

<http://dx.doi.org/10.29397/reciis.v12i1.1296>

ARTIGOS ORIGINAIS

## 'Valor-saúde': critérios epidemiológicos potenciais para a comunicação e saúde

### 'Health-value': potential epidemiological criteria for health communication

### 'Valor-salud': criterios epidemiológicos potenciales para la comunicación y salud

*Aline Guio Cavaca*<sup>1,a</sup>

[alineguica@hotmail.com](mailto:alineguica@hotmail.com) | <https://orcid.org/0000-0001-7314-584X>

*Paulo Roberto Vasconcellos-Silva*<sup>2,a</sup>

[bioeticaunirio@yahoo.com.br](mailto:bioeticaunirio@yahoo.com.br) | <https://orcid.org/0000-0003-4646-3580>

*Tatiana Breder Emerich*<sup>1,b</sup>

[tatiemerich@hotmail.com](mailto:tatiemerich@hotmail.com) | <https://orcid.org/0000-0003-4104-0562>

*Edson Theodoro dos Santos-Neto*<sup>1,a</sup>

[edsontheodoro@uol.com.br](mailto:edsontheodoro@uol.com.br) | <https://orcid.org/0000-0002-7351-7719>

*Adauto Emmerich Oliveira*<sup>1,c</sup>

[adautoemmerich@terra.com.br](mailto:adautoemmerich@terra.com.br) | <https://orcid.org/0000-0002-9679-8592>

<sup>1</sup> Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES, Brasil.

<sup>2</sup> Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>a</sup> Doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz.

<sup>b</sup> Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo.

<sup>c</sup> Doutorado em Odontologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

## Resumo

O estudo objetiva desenvolver critérios de prioridades potenciais para comunicação e saúde ('valor-saúde'), a partir da análise de políticas de saúde e de dados de morbimortalidade do Espírito Santo (ES, Brasil). Foi realizada uma pesquisa documental a partir de dados de 2011 e 2012. Tais dados foram coletados em documentos sobre prioridades políticas estaduais e nos sistemas de informação em saúde, e hierarquizados segundo critério decrescente de causas de mortalidade, morbidade e notificação, além da coincidência da doença em mais de uma política selecionada. O 'valor-saúde' evidencia condições mórbidas idealmente prioritárias na pauta midiática do ES: doenças isquêmicas do coração, cerebrovasculares, pneumonia, neoplasias, tuberculose, hanseníase, esquistossomose e dengue. Ele destaca a persistência de doenças relacionadas às condições socio sanitárias precárias, além de sífilis em gestantes, Aids, diabetes e coqueluche. Dessa maneira, o 'valor-saúde' atua como critério relevante de publicização e midiáticação de problemas públicos, a fim de pautar debates na sociedade.

**Palavras-chave:** comunicação e saúde; indicadores de morbimortalidade; saúde pública; meios de comunicação de massa; epidemiologia.

## Abstract

The study aims to develop potential priorities criteria for health communication ('health-value'), from the analysis of health policies and morbidity and mortality data of Espírito Santo (ES, Brazil). Documentary research was performed from 2011 and 2012 data. These data were collected in state health priority policies and health information systems, and they were ranked according to decreasing criterion causes of mortality, morbidity and notification, in addition to the coincidence of the disease in more than one policy selected. The 'health-value' shows ideally priority morbid conditions in the media agenda of ES, such as: ischemic heart diseases, cerebrovascular diseases, pneumonia, cancer, tuberculosis, hanseniasis, schistosomiasis and dengue. It highlights the persistence of diseases related to poor socio-sanitary conditions, plus child and maternal mortality, syphilis in pregnant women, Aids, diabetes and pertussis. Thus, 'health-value' acts as a relevant criterion in publicization of public problems in order to create attention and guided debates in society.

**Keywords:** health communication; indicators of morbidity and mortality; public health; mass media; epidemiology.

## Resumen

El estudio tiene como objetivo desarrollar criterios de prioridades potenciales para la comunicación y salud ('valor-salud'), a partir del análisis de políticas públicas y de los datos de morbilidad y mortalidad del Espírito Santo (ES, Brasil). Una investigación documental se llevó a cabo, con datos de 2011 y 2012. Estos datos fueron recogidos en documentos acerca de las prioridades políticas estatales y en sistemas de información en salud, y clasificados en función de criterios decrecientes de causas de la mortalidad, la morbilidad y notificación, y también de la coincidencia de la enfermedad en más de una política seleccionada. El 'valor-salud' evidencia las condiciones mórbidas idealmente prioritarias para la agenda de los medios de comunicación del ES: cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, neumonía, neoplasias, tuberculosis, lepra, esquistosomiasis y el dengue. Pone de relieve la persistencia de enfermedades relacionadas con las malas condiciones sanitarias, y también de la sífilis en mujeres embarazadas, el sida, la diabetes y la tos ferina. Por lo tanto, el 'valor-salud' actúa como un criterio relevante de divulgación y publicación en los medios de comunicación de problemas públicos con el fin de estimular debates en la sociedad.

**Palabras-clave:** comunicación y salud; indicadores de morbilidad y mortalidad; salud pública; medios de comunicación de masas; epidemiología.

### INFORMAÇÕES DO ARTIGO

**Contribuição dos autores:** Cavaca AG e Emerich TB participaram da concepção e desenho do estudo; da aquisição, análise e interpretação dos dados e da redação do manuscrito. Santos-Neto ET participou da aquisição, análise e interpretação dos dados; da redação do manuscrito e da revisão crítica do conteúdo intelectual. Vasconcellos-Silva PR e Emmerich A participaram da concepção e desenho do estudo e revisão crítica do conteúdo intelectual.

**Declaração de conflito de interesses:** não há conflitos de interesses.

**Fontes de financiamento:** FAPES/CNPq/MS-Decit/SESA nº 10/2013 – PPSUS. Programa de pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde – PPSUS.

**Considerações éticas:** A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (CAAE 20693413.2.0000.5240).

**Agradecimentos/Contribuições adicionais:** Agradecemos a toda equipe de Comunicação e Saúde do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo que desenvolve cotidianamente junto aos autores pesquisas, interlocuções e parcerias nesse campo do conhecimento.

**Histórico do artigo:** Submetido: 18.abr.2017. | Aceito: 23.jan.2018 | Publicado: 30.mar.2018.

**Apresentação anterior:** Não houve.

**Licença CC BY-NC atribuição não comercial.** Com essa licença é permitido acessar, baixar (download), copiar, imprimir, compartilhar, reutilizar e distribuir os artigos, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte, conferindo os devidos créditos de autoria e menção à Reciis. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

## Introdução

Atualmente, o processo de instrução dos indivíduos, depois que os bancos escolares foram deixados para trás, prolonga-se na ubiquidade das notícias que os assediam pelo resto de suas vidas em sociedade. Assim, as notícias possuem incontestável relevância nas opiniões e direções tomadas pelos sujeitos, seja na dimensão subjetiva, seja na movimentação social<sup>1</sup>. Nesse contexto, nota-se também que a visibilidade midiática se torna condição primordial para conhecimento público de determinadas questões sociais e por meio da qual os meios de comunicação atuam como dispositivos legitimadores de prioridades<sup>2</sup>. Dessa maneira, em se tratando de questões de saúde, mais do que disseminar informações, os meios de comunicação inserem (ou não) questões relevantes na agenda pública, desenvolvendo uma relação cíclica entre a cobertura e o enquadramento desses assuntos e a evidência ou o obscurantismo destes no cenário mundial<sup>3</sup>.

Na amplitude desse mercado simbólico<sup>4</sup>, sabe-se da importância dos meios de comunicação de massa e das novas tecnologias de informação e comunicação (TIC) como insumos de saúde<sup>5,6</sup>, tanto para programas de intervenção e prevenção<sup>7</sup>, veiculação de campanhas governamentais<sup>8</sup>, educação e promoção da saúde<sup>9</sup>, como para a criação de pautas e campos de debates das políticas públicas no setor<sup>10</sup>. A imprensa também desempenha papel importante na vigilância epidemiológica, atuando como fonte de dados em investigações de epidemias ou agravos inusitados<sup>11</sup>. Assim sendo, os estudos sobre a produção noticiosa da saúde tornam-se relevantes e expressivos no contexto nacional e internacional da saúde coletiva<sup>3,12-15</sup>.

Cada vez mais se ampliam os espaços dedicados à saúde nos jornais diários<sup>16</sup>. Entretanto, para compor a pauta jornalística, tais assuntos devem ser relevantes ou ‘esquentados’, obedecendo à lógica jornalística e do mercado da atenção<sup>17</sup>. Porém, na maioria das vezes, os problemas de saúde se referem ao ordinário do dia a dia, sobretudo no que diz respeito às mazelas dos segmentos mais vulneráveis da população, que raramente agregam elementos típicos de noticiabilidade<sup>16</sup>. Considerando-se tais premissas, questiona-se: os critérios de noticiabilidade jornalísticos poderiam dialogar com critérios de relevância epidemiológica na divulgação dos assuntos de saúde?

A produção de notícias se inicia pela seleção, organização e hierarquização das informações<sup>18</sup>. Nas atividades de seleção, há um conjunto de critérios potenciais — valores-notícia — que definem a noticiabilidade dos fatos<sup>19</sup> ligados a: notoriedade dos atores envolvidos, eventos inusitados, proximidade geográfica e cultural, relevância, novidade, momento, infração, escândalo, disponibilidade de dados, visualidade, concorrência (possibilidade do ‘furo jornalístico’), personalização e dramatização<sup>20</sup>. Existem ainda fatores que interferem no fluxo e na produção noticiosa, direcionando-os, tais como a rotina produtiva, o posicionamento ideológico dos jornais e a cultura profissional, explicados por meio das teorias do jornalismo (organizacional, ação política, *gatekeeper*, *newsmaking*, entre outras)<sup>18,19</sup>.

Na intenção de revelar, simbolicamente, critérios de relevância tais quais os critérios midiáticos, discute-se a ideia de um ‘valor-saúde’ ligado a critérios epidemiológicos que se tornariam potenciais à comunicação e saúde, como ponto de aproximação entre as duas áreas, almejando problematizar suas competências e atribuições — não para antagonizar, retificar ou substituir, mas visando ao reconhecimento, à apreensão e à ampliação mútua. Nesse caso, a definição de um ‘valor-saúde’ fundamentado em critérios epidemiológicos se justificaria pela proeminência desse campo de saber na definição de prioridades, alocação de recursos e na administração e orientação de decisões políticas no setor saúde<sup>21,22</sup>.

Assim sendo, o objetivo do presente estudo é desenvolver critérios epidemiológicos potenciais para a comunicação e saúde com base em um ‘valor-saúde’ pautado pela identificação de doenças que deveriam ter prioridade de divulgação na imprensa do Espírito Santo. Com isso, espera-se lançar luz sobre alguns pontos obscurecidos que deveriam ser adequadamente elencados em vista de sua relevância epidemiológica e político-social.

## Metodologia

Foi realizado um estudo documental a partir de dados de saúde do Espírito Santo, referentes aos anos de 2011 e 2012, envolvendo as etapas abaixo.

### **Etapa I: Fontes dos dados**

Adotou-se o conceito de doença estabelecido na Portaria 1.271 do Ministério da Saúde<sup>23</sup>, pela qual se define “enfermidade ou estado clínico, independente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos”. Os agravos e causas externas foram excluídos do escopo deste estudo.

O Plano Estadual de Saúde (PES)<sup>24</sup> e o Plano Diretor de Regionalização de Saúde (PDR)<sup>25</sup> foram selecionados como documentos oficiais sinalizadores de prioridades no ES, pois representam importantes instrumentos do planejamento em saúde e consequente definição de prioridades políticas para o setor. Para analisar as ‘prioridades de pesquisa estaduais’, entende-se que o Programa de Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS<sup>26</sup> atua como importante sinalizador de demandas socio sanitárias, além de fomentar as pesquisas científica, tecnológica ou de inovação que contribuirão para a resolução de problemas prioritários de saúde do ES.

Os dados de mortalidade foram selecionados por representarem a principal fonte de dados para se conhecer o perfil epidemiológico de uma área, analisar tendências, indicar prioridades e avaliar programas<sup>27</sup>. Os indicadores de morbidade expressam a magnitude da ocorrência de doenças nas populações, e também são utilizados para avaliação de serviços e programas de saúde<sup>27,28</sup>. As variáveis epidemiológicas envolvidas na composição da morbidade hospitalar representam uma importante ferramenta para o planejamento de gastos em saúde<sup>29</sup>. Além disso, contribuem para o engajamento e decisões políticas na gestão da rede assistencial diante da crescente demanda por hospitalização na esfera estadual<sup>24</sup>.

As doenças de notificação compulsórias possuem relevância nacional, sendo o [Sistema Nacional de Agravos de Notificação \(Sinan\)](#) utilizado como principal fonte de informação para a vigilância epidemiológica das três esferas de gestão.

### **Etapa II: Coleta das informações**

Para identificação das doenças consideradas como prioridades políticas e de pesquisa foram consideradas todas aquelas evidenciadas em pelo menos um dos documentos: PES 2012-2015<sup>24</sup>, PDR 2011<sup>25</sup> e no edital estadual de Pesquisa para o SUS-PPSUS<sup>30</sup>.

Para a coleta dos dados relativos à ‘mortalidade’, consultou-se o Sistema de informação de mortalidade (SIM) a partir do Banco de dados estadual (Tabnet) da [Secretaria de Saúde do Espírito Santo](#). Os dados relativos à ‘morbidade’ foram extraídos do [Sistema de informações hospitalares do SUS \(SIH-SUS\)](#). Foram selecionadas as informações referentes às internações nos anos de processamento 2011 e 2012, tendo como local de residência o estado do ES, segundo lista Morb CID-10<sup>i</sup>.

Os dados referentes às ‘doenças de notificação compulsória’ foram consultados no Sinan, a partir do *site* do [Datusus](#) e selecionados individualmente no sistema. Foram considerados os casos confirmados com apresentação dos primeiros sintomas em 2011 e 2012.

i Morbidade hospitalar do SUS CID-10 (Classificação internacional de doenças – 10ª revisão).

### ***Etapa III: Organização dos dados: critérios de inclusão e exclusão das doenças***

As tabelas geradas no SIM e SIH dispõem as doenças em subdivisões que acompanham as preconizadas no CID-10: capítulos, grupos, categorias e subcategorias. A fim de evitar duplicidades na prevalência das doenças, as subdivisões menos específicas foram excluídas, exceto quando não havia outra representação daquela doença. Na tabela de notificação compulsória e nos dados de prioridades políticas e de pesquisa, as doenças foram mantidas conforme disponibilizadas no Sinan e nas políticas voltadas para elas.

### ***Etapa IV: Hierarquização das doenças e definição do 'valor-saúde'***

A hierarquização das doenças seguiu o critério decrescente de ocorrência das tabelas de mortalidade, morbidade e notificação. No que diz respeito aos dados relativos às prioridades políticas e de pesquisa, foi adotado o critério da coincidência da doença em mais de uma política selecionada, também de maneira decrescente.

As principais doenças de cada categoria foram agrupadas no Microsoft Office Excel 2010 e hierarquizadas pelo critério de coincidência entre duas ou mais categorias, o que refletiria seu 'valor-saúde'.

## **Resultados**

### ***Prioridades políticas***

O Plano Estadual de Saúde (PES) 2012-2015<sup>24</sup> apontou como prioridades em saúde as principais causas de morbidade hospitalar para ambos os sexos, as principais causas de mortalidade e as doenças sob vigilância: dengue, tuberculose, hanseníase, hantavirose, aids, hepatites, tracoma, raiva humana e canina, leishmanioses visceral e tegumentar, rubéola (caminha-se para a eliminação), sarampo (eliminado), poliomielite (erradicada), tétano neonatal (não há casos desde 2001), difteria (não há casos desde 1997), esquistossomose, coqueluche, tétano acidental, meningite e síndrome gripal. (Tabela 1). Em relação à mortalidade infantil e materna, os agravos mais relevantes seriam “internação no período de gravidez, parto e puerpério” e “morbimortalidade por causas externas”, porém estas não foram consideradas neste estudo.

O Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR)<sup>25</sup> apresenta situações de adoecimento do estado, destacando que não existe uma homogeneidade em sua distribuição, mas que é possível identificar padrões de distribuição regionais, principalmente no que diz respeito às doenças relacionadas à pobreza e ao crescimento urbano acelerado sem infraestrutura adequada. Tal plano destaca as seguintes doenças: tuberculose, hanseníase, esquistossomose, leishmanioses e dengue. Além disso, ressalta também como prioridade estadual a atenção às principais causas de mortalidade: doenças do aparelho circulatório, neoplasias malignas, doenças do aparelho respiratório e mortalidade infantil (Tabela 1). Menciona também as causas externas e a violência como graves problemas relacionados à morbimortalidade no estado e, principalmente, na região metropolitana da Grande Vitória. Contudo, estas não foram incluídas neste estudo.

Como prioridades de pesquisas estaduais, foram elencadas as doenças negligenciadas no ES que suscitam priorização política e científica apontadas pelo edital<sup>30</sup>: esquistossomose, leishmaniose, malária, febre maculosa, doença de Chagas, tuberculose, hanseníase e tracoma.

A partir das informações coletadas, a hierarquização da categoria “prioridades políticas” adotou o critério da coincidência em duas ou mais políticas apontadas. Assim sendo, foram definidas as doenças apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Doenças citadas nos documentos sobre prioridades políticas no Estado do Espírito Santo, 2011-2013

Doenças	Plano Diretor de Regionalização (2011)	Plano Estadual de Saúde (2012-2015)	Programa de Pesquisa para o SUS (2013)
Tuberculose	x	x	x
Hanseníase	x	x	x
Esquistossomose	x	x	x
Leishmanioses	x	x	x
Dengue	x	x	x
Tracoma		x	x
Doenças do aparelho circulatório	x	x	
Doenças do aparelho respiratório	x	x	
Neoplasias malignas	x	x	
Mortalidade infantil e materna	x	x	
Doenças do aparelho digestivo		x	
Doenças infecciosas e parasitárias		x	
Malária			x
Febre maculosa			x
Doença de Chagas			x
Síndrome gripal		x	
Coqueluche		x	
Meningite		x	
Hepatites		x	
Raiva humana e canina		x	
AIDS		x	
Hantavirose		x	
Tétano acidental		x	
Tétano neonatal		x	
Difteria		x	
Sarampo		x	
Rubéola		x	
Poliomielite		x	

Fonte: Os autores (2015).

Legenda: ■ Coincidem em três documentos.  
 ■ Coincidem em dois documentos.  
 ■ Aparecem em apenas um documento.

## Mortalidade

Entre as principais causas de mortalidade no ES (2011 e 2012) incluem-se as agressões (3.359 casos), os acidentes de transportes (2.377), as quedas (807) e o restante dos sintomas, sinais e achados anormais clínicos e laboratoriais (481). Porém, como não pertencem ao escopo deste estudo, na Tabela 2 são consideradas apenas as doenças que representam as principais causas de mortalidade estaduais no período.

Tabela 2. Principais causas de mortalidade. Espírito Santo (Brasil), 2011-2012

Colocação	Classificação Internacional das Doenças - 10ª Edição (CID-10)	2011	2012	Total
1	Doenças isquêmicas do coração	2241	2122	4363
2	Doenças cerebrovasculares	2060	2025	4085
3	Diabetes mellitus	1126	999	2125
4	Doenças hipertensivas	1031	1010	2041
5	Pneumonia	872	999	1871
6	Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	807	789	1596
7	Outras doenças cardíacas	826	762	1588
8	Restante de neoplasias malignas	494	491	985
9	Restante das doenças do aparelho digestivo	488	479	967
10	Neoplasias malignas da traqueia, brônquios e pulmões	411	407	818
11	Doença de Alzheimer	354	374	728
12	Restante das doenças do aparelho circulatório	326	325	651
13	Doença alcoólica do fígado	319	299	618
14	Neoplasia maligna da próstata	302	298	600
15	Neoplasia maligna do cólon, reto e ânus	293	290	583
16	Neoplasia maligna do estômago	289	292	581
17	Doença por HIV	263	263	526
18	Neoplasia maligna da mama	255	264	519
19	Neoplasia maligna do esôfago	240	270	510
20	Transtorno mental e comportamento uso substância psicoativas	245	227	472
<b>Todas as demais causas</b>		<b>4087</b>	<b>4179</b>	<b>8266</b>

Fonte: Os autores (2015).

## Morbidade

Entre as principais causas de morbidade hospitalar no ES destacam-se o parto único espontâneo (33.449 casos) e outras complicações da gravidez e do parto (29.886 casos), que representam a primeira e a segunda principal causa de internação, respectivamente. Porém, todos os agravos foram excluídos por não se encontrarem no escopo do estudo. As principais causas de internação hospitalar por doenças encontram-se na Tabela 3.



Tabela 3. Causas de internação hospitalar mais frequentes. Espírito Santo (Brasil), 2011-2012

Colocação	Classificação Internacional das Doenças – 10a Edição (CID-10)	2011	2012	Total
1	Pneumonia	11447	12942	24389
2	Veias varicosas das extremidades inferiores	5970	5997	11967
3	Restante de outras doenças bacterianas	5729	5771	11500
4	Colelitíase e colecistite	4887	4581	9468
5	Insuficiência cardíaca	4311	3727	8038
6	Outras doenças do aparelho urinário	3369	4187	7556
7	Outras doenças isquêmicas do coração	3489	3615	7104
8	Diarreia e gastroenterite origem infecção presumida	2730	3134	5864
9	Hérnia inguinal	2697	2604	5301
10	Outras doenças infecciosas intestinais	2563	2610	5173
11	Outras doenças da pele e do tecido subcutâneo	2250	2636	4886
12	Doenças crônicas das amígdalas e das adenoides	2400	2457	4857
13	Diabetes mellitus	2439	2414	4853
14	Outras hérnias	2376	2359	4735
15	Doenças renais túbulo-intersticiais	2208	2461	4669
16	Dengue [dengue clássico]	3360	1050	4410
17	AVC não especificado hemorrágico ou isquêmico	1994	2319	4313
18	Asma	2259	2009	4268
19	Outras doenças do aparelho digestivo	2031	2163	4194
20	Outras doenças do aparelho respiratório	1991	1964	3955
21	Hipertensão essencial (primária)	2006	1818	3824
	<b>Todas as demais causas</b>	<b>71607</b>	<b>73793</b>	<b>145400</b>

Fonte: Os autores (2015).



## Notificação

A Tabela 4 apresenta as principais doenças de notificação compulsória no período.

Tabela 4. Doenças de notificação compulsória mais frequentes. Espírito Santo (Brasil), 2011-2012

Colocação	Classificação Internacional das Doenças (10ª Edição)	2011	2012	TOTAL
1	Dengue	32659	11311	43970
2	Tuberculose	1464	1439	2903
3	Hanseníase	1106	852	1958
4	Aids adulto	618	624	1242
5	Esquistossomose	650	425	1075
6	Coqueluche	98	947	1045
7	Hepatite viral	501	528	1029
8	Sífilis em gestantes	392	485	877
9	Leptospirose	295	235	530
10	Meningite	242	282	524
11	Sífilis congênita	172	268	440
12	Leishmaniose tegumentar	142	113	255
13	Malária	69	52	121
14	Paralisia flácida aguda	14	9	23
15	Tétano acidental	10	4	14
16	Aids infantil	6	8	14
17	Febre maculosa	9	3	12
18	Leishmaniose visceral	9	1	10
19	Febre tifoide	3	0	3
20	Doença de Chagas	1	1	2

Fonte: Os autores (2015).

### Valor-saúde

Na elaboração do valor-saúde foram consideradas as dez doenças específicas (ou capítulos às quais pertencem) mais citadas – evidenciadas em duas ou mais categorias – o que refletiria as condições mórbidas idealmente prioritárias na pauta midiática do ES, ou seu valor-saúde<sup>31</sup> (Tabela 5).

Tabela 5. 'Valor-saúde' para o Estado do Espírito Santo- Brasil, 2011-2012.

Doenças	Prioridades Políticas	Mortalidade	Morbidade	Notificação
<b>Infeciosas e parasitárias</b>				
Tuberculose	X			X
Hanseníase	X			X
Esquistossomose	X			X
Dengue	X			X
Leishmanioses	X			
Tracoma	X			
AIDS adulto				X
Coqueluche				X
Hepatite viral				X
Sífilis em gestantes				X
Leptospirose				X
Meningite				X
Outras doenças bacterianas			X	
Diarreia/gastroenterite*			X	
Outras doenças e infecções intestinais			X	
<b>Doenças cardiocirculatórias</b> (infarto do miocárdio, AVE)				
Doenças isquêmicas do coração	X	X		
Doenças cerebrovasculares	X	X		
Doenças hipertensivas		X		
Outras doenças cardíacas		X		
Veias varicosas (extremidades inferiores)			X	
Insuficiência cardíaca			X	
Outras doenças isquêmicas do coração			X	
<b>Doenças do aparelho respiratório</b>				
Pneumonia	X	X	X	
Doenças crônicas das vias aéreas inferiores		X		
<b>Neoplasias**</b>				
Traqueia, brônquios e pulmões	X	X		
Restante das neoplasias		X		
<b>Mortalidade infantil e materna***</b>				
<b>Diabetes mellitus</b>				
<b>Restante das doenças do aparelho digestivo</b>				
<b>Colelitíase e colecistite</b>				
<b>Outras doenças do aparelho urinário</b>				
<b>Hérnia inguinal</b>				

\* Origem da infecção presumida.

\*\* Câncer de mama, câncer de colo de útero e câncer de próstata.

\*\*\* Algumas afecções do período perinatal, malformações congênitas e anomalias cromossômicas, doenças do aparelho respiratório, algumas doenças infecciosas e parasitárias.

Legenda: ■ Coincidem em duas categorias.

■ Aparecem em apenas uma categoria.

Fonte: Adaptada de Cavaca (2015)<sup>31</sup>

## Discussão

### *As propostas e os limites do 'valor-saúde'*

Os meios de comunicação de massa representam um *locus* privilegiado de visibilidade pública, construção de sentidos e legitimidade. Portanto, é importante defender um posicionamento destacado para as questões de saúde por meio de uma 'sensação de relevância', com fins de sensibilização social sobre a importância dessas pautas cotidianas. Julga-se que seria necessário incentivar a imprensa a se interessar pela veiculação de outros assuntos que transcendessem as novidades mercadológicas, os acometimentos de celebridades ou as catástrofes epidêmicas, incorporando as contribuições desse critério potencial à comunicação e saúde, aqui admitido como 'valor-saúde'.

Decerto não se pode atribuir à saúde significados reducionistas negativos, como a ausência de doenças, ou também o seu oposto, nas condições idealizadamente utópicas de um inefável e pleno bem-estar, uma noção de saúde que se apresente como "ponto cego da epidemiologia"<sup>32</sup>. Assim sendo, este estudo limita-se a desenvolver critérios epidemiológicos prioritários para comunicação e saúde, fazendo uma analogia com o conceito de valor-notícia midiático e, para tanto, constrói um 'valor-saúde' baseado no entendimento de necessidades epidemiológicas de saúde.

Trata-se de uma leitura sabidamente parcial, uma vez que tanto o valor-notícia quanto o valor-saúde representam dimensões potenciais, sendo múltiplos e complexos os fatores que interferem no fluxo da produção noticiosa em geral e sobre saúde, de maneira que os critérios de noticiabilidade (e o próprio valor-saúde proposto) por si só não garantem a publicização de nenhuma pauta. Da mesma maneira, a explicação dos problemas de saúde não se reduz a doenças, carências, riscos e sofrimentos, muito menos se esgota nas demandas assistenciais, pois pode envolver condições necessárias e subjetivas para o gozo da saúde, como moradia, lazer, alimentação, afeto, educação, segurança, e determinantes socioambientais, sendo preponderante a ação intersetorial<sup>33</sup>.

Tradicionalmente, as estratégias analíticas epidemiológicas têm como eixos norteadores a distribuição temporal, espacial e os atributos pessoais/populacionais<sup>34</sup>. Assim sendo, os perfis epidemiológicos não são simples perfis estatísticos, mas explicações de saúde, variando de uma classe social a outra, sofrendo modificações históricas e de relações de poder que afetam os modos de vida. Não significa dizer, entretanto, que não existam necessidades e tendências comuns entre várias classes que compartilham aspectos comuns na determinação social da saúde<sup>35</sup>. Não obstante, o 'valor-saúde' desenvolvido no presente trabalho parte do entendimento de que tais indicadores analisados conjuntamente (de morbimortalidade e de prioridades políticas) poderiam fornecer um panorama interessante a ser disponibilizado pelos meios de comunicação a fim de evidenciar um contexto e pôr em pauta realidades e carências. Assumem-se, desde já, as limitações inerentes às estratégias de retratar uma realidade complexa.

### O 'valor-saúde' no ES

O Espírito Santo divide-se em 78 municípios, em sua maioria de pequeno e médio porte. O estado possui o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) equiparado ao índice nacional (0,765 e 0,766 respectivamente), porém, detém o menor valor de IDH da região Sudeste<sup>25</sup>. Entretanto, ainda é evidente uma extrema desigualdade entre os municípios, sendo essa representada por uma maior concentração da riqueza e das oportunidades no litoral, principalmente na Região Metropolitana da Grande Vitória, e pela distribuição das doenças infecto-parasitárias nos municípios mais pobres do estado, com destaque aos municípios interioranos.

As desigualdades acima retratadas no ES de certa forma se refletem no ‘valor-saúde’ estadual, que apresenta altos índices de notificação e prioridade política no que diz respeito às doenças negligenciadas, tais como: tuberculose, hanseníase, esquistossomose, tracoma e leishmaniose. No ES, a tuberculose é endêmica, tendo oito de seus municípios classificados como prioritários para o Programa Nacional de Controle de Tuberculose (PNCT), entre eles a capital Vitória, que possui posição de destaque no contexto político-econômico estadual e, no entanto, convive com grandes desigualdades sociais, com número expressivo de casos de HIV/Aids<sup>36</sup>. Em relação à hanseníase, o ES é considerado área de alta prevalência<sup>37,38</sup>, observando-se grande concentração de casos nas regiões de divisa com o norte de Minas Gerais e o sul da Bahia, se expandindo também para o interior do estado, nos municípios com importantes áreas rurais e condições sanitárias precárias<sup>25</sup>.

No que tange à esquistossomose — doença altamente relacionada à falta de saneamento básico, educação sanitária e à pobreza —, o ES é um dos estados do Brasil que apresenta os maiores índices da doença, contando com 21 municípios endêmicos<sup>25</sup>. Já a leishmaniose tegumentar americana está presente em 29 municípios do estado, destacando-se na região do Caparaó, sudoeste serrana e central serrana, locais com grande área de vegetação, população rural e baixos indicadores sociais<sup>25</sup>. Tais doenças, juntamente com a dengue, doença de Chagas e malária, são consideradas doenças negligenciadas, que se caracterizam por prevalecerem em condições de pobreza e contribuírem para a manutenção do quadro de desigualdade social<sup>39</sup>.

No Brasil, há iniciativas recentes de pesquisas nessa área, fomentadas por editais públicos do Ministério da Saúde e órgãos de fomentos federais e estaduais (como no caso do edital analisado na presente pesquisa). Entretanto, o conhecimento produzido não se reverte, na maioria das vezes, em avanços terapêuticos, desenvolvimento de novos fármacos, diagnósticos e vacinas<sup>39</sup>, muito menos em interesse midiático em relação a essas doenças<sup>3</sup>, entre outros motivos, por despertarem baixo interesse social e da indústria farmacêutica por conta de seu reduzido potencial de retorno lucrativo, uma vez que a população atingida, em sua maioria, é de baixa renda e concentrada em países/regiões em desenvolvimento<sup>39</sup>.

A pneumonia, a diarreia, a meningite e outras doenças infecciosas intestinais são altamente relacionadas a condições socioeconômicas precárias, falta de saneamento básico e más condições de higiene e nutrição, fatores que contribuem para maior exposição às infecções bacterianas. Ou seja, consequências da perversidade da injustiça social e seus efeitos deletérios na saúde dos indivíduos<sup>40</sup>. A pneumonia apresenta-se como uma preocupação, por ser de prevenção possível por meio de medidas realizadas na atenção básica à saúde, e representa significativo ‘valor-saúde’. Hudacek, Kuruvilla, Kim, Semrau, Thea, Qasi, e outros<sup>3</sup> estudaram a relação entre a proeminência e o obscurecimento de determinadas doenças no cenário público a partir da cobertura ou enquadramento desses temas nas mídias. Os autores afirmam que pneumonia, diarreia e sarampo são as principais causas de morte infantis em todo o mundo, mas, desproporcionalmente, possuem baixo percentual de financiamento internacional e pouca atenção midiática<sup>3</sup>. A dengue, a Aids e as neoplasias apresentam ‘valores -saúde’ relevantes no estado, e, usualmente, contam com amplos espaços nas mídias como um todo<sup>41-43</sup>, sendo consideradas o como doenças midiaticamente evidenciadas na região<sup>15</sup>.

Nos anos de 2011 e 2012, o ES apresentou a re-emergência da coqueluche, com alta incidência da doença (1.045 casos nos dois anos), influenciando a construção do ‘valor-saúde’ desse período no estado. Segundo Zepp, Heininger, Mertsola, Bernatowska, Guiso, Roord, e outros.<sup>44</sup>, embora a imunização universal contra coqueluche em crianças a tenha reduzido bastante, o número de casos em adolescentes e adultos vem aumentando nos últimos anos. Essa mudança no padrão epidemiológico pode ser, em grande parte, devido ao enfraquecimento da imunidade após a infecção natural ou vacinação. Considera-se que a doença tornou-se desconhecida pela população mais jovem, tanto no ES quanto no Brasil, podendo ser confundida com uma tosse comum e, por isso, faz-se importante a veiculação midiática, reinserindo a coqueluche no debate público. O exemplo da coqueluche evidencia a interdependência entre o valor-saúde e o momento histórico em que o mesmo é elaborado, ou seja, o valor saúde é dinâmico e não estático.

A Aids, a tuberculose e a hanseníase agregam maior atenção política, assim como a atenção à saúde materno-infantil, pois representam preocupação nacional e internacional, pertencendo aos Objetivos do Milênio (ODM), preconizados pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud)<sup>45</sup>. Contudo, possuem graus de publicização destoantes, sendo necessária a discussão pública de todas essas mazelas no cenário espiritosantense e nacional.

Em se tratando da mortalidade infantil, embora contasse com oscilações ao longo do tempo, a taxa recuou no ES, passando de 17,9 em 2001 para 11,9, no biênio 2010-2011, sendo tais taxas menores que as do Sudeste e do Brasil, desde 2009<sup>46</sup>. Outra importante tendência dos padrões epidemiológicos de mortalidade do estado também verificada no ‘valor-saúde’ é a concentração das mortes em três causas: doenças do aparelho circulatório (6.461), neoplasias (3.628) e causas externas (3.804 — excluídas do estudo). Juntas respondem por 64,9% dos óbitos no ES<sup>46</sup>.

As causas de internação devido às doenças como colelitíase e colecistite, hérnia inguinal, outras doenças do aparelho urinário e do aparelho digestivo podem tratar-se de episódios agudos ou crônicos com intervenção cirúrgica emergencial ou eletiva que mereceriam destaque na mídia a fim de clarificar, para a população, os seus primeiros sinais e sintomas, visto que a busca por socorro tardio pode levar a complicações ou mesmo ao óbito. Além disso, são doenças que oneram o SUS, assumindo importância de destaque no ‘valor-saúde’.

As doenças e agravos não transmissíveis (Dant), os acidentes e a violência representam as principais causas de morbimortalidade no Brasil contemporâneo, apesar de as doenças infecciosas ainda representarem problemas importantes para o país — os problemas se superpõem, ao invés de se sucederem<sup>47</sup>. No ES, as doenças crônicas, as doenças isquêmicas do coração, hipertensivas, cerebrovasculares, diabetes e neoplasias representam as principais causas de mortalidade, configurando-se como um ‘valor-saúde’ para a divulgação midiática, principalmente no que se trata dos riscos, dos mecanismos de prevenção e reabilitação, e dos determinantes sociais que as circunscrevem.

Dessa maneira, é importante salientar que uma veiculação prescritiva de ‘comportamentos saudáveis’ para prevenção das Dant pode ter o efeito inverso, gerando alarmismo, culpabilização e transformando os sujeitos em consumidores de ‘vitalidade’, disciplinados por um discurso descontextualizado da promoção da saúde, centrado apenas no indivíduo e no “epidemiopoder”<sup>48</sup>, desconsiderando os fatores sociais determinantes nas ‘escolhas’ dos modos de andar a vida dos cidadãos. Por isso, prezar por uma produção noticiosa polifônica, contextualizada e participativa é fundamental para pautar tais assuntos no espaço público de maneira crítica, fomentando o direito à informação como direito à saúde.

### ***A midiatização do ‘valor-saúde’***

Romeyer<sup>49,50</sup> nos apresenta a acepção dinâmica de espaço público contemporâneo como ‘publicização mais debate’, e não mais como *locus* essencialmente político, mas societal, onde há a pluralidade das vozes e discursos. No caso da saúde, destaca a concorrência dos atores para existirem na cena pública: governos, agências, instrumentos legislativos, políticas e planos de saúde, campanhas de prevenção, associações de doentes, profissionais de saúde e artistas. Os domínios da saúde promovem, assim, diferentes maneiras de vir a público.

O processo de publicização engloba diferentes modalidades de ativação para diferentes dimensões de público. No caso do ‘problema público’ no sentido de ‘interesse geral’, consideramos o que se avalia essencial para uma sociedade. Na saúde, o processo de publicização deve ser avaliado de acordo com suas dimensões de processualidade e temporalidade, sendo influenciado, primeiramente, pela ‘rotulagem da doença’, uma vez que a produção de nomeação traz efeitos múltiplos, principalmente no que diz respeito à visibilidade midiática<sup>49</sup>. Quando se rotula (ou dá nome ao problema), fica mais fácil abordar o assunto,

mediatizá-lo e, conseqüentemente, criar atenção e debates públicos. Principalmente quando se conta com “lançadores de alerta”<sup>49</sup>, que fazem surgir no espaço público determinada pauta, por exemplo, o lançamento de políticas públicas, divulgação de adoecimento de alguma celebridade, resumindo, alguma coisa que provoque uma sensação<sup>51</sup>.

Além desses temas, a midiatização é altamente influenciada pelo grau de politização da questão de saúde (faz parte de prioridades políticas internacionais? nacionais?), seu grau de institucionalização, os atores ‘porta-vozes’ da questão e, também (mas não necessariamente), a relevância epidemiológica da doença. Porém, não basta ser sanitariamente relevante para se obter visibilidade e o ‘valor-saúde’ almeja colocar isso em debate.

Assim, evidenciar determinada doença como parte de um ‘valor-saúde’ em certo local lança o alerta de sua relevância pública. Apesar de existir uma presença além da mídia — tornar público não é apenas tornar visível na imprensa<sup>49</sup> —, a informação, no sentido emancipador da prática comunicativa, pode ser um instrumento para a ação, sendo que a forma como se constrói a informação é decisiva para definir as imagens da realidade, suas construções simbólicas e, conseqüentemente, as diversas possibilidades de uso dos dados<sup>52</sup>.

Portanto, a proposta do ‘valor-saúde’ é evidenciar as necessidades de saúde de uma determinada população, a fim de desafiar os meios de comunicação pouco perceptivos a determinados imperativos, como, por exemplo, aqueles apontados como epidemiologicamente prioritários. Dessa forma, a população teria condições de conhecer suas principais mazelas de saúde, bem como outras realidades de saúde que, por vezes, são invisibilizadas pelo agendamento tradicional dos assuntos do dia a dia.

Como exemplo da aplicabilidade da discussão do ‘valores-saúde’, apontam-se as doenças midiaticamente negligenciadas (DMN), que dizem respeito às patologias que apresentam uma pequena exposição frente à sua relevância social e em saúde<sup>2,15</sup>. Tal aplicação como estratégia metodológica nos estudos das DMN no estado do Espírito Santo evidenciou doenças sub-representadas na imprensa local a despeito de sua relevância político-social, tais como tuberculose, hanseníase, esquistossomose, leishmaniose e tracoma. Para além destas, doenças que apresentaram surtos no período de estudo, como a coqueluche e a meningite, algumas neoplasias, afecções respiratórias, doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares, também se mostraram pouco abordadas. Por outro lado, dengue, Aids, diabetes, neoplasias de mama, próstata, traqueia, brônquios e pulmões apresentaram uma ampla cobertura no período, corroborando a tradição de evidenciação midiática dessas doenças<sup>15</sup>.

## Considerações finais

Diante do exposto, a análise de critérios epidemiológicos potenciais para a produção noticiosa sobre saúde sinalizou doenças que possuem relevância para divulgação midiática no ES e se apresentou como uma estratégia metodológica plausível para os estudos de comunicação e saúde, evidenciando a interdependência espaço-temporal em que o ‘valor-saúde’ é analisado.

Acredita-se que o processo de ‘rotulagem’ e definição das doenças relevantes para o contexto de saúde por meio do desenvolvimento do ‘valor-saúde’ é importante no processo de publicização e midiatização desses problemas públicos, atuando como “lançadores de alertas”, a fim de criar atenção e pautar debates na sociedade, de maneira a fortalecer a informação como um instrumento de ação política.

É certo que o ‘valor-saúde’ aqui proposto evidencia uma vertente das necessidades de saúde: a perspectiva epidemiológica, que se destaca por agregar cálculos de internações, mortes e notificações às percepções de mundo. Em síntese, julgamos relevante apor estimativas advindas de campos distantes em vista da necessidade de aproximar a sociedade de novos ângulos de observação de prioridades, que enfatizam a faceta mais quantificável dos problemas de saúde. Tais aproximações talvez se justifiquem não para que substituam as demais, mas com propósitos de reconhecimento de linguagens, apreensão de



significados e mútua ampliação de pontos de visão dos atores dos campos. É preciso elaborar, aperfeiçoar e propor artefatos metodológicos que possibilitem acesso a avessos teóricos hábeis em equipar plenamente a ação enunciativa para que, enfim, esta se amplie em consciência e responsabilidade sobre sua condição de formuladora de constructos. Dessa maneira, propõe-se que o ‘valor-saúde’ seja aperfeiçoado além das prioridades estritamente quantitativas e epidemiológicas, de forma a atingir todos os estratos de nossa sociedade e valorizar toda a polifonia social.

## Referências

1. Botton A. Notícias: manual do usuário. Rio de Janeiro: Intrínseca; 2014.
2. Cavaca AG, Vasconcellos-Silva PR. Doenças midiaticamente negligenciadas: uma aproximação teórica. Interface (Botucatu). 2015 [citado em 2017 abr. 18];19(52):83-94. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0205>.
3. Hudacek DL, Kuruvilla S, Kim N, Semrau K, Thea D, Qasi S, et al. Analyzing media coverage of the Global Fund Disease compared with Lower Funded Diseases (Childhood pneumonia, Diarrhea and Measles). PLoS One. 2011 [citado em 2017 abr. 18];6(6):1-9. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0020438>
4. Araújo IS. Mercado simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas. Interface (Botucatu). 2004 [citado em 2017 abr. 18];8(14):165-78. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832004000100010>
5. Epstein I. Comunicação e saúde. Comun soc. 2001;22(35):159-86.
6. Vasconcellos-Silva PR, Castiel LD, Bagrichevsky M, Griep RH. As novas tecnologias da informação e o consumismo em saúde. Cad. Saúde Pública. 2010 [citado em 2017 abr. 18];26(8):1473-82. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000800002>
7. Mello DA, Pedrazzani ES, Pizzigatti CP. Helminthoses intestinais: o processo de comunicação e informação no programa de educação e saúde em verminose. Cad. Saúde Pública. 1992 [citado em 2017 abr. 18];8(1):77-82. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1992000100010>
8. Porto MP. Lutando contra Aids entre meninas adolescentes: os efeitos da campanha de carnaval de 2003 do Ministério da saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2005;21(4):1234-43. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000400026>
9. Buss P M. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. Cad. Saúde Pública. 1999;15(2):177-85. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1999000600018>
10. Araújo IS, Cardoso JM. Comunicação e saúde. 20 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia da vigilância Epidemiológica. 6 ed. Brasília; 2005.
12. Lopes F, Ruão T, Marinho S, Araújo R. A saúde em notícia entre 2008 a 2012: retratos do que a imprensa portuguesa mostrou. Comun soc. 2012 [citado em 2017 abr. 18]; número especial:129-70. [http://dx.doi.org/10.17231/comsoc.23\(2012\).1361](http://dx.doi.org/10.17231/comsoc.23(2012).1361)
13. Lee RG, Garvin T. Moving from information transfer to information exchange in health and healthcare. Soc Sci Med. 2003 [citado em 2017 abr. 18];56(3):449-64. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00045-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00045-X)
14. Cavaca A, Vasconcellos-Silva PR, Ferreira P, Nunes JA. Entre evidências e negligências: cobertura e invisibilidade de temas de saúde na mídia impressa portuguesa. Ciênc. Saúde Colet. 2015 [citado em 2017 abr. 18];20(11):3569-80. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152011.18342014>
15. Cavaca A, Emerich TB, Vasconcellos-Silva PR, et al. Diseases Neglected by the Media in Espírito Santo, Brazil in 2011–2012. PLoS Negl Trop Dis [Internet]. 2016 [citado 2016 Ago. 4].;10(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0004662>
16. Epstein I. Comunicação de massa para a saúde: esboço de uma agenda midiática. Alaiac. 2008;5(8-9):132-42.



17. Cavaca AG, Vasconcellos-Silva PR. O mercado da atenção e as doenças midiaticamente negligenciadas. *Rev. bras. pesqui. saúde*. 2013 [citado em 2017 abr. 18];15(4):4-5. <https://doi.org/10.21722/rbps.v15i4.7592>
18. Traquina N. Teorias do jornalismo: porque as notícias são como são. Florianópolis: Insular; 2004.
19. Wolf M. Teorias da comunicação. 5 ed. Lisboa: Editorial Presença; 1999.
20. Traquina N. Teorias do jornalismo: a tribo jornalística: uma comunidade interpretativa transnacional. 2 ed. Florianópolis: Insular; 2008.
21. Breilh J. Epidemiologia crítica: ciência emancipatória e interculturalidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
22. Presidência da República (BR). Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. Lei nº 8080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União. 1990 Set 19.
23. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União. 2014 Jun 06.
24. Secretaria Estadual de Saúde (ES). PES — Plano Estadual de Saúde 2012-2015. Vitória, ES; 2012.
25. Secretaria Estadual de Saúde (ES). PDR — Plano Diretor de Regionalização da Saúde. Espírito Santo 2011. Vitória, ES; 2011.
26. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Como elaborar projetos de pesquisa para o PPSUS: guia. Brasília; 2010.
27. Vermelho IL, Costa AJL, Kale PL. Indicadores de saúde. In: Medronho RA, editor. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu; 2009:31-82.
28. Organização Pan-Americana da Saúde. Rede Interagencial de informações para a saúde. Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília; 2002.
29. Jorge, MHPM, Koizume MS. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise do Estado de São Paulo, 2000. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2004 [citado em 2017 abr. 18];7(2):228-38. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2004000200012>
30. Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo. Edital FAPES/CNPq/MS-Decit/SESA nº 10/2013-PPSUS. Vitória; 2013.
31. Cavaca AG. Doenças midiaticamente negligenciadas: cobertura e invisibilidade de temas sobre saúde na mídia impressa [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2015.
32. Almeida Filho N. O conceito de saúde: o ponto cego da epidemiologia? *Ver Bras Epidemiol* 2000 [citado em 2017 abr. 18];31(1-3):4-20. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2000000100002>.
33. Paim JS, Almeida Filho N. Análise da situação de saúde: o que são necessidades e problemas de saúde? In: Paim JS, Almeida Filho N, orgs. *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook; 2014;29-39.
34. Barata RB, Werneck GL. Observação e registro dos fenômenos epidemiológicos. In: Almeida Filho N, Baretto ML. *Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos e aplicações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011:127-49.
35. Breilh J. La epidemiologia crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva* 2010;6(1):83-101. <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2010.359>
36. Vieira RCA, Prado TN, Siqueira MG, Dietze R, Maciel ELN. Distribuição espacial dos casos novos de tuberculose em Vitória, estado do Espírito Santo, no período entre 2000 a 2005. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2008 [citado em 2017 abr. 18];41(1):82-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822008000100017>
37. Santos AS, Castro DS, Falqueto A. fatores de risco para transmissão da hanseníase. *Rev. Bras. Enferm.* 2008 [citado em 2017 abr. 18];61(n especial):738-43. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000700014>
38. Moreira MV, Waldman EA, Martins CL. Hanseníase no estado do Espírito Santo, Brasil: uma endemia em ascensão? *Cad. Saúde Pública*. 2008;24(7):1619-30.

39. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. Rev. Saúde Pública. 2010;44(1):200-2.
40. Marmot M, Bell, R. Fair Society, healthy lives. Public Health. 2012;126:4-10.
41. Vaz P, Cardoso JM. A epidemia da dengue como questão política: risco e sofrimento no Jornal Nacional em 2008. In: 20º Encontro de Comunicação da COMPÓS; 2011; Porto Alegre. Belo Horizonte: COMPÓS Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Comunicação; 2011.
42. Spink MJP, Medrado B, Menegon VM, Lyra J, Lima H. A construção da Aids-notícia. Cad. Saúde Pública. 2001 [citado em 2017 abr. 18];17(4):851-62. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2001000400019>
43. Jurberg C, Gouveia ME, Belisário C. Na mira do câncer: o papel da mídia brasileira. Rev. Bras. Cancerol. 2006;52(2):139-46.
44. Zepp F, Heininger U, Mertsola J, Bernatowska E, Guiso N, Roord J, et al. Rationale for pertussis booster vaccination throughout life in Europe. The Lancet Infectious Diseases. 2011 [citado em 2017 abr. 18];11(7):557-70. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(11\)70007-X](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(11)70007-X)
45. Ipea, Ministério do Planejamento (BR), Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Objetivos de Desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento. Brasília; 2014.
46. Instituto Jones dos Santos Neves. Síntese dos indicadores sociais do Espírito Santo. Vitória, ES; 2013 [citado em 2014 out. 24]. <https://goo.gl/QEtbfg>
47. Barreto ML, Carmo EH. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. Ciênc. Saúde Colet. 2007 [citado em 2017 abr. 18];12(sup):1779-90. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000700003>
48. Castiel LD, Vasconcellos-Silva PR, Sanz-Valero J. Das loucuras da razão ao sexo dos anjos: biopolítica, hiperprevenção, produtividade científica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
49. Romeyer H, Moktefi A. Pour une approche interdisciplinaire de la prévention. Communication et Langages. 2013 [citado em 2017 abr. 18];2(176):33-47. <http://dx.doi.org/10.4074/S0336150013012027>
50. Romeyer H. La santé dans l'espace public. Rennes: L'école des Hautes Études en Santé Publique; 2010. Santé et espace public p. 5-11. (Collection Communication).
51. Türcke C. Sociedade excitada: filosofia da sensação. Campinas: Unicamp; 2010.
52. Breilh J. Derrota del conocimiento por la información: una reflexión necesaria para pensar em el desarrollo humano y la calidad de vida desde uma perspectiva emancipadora. Ciênc. Saúde Coletiva. 2000;5(1):99-114.