

NESTA EDIÇÃO

Midiatização e saúde

Modelo clássico de produção e circulação de mensagens está em xeque

Violência hoje

Seminário discute cenário atual com foco nos acidentes de trânsito

RADIS

comunicação e saúde

DESDE 1982

Nº 116 • Abril de 2012

Av. Brasil, 4.036/510, Manguinhos
Rio de Janeiro, RJ • 21040-361

www.ensp.fiocruz.br/radis



Mala Direta
Postal

9912233516/2009-DR/RJ
FIOCRUZ

...CORREIOS...



Silenciosa e silenciada

Com mais impacto na saúde pública do que a aids, a **hepatite C**, doença que ataca o fígado e não apresenta sintomas, ainda é cercada pelo desconhecimento

DESPERTANDO O ENCANTAMENTO PELA CIÊNCIA

Universidade das Crianças vai a escolas conhecer as indagações dos alunos e cria respostas em múltiplas linguagens

Bruno Domingues

Por que o sangue é vermelho? Por que a gente sente dor? Por que temos pele? Por que saem lágrimas dos nossos olhos? Perguntas como essas são comuns durante a infância e revelam grande curiosidade por assuntos ligados ao corpo humano e ao meio ambiente. A fim de aproveitar a “fase dos porquês” para gerar nas crianças o encantamento pela ciência, um grupo de professores, pesquisadores e alunos da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) criou a Universidade das Crianças.

A ideia surgiu em 2006, como projeto de extensão do Instituto de Ciências Biológicas e do Núcleo de Divulgação Científica da UFMG. “Minhas filhas falavam que ciência era uma disciplina chata demais e pensei em como resgatar esse encantamento”, lembra Débora d’Ávila Reis, professora e pesquisadora do Instituto de Ciências Biológicas da UFMG e coordenadora geral da Universidade das Crianças. A equipe do projeto reúne professores, pesquisadores e alunos de Comunicação, Medicina, Ciências Biológicas, Belas Artes, Fisioterapia, Ciências Sociais e Psicologia.

Funciona assim: o grupo visita uma escola do ensino básico nas proximidades de Belo Horizonte, na qual alunos de 9 a 12 anos são convidados a depositar em urnas suas perguntas. “Nossa metodologia toma, como ponto de partida, o saber anterior das crianças e suas indagações”, observa a coordenadora geral.

Para responder as questões, são elaborados textos, a partir de pesquisas e discussões da equipe do projeto. Esses textos são levados à escola, onde são realizadas oficinas durante uma semana, com atividades artísticas de descoberta

da ciência. A medida que surgem novas dúvidas às respostas elaboradas, os textos são reeditados.

“Adaptamos também a linguagem, para facilitar o entendimento”, conta Débora. Um exemplo: ao ouvir falar em “pilha de ossos”, uma criança imaginou que se tratava de uma bateria e não de uma porção de ossos dispostos uns sobre os outros. A linguagem é acessível e agradável, utilizando metáforas e analogias, mas sem perder a cientificidade e a lógica do pensamento, segundo a coordenadora.

Nessas visitas, a equipe monta um estúdio de rádio na escola, onde as crianças registram suas perguntas em áudio. A voz delas, juntamente com a gravação das respostas, dão origem a programas de rádio, veiculados na Rádio UFMG Educativa (104,5 FM). Mais recentemente, algumas das perguntas viram curtas de animação.


O site da Universidade das Crianças (www.universidadascrianças.org) reúne mais de 770 perguntas diferentes sobre o corpo humano e o meio ambiente em texto, áudio e vídeo. É possível filtrar as questões por região e por tema – Corpo humano, Terra e Universo, Meio ambiente e animais e outros. Lá, também há espaço para enviar questões. Crianças de fora do Brasil já participaram via internet: o Rubem, de 6 anos, que mora em Portugal, queria saber de onde vem a água do rio.

“O projeto resgata o essencial da universidade, a geração de conhecimento, elemento perdido em um momento em que tanto se foca a produtividade”, avalia Débora. CDs com os programas de rádio e DVDs com os curtas de animação estão disponíveis para escolas públicas de ensino fundamental, “o que contribui para a aproximação entre universidade e sociedade, unindo educação, ciência e comunicação”.



‘POR QUE SAEM LÁGRIMAS DOS NOSSOS OLHOS?’

Isadora, Lara, Marco Antônio, Vitória, Samuel e Raissa, com idade entre 9 e 10 anos, moradores de Caeté (MG), fizeram a pergunta à Universidade das Crianças e a aluna de Medicina da UFMG Fabiana Cassiano respondeu. Veja um trecho:

“Nossos olhos produzem lágrimas o tempo todo. Você deve estar se perguntando: então por que não escorre lágrima dos nossos olhos sempre? Isso não acontece porque existe um canal, uma espécie de canudinho, que liga nossos olhos ao nariz, e as lágrimas normalmente escorrem por esse canal e vão direto para a nossa garganta! Quando estamos tristes produzimos mais lágrimas do que pode escorrer pelo canal e elas acabam derramando, e assim choramos.” 

Também silenciamos

A primeira vez que a mobilização de pessoas com hepatite C e seus familiares chamou a atenção da reportagem da *Radis* foi durante a 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, em novembro de 2001. A cada nova proposta de prevenção, atenção ou vigilância apresentada, uma meia dúzia de delegados se inscrevia para acrescentar um texto estendendo-a aos portadores de hepatite C. A exemplo do que já ocorrera com os movimentos de hansenianos e das pessoas com HIV, eles lutavam por visibilidade e maior atenção do Sistema Único de Saúde.

Aquela conferência foi marcada pela discussão infundável e acalorada de propostas, inclusive com a aprovação da extinção da Agência de Vigilância Sanitária (Anvisa), e pela afirmação da grande importância da vigilância na saúde. Com isso, nossa cobertura do evento acabou ofuscando o registro sobre a tenacidade dos que defendiam propostas relativas à hepatite C.

De lá pra cá, o tema sempre esteve em nossa lista de pautas, mas acabava ocupando pequenas notas ou parte do espaço de matérias mais genéricas. Inúmeros leitores nos enviavam mensagens sugerindo essa matéria e, ainda assim, outros assuntos acabavam entrando na frente, refletindo uma ausência da discussão nos fóruns de saúde coletiva. Faltava uma reportagem de capa que rompesse o silêncio da própria revista *Radis* sobre a doença que afeta 3% da população mundial. Infecções por hepatite B e C são dez vezes mais numerosas que por HIV.

Ao contrário da aids, nas últimas décadas, e da tuberculose, nos anos recentes, ainda não houve um despertar das autoridades e agências internacionais de saúde e financiamento, para priorizar a detecção e tratamento dos casos de hepatite C, nem uma postura firme em relação ao alto custo dos medicamentos.

Além de ter invisibilidade social e no sistema de saúde, a doença tem evolução silenciosa no corpo humano. Por isso a realização de exames para diagnóstico e a qualificação dos profissionais de saúde é tão importante. A necessidade de organizar adequadamente a rede de saúde para a atenção a essa doença, segundo o Ministério da Saúde, ainda é uma dificuldade do nosso e dos sistemas de saúde de outros países.

A descrição e formas de transmissão das hepatites dos tipos A, B, C, D e E, o número de infectados pelo tipo C no Brasil e no mundo, a importância da prevenção e do diagnóstico precoce com o teste rápido para detecção das hepatites B e C, as dificuldades de acesso ao tratamento oferecido pelo SUS, o desafio da doença tipo C em estágio crônico e as estratégias para campanhas de esclarecimento são alguns dos aspectos discutidos em nossa reportagem por representantes dos pacientes, pesquisadores e autoridades do Ministério da Saúde. Silêncio rompido.

Rogério Lannes Rocha
Coordenador do Programa RADIS

Comunicação e Saúde

♦ Despertando o encantamento pela ciência 2

Editorial

♦ Também silenciamos 3

Cartum

3



Súmula 5

Toques da Redação 6

Radis Adverte 8



Hepatite C

- ♦ Quebrando o silêncio 9
- ♦ Infecção pode se tornar crônica 11
- ♦ O 'A B C D E' das hepatites virais 12
- ♦ Doença é desconhecida da maioria dos brasileiros 14

Recursos para saúde

♦ Para entender o (sub)financiamento do SUS 16



Comunicação

♦ Cotidiano atravessado pela mídia 18

Violência e saúde

♦ Novos ângulos de um antigo fenômeno social 20

Serviço 22



Pós-tudo

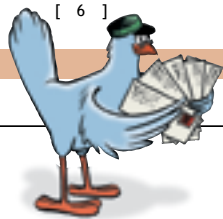
♦ Eleições municipais: prioridades na Saúde Pública 23

CARTUM



Capa: ilustração de Lucas Pelegrineti Grynspan

Demais ilustrações: Lucas Pelegrineti Grynspan (L.P.G.) e Marina Boechat (M.B.).



VOZ DO LEITOR

RACISMO

Em novembro de 2011, a Ensp organizou um debate muito interessante sobre saúde da população negra. O tema já havia sido apresentado pela Radis em 2004 e tem transitado nas páginas desta conceituada revista, mas de forma esporádica. Sugiro, que, em função da Rio+20, questões como o racismo ambiental e o racismo institucional, como determinantes sociais, sejam pautadas novamente, pois houve muitos avanços e dar visibilidade ao tema é fundamental.

♦ Sandra Martins, Rio de Janeiro, RJ

☐ *Cara Sandra, confira as edições 28, 31, 32, 40, 41, 45, 50, 73, 86, 89, 110, 111, 112 e 114 da Radis. Você pode acessar pelo nosso site (www.ensp.fiocruz.br/radis). Lá, você encontrará ainda outros textos, na seção Radis na Rede. Voltaremos ao assunto!*

TRANSTORNOS MENTAIS

Escrevo para sugerir a publicação de matéria a respeito do novo

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM). É uma publicação da Associação Americana de Psiquiatria que serve de referência para grande parte dos profissionais de saúde mental do mundo. O novo DSM está causando polêmica e sua publicação trará consequências profundas no diagnóstico, tratamento e recuperação de pessoas que sofrem de transtornos mentais e de comportamento – em torno de 12% da população brasileira (ou seja, 23 milhões de pessoas) de acordo com a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

♦ Anderson de Moura Lima, Teresina, PI

☐ *Sugestão anotada, Anderson. Na Radis 79, uma reportagem já mostrava vínculos financeiros de colaboradores do DSM com empresas farmacêuticas. Voltaremos ao assunto.*

SITUAÇÃO DE RUA

Sou assistente social e fico muito lisonjeada em ser assinante da Radis, pois seus conteúdos são de grande valia para os pro-

fissionais de saúde. Sugiro uma matéria sobre pessoas em situação de rua: possibilidades e desafios, além de formulação e implementação das políticas públicas.

♦ Giselle Monique, Caruaru, PE

☐ *Cara Giselle, o assunto foi abordado nas edições 102 e 110 e merece destaque. Obrigada por sua sugestão!*

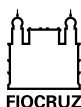
SANGUE PRIVADO

Gostaria de entender: depois da Gluta contra os bancos de sangue particulares, existem leis proibindo o comércio de sangue no Brasil e colocando o governo como responsável pelo sangue. Os bancos públicos diminuíram as doenças transmitidas, garantindo sangue para todos, com qualidade e sem custo. Os bancos privados estão de volta, com a conivência do governo. Agora, em alguns hospitais privados do Recife (e logo logo, todos), o paciente é obrigado a receber sangue do seu banco privado, sem direito a opção, e pagando um fortuna, caso não tenha convênio (em torno de R\$ 800 por cada bolsa transfundida). Os pacientes são praticamente obrigados também a encaminhar um quantitativo enorme de doadores, o que põe em risco a qualidade do sangue doado. Para receber sangue do hemocentro público só se internando nos hospitais públicos. Onde estão as leis, o governo e o pobre povo brasileiro que não estão vendo isso?

♦ Isaura Capiberibe do Amaral, Recife, PE

☐ *Cara Isaura, esse tema é muito caro ao Programa RADIS. Uma de nossas primeiras publicações, o jornal Proposta, de 1988, em sua edição nº 9 (maio/junho), teve o prazer de anunciar a aprovação da estatização do sangue pela Assembleia Nacional Constituinte. A Radis, por sua vez, já tratou do tema nas edições 31, 40, 47, 65, 72 e 79. Estaremos atentos!* ☐

EXPEDIENTE



Ministério
da Saúde



RADIS® é uma publicação impressa e online da Fundação Oswaldo Cruz, editada pelo Programa RADIS (Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde), da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp).

Periodicidade mensal
Tiragem 74.300 exemplares
Assinatura grátis

(sujeita à ampliação do cadastro)

Presidente da Fiocruz Paulo Gadelha
Diretor da Ensp Antônio Ivo de Carvalho

PROGRAMA RADIS

Coordenação Rogério Lannes Rocha
Subcoordenação Justa Helena Franco
Edição Eliane Bardanachvili (Milênio)
Reportagem Adriano De Lavor
(subedição), Bruno Dominguez e
Elisa Batalha

Arte Marina Boechat (subedição),
Natalia Calzavara e Lucas
Pelegrineti Grynzpan (estágio
supervisionado)

Documentação Jorge Ricardo Pereira, Laís
Tavares e Sandra Benigno

Secretaria e Administração Fábio Lucas,
Onésimo Gouvêa, Osvaldo José Filho
(Informática) e Thiago da Silva Rego
(estágio supervisionado)

Endereço

Av. Brasil, 4.036, sala 510 – Manguinhos
Rio de Janeiro / RJ • CEP 21040-361

Fale conosco (para assinatura, sugestões
e críticas)

Tel. (21) 3882-9118 • Fax (21) 3882-9119
E-mail radis@ensp.fiocruz.br

Site www.ensp.fiocruz.br/radis (confira
também a resenha semanal Radis na Rede e
o Exclusivo para web, que complementam a
edição impressa)

Impressão Ediouro Gráfica e Editora SA

Ouvidoria Fiocruz • Telefax (21) 3885-1762
Site www.fiocruz.br/ouvidoria

USO DA INFORMAÇÃO • O conteúdo da revista
Radis pode ser livremente reproduzido, desde que
acompanhado dos créditos. Solicitamos aos veículos
que reproduzirem ou citarem nossas publicações que
enviem exemplar, referências ou URL.

NORMAS PARA CORRESPONDÊNCIA

A Radis solicita que a correspondência dos leitores para publicação (carta, e-mail ou fax) contenha nome, endereço e telefone. Por questão de espaço, o texto pode ser resumido.

SÚMULA

DUPLA PATERNIDADE INÉDITA



Os pernambucanos Mailton Albuquerque, 35 anos, e Wilson Albuquerque, 40, protagonizaram o primeiro caso de dupla paternidade registrado no país. Ambos são pais de Maria Tereza, nascida no dia 29 de janeiro deste ano, que tem o nome dos dois em seu registro de nascimento, informou *O Globo* (3/3). Mailton e Wilson vivem há quinze anos uma relação homoafetiva e passaram pelo menos uma década estudando a melhor forma de ampliar a família com filhos biológicos.

Maria Tereza é filha biológica de Mailton, que recorreu a uma clínica de reprodução assistida e contou com o óvulo de uma doadora anônima para a fertilização. A menina cresceu no ventre de uma prima dele. Tanto Mailton quanto Wilson têm embriões congelados e esperam ter mais um bebê, no próximo ano, desta vez, um filho biológico de Wilson. Para o promotor de Justiça Adalberto Mendes Pinto Vieira, que deu o parecer sobre o caso, os dois foram corajosos e "muito machos e pioneiros".

Segundo Mailton, a ideia inicial era adotar uma criança, mas consideraram o processo complicado e preferiram amadurecer a ideia de lutar por filhos biológicos, depois de conhecer no Canadá um casal homoafetivo que tinha três filhos obtidos a partir do processo de fertilização artificial.

"Nossa experiência é um precedente importante", disse Wilson. "Realizamos um grande desejo, que era o de termos filhos, constituirmos família e mostrarmos para a sociedade que a gente consegue amar da mesma forma que um casal hetero".

Os dois lembraram que, antes, filho biológico em laboratório só poderia ser destinado a casais heterossexuais. Mas uma decisão do Conselho Federal de Medicina de janeiro de 2011 estendeu o benefício para os casais homoafetivos.

Segundo o juiz da 1ª Vara de Família de Recife, Clicério Bezerra, já houve um caso anterior semelhante em casal homoafetivo, mas formado por duas mulheres, que enfrentaram um longo processo na justiça. "É inédito porque são dois homens, que solucionaram a questão administrativamente. Foi tudo resolvido em cartório, sem que se precisasse recorrer a algum processo judicial como ocorreu lá no Sul, afirmou o magistrado, o mesmo que havia autorizado o casamento civil dos dois em agosto passado.

DESIGUALDADE DE GÊNERO (I)



Lançado durante as comemorações dos 80 anos do voto feminino no Brasil (6/3), relatório do Banco Mundial sobre o desenvolvimento aponta que investir em políticas de redução das desigualdades de gênero favorece o crescimento dos países, com efeitos diretos na aceleração da economia, noticiou o site *Carta Maior* (7/3). Esta foi a primeira vez que o documento, produzido pelo banco há 30 anos, foi dedicado ao tema da desigualdade de gêneros. "Além de moralmente condenável, manter a desigualdade de gênero é uma estupidez econômica", declarou Otaviano Canuto, vice-presidente do Departamento de Redução da Pobreza e Gestão Econômica do Banco Mundial.

Entre outros dados, o relatório demonstra que o produto agrícola dos países aumenta até 4% quando as mulheres que atuam na agricultura têm acesso a insumos e fertilizantes como os homens, e que a produtividade é 25% superior em situações onde não há segregação no emprego.

A publicação destaca, ainda, avanços e desafios na área de educação. Em 20 anos, apesar de a taxa de mulheres matriculadas nas universidades ter aumentado sete vezes (contra apenas quatro vezes a dos homens), 35 milhões de mulheres

ainda estão fora do ensino superior, principalmente na África e no sul da Ásia. Dois terços delas pertencem a minorias étnicas.

DESIGUALDADE DE GÊNERO (II)



O relatório sobre desenvolvimento do Banco Mundial para 2012 também traz informações sobre expectativa de vida, trabalho, salários, representação política e violência contra as mulheres. De 1960 para cá, as mulheres estão vivendo, em média, 20 anos a mais, embora 4 milhões ainda morram precocemente, sobretudo em países pobres, onde o acesso à alimentação é priorizado para os homens e os índices de mortalidade materna continuam alarmantes.

Foram registradas melhoras na inclusão das mulheres no mercado de trabalho, mas há problemas com a remuneração. Em 30 anos, 552 milhões de trabalhadoras conquistaram um posto de trabalho. Na América Latina e Caribe, foram 70 milhões. O Brasil contribuiu muito acima da média para estes números, com incremento de 22% no percentual, contra apenas 2% da média mundial. No entanto, os salários pagos às mulheres continuam inferiores aos dos homens que ocupam os mesmos postos de trabalho.

O documento aponta ainda que, em todo o mundo, apenas 20% da representação parlamentar é feminina. Mesmo no Brasil, que elegeu sua primeira presidenta, o percentual de mulheres com cargo eletivo é irrisório. A bancada feminina na Câmara ocupa apenas 45 das 513 vagas. No Senado, são apenas 12 mulheres entre as 81 cadeiras.

No ranking geral, o Brasil é o 116º país em representação feminina. A violência de gênero ainda preocupa: o relatório estima que 510 milhões de mulheres sofrem abuso sexual, de seus parceiros ou não, pelo menos uma vez na vida.

PIB MAIS VERDE



Um grupo de 20 cientistas, ganhadores do prêmio Planeta Azul, concedido anualmente a iniciativas ambientais pela fundação japonesa Asahi Glass, apresentou uma nova forma de medir as riquezas de um país, que leve em conta “os custos ambientais do crescimento econômico, seu capital verde e o nascimento de um mercado com menos uso de CO₂”, noticiou *O Globo* (21/02). Os pesquisadores apresentaram a proposta em encontro promovido pela ONU em Nairóbi, Quênia, propondo a substituição do Produto Interno Bruto (PIB) como medida de riqueza por outro índice que considere o capital natural, humano e social. A proposta inclui, ainda, eliminar subsídios em setores como energia, transporte e agricultura, responsáveis por altos custos ambientais e sociais; combater o consumo excessivo e promover campanhas em prol de causas sociais, como a capacitação de mulheres para o mercado de trabalho e a melhoria dos sistemas públicos de educação e de saúde.

O grupo advertiu que o aumento do PIB nos países que integram os Brics (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul) nos últimos anos teve como contrapartida um alto consumo de combustíveis fósseis, que respondem por 35% da liberação de gases estufa. Os cientistas consideraram que há avanços em países como o Brasil (que reduziu o desmatamento na Amazônia em 80%, nos últimos sete anos) e China (que apresentou claros sinais de que buscará uma economia de baixo carbono) e na Comunidade Europeia, mas criticaram a postura dos Estados Unidos, que se mantém fora do Protocolo de Quioto. Eles consideram equivocada a ideia de que preocupações ambientais são um obstáculo ao desenvolvimento e sugerem taxar o carbono ao invés de medir o PIB através do mecanismo Redd (Redução das Emissões por Desmatamento e Degradação florestal). Tirar este índice do papel, no entanto, implica acelerar acordos globais, investir na manutenção de florestas e na troca das matrizes energéticas, precisou a notícia.

AZUL É ANORMAL



A decisão de uma escola mineira de impedir a entrada de uma aluna que pintou o cabelo de azul transformou-se em mobilização nas redes sociais, foi notícia de jornal e ultrapassou os limites da cidade. O caso aconteceu em Uberlândia (MG). Segundo *O Globo* (17/2), o Colégio Cenecista Dr. José Ferreira teria barrado a aluna do segundo ano do Ensino Médio por se comportar “de maneira inapropriada”. Pai da estudante, o advogado Guilherme Diamantino apoiou a filha em um protesto na rede *Facebook*, que chamou atenção da TV local e ganhou apoio imediato na Internet. “A norma prevê que o cabelo tem que estar dentro da normalidade, mas eu não sei o que isso quer dizer”, disse Diamantino. Para o conselheiro da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) Mário Lúcio Quintão Soares, a decisão da escola fere o direito básico à dignidade e à identidade, informou a Agência Estado (16/2). “Em hipótese alguma o educador pode coibir o comportamento dela de pintar o cabelo de azul”, disse. “Foi uma decisão conservadora, atrasada, anacrônica. Essa escola prestou um desserviço à educação”, acrescentou Quintão.

SEM SÍMBOLOS RELIGIOSOS



Em decisão unânime, o Conselho da Magistratura do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul (TJ-RS) acatou pedido da Liga Brasileira de Lésbicas e de outras entidades sociais de retirada dos crucifixos e outros símbolos religiosos de espaços públicos dos prédios da Justiça gaúcha. O jornal *Zero Hora* (6/3) informou que o desembargador Cláudio Baldino Maciel, relator da matéria, defendeu que

toques
da
redação



ATO MÉDICO NA MIRA — Os profissionais de saúde estão mobilizados, manifestando sua rejeição ao projeto de lei do Ato Médico (PL 25/2002), aprovado em 8/2 pela Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania do Senado, precisando agora passar pelas comissões de Educação e de Assuntos Sociais para ir a Plenário. O PL, que vem sendo rejeitado em todas as conferências nacionais de Saúde, trata do exercício da Medicina e determina quais procedimentos devem ser realizados exclusivamente pelos médicos, dando margem a uma hierarquização das profissões em saúde e restringindo as ações das equipes multiprofissionais do SUS.

A mais recente manifestação de repúdio foi do Conselho Federal de Psicologia, que publicou pertinente nota criticando as declarações do presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM), Roberto D’Avila, em matéria do

um julgamento realizado em espaço que exhibe expressivo símbolo de uma igreja e de sua doutrina não parece a melhor forma “de se mostrar o Estado-juiz equidistante dos valores em conflito”.

No relatório, o magistrado declarou que “resguardar o espaço público do Judiciário para o uso somente de símbolos oficiais do Estado é o único caminho que responde aos princípios constitucionais republicanos de um estado laico”. A Liga Brasileira de Lésbicas alega que não existem outros símbolos expostos no Judiciário e que o objetivo é igualar o sentimento de quem não professa religião.

MÃOS LIMPAS



Estado de S. Paulo (8/2), de que para diagnosticar depressão, os psicólogos precisariam estudar Psiquiatria. Na reportagem, ele indaga: “Como tratarão neuroses, esquizofrenia? Só com papo e conversa? De jeito nenhum. Essas doenças são causadas por deficiências bioquímicas, e os pacientes precisam de medicamentos”.

Sua fala provocou imediatos protestos dos psicólogos, que apontaram “total falta de respeito com uma categoria que estuda a saúde mental, em seus pormenores, durante os cinco anos do curso de graduação em Psicologia” – ou seja, por muito mais tempo do que os médicos –, além de banalização da psicoterapia e negação do princípio da integralidade do SUS, “que visa à garantia do fornecimento de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos e coletivos”, conforme registra a nota.

As declarações do presidente do CFM mais uma vez deixam claro o quanto, para a entidade, os médicos assumem ares de donos da saúde, o que se expressa no PL do Ato Médico. A grita, desta vez, foi dos psicólogos, mas as demais categorias saúde e os demais cidadãos estão de olho, vide o abaixo-assinado *Presidente Dilma, vete o ato médico!*, que circula na internet.

Criado pelo Movimento Não ao Ato Médico, tem uma página no Facebook com mais de 3 mil novos membros registrados só no mês de março. O abaixo-assinado está disponível no endereço www.peticaopublica.com.br/PeticaoVer.aspx?pi=P2012N20540. Leia a íntegra da nota do Conselho Federal de Psicologia no site do RADIS (www.ensp.fiocruz.br/radis).

AMIANTO, NEM PAGO – O fabricante de telhas e caixas d’água Eternit adiantou-se na mídia para eximir-se de qualquer relação com os problemas de saúde causados aos trabalhadores de sua homônima, na Itália. Dois ex-diretores do grupo italiano foram condenados a 16 anos de prisão e a pagar dezenas de milhões de euros pela morte de 3 mil pessoas que trabalharam com amianto em suas fábricas – que funcionaram de 1976 a 1986. Em espaço publicitário da revista *Época* (27/2), a Eternit brasileira buscou explicar-se, informando que a substância que utiliza é o amianto crisotila, “que não oferece riscos à saúde da população” e é usado “como reforço para a produção de telhas de fibrocimento, fazendo uso de modernas técnicas de produção e proteção do trabalhador”, diferentemente da Itália, que, segundo a nota, “utilizou

vários tipos de amianto, principalmente o anfíbio, para diversas aplicações e sem proteção dos trabalhadores”. Antes de se darem por satisfeitos com a explicação, os leitores de *Época* poderiam dar uma olhada na revista *Carta Capital* (27/2), que não se furtou em compartilhar com seus leitores que também foi procurada pela Eternit para publicar o mesmo anúncio, mas se recusou, após conferir os argumentos apresentados na “nota de esclarecimento”. A revista informou que procurou vários especialistas e que “a totalidade” rechaçou as explicações da Eternit, alertando que o amianto crisotila está no grupo 1 das substâncias cancerígenas da OMS e é responsável por 80% dos casos de câncer da membrana que envolve os pulmões. O amianto é proibido em quase 60 países; a cada ano, 100 mil trabalhadores morrem em decorrência do contato com o produto. *Carta Capital* perdeu o anunciante, mas não perdeu a oportunidade de pôr os pingos nos is.

CORREÇÃO – Na revista 113, página 21, a foto indicada como sendo do ministro da Saúde de Cuba, Roberto Morales, é do representante da Unaiids, Luiz Loures, que coordenou o painel no qual o ministro estava presente.

Está disponível no site da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) o *Relatório sobre Autoavaliação para Higiene das Mãos* (HM), que apresenta os resultados brasileiros para um instrumento elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), informou o Portal Anvisa (2/3). O trabalho revela dados sobre as rotinas de segurança sanitária de gestores e profissionais que trabalham em estabelecimentos de saúde do país. A higienização das mãos é o procedimento mais importante e barato para evitar a transmissão de infecções relacionadas à assistência à saúde. A pesquisa, inédita, teve participação de 901 estabelecimentos de saúde que responderam a questionário disponível no site da Anvisa, entre 4 de maio e 31 de dezembro de 2011. A adesão foi voluntária.

Os resultados mostram que 70% dos estabelecimentos de assistência à saúde dispõem de orçamento exclusivo para a aquisição contínua de produtos e que 75% deles contam, ainda, com auditorias regulares para avaliar se álcool gel, sabonete e toalhas descartáveis, entre outros,

materiais estão disponíveis. De acordo com o relatório, também, 99% dos serviços contam com água corrente limpa, 93%, com sabonete em todas as pias, 92%, com toalhas descartáveis em todos os lavatórios. Em 70% das instituições há cartazes com as indicações de higienização das mãos.

Com base nas respostas, a equipe da Anvisa avalia que ainda é necessário grande esforço por parte dos estabelecimentos de assistência à saúde em áreas importantes. Em 66% deles não existe um sistema de observadores para verificação da adesão à higienização e 68% não contam com orçamento específico para capacitação e treinamento sobre o tema.

Outro problema é que em 77% dos estabelecimentos o profissional de saúde não tem retorno sobre os dados de adesão à higienização das mãos. “Seria importante essa devolutiva para o profissional perceber que sua prática está sendo monitorada e assim ter estímulo para continuar e aperfeiçoar”, disse a gerente de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde da Anvisa, Magda Costa.

SCIELO BRASIL: LIDERANÇA EM PORTAIS CIENTÍFICOS



A biblioteca científica eletrônica online SciELO Brasil (*Scientific Electronic Library Online*) continua na liderança entre os maiores portais de publicações científicas em formato eletrônico e de acesso aberto e gratuito no mundo, informou a agência Fapesp de notícias (5/3). A confirmação foi feita pelo novo ranking de repositórios mundiais, conhecido como Webometrics, que mede a visibilidade de repositórios científicos nos principais mecanismos de busca da internet, e foi elaborado pelo Conselho Superior de Investigação Científica (CSIC), da Espanha. Na penúltima edição do

ranking, divulgada em julho de 2011, a coleção selecionada de periódicos brasileiros já ocupava a mesma posição entre os Top Portais de Acesso Aberto.

Para elaborar o *ranking*, o CSIC utiliza como indicadores o número de páginas indexadas das coleções de periódicos em sistemas de busca na *web*, como o Google, além do número de *links* externos que apontam para o serviço, medidos por uma metodologia desenvolvida pelo Yahoo Site Explorer.

A SciELO resulta de projeto financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), em parceria com o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme). Para o coordenador operacional da biblioteca, Abel Parker, a colocação no *ranking* está relacionada à estratégia em curso desde o lançamento da SciELO, em 1998, de ampliar sua presença e de seus conteúdos em todos os índices de referência científicos na internet. "Isso mostra o valor que a coleção brasileira de periódicos científicos tem em termos de conteúdo", disse Parker à Agência Fapesp.

CIÊNCIA EM REDE



Uma rede social que congrega pesquisadores do mundo inteiro, com a proposta de facilitar a comunicação e a troca de experiências entre pessoas que atuam na mesma área de investigação vem se tornando uma das principais expressões da ciência *open source*, apontou a revista *Galileu*, em sua edição de março. Batizada de *ResearchGate* (em português, Portal de Pesquisa), a rede foi criada pelo virologista alemão Ijad Madisch e já reúne cerca de 1,5 milhão de usuários, sendo 45 mil brasileiros. A plataforma possibilita que teses e experimentos sejam debatidos de forma colaborativa e vem ganhando a preferência dos pesquisadores para publicação de seus trabalhos em relação às revistas acadêmicas.

ResearchGate também havia sido notícia na Agência Fapesp (13/01), que explicou que o portal estrutura o perfil de seus participantes aos moldes de currículo científico, em que pesqui-

RADIS ADVERTE

CIGARRO NÃO É PERFUME NEM COMIDA

TODA A ATENÇÃO À RESOLUÇÃO RDC14/2012 DA ANVISA, QUE PROÍBE A ADIÇÃO DE AROMATIZANTES E FLAVORIZANTES AOS CIGARROS.

sadores podem incluir um índice com suas publicações e um blog pessoal. A plataforma também oferece um calendário com os eventos científicos e uma bolsa de empregos oferece mais de 13 mil vagas nas diversas áreas da ciência.

O criador Ijad Madisch conta que teve a ideia quando fazia uma pós-graduação nos Estados Unidos e se deparou com um problema para o qual não achava resposta. Foi aí que percebeu que faltava uma ferramenta que possibilitasse a comunicação com colegas que pesquisassem o mesmo assunto. Com o *ResearchGate*, segundo Madisch, os cientistas podem receber informações inclusive sobre as experiências que não deram certo. Isso evitaria repetir o que já se mostrou falho. Informações: www.researchgate.net

CIGARRO COM SABOR, NÃO



A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) decidiu (13/2) proibir a adição de adoçantes, flavorizantes e aromatizantes nas etapas de produção do cigarro e derivados do tabaco. De acordo com a Anvisa, o produto acrescido de sabores como cravo, menta e chocolate atrai crianças e adolescentes para o consumo de tabaco e ajuda a viciar, mascarando o gosto da nicotina e a irritação causada pela fumaça, informou o portal de notícias Terra (13/3). A decisão foi tomada por unanimidade pela diretoria da

Anvisa, em Brasília. A adição do açúcar no tabaco, também questionada pela agência, não foi proibida, mas fica restrita ao processamento do fumo.

Os prazos para adequação da indústria às novas regras, contados a partir da publicação da resolução, são de 18 meses para os cigarros e 24 meses para charutos e cigarrilhas, informou a Agência Brasil (13/3). Está proibida também a utilização, nas embalagens desses produtos e nas de fumos para cachimbo de expressões que possam induzir a interpretação equivocada quanto aos teores das substâncias, tais como baixo teor, suave e *light*.

De acordo com a representante da Aliança de Controle do Tabagismo Paula Johns, o cravo e o mentol são os principais aditivos utilizados nos produtos derivados do tabaco para conquistar novos fumantes. "A maioria dos jovens, cerca de 60%, experimentam cigarros com sabor", apontou Paula, em entrevista ao site da Anvisa (13/3).

Estudo da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz com 17 mil estudantes em 13 capitais do Brasil, entre 2005 e 2009, aponta que 30,4% dos meninos e 36,5% das meninas informaram já ter experimentado cigarro e, desse grupo, 58,2% dos meninos e 52,9% das meninas preferem cigarro com sabor.

A determinação da agência vale para a venda de produtos importados no país e os voltados ao consumo e venda nacional, não atingindo aqueles cujo destino é o mercado externo. A Anvisa estima que 85% da produção nacional de cigarros e outros derivados do tabaco é exportada. ■

SÚMULA é produzida a partir do acompanhamento crítico do que é divulgado na mídia impressa e eletrônica.

HEPATITE C



Quebrando o silêncio

Rede de atenção à hepatite C, doença pouco divulgada, que não apresenta sintomas e tem mais impacto na saúde pública do que a aids, é desafio mundial

Bruno Dominguez

A hepatite C já causa mais mortes do que a aids nos Estados Unidos, segundo relatório do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC, na sigla em inglês, órgão do Departamento de Saúde e Serviços Humanos) publicado no fim de fevereiro no *Annals of Internal Medicine*. A pesquisa americana concluiu que a taxa de mortalidade por hepatite C aumentou de 3 por 100 mil em 1999 para 5 por 100 mil em 2007, enquanto a por doenças relacionadas à aids caiu de 6 por 100 mil para 4 por 100 mil no mesmo período. Apesar de localizada espacialmente, a pesquisa aponta uma possível tendência em países que investiram para oferecer diagnóstico e tratamento públicos para portadores do HIV, o que aumentou o tempo de vida pós-infecção. A hepatite C, por outro lado, ainda não conta com assistência semelhante em grande parte do mundo, incluindo o Brasil. Entre outras razões, pesa o fato de se tratar de uma doença silenciosa e silenciada – que não apresenta sintomas e é muito pouco divulgada.

“É uma questão mundial, cuja rede de atenção está na fase de organização”, avalia o coordenador da área de Cuidado e Qualidade de Vida do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, Ronaldo Hallal. “Mesmo o Reino Unido, referência em sistema de saúde, conseguiu diagnosticar e tratar poucos até agora”.

A visibilidade e a mobilização em torno da doença são novidades: “É recente essa movimentação mais ampla dos organismos internacionais e dentro dos próprios países para enfrentar a hepatite C”, diz Hallal. Nesse meio tempo, a doença segue cercada por desconhecimento. O plano de enfrentamento do governo americano reconhece que grande parte dos seus profissionais de saúde não conhece a doença.

São cinco os principais tipos de hepatite viral: A, B, C, D e E. No Brasil, as quatro primeiras são as mais frequentes (ver matéria e quadro na pág.12).

“As infecções por hepatite B e C são dez vezes mais numerosas que as por HIV, portanto, em termos de saúde pública, o impacto delas é muito maior”, compara a pesquisadora do Laboratório de Hepatites Virais do Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz) Lia Lewis. “O problema da hepatite C é justamente o fato de ser silenciosa”, diz. Explica-se: a doença é assintomática e a maioria dos infectados não sabe de sua condição; logo, não procura assistência. E, em termos de mídia, pouco se fala sobre ela. “É raro um paciente chegar ao nosso ambulatório conhecendo a hepatite C”, conta Lia.

PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Entre 130 milhões e 170 milhões de pessoas, o equivalente a 3% da população mundial, estão infectadas com o vírus da hepatite C no mundo, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), que trata a doença como um grave problema de saúde pública. A cada ano, são registrados de 3 milhões a 4 milhões de novos casos e 350 mil mortes. Alta prevalência é encontrada no Egito (22%), Paquistão (4,8%) e China (3,2%), especialmente em decorrência do uso de seringas contaminadas.

No Brasil, foram confirmados 69.952 casos entre 1999 e 2010, de acordo com o Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais 2011, do Ministério da Saúde. Desse total, 98,3% são crônicos. A hepatite C foi a causa básica de 14.873 mortes no país de 2000 a 2010, superando os óbitos por hepatite B (4.978), A (608), D (264) e E (48). Quando levadas em conta as causas associadas, chega-se ao número de 27.231 mortes por hepatite C, 8.641 por B, 819 por A, 377 por D e 81 por E.

Entre 65% e 75% das infecções por hepatite C aconteceram durante procedimentos em hospitais, clínicas ou consultórios médicos e odontológicos, como transfusão de sangue ou de hemoderivados, transplante de órgãos, injeção com seringa e ferimentos causados por seringas contaminadas, informa Lia. “No passado, em algumas unidades de hemodiálise, chegou-se a identificar a doença em quase 100% dos pacientes”, conta.

A maior parte dessas infecções se deu antes de 1993, quando tornou-se obrigatório o teste para detecção de anti-HCV (vírus da hepatite C) na triagem sorológica dos bancos de sangue brasileiros, informa o pesquisador do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz) Francisco Inácio Bastos, autor do livro *O som do silêncio da hepatite C* (Editora Fiocruz). Medidas como essa, de controle da qualidade dos bancos de sangue, foram introduzidas a partir de 1988, para evitar a expansão da epidemia de aids. “A maior parte dos infectados tem cerca de 50 anos: é um grupo que se contaminou antes que a aids mudasse o péssimo controle de banco de sangue no Brasil”.

O Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais 2011 confirma que a maior proporção de casos de hepatite C confirmados entre 1999 e 2010 encontra-se na faixa etária de 40 a 59 anos, somando 54,4% do total. As taxas de detecção mais elevadas estão na faixa etária de 50 a 59 anos, seguida do grupo de 40 a 49 anos de idade.

Novos casos, infectados depois de 1993, têm ligação com o compartilhamento de material para uso de drogas (seringas, agulhas, cachimbos), higiene pessoal (lâminas de barbear e depilar, escovas de dente, alicates de unha) ou para confecção de tatuagem e colocação de piercings, todos passíveis de prevenção. “Qualquer sangramento tem chance de transmitir hepatite C se os equipamentos não tiverem sido esterilizados”, alerta Francisco. “E muitos dos centros de tatuagem e piercing não são certificados, operam de forma ilegal”. A transmissão por contato sexual é rara, mas possível.

DIAGNÓSTICO

Um dos principais desafios na atenção à hepatite C é o diagnóstico: a maioria das pessoas infectadas não sabe que tem o vírus. O surgimento de sintomas é raro, daí o fato de ser classificada como doença silenciosa. Quando aparecem, os sintomas são inespecíficos: cansaço, tontura, enjoo e/ou vômitos, febre, dor abdominal, pele e olhos amarelados, urina escura e fezes claras.

“Por ser uma doença assintomática e silenciosa, pode evoluir por 10, 20, 30 anos sem que o paciente apresente sintomas. Ele acaba não procurando atendimento médico e, quando tem ciência da doença, já está em estágio muito avançado, com cirrose hepática ou câncer de fígado”, resume a vice-presidente da Sociedade Brasileira de Hepatologia, Maria Lúcia Ferraz. “Quanto mais cedo se diagnostica, mais opções de tratamento e mais chance de cura”.

TESTE RÁPIDO

Um hemograma completo não indica a presença de hepatite. É preciso passar por um exame anti-HCV e confirmá-lo por métodos mais precisos. O acesso a esses exames, no entanto, não é fácil no Brasil. “O teste rápido para HIV é muito comum, mas o das hepatites B e C é difícil de ser encontrado no SUS, mesmo se tratando de uma

No Brasil, foram confirmados 69.952 casos de hepatite C, entre 1999 e 2010, de acordo com o Ministério da Saúde



“Infecções por hepatite B e C são dez vezes mais numerosas que por HIV”

LIA LEWIS

doença assintomática não detectável no hemograma”, aponta Carlos Varaldo, que fundou o Grupo Otimismo de Apoio a Portadores de Hepatite C e escreveu dois livros sobre o tema depois de se curar da doença.

Francisco Inácio Bastos lembra que há muitos anúncios para testagem de aids, mas nunca uma mobilização compatível para a testagem da hepatite C: “Vai se formando a cultura do silêncio, um pacto de não se falar sobre a doença”.

A dificuldade do diagnóstico se reflete no acesso ao tratamento. Dos 600 mil infectados pelo HIV, 70% deles estão diagnosticados e 200 mil em tratamento. Dos 3 milhões de infectados pela hepatite C – “em um cálculo otimista”, segundo Carlos Varaldo – apenas 11,5 mil estão em tratamento. A proporção, na aids, é de 1 em cada 3 em tratamento; na hepatite C, de 1 a cada 290. “É uma disparidade muito grande”, critica.

Um passo para mudar esse quadro foi a decisão do Ministério da Saúde de oferecer testes rápidos para a detecção das hepatites B e C, a partir de agosto de 2011, inicialmente nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) das capitais, estruturas criadas para a aids, com previsão de chegarem a unidades básicas de saúde.

“O teste rápido não é bom somente por ser rápido: ele não exige equipamentos e pessoal especializado, é prático, de simples execução”, explica Lia. Esses testes servem para triagem; caso o resultado seja positivo, o paciente deve ser encaminhado para a rede de saúde para ter seu diagnóstico concluído.

O ministério também centralizou a compra dos exames complementares, de biologia molecular, como carga viral e genotipagem, e ampliou de 16 para 38 unidades a rede de laboratórios que os realizam. A centralização

“Tudo que lida com estigma e negação só prejudica; hepatite C é um patinho feio do qual ninguém quer falar”

FRANCISCO INACIO BASTOS



FOTO: MARINA BOECHAT

da compra possibilita a redução de custos, que variam de R\$ 80 a R\$ 298 por exame, e amplia a cobertura para um número maior de pessoas.

HEPATITE E AIDS

A oferta do teste rápido para hepatite C nos Centros de Testagem e Aconselhamento é um resultado concreto da incorporação do Programa Nacional das Hepatites ao Departamento de DST/Aids, em outubro de 2009. “Existem recomendações internacionais para que os governos integrem as respostas programáticas de DST, aids e hepatites virais”, informa Ronaldo Hallal.

Todas são doenças de causa viral, que não apresentam sintomas durante alguns anos e cujo diagnóstico

Infecção pode se tornar crônica

Hepatite é a inflamação do fígado, mais comumente causada por vírus, quando então recebe o nome de hepatite viral – mas que também pode ser provocada por uso de alguns remédios, álcool e outras drogas e por doenças autoimunes, metabólicas e genéticas. São cinco os principais tipos de hepatite viral: A, B, C, D e E. No Brasil, as quatro primeiras são as mais frequentes.

As hepatites virais podem ser separadas em dois grupos, de acordo com sua forma de transmissão. No primeiro, encontram-se as hepatites A e E, transmitidas de modo fecal-oral – por meio de água ou alimentos contaminados pelo vírus. Esse mecanismo de infecção está relacionado às condições socioeconômicas, de saneamento básico e de higiene pessoal.

No segundo, o das hepatites B, C e D, a transmissão é sanguínea: por transfusão de sangue ou hemoderivados, hemodiálise e procedimentos cirúrgicos e odontológicos em que não se aplicam as normas de biossegurança; da mãe para o filho durante gravidez e parto; pelo contato sexual; e por

compartilhamento de material contaminado para uso de drogas, higiene pessoal ou aplicação de tatuagens e piercings (leia mais no quadro da página 12).

No caso da hepatite A, o fígado normalmente volta a ficar sadio; no da hepatite B, 90% dos infectados se curam de forma espontânea e há vacina que impede a infecção – o SUS oferece a imunização para pessoas com até 29 anos ou que pertençam ao grupo de maior vulnerabilidade (grávidas, trabalhadores da saúde, bombeiros, policiais, manicures, populações indígenas, doadores de sangue, gays, lésbicas, travestis e transexuais, profissionais do sexo, usuários de drogas, portadores de DST).

Quando uma pessoa se contamina com a hepatite C, o organismo produz anticorpos para tentar destruir os vírus. Mas, com frequência, esses anticorpos deixam de identificar o invasor responsável pela hepatite C e a infecção permanece no organismo, com chances elevadas de ficar crônica: de 70% a 80% dos casos evoluem para uma infecção persistente. “Mas não é tão preto no branco: as mulheres e as crianças vão se curar mais facilmente, e aqueles que apresentaram sintomas têm mais chance de cura espontânea”, ressalva Lia.

Entre os indivíduos com infecção crônica ativa, em torno de 20% progridem para um quadro grave de fibrose difusa (espalhada por diversas áreas do fígado) e cirrose. Uma pequena parte, de 1% a 2%, pode vir a desenvolver câncer de fígado.



“Existem recomendações internacionais para que os governos integrem as respostas de DST, aids e hepatites virais”

RONALDO HALLAL

FOTO: MINISTÉRIO DA SAÚDE

precoce tem impacto no acesso ao tratamento e na taxa de mortalidade. As comparações entre aids e hepatite C são comuns na bibliografia sobre a doença e nas palavras dos profissionais ouvidos pela *Radis*. Todos citam a forte mobilização social em torno da aids como a principal razão de a doença contar hoje com uma rede elogiada internacionalmente.

“A resposta mundial à aids é única na história das epidemias: houve uma mobilização social, com o apoio de personalidades e formadores de opinião, que comprometeu os governos”, afirma Hallal. A hepatite C não contou – e ainda não conta – com mobilização similar. “Quando surgiu, a aids matava rapidamente e atingia pessoas mais dispostas a se expor para exigir tratamento adequado; a hepatite C não mata rapidamente, tinha num número muito pequeno de diagnosticados e até hoje é desconhecida, então não houve luta”, resume Carlos Varaldo.

A incorporação da estrutura gerencial das hepatites virais ao departamento de aids divide opiniões. Representante do Ministério da Saúde, Ronaldo Hallal avalia que a integração é natural: “Em geral, no mundo, a resposta à aids se estruturou com estratégias de prevenção, diagnóstico, implantação de serviços e assistência das pessoas que vivem com HIV, e as hepatites podem se beneficiar dessa rede”.

‘DEBAIXO DO TAPETE’

Para o representante dos pacientes Carlos Varaldo, o Ministério da Saúde “esconde a doença debaixo do tapete”. A face mais visível para o público desse cenário, segundo Varaldo, é a quantidade de campanhas sobre aids divulgadas pelo ministério em comparação com as sobre hepatites – muito mais frequentes e numerosas.

O pesquisador Francisco Inácio Bastos observa que uma fusão demanda parceiros em situações parecidas para funcionar bem, o que de acordo com ele não é o caso. “Há um parceiro rico, o HIV, e o parceiro pobre, a hepatite, o que gera uma relação complicada”, diz, referindo-se ao volume de recursos – inclusive de financiamentos internacionais – destinados ao cuidado com o HIV. “A decisão seria boa caso a aids puxasse a hepatite para cima, mas falta recurso e pessoal para que isso se concretize”.

Hallal afirma que a pasta está buscando considerar as particularidades das hepatites para apresentar à sociedade uma resposta específica, aproveitando o acúmulo no combate ao HIV e a rede formada para atender os porta-

Um dos principais desafios é o diagnóstico: a maioria não sabe que tem o vírus

O ‘A B C D E’ das hepatites virais

HEPATITE A

Também conhecida como hepatite infecciosa, é transmitida de pessoa para pessoa, por meio de água, alimentos e objetos contaminados pelo vírus ou por mãos mal lavadas e sujas de fezes. Quando surgem, os sintomas mais frequentes são cansaço, tontura, enjoo e/ou vômitos, febre, dor abdominal, pele e olhos amarelados, urina escura e fezes claras, de 15 a 50 dias após a infecção. O diagnóstico é realizado por exame de sangue específico.

A hepatite A costuma ter evolução benigna, não deixando sequelas. Mais grave em adultos, pode causar insuficiência do fígado e ser fulminante – o que acontece em menos de

1% dos casos. A doença é totalmente curável quando se segue a recomendação médica.

A melhor forma de se evitar é melhorando as condições de higiene e de saneamento básico: lavar as mãos; lavar bem, com água tratada, os alimentos que são consumidos crus; cozinhar bem os alimentos, principalmente frutos do mar e carne de porco; lavar adequadamente pratos, copos, talheres e mamadeiras; não tomar banho ou brincar perto de valões, riachos, chafarizes, poças; evitar a construção de fossas próximas a poços e nascentes de rios.

O SUS disponibiliza vacina específica contra o vírus causador da hepatite A, mas esta só é recomendada em situações especiais, como para pessoas com outras doenças crônicas no fígado ou que fizeram transplante de medula óssea. Aqueles que já tiveram hepatite A apresentam imunidade para a doença, mas não estão livres de contrair as outras hepatites virais.

HEPATITE B

O vírus B pode estar presente no sangue, no esperma e no leite materno, portanto, suas causas de transmissão são: transfusão de sangue contaminado; relações sexuais sem camisinha com pessoa infectada; de mãe infectada para o filho durante a gestação, parto ou amamentação; ao compartilhar material para uso de drogas, de higiene pessoal ou de confecção de tatuagem e colocação de piercings. A maioria dos casos não apresenta sintomas, mas os sinais (os mesmos da hepatite A) podem aparecer de um a seis meses após a infecção.

A doença pode se desenvolver de formas aguda (quando a infecção tem curta duração) e crônica (quando dura mais de seis meses). Se necessário, o paciente é tratado com medicamentos. O risco de a doença tornar-se crônica depende da idade em que se dá a infecção. As crianças são as mais vulneráveis: nas com menos de um ano, o

dores da doença. O coordenador da área de Cuidado e Qualidade de Vida do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais reconhece que a rede de atenção à doença no Brasil é restrita, altamente concentrada nos hospitais universitários e nos centros de hepatologia. A integração com a rede de aids, diz, muda esse quadro.

“Praticamente nenhum estado brasileiro oferece tratamento no interior: o paciente precisa ir até a capital, o que, em alguns lugares, demanda dias de viagem”, critica Varaldo. A maior dificuldade, conta, é ter acesso à biópsia que aponta a extensão dos danos ao fígado: o tempo de espera pode chegar a um ano e meio no SUS, segundo ele. Bastos reforça que o SUS tem poucos centros com profissionais capacitados, fato que se agrava dada a dificuldade de manejo dos pacientes crônicos e a medicação dispendiosa associada a muitos efeitos adversos.

TRATAMENTO

O tratamento atual é baseado na combinação de dois medicamentos, o Interferon peguilado e a Ribavirina, com duração de seis meses a um ano. Ambos são fornecidos pelo SUS. A chance de cura (quando o vírus passa a ser indetectável de forma sustentada) é de até 56%. “Não é um tratamento simples, pois provoca efeitos colaterais, mas é finito”, diz Maria Lúcia Ferraz.

Passadas algumas horas da aplicação de Interferon, os pacientes relatam sentir sintomas parecidos com os de uma gripe de extrema intensidade: febre e dor no corpo. Alguns chegam a suspender a medicação para evitar o desconforto, o que compromete todo o tratamento.

O ministério estuda a incorporação de dois medicamentos cujo uso foi aprovado recentemente por agências internacionais: Boceprevir e Telaprevir. Ambos aumentam as chances de cura para até 75% e são apresentados em comprimido — enquanto o Interferon é

injetável. Como o lançamento é recente, a expectativa é de que sejam oferecidos pelo governo apenas em casos graves. “Estamos discutindo internamente, com bastante cuidado, a pertinência de incorporação, considerando os preços abusivos registrados no Brasil e o fato de não terem sido experimentados na população brasileira”, informa Hallal.

“A hepatite C não mata rapidamente e tinha número muito pequeno de diagnosticados. Então, não houve luta”

CARLOS VARALDO



FOTO: DIVULGAÇÃO/HEPATO.COM

Francisco Inácio Bastos, que se diz um “otimista cauteloso”, prevê cuidado melhor com a doença em dez anos: passado um período de implementação de novas medidas de controle da hepatite C, o número de novos casos deve diminuir, refletindo as medidas de segurança dos bancos de sangue, e a rede de tratamento deve se expandir. “É um desafio qualificar o serviço, mas, se o SUS é baseado na integralidade, tem que cumprir seu papel”, considera.

risco chega a 90%. Em adultos, o risco cai para 5% a 10%.

O diagnóstico é feito por meio de exame de sangue específico. Toda mulher grávida precisa fazer o teste para evitar a transmissão de mãe para filho.

Há vacina contra a hepatite B disponível no SUS para pessoas com até 29 anos ou que pertençam a grupos de maior vulnerabilidade (grávidas, trabalhadores da saúde, bombeiros, policiais, manicures, populações indígenas, doadores de sangue, gays, lésbicas, travestis e transexuais, profissionais do sexo, usuários de drogas, pessoas com DST). A imunização só é efetiva após três doses. Usar camisinha em todas as relações sexuais e não compartilhar objetos de uso pessoal também são formas de prevenção.

HEPATITE C

A transmissão da hepatite C ocorre principalmente pelo sangue. As outras formas de transmissão são

semelhantes às da hepatite B; porém, a via sexual e a de mãe para filho são menos frequentes.

Não existe vacina contra a hepatite C, mas a doença pode ser evitada ao não se compartilhar seringa, agulha e objetos cortantes com outras pessoas e ao se usar camisinha em todas as relações sexuais.

HEPATITE D

Só tem hepatite D quem foi infectado pelo vírus da hepatite B. A gravidade da doença depende do momento da infecção. No caso da infecção simultânea dos vírus D e B, manifesta-se da mesma forma que a hepatite aguda B — não há tratamento específico e a recomendação consiste em repouso e alimentação leve e proibição do consumo de bebidas alcoólicas por um ano.

Se o portador do vírus B é infectado posteriormente pelo vírus D, o fígado pode sofrer danos severos,

como cirrose e formas fulminantes de hepatite. Esta é a principal causa de cirrose hepática em crianças e adultos jovens na região amazônica do Brasil.

Sua forma de transmissão é igual à das hepatites B e C. Como a hepatite D depende da presença do vírus B para se reproduzir, as formas de evitá-la são as mesmas do tipo B da doença.

HEPATITE E

A doença é rara no Brasil, mas comum na Ásia e na África. Sua transmissão e suas formas de prevenção são iguais às da hepatite A. Na maioria dos casos, a doença não requer tratamento, sendo proibido o consumo de bebidas alcoólicas e recomendado repouso e dieta pobre em gorduras. A internação só é indicada em pacientes com quadro clínico mais grave, principalmente grávidas.

Fonte: Ministério da Saúde.

Doença é desconhecida da maioria dos brasileiros

O controle da hepatite C demanda não só uma rede de serviços ampla e qualificada, mas também informação. Pesquisa do Datafolha encomendada pela Sociedade Brasileira de Hepatologia em 2011 mostra, porém, que a doença é pouco conhecida pelos brasileiros, o que afeta a busca pelos serviços – do diagnóstico ao tratamento. Menos da metade (ou 49%) dos 1.137 entrevistados em 11 cidades declararam espontaneamente ter algum conhecimento sobre a hepatite C, “mesmo que de ouvir falar” – a hepatite B era a mais conhecida, com 57%; a A teve índice de 46%; a D, de 3%; e a E, de 1%.

E mais: apenas 1% desses entrevistados considerou a doença grave. Quando estimulados, com pergunta que fazia referência especificamente à hepatite C, 70% disseram saber algo sobre a doença – logo, 30% nem sequer ouviram falar de sua ocorrência. Outros dados da pesquisa indicam que, mesmo entre os que responderam conhecer a hepatite C, a desinformação é grande: poucos conseguiram indicar sintomas, diagnóstico e tratamento.

Do total, 42% souberam indicar alguma forma de contágio – transfusão de sangue (22%), relação se-

xual (21%), seringa não descartável (8%), drogas injetáveis com seringa compartilhada (7%), instrumento de manicure não esterilizado (8%) e instrumento de tatuagem ou piercing não esterilizado (3%). Quanto aos sintomas, 34% apontaram pelo menos um – 36% não apontaram nenhum. Mais da metade dos entrevistados pela pesquisa, 51%, sabiam que existe tratamento para a doença, mas poucos foram capazes de especificá-lo: 14% citaram, de forma genérica, tratamento por meio de medicamentos.

ALTA PREVALÊNCIA E DESINFORMAÇÃO

A própria pesquisa identifica uma base concreta para a falta de conhecimento: 72% dos entrevistados disseram não ter visto notícias sobre hepatite C nos últimos seis meses e 85%, não ter visto campanha sobre a doença no mesmo período. “Nossa constatação é que as pessoas são bastante desinformadas em relação à hepatite C, embora esta seja uma doença com prevalência muito alta”, comenta a vice-presidente da Sociedade Brasileira de Hepatologia, Maria Lúcia Ferraz.

Entre as razões do desconhecimento, ela cita o fato de a doença ser de progressão lenta e assintomática e também de não haver por parte do governo grandes esforços no sentido de divulgá-la.

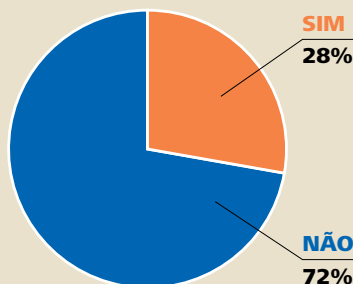
Em 2011, o Ministério da Saúde lançou campanha sobre as hepatites B e C, com cartazes, pôsteres, folhetos, vídeos, spot de rádio e banner. O mote era “Hepatite B e C são doenças silenciosas”. Os cartazes, um total de seis, voltavam-se a cada um dos grupos mais atingidos pela doença no Brasil. Às mulheres que pintam as unhas com manicure, por exemplo, a recomendação era “Só use materiais descartáveis ou esterilizados. Tenha seu próprio kit de manicure”. Os demais falavam aos profissionais de saúde, às pessoas que se tatuam ou põem piercing e a grávidas. Outro, mais geral, incentivava a busca pelos exames capazes de diagnosticar a doença.

QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

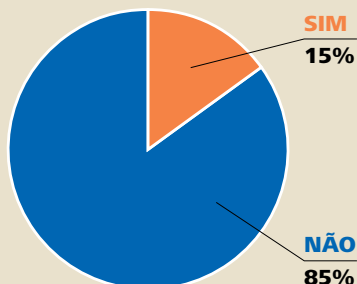
“Nossa estratégia de prevenção é fortemente baseada na abordagem de tatuadores e manicures, o que não fazemos com o HIV, que tem o contato sexual como principal via de transmissão”, explica o coordenador da área de Cuidado e Qualidade de Vida do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, Ronaldo Hallal. “A intenção das campanhas é informar sobre a hepatite C, alertar para os seus riscos e motivar as pessoas a buscarem o diagnóstico, sem causar temores excessivos e mostrando que pode ser tratada e curada”.

Se entre a população o conhecimento sobre a doença é frágil, entre os médicos também há desinformação. “A hepatite entrou no currículo de Medicina há no máximo oito anos, e a maioria dos médicos atuando hoje se formou há mais tempo”, diz o fundador do Grupo Otimismo de Apoio a Portadores de Hepatite C, Carlos Varaldo. Sem conhecer a doença, muitos não solicitam os exames necessários ou não conseguem indicar a um paciente o tratamento adequado, empurrando os infectados para os hospitais de referência das capitais.

Informação sobre a doença



Viu notícias sobre a hepatite C



Viu campanhas de prevenção à hepatite C

Para entender o (sub)financiamento do SUS

Má distribuição de papéis e recursos entre União, estados e municípios e 'lógica financista' estão na base da falta de dinheiro para a Saúde, apontam estudiosos

Elisa Batalha

Os males do (sub)financiamento do SUS estão em um sistema tributário injusto e complexo, na necessidade de se rever a distribuição de competências entre estados, municípios e União, após a Constituição de 1988, e na "lógica financista" que pauta os investimentos do país. Some-se a isso o fato de o Brasil ser o único país com sistema universal de saúde em que o gasto privado é maior que o público. As conclusões partem do olhar de economistas e sanitaristas, que vêm buscando analisar, em estudos, artigos na imprensa e participação em seminários, onde está o nó da falta de recursos do sistema de saúde brasileiro.

Salvador Werneck, pesquisador do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (Ipea), que vem estudando os aspectos econômicos do país desde que iniciou sua tese de doutorado — *Desenvolvimento econômico e reformas institucionais no Brasil: considerações sobre a construção interrompida*, defendida em 2007 na UFRJ —, observa que o sistema tributário brasileiro tem carga alta de impostos e má qualidade de serviços à população. Para ele, ainda, o sistema federativo brasileiro, no que diz respeito às relações entre estados, municípios, União e Distrito Federal, e, consequentemente, as fontes de recursos para atender a essas prerrogativas, precisa de "aperfeiçoamentos urgentes".

A estrutura federativa que compõe o país está na base da formação do SUS, explica Salvador, que participou de seminário sobre o financiamento do SUS no Rio de Janeiro em novembro de 2011 — algumas semanas antes da

votação da Emenda Constitucional 29 (Radis 113, seção *Toques*), no calor dos debates a respeito da rejeição parlamentar ao novo imposto que seria criado para substituir a CPMF, com objetivo de conter a perda de verbas para a Saúde.

RESGATE SOCIAL

Especialista em sistemas de financiamento de políticas públicas e Seguridade Social, o economista observa que o SUS foi concebido em 1988 como essencialmente descentralizado, para assegurar um caráter democrático e permitir melhor controle social. "Predominava o sentimento de que democracia e descentralização deveriam estar associadas", ressalta em sua tese de doutorado, que aponta, ainda, que a ideia, na época, era que o domínio dos recursos tributários pelos estados e municípios permitiria "o resgate social da parcela da população brasileira alijada dos ganhos do desenvolvimento no período militar". O movimento idealizado naquele momento objetivaria, então, garantir a descentralização fiscal e criar recursos adicionais para atender à expansão das políticas sociais à totalidade da população, explica.

Para ele, o resgate da dívida social ainda está longe de se dar e os governos não apresentam o quadro idealizado pelos constituintes. "Estados e municípios enfrentam dificuldades financeiras e não cumprem satisfatoriamente o papel que deles se esperava".

CRISE NA FEDERAÇÃO

Salvador Werneck considera o problema do financiamento do setor

saúde apenas "mais um entre vários produtos de uma crise na Federação". Ele explica que as decisões da Constituição de 1988 levaram o Governo Federal a reagir contra a perda de recursos e a promover a descentralização de encargos, ou seja, foram aumentadas as obrigações e atribuições de serviços dos estados e municípios. Os municípios ganharam atribuições, mas sua arrecadação de impostos não cresceu na mesma proporção.

"Parece inegável o descompasso entre a maior responsabilidade e a capacidade financeira dos municípios no atendimento satisfatório das demandas sociais", resume Salvador, apontando que o setor público brasileiro foi dotado de um grau de descentralização semelhante ao das economias avançadas, mas nestas o dinheiro dos impostos fica em sua maior parte nas unidades menores do território, enquanto no Brasil a União é a maior arrecadadora.

CONFUSÃO DE PAPÉIS

O autor menciona três causas, que, segundo ele, contribuíram para que não se configurasse plenamente a idealização da Constituição de 1988 de tornar os municípios entidades capazes de atender adequadamente às demandas por serviços sociais. Em primeiro lugar, o governo aprovou o Fundo Social de Emergência — a atual Desvinculação das Receitas da União (DRU) —, desvinculando 20% das receitas das transferências constitucionais. "Esse movimento, visto inicialmente como emergencial, ganhou caráter perene e contribuiu para ampliar o domínio federal sobre os recursos fiscais", analisa. Em segundo lugar,

o baixo crescimento da economia brasileira, que, nas décadas passadas, impediu que a receita fiscal própria dos municípios aumentasse mais do que o correspondente aos tributos próprios. Finalmente, as altas taxas de juros provocaram aumento do serviço da dívida e contribuíram para as dificuldades financeiras de municípios, sobretudo, as capitais e as unidades mais importantes economicamente, que tiveram maior acesso a operações de crédito.

Se, por um lado, analisa Salvador, ocorreu o processo de descentralização fiscal, com os municípios assumindo maior peso no atendimento das demandas sociais e nos gastos totais, por outro, vários deles vivem em dificuldade financeira e não apresentam condições de responder adequadamente à demanda de serviços que recai sobre eles.

Além da confusão de papéis entre os entes federados, Salvador aponta como problemas a carga tributária elevada, “verdadeiro cipoal de impostos altos, injustos e de difícil fiscalização”; a regressividade, isto é, quanto menos se ganha mais se paga, em proporção; a falta de contrapartida de prestação de serviços de alta qualidade em muitos setores; a alta complexidade do sistema; e a tendência a conflitos distributivos como “guerras fiscais”.

‘TRAGÉDIA’

A aprovação da Emenda Constitucional 29 sem o comprometimento de a União participar com 10% da sua arrecadação para a Saúde (*Radis* 113) é vista como grande derrota por sanitistas, entre eles Lígia Bahia, vice-presidente da Abrasco, presente ao seminário de novembro, que levantou as questões federativas e tributárias como essenciais ao debate da Saúde. Ela considerou uma “tragédia” a manutenção da indexação da despesa da União com a Saúde pela variação do PIB do ano anterior. “Houve derrota de todos que defendem o SUS. Como priorizar a saúde sem ser prioridade orçamentária de fato?”, questionou ela depois, em entrevista ao jornal *O Globo* (30/01, íntegra na seção *Radis na Rede*, do site do RADIS).

Lígia aponta um aspecto positivo do texto aprovado: “Foi bom terem definido o que são gastos com Saúde”, considerou, referindo-se ao trecho que objetiva impedir que se considerem gastos com merenda escolar, saneamento, coleta de lixo e restaurantes populares como gastos com saúde. A questão é que a aprovação da EC 29 tal como ocorreu

equivale na prática a dizer que a União, só aumentará o que gasta com saúde na mesma proporção que houver crescimento econômico. O gasto relativo, portanto, não aumentará.

Reportagem publicada em *O Estado de S. Paulo* informa que o gasto público em Saúde do país é 41,6% do gasto total. Essa participação é considerada baixa se comparada à de outros países como os da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Neles, a participação das fontes públicas no financiamento do sistema representa cerca de 70% da despesa total, variando de 67,5% na Austrália a 84,1% na Noruega. Sergio Piola, coordenador da área de Saúde do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), resumiu o problema em declaração recente na imprensa: “O Brasil é o único país com sistema universal de saúde onde o gasto privado é maior que o público. É muito pouco para o país ter, efetivamente, um sistema de cobertura universal e atendimento integral”.

FALÁCIA

O Brasil, conforme estima o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tem um dispêndio total em saúde (público e privado) equivalente a 8,4% do PIB, percentual baixo quando comparado ao dos Estados Unidos (15,47%), mas próximo ao de outros países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), como o Reino Unido (8,4%), Espanha (8,5%), Canadá (10,1%) e Austrália (8,9%), que também possuem sistemas universais.

Sérgio Piola diz que é falácia a crítica contra a má gestão dos recursos do SUS como maior responsável pela

baixa qualidade dos serviços. Para ele, a melhoria do gasto público deve ser um esforço permanente de todos os gestores, mas até para resolver alguns problemas de gestão seriam necessários mais recursos. A diferença de oferta de serviços entre as regiões brasileiras, por exemplo, para ele só se resolveria com mais investimentos. “A população que depende do SUS no Sul e no Sudeste recebe muito mais serviços que os moradores do Norte e do Nordeste”, considerou.

O professor do Instituto de Economia da Unicamp Luiz Gonzaga Belluzzo apontou, no mesmo seminário em que Werneck abordou o sistema tributário, as razões pelas quais, a seu ver, a lógica econômica fundamenta a opção política por uma desconstrução do sentido original do SUS.

Segundo ele, o governo vem tomando decisões que mostram a preponderância da lógica financista, posta em patamar acima das reais necessidades do cidadão. Belluzzo analisou a conjuntura política e econômica da crise mundial, especialmente desde o estouro da bolha imobiliária nos EUA e a falência de grandes bancos até o momento crítico vivido hoje pela Europa.


Para Belluzzo, vivemos “um ponto de mudança”. Ele considera que “regredimos na questão pública, do investimento público”. E observa: “As pessoas estão percebendo que não são os economistas que vão dizer como deve ser daqui para frente, porque eles não foram capazes de prever a crise que estava para acontecer, debaixo dos seus narizes”. A universalidade do SUS é ponto-chave na solução de todo esse impasse, afirma. “Política só para os pobres é uma política pobre”. 



FOTO: JUANA PORTUGAL/ABRASCO



FOTO: IPEA/GUSTAVO GRANATA

Belluzzo: lógica financista em patamar acima das necessidades do cidadão

Salvador: descompasso entre responsabilidade e capacidade financeira dos municípios

Cotidiano atravessado pela mídia

Midiatização traz desafios para a comunicação e a saúde, diz pesquisador

Adriano De Lavour

Vivemos em um novo ambiente, atravessado pelos meios de comunicação, que põe em crise o modelo clássico de produção, circulação e consumo de mensagens, um processo que os teóricos batizaram como *mediatização*. Ele repercute nas linhas e objetos de pesquisa e nas rotinas acadêmicas, em especial na construção metodológica das questões de comunicação, analisou o professor Antônio Fausto Neto, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), no seminário *Midiatização na saúde*. No evento, promovido em março pelo Programa de Pós-graduação em Informação e Comunicação e Saúde (PPGICS) e pelo Laboratório de Pesquisa em Comunicação em Saúde (Laces), ambos do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz), o pesquisador também abordou as origens do processo de *mediatização*, seus principais expoentes e as questões relacionadas ao campo da saúde.

Ele explicou que, com a *mediatização*, as operações de construção de sentido obedecem a outros protocolos, que fazem com que pesquisadores e objetos virem, ao mesmo tempo, contemporâneos e cobaias deste ambiente. “Não é a toa que empresas têm contratado semantistas e filósofos”, observou.

DIFERENTES SOCIEDADES

Embora sua origem remonte a criação das primeiras tecnologias impressas, a *mediatização* atinge seu momento mais intenso e mais complexo com a conversão das tecnologias em meios de comunicação. Seu índice mais representativo é a internet, novo ambiente sociointeracional que marca a diferença entre a sociedade dos meios e a sociedade em vias de *mediatização*.

Fausto definiu que a sociedade dos meios é aquela que se caracteriza pela centralidade dos meios de comunicação na “mediação” entre instituições e atores sociais. Neste tipo de sociedade, os meios (televisão, rádio, jornal) ocupam um lugar de protagonista nas operações de comunicação, se legitimando inclusive como campo social, nos moldes que definiu o sociólogo francês Pierre Bordieu (1930-2002). O assunto, orientou, foi bem explorado pelo teórico português

Adriano Duarte Rodrigues, no artigo *Experiência, modernidade e campo dos media*.

Na sociedade em vias de *mediatização* já não há mais centralidade dos meios na gerência das interações, explicou Fausto Neto, já que o papel que era exercido pelos meios passa a ser desempenhado também por outros atores, transformando a rotina de pessoas e instituições. “A comunicação deixa de ser problema dos meios para ser problema da sociedade”, precisou.

Ele citou como exemplo de *mediatização* dos protocolos sociais o encontro, nos anos 1980, entre o então papa João Paulo II (1920-2005) e o sindicalista polonês Lech Walesa, que se tornaria presidente da Polônia. Ao perceber que o fotógrafo do Vaticano não havia registrado a cena do futuro presidente beijando seu anel, o próprio papa pediu ao conterrâneo que repetisse a cena, desta vez olhando para a câmera. “Uma prática religiosa afetada pela *mediatização*”, definiu. Fausto citou ainda a repercussão dada à introdução de uma rede eletrônica interna de comunicação entre os juízes do Supremo Tribunal Federal (STF). “É a rede se instalando na rede argumentativa do Direito”, comentou.

LULA

Outro exemplo: a primeira campanha vitoriosa do presidente Luiz Inácio Lula da Silva à Presidência da República, quando o candidato tirou a gestão de sua campanha das mãos do partido para colocá-la sob a responsabilidade de profissionais de marketing. “A retórica da *mediatização* substituiu a retórica política”, analisou Fausto.

Ele considera Lula um importante “objeto de estudo” do processo de *mediatização*, por sua habilidade ao lidar com a recepção de sua imagem na sociedade dos meios e, mesmo depois de sair do Planalto, não romper com os protocolos midiáticos. Fausto chamou atenção para a maneira como o ex-presidente vem “semantizando” o seu tratamento contra o câncer. Desde o início, é ele quem gerencia a visibilidade de sua enfermidade. Isso tem um efeito importante, observa: a mídia perde o status de “saber antes”, de fazer de alguém um objeto. “É a própria fonte da notícia que passa a ser operadora de sentido”.

A *mediatização*, observou Fausto, enfraquece o conceito de mediação, modificado pela emergência de um modelo de

multifluxos, onde não se tem controle sobre o processo de circulação. “As etapas de produção e recepção se tornam efêmeras e se alternam, reformulando a topografia da arquitetura comunicacional”, sinalizou. O resultado é a criação de uma zona de interpenetração, onde não há mais distinção tão clara entre quem produz e quem recebe mensagens.

O efeito dessa mudança de cenário foi sentido, por exemplo, em um episódio que pôs em crise a figura do ombudsman da Folha de São Paulo (no jornalismo, ombudsman é o profissional contratado pela empresa para receber críticas, sugestões, reclamações e deve agir em defesa do leitor). O jornalista Mário Magalhães foi impedido de exercer seu segundo mandato na função por se opor à proibição do jornal em publicar na internet as suas análises diárias. “Ele tentou romper a fala intermediária do jornal com seus leitores”.

PRÁTICAS SOCIAIS

Mas a midiaticização põe em crise ou na verdade amplia o conceito de mediação? Diante da questão proposta pela plateia, Fausto advertiu para o risco que se corre ao se utilizar o conceito de mediação, proposto pelo teórico colombiano Jesús Martín-Barbero (no livro *Dos meios às mediações*, Editora UFRJ, 2003), como “resposta mágica para todas as indagações”. Ele lembrou que esse conceito é muito preciso e se refere a uma sociedade específica. Para explicar os meios, orientou, é preciso pensar as práticas sociais que interferem nos seus efeitos, o que exige uma reformulação no conceito de Barbero. “É preciso levar em conta um conjunto de fatores que reconfiguram a mediação”, precisou.

Ele sinalizou para uma mudança decorrente da “contaminação” das práticas sociais pelos modelos midiáticos: é impossível pensar em política sem levar em conta a interferência da televisão. É algo que se aproxima do que se entende por “dessimbolização”, um dos reflexos da globalização, já analisados por teóricos como o etnólogo francês Marc Augé.

ACONTECIMENTO AUTORAL

Um exemplo deste novo cenário pode ser visto no momento em que, sem maquiagem, a apresentadora Ana Maria Braga, da Rede Globo, mostra os bastidores de seu programa ao telespectador. O espaço de imaginação antes facultado ao receptor parece se romper quando este é convidado a assistir à formulação da mensagem que irá receber, analisa o professor.

Outro caso que ilustra seus comentários diz respeito à maneira como o jornalista gaúcho Paulo Sant’Ana tem dividido com os leitores de seu blog a luta que vem travando contra o câncer. Uma corrente de contato, que Fausto definiu como “processo autoral do acontecimento”, ou seja, o “produtor” é também parte da própria mensagem.

Situação curiosa identificada pelo professor, no âmbito da sociedade em midiaticização, é a limitação na interatividade das ferramentas propostas pelos meios de comunicação. Ele citou a grande quantidade de comentários de leitores (em blogs e sites) ignorados pelos produtores de conteúdo, ainda acostumados aos processos da sociedade dos meios.

Fausto defendeu que o novo ambiente comunicacional traz mudanças nas práticas sociais e na relação que se estabelece com o tempo — “Não há temporalidade de espera neste extremo frisson de contatos”. Há reflexos, também, relacionados à convergência tecnológica, que complexifica os sistemas de recepção. “Quanto mais se midiaticiza, mais difícil definir onde estão o produtor e o receptor”, apontou.

O novo ambiente também se reflete na educação. Como as ligações sociais passam a ser de contato e as práticas educativas passam a ser midiaticizadas, há uma ten-

dência em se substituir o velho modelo interpretativo por “operações decifradoras imediatas”. Ou seja, as relações passam a ser menos especulativas (de saber por que fazer) e mais operativas (de saber como fazer). O fenômeno tem sido analisado pelo filósofo argentino Alejandro Piscitelli.

JORNALISMO, POLÍTICA E SAÚDE

O jornalismo também é afetado por essas mudanças. A perda da centralidade dos meios na sociedade e a diminuição do seu poder de mediação exigem novos protocolos por parte dos profissionais, já que a prática jornalística passa a ser possível para todos os atores sociais, ao mesmo tempo em que os dispositivos legais da profissão desaparecem. Fausto identifica que há por parte dos jornalistas um esforço pela “atorização”, isto é, pela participação dos profissionais como atores dos acontecimentos, como forma de manter sua identidade. Essa mudança é caracterizada pela substituição do narrador pelo âncora.

A política social é o campo onde mais se expressa esse deslocamento proposto pela midiaticização. Um processo inaugurado com o embate televisivo entre John Kennedy (1917-1963) e Richard Nixon (1913-1994) durante a campanha para a presidência dos Estados Unidos, em 1960, e que vem desafiando, até hoje, analistas de comunicação em todo mundo. Naquele momento, os teóricos não tinham como analisar o grande aparato de imagens que se apresentava. Algo semelhante ao que acontece hoje, quando se exige a construção de novos modelos metodológicos, de “uma nova gramática” discursiva.

Fausto acrescenta que a saúde sempre esteve à frente dessas discussões teóricas, já que foi o primeiro setor a formular suas práticas dentro da noção de “campo de saber”. Talvez por sua tradição “campanhista”, o campo tenha formalizado e sistematizado sua atuação, agora sujeita às interferências da midiaticização.

Ele disse enxergar na saúde modos diversos de lidar com a situação. Há ações que continuam utilizando modelos clássicos de comunicação, e existem aquelas que já incorporam a pluralidade de condições de produção, circulação e apropriação de mensagens. Fausto lembrou que a chave para interpretar este momento é pensar na zona de interpenetração, onde a lógica é de intensa e complexa interação e alta complexidade. ■

Veja indicações de leitura para saber mais, no site do RADIS (www.ensp.fiocruz.br/radis)

FOTO: MARINA BOECHAT



Fausto Neto: os meios perderam a centralidade na vida social

Novos ângulos de um antigo fenômeno social

Evento discute violência na sociedade contemporânea com foco nos acidentes de trânsito, apontando para um olhar intersetorial

Solange Argento *

Discutir a violência, levando em conta a realidade social complexa, regida por uma economia de mercado globalizada e diante de uma cultura que valoriza o *ter* e não o *ser* foram alguns dos desafios do 2º Encontro Interdisciplinar sobre Violência e Saúde, que o Laboratório de Estudos em Violência e Saúde (Leves) da Fiocruz Pernambuco realizou nos dias 8 e 9 de março, no Recife. O seminário, cujo tema principal foi *Novos ângulos de análise para pensar a violência e os acidentes de trânsito no Brasil*, teve o objetivo de refletir sobre os processos sociais e os caminhos para a pesquisa responsável sobre a violência e a sua compreensão por parte da sociedade, informou a coordenadora do Leves, Maria Luiza Carvalho.

Nessa perspectiva, a fundadora do Centro de Estudos Latino-Americano sobre Violência e Saúde Jorge Careli (Claves/Ensp/Fiocruz), Cecília Minayo, ministrou a palestra *A violência contemporânea e suas ressignificações no mundo globalizado*. Desmentindo o mito do “passado pacífico” da humanidade, a pesquisadora afirmou que a violência não é um fenômeno recente, nem restrito apenas ao Brasil. “A diferença é que só na época moderna, a partir da Revolução Industrial, a violência passou a ser nomeada como um valor negativo”. Ela chamou a atenção para os diferentes impactos causados pelas mortes violentas. “Nós nos horrorizamos com os homicídios, porém não nos comovemos tanto com os acidentes de trânsito, será que neles se morre menos?”, questionou.

Segundo Minayo, a violência tem um padrão estrutural. A quantidade de mortes violentas num país, estado, ou município é previsível: “A relati-

va estabilidade das taxas permite a previsão e a prevenção”, afirmou, destacando que os estudos mostram serem os homens jovens e pobres as vítimas e atores preferenciais, em todas as sociedades. Ela observou que a violência no Brasil está alta, mas não está crescendo sem parar – a tendência aponta para a redução da taxa por causas externas, influenciada principalmente pela queda na região Sudeste. O país ocupa o quinto lugar em homicídios na América Latina, depois de El Salvador, Guatemala, Venezuela e Colômbia. Para Cecília, a diminuição da violência passa por soluções de âmbito global, nacional e local, todas atingindo o nível econômico, social, microssoial e subjetivo simultaneamente. “É impossível erradicá-la”, disse a pesquisadora.

ACIDENTES DE TRÂNSITO

“Precisamos nos educar como pedestres e condutores para desenvolver

relações mais respeitadas no trânsito”, alertou Edinilsa Ramos de Souza, também pesquisadora do Claves, na palestra *Os acidentes de trânsito: exacerbção da violência social*. Ela criticou o maior foco dado às ações de prevenção voltadas para os usuários de automóveis quando todos – inclusive os motoristas – em algum momento são pedestres.

A pesquisadora aponta que o número de internações por lesões no trânsito no Brasil em 2010 (161.023) foi maior que as causadas por doenças campeãs de internações – hipertensão (97.591), infarto agudo do miocárdio (74.694), HIV (36.094) e neoplasia de mama (43.011) – de acordo com dados coletados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), do Ministério da Saúde. Pela mesma estatística, o número de mortes no trânsito naquele ano (42.046) só foi superado pelos óbitos por infarto agudo do miocárdio (79.297). E lem-



Guilherme: importante é trabalhar para prevenir as situações que levam aos acidentes

bra os custos tangíveis e intangíveis que estão por trás da violência no trânsito. Em 2001, o custo financeiro direto desses eventos nos municípios brasileiros representava cerca de 0,4% do PIB nacional. Sem contar as sequelas físicas e emocionais nas vítimas, redução da sua qualidade de vida e de seus familiares, anos potenciais de vida perdidos, perda de dias trabalhados e a demanda por toda uma rede de assistência psicossocial para o suporte a pacientes em quadros de transtorno pós-traumático, depressão, somatizações, uso abusivo de álcool e outras drogas, além de outros quadros psicossociais. “Como expressão do momento sociopolítico e cultural do país, a grande vitimização de pedestres e motociclistas no trânsito brasileiro expressa a assimetria de forças presente nas relações violentas”, observou Edinilsa.

Ela também apresentou dados que mostram que os riscos de lesões geradas pelo trânsito estão fortemente associados ao poder aquisitivo, vitimando especialmente os pobres e as minorias marginalizadas, como pedestres idosos. “A complexidade do fenômeno das mortes e lesões no trânsito brasileiro – suas especificidades, seu impacto na saúde e as formas de atuar na atenção aos casos e prevenção das ocorrências – requer um olhar interdisciplinar e intersetorial sobre o problema, que ultrapassa o campo específico da saúde”, afirmou.

Essa visão multidisciplinar também foi defendida por Guilherme Macías, pesquisador da Universidad Nacional de Lanús (UNLa), na Argentina, que trouxe à discussão o tema *A complexidade dos acidentes de trânsito enquanto objeto de pesquisa*


e *intervenção*. Guilherme criticou a abordagem clássica que se utiliza de modelos determinísticos, em que o acidente é um fato consumado. “Pensamos que o que mais interessa é trabalhar de forma preventiva, com as situações que levam aos acidentes de trânsito”, explicou, adicionando a questão do livre-arbítrio, a escolha individual, como componente a ser levado em conta na análise. Ele propôs um novo modelo (sistêmico hierárquico complexo) para abordar e explicar os acidentes de trânsito. “Uma alternativa inovadora que surge da análise, comparação e combinação de diversas abordagens, incorporando fortemente atributos dos sistemas complexos, os quais, acreditamos, acercam-nos cada vez mais da compreensão da realidade”, definiu o pesquisador, mostrando entre as vantagens do modelo a possibilidade de ser utilizado na promoção à saúde, como elemento de diagnóstico e norteador de ações.

VIOÊNCIAS SIMBÓLICAS

“Vivemos uma ressaca pós-neoliberal, de um período que contribuiu para a deslegitimação da democracia e também para aprofundar o fosso entre as classes sociais. Estamos reaprendendo que há determinados assuntos que o Estado tutela, administra, que estão sob sua responsabilidade”, enfatizou o cientista político e professor da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Michel Zaidan Filho, fazendo uma abordagem do contexto político do Brasil nos últimos vinte anos. Conforme ressaltou ao debater o tema *Exclusão/inclusão social e sua relação com a violência* momento atual é de tentar resgatar o papel do governo.

Zaidan também denunciou as muitas violências simbólicas e institucionais que fazem parte do nosso sistema carcerário, e classificou como catástrofe a ideia de antecipação da maioridade civil. Ao longo de sua palestra, abordou outras formas de violência, como a corrupção e a violência contra a mulher, os idosos e as crianças. E criticou a verticalização da cidade do Recife, que para ele também representa uma forma de violência. “É um modelo de urbanização que cuida apenas do que está acima do solo, mas não vê o que está embaixo, criando focos de problemas com lixo, esgotamento sanitário, além de tornar a cidade um forno. Reflete a ausência absoluta do poder público no ordenamento urbano”.

O engenheiro de tráfego e doutorando do programa de pós-graduação da Fiocruz Pernambuco, Paul Nobre, trouxe à discussão os dados de sua tese, no debate *Epidemiologia dos acidentes de trânsito em Pernambuco*. Por sua vez, João Veiga, coordenador do Comitê de Redução dos Acidentes de Moto no Estado, falou sobre as diretrizes e ações que vêm sendo executadas pelo comitê com a participação das várias secretarias estaduais, do Detran, da contribuição da academia e da sociedade civil.

Para o diretor da Fiocruz Pernambuco, Eduardo Freese, o enfrentamento da violência perpassa questões complexas, que vêm de um histórico de dificuldades de se resgatar a cidadania da população mais pobre, ainda hoje exposta às doenças negligenciadas e perpetuadoras da pobreza. 

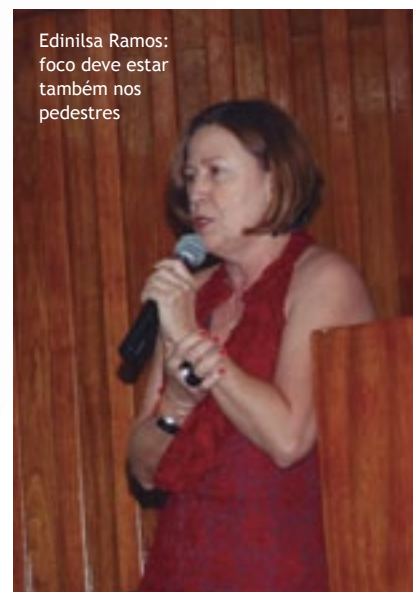
* Da Fiocruz PE, especial para a Radis



João Veiga: ações intersetoriais para a redução de acidentes



Cecília Minayo: taxas são estáveis e permitem previsão e prevenção



Edinilsa Ramos: foco deve estar também nos pedestres

SERVIÇO

EVENTOS

18º CONGRESSO INTERNACIONAL DE MEDICINA TROPICAL E MALÁRIA

Cerca de um bilhão de pessoas são afetadas por doenças tropicais em 149 países do mundo, informa a Organização Mundial da Saúde. A temática será discutida entre 23 e 27 de setembro, no Rio de Janeiro, no 18º Congresso Internacional de Medicina Tropical e Malária, que se realizará com o 48º Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical e a 28ª Reunião de Pesquisa Aplicada em Doença de Chagas. Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz) e Fiocruz serão os anfitriões do evento internacional, organizado pela Federação Internacional de Medicina Tropical e pela Sociedade Brasileira de Medicina Tropical (SBMT). O congresso, que terá como tema as doenças negligenciadas (frequentemente associadas à pobreza), abordará os avanços e desafios no controle da malária, doença de Chagas, leishmanioses, esquistossomose e dengue, além de outras doenças, bacterianas, virais e fúngicas. Inscrições com desconto podem ser feitas até 31 de maio, no site do evento.

Data 23 a 27 de setembro de 2012

Local Hotel Royal Tulip, Rio de Janeiro, RJ

Mais informações

Site <http://ictmm2012.ioc.fiocruz.br>
Tel (21) 2512-7640

3º CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE MENTAL

Sob o tema *Aperfeiçoamento e doídices: Saúde mental como diversidade, subjetividade e luta política*, o evento propiciará o encontro de gestores, trabalhadores e usuários em torno da legitimação de uma luta política que dê conta dos novos rumos da saúde mental e dos desafios de fomentar atenção à saúde mental de qualidade e buscar a subjetividade dos usuários. Relatos de experiências

e pesquisas estarão organizados em 12 eixos temáticos, entre eles, produção do conhecimento e políticas em saúde mental; atenção psicossocial; participação social e construção dos sujeitos; cuidado; drogas e cultura; desinstitucionalização; e medicalização.

Data 7 a 9 de junho de 2012

Local Centro de Convenções do Ceará
Mais informações

Site www.congresso2012.abrasme.org.br/

E-mail secretaria@congresso2012.abrasme.org.br

Tel (85) 3101-9891

PUBLICAÇÕES

FUNDAMENTOS DA SAÚDE

Saúde em questão (Editora Fiocruz/Claro Enigma), do epidemiologista Francisco Inácio Bastos (Icict/Fiocruz), apresenta um roteiro de respostas simples e didáticas para os questionamentos que surgem a partir das tentativas de se definir saúde. O autor revisita trabalhos científicos e formula um ponto de vista a partir da ideia de que a saúde é o resultado de interações de eventos em diversos níveis – que nomeiam cada capítulo do livro: muito pequeno, pequeno, do meu tamanho, maior do que eu e bem maior do que eu. O resultado é um panorama das “operações da vida”, desde o nível das pequenas partículas formadoras da matéria até o mapa dos sistemas ecológicos do planeta.



HISTÓRIA E CIÊNCIA

O quarto número do volume 18 da revista *História Ciências, Saúde - Mangueiras*, da Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz), trata da Amazônica colonial, do ponto de vista das epidemias, trabalho e recrutamento, da relação do trabalho do naturalista italiano Lazzaro Spallanzani com o ensino de história natural, da reper-



cussão da epidemia de cólera (de 1853 a 1856) na imprensa portuguesa e de doenças, alimentação e resistência na penitenciária da Bahia, entre 1861 e 1865. A edição apresenta ainda artigos, entrevistas e resenhas de livros, além de importante esclarecimento sobre a publicação em periódicos científicos hoje, assinado pelo historiador Marcos Cueto. A revista também está disponível online em www.coc.fiocruz.br/hscience/vol18_4.html

SAÚDE COLETIVA

No editorial do volume 28 (fascículo 2) da revista *Cadernos de Saúde Pública* (CSP), da Ensp/Fiocruz, a pesquisadora Cecília Minayo destaca o envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. A edição traz ainda revisão sistemática de avaliações econômicas sobre a vacinação infantil contra hepatite A no Brasil, além de artigos que tratam de temas como as condições da saúde bucal da população brasileira, a comparação entre informações do Cartão da Gestante e a memória materna sobre assistência pré-natal, a distribuição dos casos de tuberculose entre indígenas em Rondônia e a vulnerabilidade social da gravidez na adolescência, entre outros. A revista está disponível para leitura em www.ensp.fiocruz.br/csp



ENDEREÇOS

Editora Fiocruz

(21) 3882-9039 e 3882-9006
www.fiocruz.br/editora

Editora Claro Enigma

(11) 3707-3531
www.companhiadasletras.com.br

COC/Fiocruz

(21) 3865-2208, 3865-2194 e 3865-2196
www.coc.fiocruz.br/hscience

CSP/Ensp/Fiocruz

(21) 2598-2511 e 2598-2514
www.ensp.fiocruz.br/csp

Eleições municipais: prioridades na Saúde Pública

Gilson Carvalho *

Lamentavelmente, temos grandes problemas de saúde e de serviços de saúde. Isto afeta o público e privado. Bem verdade que mais sofre o público de deficiência. Entre outras causas, tem o público que trabalhar com menos da metade que o *per capita* do setor privado, com outras obrigações relativas à saúde pública.

Na saúde no mundo e principalmente no Brasil temos uma confluência de eventos onerosos que nos acostumamos a denominar de transições.

Podemos citar algumas delas.

1) Aumento na expectativa de vida da população quando os idosos necessitam de 40% a mais de ações e serviços; 2) A convivência ao mesmo tempo de doenças antigas e novas epidemias como dengue, aids, acidentes de trânsito, uso indevido de drogas, obesidade etc; 3) A crise nutricional onde nunca se comeu tanto, tão mal e descontroladamente; 4) A explosão da inovação tecnológica em saúde, muito benéfica por vezes e extremamente maléfica por outras, como quando fundamentada exclusivamente no interesse econômico; 5) A cultura de consumo de ações e serviços de saúde que nos leva a demandar cada vez mais e melhores serviços de saúde, uns necessários e essenciais e outros desnecessários e induzidos pelos que lucram e levam vantagens com a oferta, cada vez maior, de produtos e serviços.

Antes a avaliação ruim era apenas dos serviços de saúde pública, sempre criticados por motivos reais e outros culturais, como o conceito de que nada que é público presta! Hoje esta avaliação, nem sempre boa, tem acontecido com os ser-

viços públicos e privados. Não consola, nem explica. Ajuda na avaliação das causas e busca de soluções.

No público, come-teu-se, segundo alguns, "a loucura utópica de colocar na Constituição Federal que todos os cidadãos éramos iguais perante o Estado, e todos, independentemente do poder econômico, teríamos direito a cuidados integrais de saúde". Defendi e defendo até hoje esta loucura utópica. A pretensa utopia é a proposta de garantir o tudo para todos e que resgatou vida e cidadania de milhões de brasileiros que saíram da condição de indigentes para cidadãos plenos.

Complicou? Eram cerca de 100 milhões de brasileiros que a nada tinham direito e a eles foram abertos os serviços de saúde em base de igualdade com quem sempre teve acesso por ter previdência ou poder aquisitivo para custeio direto ou através de planos e seguros de saúde.

Existem saídas que precisam ser somadas e que não podem ficar apenas no discurso de falta de dinheiro, ainda sabendo da importância dele.

Mas, além dele, tem que mudar o jeito de fazer saúde com investimento nas pessoas antes que adoeçam (promoção e proteção de saúde), com participação das pessoas no autocuidado e seguindo as prescrições que dependam dos indivíduos; melhoras profundas no processo de gestão dos serviços de saúde com racionalidade, descrição de processo de trabalho, rotinas técnicas e administrativas e uso massivo da ferramenta informática.


Construir a melhora nos cuidados com saúde tem que começar



MB

pelos primeiros cuidados, ou básicos. Suficientes e eficientes e, como dito, com efetiva e total participação das pessoas em proteger sua saúde e contribuir ativamente na cura. Mas não pode parar no básico. Tem-se que buscar a integralidade, como manda a CF e demandam as pessoas, com acesso a serviços de média e alta complexidade.

Muita coisa pode ser feita com estas providências, mas o Governo Federal tem que assumir seu papel de maior financiador do sistema já que ele é a única esfera de governo que pode arrecadar. Falhou, mais uma vez, com a última lei de saúde. Os municípios, em geral, estão colocando em média 30% a mais que os mínimos constitucionais obrigatórios.

Isto pode explicar um pouco, mas não traz a solução. Digo que a solução no ambiente público não é simples e depende de muita vontade política dos governantes somada ao compromisso social dos trabalhadores de saúde. Mãos a obra para os atuais governos municipais. Muita reflexão e preparo para os que se candidatam. 

* Médico pediatra e sanitarista.

Publicado no jornal O Vale, do Vale do Paraíba Paulista, em 16/2/2012, e disponível no blog Saúde com Dilma.

Hepatites B e C

são doenças
silenciosas.

Faça o teste.

As hepatites B e C nem sempre apresentam sintomas.
Só com exames de sangue é possível saber se você tem hepatite.
Procure uma unidade de saúde. Hepatite é coisa séria.



Proteja-se: exija materiais descartáveis ou esterilizados. Use camisinha. Faça o teste no pré-natal.

O teste é um direito seu assegurado pelo SUS.

www.hepatitesvirais.com.br



Fique Sabendo

www.saude.gov.br

DISQUE SAÚDE 0800 61 1997



Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA