

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

MÁYRA SYMONE RIBEIRO PEREIRA SANTOS

**CAUSAS DE MORBIMORTALIDADE POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS NO TOCANTINS.**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

MÁYRA SYMONE RIBEIRO PEREIRA SANTOS

**CAUSAS DE MORBIMORTALIDADE POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS NO TOCANTINS.**

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

Profª. Orientadora: Ms. Priscila Balderrama

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **CAUSAS DE MORBIMORTALIDADE POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO TOCANTINS** de autoria da aluna **MÁYRA SYMONE RIBEIRO PEREIRA SANTOS** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Profª. Ms. Priscila Balderrama

Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes

Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos

Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pois sem a fé que tenho Nele, nada seria de mim. Foi Ele quem iluminou o meu caminho durante esta etapa.

Agradeço também minha família, por acreditar em mim: mãe, pai, irmãs, cunhadas e sobrinhos... O cuidado e a dedicação a mim concedidos foram motivos de força e esperança para seguir, sem estar sozinha nesta caminhada.

Agradeço ao meu esposo que com muito carinho e apoio não mediu esforços para que eu pudesse chegar a esta etapa da minha vida.

Por fim, agradeço também a minha filhinha Ester, pela ausência decorrente da conclusão de meus estudos.

Muito obrigada!

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	01
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	03
3 MÉTODO.....	05
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	06
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	12
REFERÊNCIAS.....	13

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1. Percentual de Câncer, segundo a extensão da doença, Palmas - TO, de 2005 - 2009.....	09
Gráfico 2. Taxas de incidência de Câncer, segundo as dez localizações primárias mais freqüentes em homens, RCBP de Palmas - TO, no período de 2005 -2009.....	09
Gráfico 3. Taxas de incidência de Câncer, segundo localizações primárias mais freqüentes em mulheres, Palmas - TO, 2005 -2009.....	10
Gráfico 4. Taxas de incidência de Câncer, segundo as cinco localizações primárias mais freqüentes em homens. RCBP de Palmas – TO, 2000 – 2009,.....	10
Gráfico 5. Taxas de incidência de Câncer, segundo as cinco localizações primárias mais freqüentes em mulheres, RCBP de Palmas – TO, 2000 – 2009.....	11

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Taxa de internação por Doenças Crônicas Não Transmissíveis, por ano, segundo sexo.....	07
Quadro 2. Taxa de internação por Doenças Crônicas Não Transmissíveis, segundo faixa etária.....	08

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição populacional por grupo etário e óbitos por doenças do aparelho circulatório. Tocantins, anos de 2001 e 2011.....	06
Tabela 2. Taxa de mortalidade, segundo as principais causas selecionadas e ano de ocorrência.....	07

RESUMO

Introdução: As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são consideradas como epidemias na atualidade, constituem um sério problema de saúde pública. No Tocantins elas também ocupam o primeiro lugar entre as principais causas de óbito. **Método:** Trata-se de revisão narrativa de literatura. Para tanto, realizou-se uma busca de publicações realizadas em sites oficiais do Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins. Como critério de inclusão, optou-se pela busca de estudos e/ou documentos técnicos que tratassem da análise epidemiológica descritiva dos dados referentes à mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis e respectivas internações hospitalares. Para estudar a mortalidade, tais publicações utilizaram como fonte de dados o Sistema de Informação sobre Mortalidade e para as internações, utilizaram o Sistema de Informações Hospitalares. **Resultado e Análise:** No panorama da mortalidade no Tocantins, observa-se um comportamento similar das primeiras causas de morte observado no Brasil e no mundo. **Conclusão:** A revisão de literatura demonstrou que o tratamento para essas doenças é de curso prolongado é muito oneroso, tanto para os indivíduos, como para as famílias e também para o poder público, de modo que a adoção de estratégias para prevenção e promoção dessas doenças é de suma importância.

Descritores: Doença Crônica; Prevenção de Doenças; Promoção de Saúde.

1. INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são consideradas como epidemias na atualidade, constituem um sério problema de saúde pública, tanto nos países ricos quanto nos de média e baixa renda, sendo que os últimos sofrem de forma mais acentuada por serem menores suas possibilidades de garantir políticas públicas que garantam melhores condições de vida e de tratamento (BRASIL, 2011).

As DCNT são responsáveis por um maior custo econômico para as famílias, para a sociedade e para o sistema de saúde, o que pode dificultar a viabilidade dos sistemas universais. Tais custos ocorrem tanto de forma direta (custos relacionados a internações, medicamentos, tratamentos ambulatoriais) como indireta (perda de produção associada a essas doenças, aposentadorias precoces, entre outras questões). Essas doenças, se não prevenidas e gerenciadas adequadamente, demandam uma assistência de custos crescentes. O número de mortes prematuras e de incapacidades faz com que o enfrentamento desses agravos demande investimentos em pesquisa, vigilância, prevenção, promoção da saúde e defesa de uma vida saudável (BRASIL, 2008).

Os quatro principais grupo de Doenças Crônicas Não Transmissíveis são: circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes (BRASIL, 2011). No ano de 2005, cerca de 35 milhões de pessoas no mundo morreram por algum desses agravos, o que corresponde ao dobro das mortes relacionadas às doenças infecciosas (BRASIL, 2005a). Logo, representam um dos principais desafios para a saúde, pois ameaçam a qualidade de vida de milhões de pessoas.

Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que as DCNT são responsáveis por 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo e por 45,9% da carga global de doenças. No Brasil, as DCNT responderam por 72% das causas de mortes, atingindo fortemente camadas pobres da população e grupos mais vulneráveis, como a população de baixa escolaridade e renda (BRASIL, 2011).

Há estimativas para os próximos 10 anos que 388.000.000 pessoas morrerão em decorrência de alguma doença (BRASIL, 2005b). No panorama da mortalidade no Tocantins, observa-se um comportamento similar das primeiras causas de morte observado no Brasil e no mundo. As Doenças do Aparelho Circulatório ocupam o primeiro lugar entre as principais causas de óbito, totalizando em 2009, 1.859 óbitos no estado (TOCANTINS, 2012).

1.1 Justificativa

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis são as principais causas de morte no mundo, geram mortes prematuras, perda da qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e lazer, impacto socioeconômicos para as famílias e comunidade, e o agravamento das iniquidades e pobreza (BRASIL, 2011).

Além disso, estima-se que no Brasil as DCNT levarão a uma perda econômica de US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015 (BRASIL, 2011).

O Tocantins apresenta um comportamento similar às demais regiões do Brasil. A situação no estado segue essa tendência nacional considerando como uma verdadeira epidemia das DCNT, sendo a situação agravada pela transição demográfica acelerada que vem ocorrendo (TOCANTINS, 2012).

A ideia de pesquisar sobre o perfil de morbi-mortalidade das DCNT no estado do Tocantins surgiu durante vivência profissional, na área de fatores de risco e proteção à saúde, devido à gravidade dessas doenças e os impactos que causam na vida dos pacientes e do sistema de saúde.

Assim, dado a relevância epidemiológica desses agravos tanto no cenário nacional quanto no cenário do estado do Tocantins, a experiência profissional da estudante e a necessidade de fortalecimento das ações de vigilância das DCNT no estado, justificam a necessidade desse estudo, a fim de promover, estimular e apoiar o desenvolvimento e o fortalecimento de ações preventivas e de promoção da saúde.

1.1 Objetivo Geral:

Realizar uma revisão bibliográfica sobre o perfil de morbi-mortalidade das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no estado do Tocantins.

1.2 Objetivo Específico:

Promover, estimular e apoiar o desenvolvimento e o fortalecimento de ações de vigilância das principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis e seus principais fatores de risco nos municípios do estado do Tocantins.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O cenário epidemiológico das DCNT.

No ano de 2005, cerca de 35 milhões de pessoas no mundo morreram por alguma das doenças crônicas, o que corresponde ao dobro das mortes relacionadas às doenças infecciosas (BRASIL, 2005a). Logo, as DCNT representam um dos principais desafios para a saúde, pois ameaçam a qualidade de vida de milhões de pessoas.

Estimativas da Organização Mundial de Saúde mostram que as DCNT são responsáveis por 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo e por 45,9% da carga global de doenças. No Brasil, as DCNT responderam por 72% das causas de mortes, atingindo fortemente camadas pobres da população e grupos mais vulneráveis, como a população de baixa escolaridade e renda (BRASIL, 2011). Há estimativas para os próximos 10 anos que 388.000.000 pessoas morrerão em decorrência de alguma doença crônica (BRASIL, 2005b).

O Brasil, seguindo essa tendência mundial, tem passado pelos processos da chamada transição demográfica que resultou numa significativa diminuição das taxas de fecundidade e natalidade, além do aumento progressivo da expectativa de vida e da proporção de idosos em relação aos demais grupos etários (TOCANTINS, 2012).

A transição epidemiológica resultou em um novo perfil de morbi-mortalidade, condicionado à diversidade regional com suas características socioeconômicas, dificuldades de acesso aos serviços de saúde, um “modelo polarizado de transição”. Tal modelo de transição apresenta, para distintas regiões, o crescimento da morbimortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT e a ocorrência, todavia alta, de doenças infecciosas (TOCANTINS, 2012).

A transição epidemiológica, por sua vez, decorre da urbanização acelerada, do acesso a serviços de saúde, dos meios de diagnóstico e das mudanças culturais, expressivos nas últimas décadas. Em 1930, as doenças infecciosas respondiam por cerca de 46% das mortes em capitais brasileiras. A partir de então, verificou-se a redução progressiva, sendo que em 2003 essas doenças responderam apenas por cerca de 5%. E as doenças cardiovasculares, que representavam apenas 12% na década de 30, são atualmente, as principais causas de morte em todas as regiões brasileiras, respondendo por quase um terço dos óbitos (TOCANTINS, 2012).

A transição nutricional advém do aumento progressivo de sobrepeso e obesidade em função das mudanças do padrão alimentar e do sedentarismo da vida moderna (BRASIL, 2006).

2.2 Instrumentos de vigilância dos fatores de risco e proteção a saúde.

Dentre os instrumentos para a vigilância dos fatores de risco e proteção à saúde para as DCNT podemos destacar algumas iniciativas governamentais como a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar e o Vigitel.

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde, em parceria com o Ministério da Educação e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) são responsáveis pela realização da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE) que acontece a cada três anos.

A primeira edição aconteceu em 2009 e foi realizada por meio da parceria firmada entre o Ministério da Saúde e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A “PENSE” teve como principais objetivos monitorar a frequência de fatores de risco e proteção para as DCNT, acompanhar as tendências destes fatores ao longo do tempo, gerar evidências para orientar e avaliar o impacto de intervenções para a redução da frequência destes fatores, além de orientar ações para a promoção da saúde neste grupo etário (PENNA, 2010).

O Vigitel teve como objetivo monitorar a frequência e a distribuição de fatores de risco e proteção para DCNT em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, por meio de entrevistas telefônicas realizadas em amostras probabilísticas. A população monitorada são adultos (≥ 18 anos). O Vigitel compõe o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco de DCNT do Ministério da Saúde e vem ampliando o conhecimento sobre as DCNT. Os blocos de investigação são: tabagismo, alimentação, atividade física, álcool e outras drogas (BRASIL, 2013).

3. MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, realizada à partir da análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica pessoal do autor (BERNARDO, 2004).

Para tanto, realizou-se uma busca de publicações realizadas em sites oficiais do Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins. Como critério de inclusão, optou-se pela busca de estudos e/ou documentos técnicos que tratassem da análise epidemiológica descritiva dos dados referentes à mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT e às internações hospitalares, na faixa etária de 20 a 60 anos, de ambos os sexos.

Devido às dificuldades para encontrar artigos que tratassem do tema de estudo e fossem específicas do estado do Tocantins, foi necessário, ter um busca em documentos oficiais, a fim de contextualizar os resultados e as análises do trabalho.

Para estudar a morbi-mortalidade, tais publicações analisadas utilizaram como fonte de dados o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Ministério da Saúde/Departamento de Análise e Tabulação de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Para as internações as publicações analisadas utilizaram o Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS/DATASUS, no período de 2009 a 2010 (TOCANTINS, 2012).

Para a análise dos dados realizou-se, primeiramente, a leitura dos títulos e resumos das publicações selecionados. Após, para que fosse reconhecido o conteúdo de acordo com os objetivos do trabalho, iniciou-se uma leitura aprofundada, buscando compreender os principais achados dos estudos analisados.

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 situações assistenciais.

4. RESULTADO E ANÁLISE

No panorama da mortalidade no Tocantins, observa-se um comportamento similar das primeiras causas de morte observado no Brasil e no mundo. As doenças do aparelho circulatório ocupam o primeiro lugar entre as principais causas de óbito, totalizando em 2009, 1.859 óbitos no estado (TOCANTINS, 2012).

Tabela 1 - Taxa de mortalidade, segundo as principais causas selecionadas e ano de ocorrência (Cap. CID 10), Tocantins 2005 a 2009. (x 100.000 hab.)

Causas de morte selecionadas	2005		2006		2007		2008		2009	
	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX
IX. Doenças do aparelho circulatório	1.751	134,1	1.744	130,89	1.916	141	1.878	146,7	1.859	143,9
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	782	59,89	818	61,39	920	67,7	824	64,3	1.005	77,78
II. Neoplasias (tumores)	514	39,36	600	45,03	668	49,16	585	45,7	749	57,97
X. Doenças do aparelho respiratório	426	32,62	408	30,62	422	31,05	385	30,1	453	35,06
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	272	20,83	341	25,59	327	24,06	386	30,1	395	30,57
XI. Doenças do aparelho digestivo	230	17,61	233	17,49	247	18,18	255	19,9	263	20,36
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	223	17,08	250	18,76	297	21,86	302	23,6	228	17,65
Total	4.198	321,51	4.394	329,77	4.797	353,01	4.615	360,4	4.952	383,3

Fonte: TOCANTINS, 2012.

Especificamente sobre as doenças do aparelho circulatório, pode-se dizer que houve um aumento significativo na mortalidade de pessoas mais velhas, entre os anos de 2001 e 2011.

Tabela 2 - Distribuição populacional por grupo etário e óbitos por doenças do aparelho circulatório, Tocantins, anos de 2001 e 2011.

Faixa Etária (anos)	População		Variação (%)	Óbito		Variação (%)
	2001	2011		2001	2011	
0-29	766.770	804.631	4,9	56	46	-17,9
30-69	384.705	543.422	41,3	578	818	41,5
70+	33.380	52.839	58,3	568	1.215	113,9
Total	1.184.855	1.400.892	18,2	1.202	2.079	73,0

Fonte: TOCANTINS, 2012.

No sexo masculino, de maneira geral, predominam as internações por doenças cerebrovasculares, diabetes mellitus e doenças isquêmicas do coração. No sexo feminino, as internações por diabetes mellitus predominam, seguidas das internações por doenças cerebrovasculares por CA de colo de útero.

Quadro 1 - Taxa de Internação por Doenças Crônicas Não transmissíveis, por ano, segundo sexo. TO, 2009-2010(x 100000 hab.)

Sexo	2009				2010			
	MASCULINO		FEMININO		MASCULINO		FEMININO	
Causa	Internações	TX	Internações	TX	Internações	TX	Internações	TX
Câncer de Mama	12	1,83	228	35,79	15	2,14	177	25,99
Câncer de Colo de Útero	.....	.....	322	50,54	.....	.....	290	42,58
Câncer de Cólon e Reto	116	17,71	141	22,13	142	20,22	149	21,88
Câncer de Traqueia, Brônquio e Pulmão	38	5,8	23	3,61	83	11,82	36	5,29
Doenças Isquêmicas do Coração	489	74,66	292	45,83	557	79,3	264	38,77
Doenças Cerebrovasculares	710	108,41	661	103,75	751	106,92	561	82,38
Diabetes Mellitus	547	83,52	745	116,93	647	92,11	853	125,25
Câncer de Fígado e Vias Biliares	25	3,81	61	9,57	23	3,27	56	8,22

Fonte: TOCANTINS, 2012.

Na faixa etária dos 20 aos 39 anos, as internações por CA de Cólon e Reto e CA uterino se mantiveram como as mais relevantes. As Doenças Cerebrovasculares se destacaram na faixa dos 40 aos 59. Já na faixa etária de 60 anos e mais, existe uma participação expressiva de

internações por Doenças Isquêmicas do Coração, superadas apenas pelas Cerebrovasculares (TOCANTINS, 2012).

Quadro 2 - Taxa de Internação por Doenças Crônicas Não Transmissíveis, segundo faixa etária. TO, 2009 – 2010. (x 100000 hab.)

Faixa Etária	2009						2010					
	20 a 39 anos		40 a 59 anos		60 e +		20 a 39 anos		40 a 59 anos		60 e +	
Causa	Internações	TX	Internações	TX	Internações	TX	Internações	TX	Internações	TX	Internações	TX
Câncer de Cólon e Reto	110	24,98	217	93,26	170	163,78	111	23,78	206	78,72	166	141,21
Câncer de Colo de Útero	78	35,52	187	163,83	57	114,03	53	22,75	168	130,96	69	122,73
Câncer de Mama	49	11,13	124	53,29	67	64,55	38	8,14	115	43,94	39	33,18
Câncer de Traqueia, Brônquio e Pulmão.	11	2,5	15	6,45	39	37,57	12	2,57	35	13,37	75	63,8
Doenças Cerebrovasculares	87	19,76	382	164,16	902	868,99	96	20,56	361	137,94	855	727,33
Doenças Isquêmicas do Coração	40	9,09	288	123,77	453	436,42	27	5,78	305	116,54	489	415,98
Câncer de Fígado e Vias Biliares	20	4,54	34	14,61	25	24,09	17	3,64	33	12,61	27	22,97
Câncer de Próstata	.....	.....	7	3	76	73,22	.....	.....	12	4,59	90	76,56

Fonte: TOCANTINS, 2012.

Em 2000, foi criado em Palmas-TO o Registro de Câncer de Base Populacional – RCBP, conforme Portaria Ministerial nº 2607 de 28 de dezembro de 2005, que institui recursos do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde para custeio das atividades desenvolvidas pelo Registro de Câncer de Base Populacional.

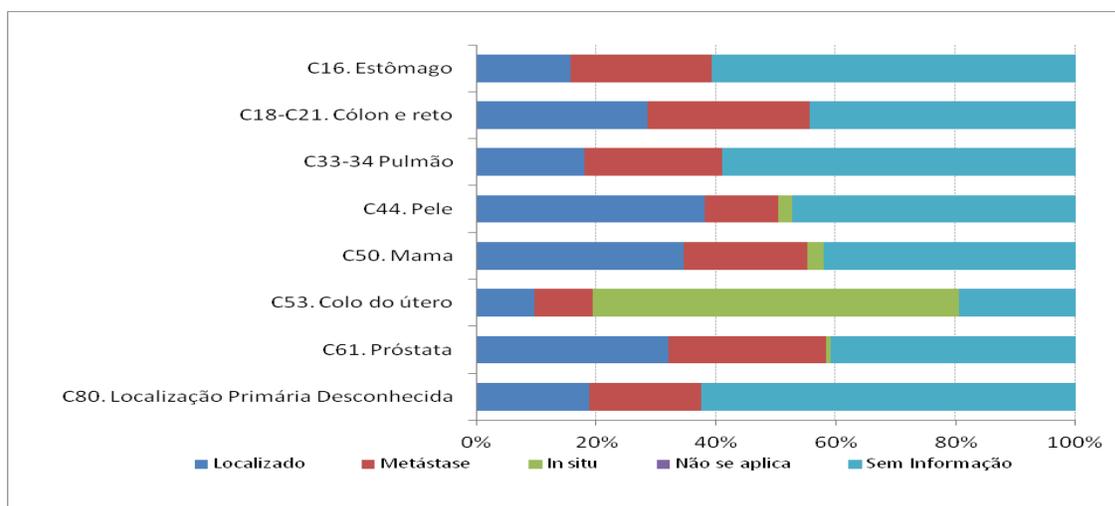
O RCBP constitui um conjunto de informações sistematizadas sobre o comportamento da doença, suas características e tendências têm como objetivo apoiar o monitoramento e a avaliação das ações de controle e a pesquisa epidemiológica em câncer. Tais informações são fundamentais para definir o papel de fatores etiológicos e estabelecer prioridades na prevenção, planejamento e gerenciamento dos serviços de saúde. Segue abaixo, um panorama do CA em Palmas.

De acordo com o gráfico 1, percebe-se, de maneira geral, que ainda é grande o número de registros de câncer sem informações quanto a extensão da doença.

No caso dos CA de estômago, cólon e reto e pulmão, há um registro significativo de metástase, se comparado com o percentual de CA localizado.

Sobre o CA de colo uterino, é expressiva a localização “in situ”.

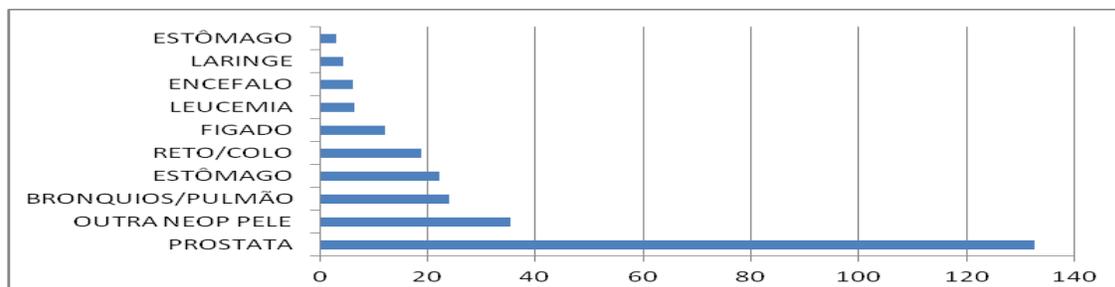
Gráfico 1 - Percentual de Câncer, segundo a extensão da doença, Palmas - TO, de 2005 - 2009.



Fonte: RCBP de Palmas, 2012.

De acordo com o gráfico abaixo, verifica-se que o CA de próstata é o que mais acomete homens em Palmas – TO.

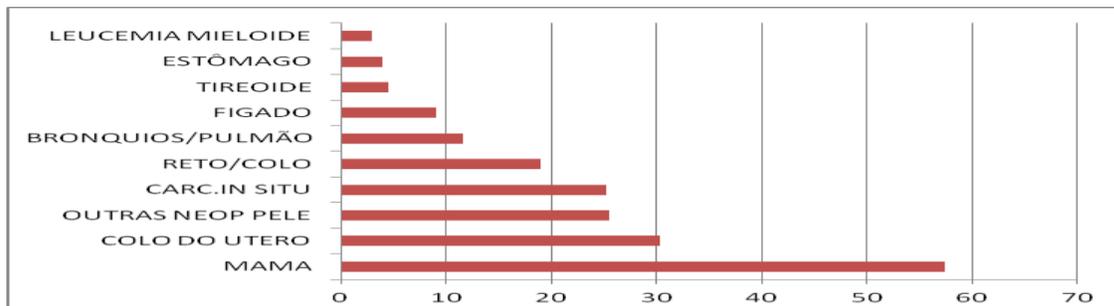
Gráfico 2 - Taxas de incidência de Câncer, segundo as dez localizações primárias mais frequentes em homens, RCBP de Palmas - TO, no período de 2005 -2009(x 100.000 hab.).



Fonte: RCBP de Palmas, 2012.

No que se refere a incidência, em mulheres, de maneira geral, há um predomínio de CA de mama.

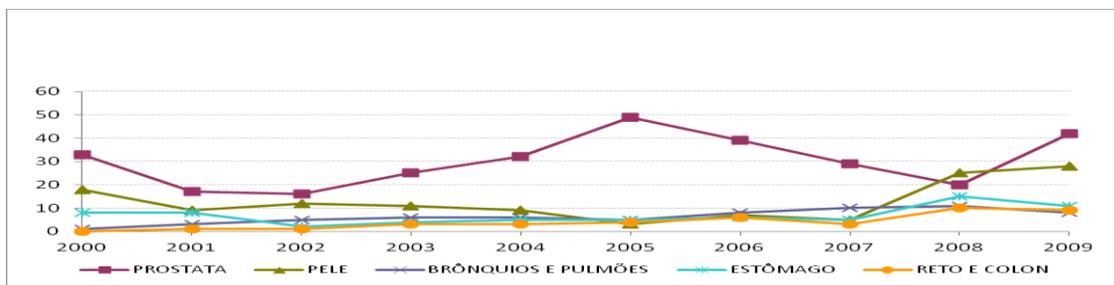
Gráfico 3 - Taxas de incidência de Câncer, segundo localizações primárias mais freqüentes em mulheres, Palmas - TO, 2005 -2009 (x 100.000 hab.).



Fonte: RCBP de Palmas, 2012.

No gráfico 4, o CA de Próstata se comportou com características crescentes, chamando a atenção no ano de 2005, com a maior incidência geral no período analisado, entre homens.

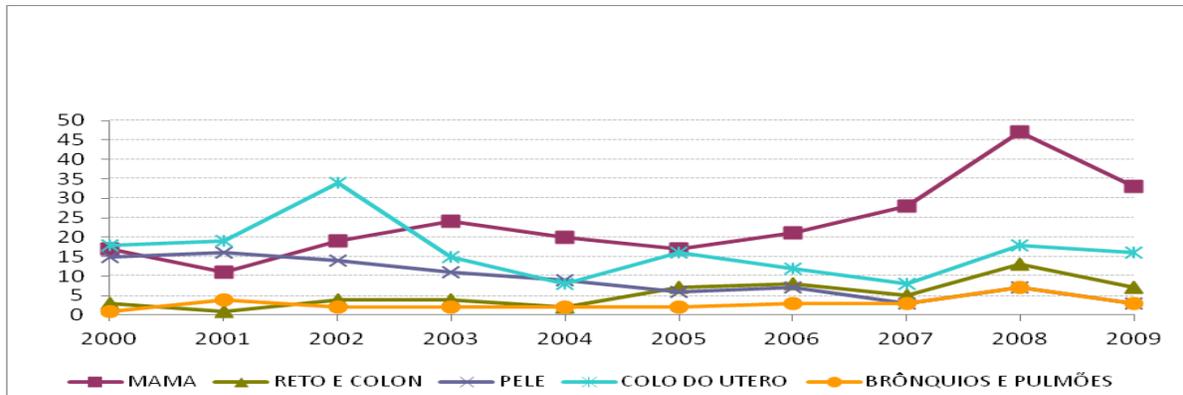
Gráfico 4 - Taxas de incidência de Câncer, segundo as cinco localizações primárias mais freqüentes em homens. RCBP de Palmas – TO, 2000 - 2009, (x 100000 habs).



Fonte: RCBP de Palmas, 2012.

No gráfico 5, que representa as taxas de incidência de CA em mulheres, verifica-se que o Câncer de Mama apresentou um aumento gradativo ao longo dos anos. Se destaca também o Câncer de Colo do Útero, com a incidência elevada no ano de 2002, havendo um declínio nos anos posteriores.

Gráfico 5 - Taxas de incidência de Câncer, segundo as cinco localizações primárias mais frequentes em mulheres, RCBP de Palmas – TO, 2000 - 2009, (x 1000000 hab).



Fonte: RCBP de Palmas, 2012.

De maneira geral, os principais fatores de risco para DCNT são o tabaco, a alimentação não saudável, a inatividade física e o álcool, que são responsáveis, em grande parte, pela epidemia de sobrepeso e obesidade, pela elevada prevalência de hipertensão arterial e pelo colesterol alto (MALTA et al., 2006).

A OMS vem recomendando aos diversos países a implementação da vigilância para DCNT, com enfoque nos maiores fatores de risco (BRASIL, 2005b).

O expressivo avanço das DCNT pode ser revertido por meio de intervenções amplas e custo-efetivo de promoção de saúde para redução de seus fatores de risco e pela melhoria da atenção à saúde. As DCNT podem ser prevenidas pela redução de seus principais fatores de risco.

No estado do Tocantins, visando minimizar os fatores de risco modificáveis, e aumentar a frequência de práticas de atividade física, 91 municípios foram contemplados com o projeto Academia da Saúde do Ministério da Saúde, através da publicação das Portarias GM/MS nº 719/2011, 1.401/2011 e 1.402/2011. Nesse sentido, os primeiros passos já foram dados. Porém, muito investimento há que ser feito para obter o melhor retrato possível da epidemia de doenças e agravos não transmissíveis no Tocantins.

Experiências exitosas de intervenções de Saúde Pública na reversão e/ou mudanças positivas nas tendências de morbimortalidade por doenças cardiovasculares em diversos países mostram que a vigilância de DCNT e ações integradas são fundamentais para o desenvolvimento de estratégias efetivas de promoção da saúde da população.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No panorama da mortalidade no Tocantins, observa-se um comportamento similar das primeiras causas de morte observado no Brasil e no mundo, denotando a magnitude das DCNT no estado.

A revisão de literatura demonstrou que o tratamento para essas doenças é de curso prolongado é muito oneroso, tanto para os indivíduos, como para as famílias e também para o poder público, de modo que a adoção de estratégias para prevenção e promoção dessas doenças é de suma importância. Logo, monitorar de forma contínua a morbimortalidade das DCNT é um componente essencial para a vigilância, bem como para o conhecimento de suas características e tendências.

Percebe-se cada vez mais um envelhecimento da população, denotando necessidades de adequações das políticas sociais, particularmente as voltadas para atender às crescentes demandas na área da saúde. É preciso investir no controle desses agravos, em especial nas ações que coíbam o aparecimento dos fatores de risco.

Algumas estratégias já foram adotadas para isso, no Tocantins. Contudo, ainda há muito o que se fazer.

REFERÊNCIAS

BERNARDO, W.M.; NOBRE, M.R.C.; JATENE, F.B. A prática clínica baseada em evidências. Parte II: buscando as evidências em fontes de informação. **Rev Assoc Med Bras**, v.5, n.1, p:1-9, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o Controle e a Prevenção das Doenças Crônicas não Transmissíveis: DCNT no Contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro**. Brasil. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado Integral de doenças crônicas não transmissíveis: Promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**/ Brasil. Ministério da Saúde; Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**/ Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção de Doenças Crônicas um Investimento Vital**. Brasília: Organização Mundial de Saúde; 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://www.sbpt.org.br/downloads/arquivos/vigitel_2012.pdf>. Acesso em 06 de maio de 2014.

LESSA, I. Doenças Crônicas Não transmissíveis no Brasil: Um desafio para a complexa tarefa da Vigilância. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p.: 931-943, 2004.

PENNA, G. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). **Rev. Ciênc. saúde coletiva**, v.15, supl. 2, p:3006-3006, 2010.

TOCANTINS, Secretaria da Saúde – **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Estado do Tocantins**, 2012.