



**Universidade de São Paulo**  
**Escola de Artes, Ciências e Humanidades**  
**Gestão de Políticas Públicas**

**Políticas Públicas de Saúde: O papel da promoção de ações preventivas sobre a  
saúde no gênero masculino**

Cintia Hiromi Mizuno

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Flávia Mori Sarti Machado

Relatório final do Programa “Ensinar com  
Pesquisa” da Universidade de São Paulo.

São Paulo

2009

## **APRESENTAÇÃO DO ESTUDO NO ÂMBITO DO PROGRAMA ENSINAR COM PESQUISA**

A contextualização do projeto proposto em “Políticas Públicas de Saúde: O papel da promoção de ações preventivas sobre a saúde no gênero masculino”, submetido ao Programa Ensinar com Pesquisa, referia-se à busca de desenvolvimento de aptidões pelo aluno no tocante à realização de uma análise sócio-econômica aplicada a políticas públicas de saúde no Brasil contemporâneo. Propunha-se a capacitação do aluno à avaliação crítica e ao desenvolvimento de novos paradigmas em políticas públicas que resultassem em melhor eficiência e eficácia no emprego e gestão dos recursos públicos.

O projeto originalmente apresentado foi contemplado com dois bolsistas: Cintia Hiromi Mizuno e Felipe Gonçalves Brasil. Assim, buscou-se estruturar a pesquisa de uma forma que possibilitasse colaboração equânime de ambos bolsistas à concretização dos objetivos propostos no projeto, realizando desenvolvimento paralelo de diferentes seções da pesquisa, de forma que não houvesse sobreposição de resultados, sem, no entanto, fragmentar demasiadamente a visão do conjunto do estudo em andamento.

Dentro do contexto apresentado, coube à aluna Cintia Hiromi Mizuno preparar a pesquisa sobre a evolução do cenário epidemiológico brasileiro, contextualizando o impacto das doenças crônicas não transmissíveis sobre a saúde do grupo populacional composto por indivíduos do sexo masculino, assim como sua influência sobre os gastos públicos em saúde no Brasil e o papel das ações em prevenção na saúde para redução da incidência e gastos públicos relativos a tais doenças.

O programa Ensinar com Pesquisa tem como objetivo incentivar o aluno de graduação à formulação de senso crítico para atuação em sua área profissional, inclusive na abordagem da própria área de atuação profissional como objeto de pesquisa. O projeto proposto buscou estimular a aluna à reflexão sobre o papel do gestor de políticas públicas como agente de mudança do cenário sócio-econômico e político do país, inclusive sob o enfoque de objeto de pesquisa acadêmica.

Não houve, em princípio, divulgação dos resultados apresentados no relatório em eventos com participação da aluna Cintia Hiromi Mizuno, dada a recente finalização da pesquisa. No entanto, destaca-se a excelente impressão sobre o empenho e os resultados obtidos pela bolsista dentro do Programa Ensinar com

Pesquisa, sendo notável o amadurecimento de sua percepção sobre o papel das ações preventivas em políticas públicas de saúde no Brasil no contexto de transição epidemiológica atual, assim como a profunda reflexão sobre a carreira de "gestor de políticas públicas" que realizou durante a vigência da pesquisa.

Flávia Mori Sarti Machado

Orientadora

## **RESUMO**

A presente pesquisa buscou analisar a evolução do cenário brasileiro no que tange às doenças crônicas não-transmissíveis, tendo como base dados do DATASUS no período compreendido entre os anos de 1995 e 2005. O enfoque nas doenças crônicas não-transmissíveis busca ressaltar a economia de recursos públicos na área de saúde que poderia ser obtida através da adoção de práticas e ações em medicina preventiva. As doenças crônicas mostraram maior predominância, em sua maioria, entre indivíduos do gênero masculino, o que evidencia a necessidade de um direcionamento maior de recursos públicos para ações preventivas em saúde pública direcionadas ao homem, que apresentam amplo escopo de medidas preventivas quanto a suas principais causas e agravantes conhecidos.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	6
2. OBJETIVOS .....	7
3. JUSTIFICATIVA .....	8
4. MATERIAL E MÉTODOS .....	10
5. DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO CENÁRIO BRASILEIRO DA SAÚDE.....	11
5.1 Sobre prevenção em saúde.....	11
5.2 Evolução do cenário epidemiológico no Brasil .....	14
5.3 Doenças do aparelho respiratório.....	15
5.4 Doenças do aparelho circulatório .....	17
5.5 Doenças infecciosas e parasitárias.....	19
5.6 Doenças do aparelho digestivo .....	21
5.7 Neoplasias .....	23
6. EVOLUÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS DESTINADOS À SAÚDE NO BRASIL .....	25
6.1 Orçamento público direcionado à saúde .....	25
6.2 Evolução do dispêndio nacional no setor saúde.....	28
7. CONCLUSÃO .....	31
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	32

## 1. INTRODUÇÃO

A rápida ascensão das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representa um grande desafio atualmente ao setor de saúde no mundo inteiro, uma vez que têm se tornando cada vez mais expressivas em diversos países.<sup>23</sup>

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, 59% das mortes ocorridas no ano de 2001 foram causadas por DCNT, sendo que há uma estimativa de aproximadamente 17 milhões de mortes prematuras a cada ano.<sup>20</sup>

O Brasil enfrenta obstáculos ainda maiores, em função de sua dimensão continental e conseqüente dificuldade de tornar programas de saúde pública mais abrangentes, o que representa um desafio no combate as DCNT.<sup>5</sup>

Em virtude dos avanços na saúde pública, a população mundial está envelhecendo e cresce cada vez mais o número de indivíduos que apresentam uma ou mais condições crônicas, o que gera encargos mais elevados para a sociedade. O impacto de tais encargos pode ser reduzido pela mudança de postura nas ações em políticas públicas de saúde, ou seja, em lugar da ênfase em ações curativas, as quais buscam apenas tratamento da doença após surgimento de sintomas,<sup>18</sup> deve-se buscar investir em ações preventivas em saúde, que procuram reduzir a exposição dos indivíduos e populações aos fatores de risco para determinadas doenças.

Estima-se que, até o ano de 2020, as condições crônicas serão a principal causa de incapacidade no mundo, tornado-se o conjunto de condições de saúde mais dispendioso aos sistemas de saúde, caso não seja bem gerenciado e, justamente por isso, há necessidade de se formular estratégias de prevenção.

As doenças crônicas representam um problema sério em todos os países, mas principalmente nos países em desenvolvimento, devido ao fato de que a falta de recursos impõe limitações à prestação dos serviços de saúde, já que, além das DCNT, tais países ainda precisam tratar de doenças infecciosas agudas, desnutrição e saúde materna.

## **2. OBJETIVOS**

O objetivo geral do projeto é analisar políticas de prevenção em saúde pública no Brasil para proposição de melhorias no emprego de recursos públicos e geração de benefícios à saúde de indivíduos do sexo masculino, com foco em doenças como câncer de próstata e doenças cardiovasculares. Os objetivos específicos do projeto são:

1. Efetuar comparações entre programas já realizados de políticas preventivas direcionados ao sexo masculino em outros países;
2. Analisar os efeitos de políticas de prevenção com outros públicos-alvo, como a campanha de vacinação infantil e políticas de prevenção ao câncer de colo do útero e câncer de mama, para projeção de resultados de políticas de promoção da saúde masculina no Brasil.

### 3. JUSTIFICATIVA

As DCNT caracterizam-se por demandar um maior volume de ações, procedimentos e serviços de saúde por prolongado período de tempo, portanto, é imprescindível que seja investido maior volume de recursos em ações de prevenção para redução de gastos futuros decorrentes do agravamento de tais doenças, assim como aumento da qualidade de vida da população.

Optou-se pelo enfoque em doenças crônicas e investimento em práticas preventivas de saúde devido à potencial diminuição da carga de tais doenças que tais ações podem trazer, assim como a alta demanda de recursos em seu tratamento, o que demonstra a extrema importância de direcionar maiores esforços no combate de suas causas e seus agravantes, que apresentam relativa facilidade de redução em sua exposição à população.<sup>27</sup>

Na pesquisa foram selecionados os grupos de doenças que apresentaram maior proporção de internações hospitalares e, portanto, maiores custos em saúde ao país no período de 1995 a 2005. Destaca-se que internações por causas externas, demais causas definidas e transtornos mentais não foram incluídas, uma vez que o estudo teve como foco doenças crônicas não transmissíveis. A escolha das doenças em estudo buscou analisar as três principais doenças em cada grupo de causas de internações entre indivíduos do gênero masculino.

As internações causadas por gravidez, parto e puerpério também não foram incluídas, dado o fato de serem exclusivas do gênero feminino.

Segundo o Ministério da Saúde, em 2006, salvo as exceções já listadas, a proporção de internações em ambos os sexos devido às DCNT, enquanto grupos de causa de doença correspondem, em ordem decrescente (Tabela 1):

1. Doenças do Aparelho Respiratório: 13,59%
2. Doenças do Aparelho Circulatório: 10,12%
3. Doenças Infecciosas e Parasitárias: 8,79
4. Doenças do Aparelho Digestivo: 8,64%
5. Neoplasias: 5,42 %



Entre os principais grupos de doenças selecionaram-se as doenças cardiovasculares por ser a principal causa de morte no Brasil e por seu destaque como importante causadora de anos perdidos pela incapacidade.<sup>22</sup>

**TABELA 1. Proporção de internações hospitalares por grupos de causas. Brasil, 2006.<sup>8</sup>**

<b>Grupos de doenças</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Total</b>
Doenças infecciosas e parasitárias	11,31	7,12	8,79
Neoplasias	5,67	5,25	5,42
Transtornos mentais e comportamentais	4,58	1,62	2,80
Doenças do aparelho circulatório	12,53	8,52	10,12
Doenças do aparelho respiratório	18,11	10,60	13,59
Doenças do aparelho digestivo	11,51	6,74	8,64
Doenças do aparelho geniturinário	5,12	7,53	6,57
Gravidez, parto e puerpério	0,00	37,02	22,29
Causas externas	12,35	3,47	7,00
Demais causas	18,82	12,12	14,79
<b>Total</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Fonte: DATASUS (2008).

Entre as principais DCNT ou doenças crônicas não transmissíveis encontram-se neoplasias, hipertensão arterial, obesidade, diabetes, cirrose hepática, doenças respiratórias crônicas e doenças cardiovasculares.

#### **4. MATERIAL E MÉTODOS**

A análise de evolução das internações, mortalidade e gastos foi baseada em dados coletados no DATASUS.

Informações sobre internações e óbitos causados por doenças crônicas foram retiradas da base de dados do DATASUS. Outros dados complementares foram extraídos de sites como Ministério da Saúde, a Organização Pan-Americana de Saúde e a Organização Mundial da Saúde.

Alguns comentários foram formulados com intuito de direcionar e medir a economia que o investimento em prevenção causaria sobre o gasto de saúde pública no Brasil, frente à análise sobre os custos com tratamento das DCNT.

As tabelas que embasam o relatório foram construídas através da coleta sistemática de dados no site do banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS), visando relacionar numa mesma tabela, variáveis como morbidade por sexo, unidade da federação e grupo de doenças.

Realizou-se também um levantamento dos gastos com o tratamento das doenças crônicas dentro do Sistema Único de Saúde, comparando-se a economia de recursos que se poderia obter com maiores investimentos em prevenção de tais doenças.

## **5. DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO CENÁRIO BRASILEIRO DA SAÚDE**

### **5.1 Sobre prevenção em saúde**

Em termos de saúde pública, prevenção significa ação antecipada, tendo por objetivo interceptar ou anular a evolução de uma doença.<sup>14</sup> Nesse sentido, ela consiste na atenção as enfermidades, antes que elas se instalem no indivíduo. As estratégias de promoção de saúde diferenciam a prevenção em três níveis: primário, secundário e terciário.

A prevenção primária tem como objetivo o controle e a redução dos fatores de risco. A secundária procura evitar o aparecimento de complicações através da detecção e do tratamento precoce das doenças. E a prevenção terciária minimiza possíveis complicações, procurando melhorar a qualidade de vida e, assim, evitar mortes prematuras.<sup>13</sup>

As principais medidas preventivas são ações ligadas à adoção de estilos de vida saudáveis, que se contrapõem às suas principais causas, como atividade física regular, dieta saudável e diminuição do consumo de álcool e de tabaco.

Como suas causas são conhecidas e tratáveis, é de extrema importância buscar reduzir a um nível mínimo a possibilidade de exposição de indivíduos e populações aos agravantes que ampliam as chances de um indivíduo desenvolver as DCNT. Tais agravantes são denominados fatores de risco, sendo que a intensificação na exposição acarreta no desenvolvimento das doenças crônicas.

Os fatores de risco dividem-se em três grupos: hereditários, ambientais e comportamentais. Entre os três grupos de fatores de risco, os fatores comportamentais recebem maior ênfase, dada maior possibilidade de interferência e modificação nos padrões de exposição dos indivíduos. Os principais fatores de risco às DCNT são: sedentarismo, alcoolismo, tabagismo e dieta pouco saudável.

A tendência mundial ao excesso de peso decorre do estilo de vida sedentário acrescido do consumo excessivo de elevados níveis de açúcar e/ou gorduras na dieta habitual. A adoção de hábitos alimentares saudáveis associada ao aumento das atividades físicas tornaria possível evitar aproximadamente um terço dos casos de câncer e 90% dos casos de diabetes tipo II.<sup>27</sup>

O sedentarismo causa cerca de dois milhões de mortes anuais no mundo, sendo associado ao quadro de rápido incremento das doenças crônicas não transmissíveis em função da diminuição do gasto energético. Tal processo tem se intensificado à medida que inovações tecnológicas ampliam as facilidades e reduzem a necessidade de esforço na vida cotidiana da população.

Ocorre, portanto perda da qualidade de vida, visto que a atividade física pode evitar o surgimento de inúmeras doenças e, como muitas evidências apontam, a atividade física melhora a eficiência do sistema imunológico, reduzindo a incidência de certos tipos de câncer.<sup>21</sup>

Ainda no tocante aos distintos fatores de risco para DCNT, destaca-se que o álcool, uma droga psicotrópica que age sobre o comportamento do indivíduo de forma calmante ou estimulante, sendo que o uso abusivo de bebidas alcoólicas pode causar problemas sociais como violência, suicídio, acidente de trânsito e dependência química.

Estima-se que o álcool esteja relacionado a 3,2% de todas as mortes no mundo<sup>4</sup>, além de ser o fator de risco que mais contribui para a carga de doenças, entre elas: cirrose hepática, pancreatite, acidente vascular cerebral, fibrilação atrial, insuficiência cardíaca e certos tipos de cânceres.

No caso do tabagismo, considera-se uma doença que gera dependência de nicotina, resultando em alta absorção de substâncias psicoativas que elevam riscos de ocorrência de mais de cinquenta tipos de doenças entre as quais destacam-se: cardiopatia, derrame, câncer e problemas respiratórios crônicos, além de mortes prematuras e incapacidade.<sup>16,18</sup>

O consumo de tabaco constitui-se no principal fator de risco o câncer, uma vez que é responsável pela origem de tumores malignos em mais de oito órgãos: boca, laringe, pâncreas, rins e bexiga, pulmão, colo do útero e esôfago.<sup>9</sup>

A alimentação inadequada caracteriza-se pela ingestão de alimentos altamente processados, caracterizados por alto teor de gorduras, sal e açúcar. O excesso de gorduras no padrão alimentar aumenta os riscos de doenças coronarianas e alguns tipos de câncer como: intestino, reto, mama, endométrio e próstata.

A alimentação inadequada também eleva os riscos dos indivíduos desenvolverem doenças crônicas. Segundo o *World Cancer Research Fund (WCRF)*,<sup>26</sup>

uma dieta rica em frutas, legumes e verduras pode prevenir cerca de 20% dos casos de câncer. É imprescindível que haja incentivos para que as populações busquem uma alimentação saudável e maior conhecimento sobre os alimentos disponíveis, elevando a qualidade nutricional das refeições.

Cada vez mais, a noção de promoção da saúde é vinculada à adoção de hábitos alimentares saudáveis. O Ministério da Saúde, por exemplo, desenvolveu a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)<sup>15</sup> no Brasil, que engloba ações que estimulam práticas e padrões alimentares saudáveis de acordo com a região do país, baseando-se no uso de alimentos locais tradicionais, uma iniciativa que busca a prevenção de diversas doenças relativas a diferentes tipos de distúrbios nutricionais.

## **5.2 Evolução do cenário epidemiológico no Brasil**

Analisando os dados pesquisados no DATASUS durante o período de 1995 a 2005, observou-se que o número de internações aumentou principalmente devido aos problemas crônicos de saúde, assim como a demanda por serviços médicos.

As mudanças que afetam a morbidade e a mortalidade da população são destacadas nos estudos epidemiológicos com base nas três recentes transições sofridas pela maioria da população mundial: transição demográfica, transição epidemiológica e transição nutricional. A transição demográfica intensificou-se em função da queda da taxa de mortalidade das doenças infecciosas e parasitárias, associada à queda na taxa de fecundidade populacional, o que resulta em elevação da expectativa de vida e proporção de idosos em diversos países. A transição epidemiológica diz respeito ao registro das principais doenças prevalentes entre diferentes populações mundiais, que indica uma queda em doenças infecto-contagiosas e elevação de doenças crônicas não transmissíveis. E, por fim, a transição nutricional caracteriza-se pela mudança nos hábitos alimentares das populações mundiais, consequência do aumento no consumo de alimentos processados com alto teor de gordura, sal e açúcares simples, além do consumo excessivo de bebidas alcoólicas.<sup>28</sup>

### 5.3 Doenças do aparelho respiratório

A evolução das cinco maiores causas de internação no Sistema Único de Saúde demonstra que as doenças do aparelho respiratório apresentaram maior proporção de internações em todas as regiões do Brasil. Observou-se predominância do sexo masculino no que se refere ao número de casos de doenças do aparelho respiratório (Tabela 2).

**TABELA 2. Proporção de internações hospitalares por doenças do aparelho respiratório. Brasil, 1995-2005.**

Unidade da Federação	1995			2000			2005		
	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total
Acre	8,04	18,48	11,42	6,98	15,27	9,71	9,21	18,36	12,51
Alagoas	11,53	24,13	15,76	10,33	21,88	14,22	9,39	19,22	12,78
Amapá	5,58	14,79	8,28	5,80	15,99	8,87	6,50	16,63	9,85
Amazonas	7,62	19,16	11,03	5,89	16,18	9,03	8,02	19,18	12,08
Bahia	10,70	21,67	14,27	14,27	26,62	18,55	12,24	22,79	16,02
Ceará	14,88	28,77	19,60	14,09	26,80	18,57	10,07	17,38	12,83
Distrito Federal	6,81	17,33	10,18	7,50	17,29	10,80	7,30	15,35	10,18
Espírito Santo	10,50	19,71	13,92	9,83	18,27	13,09	8,83	15,95	11,65
Goiás	16,72	26,79	20,56	15,92	25,24	19,71	13,49	20,92	16,56
Maranhão	17,14	32,91	22,32	14,61	28,14	19,23	10,25	20,81	13,81
Mato Grosso	15,39	26,82	19,63	18,32	29,55	22,87	12,66	22,16	16,56
Mato Grosso do Sul	12,02	22,78	15,99	14,34	22,88	17,79	11,58	19,14	14,64
Minas Gerais	12,32	21,86	15,93	12,15	20,82	15,57	10,34	17,45	13,23
Pará	10,83	20,88	14,32	10,87	20,35	14,34	11,08	21,26	14,79
Paraíba	15,76	27,75	19,98	18,18	29,29	22,41	12,16	21,98	15,79
Paraná	16,45	25,79	20,11	17,65	25,15	20,76	15,10	20,83	17,57
Pernambuco	11,45	22,18	15,10	10,81	21,78	14,57	8,55	16,75	11,47
Piauí	12,77	27,19	17,36	15,34	29,23	20,04	12,41	22,91	16,09
Rio de Janeiro	9,98	17,76	13,03	8,96	16,70	11,98	8,76	15,73	11,54
Rio Grande do Norte	11,54	25,29	15,95	12,77	24,08	16,68	8,86	18,84	12,31
Rio Grande do Sul	17,81	29,77	22,69	15,46	25,41	19,63	13,84	22,57	17,56
Rondônia	14,07	23,51	17,48	14,80	24,92	18,83	12,11	20,93	15,72
Roraima	7,60	22,32	11,79	8,94	28,05	14,65	3,96	13,28	6,85
Santa Catarina	15,66	26,90	20,15	14,41	23,44	18,09	11,98	19,27	15,05
São Paulo	9,90	16,93	12,75	9,84	16,24	12,49	8,65	14,33	11,04
Sergipe	8,13	18,98	11,40	9,77	19,99	13,19	7,20	15,62	10,05
Tocantins	16,58	30,63	21,66	15,86	26,76	20,01	11,32	20,26	14,81

Fonte: DATASUS (2008).

As doenças do aparelho respiratório representam a principal causa de internações hospitalares no período estudado. Em 21 dos 26 estados do Brasil foi registrada queda na proporção de internações devido a doenças do aparelho respiratório em ambos os sexos, no período de 1995 a 2005. No caso desse grupo de doenças, a maior proporção foi registrada no Paraná com 17,57% e a menor em Roraima com 6,85%.



#### 5.4 Doenças do aparelho circulatório

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), as doenças do aparelho circulatório geram 25% das internações hospitalares além de comprometer cerca de 13% do total de recursos assistenciais com a saúde.<sup>24</sup>

**TABELA 3. Proporção de internações hospitalares por doenças do aparelho circulatório. Brasil, 1995-2005.**

Unidade da Federação	1995			2000			2005		
	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total
Acre	2,06	4,67	2,91	2,75	5,64	3,70	3,45	6,45	4,53
Alagoas	4,52	8,19	5,75	3,90	7,38	5,07	5,39	10,05	7,00
Amapá	2,86	6,94	4,06	1,51	4,96	2,55	2,80	7,68	4,42
Amazonas	2,32	5,91	3,38	2,44	6,39	3,64	2,90	8,66	5,00
Bahia	5,97	9,73	7,19	6,59	9,86	7,72	6,56	9,61	7,65
Ceará	5,04	9,01	6,39	5,27	8,44	6,38	6,18	9,55	7,45
Distrito Federal	4,05	9,14	5,68	5,31	11,22	7,30	7,42	11,35	8,83
Espírito Santo	8,14	13,62	10,17	9,19	13,03	10,68	10,86	13,62	11,95
Goiás	12,63	17,55	14,51	11,68	13,48	12,41	12,06	14,18	12,94
Maranhão	5,43	9,47	6,75	4,36	7,46	5,42	4,79	8,44	6,02
Mato Grosso	7,68	11,78	9,20	7,80	11,54	9,32	7,12	11,59	8,95
Mato Grosso do Sul	6,57	12,85	8,89	7,33	11,22	8,89	7,32	11,38	8,96
Minas Gerais	11,78	16,90	13,72	11,43	15,56	13,06	11,96	16,14	13,65
Pará	3,74	6,78	4,79	4,53	6,05	5,09	4,84	6,90	5,59
Paraíba	9,34	13,38	10,76	9,13	11,93	10,20	8,33	11,71	9,58
Paraná	10,45	14,82	12,16	11,42	13,26	12,18	11,90	14,47	13,01
Pernambuco	6,29	10,36	7,67	6,11	9,92	7,41	6,61	9,97	7,81
Piauí	6,00	11,49	7,74	8,69	9,59	8,99	6,66	10,74	8,09
Rio de Janeiro	10,52	16,51	12,86	9,08	14,43	11,16	10,40	15,96	12,62
Rio Grande do Norte	4,39	8,10	5,58	4,04	7,11	5,10	4,77	8,77	6,15
Rio Grande do Sul	11,31	13,26	12,10	10,18	11,29	10,64	12,33	14,46	13,23
Rondônia	4,10	7,38	5,28	5,21	7,64	6,18	5,73	8,86	7,01
Roraima	1,26	4,75	2,25	2,41	7,89	4,05	3,17	9,58	5,16
Santa Catarina	10,37	12,91	11,39	10,80	11,86	11,23	12,24	14,31	13,11
São Paulo	9,10	13,65	10,95	9,12	12,41	10,48	9,82	13,64	11,42
Sergipe	4,30	8,76	5,64	4,68	7,49	5,62	5,80	9,45	7,04
Tocantins	6,79	11,79	8,60	5,86	9,38	7,19	5,44	9,93	7,19

Fonte: DATASUS (2008).

As doenças cardiovasculares têm apresentado aumento de incidência de forma significativa, com destaque às doenças isquêmicas do coração e doenças cerebrovasculares, que ainda representam grande carga de doença no Brasil no tocante a internações e correspondem às mais fatais entre as DCNT, com taxa de mortalidade de 47,8% e 50,1%, respectivamente. Segundo o Ministério da Saúde, cerca de 75% das doenças cardiovasculares são atribuíveis a fatores de risco como alimentação inadequada, sedentarismo e tabagismo, o que evidencia a necessidade de ações de prevenção.<sup>7</sup>

Ainda conforme dados do Ministério da Saúde, 31% dos óbitos com causa definida se devem apenas a doenças cardiovasculares.<sup>17</sup> As doenças cardiovasculares afetam de um modo geral coração e vasos sanguíneos. As principais doenças desse grupo de causas são: doença isquêmica do coração e doenças cerebrovasculares. Em 1997, segundo dados do SUS, os gastos com internações por doenças isquêmicas do coração chegaram a 3,26% do gasto total de internações, o que correspondeu a, aproximadamente, 20% das internações no conjunto de doenças do aparelho circulatório.<sup>11</sup>

Todos os estados brasileiros e o Distrito Federal apresentaram predominância do sexo masculino quanto à proporção de internações por doenças do aparelho circulatório, no período de 1995 a 2005 (Tabela 3). Em 2005, o estado de Minas Gerais apresentou a maior proporção total de internações devido às doenças do aparelho circulatório de 13,65% e o Amapá apresentou a menor com 4,42%.

## 5.5 Doenças infecciosas e parasitárias

As doenças infecciosas e parasitárias ainda representam um desafio para o Brasil, que tem que lidar simultaneamente com velhos agravos e ascensão de doenças crônicas.

**TABELA 4. Proporção de internações hospitalares por doenças infecciosas e parasitárias. Brasil, 1995-2005.**

Unidade da Federação	1995			2000			2005		
	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total
Acre	14,58	35,47	21,34	8,70	22,17	13,14	12,88	24,58	17,10
Alagoas	8,79	19,79	12,49	6,81	15,74	9,81	9,76	18,96	12,93
Amapá	9,90	29,04	15,50	7,69	21,42	11,83	8,13	21,28	12,48
Amazonas	8,11	23,43	12,64	5,69	16,97	9,13	8,13	20,89	12,77
Bahia	8,32	17,41	11,28	6,78	13,06	8,95	8,92	15,68	11,34
Ceará	8,55	17,43	11,57	7,48	14,29	9,88	10,82	16,51	12,97
Distrito Federal	2,73	7,05	4,12	2,26	5,15	3,23	3,61	8,15	5,23
Espírito Santo	5,99	11,44	8,02	4,84	8,76	6,36	6,08	10,85	7,97
Goiás	6,13	10,53	7,81	5,38	8,63	6,70	7,23	10,37	8,53
Maranhão	7,07	14,99	9,67	7,99	15,95	10,71	10,89	20,31	14,06
Mato Grosso	8,75	17,01	11,82	4,73	8,13	6,11	7,51	12,70	9,64
Mato Grosso do Sul	6,99	13,82	9,52	7,41	12,56	9,49	7,18	12,51	9,34
Minas Gerais	6,14	10,70	7,87	4,58	7,81	5,85	4,61	7,79	5,90
Pará	12,37	27,36	17,58	11,14	21,83	15,06	11,19	20,78	14,68
Paraíba	7,46	13,77	9,68	10,68	16,81	13,01	12,02	18,83	14,54
Paraná	5,98	10,14	7,61	3,55	5,67	4,43	5,41	7,92	6,50
Pernambuco	7,67	15,19	10,23	6,24	12,58	8,41	7,83	14,66	10,26
Piauí	7,46	15,19	9,91	10,01	18,48	12,87	13,93	22,34	16,87
Rio de Janeiro	4,54	9,12	6,33	3,92	8,41	5,67	4,98	9,21	6,67
Rio Grande do Norte	9,00	18,37	12,01	8,97	16,49	11,58	10,52	17,44	12,91
Rio Grande do Sul	6,63	10,02	8,01	5,77	9,00	7,12	5,94	8,41	6,99
Rondônia	13,47	27,88	18,67	11,98	21,97	15,97	13,48	23,18	17,45
Roraima	10,21	33,03	16,71	6,18	13,29	8,31	6,54	14,93	9,14
Santa Catarina	7,31	11,82	9,11	5,13	8,24	6,40	4,58	7,50	5,81
São Paulo	4,32	7,50	5,61	3,07	6,03	4,30	3,80	6,36	4,88
Sergipe	5,28	13,85	7,86	5,55	11,59	7,57	6,95	14,09	9,37
Tocantins	9,21	19,37	12,88	6,63	12,65	8,92	7,96	14,80	10,63

Fonte: DATASUS (2008).

Verifica-se que ainda há grande participação das doenças infecciosas e parasitárias entre as causas de internação e morte nas regiões Norte e Nordeste, enquanto no Sul e Sudeste encontram-se valores opostos (Tabela 4). Apenas no Distrito Federal e nos estados do Maranhão, Paraíba, Piauí, Rio de Janeiro e Sergipe foram registrados aumentos na proporção de internações por doenças infecciosas e parasitárias, possivelmente em decorrência de recentes epidemias, como o caso da dengue. A maior proporção de doenças infecciosas e parasitárias foi registrada em Rondônia com 17,45% e a menor em São Paulo com 4,88%.

## 5.6 Doenças do aparelho digestivo

Entre as principais causas de internação dentro do grupo de doenças do aparelho digestivo, destacam-se gastroenterite não infecciosa, apendicite, gastrite, duodenite, colecistite e hérnia inguinal.<sup>1</sup>

**TABELA 5. Proporção de internações hospitalares por doenças do aparelho digestivo. Brasil, 1995-2005.**

Unidade da Federação	1995			2000			2005		
	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total
Acre	3,88	9,10	5,57	3,97	9,62	5,83	4,18	9,52	6,10
Alagoas	4,78	9,75	6,45	5,58	11,31	7,50	5,35	11,24	7,38
Amapá	3,80	10,01	5,62	3,72	10,96	5,90	4,58	10,94	6,68
Amazonas	4,49	12,31	6,80	4,95	14,86	7,98	4,74	12,30	7,49
Bahia	5,44	10,85	7,20	6,41	12,11	8,38	6,52	12,26	8,57
Ceará	4,07	9,20	5,82	5,70	11,95	7,90	5,31	10,19	7,15
Distrito Federal	5,00	13,87	7,84	4,48	10,67	6,56	5,57	11,30	7,62
Espírito Santo	5,28	11,63	7,64	6,26	12,90	8,83	6,58	12,64	8,98
Goiás	5,02	9,22	6,62	7,69	12,28	9,56	7,45	11,17	8,99
Maranhão	5,18	9,78	6,69	5,90	10,76	7,56	6,07	12,14	8,11
Mato Grosso	5,37	9,90	7,05	9,77	16,38	12,45	7,44	12,36	9,46
Mato Grosso do Sul	5,64	10,57	7,46	7,91	11,70	9,44	7,61	10,90	8,94
Minas Gerais	5,14	10,83	7,30	6,16	11,95	8,44	6,52	11,81	8,67
Pará	5,53	11,04	7,44	7,31	13,55	9,60	6,50	12,23	8,59
Paraíba	5,26	8,91	6,55	5,70	8,89	6,92	5,72	9,95	7,28
Paraná	5,53	9,66	7,15	7,77	11,99	9,52	7,06	10,39	8,50
Pernambuco	4,94	9,84	6,61	5,88	10,86	7,59	6,17	11,62	8,11
Piauí	6,02	10,04	7,30	5,89	9,02	6,94	6,49	10,54	7,91
Rio de Janeiro	4,34	9,18	6,24	5,25	10,65	7,35	6,04	11,32	8,14
Rio Grande do Norte	4,22	9,95	6,05	5,71	11,34	7,66	5,81	12,64	8,17
Rio Grande do Sul	6,18	10,09	7,77	7,70	11,66	9,36	7,76	11,11	9,19
Rondônia	3,73	7,02	4,92	5,53	9,42	7,08	6,73	10,73	8,37
Roraima	1,56	6,51	2,97	4,07	12,39	6,55	3,65	12,92	6,52
Santa Catarina	5,43	10,07	7,28	7,44	12,48	9,50	7,42	11,90	9,30
São Paulo	5,28	10,58	7,43	6,41	11,98	8,72	6,88	12,13	9,09
Sergipe	5,36	13,34	7,77	6,42	13,74	8,87	5,86	13,25	8,37
Tocantins	4,00	7,40	5,23	5,50	9,21	6,91	5,67	10,27	7,47

Fonte: DATASUS (2008).

Em todas as regiões, observou-se crescimento da proporção de internações por doenças do aparelho digestivo (Tabela 5). Quanto à proporção de internações por doenças do aparelho digestivo, vinte e quatro estados brasileiros apresentaram aumento, com exceção de Sergipe, Amazonas e Distrito Federal no período de 1995 a 2005. Todos os Estados e o Distrito Federal apresentaram maior proporção de internações do sexo masculino. A maior proporção desse grupo de doença foi observada no Mato Grosso com 9,46% e a menor no Acre com 6,1%.

## 5.7 Neoplasias

A elevação dos casos de câncer é uma tendência mundial, o que torna essa DCNT um dos problemas centrais em sistemas de saúde pública nacionais.<sup>29</sup>

Embora as neoplasias não se apresentem como uma das maiores causas de internação, foram responsáveis por cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo todo em 2005, acarretando em custos indiretos em anos de vida perdidos.<sup>3,25</sup>

**TABELA 6. Proporção de internações hospitalares por neoplasias. Brasil, 1995-2005.**

Unidade da Federação	1995			2000			2005		
	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total
Acre	1,37	1,50	1,41	4,83	1,96	3,88	3,51	3,26	3,42
Alagoas	5,44	4,30	2,75	3,52	2,03	3,02	5,44	4,30	5,05
Amapá	0,87	0,77	0,84	1,18	1,22	1,20	1,80	2,65	2,08
Amazonas	1,63	1,76	1,67	2,17	2,41	2,24	3,72	6,54	4,75
Bahia	3,47	2,44	3,13	3,24	2,09	2,85	3,68	4,02	3,80
Ceará	2,61	2,56	2,59	2,11	2,24	2,15	4,64	5,38	4,92
Distrito Federal	3,59	3,67	3,62	3,69	4,21	3,86	5,46	6,07	5,68
Espírito Santo	2,39	2,32	2,36	3,69	3,41	3,58	5,26	5,30	5,27
Goiás	2,63	2,23	2,48	2,89	2,36	2,68	4,45	3,91	4,22
Maranhão	4,22	2,07	3,51	3,76	2,12	3,20	5,11	5,12	5,11
Mato Grosso	2,19	1,66	1,99	2,87	1,43	2,28	4,55	5,05	4,76
Mato Grosso do Sul	2,31	1,92	2,17	2,27	1,55	1,98	4,28	4,63	4,42
Minas Gerais	2,73	2,53	2,65	2,79	2,89	2,83	5,29	5,90	5,54
Pará	2,29	1,40	1,98	2,45	1,28	2,02	2,90	2,55	2,77
Paraíba	3,95	2,76	3,54	2,73	2,51	2,65	3,98	4,02	4,00
Paraná	2,80	2,63	2,73	3,81	3,69	3,76	5,96	6,16	6,05
Pernambuco	3,49	2,41	3,12	2,26	1,87	2,12	3,52	4,41	3,84
Piauí	3,25	2,46	3,00	2,63	2,46	2,57	3,54	3,12	3,39
Rio de Janeiro	4,64	3,53	4,21	5,48	4,15	4,96	7,20	6,07	6,75
Rio Grande do Norte	3,54	2,58	3,23	4,59	3,19	4,11	6,94	6,19	6,68
Rio Grande do Sul	3,76	4,56	4,09	3,86	3,83	3,85	7,24	7,93	7,54
Rondônia	1,18	0,74	1,02	1,72	1,00	1,43	2,53	2,04	2,33
Roraima	0,70	0,55	0,66	1,27	2,16	1,54	1,04	2,20	1,40
Santa Catarina	2,93	3,09	2,99	3,80	3,86	3,82	6,34	6,78	6,53
São Paulo	3,72	3,99	3,83	3,92	3,85	3,89	5,73	5,97	5,83
Sergipe	2,05	1,66	1,93	3,11	1,49	2,57	4,92	5,47	5,11
Tocantins	1,40	1,39	1,39	3,65	2,06	3,04	3,85	4,08	3,94

Fonte: DATASUS (2008).

Ao analisarmos a proporção de casos de neoplasias, não há clara predominância de casos da doença segundo gênero, no entanto, seguindo o aumento de casos que ocorre no mundo, o Brasil também apresentou um crescimento de tal DCNT em todos os estados e no Distrito Federal, ao longo do período de 1995 a 2005 (Tabela 6).

O Rio Grande do Sul apresentou a maior proporção total de internações por neoplasias com 7,56% e Roraima com 1,4% foi o estado que apresentou menor proporção desse grupo de doença.

Segundo o INCA, câncer de mama, cólon e reto, colo uterino e estômago predominam entre mulheres como causas de óbito por câncer no Brasil. Tumores de pulmão, próstata, estômago, esôfago e boca destacam-se como causas de mortalidade no sexo masculino. Entre as neoplasias que apresentam maior taxa de mortalidade por 100 mil pessoas no sexo masculino, destacam-se neoplasias de pulmão, traquéia e brônquios (12%) e neoplasias de estômago e próstata (8,9%).<sup>19</sup>



## 6. EVOLUÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS DESTINADOS À SAÚDE NO BRASIL

### 6.1 Orçamento público direcionado à saúde

O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) depende de recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais que constituem recursos dos governos federal, estaduais e municipais, assim como outras fontes de recursos para financiamento do gasto público federal com saúde, tais como impostos e contribuições de receitas próprias, convênios com organismos internacionais e setor privado, operações de crédito, entre outros.<sup>2</sup>

**TABELA 7. Evolução de gastos da União em serviços públicos de saúde. Brasil, 2000-2005.**

<b>Ano</b>	<b>Orçamento executado em ações e serviços públicos de saúde</b> (R\$ bilhões)	<b>Gasto anual <i>per capita</i> União</b> (US\$)
2000	20.351	65,52
2001	22.474	55,42
2002	24.737	48,37
2003	27.181	50,09
2004	32.703	62,39
2005	36.475	77,47

Fonte: MS, Datasus; FGV, Conjuntura Econômica, abril de 2006.

Embora o orçamento destinado à saúde tenha demonstrado uma ligeira ascensão, esse acréscimo não correspondeu a um aumento do investimento público na área de saúde no período de 2000 a 2005 (Tabela 7).

Nos três âmbitos de governo, observou-se uma elevação dos gastos com serviços públicos de saúde, fato que ocorreu devido à inclusão de despesas alheias ao SUS, como o fundo de erradicação da pobreza, os serviços da dívida e os encargos previdenciários da União.<sup>6</sup>

O embate pela definição dos gastos em saúde conduziu à aprovação da Resolução 322 pelo Conselho Nacional de Saúde, em 08 de maio de 2003, a qual definiu as ações e serviços de saúde pública.

A resolução 322 teve como intuito garantir a vinculação dos recursos já determinados na Emenda Constitucional 29, de 13 de setembro de 2000, que estabeleceu a obrigação dos entes da federação de realizarem aplicações mínimas anuais de recursos orçamentários em ações, bens e serviços públicos de saúde.

No Brasil, as esferas estaduais e municipais são dependentes do financiamento do governo federal, em função do padrão de distribuição de recursos da saúde e do desenho das políticas de saúde, que pode ser comprovado ao se comparar os orçamentos executados pelos municípios e estados, em torno de 17 bilhões, frente aos 36 bilhões executados pela União (Tabelas 8 e 9).

**TABELA 8. Evolução de gastos dos estados em serviços públicos de saúde. Brasil, 2000-2005.**

<b>Ano</b>	<b>Orçamento executado em ações e serviços públicos de saúde (R\$ bilhões)</b>	<b>Gasto anual <i>per capita</i> Estados (US\$)</b>
2000	6.313	20,32
2001	8.270	20,39
2002	10.078	19,71
2003	12.224	22,5
2004	15.104	28,81
2005	17.633	37,45

Fonte: MS, Datasus; FGV, Conjuntura Econômica, abril de 2006.

**TABELA 9. Evolução de gastos dos municípios em serviços públicos de saúde. Brasil, 2000-2005.**

<b>Ano</b>	<b>Orçamento executado em ações e serviços públicos de saúde (R\$ bilhões)</b>	<b>Gasto anual <i>per capita</i> Municípios (US\$)</b>
2000	7.404	23,83
2001	9.269	22,86
2002	11.759	22,99
2003	14.218	26,17
2004	16.141	30,79
2005	17.920	38,06

Fonte: MS, Datasus; FGV, Conjuntura Econômica, abril de 2006.

A partir das estimativas de gastos do SUS relativos a atendimentos ambulatoriais e hospitalares (Tabela 10), pode-se observar que o empenho de recursos financeiros relativos às DCNT é bastante alto.<sup>7</sup>

**TABELA 10. Estimativas dos gastos do Sistema Único de Saúde com Doenças Crônicas Não-Transmissíveis. Brasil, 2002.**

<b>Gastos SUS</b>	<b>R\$</b>	<b>%</b>	<b>R\$/hab</b>
Estimativas de Gastos Ambulatoriais	3.824.175.399,40	35,0	22,2
Gastos com Internações	3.738.515.448,92	34,2	21,7
Total de Gastos com DCNT	7.562.690.848,32	69,1	44,0
Total de Gastos Ambulatoriais e Hospitalares	10.938.741.553,89	100,0	63,6

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares - SIH - SUS /MS

Sistema de Informações Ambulatoriais- SIA - SUS/ MS

## 6.2 Evolução do dispêndio nacional no setor saúde

Os custos das DCNT podem ser diretos ou indiretos. Os custos diretos referem-se aos custos médicos no tratamento das doenças crônicas e os custos indiretos implicam em custos devido à redução de produtividade e das faltas no trabalho.

A participação do gasto federal com saúde em relação ao PIB sofreu queda nos anos de 1996, 1998, 2003 e 2005, e apresentou elevação nos anos de 1995, 2000, 2001 e 2006, sendo que o ápice de sua participação ocorreu ano de 1995, no qual os gastos totais com saúde atingiram cerca de 1,79% do PIB (Tabela 11).

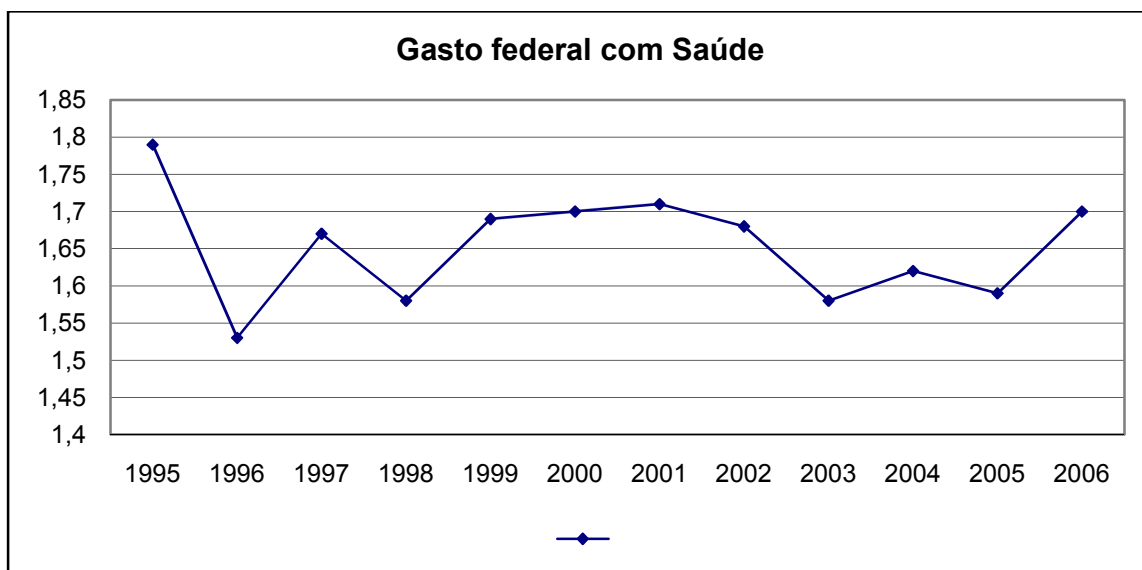
**TABELA 11. Evolução do gasto federal destinado ao Ministério da Saúde em relação ao PIB. Brasil, 1995-2006.**

Itens de gasto	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
I. Gasto direto com saúde	1,55	1,26	1,31	1,01	0,97	0,87	0,81	0,75	0,67	0,54	0,48	0,53
a. Pessoal	0,35	0,28	0,25	0,22	0,22	0,21	0,19	0,19	0,21	0,2	0,18	0,21
b. Outras despesas correntes	1,16	0,96	1,04	0,77	0,72	0,62	0,59	0,54	0,44	0,31	0,28	0,29
c. Outros gastos diretos	0,04	0,02	0,03	0,02	0,02	0,04	0,03	0,02	0,02	0,03	0,03	0,03
II. Transferência a estados e DF	0,11	0,06	0,08	0,09	0,11	0,19	0,21	0,24	0,26	0,37	0,41	0,45
III. Transferência a municípios	0,1	0,18	0,24	0,41	0,54	0,59	0,63	0,63	0,6	0,66	0,65	0,69
IV. Outras transferências	0,04	0,03	0,04	0,07	0,07	0,05	0,06	0,06	0,05	0,05	0,05	0,04
Total	1,79	1,53	1,67	1,58	1,69	1,7	1,71	1,68	1,58	1,62	1,59	1,7

Fonte: IPEA/DISOC - estimativas anuais a partir dos dados do SIAFI/SIDOR e das Contas Nacionais do IBGE.

O gasto federal destinado ao Ministério da Saúde em 1996 (Figura 1) apresentou a proporção mais baixa do período de 1,53% em relação ao PIB.<sup>10</sup>

**FIGURA 1. Evolução do gasto federal destinado ao Ministério da Saúde em relação ao PIB. Brasil, 1995-2006.**



Fonte: IPEA/DISOC - estimativas anuais a partir dos dados do SIAFI/SIDOR e das Contas Nacionais do IBGE.

Os gastos com saúde no Brasil representam cerca de US\$153 per capita ao ano (Tabela 12), o que significa um investimento de 10 a 15 vezes inferior na área de saúde em relação a países como Canadá, Austrália e Reino Unido, situando-se em patamar inferior ao valor empenhado em países como México e Cuba, que apresentam gasto per capita anual em saúde de US\$172 e US\$183, respectivamente, segundo dados do Relatório Mundial da Saúde de 2006.<sup>12</sup>

Segundo o Tribunal de Contas da União, 45,4% do orçamento executado pela União em 2007 foi transferido para municípios e 25,1% para estados e Distrito Federal, executando diretamente 27,1% do orçamento em ações, bens e serviços de saúde.

Cabe aos municípios, entre outras atribuições, garantir a integralidade das ações de atenção à saúde de sua população. Os estados, Distrito Federal e a União, por sua vez, respondem solidariamente com municípios pela integralidade das ações em saúde. No governo federal, a direção do SUS cabe ao Ministério da Saúde, no qual foi integralmente alocado o orçamento da função saúde em 2007.<sup>25</sup>

Os gastos públicos provocados pelas doenças crônicas representam um empecilho ao crescimento econômico, à medida que geram redução do potencial de

desenvolvimento dos países pela depleção de sua força de trabalho e redução do empenho de recursos públicos em outras ações prioritárias.

**TABELA 12. Evolução de gastos da União, estados e municípios em serviços públicos de saúde. Brasil, 2000-2005.**

<b>Ano</b>	<b>U+E+M (R\$ bilhões)</b>	<b>Gasto anual <i>per capita</i> (US\$)</b>
2000	34.069	109,67
2001	40.013	98,67
2002	46.574	91,07
2003	53.633	98,68
2004	63.948	121,99
2005	72.031	152,97

Fonte: MS, Datasus; FGV, Conjuntura Econômica, abril de 2006.

## **7. CONCLUSÃO**

O enfoque do presente estudo concentrou-se em doenças crônicas não-transmissíveis, de forma a ressaltar a economia de recursos públicos na área de saúde que poderia ser obtida através da adoção de práticas e ações em medicina preventiva.

A escolha das doenças para análise buscou analisar as principais doenças em cada grupo de causas de internações entre indivíduos do gênero masculino, que pode ser considerado um grupo populacional de alta vulnerabilidade em doenças crônicas não transmissíveis devido a três fatores: (1) constitui grupo populacional pouco propenso à adesão em ações de monitoramento e prevenção em saúde; (2) em geral, não se destaca como público-alvo usual dos principais programas e ações em saúde pública; e (3) apresenta altas taxas de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis.

As doenças crônicas mostraram maior predominância, em sua maioria, entre indivíduos do gênero masculino, o que evidencia a necessidade de um direcionamento maior de recursos públicos para ações preventivas em saúde pública direcionadas ao homem, que apresentam amplo escopo de medidas preventivas quanto a suas principais causas e agravantes conhecidos.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guerra M.R., Gallo C.V.M., Mendonça G.A.S. **Risco de câncer no Brasil: Tendências e estudos epidemiológicos mais recentes.** Rev Bras Cancerologia 2005, 51(3):227-234. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_51/v03/pdf/revisao1.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v03/pdf/revisao1.pdf) [Acesso em 21 de setembro de 2008].
2. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Dimensionamento e acompanhamento do gasto social federal.** Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/pub/td/td\\_547.pdf](http://www.ipea.gov.br/pub/td/td_547.pdf) [Acesso em 10 de junho de 2008].
3. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2006: Incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2005b. 94p. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=1793](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=1793) [Acesso em 04 de julho de 2008].
4. Instituto Nacional do Câncer. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003.** Rio de Janeiro: INCA, 2004a. 186p.
5. Lessa I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciênc Saúde Coletiva** 2004, 9(4):931-943.
6. Marques R.M., Mendes A. Servindo a dois Senhores: As políticas sociais no governo Lula. **Revista Katálysis** 2007, 10(1)15-23. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-49802007000100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-49802007000100003&script=sci_arttext) [Acesso em 15 de setembro de 2008].
7. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro.** Brasília: OPAS, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf> [Acesso em 14 de setembro de 2008].
8. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde.** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2007/d13.def> [Acesso em 15 de agosto de 2008].
9. Ministério da Saúde. **Glossário temático: Economia da saúde.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 56p.



10. Ministério da Saúde. **Indicadores e Dados Básicos**. Disponível em: [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/e07\\_2000.htm](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/e07_2000.htm) [Acesso em 05 de junho de 2008].
11. Ministério da Saúde. **Ministério fará pesquisa sobre diabetes entre jovens**. Brasília: SUS na Mídia - Agência Saúde. Disponível em: [http://sus20anos.saude.gov.br/sus20anos/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=587%3Aministerio-fara-pesquisa-sobre-diabetes-entre-jovens&catid=30%3Asus-na-midia&Itemid=34](http://sus20anos.saude.gov.br/sus20anos/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=587%3Aministerio-fara-pesquisa-sobre-diabetes-entre-jovens&catid=30%3Asus-na-midia&Itemid=34) [Acesso em 21 de setembro de 2008].
12. Ministério da Saúde. **Painel de Indicadores do SUS**. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/painel\\_%20indicadores\\_do\\_SUS.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/painel_%20indicadores_do_SUS.pdf) [Acesso em 15 de maio de 2008].
13. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus***. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. 102p.
14. Ministério da Saúde. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: Manual técnico**. 2ª.Edição. Rio de Janeiro: ANS, 2007. 160p.
15. Ministério da Saúde. **Política nacional de alimentação e nutrição**. 2ª.Edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnan.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnan.pdf) [Acesso em 06 de setembro de 2008].
16. Organização Mundial da Saúde. **Tabagismo e saúde nos países em desenvolvimento**. Brasília, 2003. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/tabagismo\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/tabagismo_saude.pdf) [Acesso em 20 de maio de 2008].
17. Organização Pan-Americana da Saúde. **A saúde no Brasil**. Disponível em: <http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/SAUDEBR.PDF> [Acesso em 24 de outubro de 2008].
18. Organização Pan-Americana da Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas: Componentes estruturais de ação**. Brasília, 2003. Disponível em: [www.opas.org.br/sistema/arquivos/Manual\\_final.pdf](http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/Manual_final.pdf) [Acesso em 23 de maio de 2008].

19. Organização Pan-Americana da Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: Conceitos e aplicações.** Brasília: OPAS, 2002. 299p. Disponível em: [www.opas.org.br/sistema/arquivos/matriz.pdf](http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/matriz.pdf) [Acesso em 21 de setembro de 2008].
20. Organização Pan-Americana da Saúde. **Prevenindo doenças crônicas: Um investimento vital.** Disponível em: <http://www.opas.org.br/mostrant.cfm?codigodest=274> [Acesso em 15 de agosto de 2008].
21. Pitanga F.J.G. **Epidemiologia da atividade física, exercício físico e saúde.** 2ª.Edição. São Paulo: Phorte, 2004.
22. Portugal. Ministério da Saúde. **Doenças cardiovasculares.** Disponível em: <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/doencas+do+aparelho+circulatorio/doencascardiovasculares.htm> [Acesso em 15 de agosto de 2008].
23. Portugal. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde. O que são doenças crônicas?** Lisboa: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: [www.min-saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/doencas+cronicas/doencascronicas.htm](http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/doencas+cronicas/doencascronicas.htm) [Acesso em 15 de agosto de 2008].
24. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. **Morbidade e fatores de risco.** Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/planoestadual/13%20-%20diag%20morbidade%20hospitalar.pdf> [Acesso em 15 de outubro de 2008].
25. Tribunal de Contas da União. **Publicações institucionais.** Disponível em: [http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/publicacoes\\_institucionais/relatorios](http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/publicacoes_institucionais/relatorios) [Acesso em: 15 de maio de 2008].
26. World Cancer Research Fund (WCRF). **Report recommendations.** Disponível em: [http://www.wcrf.org/research/expert\\_report/recommendations.htm](http://www.wcrf.org/research/expert_report/recommendations.htm) [Acesso em 16 de agosto de 2008].
27. World Health Organization. **Global strategy on diet, physical activity and health - Fact sheets.** Disponível em: <http://www.who.int/hpr/gf.facts.html> [Acesso em 16 de agosto de 2008].
28. World Health Organization. **Globalization, diets and noncommunicable diseases.** Switzerland: WHO, 2002. 64p.

29. World Health Organization. **Media Centre.Fact Sheet nº 297. Cancer.** Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/em/index.html> [Acesso em 12 de setembro de 2008].