

NESTA EDIÇÃO

**Determinantes
Sociais da Saúde**

Relatório final
da comissão faz
radiografia das
nossas iniquidades

Ética em pesquisa

Sistema CEP-Conep
em busca de proteção

RADIS

comunicação em saúde

DESDE 1982



FIOCRUZ

Nº 74 • Outubro de 2008

Av. Brasil, 4.036/515, Manguinhos
Rio de Janeiro, RJ • 21040-361

www.ensp.fiocruz.br/radis

Impresso
Especial

050202087-3/2004-DR/RJ
Fundação
Oswaldo Cruz

...CORREIOS...



SAÚDE DO HOMEM

Nova política de atenção quer
levar o "sexo forte" aos postos

Literatura e diversão



FOTO: PETER ILICIEV/CCS-FIOCRUZ

Kulick (à esquerda), autor de *Travesti*, na entrevista a Renato, um ano de pesquisa no Pelourinho

Levar o universo da literatura das áreas da saúde à TV e à web é a proposta do *Ciência e Letras*, programa lançado em agosto pela Editora Fiocruz em parceria com o Canal Saúde, também da Fundação. "A ideia surgiu há dois anos, a partir do *Café Literário Espaço, Saúde e Letras*, promovido pela editora e o Canal no 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em agosto de 2006", conta João Canossa, editor-executivo da editora e um dos idealizadores do programa. A ideia amadureceu e, em agosto deste ano, o programa estreou organizado a partir de quatro eixos: lançamentos editoriais; divulgação científica; clássicos; e mundo editorial, mostrando como se faz um livro, como publicar, o que é um periódico etc.

A cada mês, o programa traz um eixo. O primeiro, exibido em 22 de agosto, apresentou um clássico, *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*, de Sergio Arouca, originado da tese de doutorado do sanitarista e publicado em co-edição Fiocruz e Unesp. Participaram desse programa a professora Ana Maria Tambellini, do Instituto de Estudos de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFRJ, e a pesquisadora Elizabeth Moreira dos

Santos, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. "Além de inaugurar a programação, foi uma edição muito afetuosa, pois o livro é muito afetivo", descreve Canossa.

O segundo programa privilegiou o mais recente lançamento da editora, *Travesti: prostituição, sexo, gênero e cultura no Brasil*, do antropólogo sueco Don Kulick. O livro é resultado de densa pesquisa etnográfica (método utilizado pela antropologia na coleta de dados), pela qual Kulick acompanhou durante um ano – entre 1996 e 1997 – o cotidiano de um grupo de jovens que vivia na prostituição no Pelourinho, centro histórico de Salvador da Bahia. Em visita ao Brasil, o autor foi entrevistado pelo programa. "A história do livro é interessante: ele não falava uma palavra sequer de português, e aprendeu a língua convivendo com os próprios travestis", informa Canossa. "E relata cada experiência com muito romantismo".

O programa mostra que é possível integrar as diferentes modalidades de comunicação, ressalta o editor. Para o sanitarista Renato Farias, apresentador do *Ciência e Letras*, além de estreitar as relações entre editora e canal – o que o deixa orgulhoso –, o programa torna a literatura científica mais acessível. "Acaba com o hiato entre livro

científico e leitor comum", salienta. Em sua opinião, cai o mito de que publicar é difícil e que a publicação científica é algo incompreensível. "O programa faz com que esta literatura esteja muito mais próxima do que imaginamos".

A expectativa, segundo o apresentador, é continuar nessa linha: estreitar o diálogo entre a academia e o mundo "daqui de fora" de forma divertida. Falta, porém, ampliar a veiculação do programa, como deseja Canossa. "Algumas pessoas que assistiram aos primeiros programas se ressentiram de ele estar restrito ao sistema Embratel e à web", diz. Para ele, ampliar para além da web ou da parabólica é muito importante. "Mas já está ótimo ser mais uma forma de democratizar a informação em saúde". O contrato com a Embratel acaba em novembro, e desde setembro a programação do Canal Saúde está na NBR, emissora por satélite da Radiobrás que pode ser vista em mais de 50 cidades, entre as quais 16 capitais. (K.M.)

Para assistir

O programa é exibido mensalmente, às terças-feiras, a partir das 12h05 (para saber o canal, acesse www.radiobras.gov.br/nbr/cidadesn-br_2004.htm); na internet, pelo site www.canalsaude.fiocruz.br

Cuidar do homem e da sociedade

São destaques nesta edição dois temas que, embora de óbvia importância, ainda são assuntos relegados na formação dos profissionais e nos serviços de saúde, em artigos de periódicos especializados ou matérias de jornal, revistas, rádio ou TV: a saúde do homem e a determinação social da saúde.

Nos anos 1980, havia um quadro no programa *TV Mulher*, apresentado por Marília Gabriela na Globo, em que o cartunista Henfil tecia curtos comentários a partir do contexto complexo e das fragilidades do masculino. Questões simples como não saber pregar um botão ou cozinhar e tentar aprender diante das câmeras eram senhas para colocar em xeque a suposta autoconfiança dos homens. Eram tempos de feminismo e o movimento "homista" proposto por Henfil não era uma capitulação, mas uma tentativa de, em sintonia com a desconstrução do homem conquistador, provedor e dominador, que tudo sabe – ou oculta quando desconhece –, abrir um espaço para ouvir esse sujeito cercado e constituído de incompletudes. E cuidar dele.

Mas isso foi no fim de uma era. Com o neoliberalismo econômico e as mudanças culturais desde a década de 1990, não só repensar o homem saiu de cena, como a abolição do duvidar ou buscar alternativas foi imposta como modelo também para as mulheres. Felizmente, as políticas de atenção à saúde das mulheres prosperaram e somaram-se às das crianças e dos idosos.

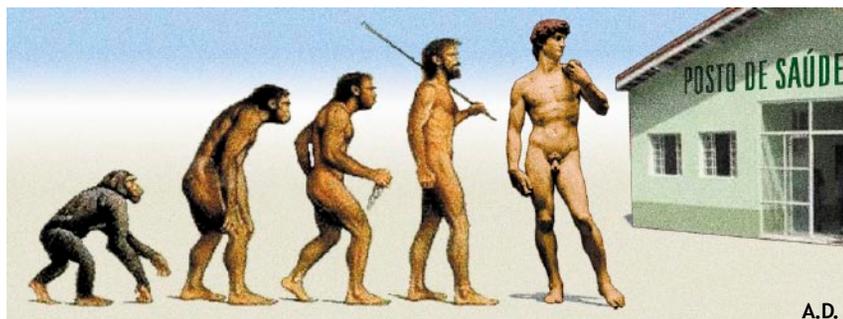
E os homens? Estudos demonstram que eles cuidam pouco da saúde e só buscam ajuda quando os problemas se agravam. Quando o fazem, isso é visto como sinal de fraqueza até por pro-

fissionais de saúde. Nossa matéria de capa aborda a nova política de atenção à saúde do homem a ser implementada no Sistema Único de Saúde. Vai muito além da prevenção ao câncer de próstata e exige mudanças culturais que incluam até uma nova forma de encarar o exercício da paternidade. Os homens bebem mais, fumam mais e estão mais expostos aos riscos da inatividade física, consumo de gorduras e excesso de peso que as mulheres. A taxa de mortalidade dos homens é 15 vezes maior entre os 20 e 29 anos – especialmente em decorrência da violência.

Na primeira de uma nova série de matérias sobre os determinantes sociais da saúde (DSS), fazemos breve descrição e análise do volumoso (216 páginas) e aprofundado relatório *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*, elaborado pela Comissão Nacional sobre DSS e entregue ao presidente Luiz Inácio Lula da Silva e ao ministro da Saúde, José Gomes Temporão, em agosto. No país da desigualdade extrema, esse importante documento (disponível em versão integral pela internet) fundamenta recomendações em dados e evidências científicas e se compromete com a equidade e a ação. Configura-se como um mapa para a implementação de políticas públicas intersetoriais que ataquem as desigualdades que, além de evitáveis, são também injustas e desnecessárias. Assim como na atenção à saúde do homem, essas mudanças requerem iniciativa, vontade política e ruptura com paradigmas culturais.

Rogério Lannes Rocha
Coordenador do Programa RADIS

CARTUM



A.D.

Comunicação e Saúde

- ♦ Literatura e diversão 2

Editorial

- ♦ Cuidar do homem e da sociedade 3



- Cartum 3

- Cartas 4

- Súmula 5

- Toques da Redação 7

Saúde do homem

- ♦ Hora de quebrar paradigmas 8
- ♦ Entrevista: Romeu Gomes "Os homens cuidam pouco da saúde" 10



Ética em pesquisa • CEP/Conep

- ♦ Toda a proteção ao sistema 11

Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde

- ♦ Rumo à ação 12

- Radis adverte 14

1º Encontro da Rede Pan-Americana de Pesquisa em Dengue

- ♦ À espera da vacina 16

- Serviço 18

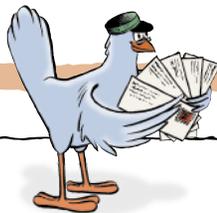


Pós-Tudo

- ♦ Raposa Serra do Sol: questão de Justiça 19

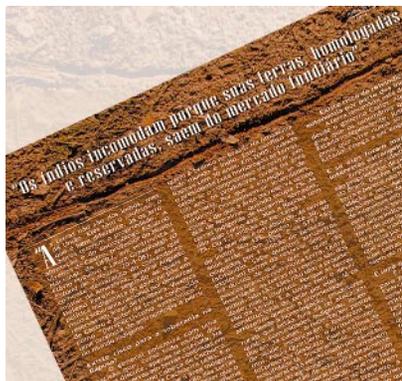
Capa e ilustrações Aristides Dutra (A.D.)

A capa é uma montagem a partir da escultura Davi, de Michelangelo



CARTAS

PARA TODOS OS USOS



Gostaria de parabenizá-los pela excelente matéria publicada em junho de 2008, com o tema "Os índios incomodam porque suas terras, homologadas e reservadas, saem do mercado fundiário". Contribuiu muito para meu esclarecimento. É uma pena que não concorra com o poder manipulador da mídia televisiva, uma vez que esses generais do exército vão e falam sobre o que interessa aos grandes latifundiários, inclusive colocando o índio como

o malfeitor, o ladrão, o corrupto que está destruindo a Amazônia. Sabe-se que existem muitos interesses por trás deste assunto. No domingo 15/6/08 a Band apresentou entrevista com um ex-general na Amazônia no programa *Canal Livre* às 23h30, que afirmou que a soberania do país estava ameaçada, que seriam criados Estados dentro do Estado brasileiro e que uma guerra civil na Amazônia explodiria a qualquer momento. Curso especialização em Vigilância Alimentar e Nutricional para Saúde Indígena na EAD da Ensp/Fiocruz, e indaguei sobre este assunto para debatermos: a matéria complementou o debate.

♦ Fransuizi Maria Lopes Portillo, nutricionista, Jaraguá do Sul, SC

Quero agradecer pelo envio desse excelente instrumento de informação e trabalho (a *Radis*): as discussões ajudam muito em meu contato com os usuários que atendo. Sou assistente social do Cadastro Único dos Programas Sociais do governo federal, e sempre encontro estreita

relação de tudo o que é discutido na *Radis* com o dia-a-dia da população, que tem muitos desafios para acessar seus direitos, previstos no SUS e na Carta Magna de 1988. A revista me ajuda muito nas explicações e encaminhamentos que faço, sempre embasado no ideal de humanização dos serviços públicos e amplo acesso da população aos seus direitos e deveres. Parabéns a toda a equipe pelo excelente trabalho.

♦ Adriano Orlando Casado Marques, Santana do Cariri, CE

Sou assinante da revista e agradeço pelo referencial teórico, que ajuda a tecer nossas práticas cotidianas. Gostaria de parabenizar pelas excelentes matérias "Amazônia em destaque" e, em especial, "Para entender a pesquisa em saúde" (*Radis* nº 71).

♦ Veronice Francisca dos Santos, educadora em saúde, Salvador

SAÚDE MENTAL, LEITOS E CRITÉRIOS

Sou enfermeira psiquiátrica especialista em dependência química, e atualmente faço parte do Programa de Estudos Avançados em Administração em Saúde do Hospital das Clínicas da USP e da Fundação Getúlio Vargas. Sou assinante da revista e acompanho principalmente os reportagens referentes à Saúde Mental. No momento, estamos fazendo um levantamento das condições de Saúde Mental da Região Metropolitana de São Paulo. Entendemos que a necessidade da ação de redução de leitos é reflexo da necessidade de melhorias na assistência, bem como de um apelo social e democrático.

Como já colocado por vocês na *Radis* nº 38, de outubro de 2005: "Diante de números tão expressivos, o governo planeja reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, além de qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar". Porém, nos deparamos com a seguinte questão: quais são as referências epidemiológicas/estatísticas/bibliográficas do Ministério da Saúde para a redução gradual de leitos? Quais foram os cálculos para formularem as metas, por exemplo, nos módulos de 40 leitos? Gostaria de saber se vocês podem nos ajudar quanto a essa investigação de

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 65.000 exemplares
Assinatura grátis
(sujeita à ampliação do cadastro)

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

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

PROGRAMA RADIS

Coordenação Rogério Lannes Rocha
Subcoordenação Justa Helena Franco
Edição Marinilda Carvalho (Milênio)

Reportagem Katia Machado (subedição/Milênio), Adriano De Lavor, Bruno Dominguez (Milênio) e Roberta Pio (estágio supervisionado)
Arte Aristides Dutra (subedição/Milênio) e Dayane Pereira Martins (estágio supervisionado)
Documentação Jorge Ricardo Pereira, Laís Tavares e Sandra Suzano Benigno
Secretaria e Administração Onésimo Gouvêa, Fábio Renato Lucas e Cristiane de Matos Abrantes
Informática Osvaldo José Filho e Tiago Souza de Oliveira (estágio supervisionado)

Endereço

Av. Brasil, 4.036, sala 515 – Manguinhos
Rio de Janeiro / RJ • CEP 21040-361
Tel. (21) 3882-9118 • Fax (21) 3882-9119

E-mail radis@ensp.fiocruz.br

Site www.ensp.fiocruz.br/radis (a seção *Radis* na Rede é semanal; *Últimas Notícias* atualiza matérias da edição impressa; *Exclusivo para web* contém informações adicionais às matérias publicadas)

Impressão *Ediouro Gráfica e Editora SA*

USO DA INFORMAÇÃO – O conteúdo da revista *Radis* pode ser livremente utilizado e reproduzido em qualquer meio de comunicação impresso, radiofônico, televisivo e eletrônico, desde que acompanhado dos créditos gerais e da assinatura dos jornalistas

responsáveis pelas matérias reproduzidas. Solicitamos aos veículos que reproduzirem ou citarem conteúdo de nossas publicações que enviem para o *Radis* um exemplar da publicação em que a menção ocorre, as referências da reprodução ou a URL da Web.

referências da Coordenação de Saúde Mental do ministério.

♦ Iris Vinha, aprimorada do Proahsa/FM/USP, São Paulo

▣ O coordenador Pedro Gabriel Delgado* responde: A cobertura de leitos, antes expressa pelos parâmetros tradicionais de leitos psiquiátricos por habitante, é mais adequadamente estimada através dos "leitos de atenção integral em saúde mental", que incluem hospitais gerais, CAPS-III, emergências gerais. Os leitos de hospital psiquiátrico — especialmente no estado de São Paulo — têm baixa resolatividade, face ao grande tempo de permanência (60% dos leitos estão ocupados com pacientes moradores) e insuficiente articulação com a rede extra-hospitalar.

Assim, o Ministério da Saúde adota os parâmetros contidos nas "Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde" — Série Pactos pela Saúde — volume 5, 2006 (disponível em www.saude.gov.br), onde se distinguem dois contextos locais de rede: a) rede de atenção integral efetiva (os critérios estão expressos na norma acima), que deve ter cobertura de 0.1 a 0.16 leitos de atenção integral por 1.000 habitantes; b) municípios ou regiões com baixa resolatividade da rede — como é o caso da região metropolitana de São Paulo — que devem ter cobertura de até 0.24 leitos de atenção integral por 1.000 habitantes.

Sugiro à leitora ver também as recomendações da "Carta de Campinas" (disponível em www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/CartadeCampinas_de18dejunhode2008.pdf), onde os gestores do SUS das regiões metropolitanas discutem critérios para parâmetros de atendimento das urgências/emergências em psiquiatria nas grandes cidades. Se fosse possível resumir um problema tão complexo, diria à leitora: não faltam leitos psiquiátricos, falta regulação e efetividade da rede extra-hospitalar, em alguns dos municípios de grande porte.

* Coordenador de Saúde Mental, Ministério da Saúde

NORMAS PARA CORRESPONDÊNCIA

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

SÚMULA



Jôenia, Ayres Britto e Antonio Fernando: em favor dos indígenas

RAPOSA SERRA DO SOL, SEM DECISÃO

Como na decisão sobre o uso de células-tronco embrionárias em pesquisa, o Supremo Tribunal Federal voltou a interromper em 27/8 um julgamento aguardado com ansiedade, o da demarcação em terras contínuas da reserva indígena Raposa Serra do Sol, em Roraima. O mesmo ministro, Carlos Alberto Direito, pediu vista dos autos — embora, como antes, o tribunal tenha tido mais de três anos para estudar o caso. O único voto lido foi o do ministro-relator, Carlos Ayres Britto, o mesmo do caso anterior, que considerou improcedente a Petição 3.388 (abril/2005), do senador Augusto Botelho (PT-RR), que quer a demarcação da reserva em ilhas, no formato conhecido como "queijo suíço". A decisão era urgente por envolver conflito: a reserva é ocupada irregularmente por arroteiros que se recusam a sair e usam de violência contra os índios.

A favor da reserva nos atuais moldes destacou-se o procurador-geral da República, Antonio Fernando Souza, que citou Pernambuco como exemplo de estado pequeno e superpopuloso que mantém mesmo assim grande área indígena. Os invasores de Raposa "receberam vultosa indenização e os que remanescem são ocupantes de notória má-fé, responsáveis por graves danos ambientais", afirmou. Falou por último a wapixana Joênia Batista de Carvalho, 34 anos, a primeira indígena a se formar em Direito no país, a primeira pessoa não-branca a subir à tribuna do Supremo.

Emocionada, voz trêmula, mostrou autocontrole para ir até o fim

de sua argumentação de 10 minutos. Contou que 21 lideranças indígenas já foram assassinadas. "Somos acusados de ladrões e invasores dentro de nossa própria terra", disse. "R\$ 14 milhões circulam anualmente na reserva, mas nossa economia nem é contabilizada pelo estado". Por que só os povos indígenas têm que ser sacrificados?, perguntou. "Somos caluniados como ameaça à soberania, e isso dói muito; qual foi nosso crime para sermos julgados hoje?" Joênia enumerou: "Já perdemos a sede do município de Normandia, a sede do município de Pacaraima... De pedaço em pedaço, como ficaremos amanhã?" Muitos choravam na plateia.

Num voto de 105 páginas, o relator derrubou ponto por ponto os argumentos dos requerentes. Começou afirmando que estados e municípios tendem a não proteger os indígenas, pendendo mais para "os grupos de poder oligárquico". Lembrou que pela Constituição é o Executivo que demarca reservas, não o Congresso — os parlamentares presentes, mostrou a TV Justiça, se mexeram nas cadeiras. Também respondeu ao "falso antagonismo" entre a questão indígena e o desenvolvimento. "Dizer que viraram ameaça significa, no mínimo, cometer uma injustiça histórica". Lembrou que até o mito do Macunaíma foi contado pelos índios da área, os macuxis, os wapixanas. "Eles são coautores da ideologia nacional".

Falou de Arariboia, que expulsou os franceses e, pela bravura, recebeu da coroa portuguesa a sesmaria de Niterói. Daqui se infere o despropósito da afirmação de que "índio só atrapalha o

desenvolvimento”, afirmou. “Ao Poder Público o que incumbe não é hostilizar e menos ainda escorraçar comunidades indígenas, mas tirar proveito delas para diversificar o potencial econômico dos seus territórios”, prosseguiu. “A Constituição nos redime, perante nós mesmos, de uma visão maniqueísta que nos arrastou para um tipo de insensatez histórica somente comparada à ignomínia da escravidão dos nossos irmãos de pele negra”.

Ayres de Britto clareou o conceito de aculturação indígena — “uma adaptação social, mas sem perda de identidade, um somatório, não permuta” —, apontou o ganho nesse convívio, para “as populações ditas civilizadas, em solidariedade e humildade, pois essa é uma estrada de mão dupla”, considerou perfeitamente compatível com a segurança nacional a presença indígena nas fronteiras, avisou que a própria Constituição estabelece de quem são as terras em exame — foram declaradas dos índios na promulgação em 1988, enquanto o estado de Roraima surgiria dois anos depois, na posse do primeiro governador — e advertiu que nenhum título de posse ali é válido, nem mesmo os concedidos pelo Incra. A essa altura, eram 50 minutos de leitura do voto, e nada do ponto central. Que finalmente veio: “O formato de toda e qualquer demarcação de terras indígenas é o contínuo”.

Agora faltam os votos dos outros 10 ministros, mas não há data marcada para o Supremo retomar o julgamento. Estima-se que pelo menos dois deles serão contrários à continuidade das terras. Grupos ligados aos arroteiros festejaram como vitória a suspensão do julgamento na Vila Surumu, na Raposa; os índios, que também acompanhavam a sessão pela TV, voltaram às aldeias em clima de tristeza. (Mais sobre o julgamento no *Exclusivo para a Web*, www.ensp.fiocruz.br/radis/74/web-01.html/)

POLÊMICA SOBRE ANISTIA

“Lei da Anistia define anistia para crimes políticos. Tortura e assassinato são crimes comuns”, afirmou o historiador Marcelo Badaró Mattos, professor da UFF, ouvido pelo *Brasil de Fato* (13/8) sobre a polêmica em torno da interpretação da lei, recentemente levantada pelos ministros da Justiça, Tarso Genro, e da Secretaria Especial de Direitos Humanos, Paulo Vanucchi. Segundo ele, a legislação internacional classifica a tortura como crime contra a humanidade, não sendo possível que a legislação do Brasil, que é signatário dos tratados internacionais de direitos

humanos, proteja esse tipo de criminoso. “A impunidade dos que torturaram e assassinaram em nome do Estado criou uma cultura político-policial que legitima na prática a ilegalidade constantemente exercitada ainda hoje pelos agentes do Estado (polícias, forças armadas, órgãos de informação), quando torturam e executam cidadãos”, disse.

O Brasil é o mais atrasado dos países do Cone Sul no que se refere à responsabilização penal de torturadores, afirmou: os militares brasileiros foram bem-sucedidos em deixar o poder mantendo a tutela sobre a redemocratização, além de preservarem na Constituição de 1988 a prerrogativa de “defesa da lei e da ordem”, que já havia servido de pretexto para o golpe de 1964. Além disso, políticos e tecnocratas que atuaram desde 1964 nos governos ditatoriais mantiveram seus espaços de poder intocados, ressaltou.

Mais de 100 juristas, advogados, promotores e juízes divulgaram manifesto em defesa do debate sobre o alcance da lei e o julgamento de torturadores. Entre os signatários, Deisy Ventura, Dalmo Dallari, Fábio Konder Comparato (da USP), Márcio Thomaz Bastos (ex-ministro da Justiça), César Britto (presidente da OAB). (Integra: www.cartamaior.com.br/templates/materiaMostrar.cfm?materia_id=15184&boletim_id=450&componente_id=8078)

MAIS TEMPO COM O BEBÊ

O presidente Lula sancionou lei que amplia a licença-maternidade de quatro para seis meses. A obrigatoriedade é imediata para o serviço público federal, mas na iniciativa privada é facultativa até 2010. A empresa que aderir terá incentivos fiscais, descontando do Imposto de Renda o valor integral dos salários pagos à trabalhadora pelos dois meses a mais de licença, também garantida a quem adotar uma criança.

A equipe econômica do governo tentou convencer o presidente de que a lei comprometeria o crescimento da economia e o desempenho das empresas nacionais. Para Lula, o gasto com as mulheres no pós-parto serão menores do que os investimentos necessários para manter a saúde infantil. “Penso que será mais barato cuidar das mulheres do que o gasto com a quantidade de crianças que fica doente pela falta da mãe para cuidar delas”, declarou o presidente em visita ao Ceará (20/8). Tramita no Congresso outro projeto — como o anterior, também da senadora Patrícia Saboya (PDT-CE) — que amplia a licença-paternidade de cinco para 15 dias (ver

pág. 11) e concede estabilidade por 30 dias, contados a partir do fim da licença, contra demissão imotivada.

VIOLÊNCIA NOS POSTOS DE SAÚDE

A Secretaria Municipal de Saúde do Rio vem documentando situações de violência que afetam o trabalho nas unidades. Em um ano, houve 74 casos em postos de saúde. Três exemplos: em fevereiro, um paciente foi assassinado por desafetos no posto Mário Rodrigues Cid, em Campo Grande; em maio, um profissional do posto da Mangueira foi sequestrado para cuidar de criminoso ferido; em agosto, médico do Hospital Getúlio Vargas, na Penha, foi atingido por estilhaços quando tentava salvar seu carro de tiroteio.

Em 2006, a organização Médicos sem Fronteiras capacitou em segurança 400 profissionais de saúde que trabalham em áreas de risco, como Maré, Alemão, Acari, São Carlos, Vigário Geral, Tijuca. Ao fim da oficina, que já foi organizada em outros municípios, como Caxias e Teresópolis, além de Minas e Rio Grande do Sul, os profissionais prepararam manual com dicas de proteção.

Algumas delas: use o telefone, que pode estar grampeado, apenas a serviço — não cite nomes nem descreva situações, o que pode ser visto como denúncia; evite usar celular ou exibir objetos caros e dinheiro; não discuta sobre política, religião ou futebol; nos tiroteios de rua, deite-se no chão, e no posto, abrigue-se longe de portas e janelas; feche o posto para evitar invasões; se abordado, não tente fugir: retire óculos escuros, se estiver usando, identifique-se como profissional de saúde em serviço e responda às perguntas com educação. Quando trafegar por áreas de risco, não use cinto de segurança para poder sair do carro rapidamente.

FIUCRUZ TEM GENÉRICO DO EFAVIRENZ

A Fiocruz protocolou na Anvisa em 16 de setembro o pedido de registro do genérico do Efavirenz, “vitória científica” (*Estadão*, 17/9) aguardada há tempos pelo governo e a comunidade internacional: a matéria-prima, cujo preparo apresentou dificuldades, afinal passou nos testes. É o primeiro remédio antiaids fabricado no país após o licenciamento compulsório — que a imprensa chama de quebra de patente, embora o Brasil pagasse 1,5% de royalties à Merck —, em maio de 2007. Os primeiros lotes sairão em 2009.

INPI NEGA PATENTE DO TENOFOVIR

Após 10 anos de análise, o Instituto Nacional de Propriedade Intelectual negou o pedido de registro de patente do antirretroviral Tenofovir, do laboratório Gilead, por não atender aos artigos 8º e 13º da Lei de Propriedade Industrial (9.279/96), que tratam da atividade inventiva, informou a Agência Saúde (3/9). Uma vitória para o Ministério da Saúde, que em abril declarara o interesse público do medicamento, como prevê a Lei de Propriedade Industrial, levando o INPI finalmente a declarar o resultado da análise. O Gilead tinha 60 dias para recorrer da medida, a partir de 26/8. Atualmente, 31.300 pacientes usam Tenofovir no Brasil.

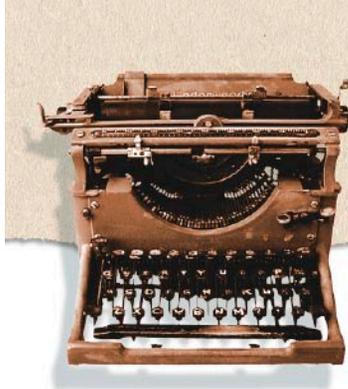
FINALMENTE, A LEI AROUCA

A Comissão de Educação, Cultura e Esporte do Senado aprovou (9/9) parecer favorável ao projeto da Câmara que dispõe sobre criação e uso de animais de laboratório no ensino e na pesquisa — a chamada Lei Arouca, apresentada em 1995 pelo sanitarista Sergio Arouca, então deputado. O projeto, que agora aguarda sanção presidencial, cria o Conselho Nacional de Controle de Experimentação Animal e a Comissão de Ética no Uso de Animais e regulamenta o inciso VII do § 1º do art. 225 da Constituição, estabelecendo procedimentos para uso científico de animais. Em atividades educacionais, esse uso fica restrito a estabelecimentos de ensino superior e técnico de 2º grau da área biomédica.

MUDANÇA DE SEXO PELO SUS

No dia 19/8 foi publicado em Diário Oficial que o SUS passará a fazer cirurgia para mudança de sexo. O processo "transsexualizador" será realizado gratuitamente e sem discriminação nos hospitais públicos dos estados. De acordo com a assessoria de imprensa do Ministério da Saúde, a publicação da primeira portaria não define a execução das cirurgias em si. Ainda falta a publicação de uma segunda portaria, que vai estabelecer os critérios do procedimento, e de uma terceira portaria, que vai indicar os locais de referência onde serão feitas as cirurgias. 

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



toques da redação

ELE JÁ SABIA! — Dos R\$ 171,6 bilhões (8,0% do PIB) das despesas com saúde em 2005, as famílias arcaram com R\$ 103,2 bilhões (60,2%, ou 4,8% do PIB), enquanto as 3 esferas de governo gastaram R\$ 66,6 bilhões (38,8%, ou 3,1% do PIB) e as instituições sem fins lucrativos, R\$ 1,8 bilhão (1,0%), constatou o IBGE. Comentário do Fontes Fidedignas na redação: nosso Gilson Carvalho, sanitarista que estuda o orçamento da saúde, mostra isso há anos. E com dados mais recentes.

O QUE É ISSO, PRESIDENTE?! — O presidente Lula defendeu o fumo em entrevista a oito jornais, no Planalto (3/7): "Defendo, na verdade, o uso do fumo em qualquer lugar. Só fuma quem é viciado", disse ele. O ministro Temporão ficou triste!



ESTREIA DA NOVA LÍNGUA — As novas regras da língua portuguesa entram em vigor a partir de 2009, mas a *Radis* se antecipa e começa a usá-las a partir desta edição. Mas fiquem tranquilos: o país tem até 31 de dezembro de 2011 para fazer a convergência total.

Confira abaixo o que muda na ortografia da nossa língua:

• Hífen

Não se usará mais:

1) Quando o segundo elemento começa com *s* ou *r* — estas consoantes devem ser duplicadas, como em "antirreligioso", "antissemita", "contrarregra", "infrassom". Exceção: o hífen continua quando os prefixos terminam com *r* — "hiper-", "inter-", "super-". Exemplos: "hiper-requintado", "inter-resistente" e "super-revista";

2) Quando o prefixo termina em vogal e o segundo elemento começa com uma vogal diferente. Exemplos: "extraescolar", "aeroespacial", "autoestima", "autoimune". Nesse caso, somente se usará hífen quando a palavra seguinte começar por "h" ou vogal igual à vogal fi-

nal do prefixo, como em "auto-ônibus".

• Trema

Deixará de existir, a não ser em nomes próprios e seus derivados.

• Acento diferencial

Não se usará mais para diferenciar:

- 1) "pára" (flexão do verbo parar) de "para" (preposição);
- 2) "pêla" (flexão do verbo pelar) de "pela" (combinação da preposição com o artigo);
- 3) "pólo" (substantivo) de "polo" (combinação antiga e popular de *por* e *lo*);
- 4) "pélo" (flexão do verbo pelar), "pêlo" (substantivo) e "pelo" (combinação da preposição com o artigo);
- 5) "pêra" (substantivo — fruta), "pêra" (substantivo arcaico — pedra) e "pera" (preposição arcaica).

• Alfabeto

Passará a ter 26 letras, incorporando *k*, *w* e *y*;

• Acento circunflexo

Não se usará mais:

- 1) Nas terceiras pessoas do plural do presente do indicativo ou do subjuntivo dos verbos "crer", "dar", "ler", "ver" e seus derivados. A grafia correta será "creem", "deem", "leem" e "veem";
- 2) Em palavras terminados em hiato "oo", como "enjôo" ou "vôo" — que se tornam "enjoo" e "voo".

• Acento agudo

Não se usará mais:

- 1) Nos ditongos abertos *ei* e *oi* de palavras paroxítonas, como "assembléia", "idéia", "heróica" e "jibóia";
- 2) Nas palavras paroxítonas, com *i* e *u* tônicos, quando precedidos de ditongo. Exemplos: "feiúra" e "baiúca" passam a ser grafadas "feiura" e "baiuca";
- 3) Nas formas verbais que têm o acento tônico na raiz, com *u* tônico precedido de *g* ou *q* e seguido de *e* ou *i*. Com isso, algumas poucas formas de verbos, como "averigúe" (averiguar), "apazigúe" (apaziguar) e "argúem", passam a ser grafadas averigue, apazigue, arguem.

FALHA NOSSA! — A assessoria de comunicação da Secretaria da Saúde do Ceará puxa a nossa orelha: há um ano e seis meses, João Ananias Vasconcelos Neto é o secretário estadual da Saúde, e não mais Jurandi Frutuoso Silva, conforme publicamos na página 13 da edição 71 da *Radis*. Ainda por cima, o corretor ortográfico nos deu uma volta: "consertou" o nome do nosso querido Jurandi, acrescentando um *r*... Mil desculpas! 

SAÚDE DO HOMEM

HORA DE QUEBRAR PARADIGMAS

Bruno Dominguez

Ao tomar posse como ministro da Saúde, em março de 2007, o sanitarista José Gomes Temporão anunciou como uma das 22 prioridades de sua gestão a "Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem". No início deste ano, deu o primeiro passo, criando a Área Técnica de Saúde do Homem, subordinada ao Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (Dape), da Secretaria de Atenção à Saúde. No mês passado, o segundo: juntamente com representantes da sociedade civil, a área técnica terminou de elaborar a proposta dessa política nacional, que ficou em consulta pública de 10 a 30 de setembro.

O esforço se justifica: a mortalidade masculina é bem maior do que a feminina ao longo do ciclo da vida. Entre 1960 e 2006, a chance de um homem com 20 anos morrer antes de passar ao grupo etário seguinte (25 a 29 anos) era 1,1 vez maior que a de uma mulher da mesma faixa; agora é 4,1 vezes maior. Segundo o relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (ver pág. 12), pesam mais nesse aumento os óbitos por causas externas ou violência. A taxa de mortalidade masculina por homicídios é cerca de 12 vezes maior do que a feminina, chegando a 15 vezes entre 20 e 29 anos.

As principais causas de morte entre homens de 15 a 59 anos são violência ou causas externas, doenças do aparelho circulatório, tumores, doenças mal definidas, doenças do aparelho digestivo e doenças do aparelho respiratório, segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade.

Muitas dessas mortes poderiam ser evitadas, não fosse a resistência masculina de procurar os serviços de saúde. "Trabalhos científicos refe-

rendam que o próprio homem subestima seu cuidado", diz o diretor do Dape, Adson França. Segundo ele, alguns costumam alegar que não vão aos postos de saúde porque estes fecham cedo, enquanto ainda estão no trabalho. "É uma desculpa", rebate. Estudos mostram que não há aumento da frequência masculina em estados com unidades que oferecem horário de atendimento ampliado, enquanto as mulheres trabalhadoras conseguem ir às unidades se cuidar. O pesquisador Jorge Lyra da Fonseca, do Instituto Papanicolaou, do Recife, estuda o tema das masculinidades desde 1994 e também observa que muitos homens veem o cuidado com a saúde como "coisa de mulher".

O EXEMPLO DA RUBÉOLA

A vacinação contra a rubéola foi um exemplo. Até 5/9, o Ministério da Saúde vacinara 47 milhões de brasileiros. Desde o início da campanha, porém, as mulheres estiveram à frente na adesão: 72,74% delas haviam tomado a vacina, contra 63,56% dos homens. "As mulheres são campeãs em participação", disse o ministro da Saúde, José Gomes Temporão, ao vacinar no Instituto Pasteur, em São Paulo, o nadador Cesar Cielo, campeão olímpico em Pequim. "Uma medalha de ouro para as brasileiras e uma de prata para os brasileiros", ralhou o ministro. "Cielo se transformou de atleta em referência para toda a juventude". O nadador brincou: "Odeio tomar injeção, mas tive que aparecer sorrindo na foto, senão ninguém vacina mesmo!"



Temporão e Cielo: sorriso obrigatório, "senão ninguém vacina"

Um dos objetivos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem é justamente aumentar o acesso e a adesão dos 40 milhões de homens com idade entre 25 e 59 anos à rede do Sistema Único de Saúde desde a atenção primária até a especializada e hospitalar. Em especial, visa promover a saúde e prevenir agravos. Isso porque a maioria só procura profissionais quando já apresenta sintomas de uma doença: quase sempre, a atenção especializada, para tratar de um problema específico, como diabetes ou infarto. Enquanto as mulheres somaram 16 milhões de consultas ao ginecologista em 2007, os homens fizeram apenas 2 milhões de visitas ao urologista.

A comparação de outros dados mostra mais disparidades. Em 2003, as causas externas mataram 89.580 homens, contra 11.467 mulheres; as doenças do aparelho circulatório mataram 40.287, contra 26.323; as do aparelho digestivo, 16.371 a 5.032. No caso das doenças crônicas não-transmissíveis (como diabetes, hipertensão,



insuficiência cardíaca, tumores, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, enfisema pulmonar), a diferença nos números se deve a um conjunto de fatores de risco, muito mais presentes entre os homens.

Pesquisa feita em 2006 pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – o sistema Vigitel, ligado ao ministério – nas capitais dos 26 estados e do Distrito Federal aponta que, na população adulta, a quantidade de fumantes é maior no sexo masculino (20,3%) do que no feminino (12,8%), assim como a de sedentários (39,8% ante 20,1%) e de pessoas que consomem abusivamente bebidas alcoólicas (16,1% ante 8,1%).

Para Adson França, é preciso enfrentar sobretudo o alcoolismo, o tabagismo, a hipertensão e a obesidade entre os homens. A política propõe a criação de uma Semana de Promoção da Saúde do Homem, com campanhas voltadas para esse público, e a distribuição de cartilhas informativas destacando a importância de se cuidar.

ACOLHIMENTO MELHOR

Outro ponto fundamental, segundo o diretor do Dape, é capacitar os profissionais de saúde – especialmente agentes comunitários e integrantes das equipes da Estratégia Saúde da Família – para melhor acolherem os homens. “Há profissionais que levam seus preconceitos de casa para o trabalho”, lamenta. Jorge Lyra da Fonseca critica a forma com que a mídia cobre a atenção à saúde do homem. “O foco é quase sempre o exame de toque, tratado com ironia, com uma mensagem subliminar homofóbica”, o que, de acordo com ele, acaba afastando ainda mais o homem dos serviços.

Em agosto, Jorge defendeu a tese de doutorado em Saúde Pública “Homens, feminismo e direitos reprodutivos no Brasil: uma análise de gênero no campo das políticas públicas” no Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, unidade da Fiocruz em Pernambuco. Ao analisar documentos do governo federal relativos à política de direitos sexuais e reprodutivos distribuídos entre 2003 e 2006, concluiu que neles, em geral, a masculinidade era pensada como dispositivo de opressão. “Via-se o homem como sujeito secundário ou instrumental para a promoção da saúde da mulher”, em parte pela carência de estudos sobre masculinidade, em contraposição à força do movimento feminista.

Ele cita como exemplo a campanha de HIV/Aids do ano 2000, cujo mote era “Não leve aids para casa”. No filme para a TV, um homem aparecia

tirando a aliança na rua e a pondo de volta antes de entrar em casa: “Um discurso moralista, de culpabilização, como se os homens transmitissem o vírus de maneira voluntária, intencional”.

AÇÕES PULVERIZADAS

Antes da criação da Área Técnica de Saúde do Homem, não havia um setor específico para a elaboração da linha de cuidados para o sexo masculino, e as ações estavam pulverizadas nas políticas de enfermidades, como hipertensão, diabetes, saúde mental, saúde do trabalhador, lembra Adson. De acordo com o diretor do Dape, o Brasil é o segundo país das Américas a elaborar uma política específica de saúde do homem, seguindo o exemplo do Canadá.

Antecipando-se à abertura da consulta pública, a equipe de pesquisadores do Instituto Papai, que desenvolve ações educativas para homens pobres e estudos sobre gênero no Recife, e do qual Jorge é coordenador-geral, produziu documento com “Diretrizes para uma política de atenção integral aos homens na saúde”. Entre outros pontos, joga luz sobre um tema obscuro: a violência.

A população carcerária e das fundações para crianças e adolescentes é em 95% formada por homens; das 127.633 mortes por violência e causas externas em 2005, 81,5% foram do sexo masculino. “Não há aspectos biogenéticos que justifiquem essa diferença de gênero”, salienta. Os principais atingidos são os jovens, negros e pobres, moradores de bairros da periferia. Jorge lembra de discurso do enfermeiro-sanitarista Itamar Lages, professor da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Pernambuco, mestre em Saúde Coletiva, que dizia

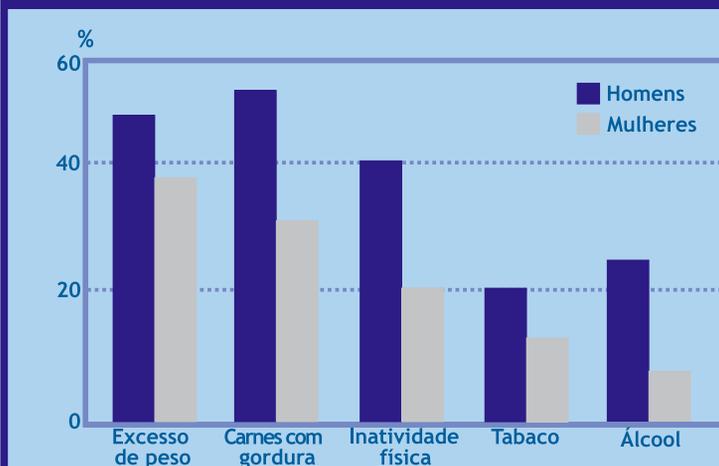
que “os meninos que sobreviveram à desnutrição agora estão morrendo por conta da violência”.

O instituto também defende que a paternidade seja encarada como um direito: “A mulher tem seis meses de licença-maternidade, o homem tem apenas 5 dias [projeto tramita no Congresso que amplia para 15 dias], então, mesmo que deseje compartilhar o cuidado do filho com a mãe, não tem esse direito”. Para o pesquisador, os serviços de saúde devem se adequar ao crescente interesse dos pais pela criação dos filhos, convidando-os a participar do pré-natal, do parto, do pós-parto e das visitas ao pediatra.

O documento ainda sugere que a política de saúde para os homens não dispute recursos com a política de saúde das mulheres, mas atue conjuntamente; reconheça que as necessidades do sexo masculino não se limitam ao câncer de próstata e outras enfermidades, levando em consideração aspectos psicossociais e culturais; invista na melhoria dos sistemas de informação sobre saúde do homem; respeite a diversidade dentro do próprio gênero. E mais: melhore a estrutura das emergências, que recebem mais homens em decorrência de fraturas, traumas e crises agudas.

Adson França acredita que a elaboração de uma política específica para o homem pode ajudar a quebrar paradigmas, mas diz ser preciso um esforço para além da saúde. “Terá que haver uma mudança social na escola, no trabalho, na família, entre outros espaços sociais”, defende. “É uma questão cultural, e mudar a cultura é um grande desafio”. 

FATORES DE RISCO PARA HOMENS E MULHERES NAS CAPITAIS E NO DISTRITO FEDERAL EM 2006



FONTES: MS, SVS E SGEP, VIGITEL; FSP/USP

ENTREVISTA

Romeu Gomes

"Os homens cuidam pouco da saúde"

Katia Machado

Sempre na perspectiva de gênero, a saúde do homem deve ser destacada não só para se desenhar o perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina, mas também para que se percebam os aspectos culturais que comprometem sua saúde, alerta o pedagogo Romeu Gomes, mestre em Educação, doutor em Saúde Pública, professor de Antropologia e Saúde e Pesquisa Qualitativa em Saúde do Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz). Autor de *Sexualidade masculina, gênero e saúde* (Ed. Fiocruz, 2008), Romeu conta nesta entrevista à *Radis* por que os homens cuidam pouco da saúde e pouco procuram os serviços de saúde.



Por que destacar a saúde do homem?

O debate acerca da influência de modelos de masculinidade nas condutas dos homens vem crescendo. Nesse debate, vem se destacando que o homem — quando influenciado pelas ideias hegemônicas de que deve ser forte, invencível e dominador — pode não só colocar em risco sua saúde como a de outros. Nesse sentido, sem perder a perspectiva relacional de gênero, a saúde do homem deve ser destacada não só para se discutir o perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina, mas também para enfatizar aspectos culturais que podem comprometer a saúde de segmentos masculinos.

A OMS recomenda que o homem seja considerado numa perspectiva relacional de gênero e chama especial atenção para o homem adolescente. Por quê?

Uma das justificativas para o foco na adolescência se refere ao fato de essa fase do desenvolvimento ser vista como fundamental para a formação de identidades pessoais e sociais. O contato com modelos de masculinidade e feminilidade — que se inicia na fase infantil — se aprofunda nesse período. Assim, se o objetivo é problematizar modelos de masculinidade para que o homem busque uma vida mais saudável, é oportuno que haja estratégias volta-

das para o adolescente. Por outro lado, segundo os dados da área da saúde, o homem adolescente se expõe e está exposto a numerosas adversidades.

Quais são elas?

Na literatura internacional, destaca-se que os homens padecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres; morrem mais do que elas pelas principais causas de morte e, ao se desenvolverem, comportamentos violentos podem se tornar "fator de risco" contra os outros e eles mesmos.

Por que a presença do homem é ainda pequena nos serviços de saúde?

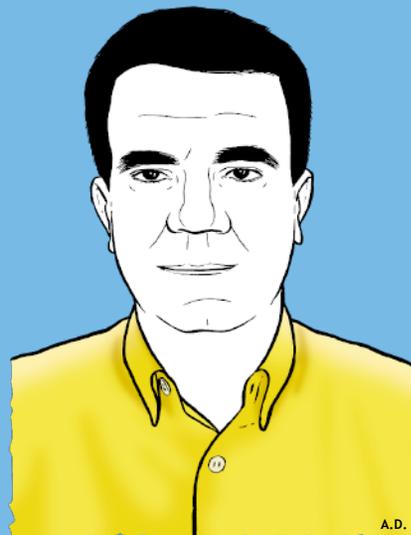
As pesquisas mostram que os homens pouco cuidam da sua saúde e pouco procuram os serviços de saúde por vários motivos. Entre eles, destacam-se os seguintes: os cuidados em geral são percebidos como femininos, e não masculinos; os homens costumam ser vistos como fortes e invencíveis e, por isso, só buscam ajuda quando os problemas se agravam, quando não conseguem trabalhar; os serviços de atenção básica costumam ser vistos como lugar de crianças, mulheres e idosos; e as ações de atenção básica voltadas para os segmentos masculinos ainda são tímidas.

Essa relação então está ligada ao que se entende por sexualidade masculina em nossa sociedade...

Isso se relaciona mais com o que se entende por ser homem em geral, no imaginário social. A sexualidade masculina se desenha a partir desse imaginário. Em outras palavras, a construção da sexualidade masculina pode sofrer influências dos padrões do senso comum para se atestar o que é ser homem.

Afinal, como nossa sociedade trata a sexualidade masculina?

No imaginário social, ainda há ideias que tratam a sexualidade masculina como aquela que é desenfreada, dominadora e que deve ser provada, a todo o momento ou como aquela que exibe bom desempenho. Nesse imaginário, persistem pensamentos e sentimentos que discriminam tanto a sexualidade feminina, vista a serviço da masculina,



A.D.

quanto outros estilos sexuais masculinos que se diferenciam dessas idéias.

E a "sexualidade saudável"?

Com base em documentos do Ministério da Saúde, podemos entender a sexualidade como a que valoriza a vida, as relações pessoais e as expressões da identidade própria de cada um, sendo exercida sem riscos de doenças sexualmente transmissíveis, de gestações não desejadas e livres de imposições, violência e discriminações. Nela, o prazer e o bem-estar estão relacionados.

E a licença-paternidade? É importante a presença do pai no nascimento da criança?

Conceder tempo para que o pai fique com o filho recém-nascido é um aspecto importante para maior envolvimento dos homens na educação dos filhos. Mas é importante que a licença não seja vista como "folga remunerada" ou "férias", demandando atenção extra da esposa. Há comportamentos que fazem com que a presença paterna no lar seja penosa ou até mesmo indesejável. Por isso, é preciso que se avance mais promovendo uma cultura em que sejam desenvolvidos papéis masculinos voltados para o cuidar de si e dos outros. Nesse sentido, a presença de um pai cuidadoso, disponível e participativo no período inicial de vida de um filho é importantíssima e quanto maior for o seu período melhor será a vida do casal. □

Toda a proteção ao sistema

Marinilda Carvalho

A decisão do Supremo Tribunal Federal, em maio, pela constitucionalidade do uso de células-tronco embrionárias em pesquisa (*Radis 71*) rende dividendos por todo o país, com a liberação de recursos para um amplo leque de estudos. Um fruto dessa histórica decisão, contudo, preocupa a Sociedade Brasileira de Bioética (SBB): a intenção do governo de reformular o Sistema CEP-Conep, composto pelos Comitês de Ética em Pesquisa credenciados na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa — uma das 21 comissões do Conselho Nacional de Saúde.

Criada pela Resolução CNS 196/96, a Conep examina os aspectos éticos de pesquisas que envolvam seres humanos, visando sua proteção. De composição multi e transdisciplinar, por natureza a Conep é independente de influências corporativas e institucionais, raro trunfo que orgulha os bioeticistas brasileiros.

É nesse tom que a SBB responde em seu site (www.sbbioetica.org.br) à proposta de reformulação (Nota Técnica Decit/SCITIE/MS-10/6/08) que sugere, entre as mudanças, uma Conep de caráter meramente normativo; curiosamente, embasa a argumentação no voto dos ministros do STF que se mostraram mais desinformados no julgamento de maio. A SBB lembra que o sistema brasileiro é avançado pela presença de “um órgão de controle social como o CNS”, destaca a responsabilidade de atuar “sem que os interesses dos agentes financiadores se sobreponham aos dos sujeitos da pesquisa” e afirma: “Os CEPs, individualmente, não têm força para se opor ao poder econômico das empresas”.

A questão é mais grave ainda porque o governo americano, por discordar das restrições ao placebo (substância inócua ministrada em experimentos para comparação com novos medicamentos), anunciou em agosto que a partir de outubro não mais exigirá o cumprimento, fora dos Estados Unidos, das normas da Declaração de Helsinque, que rege as

pesquisas com seres humanos. A declaração, de 1964, foi resposta aos abusos dos pesquisadores nazistas na Segunda Guerra Mundial. Atualmente, o documento passa por revisão. A decisão dos EUA exige atenção maior dos países-alvo de pesquisas americanas.

Em junho o Brasil tinha 581 CEPs credenciados. Um dos mais antigos, de 1997, é o da Ensp/Fiocruz. Seu atual coordenador é o médico Sergio Rego, doutor em Saúde Coletiva, vice-presidente da regional Rio de Janeiro da Sociedade Brasileira de bioética, pesquisador/professor em bioética e ética em pesquisa (Ensp), professor de Bioética (UFRJ e IFF/Fiocruz). Nem por isso defende mudanças estruturais no sistema. “É um equívoco pensar no fim da Conep ou na descentralização radical para os CEPs diante do poderio dos grandes laboratórios: o sistema é muito importante, e seu fortalecimento passa pela Conep”, diz. “Pode-se pensar em preparação maior dos integrantes, faz parte do processo discutir a questão, e o Decit e o MS têm sido parceiros nessa busca”.

DISCUSSÕES PROFUNDAS

Parte dos pesquisadores, porém, ainda vê o CEP como empecilho. “Em geral é quem trata a ética como debate burocrático, o que não é”, atesta. “As discussões são profundas, riquíssimas, visam a proteção do sujeito em contraposição à idéia da cobaia passiva”. Solidário, o sistema avalia riscos, protegendo também o pesquisador. “Pode falhar, claro, é humano, mas na maior parte do tempo acerta para evitar exemplos como os descritos na reportagem *Cobaias humanas*, do *Correio Brasileiro*, que em 2002 venceu o Prêmio Opas de Jornalismo, um marco no sentido de sensibilizar as pessoas”, recorda.

A instituição interessada em criar CEP precisa ter volume de pesquisa que o justifique. Seus integrantes, sete no mínimo, não podem pertencer à mesma categoria: o grupo deve ser multiprofissional, escolhido pelo corpo de pesquisadores, e não pela direção (que entretanto deve apoiar o comitê com a logística necessária), e ter pelo menos um representante dos usuários. O da Ensp, por exemplo, reúne 20 in-

tegrantes, dois de cada departamento, dois alunos de doutorado (“uma forma de aprendizado”, diz Sergio) e dois do Conselho Estadual de Saúde. “Isso nem sempre é garantia total de isenção, mas a chance é maior”, salienta. A cada ano renova-se um terço do conjunto para “mandato” de três anos.

Mesmo os que chegam relutantes acabam entusiasmados pela grande diversificação: “Passa-se a conhecer todas as pesquisas da casa em debates intelectualmente muito interessantes”. Há reuniões mensais de um dia, que podem ser estendidas. “Tudo leva entre 15 e no máximo 45 dias, pois se um pesquisador submete seu projeto na quinzena anterior à da reunião ele é logo distribuído, apreciado e encaminhado à reunião seguinte para discussão”, informa Sergio. “A avaliação é sempre resultado do debate, e não de um parecer”. As pesquisas aprovadas são publicadas no site (www.ensp.fiocruz.br/etica), e a não-aprovação ocorre quando o risco é maior do que possíveis benefícios. Para garantir a confidencialidade, a reunião é sigilosa. “A única porta do comitê para o mundo exterior é a coordenação”.

Em vez de restrições ao sistema, os bioeticistas buscam sua ampliação. No curso de especialização em Bioética do IFF, coordenado por Marlene Braz, em que Sergio é um dos professores — as inscrições começam em dezembro —, há profissionais de saúde, mas também advogados e jornalistas. “Nosso papel é conscientizar”, justifica. Tanto que acaba de lançar duas cartilhas para orientar usuários do SUS que participem de pesquisa clínica e em saúde pública. Ambas estarão em breve nos sites da Ensp e da UFRJ. Quatro escolas (Fiocruz, UFRJ, Uerj, UFF) ainda proporão à Capes programa associado de mestrado e doutorado em Bioética com duas linhas de pesquisa: ética em pesquisa e bioética em geral. Sergio também quer preparar curso a distância para formar integrantes de CEP. “Quanto mais pessoas participarem mais rapidamente se perde de vez a imagem de empecilho burocrático”. ■

Mais informações

* Conep http://conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/conep/index.html

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE



ILUSTRAÇÃO: GUSTAVO ALVES

Fruto de dois anos de trabalho da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), o relatório *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil* foi entregue em agosto ao presidente Luiz Inácio Lula da Silva e ao ministro da Saúde, José Gomes Temporão, em cerimônia na Fiocruz em 1º de agosto. São 216 páginas, em que se reconhece que os indicadores melhoraram nos últimos 40 anos, mas se ressalva que o Brasil segue na lista dos países com mais iniquidades em saúde – ou seja, “desigualdades que além de sistemáticas e relevantes são também evitáveis, injustas e desnecessárias”, na definição da pesquisadora inglesa Margaret Whitehead. A edição 2007 do relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento situa o Brasil como o 11º entre os mais desiguais em distribuição de renda, atrás apenas de seis países da África e quatro da América Latina (dados de 2005).

Coube ao ex-ministro Adib Jatene, integrante da comissão, apresentar o relatório, explicando que foi baseado em três compromissos básicos: com a equidade, com a ação e com a

evidência científica. Equidade porque as iniquidades em saúde são “moralmente indefensáveis” e seu combate é “imperativo”; ação porque recomenda políticas capazes de corrigir distorções – para isso, é necessária sólida base de apoio político e da própria sociedade, ainda não atenta à gravidade do problema. Lembrou que, 30 anos atrás, a Organização Mundial da Saúde cunhou em Alma-Ata o slogan “Saúde para todos no ano 2000”, mas continuamos a assistir ao grande descompasso entre desenvolvimento econômico-tecnológico e subdesenvolvimento social. “Parece que o que conta são as coisas que as pessoas têm, e não as pessoas”.

Finalmente, o compromisso com a evidência, fundamentando as recomendações em dados científicos que permitam entender como os determinantes sociais da saúde (DSS) geram iniquidades. “Nosso relatório registra importantes avanços na situação de saúde dos brasileiros e também importantes desafios que todos temos de enfrentar para atender as metas de um país que colocou em sua Constituição que saúde é direito de todos e dever do Estado”, resumiu.

Redigido pelo coordenador da Secretaria Técnica da CNDSS, o sanitarista

Alberto Pellegrini Filho, o documento descreve as atividades desenvolvidas pela comissão, traça um panorama geral da situação de saúde do país e propõe políticas a partir de avaliação das já em curso. A busca e a seleção de dados em sistemas nacionais de informação e na literatura científica produzida nos últimos cinco anos ficou a cargo da assessora da secretaria Alice Branco.

“Normalmente, os documentos do governo e da academia buscam os determinantes sociais da saúde a partir de uma doença ou de um grupo delas; a originalidade do relatório é o fato de ter partido dos próprios determinantes para buscar os resultados de saúde”, comenta Pellegrini. “Viramos o modelo de cabeça para baixo, ou melhor, nós o colocamos de cabeça para cima”. O documento, esclarece o sanitarista, é enxuto e tem linguagem acessível para conseguir alcançar todos os setores da sociedade, “porque ações sobre os DSS não cabem apenas a acadêmicos e profissionais de saúde”. Anexado ao relatório, há um CD com cerca de 400 textos completos, usados como referência.

A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde foi criada em março de 2006, na gestão do ministro

Saraiva Felipe, tendo mandato de dois anos. O Brasil foi o pioneiro a atender ao chamado da OMS, que fundou sua própria comissão sobre DSS um ano antes e recomendou que os países-membros seguissem o exemplo — seu relatório final, por sinal, foi divulgado em 28 de agosto. A CNDSS tinha como metas gerar informações e conhecimento sobre os determinantes, contribuir para a formulação de políticas que promovessem a equidade em saúde e mobilizar diferentes instâncias do governo e da sociedade civil sobre o tema. Coordenada pelo presidente da Fiocruz, o sanitarista Paulo Buss, reuniu 15 nomes de destaque em diversas áreas: o médico Adib Jatene, o economista Aloísio Teixeira, o epidemiologista Cesar Victora, o advogado Dalmo Dallari, a matemática Elza Berquó, o empresário Eduardo Eugênio Gouveia Vieira, o cartunista Jaguar, o médico Jairnilson Paim, a atriz Lucélia Santos, o escritor Moacyr Scliar, o ambientalista Roberto Smeraldi, o historiador Rubem César Fernandes, a cantora Sandra de Sá, a cientista política Sonia Fleury e a sanitarista Zilda Arns Neumann (*Radis* 45).

O ministro Temporão assina o prefácio, no qual afirma que as atividades da comissão contribuíram para o debate nacional sobre o tema e prevê que o documento se constituirá em “referência obrigatória”, por apresentar recomendações solidamente fundamentadas na análise da situação de saúde e das intervenções em curso. “Como bem diz o relatório, os determinantes sociais são produto da ação humana e, portanto, podem e devem ser transformados pela ação humana”. Pellegrini considera uma vitória da CNDSS a criação recente da Secretaria de Atenção Primária e Promoção da Saúde. “A secretaria terá ênfase nos determinantes, ou seja, colocamos o tema na agenda do governo”.

No relatório, a seção “Situação de saúde” apresenta dados sobre vários determinantes, especialmente os das áreas urbanas. A imensa maioria dos brasileiros vive nas cidades e o processo de urbanização se deu de forma extremamente acelerada, “sem adequação da infraestrutura, gerando enormes iniquidades e concentrando grandes parcelas da população em precárias condições de vida, de ambiente e de trabalho”. Seis subseções integram essa parte do relatório. A primeira, “Situação e tendências da evolução demográfica, social e econômica do país”, aborda macrodeterminantes — crescimento populacional, fecundidade, mortalidade, migrações, urbanização, estrutura do mercado de trabalho, distribuição de renda e educação nas últimas quatro décadas.



Temporão, Lula, o governador Sérgio Cabral e Jatene: determinantes sociais da saúde na pauta do governo

Entre 1960 e 2000 a população cresceu de 70.070.457 para 169.610.693 habitantes. Nesses 40 anos, houve acelerada redistribuição dos brasileiros economicamente ativos: 55% dos trabalhadores dedicavam-se à agricultura e 45%, aos setores secundário e terciário; há oito anos, 60% estavam empregados no setor de serviços, 21% na indústria e apenas 19% no campo. Dos 55% morando na zona rural, chegamos a 81% nas urbanas. Essas transformações “geraram enorme demanda por infraestrutura e serviços, mas a oferta não acompanhou a demanda”.

FENÔMENO “SEM PARALELO”

O padrão de fecundidade do Brasil também mudou mais velozmente do que nos países desenvolvidos. A taxa começou a cair em 1960, passando de 6,3 filhos por mulher em idade fértil para 2,3, mas mulheres de 15 a 19 anos tiveram mais filhos. A diminuição da fecundidade e o aumento da expectativa de vida alteraram a estrutura etária da população. Os maiores de 65 anos eram 2,7% em 1960, chegaram a 5,4% em 2000 e deverão atingir 19% em 2050, superando a quantidade de jovens. Estes (de 0 a 14 anos) eram 42,6%, passaram a 30% e deverão representar 18% da população. É um “fenômeno sem paralelo na experiência mundial”, avalia o relatório, “com impacto importante na economia e na sociedade, obrigando a definição de políticas públicas” que lhe façam frente.

Na economia, o período foi de “extraordinário aumento da riqueza e modernização”. O Produto Interno Bruto (soma de todos os bens e serviços produzidos no país) cresceu de US\$ 2.060 em 1960 para US\$ 5.720 em 2006, de acordo com o Ipeadata. Mas, ressalva o relatório, o crescimento não propiciou redistribuição de renda. O Índice de Gini (grau de distribuição da renda) teve piora entre 1960 (0,50) e

1991, com pequena melhora em 2000 (0,61), relacionada ao controle da inflação e à estabilidade macroeconômica, à valorização do salário mínimo e aos programas de transferência de renda. Persistem, porém, as grandes disparidades por região e cor da pele. Em 2005, a proporção de pobres na Região Nordeste era cerca de três vezes maior que a da Região Sul, por exemplo.

Na educação, houve queda no número de analfabetos, 40% para 13,6%. Mas, novamente, a taxa de analfabetismo varia entre regiões e mesmo no interior delas, dependendo de sexo, cor da pele e local de moradia. Em 2000, a do Nordeste (22,20%) era cerca de quatro vezes maior que a do Sul (7,6%). Aos poucos, essa diferença vem se abrando.

No ensino fundamental, o percentual da população matriculada no nível adequado a sua faixa etária cresceu de 69,1% em 1980 para 92,8% em 2000 no Nordeste e de 89,2% para 96,1% no Sudeste. A média nacional passou de 80% para 94,3%. No ensino médio, “embora a taxa de escolarização líquida permaneça bem mais baixa, observa-se também uma tendência de crescimento acompanhada de diminuição das ainda grandes diferenças regionais”, informa o texto. O percentual médio cresceu de 14,3% para 33,3%. No Nordeste, subiu de 6,5% para 16,7%; no Sudeste, de 20,3% para 45,6%.

Quanto à cor da pele, a taxa de analfabetismo e analfabetismo funcional de pretos e pardos é cerca do dobro da dos brancos. A proporção de brancos de 25 anos ou mais de idade com 15 ou mais anos de estudo é três vezes maior que a de pretos e pardos.

Os importantes avanços e contradições no desenvolvimento econômico-social das últimas décadas são também observados na situação de saúde. Nesse período, a esperança de vida ao nascer aumentou em mais de 20 anos no Brasil, atingindo 72,4 anos — nove

a menos que a do líder do ranking, o Japão. Nesse quesito, as desigualdades regionais vêm diminuindo: “Em 1960, um brasileiro que nascesse no Nordeste tinha expectativa de vida 20 anos menor que a de outro brasileiro nascido na Região Sul, diferença essa que caiu para cinco anos em 2006”. A taxa de mortalidade infantil no primeiro ano de vida despencou de 124 para cada 1.000 nascidos vivos em 1960 para 25,1 em 2006, aponta o IBGE. Por isso, a proporção de mortes de menores de 1 ano sobre o total de óbitos no país baixou de 24% em 1980 para 5% em 2005, também com distribuição desigual – 11,3% no Norte e 3,4% no Sul.

Se na subseção “Estratificação socioeconômica e a saúde” 87% dos indivíduos da faixa mais alta avaliaram sua saúde como boa ou muito boa, ante 70% dos da faixa mais baixa, em “Condições de vida, ambiente e trabalho” fica-se sabendo que o Brasil também passa por um processo de transição nutricional – do padrão alimentar baseado em cereais, feijões, raízes e tubérculos à alimentação mais rica em gorduras (especialmente hidrogenadas), açúcares e ingredientes químicos. Logo, tem crescido o risco de sobrepeso e obesidade, que contribuem para o aparecimento de doenças crônicas e incapacidades (problemas respiratórios, músculo-esqueléticos e coronarianos, diabetes tipo 2 e alguns tipos de câncer).

O número de adultos com excesso de peso dobrou entre 1974 e 2003: quatro em cada 10. O IBGE estima que 3,8 milhões dos maiores de 20 anos (4% desse universo) têm déficit de peso, enquanto 38,8 milhões (40,6%) têm excesso – destes, 10,5 milhões são considerados obesos. A área rural do Nordeste é a mais afetada pela desnutrição, com 8,8% de prevalência contra 5,8% no Centro-Sul urbano.

Quando o assunto é saneamento básico, as pesquisas divergem. De um lado, a Pnad-2004 aponta que o percentual de domicílios permanentes com abastecimento de água passou de 80% para 83% e com esgotamento sanitário adequado (rede coletora ou fossa séptica), de 65% para 70%, entre 1999 e 2004. A cobertura seria de 91% no Sudeste, 83% no Sul, 72% no Nordeste e apenas 54,8% no Norte. O Centro de Políticas Sociais da Fundação Getúlio Vargas e o Instituto Trata Brasil têm números piores: em 2007, 53% da população ainda não tinham acesso a saneamento adequado, prevendo que, mantido o ritmo de ampliação, o país só atingirá a universalização daqui a 115 anos. Em Salvador, a ampliação da rede de esgoto – de 26% em 1997 para 80% em 2003 – diminuiu em 22% a prevalência de diarreia em menores de 3 anos.

DUPLA CARGA DE DOENÇAS

No campo do trabalho, a transição do Brasil de país agrário para industrial, com ênfase no comércio e no serviço, gerou graves problemas sociais e econômicos. O relatório cita, entre eles, o crescimento do setor informal, os salários baixos, a maior insegurança no emprego e a distribuição desigual do desemprego e do trabalho infantil – associados a uma pior condição de saúde. “Os acidentes de trabalho são um dos subprodutos destas tendências, juntamente com uma grande carga de doenças relacionadas ao trabalho, cujas consequências contribuem para o agravamento dos problemas sociais que o país enfrenta”, diz o texto. Há uma dupla carga dessas doenças, tanto com a presença de algumas já controladas em países desenvolvidos (silicose, envenenamento por chumbo, asbestose, mesotelioma), quanto a de “novas” (síndrome do túnel do carpo,

doenças dermatológicas causadas por compostos químicos, desordens mentais). Entre 2000 e 2002, o INSS reconheceu 58.978 casos de doenças relacionadas ao trabalho – e a conta inclui apenas trabalhadores com contratos formais, 23% do total.

A expansão das indústrias, da urbanização, do transporte e da fronteira agrícola vem aumentando a exposição dos brasileiros à poluição atmosférica, que mata cerca de 3 milhões de pessoas por ano no mundo, de acordo com a OMS. O relatório da CNDSS alerta principalmente para os efeitos do desmatamento no país. Entre eles, problemas respiratórios (decorrentes de queimadas) e malária (a derrubada de árvores e o represamento de rios favorecem a proliferação do mosquito transmissor).

O documento elogia duas políticas: a Estratégia Saúde da Família e o Programa Nacional de Imunização. Iniciado em 1994, a Saúde da Família tem hoje cerca de 27.500 equipes – formadas por mais de 150 mil profissionais – atuando em 92% dos municípios brasileiros ou 5.131. Em 2006, foram mais de 80 milhões de pessoas atendidas, 44% da população, a um custo anual de R\$ 2 bilhões.

O Programa Nacional de Imunização, que completa 35 anos em 2008, conseguiu “superar as grandes diferenças regionais na cobertura de vacinações de anos anteriores”, avalia. A partir de 1999, 94,7% dos menores de 1 ano foram vacinados, contra 40% em 1978. Resultados: a erradicação da poliomielite (o último caso foi registrado em 1989 e a OMS certificou a erradicação em 1994) e a diminuição de incidência e mortalidade de outras doenças.

“Apesar destes inegáveis avanços, ainda se observam importantes desigualdades na oferta de recursos e serviços, assim como uma forte influência da posição social dos indivíduos no acesso e qualidade dos serviços de saúde”, ressalva o texto. Um dos motivos apontados é o gasto público *per capita* em saúde, “relativamente baixo em todas as regiões” e que “não cumpre uma função compensatória, tendendo a reforçar as desigualdades”. O Brasil gasta 7% do PIB em saúde, cerca de US\$ 530 *per capita* – menos do que Argentina (US\$ 1.045), Chile (US\$ 827) e Uruguai (US\$ 781). Aqui, o percentual de gasto privado supera o público, 51% a 49% – ao contrário do que acontece na Argentina (55% público e 45% privado), no Chile (53/47) e no Uruguai (71/29).

Os usuários do SUS são, predominantemente, a parcela da população com menor renda e escolaridade. A

Radis Adverte

NOVA CAMPANHA PELO DESARMAMENTO

Quem entregar uma arma
recebe de R\$ 100 a R\$ 300
Até dezembro!

www.dpf.gov.br/web/servicos/entrega_arma.htm



chance de um indivíduo pobre usar o serviço público é 19 vezes maior do que a de um rico. Somente 3,9% dos que têm plano de saúde recorrem a unidades públicas — principalmente para vacinação e busca de remédios.

O relatório inclui um determinante pouco lembrado: o acesso à informação, que poderia favorecer cuidados com a saúde individual e coletiva. “As iniquidades de informação são especialmente graves, pois ao reforçar a exclusão têm o poder de gerar e ampliar outras iniquidades”, diz o documento, que recomenda ao governo a adoção de política de inclusão digital e a produção de conteúdo de qualidade.

A seção “Redes sociais, comunitárias e saúde” trata da organização comunitária, frisando que seu desgaste pode impactar negativamente a situação de saúde, ressaltando que os melhores níveis de saúde não estão nas sociedades mais ricas, mas nas mais igualitárias e com alta coesão social. Um indicador dessa coesão: as relações de confiança entre as pessoas, “extremamente débeis” no Brasil, segundo a Pesquisa Social Brasileira de 2002 — 84% dos 2.363 entrevistados confiam na família e apenas 15% confiam na maioria das pessoas.

“Comportamentos, estilos de vida e saúde” também têm seção específica, que aborda condutas de risco como tabagismo, alcoolismo, sedentarismo e dieta inadequada. Estima-se que, nos países de baixa e média renda, o tabagismo seja responsável por 18% das mortes por câncer; o baixo consumo de frutas, legumes e verduras, por 6%; o consumo de álcool, por 5%. De acordo com a OMS, 80% dos casos de doenças coronarianas, 90% dos de diabetes tipo 2 e 30% dos de câncer poderiam ser evitados com mudanças alimentares, atividade física e fim do hábito de fumar.

A prática de atividade física regular reduz o risco de morte prematura, doenças do coração, acidente vascular cerebral, câncer de cólon e mama, diabetes tipo 2, obesidade, hipertensão arterial. O tabagismo é, para o Instituto Nacional de Câncer, o mais importante fator de risco isolado de doenças graves e fatais — levando a 45% das mortes por doença coronariana, a 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica, a 25% das mortes por doença cerebrovascular e a 30%, por câncer. No Brasil, houve redução do consumo de cigarros entre 1989 e 2003 em todas as faixas etárias, em ambos os sexos e nos meios urbano e rural.

Calcula-se que o consumo de bebidas alcoólicas esteja relacionado a 3,2% de todas as mortes nos países em

desenvolvimento. Beber em excesso pode provocar cirrose, pancreatite, acidente cerebrovascular, demência, polineuropatia, miocardite, desnutrição, hipertensão arterial, infarto, certos tipos de câncer, acidentes de trânsito e violência. Estudo do Inca aponta que a prevalência de consumo de bebida alcoólica em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal varia de 32,4% a 58,6%, com grande diferença por sexo — de 48,9% a 72,1% entre os homens e de 19,7% a 47,5% entre as mulheres. Para prevenir o alcoolismo, lista o documento, deve-se levar em conta o apelo publicitário em torno do hábito de beber, rever a regulação da propaganda, cumprir a lei que proíbe a venda a menores, educar os adolescentes e oferecer suporte.

QUEDA EXPRESSIVA

A seção sobre saúde materno-infantil informa que a mortalidade de menores de 5 anos diminuiu em 46,4% entre 1990 e 2005; no Nordeste observou-se uma queda mais expressiva (55%), mas não suficiente para igualar às do Sudeste e do Sul — ainda é o dobro dessas duas regiões. A queda tem relação direta com o aumento da escolaridade das mães: entre 1991 e 2005, a proporção de mulheres de 15 a 49 anos analfabetas funcionais (com menos de quatro anos de estudo) no Nordeste passou de 44,9% para 20,3%. O Norte, por outro lado, tem índice de mortalidade infantil inferior à média nacional, fato que pode ser explicado pela economia de subsistência e pelo fluxo de migrantes vindos do Sul. Sudeste, Sul e Centro-Oeste — com valores em torno de 20% — se enquadram na categoria de baixa mortalidade, segundo classificação da OMS.

Ao contrário da mortalidade, a prevalência de baixo peso ao nascer foi maior no Sul (8,6%) e no Sudeste (9,1%) do que no Nordeste (7,4%) em 2004, de acordo com o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos — a média nacional era de 8,2%. O mesmo pôde ser observado na prevalência de nascimentos prematuros (menos de 37 semanas completas de gestação). Pesquisas citadas no relatório apontam para o aumento da duração da amamentação (de 2,5 meses em 1975 para 9,9 meses em 1999) e para a relação tanto entre subnutrição e pobreza quanto entre sobrepeso e riqueza.

O documento mostra também que há fortes diferenciais em atendimento pré-natal e ao parto entre os grupos sociais — falta atendimento adequado para as mulheres pobres e há excesso de medicalização entre as ricas. Dados

de 2006 do Ministério da Saúde indicam que 74% das grávidas sem escolaridade tiveram pré-natal inadequado (menos de sete consultas), contra 21% com 12 ou mais anos de estudo. Em relação à atenção ao parto, a PNDS-1996 calculou que 52,5% das mães da faixa de renda mais baixa tiveram seu parto atendido por médico, comparadas a 97,6% das da faixa mais alta — o índice de cesarianas foi de 36,4%, variando de 16,4% na faixa inferior a 67,6% na faixa superior.

Na seção “Saúde indígena”, o relatório afirma que o perfil de saúde dos povos indígenas é muito pouco conhecido, com mortes sem registro ou causa definida. São aproximadamente 220 etnias, população variando entre 400 mil e 730 mil pessoas. Embora precários, os dados indicam taxas de morbidade e mortalidade três a quatro vezes maiores do que as da população brasileira em geral.

Em 2000, a taxa de mortalidade infantil para os indígenas foi de 51,4 por 1.000, enquanto a nacional foi de 30,1. As principais causas de adoecimento e morte são as doenças infecciosas e parasitárias, principalmente tuberculose, malária, infecções respiratórias e diarreia decorrente das condições precárias de saneamento e habitação. Ainda emergem doenças crônicas não-transmissíveis, suicídio, alcoolismo e drogadição.

Além da análise da situação de saúde, o documento apresenta recomendações, de que a *Radis* voltará a tratar, como a institucionalização da ação inter-setorial, da participação social, do empoderamento de grupos populacionais mais vulneráveis e da produção sistemática de informações sobre as relações entre DSS e a saúde. “Nossa expectativa é que o relatório sirva de impulso para políticas que atuem sobre os determinantes sociais da saúde”, diz Pellegrini. (B.D.)



1º ENCONTRO DA REDE PAN-AMERICANA DE PESQUISA EM DENGUE

À espera da vacina

Desde que a primeira infecção por dengue foi confirmada no Brasil, em 1981, na região Norte, o país teve cerca de 5,5 milhões de casos e mais de 500 mortes em decorrência da doença até abril deste ano. Em algumas das epidemias que se sucedem a cada verão, o índice de mortalidade chegou a 10%, quando o aceitável varia de 0,5% a 1%. Para o virologista Hermann Gonçalves Schatzmayr, pesquisador do Laboratório de Flavivirus do Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz) que isolou os vírus de tipo 1, 2 e 3, esse dado mostra que o sistema de saúde não está preparado para atender a demanda de pacientes nos momentos de crise.

A taxa de infecção cresce pela urbanização “caótica” e a expansão demográfica, informou em palestra no 1º Encontro da Rede Pan-Americana de Pesquisa em Dengue – entre 22 e 25 de julho no Hotel Recife Palace, na capital de Pernambuco. O *Aedes aegypti* está presente em 85% dos municípios e todos os estados já tiveram casos autóctones – os das regiões Sudeste e Nordeste têm sido os mais afetados. Segundo cálculo do virologista, a doença custa ao governo federal R\$ 1,2 bilhão por ano, incluindo do inseticida à assistência hospitalar. “Podemos concluir que a dengue tornou-se um sério problema de saúde pública no país, sem perspectivas de mudança num futuro próximo”, avaliou, na manhã do dia 23.

Para Hermann, é necessário que o Ministério da Saúde invista em educação para a prevenção e no desenvolvimento de kits para agilizar o diagnóstico, formas de controle do vetor em áreas urbanizadas, drogas e, principalmente, vacinas. De acordo com os 250 pesquisadores das Américas, do Reino Unido, de Cingapura e da Índia reunidos no evento, somente a imunização poderá controlar de fato a doença. O encontro foi organizado por Ministério da Saúde, Fiocruz Pernambuco, Organização Pan-Americana da Saúde, Pediatric Dengue Vaccine Initiative (PDVI) e Sociedade Brasileira de Virologia, tendo como tema *Epidemia de Dengue nas Américas: desafios para a pesquisa*.



CPQAM/FIOCRUZ

Controle da dengue: 3 bilhões vivem em países endêmicos e um terço é suscetível à doença

Os integrantes da mesa de abertura, na noite do dia 22, apontaram a necessidade de articulação entre países e instituições, agregando tanto a academia quanto os serviços de saúde, para enfrentamento global do problema. “Não será um indivíduo, uma instituição, um país que resolverá a questão sozinho, mas um conjunto deles”, pregou o pesquisador Ernesto Marques Júnior, chefe do Serviço de Gestão de Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM, unidade da Fiocruz em Pernambuco) e professor da Johns Hopkins University.

“DESAFIO CONTUNDENTE”

Vice-presidente de Desenvolvimento Institucional e Gestão do Trabalho da Fiocruz, o sanitarista Paulo Gadelha sugeriu que o Brasil seja ator fundamental nesse “desafio contundente”, por sua avançada posição científico-tecnológica e também por concentrar 80% dos casos da doença nas Américas. Com cerca de 50 milhões de casos por ano no mundo, disse, “a dengue é um problema emblemático dos nossos tempos e demanda uma resposta multifacetada: pesquisa básica, bom atendimento nos serviços de saúde e comunicação para mobilizar a população em ações preventivas”.

O esforço para desenvolver vacinas contra a dengue começou há quase 40 anos, com o Walter Reed Army Institute of Research, dos Estados Unidos. A principal dificuldade dos cientistas, explicou à *Radis* o coordenador do evento, André Furtado, do CPqAM, é criar uma

vacina tetravalente – ou seja, eficaz contra os quatro sorotipos da doença. Se um indivíduo fosse imunizado somente contra um tipo, correria o risco de desenvolver a chamada dengue hemorrágica caso fosse infectado por outra variação da dengue.

Uma característica da doença é que, ao contrai-la, a pessoa fica imunizada contra o tipo com o qual teve contato, mas pode adoecer novamente com outros. Na epidemia deste ano no Rio de Janeiro, por exemplo, especialistas afirmaram que os sintomas foram mais graves nas crianças porque entraram em contato com o tipo 3 e depois com o 2. O estado notificou 209.310 casos de dengue até 9 de julho. Foram 152 mortes confirmadas (outras 129 estavam sendo investigadas), sendo 38% em crianças e adolescentes em idade escolar, na faixa de 0 a 15 anos. “Como grande parte da população já foi contaminada por algum tipo do vírus, é preciso saber quem vacinar, para não correr o risco de induzir uma dengue hemorrágica”, observou o pesquisador.

A Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto já desenvolveu vacinas tanto para o tipo 3 quanto para o 4, informou à *Radis* o infectologista Benedito Fonseca, professor da Faculdade de Medicina. Testes em camundongos indicaram boa imunogenicidade de ambas. Também foi testada uma forma bivalente (para o 3 e o 4), que protege os animais, mas em nível inferior à vacina contra apenas um tipo.

Benedito disse não acreditar que a vacina tetravalente possa ter efeitos adversos em quem já tem anticorpos contra um dos sorotipos. O que o preocupa é a dosagem: para imunizar um camundongo são necessários 100 microgramas de DNA, mas ainda não se sabe quantos seriam necessários para imunizar um humano adulto. “É mesmo muito difícil desenvolver uma vacina contra a dengue, porque o próprio vírus é difícil e ainda tem o problema de ter de ser tetravalente”, admitiu ele, que prefere não estabelecer um prazo para o fim dos testes.

Outros centros de pesquisa no Brasil (como a Fiocruz), na França, nos Estados Unidos e em outros países se dedicam ao desenvolvimento da vacina tetravalente. Duas indústrias estão prestes a iniciar a fase três de seus testes: GlaxoSmithKline Biologicals e Sanofi Pasteur. O diretor da PDVI, Scott Halstead, informou que nenhuma das duas vacinas tem 100% de eficácia em humanos que receberam apenas uma dose. Portanto, agora planejam multidose. APDVI tem sede na Coréia do Sul e congrega instituições públicas e privadas visando acelerar a chegada do imunizante ao mercado.

“Há cerca de 3 bilhões de pessoas vivendo em países endêmicos e pelo menos um terço delas está suscetível à infecção”, disse Halstead em palestra na

manhã do dia 23. “Vamos ter recursos suficientes para produzir e aplicar múltiplas doses numa população tão grande?”. Para ele, esse é o principal desafio que a saúde pública global deve enfrentar. “É uma tarefa pesada, que demanda esforço coordenado para ser bem-sucedido”.

O diretor da PDVI calcula que a vacina chegará ao mercado em no mínimo quatro anos. Os testes de GlaxoSmithKline Biologicals e Sanofi Pasteur começam este ano na Tailândia, onde a dengue é endêmica. No primeiro trimestre de 2008, o país registrou cerca de 7 mil casos da doença e sete mortes, principalmente em crianças e adolescentes com idade entre 7 e 14 anos. Em 1998, uma epidemia somou 129.954 infectados e 424 mortos. Serão imunizadas três mil crianças de 8, 9 e 10 anos. Também haverá testes em outros países, inclusive o Brasil.

CUSTO DA DENGUE

Na manhã do dia 25, o médico João Bosco Siqueira Jr., professor adjunto da Universidade Federal de Goiás e assessor do Ministério da Saúde, apresentou o resultado da pesquisa *Custo de um episódio de dengue no Brasil Central*. O estudo aponta quanto se gasta com cada caso — custos médicos diretos e custos indiretos (dias de escola ou trabalho perdidos e transporte,

por exemplo). Em 2005, participaram 600 pacientes com suspeita da doença, metade atendida em hospitais públicos e metade em particulares de Goiânia, que enfrentou epidemia do tipo 3.

No caso de atendimento ambulatorial, os pesquisadores estimaram em US\$ 315 o custo médio por episódio de dengue, sendo 83% de gastos indiretos. No caso de internação, o valor sobe para US\$ 696, sendo 48,8% de custos diretos e 51,2% de indiretos. Em ambos, o gasto é maior no serviço público do que no particular, apesar de se seguirem as mesmas recomendações do Ministério da Saúde. Na soma final, a dengue custou US\$ 4 milhões à cidade.

Enquanto a vacina não chega, André Furtado sugere mudança completa nas ações de prevenção: o Ministério da Saúde deveria induzir a população a assumir sua parcela de responsabilidade. “Todos já sabem que o mosquito está dentro das casas, mas muitos ainda pensam que é o ministério quem deve combater os focos”, avaliou. O poder público também tem sua parcela de culpa, ressaltou: há regiões sem abastecimento regular, o que obriga a população a armazenar água em caixas, baldes, latas — potenciais criadouros do *Aedes*. “Aqui mesmo em Recife há bairros que só são abastecidos uma vez a cada 10 dias”. (B.D.)

Uma referência no Nordeste

Unidade da Fiocruz em Pernambuco desde 1970, o Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM) é referência em culicídeos vetores (mosquitos transmissores de doenças), doença de Chagas, esquistossomose, filariose, leishmaniose e peste para o Ministério da Saúde. “Nossa missão desde a fundação, em 1950, é atuar no controle de doenças endêmicas da região, negligenciadas mas de grande relevância nacional”, diz seu diretor, o sanitário Eduardo Freese.

Há algumas décadas, o CPqAM também enfrenta doenças da modernidade, como aids, dengue, diabetes, hipertensão, tanto com pesquisas quanto desenvolvendo kits-diagnóstico e vacina. Um dos estudos mais avançados na área é o que pretende acabar com os efeitos colaterais da vacina contra febre amarela, que atingem 5% dos vacinados — febre, dor no corpo e de cabeça são as reações mais comuns. O melhoramento também deve permitir que alérgicos a ovo

sejam imunizados — atualmente, há contra-indicação para esse grupo, já que a vacina é fabricada a partir de vírus atenuado cultivado em ovo de galinha.

Sob a coordenação do médico Ernesto Marques Júnior, os pesquisadores substituíram essa fórmula do início do século 20 por uma sequência de DNA do vírus. Testes em camundongos deram resultados animadores, e a vacina será testada em primatas e humanos. “A base estrutural está concluída, esperamos uma boa notícia para breve”, prevê Eduardo.

“Aqui integramos pesquisa aplicada às necessidades locais, dando configuração contemporânea à saúde coletiva”, diz. Um exemplo é o desenvolvimento da ovitampa, balde de plástico preto preenchido com alfafa e biolarvicida que atrai fêmeas do *Aedes aegypti* para que botem ovos em palhetas. Recolhidas por agentes de saúde a cada quatro semanas, são levadas a laboratório para contagem de ovos, identifi-

cando-se as áreas onde o risco de transmissão da dengue é maior. As armadilhas foram testadas de 2003 a 2007 e estão em uso em dois municípios de Pernambuco — Ipojuca e Santa Cruz do Capibaribe.

A criação do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, agora denominado Departamento de Saúde Coletiva, deu início à formação de recursos humanos neste campo em 1987. Hoje, há cursos de especialização, residência multiprofissional, mestrado, mestrado profissional e doutorado em Saúde Pública. Este ano, cerca de 150 gestores municipais do Nordeste serão formados pelo CPqAM, onde mais de 800 conselheiros de saúde e 400 agentes de saúde ambiental (estes, para combate à dengue no Recife) já foram capacitados.

Localizado no campus da Universidade Federal de Pernambuco, na Cidade Universitária, o Aggeu Magalhães passa por obra de ampliação de seus quatro laboratórios, prevista para terminar no início do próximo ano.

SERVIÇO

EVENTO

1º CONGRESSO NACIONAL DE SAÚDE DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG

Sob o tema "Os desafios da promoção da saúde", o evento propõe um espaço de discussão sobre a promoção da saúde no mundo contemporâneo. Está organizado a partir de quatro eixos temáticos: Ética no mundo contemporâneo; Educação, pesquisa e promoção da saúde; Gestão, assistência e promoção da saúde; e Epidemias urbanas.

Data 12 a 15 de novembro
Local Campus Saúde da UFMG, Belo Horizonte, MG

Mais informações

Tel. (31) 3409 4220

Site www.ufmg.br/congressodesaude
E-mail callcenter@fundep.ufmg.br

11º CONGRESSO BRASILEIRO DE CONTROLE DE INFECÇÃO E EPIDEMIOLOGIA HOSPITALAR

A Associação de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar do RJ promove esse congresso destinado a profissionais de saúde das áreas de enfermagem, medicina, epidemiologia, microbiologia, farmácia e infectologia. Entre os temas, Estratégias para modificações de comportamento do profissional de saúde, Novos antimicrobianos, Novas tecnologias de esterilização.

Data 20 a 23 de novembro
Local Centro de Convenções Rio Cidade Nova, Rio de Janeiro

Mais informações

Site www.cih2008.com.br

4º SIMBRAVISA

Com o tema "Vigilância Sanitária e os 20 anos da Constituição Cidadã", a quarta edição do Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária, promovido pela Abrasco, reunirá profissionais de pesquisa, ensino e serviços de vigilância sanitária, de laboratório e

áreas afins para refletir sobre a área e suas contribuições na redução de riscos e desigualdades em saúde e na construção da cidadania.

Data 23 a 26 de novembro
Local Centro de Convenções de Fortaleza

Mais informações

Site www.simbravisa.com.br

Tel. (85) 3101-5280

FORMAÇÃO DE TRABALHADORES TÉCNICOS EM SAÚDE NO BRASIL E NO MERCOSUL

Este seminário internacional debate a educação de técnicos em saúde no Mercosul como eixo de articulação das políticas nacionais e regionais nos setores trabalho, educação e saúde. Organizado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), destina-se a gestores nacionais e representantes dos países do Mercosul no SGT 11 (subgrupo de trabalho "Saúde/Mercosul"), profissionais, pesquisadores e estudantes.

Data 24 a 26 de novembro
Local Auditório da EPSJV/Fiocruz, Rio de Janeiro

Mais informações

Site www.epsjv.fiocruz.br/v2005/mercosuleps

E-mail mercosuleps@fiocruz.br

3º CONGRESSO MUNDIAL DE ENFRENTAMENTO DA EXPLORAÇÃO SEXUAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Com o tema "Garantia de direitos da criança e do adolescente e a sua proteção contra a exploração sexual – por uma visão sistêmica", o evento discutirá formas de exploração sexual comercial e seus novos cenários; marco legal e responsabilização; políticas inter-setoriais integradas; iniciativas de responsabilidade social; e estratégias de cooperação internacional.

Data 25 a 28 de novembro
Local Riocentro, Rio de Janeiro

Mais informações

Tel. (61) 3429-3225

Fax (61) 3223-4889

E-mail comiteorganizador@iiicongressomundial.com

PUBLICAÇÕES

ETNOGRAFIA

Travesti: prostituição, sexo, gênero e cultura no Brasil, de Don Kulick (Editora Fiocruz), trata da vida cotidiana das travestis (como preferem ser chamadas) que trabalham no centro histórico de Salvador. O autor, a partir do convívio prolongado que teve com um grupo de travestis, morando no local e indo às ruas com elas para esperar clientes, enfoca o modo como vivem, agem, pensam e falam sobre sua própria inserção na sociedade brasileira.



DESAFIOS DO SUS

Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS (EPSJV/Fiocruz) reúne textos de 10 autores de trajetória conhecida nas áreas de saúde e educação. O livro trata das tensões existentes entre o que foi o projeto do SUS e o contexto social e político no qual ele está inserido. Contribuem com textos os autores Emir Sader, Sonia Fleury, Jairnilson Paim, Ligia Bahia, Sergio Lessa, Virginia Fontes, Nelson dos Santos, Ruben Mattos, Lúcia Neves e Isabel Brasil.



ENDEREÇOS

Editora Fiocruz

Av. Brasil, 4.036, sala 112
Manguinhos, Rio de Janeiro
CEP 21040-361

Tel. (21) 3882-9039 e 3882-9006

E-mail editora@fiocruz.br

Site www.fiocruz.br/editora

EPSJV

Av. Brasil, 4.365, Manguinhos
CEP 21040-900 • Rio de Janeiro
Tel. (21) 3865-9797

Site www.epsjv.fiocruz.br

Raposa Serra do Sol: questão de Justiça

Frei Betto *

Em 15 de abril de 2005, o presidente Lula assinou a homologação, em área contínua, da reserva indígena Raposa Serra do Sol, em Roraima. Este ano, a Polícia Federal, em cumprimento da lei, mobilizou-se para retirar da reserva seis arrozeiros. Os invasores da área, convencidos de que “índio atrapalha o progresso”, reagiram com violência, inclusive bombas. Criaram o fato político capaz de induzir o STF a suspender a medida legal e reiniciar o atribulado percurso já transitado pelos três poderes da República.

Roraima abriga pouco mais de 400 mil habitantes num território de 224.298 km² (pouco menor que o Equador). Raposa Serra do Sol é uma área de 1,67 milhão de hectares situada no nordeste do estado, nas fronteiras com a Venezuela e a Guiana. A área foi demarcada pelo Ministério da Justiça, através da Portaria 820/98, em 1998, durante o governo FHC.

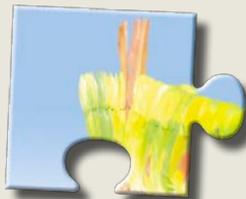
Da área de Roraima, 46,35% são reservadas aos indígenas. Ali eles somam 46.106, distribuídos em 152 aldeias dos povos Yanomami (15 mil), Macuxi, Wapixana, Wai-Wai, Ingaricó, Taurepang, Waimiri-Atroari e Patamona.

Políticos e arrozeiros queriam a demarcação em área descontínua, “ilhas” onde pudessem permanecer com suas terras (invadidas) e propriedades (ilegais). Três municípios foram criados dentro da reserva indígena: Normandia, Uiramutã e parte de Pacaraima.

Raposa Serra do Sol não é apenas uma selva salpicada de tribos. Ali atuam 251 professores indígenas em 113 escolas de ensino fundamental e três de ensino médio. Os indígenas manejam um rebanho de 27 mil cabeças de gado. Funciona dentro da reserva a Escola Agropecuária de Surumu, que profissionaliza técnicos de nível médio. Conveniados com a Funasa, há 438 agentes indígenas de saúde e 100 indígenas técnicos em microscópio, trabalhando em 187 postos de saúde e 62 laboratórios. Valoriza-se a medicina tradicional indígena.

Dentro do território demarcado, seis rizicultores ocupam 6 mil hectares, com lavouras irrigadas, nas margens dos rios Cotingo, Tacutu e Surumu. Todos grileiros em terras da União. Utilizam agrotóxicos, destroem a mata ciliar, soterram lagoas e igarapés, abrem valas para canalizar a água dos rios às suas

lavouras. A mesma água, poluída com agrotóxico e inutilizável para o consumo, retorna ao rio, matando os peixes.



No verão, impedidas de fazer uso da água dos rios, as comunidades indígenas são obrigadas a cavar poços. Com a destruição das lagoas e da mata ciliar, as caças desaparecem. Os vilarejos dentro da reserva dão apoio ao garimpo ilegal e, ali, circulam bebidas alcoólicas, muitas vezes oferecidas às jovens indígenas...

Os direitos dos povos indígenas estão garantidos pelo artigo 231 da Constituição; assegure-lhes a posse permanente e o uso exclusivo de suas terras. Uma demarcação fracionada da área favorecerá a invasão de forasteiros, aumentará a incidência de conflitos e porá em risco a sobrevivência de culturas milenares.



Na primeira semana de janeiro de 2004, o *Jornal Nacional* mostrou a mobilização de arrozeiros e latifundiários interrompendo estradas na tentativa de evitar a homologação de Raposa Serra do Sol. Com o apoio de lideranças indígenas cooptadas, sequestraram três missionários católicos da Missão Surumu: os padres Ronildo Pinto França, brasileiro, César Avellaneda, colombiano, e o irmão espanhol Juan Carlos Martinez, todos do Instituto Missão Consolata.

O então ministro da Justiça, Márcio Thomaz Bastos, advertiu o governador Flamarion Portela, de Roraima, de que o governo federal tomaria providências para liberar os reféns e desmobilizar o protesto. A Polícia Federal agiu e libertou os sequestrados.

Eram seis horas da manhã de 23 de novembro de 2004 quando a comunidade Jauari foi despertada por tiros, gritos, roncados de máquinas. Quarenta homens armados mataram galinhas, porcos e cães e deram dois tiros no macuxi Jocivaldo Constantino, um deles na cabeça. De lá marcharam para destruir as comunidades indígenas Brilho do Sol, Retiro São José e Homologação. Nas quatro aldeias derru-



baram, com trafores, 37 casas e incendiaram os escombros, sem poupar a igreja, a escola e o posto de saúde; isolaram as áreas e fecharam as estradas. Ficaram desabrigadas 131 pessoas.

Retroagir a homologação de Raposa Serra do Sol para área não-contínua representa grave precedente jurídico em relação aos demais processos demarcatórios, e poderá estimular grileiros e oportunistas a realizarem invasões nos mesmos moldes das que ocorrem em Roraima.



Quanto à Segurança Nacional, lembro que os povos indígenas têm, historicamente, desempenhado papel fundamental na preservação e defesa de nossos atuais limites territoriais. Não são os índios que promovem degradação ambiental, contrabando, garimpagem de minérios preciosos e derrubada de madeiras nobres. A hipótese de se criar uma faixa de 10 a 20 km de largura ao longo de nossas fronteiras abre o risco de atrair intenso movimento migratório de não-índios para a região, causando degradação ambiental e social, desmatamento e contaminação dos rios.

Cabe ao STF fazer cumprir a Constituição, ou seja, confirmar a homologação em área contínua e, ao governo, deslocar a sede do município de Uiramutã para as margens da rodovia BR-401 (que liga à Guiana), promover a regularização fundiária de Roraima e reassentar os posseiros em áreas definidas pelo Incra, com pagamento das justas indenizações, e preservar as atuais rodovias, como bens públicos, para uso de cidadãos indígenas ou não.

Retalhar Raposa Serra do Sol é retalhar a Constituição Brasileira, reforçar a discriminação aos indígenas e premiar o fardoeste dos que apoiam os interesses de apenas seis arrozeiros. 

*Escritor e assessor de movimentos sociais, autor de *A mosca azul – reflexão sobre o poder* (Rocco), entre outros livros; texto publicado na Agência Carta Maior (10/8/08)

Brasil Saudável

Novo Canal

A programação **completa** do Canal Saúde está agora na NBR

Todos os dias, de segunda a sexta,
das 13:00h às 14:00h

Novo Horário

Novo Programa

Ciência & Letras

Os programas que você já conhece com
nova apresentação

Novo Formato

Participe também do programa SALA DE CONVIDADOS, TODA TERÇA, AO VIVO

Confira aqui a programação:

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Canal Saúde	Sala de Convidados	Bate-Papo	Bate-Papo	Ciência & Letras
Ligado em Saúde		Ligado em Saúde		Ligado em Saúde
É com você, Cidadão		Comunidade em Cena	Canal Aberto	É com você, Cidadão
Canal Saúde na Estrada		É com você, Cidadão	Cine Saúde	Canal Saúde na Estrada

A NBR pode ser assistida por antena parabólica e TV a cabo NET.
Dúvidas, fale conosco: 0800-701-8122 (ligação gratuita)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Canal Saúde