



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**

Felipe Gonçalves Brasil

Orientadora: Prof^a. Dr^a. 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 ao aluno Felipe Gonçalves Brasil preparar a pesquisa sobre o histórico das políticas públicas de saúde no Brasil e suas repercussões sobre a instituição de programas de saúde direcionados aos indivíduos do gênero masculino, apresentando alguns indicativos sobre o impacto de um histórico de políticas públicas centradas em grupos populacionais considerados fragilizados sobre o cenário atual de baixa implementação e adesão a ações de prevenção em saúde direcionadas ao grupo populacional em questão.

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 do aluno Felipe Gonçalves Brasil, dada a recente finalização da pesquisa. Destaca-se a ocorrência de alguns problemas relativos ao

desenvolvimento da pesquisa pelo aluno dentro do Programa Ensinar com Pesquisa, especialmente no tocante à falta de conhecimento sobre busca de bibliografia em bases de dados confiáveis, regras e formatos de citação de publicações e entrega de resultados com atraso.

Flávia Mori Sarti Machado

Orientadora

RESUMO

A presente pesquisa partiu das questões: *“Porque o sexo masculino não responde às políticas de prevenção e promoção à saúde?”* e *“Quais benefícios tais políticas trariam nos âmbitos econômico e social?”*, buscando analisar de que forma políticas de promoção da prevenção em saúde direcionadas ao gênero masculino poderiam resultar em benefícios no campo da saúde coletiva. Destacou-se a perspectiva de gênero, as singularidades da saúde masculina, e, comparativamente, as relações inter-gêneros. Tal abordagem buscou evidenciar que o direcionamento de maior volume de investimentos públicos destinados às ações preventivas, em substituição ao enfoque sobre ações meramente curativas, acarretaria em melhorias de eficiência econômica no emprego de recursos destinados à saúde pública.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2.	OBJETIVOS	8
3.	JUSTIFICATIVA	9
4.	MATERIAL E MÉTODOS	11
5.	HISTÓRICO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE NO BRASIL	12
5.1	Políticas públicas em saúde direcionadas a grupos fragilizados: Crianças	12
5.2	Políticas públicas em saúde direcionadas a grupos fragilizados: Mulheres.....	15
5.3	Políticas públicas em saúde direcionadas a grupos fragilizados: Trabalhadores.....	19
5.4	Políticas públicas em saúde direcionadas a grupos fragilizados: Idosos.....	23
6.	CUSTOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE.....	26
6.1	Ocorrência de doenças atribuíveis à falta de prevenção	29
7.	CONCLUSÃO	35
8.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36

1 INTRODUÇÃO

A saúde do homem é um tabu na sociedade. Independentemente do nível social, ainda existem barreiras a serem vencidas. Um exemplo da situação é o exame do toque retal, fundamental na prevenção de alterações prostáticas.

Segundo Gomes (2003:828) *“Poderíamos citar vários exemplos para problematizar a dificuldade de promovermos medidas preventivas que demandem a discussão da representação da sexualidade masculina. Entre eles, podemos focalizar a nossa atenção para a prevenção do câncer de próstata. O toque retal é, relativamente, uma medida preventiva de baixo custo. No entanto, é um procedimento que mexe com o imaginário masculino, a ponto de afastar inúmeros homens da prevenção do câncer de próstata. Essa recusa não ocorre, necessariamente, por conta da falta de informações acerca da efetividade dessa medida preventiva. Quando arrebatados pelo senso comum, homens bem informados, no mínimo, resistem a se prevenirem dessa forma. Não precisamos raciocinar muito para descobrirmos que o toque retal mexe com características identitárias masculinas.”*

Se analisarmos os dados estatísticos apresentados por Laurenti (2002) mostrando os dez principais grupos de causas de morte do gênero masculino no Brasil, em 2000, podemos concluir que a adesão à técnicas preventivas, poderia reverter os seguintes dados:

- Doenças do aparelho circulatório – 27,5%;
- Neoplasias (tumores) – 12,7%;
- Causas externas – 12,5%;
- Doenças do aparelho respiratório – 9,3%;
- Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas – 5,0%;
- Doenças infecciosas e parasitárias – 4,7%;
- Doenças do aparelho digestivo – 4,5%;
- Algumas afecções do período perinatal – 3,9%;
- Doenças do sistema nervoso – 1,2%; e
- Más-formações congênitas – 1,0%.

Nota-se que, somando-se alguns dos fatores passíveis de redução via ações de prevenção, como doenças cardiovasculares e câncer, alcança-se 40% do total de causas de morte do gênero masculino.

O presente estudo, visando otimizar recursos públicos destinados à saúde e melhorar a vida dos homens, buscou demonstrar a possibilidade de mudança desse gráfico, apenas usando a prevenção.

Sobre os impactos econômicos gerados via políticas de prevenção em saúde, um estudo norte-americano sobre câncer indica que: *“sem considerar os outros custos sociais, para cada caso tratado na fase precoce (estádio I), a economia é de US\$ 40.000,00 (quarenta mil dólares) quando comparado com tratamento nos estádios III e IV. Assim, caso fossem tratados 50 casos no estágio I, em vez de estádios avançados, haveria uma economia de US\$ 2.000.000,00 (dois milhões de dólares).”* (TSAO, ROGERS e SOBRE 1998:675).

Ou seja, em um país com significativo déficit de recursos como o Brasil, tais valores não deveriam ser desperdiçados, devendo ser otimizados para melhoria do atendimento em saúde e resolução dos problemas do setor saúde.

Casos de reincidência de determinadas doenças são majoritariamente causados pela ausência de cuidados na manutenção da saúde, isto é, falta de ações de prevenção. Ou seja, mesmo com adoção de procedimentos médicos curativos, que, em geral, apresentam altos custos, caso não sejam adotadas medidas de prevenção, pode ocorrer reincidência de doenças em estágios gradativamente mais avançados, gerando gastos públicos cada vez mais altos.

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 estudo foram:

1. Efetuar comparações entre programas já realizados de políticas preventivas direcionados ao gênero masculino e outros grupos populacionais de destaque em políticas públicas de saúde;
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

A cultura do gênero masculino é um dos principais tabus à sua própria existência. Os homens apresentam menor expectativa de vida do que as mulheres, como mostra Braz (2005): *“dados de morbidade e mortalidade de homens e mulheres evidenciam uma sobre mortalidade masculina que transcende a questão da violência”*, entre diversas análises de dados populacionais, como, por exemplo, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2003).

É, portanto, parte da identidade masculina apresentar certa aversão aos cuidados preventivos em saúde, mesmo que sejam imprescindíveis para aumento da própria sobrevivência.

Em termos de cuidados preventivos, a saúde da mulher é priorizada em diversos países. A mulher, em geral, busca atendimentos médicos, realização de exames, resposta a pesquisas e adesão às campanhas de esclarecimento público e prevenção.

No caso masculino, aparentemente ainda não há prioridade na busca de ações de prevenção contra a ocorrência de doenças cardiovasculares, como infarto do miocárdio e derrames, primeira causa de mortalidade natural da população, e câncer, que constitui a segunda causa de morte natural.

Assim sendo, a análise de políticas públicas efetivas à melhoria da saúde dos indivíduos do gênero masculino, associada à busca pela otimização no emprego eficiente de recursos públicos em saúde, torna as políticas públicas preventivas direcionadas às particularidades do homem uma área de pesquisa de interesse à saúde pública.

Portanto, o tema tratado pela presente pesquisa concentra-se sobre os efeitos econômicos causados pela difícil adesão do público masculino aos projetos de políticas de promoção de ações preventivas em saúde, buscando analisar os benefícios gerados por políticas públicas de prevenção eficientes e suas possíveis consequências sobre a saúde do homem e os gastos públicos destinados à saúde.

O presente estudo procurará responder porque o sexo masculino não responde às políticas de prevenção e promoção à saúde e quais benefícios tais políticas trariam nos âmbitos econômico e social.

A hipótese da presente pesquisa, portanto, é que, caso o homem se familiarize com métodos simples de prevenção, como cuidados médicos e exames periódicos, assim como práticas de vida saudáveis, como exercícios físicos e abstenção de práticas prejudiciais à saúde (álcool, fumo, etc.), sua sobrevivência seria ampliada de forma significativa, gerando amplos retornos sociais.

Além disso, com base nos eventos registrados em políticas públicas destinadas às mulheres, a transferência do investimento público do tratamento final aos cuidados preventivos pode resultar não apenas na melhoria da saúde como em potencialização do uso eficiente de recursos públicos.

4. MATERIAL E MÉTODOS

Dados os objetivos do estudo, buscou-se efetuar uma análise da evolução de políticas públicas preventivas implementadas historicamente no Brasil, comparativamente à realidade observada dos indivíduos do sexo masculino, por meio de levantamento bibliográfico nas bases de dados Scielo e Acervo da Biblioteca da Escola de Artes, Ciências e Humanidades acerca de publicações que tratassem do tema “políticas públicas de saúde no Brasil” e “ações de prevenção em saúde ao gênero masculino”.

5. HISTÓRICO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE NO BRASIL

5.1 Políticas públicas em saúde direcionadas a grupos fragilizados: Crianças

A desnutrição infantil, políticas de combate à fome, são os principais assuntos na pauta da saúde pública Brasileira no que tange a saúde infantil. Desta forma, em 1999 o Ministério da Saúde, desenvolveu a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Neste contexto pode-se explicar a atual PNAN, proposta para ser implementada pelo setor da saúde como parte integrante da Política Nacional de Saúde, cujo propósito é "a garantia da qualidade dos alimentos colocados para o consumo no país, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais", entendendo-se caber ao Estado e à sociedade respeitar, proteger e facilitar ações para permitir a todos se alimentarem de forma digna e indicando que a realização plena da segurança alimentar extrapola a área da saúde, exigindo uma intervenção inter- setorial (BRASIL, 2000).

Dentro da PNAN, instituiu-se o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) pela Portaria nº 1.156 de 31 de agosto de 1990 que, entre outras funções, tem que priorizar o acompanhamento de crianças menores de cinco anos suscetíveis aos agravos nutricionais. O SISVAN descreve e analisa a situação alimentar e nutricional da população brasileira, contribuindo para que se conheça a natureza, tamanho e evolução dos problemas de nutrição, evidenciando focos, através de análises de áreas geográficas, apresentação em diferentes grupos sociais e, dando prioridade à grupos populacionais de maior risco aos agravos nutricionais (BRASIL, 2000).

Além deste, objetivo do programa é avaliar o estado nutricional de indivíduos para obter o diagnóstico precoce dos possíveis desvios nutricionais, seja baixo peso ou sobrepeso/obesidade, evitando as conseqüências decorrentes desses agravos à saúde. Pode-se, portanto, identificar intrínseca à esta política pública, tudo o que se discute neste trabalho: as políticas públicas de promoção e prevenção como armas para redução de custos, diretos e indiretos, assim como ações que melhoram a qualidade de vida da população (BRASIL, 2000).

A população atendida é formada por indivíduos, de qualquer fase do ciclo de vida (criança, adolescente, adulto, idoso, gestante) que procurar por demanda espontânea um Estabelecimento Assistencial de Saúde (EAS) ou que é assistida pelo

Programa de Saúde da Família (PSF) e pelo Programa de Agente Comunitário de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Não é tarefa fácil propor a uniformização das práticas de um Sistema como o SISVAN em um país com tantas diversidades e contrastes, como é o caso do Brasil. No entanto, para que se tenha a informação padronizada e passível de comparações entre municípios, estados, regiões e outros estados pertinentes é imprescindível a construção de um sistema para todas as Unidades da Federação, que consiste em um processo de transformação de dados em informações, os quais são, posteriormente, usadas para tomada de decisão, formulação ou reorientação de políticas públicas.

Uma política pública de destaque na atenção à saúde da criança, a puericultura, incorporada aos avanços da teoria microbiana, chega ao Brasil em 1890, entre 1910 e 1930, a puericultura se institucionaliza, incorporada às leis, às propostas de saúde pública e à prática pediátrica. Em 1940, institui-se o Departamento Nacional da Criança, quando foram inaugurados inúmeros postos de puericultura, maternidades e serviços de pré-natal. Tradicionalmente, a puericultura é definida como o conjunto de técnicas empregadas para assegurar o perfeito desenvolvimento físico e mental da criança, desde o período de gestação até a idade de 4 ou 5 anos, e, por extensão, da gestação à puberdade.

Essa definição está baseada na pressuposição de que a atenção à criança pensada dessa forma, isto é, em todos os aspectos biológicos, psicológicos e sociais, pode prevenir doenças, auxiliar na expressão genética plena, livre de interferências do meio, e resultar em "um adulto mais saudável, com melhor qualidade de vida e, certamente, mais feliz (DANELUZZI, 2000).

De forma a atingir os direitos gerais da criança e do adolescente, a Constituição de 1988 coloca a criança e o adolescente numa posição especial que oferece a estes direitos fundamentais como à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. Diz no artigo 196, "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". Portanto, a inclusão do ECA neste histórico de políticas públicas de atenção à criança e ao adolescente, mostra,

segundo os próprios preceitos constitucionais, a indissociabilidade das políticas sociais e de saúde.

Um ponto importante a destacar é que no Brasil, algumas das principais políticas de sociais e de saúde no Brasil elegeram a família como elemento central de sua atuação. Dentro da visão de determinantes sociais, ambientes familiares instáveis são considerados como fatores de risco à saúde. Em contrapartida, a política social implícita no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Brasil, 1990), aprovado pelo Congresso Nacional pela Lei 8.069/90, mais do que regulamentar as conquistas em favor das crianças e adolescentes na constituição federal, veio promover um importante conjunto de revelações que extrapolam o campo jurídico, desdobrando-se e envolvendo outras áreas da realidade política e social do Brasil. A primeira foi à concepção de que as crianças e adolescentes são definidos como “pessoas em condição peculiar de desenvolvimento”, ou seja, que estão em idade de formação e, por isso, necessitam da proteção integral e prioritária de seus direitos por parte da família, da sociedade e do Estado. Crianças e adolescentes são definidos também como “sujeitos de direitos”, significando que não podem mais ser tratados como objetos passivos de controle por parte da família, do Estado e da sociedade (FROTA, 2002). O Estatuto entrou em vigor em 12 de outubro de 1991 e se consolidou no ordenamento jurídico as mudanças ocorridas na ordem social (DIMENSTEIN, 2002).

A promulgação da Lei 8069/90 (ECA) fez com que o país adotasse uma nova doutrina em relação à formulação e implementação das políticas públicas voltadas para crianças e adolescentes. Pela primeira vez na história constitucional brasileira, foi conferida à criança e ao adolescente a condição de sujeito de direito e de prioridade absoluta, responsabilizando pela sua proteção a família, a sociedade e o Estado. O ECA foi criado a partir de amplas discussões e estudos de diferentes organismos da sociedade. Reforça a proteção integral de todas as crianças e adolescentes, assegurando-lhes a condição de pessoas em desenvolvimento e que gozam de direitos e deveres (CARBONERA, 2000).

5.2 Políticas públicas em saúde direcionadas a grupos fragilizados: Mulheres

Os movimentos feministas, através da reivindicação dos direitos reprodutivos e da reapropriação do corpo, levou à formação de grupos que enfatizavam o aprendizado e o autodomínio do corpo, do conhecimento de seus aspectos reprodutivos e sexuais, com base na idéia da autonomia das mulheres. Estes movimentos consideravam que só o conhecimento dessas questões e que a conseqüente autodeterminação por eles gerada daria às mulheres condição de construírem com liberdade suas trajetórias reprodutivas.(FIGUEIREDO, 1988)

Esta luta traçada pelos movimentos feministas contribuiu para a formação atual das políticas públicas de saúde vigentes no país, na medida em que mostravam a necessidade de atendimento às especificidades do público feminino. Desta forma, os ideais feministas ganharam espaço na agenda pública, resultando na formulação e implementação de políticas específicas para as mulheres (ALVES, 1980; COSTA, 1994).

A luta recuperou um saber historicamente desenvolvido pelas mulheres por meio da experiência adquirida com seu ciclo reprodutivo e teve como resultado a formação de grupos autoconscientes. Esse discernimento se reflete atualmente nas políticas preventivas caracterizadas por grande aceitação desse público, tais como: controle do câncer de mama e colo do útero. Se o objetivo dos movimentos feministas era o de assumir as diferenças entre os gêneros, tentando, para isso, romper com as desigualdades na área da saúde até os anos 70; a partir dos anos 80 houve uma inversão desta desigualdade, já que o que se vê atualmente é um cuidado muito maior com a saúde específica das mulheres, enquanto que as políticas de saúde para homens são generalistas (ALVES, 1980; FIGUEIREDO, 1988; COSTA, 1994).

A regra da oportunidade eqüitativa, que, em relação à assistência em saúde, no que concerne ao sexo, implica a exclusão de políticas que privem os homens, por exemplo, dos serviços de saúde. Se há algum tempo, os indicadores eram desfavoráveis às mulheres e ainda continuam sendo em muitas áreas médicas, entretanto, com os dados que estão sendo discutidos neste trabalho, pode-se ver que está havendo uma discriminação por sexo em nosso país em relação aos homens, mesmo que se considere que possa haver discriminação também em relação às mulheres. Neste sentido, desconhece-se um Instituto de Saúde do Homem, enquanto abundam os Institutos e Serviços de Saúde da Mulher e da Criança (GOMES, 2003).

Existem variados preconceitos e discriminações contra o gênero feminino, mas há também que se reconhecer sua existência contra o masculino. O preconceito pode ser defendido como um processo de estereotipagem sistemático e conseqüente discriminação. A terminologia usada para designar o gênero masculino e feminino dificulta pensar de outras maneiras (NUNES, 2001). Carimbam-se os homens como fortes e as mulheres como frágeis e isto os definem como pessoas, deste modo, ajudando na constituição da subjetividade.

Este preconceito se reflete na sociedade como um todo, nas formulações das políticas públicas e também pode ser sentido em relação aos profissionais de saúde e mesmo parceiras que estranham quando um homem procura de forma preventiva um serviço de saúde. O preconceito sexual nem sempre aparece como uma discriminação sexual visível, como no caso das mulheres, mas ele aparece de forma clara em relação aos homens porque determinadas condutas podem ser vistas "coisas de mulherzinha" (SCAVONI, 2000).

Além disso, não podemos desconsiderar que avanços na forma de conceber o que é ser feminino, conquistado pelo movimento feminista, demandaram deslocamentos no campo dos papéis masculinos. Tal abordagem do movimento feminista pode vir de encontro a uma política que preconiza a superação do modelo de mulher e saúde para o de gênero e saúde. A proposta de programas de saúde voltados para gênero busca sair de um enfoque do risco e do dano da saúde da mulher para o da saúde como satisfação das necessidades humanas (SCAVONI, 2000). Nessa proposta também está presente a idéia de que, para se chegar a um programa de saúde, a mulher como sujeito de direitos deve ser fortalecida.

“O início das políticas públicas de atenção à saúde da mulher, na história do Brasil até os anos de 1970, tem-se reduzido, geralmente, aos cuidados materno-infantil, com única atenção ao período de gravidez e parto.” (CALAZANS, 2008).

Um breve histórico das políticas de atenção à saúde da mulher inicia – se com o (PAISM), o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (de 1984), passando por eventos de grande importância para a ampliação do conceito de saúde da mulher, com destaque ao que tange a da promoção de sua saúde, como políticas preventivas relacionadas à sexualidade, aborto, adolescência, velhice, trabalho e saúde, destacados nas Conferências Nacionais de Saúde e Direitos da Mulher, em 1986 e

1989. Desde então as políticas públicas focalizadas na saúde da mulher vêm crescendo no Brasil, com destaque ao programa iniciado em 2004, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes, construída a partir da proposição do SUS, respeitando as características da nova política de saúde.” (CALAZANS, 2008).

Tabela 1. Óbitos por afecções originadas no período perinatal segundo estados da federação. Brasil, 1990-2004.

Unidades da Federação	1990			1995			2000			2004		
	Fem	Masc	Total	Fem	Masc	Total	Fem	Masc	Total	Fem	Masc	Total
Acre	53	79	132	58	89	147	87	125	212	54	89	143
Alagoas	260	333	593	178	301	479	395	577	972	279	394	673
Amapá	32	52	84	91	144	235	95	140	235	95	127	222
Amazonas	173	272	445	363	522	885	424	553	977	267	358	625
Bahia	973	1.336	2.309	1.018	1.273	2.291	1.214	1.646	2.860	1.341	1.855	3.196
Ceará	312	407	719	578	786	1.364	799	983	1.782	680	940	1.620
Distrito Federal	190	282	472	215	271	486	179	196	375	138	184	322
Espírito Santo	351	396	747	310	385	695	258	370	628	205	235	440
Goiás	308	415	723	428	629	1.057	328	511	839	360	470	830
Maranhão	189	263	452	237	300	537	424	560	984	493	699	1.192
Mato Grosso	137	179	316	146	208	354	254	372	626	225	314	539
Mato Grosso do Sul	229	304	533	264	371	635	226	297	523	196	243	439
Minas Gerais	2.304	3.106	5.410	1.999	2.645	4.644	1.577	2.075	3.652	1.286	1.703	2.989
Pará	478	672	1.150	480	698	1.178	727	1.024	1.751	777	1.052	1.829
Paraíba	259	390	649	303	386	689	324	520	844	307	403	710
Paraná	1.017	1.389	2.406	872	1.196	2.068	856	1.120	1.976	600	807	1.407
Pernambuco	1.087	1.462	2.549	890	1.249	2.139	857	1.301	2.158	724	1.005	1.729
Piauí	125	184	309	147	189	336	315	455	770	298	371	669
Rio de Janeiro	1.670	2.202	3.872	1.748	2.267	4.015	1.279	1.704	2.983	982	1.298	2.280
Rio Grande do Norte	145	198	343	260	397	657	277	341	618	251	303	554
Rio Grande do Sul	743	1.018	1.761	706	1.006	1.712	612	797	1.409	576	778	1.354
Rondônia	242	334	576	157	165	322	172	269	441	139	218	357
Roraima	41	40	81	35	59	94	35	39	74	31	34	65
Santa Catarina	375	488	863	355	518	873	301	447	748	275	362	637
São Paulo	4.386	5.748	10.134	3.877	4.981	8.858	2.937	3.868	6.805	2.244	2.833	5.077
Sergipe	102	169	271	214	252	466	333	364	697	238	298	536
Tocantins	11	16	27	76	109	185	122	193	315	104	157	261

Fonte: Ministério da Saúde (2008).

“O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a

formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres.” (CALAZANS, 2008)

Conclui-se, portanto, que, no Brasil, a política pública de atenção à mulher evidenciou um salto de qualidade na década de 80, com a formulação de propostas de atenção integral à saúde da mulher (PAISM) que incluíram, pela primeira vez, serviços públicos de contracepção, e que visavam à incorporação da própria mulher como sujeito ativo no cuidado da sua saúde, considerando todas as etapas de vida, assim como o desenvolvimento de estudos sobre a mortalidade perinatal e infantil em geral.

5.3 Políticas públicas em saúde direcionadas a grupos fragilizados: Trabalhadores

Podemos assumir a Revolução Industrial como sendo o marco inicial da relação saúde-doença-trabalhador, já que, a partir deste momento, o trabalhador se tornou "livre" para vender sua força de trabalho, e como nos mostra o filme "Tempos Modernos", a alienação do homem perante as máquinas, tornando-o dependente de seus ritmos, da produção que tinha por objetivo a grande necessidade de acumulação rápida de capital e de máximo aproveitamento dos equipamentos, aliada as grandes jornadas de trabalho, sempre em ambientes extremamente desfavoráveis à saúde, às quais se submetiam também mulheres e crianças, colocavam, freqüentemente, em risco a vida desses atores.

Diversos fatores insalubres, como a grande aglomeração de pessoas nesses espaços inadequados propiciava uma rápida proliferação de doenças infecto-contagiosas, ao mesmo tempo em que a as máquinas era responsável por mutilações e mortes.

As propostas de intervenção nas empresas surgiram na Inglaterra, em 1833, sob sucessivas leis e normas, culminando na criação da medicina de fábrica, resultando na incorporação da presença de um médico no interior das unidades fabris. Da mesma forma como este ator exercia a função de detectar os processos prejudiciais à saúde, agindo de forma ética para com os trabalhadores, ele também se tornou um aliado dos empresário para recuperação dos trabalhadores, visando ao seu retorno à linha de produção, num momento em que a força de trabalho era fundamental à industrialização (MENDES, 1991).

Deu-se início, então, ao que seria uma das características da Medicina do Trabalho mantidas até hoje: predomínio de uma visão restritamente biológica e individual, que não se expande para além do espaço restrito da fábrica, com finalidades de buscar, apenas, as causas das doenças e dos acidentes. "Com o passar do tempo, a atuação do Estado no espaço do trabalho sustentou-se nas concepções dominantes sobre a causalidade das doenças. Essas concepções decorrem tanto da bagagem cumulativa de conhecimentos, como do seu caráter de práticas sociais, cujos marcos conceituais definem-se no bojo de relações peculiares aos diferentes contextos históricos onde surgem ou se mantêm." (MENDES, 1991).

Assim, nasce a Medicina do Trabalho, que tem por função principal isolar riscos específicos e, dessa forma, atuar sobre suas conseqüências. A presença deste médico no chão de fábrica, movido por ideais capitalistas de otimização de recursos, nos mostra de forma explícita o quão importante é a prevenção em termos financeiros. A perda de um funcionário, seu afastamento, mesmo numa época com poucas formas de defesa dos trabalhadores, gerava custos excessivos à empresa, fazendo-se necessário, portanto, a figura de um médico que pudesse prevenir tais gastos e perdas. Sob uma nova ótica, capitalista-industrial, a prevenção e promoção a saúde justificam a intenção do presente estudo (MENDES, 1991).

No Brasil, esta situação se agrava pela incapacidade do setor saúde do Estado em reabsorver seu papel de intervir no espaço do trabalho. Esta tarefa, prevista na Reforma Carlos Chagas, de 1920 - interrompida com a criação, em 1930, do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, que passou a assumi-la - foi resgatada na Carta Constitucional de 1988 e regulamentada pela Lei 8080. Até 1988, a saúde era um benefício previdenciário, um serviço comprado na forma de assistência médica ou uma ação de misericórdia oferecida à parcela da população que não tinha acesso à previdência ou recursos para pagar assistência privada. Em meados de 1970, surge o Movimento de Reforma Sanitária, propondo uma nova concepção de Saúde Pública para o conjunto da sociedade brasileira, incluindo a Saúde do Trabalhador (MENDES, 1991).

Com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, em 1988, a saúde tornou-se "um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas". O texto da Carta Magna afirma que "as ações e serviços de saúde integram um rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único" e que "ao Sistema Único de Saúde compete executar as ações de saúde do trabalhador" (BRASIL, 1988).

Em 1990, com a Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal 8080/90), em seu artigo 6º, parágrafo 3º, regulamentou os dispositivos constitucionais sobre Saúde do Trabalhador como "um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos

trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores" (BRASIL, 1990).

Em vigor desde 2004, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde visa à redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, mediante a execução de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde. Suas diretrizes, descritas na Portaria nº 1.125 de 6 de julho de 2005, compreendem a atenção integral à saúde, a articulação intra e intersetorial, a estruturação da rede de informações em Saúde do Trabalhador, o apoio a estudos e pesquisas, a capacitação de recursos humanos e a participação da comunidade na gestão dessas ações (BRASIL 2005).

Em síntese, o avanço científico da Medicina Preventiva, da Medicina Social e da Saúde Pública, durante os anos 60 e o início da década de 70, ao suscitar o questionamento das abordagens funcionalistas, ampliou o quadro interpretativo do processo saúde-doença, inclusive em sua articulação com o trabalho. Reformula-se o entendimento "das relações entre o social e as manifestações patológicas, a categoria trabalho aparecendo como momento de condensação, em nível conceitual e histórico, dos espaços individual (corporal) e social" (DONNANGELO, 1983:32).

Na crítica ao modelo médico tradicional, atinge-se a compreensão de que "a medicina não apenas cria e recria condições materiais necessárias à produção econômica, mas participa ainda da determinação do valor histórico da força de trabalho e situa-se, portanto, para além dos seus objetivos tecnicamente definidos" (DONNANGELO, 1979:34).

5.4 Políticas públicas em saúde direcionadas a grupos fragilizados: Idosos

A Política Nacional do Idoso promulgada pela Lei nº 8.842/94 e regulamentada pelo Decreto nº 1.948/96 foi a primeira política pública nacional a dar reconhecimento e importância aos dados apresentados sobre idosos no Brasil. Os dados que seguem mostram uma demanda crescente necessitando de atenção especial que assegure seus direitos, que crie condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. No que tange a gestão desta política, duas perspectivas merecem destaque: a formulação de políticas públicas constituídas de benefícios, serviços, programas e projetos que visam à melhoria das condições de vida e cidadania da pessoa idosa e da participação e inclusão do idoso na formulação, realização e efetivação dessas práticas (BRASIL, 1996).

O Brasil é um país que envelhece a passos largos. No início do século XX, um brasileiro vivia em média 33 anos, ao passo que hoje sua expectativa de vida ao nascer constitui 68 anos (VERAS, 2003). Esse autor ressalta também que, em nosso país, o número de idosos passou dos dois milhões, em 1950, para seis milhões em 1975 e, para 15,4 milhões, em 2002, significando um aumento de 700%. Estima-se, ainda, para 2020, que esta população alcance os 32 milhões.

“Tal mudança demográfica se deve a vários fatores: o controle de muitas doenças infecto-contagiosas e potencialmente fatais, sobretudo a partir da descoberta dos antibióticos, dos imunobiológicos e das políticas de vacinação em massa; diminuição das taxas de fecundidade; queda da mortalidade infantil, graças à ampliação de redes de abastecimento de água e esgoto e da cobertura da atenção básica à saúde; acelerada urbanização e mudanças nos processos produtivos, de organização do trabalho e da vida” (MINAYO, 2000).

Historicamente temos 2 políticas específicas para idosos anteriores a PNI de 2004: em 1999 surgiu a primeira Portaria GM nº 1.395/99 (já revogada pela Portaria GM nº 2.528/06) dispendo sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso assumindo que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional ; e em 2002 o Decreto nº 4.227/02 (revogado pelo Decreto nº 5.109/04) cria o Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos, órgão colegiado de caráter deliberativo, integrante da estrutura básica da Secretaria Especial dos Direitos Humanos, que tem por

finalidade elaborar as diretrizes para formulação e implementação da Política Nacional do Idoso (BRASIL,1996; BRASIL, 1999; BRASIL, 2002; BRASIL, 2004).

Com base nos dados da sociedade brasileira, e o evidente envelhecimento da sociedade gera demandas específicas, aliados a pressões vindas de diferentes atores, em 1997 o Estatuto do Idoso foi formulado e entrou em vigência na forma da Lei nº 10.741 em 1º de outubro de 2003, ampliando os direitos e necessidades das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. O estatuto é basicamente uma constatação e um conjunto de ações que mostram as perdas e limitações dos idosos, explicando a necessidade de assegurar seus direitos como dever não só da família, mas também da sociedade e do poder público, com a absoluta prioridade de que as pessoas idosas sejam compreendidas, desfrutem de vida plena e saudável, sem discriminações e privações (BRASIL, 1997; BRASIL, 2003).

Segundo Uvo e Zanatta (2005), esse Estatuto constitui um marco legal para a consciência idosa do país; a partir dele, os idosos poderão exigir a proteção aos seus direitos, e os demais membros da sociedade torna-se-ão mais sensibilizados para o amparo dessas pessoas. No âmbito desse Estatuto, os principais direitos do idoso encontram-se no artigo 3º, o qual preceitua: “É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária” (UVO E ZANATTA, 2005).

Apesar da importância dos aspectos ora explícitos referentes ao Estatuto do Idoso, Neri (2005), ao analisar as políticas de atendimento aos direitos do idoso expressos nesse marco legal, concluiu que o documento é revelador de uma ideologia negativa da velhice, compatível com o padrão de conhecimentos e atitudes daqueles envolvidos na sua elaboração (políticos, profissionais, grupos organizados de idosos), segundo os quais o envelhecimento é uma fase compreendida por perdas físicas, intelectuais e sociais, negando análise crítica consubstanciada por dados científicos recentes que o apontam, também, como uma ocasião para ganhos, dependendo, principalmente, do estilo de vida e do ambiente ao qual o idoso foi exposto ao longo do seu desenvolvimento e maturidade.

Assim sendo, Neri (2005) ressalta que políticas de proteção social, baseadas em suposições e generalizações indevidas, podem contribuir para o desenvolvimento ou a intensificação de preconceitos negativos e para a ocorrência de práticas sociais discriminatórias em relação aos idosos. A consideração dos direitos dos idosos deve ocorrer no âmbito da noção de universalidade do direito de cidadãos de todas as idades à proteção social, quando se encontrarem em situação de vulnerabilidade. Apesar dessa ideologia negativa da velhice embutida na construção do Estatuto do Idoso, é de fundamental importância que todos os segmentos da sociedade, operadores jurídicos e, principalmente, os idosos, sejam instruídos quanto aos seus aspectos positivos, pois eles precisam conhecer seus direitos para exercê-los e reivindicá-los.

6. CUSTOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

“Informações acerca do impacto econômico representado pelos problemas de saúde mais prevalentes na população vêm sendo cada vez mais necessárias, visto serem de fundamental importância para nortear a aplicação de recursos, tanto na área assistencial como na programação das ações de prevenção daquelas condições. Todavia, é grande a dificuldade para determinar os custos da atenção a um agravo à saúde, dada a complexidade e diversidade dos fatores envolvidos no processo.” (DO NASCIMENTO, 2003).

A obesidade é responsável por 25% dos custos na área da saúde nos Estados Unidos durante os últimos quinze anos, sendo necessária prevenção para redução dos custos associados à doença, evitando a ocorrência de diabetes, elevação de colesterol e doenças cardíacas. No período compreendido entre 1987 e 2001 ocorreu elevação de 27% nos custos associados ao tratamento de indivíduos obesos, sendo que o tratamento das doenças causadas pela obesidade é 37% superior do que tratamentos de outras doenças (THORPE, 2004).

Tabela 2. Custos com saúde nos países americanos, 2000.

País	Gasto com Saúde (% PIB)	Gasto com Saúde (R\$ bilhões)	Gasto Público em Saúde (% do gasto do governo)
Argentina	8,6	58,2	21,3
Brasil	8,3	119,8	8,4
Canadá	9,1	154,32	15,5
Colômbia	9,6	19,18	18,3
México	5,4	75,27	15,6
EUA	13	3030,79	16,7
Uruguai	10,9	5,25	14,8

Fonte: World Bank (2000).

Um fato notório está diz respeito à utilização das tecnologias empregadas em saúde serem cumulativas, uma vez que as doenças se apresentam de forma associada faz com que o custo para manutenção dos cuidados com saúde sejam crescentes, independentemente de outros fatores como aumento do tempo de vida ou maior cobertura da população. Embora esta conclusão não deva ser limitadora da introdução

de novas tecnologias, ela aponta no sentido de maior aprofundamento dos conhecimentos e das análises no processo decisório da utilização das tecnologias.

Esta tendência ao aumento do custo com serviços de saúde e a dificuldade de financiar esse custo estão levando prestadores, governo e empresas, assim como os usuários a se preocupar cada vez mais com o custo dos serviços de saúde e seus reflexos sobre a qualidade desses serviços.

“Sob essa perspectiva, destacam-se entre os custos médicos diretos, que correspondem às despesas com prescrições e orientações médicas – de mais fácil levantamento –, os gastos decorrentes de hospitalizações, cuja avaliação constitui uma forma aproximada para obtenção de uma estimativa do impacto econômico de um agravo à saúde. Esses gastos são, igualmente, influenciados não só pelas patologias mais prevalentes como também pelas tendências observadas na sua distribuição em um período (determinadas pelas políticas de saúde), o que pode afetar a procura por determinados serviços.” (RAMOS DO NASCIMENTO, 2003).

No que se refere à trajetória de evolução no tempo, o índice de preço apresentou alguma oscilação, enquanto o índice de quantidade revelou uma taxa de crescimento mais intensa. Além disso, cabe ressaltar o aumento da importância relativa das doenças crônico-degenerativas, associadas de modo geral à utilização intensa e periódica dos serviços. Todavia, o Brasil é um caso de transição incompleta na direção do padrão epidemiológico dos países desenvolvidos, pois ainda persiste a relevância da morbidade e da mortalidade por motivo das doenças infecciosas e de causas externas. Para a redução desse fenômeno, são elementos fundamentais as políticas de prevenção e de atenção primária, que tendem a refletir em um aumento, num contexto mais estruturado, da quantidade utilizada, especialmente numa primeira etapa, na qual o maior grau de informação dos cidadãos pode levar a uma maior procura pelos serviços de saúde.

“O custo da assistência médica mostra uma evolução crescente ao longo dos anos, e esse fato é, em grande parte, responsável pelo aumento do gasto com saúde na maioria dos países. Em proporção do Produto Interno Bruto, o gasto com saúde nos Estados Unidos, para dar apenas um exemplo, passou de cerca de 6% em meados dos anos 60 para 14% atualmente. A continuar essa tendência, o peso da saúde na economia americana se tornaria rapidamente insustentável. Desde já, o custo com a

saúde dos trabalhadores representa até 20% do custo de produção em alguns setores produtivos naquele país. Esse fenômeno, com as devidas diferenças, se repete nos demais países, e o Brasil não é exceção.” (RAMOS DO NASCIMENTO, 2003)

Assim, é imperativo que se identifiquem as causas do crescimento dos custos em saúde, e que se adotem medidas para controlá-lo e contê-lo. Todos os países vêm demonstrando essa preocupação, tanto do lado das autoridades sanitárias quanto entre prestadores e instituições financiadoras (por exemplo, os planos de saúde em nosso país). Entretanto, o receio é de que ao controlar os custos da assistência médica e conter o seu crescimento, tenhamos que sacrificar a qualidade dos serviços. Essa é uma crença bastante difundida entre os profissionais da saúde.

O grande desafio atual é a redução dos custos de saúde, com aumento da qualidade de atendimento e transformar a cultura de medicina da doença para medicina da saúde.

Para concluir, promoção de saúde é um dos itens da prevenção de saúde primária. Por exemplo, mudar os hábitos de vida dos colaboradores de uma empresa, para não adoecer, é a forma mais importante de se promover a saúde.

6.1 Ocorrência de doenças atribuíveis à falta de prevenção

Podemos dizer que as doenças crônicas não transmissíveis são, por natureza, um grupo de patologias que têm suas manifestações quase imperceptíveis no começo, fazendo com que o indivíduo não perceba nenhuma alteração imediata, pois demoram anos para se manifestar de forma nítida, e que, por isso, necessitam de cuidados preventivos constantes, pois elas são, geralmente, irreversíveis, levando a complicações com graus variáveis de incapacidade ou morte. As principais doenças crônicas não transmissíveis são as do aparelho circulatório (hipertensão arterial, infarto do miocárdio e outras doenças do coração, derrame ou acidente cerebrovascular), os diversos tipos de câncer, o diabetes, as doenças pulmonares obstrutivas crônicas (como o enfisema e bronquite crônica), as doenças osteoarticulares (artrite) e a obesidade (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, 1998).

Quando dizemos que as doenças crônicas não transmissíveis são passíveis de prevenção, o fazemos, pois os principais fatores e condições de risco para as DCNT são alguns hábitos diários que, com o passar do tempo, aumentam a possibilidade de se adquirir uma dessas patologias. Entre os maus hábitos estão o tabagismo, o consumo exagerado de bebidas alcoólicas, alimentação inadequada, a falta de atividade física, o estresse, a tendência genética e algumas condições de vida e de trabalho, entre outras (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, 1998).

É fato que há uma parcela das pessoas que desenvolvem essas doenças por causas genéticas, mas essa parcela não chega a 20% (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, 1998). Mesmo assim, a carga genética pode ser inibida e a doença controlada com bons hábitos de vida. Mesmo pessoas com pré-disposição genética à diabetes, hipertensão ou mesmo o câncer, adquirem essas patologias pela falta de prevenção e promoção à saúde.

Os hábitos, situações diárias e estilo de vida, inclusive fatores socioeconômicos, que vão desde o estresse, associados à pobreza, à violência, aos problemas com o transporte nas grandes cidades, desemprego, grandes jornadas de trabalho ou altos níveis de insalubridade no trabalho, até hábitos alimentares como o consumo exagerado de alimentos industrializados, pouca alimentação natural, e abuso de cigarros e bebidas alcoólicas; associados a ociosidade, podem contribuir para

aumentar o risco de desenvolver estas doenças e, quando aliados à pré-disposições genéticas, potencializa a manifestação da doença. Em geral, o risco é muito superior nas populações de baixa escolaridade e renda, desempregados e naqueles submetidos a piores condições de trabalho, justamente pelo fato de a prevenção estar associada diretamente às instruções preventivas e ao acesso a alimentos saudáveis (WHO 2002).

O grande problema do controle desse tipo de doenças está justamente no fato de ser necessária a mudança de hábitos e costumes que, além de leva-se tempo, por vezes precisam de uma série de outras políticas integradas, como de urbanização, de transporte, de alimentação, para que a população tenha acesso a alimentos saudáveis em escolas e locais de trabalho, estruturas físicas para realizar atividades físicas, melhores condições de trabalho e estudo, maior acesso à cultura e lazer para adultos, crianças, enfim, para as famílias.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde, os fatores os fatores de risco são separados em quatro grupos:

- “constitucionais: idade, sexo, raça e hereditariedade – não passíveis de modificações (até o presente momento);
- comportamentais: hábitos alimentares errôneos, hábito de fumar, inatividade física, consumo de álcool entre outros, passíveis de modificações;
- socioeconômico-culturais e psicossociais: renda, escolaridade, ocupação, classe social, condições ambientais, nível de estresse, entre outras - também são passíveis de modificações ;
- doenças ou distúrbios metabólicos - geradas por uma combinação dos fatores constitucionais e comportamentais/ambientais que aumentam as chances de desenvolvimentos das DCNT” (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, 1998).

Tabela 3. Incidência de doenças por grupos de causa. Brasil, 2005.

Grupos	Taxa (por mil habitantes)	%
Infecçiosa, Parasitária e Desnutrição	34	14,8
Causas Externas	19	10,2
Condições Maternas e Perinatais	21	8,8
Doenças Crônicas Não transmissíveis	124	66,2
Total	232	100

Fonte: Ministério da Saúde (2008).

Nota-se que os fatores e condições de risco para DCNT são muitos e geralmente as pessoas estão expostas a mais de um deles, fazendo com que a necessidade de transformação não se aplique, na maioria dos casos, à pequenas intervenções diretas. Unindo os fatores socioeconômico-culturais e psicossociais aos comportamentais, podemos identificar a necessidade de pelo menos quatro políticas públicas efetivas para amenizar possíveis causas de DCNT.

“Estudos estatísticos mostram que atualmente a obesidade é responsável por 50% dos casos de diabetes, 30% de hipertensão, e um valor não calculado de vários tipos de câncer. O hábito de fumar, por sua vez, responde por 30% de todos os tipos de câncer, sendo que é responsável único por 90% dos casos de câncer de pulmão, 25% dos casos de doença isquêmica do coração e 95% dos casos de enfisema pulmonar. As condições sócio econômicas por si só são responsáveis por 50% das mortes por doenças cardiovasculares (hipertensão, infarto, derrame e outras doenças do coração). Estes são apenas alguns dados que mostram que o problema destes riscos na população são graves e precisam ser controlados e evitados.” (BALBINOTTO NETO E SILVA, 2008).

Podemos, assim, listar uma série de patologias com levantamentos estatísticos que as associam a uma ou mais práticas diárias e estilo de vida: doenças respiratórias, câncer de pulmão, obesidade, doenças cardiovasculares, doenças osteo-articulares são preveníveis, desde que evitados hábitos como o fumo, consumo de álcool excessivo, sedentarismo, estresse e a má alimentação.

Tabela 4. Média de dias de internação segundo algumas doenças crônicas. Brasil, 2005.

Doenças	Dias internados
Diabete Mellitus	6,7 dias
Obesidade	6,6 dias
Doenças Cardíacas	9,3 dias
Insuficiência Renal	10,2 dias

Fonte: Ministério da Saúde (2008).

De acordo com um levantamento cardiológico no Brasil, “o consumo do cigarro é responsável por 90% dos casos de câncer de pulmão e está ligado à origem de tumores malignos em oito órgãos (boca, laringe, pâncreas, rins e bexiga, além do pulmão, colo de útero e esôfago). Também ao uso de cigarro podemos relacionar 85% da mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica (enfisema e bronquite crônica), 25% das mortes por doença coronariana e 25% das mortes por doença cerebrovascular.” (BALBINOTTO NETO E SILVA, 2008).

Tabela 5. Prevalência e custos de algumas doenças crônicas. Brasil, 2004.

Doenças	Prevalência (R\$ Milhões)	Custos (R\$ Bilhões)
Cardiopatas	22,3	401,28
Câncer	8,1	249,5
Diabetes	7,7	235,7
Doenças Respiratórias	90,4	42
Artrite	33,4	200,4

Fonte: Ministério da Saúde (2008).

A prevenção do tabagismo é o principal passo para o seu controle, não há saída para os fumantes, se não a de deixar de fumar. Ainda sobre promoção e prevenção, as crianças e adolescentes se mostram um alvo necessário uma vez que é confirmado que a maioria dos fumantes tiveram contato com o cigarro neste período de suas vidas (CALAZANS, 2008).

No que tange a alimentação, inúmeros estudos realizados nas últimas décadas têm demonstrado o importante papel da alimentação, causando ou prevenindo doenças. Os novos estilos de vida, a correia diária aumentaram o consumo de doces, refrigerantes, massas, bolachas em detrimento ao consumo de arroz, feijão, frutas e

verduras segue padrões mundiais que tona a alimentação do brasileiro inadequada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O grande perigo alimentar está nos extremos, o baixo consumo de calorias e o consumo excessivo de açúcares, de sal, e gordura animal. O fato desses erros alimentares não terem um efeito imediato, uma percepção clara do mal que estão fazendo, faz com que as pessoas se habituem e não saibam o mal que essa alimentação fará a médio e longo prazo em seus organismos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Assim como no tabagismo, os bons hábitos alimentares devem começar na infância quando os hábitos são formados. É comum as pessoas mudarem seus hábitos de ida apenas quando a patologia já se manifestou, o que faz com que essa mudança tenha o efeito de não piorar, e não de prevenir. Mais estranho ainda é que essas mudanças são individuais, a família, por exemplo, não muda como um todo, apenas a pessoa que apresenta a doença regula sua alimentação.

Outro grande potencializador do excesso de peso, e aliado da rotina da contemporaneidade é o sedentarismo. Junto com as práticas alimentares de excesso de açúcares e gorduras animais, é uma das principais causas para o favorecimento e manutenção do aumento do peso corporal, sendo que este excesso de peso leva a outros sérios problemas. “Vários estudos comprovam que a atividade física tem um efeito positivo nos riscos de enfermidades cardiovasculares, no tratamento primário ou complementar da arteriosclerose, no perfil dos lipídeos plasmáticos, na manutenção da densidade óssea, prevenindo a osteoporose), na redução das dores lombares, no diabetes, além de benefícios psicológicos a curto prazo (melhora da auto-imagem, do humor e do auto-conceito) e a longo prazo (diminuição da ansiedade, do estresse e da depressão).” (MATSUDO, 1997).

Já foi constatado também que, em indivíduos ativos a prevalência de certos tipos de câncer é menor. Mesmo pessoas que foram sedentárias até os 40 anos mas, a partir de então, passaram a adotar um estilo de vida ativo, tiveram um ganho médio de dois anos e meio na expectativa de vida.

As bebidas alcoólicas possuem etanol, uma substância tóxica que lesa órgãos como o cérebro, o coração, o fígado e o pâncreas. Não há dúvidas de que as bebidas

alcoólicas, em grandes quantidades e por tempo prolongado, são prejudiciais.
(GIGLIOTTI, 2008).

7. CONCLUSÃO

É necessário sublinhar que o propósito do estudo não é propor o privilégio de um gênero em detrimento de outro. Acredita-se que são igualmente válidos os posicionamentos que enfocam a saúde da mulher e a saúde do homem, desde que tais posicionamentos não percam a perspectiva relacional entre os gêneros e não se distanciem da promoção da saúde voltada para as necessidades humanas em geral. Pensar sobre a relação entre o volume de políticas públicas direcionadas aos diferentes grupos populacionais, inclusive em termos de gênero, não significa desconsiderar demandas específicas de cada gênero ou grupo populacional.

Destacou-se a perspectiva de gênero, as singularidades da saúde masculina, e, comparativamente, as relações inter-gêneros. Tal abordagem buscou evidenciar que o direcionamento de maior volume de investimentos públicos destinados às ações preventivas, em substituição ao enfoque sobre ações meramente curativas, acarretaria em melhorias de eficiência econômica no emprego de recursos destinados à saúde pública.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Badinter E. **Sobre a identidade masculina**. Nova Fronteira: Rio de Janeiro, 1993.
2. Balbinotto Neto G, Silva EN. Os custos da doença cardiovascular no Brasil: Um breve comentário econômico. **Arq Bras Cardiol** 2008; 91(4):217-218. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v91n4/02.pdf> [Data de acesso: 02-01-2009].
3. Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.
4. Brasil. **Decreto Lei nº 10.741 em 1º de outubro de 2003 - Estatuto do Idoso**. Brasília, 2003.
5. Brasil. **Decreto nº 4.227/02 - criação do Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos**. Brasília, 2002.
6. Brasil. **Decreto nº 5.109/04 - revogação do Decreto nº 4.227/02**. Brasília, 2004.
7. Brasil. **Decreto nº 8.069/90 - Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, 1990.
8. Brasil. **Decreto Portaria nº 1.156 de 31 de agosto de 1990 – institui o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional**. Brasília, 1990.
9. Brasil. **Lei Federal 8080/90 - Lei Orgânica da Saúde**. Brasília, 1990.
10. Brasil. **Lei nº 8.842/94 - Política Nacional do Idoso**. Brasília, 1994.
11. Brasil. **Lei no. 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, 1990.
12. Brasil. **Política Nacional da Saúde**. Ministério da Saúde, 1990.
13. Brasil. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Ministério da Saúde: Brasília, 1999.
14. Brasil. **Políticas de alimentação e nutrição**. Ministério da Saúde: Brasília, 2000.
15. Brasil. **Portaria GM nº 1.395/99 - dispõe sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso**. Brasília, 1999.
16. Brasil. **Portaria nº 1.125 de 6 de julho de 2005 - Política Nacional de Saúde do Trabalhador**. Brasília, 2005.
17. Braz M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Ciênc. Saúde Coletiva** 2005, 10(1):97-104.
18. Buss PM. **Promoção da Saúde e Saúde Pública**. Rio de Janeiro: ENSP, 1998.

19. Calazans ME. **Saúde da Mulher.** Disponível na internet em: <http://www.clinicamarciacalazans.com.br/info.php?id=30> [Data de acesso: 05-08-2008].
20. Carbonera MS. **Guarda de filhos na família constitucionalizada.** Porto Alegre: Sérgio Fabris, 2000.
21. Costa AAA, Sardenberg CMB. A institucionalização dos estudos feministas dentro das Universidades. Teoria e práxis feminista na Acadêmica: os núcleos de estudos sobre a mulher nas universidades brasileiras. **Revista Estudos Feministas** 1994, No.Especial: 387-400.
22. Costa ACG. **O Novo Direito da Infância e da Juventude no Brasil. Projeto 10 anos do Estatuto da Criança e do Adolescente: Avaliando Conquistas e Projetando Metas.** CONANDA/UNICEF, 1999.
23. Cunha EP, Cunha ESS. Políticas Públicas Sociais. In: Carvalho A, Salles F, Guimarães M, Ude W. **Políticas Públicas.** Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.
24. Daneluzzi JC. Programas de puericultura: uma experiência bem sucedida. In: Ricco RG. **Cuidados com a criança.** Rio de Janeiro: Ática, 2000.
25. Del Priore M (Org.). **História das crianças no Brasil.** 4ª.Edição. São Paulo: Contexto, 2004.
26. Dias EC. **A Atenção à Saúde dos Trabalhadores no Setor Saúde (SUS), no Brasil: Realidade, Fantasia ou Utopia.** Tese de Doutorado: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1994.
27. Dimenstein G. **O cidadão de papel: a infância e adolescência e os direitos humanos no Brasil.** 2ª.Edição. São Paulo: Ática, 2002.
28. Donnangelo MCF. **A Pesquisa na Área de Saúde Coletiva no Brasil: A Década de 70. Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil.** Rio de Janeiro: Abrasco/ PEC/Escola Nacional de Saúde Pública, 1983.
29. Donnangelo MCF. **Saúde e Sociedade.** São Paulo: Duas Cidades, 1979.
30. Figueiredo M. **A evolução do feminismo no Brasil.** Seminário: O Feminismo no Brasil: Reflexões teóricas y perspectivas. Salvador: NEIM/UFBa, 1988.
31. Frota MGC. A cidadania da infância e da adolescência. In: Carvalho A, Salles F, Guimarães M, Ude W. **Políticas Públicas.** Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.

32. Gigliotti A, Bessa MA. Síndrome de dependência alcoólica: critérios diagnósticos. **Rev. Bras. Psiquiatria**. 2008.
33. Gomes R. Masculinidades. **Ciênc. Saúde Coletiva** 2005, 10(1):261-262.
34. Gomes R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciênc. Saúde Coletiva** 2003, 8(3):825-829.
35. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. **Evolução da mortalidade de população brasileira. 2003**. Departamento de População e Indicadores Sociais. Disponível na internet em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/evolucao_da_mortalidade_2001.shtm [Data de acesso: 20-11-2007].
36. Laurenti R. **Mortalidade Brasil - 2000**. DATASUS, 2002. Disponível na internet em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/dados/cid10/docs/estudo2000.pdf> [Data de acesso: 20-11-2007].
37. Machado K. Conselhos tutelares e de direitos: em defesa da criança e do adolescente. **Radis Comunicação em Saúde** 2006, 44.
38. Mendes R, Dias EC. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública** 1991, 25:341-349.
39. Ministério da Saúde. **Avaliação do estado nutricional**. Sistema de Avaliação Nutricional no Brasil, Brasília, 2004.
40. Ministério da Saúde. **Indicadores e Dados Básicos**. Disponível na internet em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/e07_2000.htm [Data de acesso: 05-08-2008].
41. Organização Pan-Americana da Saúde. **A Saúde no Brasil**. Brasília: OPAS; 1998.
42. Pinto CJ. Participação (representação?). Política da mulher no Brasil: limites e perspectivas. In: Saffioti H, Muñoz-Vargas M (Orgs.). **Mulher brasileira é assim**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos/NIPAS e Brasília: UNICEF, 1994.
43. Ramos do Nascimento EM, Mota E, Nascimento-Costa MC. Custos das internações de adolescentes em unidades da rede hospitalar integrada ao SUS em Salvador, Bahia. **Epidemiol. Serv. Saúde** 2003, 12(3):137-45.
44. Schmitz BAS, Heyde MEDVD, Cintra IP, Franceschini SCC, Taddei JAAC, Sigulem DM. Políticas e programas governamentais de alimentação e nutrição no Brasil e sua involução. **Cadernos de Nutrição** 1997, 13:39-54.

45. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva** 2005, 10(1):7-17.
46. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. O homem como foco da Saúde Pública. **Ciênc. Saúde Coletiva** 2005, 10(1):4.
47. Soares Vera. Movimento feminista. Paradigmas e desafios. **Estudos Feministas**. 1994, 2(2).
48. Thorpe KE, Florence CS, Howard DH, Joski P. The impact of obesity on rising medical spending. **Health Affairs** 2004, Oct. 480-6.
49. Thorpe KE, Florence CS, Joski P. Which medical conditions account for the rise in health care spending? **Health Affairs** 2004, Aug. 437-45.
50. Tsao H, Rogers G, Sobre A. An estimate of the annual direct cost of treating cutaneous melanoma. **J. Am. Acad. Dermatol.** 1998; 38(5):669-80.
51. World Bank. **Data query system. 2008.** Disponível na internet em: <http://ddp-ext.worldbank.org/ext/DDPQQ/member.do?method=getMembers&userid=1&queryId=225> [Data de acesso: 05-08-2008].
52. World Health Organization. **Globalization, diets and noncommunicable diseases.** Switzerland: WHO, 2002. 64p.