiás no ano de 2012 este grupo foi responsável por 17,3% das mortes) (STEVENS, SCHMIDT, DUNCAN, 2012).

O alto percentual de mortes por câncer de mama, é também outro fator de destaque e retrata uma realidade inversa à identificada em vários países de primeiro mundo, no qual tem havido uma redução da mortalidade por câncer de mama. Entre os anos de 1981 e 1997 a taxa de mortalidade entre mulheres de 20 e 69 anos reduziu 22% no Reino Unido e 19 % nos EUA. Segundo PAULNELI (2003) esta redução pode estar associada a maior conscientização da população, ao melhor preparo dos profissionais de saúde, e, principalmente à maior cobertura de mamografia, paralelo ao emprego de tratamentos adjuvantes mais eficazes (PAULNELI, 2003).

As neoplasias de colo, reto e ânus, merecem também especial atenção, uma vez que são uma das principais causas de mortalidade por câncer e têm apresentado um aumento em ambos gêneros. É importante o conhecimento dos fatores a elas associados para que medidas possam ser tomadas com o objetivo de frear sua ascensão. Estudo realizado por NEVES, KOIFMAN E MATTOS (2006), mostrou uma associação entre consumo alimentar e mortalidade por câncer de cólon e reto, como exemplo pode ser citado o consumo de óleos/gorduras e carnes e mortalidade por câncer de cólon/reto. Resultado semelhante foi encontrado em estudo realizado na Argentina (POLETO E MORINI, 1989 apud NEVES, KOIFMAN E MATTOS (2006) que associou maior mortalidade por câncer de cólon e reto, devido ao grande consumo de carne bovina e gordura, e pobre consumo de fibras e vegetais. O consumo de ovo, leite, grande quantidade de arroz, batata,

pão branco e massas refinadas também foram apresentados em estudos como fatores associados a elevadas taxas de mortalidade por câncer de cólon/reto (NEVES, KOIFMAN E MATOS, 2006).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste trabalho concluímos que, apesar de uma redução na mortalidade geral padronizada por idade das DCNT, estas são ainda as principais causas de mortalidade no Estado e no Brasil. Apresentam um aumento diretamente proporcional à idade (em sua grande parte), possuem fatores de risco comuns e como um dos seus grandes malefícios o fato de ceifarem vidas de forma prematura, acarretando um grande ônus à sociedade. O declínio da redução da taxa de mortalidade padronizada por idade ao longo dos anos, evidenciada nos diversos estudos, é também fator preocupante pois pode estar associada ao aumento do índice de obesidade no mundo, fator de risco para o diabetes, doenças cardiovasculares e diversos tipos de câncer.

Vislumbra-se a necessidade de estudos de outra natureza que visem conhecer os fatores associados à mortalidade por DCNT no Estado de Goiás, tais como fatores socioeconômicos dentre outros, que como citados possuem grande relação com a mortalidade por DCNT.

O banco de dados utilizado para este estudo foi analisado por meio de dados preliminares, não corrigidos com relação às mortes por causas mal definidas. Na Vigilância do Óbito, muito têm se trabalhado com o intuito de se reduzir a proporção destes óbitos. Haja vista que a alta proporção destas compromete a qualidade das informações, fazendo com que não se tenha uma imagem fidedigna da situação de saúde.

REFERÊNCIAS

- BASSANESI, S. L; AZAMBUJA, M. I; ACHUTTI, A. Mortalidade precoce por doenças cardiovasculares e desigualdades sociais em Porto Alegre: da evidência à ação. **Arq Bras Cardiol**, v. 90, n. 6, p. 403-12, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.28 p. : il.
- CAMPOS, M.O; RODRIGUES NETO, J.F. Doenças crônicas não transmissíveis: fatores de risco e repercussão na qualidade de vida. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 33, n. 4, 2012.
- CARNELOSSO, M. L et al. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na região leste de Goiânia (GO). **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, 2010.
- CHOR, D; MENEZES, P. Saúde no Brasil 4 Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Veja**, v. 6736, n. 11, p. 60135-9, 2011.
- CONCEIÇÃO, M. B. M. Tendência temporal da mortalidade por câncer de próstata segundo macrorregiões do Brasil no período de 1980 e 2010. 88f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) –Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.
- DUNCAN, B. B.; STEVENS, A.; SCHMIDT, M. I. Mortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação em 2010 e tendências de 1991 a 2010.In: MS Saúde Brasil 2011.Brasília,DF;2012.p95-103.
- FARIA, A. P. S; BELLATO, R. A compreensão do fenômeno condição crônica por DM a partir da experiência de adoecimento. **Rev.Eletr.Enf**[internet].2010;12(3):520-7.
- FERREIRA, A.B.H. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. 2.ed.rev.e amp. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- FREITAS, M. C; MENDES, M. M. R. Condição crônica: Análise do conceito no contexto da saúde do adulto. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, 2007 julho-agosto; 15(4):www.eerp.usp.br/rlae.
- GODOY, M.F. et al. Mortalidade por doenças cardiovasculares e níveis socioeconômicos na população de São José do Rio Preto, Estado de São Paulo, Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 88, n. 2, p. 200-206, 2007.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. Estatísticas de Mortalidade e seus usos. **R. Eletr. de Com . Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.7, n.2, Jun.2013.

MALTA, D.C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 15, n. 3, sept. 2006 .

MALTA, DC. et al. Tendência de mortalidade do câncer de pulmão, traqueia e brônquios no Brasil, 1980-2003. **J Bras Pneumol**, v. 33, n. 5, p. 536-43, 2007.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc saúde coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-305, 2010..

MS/SAS/DAB e IBGE. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. Unidade Geográfica: Estado de Goiás. Competência: Janeiro de 2014. Disponível em: dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Acesso em 18 de mar.2014.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**, v. 6, n. Supl 1, p. S4-S6, 2008.

NEVES, F. J; KOIFMAN, R. J; MATTOS, I. E. Mortalidade por câncer de cólon e reto e consumo alimentar em capitais brasileiras selecionadas. **Rev. bras. epidemiol**, v. 9, n. 1, p. 112-120, 2006.

NOGUEIRA, M. C; RIBEIRO, L. C; CRUZ, O. G. Desigualdades sociais na mortalidade cardiovascular precoce em um município de médio porte no Brasil Social inequalities in premature cardiovascular mortality in a medium-size Brazilian city. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 11, p. 2321-2332, 2009.

OLIVEIRA, L. P. M. et al. Fatores associados a excesso de peso e concentração de gordura abdominal em adultos na cidade de Salvador, Bahia, Brasil Factors associated with overweight and abdominal fat in adults in Salvador, Bahia State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 3, p. 570-582, 2009.

OMS. Cuidados inovadores para as condições crônicas: componentes estruturais para ação. Relatório mundial. Brasília, OMS, 2003.

PAULINELLI, R. R. et al. A situação do câncer de mama em Goiás, no Brasil e no mundo: tendências atuais para a incidência ea mortalidade. **Rev. bras. saúde matern. Infant**, v. 3, n. 1, p. 17-24, 2003.

POLETO, L. C., MORINI, J. C. Asociaciones Relevantes De La Mortalidad por Cancer de Estomago Y Colon en Rosário Com Otras Localizaciones Neoplásicas. **Acta Gastroenterol Latinoam** 1989; 19: 35-40.

RODRIGUES, J. S. M.; FERREIRA, N. M. L. A. caracterização do perfil epidemiológico do câncer em uma cidade do interior paulista: conhecer para intervir. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 56, n. 4, p. 431-441, 2010.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS. Situação de Saúde de Goiás - Cartilha de Indicadores de Saúde Georreferenciados.2013,82. Disponível em: www.saude.go.gov.br.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS. Dinâmica Populacional de Goiás: Análise de Resultados do Censo Demográfico 2010- IBGE. Dez 2011

SILVA, D. M. G. V. Narrativas do viver com DM: experiências pessoais e culturais. Florianópolis: Ed.UFSC; 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva:2011.

VAN, S. S. L.; SILVEIRA, L.; SCHMITZ, A. C. Evolução da mortalidade feminina por câncer de pulmão no Brasil entre 1980 e 2007. **Revista Brasileira de Oncologia Clínica**. 2010, v. 7, n.22, 2010.

SHIRASSU, M. M.; RODRIGUES, S. S. F.; RIBEIRO, A. B., MARCOPITO, L. F. (2009). Tendência e perfil das doenças crônicas não transmissíveis no Estado de São Paulo Trend and profile of non communicable diseases in the State of São Paulo.

STEVENS, A; SCHMIDT, M. I; DUNCAN, B. B. Gender inequalities in non communicable disease mortality in Brazil. **Ciencia & saude coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2627-2634, 2012.