

LIMA, L. A., 1999. *O Processo de Reforma Psiquiátrica na Era da Globalização: Uma Comparação à Luz dos Dados dos Sistemas de Saúde do Reino Unido e dos EUA* (Anastácio Ferreira Morgado, orientador). Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 155 pp.

O objetivo do presente trabalho foi avaliar a assistência à saúde mental brasileira no contexto da reforma psiquiátrica; o estudo foi feito com dados obtidos do DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - SUS), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e de publicações especializadas. Foi traçada a tendência cronológica dos indicadores selecionados por cinco décadas (1941-1998) ou, pelo menos, por dois períodos de tempo. Os indicadores mais expressivos foram comparados com a Inglaterra e os EUA, para melhor entendimento do caso brasileiro. A taxa de leitos psiquiátricos/1.000 habitantes aumentou de 0,58, em 1941, para 0,88, em 1984, e depois decresceu rapidamente, caindo para 0,44 em 1998. Entretanto, o principal achado desse produto foi a inversão do número de leitos psiquiátricos públicos e privados que aconteceu com o passar dos anos. De 1941 até hoje, o número de leitos privados aumentou muito, enquanto o número de leitos públicos diminuiu. Em 1941, havia 3.034 leitos privados e 21.079 leitos públicos, tendência que se inverteu a partir de 1984, com 76.822 e 28.943 leitos respectivamente. O crescimento do setor privado é também demonstrado pela velocidade do crescimento dos planos de saúde privados no país inteiro: 15% da população brasileira era segurada, percentual que cresceu para 26,1% em 1996, e é esperado um aumento de 39% no ano 2000. No Brasil, a maioria dos planos de saúde não cobre doença mental, e aqueles que o fazem têm o máximo de restrições no contrato de seguro. Um dos objetivos da reforma psiquiátrica foi substituir os grandes e antigos hospitais psiquiátricos por Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHGs) e criar alternativas de atendimento na comunidade, como: Moradias Protegidas, Centros de Atendimento Psicossociais (CAPS) e Núcleos de Atendimento Psicossociais (NAPS), Centro de Saúde Mental e Hospitais-Dia. Entretanto, no Brasil, poucas UPHGs foram criadas, com um número de leitos bem abaixo do necessário; em 1996, havia 1.720 (2,2%) leitos em UPHGs, em um total de 76.999 leitos psiquiátricos; em 1998, existiam 234 CAPS/NAPS no País, um número, no mínimo, dez vezes menor que o necessário. As Moradias Protegidas existem em quantidade irrisória e não são ainda reconhecidas oficialmente como alternativas de atendimento na comunidade; a capacidade instalada de ambulatórios psiquiátricos é muito difícil de ser determinada, mas certamente não atende à necessidade da demanda. Na década de 70, o número de leitos nos macro-hospitais psiquiá-

tricos brasileiros, que chegaram a abrigar milhares de pacientes cada um, de fato diminuiu bastante. Porém, a maioria desses leitos foi substituída por leitos psiquiátricos em hospitais particulares contratados pelo INAMPS. Como as diárias pagas a esses hospitais são baixas e os profissionais mal pagos, o atendimento prestado é precário e o sistema ficou frágil e suscetível a fraudes. O gasto total em saúde, no Brasil, em 1996, foi em torno de 4% do PIB. Desse total, 1,96% foi gasto público em saúde, e os 2% restantes foram gastos pelo setor privado. Na verdade, aproximadamente 2% dos gastos em saúde no País são feitos pelos quarenta milhões de pessoas mais saudáveis da população, que podem pagar um seguro-saúde, e os 2% restantes financiam o SUS, que é responsável pelo atendimento da população mais pobre e menos saudável. Além disso, as emergências, os casos de doenças crônicas e os de doenças graves, mesmo entre os que têm seguro privado, são tratados pelos hospitais especializados do SUS. Sem dúvida, a responsabilidade pelo atendimento recai sobre um SUS pobre e sucateado, e é nesse contexto que a reforma psiquiátrica brasileira deve ser discutida. O Brasil ainda está distante de uma assistência comunitária, como a que já está em andamento em outros países; o avanço da ideologia neoliberal e da globalização tende a agravar a situação dos pacientes psiquiátricos. A lógica de mercado nos sistemas de saúde, representada pelo *managed care*, exige uma política de resultados, baseada em evidências de eficácia, o que é muito difícil de ser objetivo no campo da saúde mental. Uma verdadeira reforma psiquiátrica não pode estar desvinculada da formulação da política geral de saúde e deve ser baseada na discussão ética das dificuldades e necessidades dos indivíduos com distúrbios mentais.

KUBOTA, A. H., 2000. *Metodologia de Indicadores de Dose Interna para Avaliação em Trabalhadores Expostos a Pesticidas Organofosforados* (Silvana do Couto Jacob, orientadora). Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 83 pp.

No Brasil, os pesticidas organofosforados representam aproximadamente 40% do consumo total de inseticidas. Dentre eles, o paration (PT), metil paration (MPT) e fenitrotion (FT) estão presentes em várias formulações de pesticidas, os quais dão como produtos finais o p-nitrofenol (pNP), para o PT e MPT, e o nitroresol (pNC), para o FT. O objetivo do presente trabalho foi padronizar um método de HPLC para analisar níveis urinários de pNP e pNC. A padronização final do método foi a seguinte: 1) Fase reversa (coluna ODS-Hypersil C₁₈ 5 µm - 200 mm x 4,6 mm de d.i.); 2) Fase móvel constituída de tampão TRIS-HCl 10 mM, pH 7,8 e metanol. O perfil de eluição foi obti-

do através de um gradiente linear; 3) Detecção por arranjo de diodos e variação do comprimento de onda por tabela de tempo. Nestas condições, o tempo de retenção do pNP, 2-pNP (padrão interno) e pNC foram, respectivamente, 6,9; 10,5 e 12 minutos. Urinas fortificadas com os padrões foram usadas para o estudo de recuperação e controle de qualidade. Os limites de detecção analítica foram de 45 ng/ml e 49 ng/ml de urina. Os resultados foram corrigidos por creatinina, dando limites de detecção de 0,042 mg/g e 0,045 mg/g de creatinina, para pNP e pNC respectivamente. É digno de nota que a ACGIH (Associação Americana dos Higienistas Industriais) tem estabelecido 0,5 mg de pNP/g creatinina como índice biológico de exposição ao PT e MPT. As formas conjugadas urinárias do pNP foram analisadas e puderam ser detectadas em tempos de retenção equivalentes a 2,9 e 4,2 minutos. Desse modo, é possível a análise do pNP total após hidrólise dos conjugados. Nós concluímos que este método pode ser usado como um sensível biomarcador para avaliar a exposição aos pesticidas paration e fenitrothion em amostras de ambientes ocupacionais, dando suporte para o estudo de avaliação de risco, de modo a avaliar as relações entre os níveis de exposição e os efeitos em grupos ocupacionalmente expostos.

RUZANY, M. H., 2000. *Mapa da Situação de Saúde do Adolescente no Município do Rio de Janeiro* (Célia Landmann Szwarcwald, orientadora). Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 113 pp.

Este trabalho teve como objetivo principal apreciar as condições das Unidades de Saúde (US), diante da situação atual do Programa de Saúde do Adolescente do Município do Rio de Janeiro (PROSAD) e dos problemas mais frequentes de saúde desse grupo etário. Para atingir esse objetivo, foram desenvolvidos os seguintes estudos quantitativos: 1) estudo-piloto do questionário sobre Oportunidades Perdidas desenvolvido pela Organização Pan-Americana de Saúde; 2) mortalidade do adolescente no Município do Rio de Janeiro – 1981 a 1995; 3) mapa da situação de saúde do adolescente no Município do Rio de Janeiro. Como resultados do estudo-piloto da avaliação de oportunidades perdidas, levantaram-se hipóteses sobre as lacunas na prestação da atenção integral a esse grupo populacional. O segundo artigo constata que os elevados índices de mortalidade da população adolescente do município em questão estão ligados a questões que deveriam ser evitadas, entre elas os óbitos por causas externas, sobretudo os homicídios por arma de fogo, e os problemas relacionados à sexualidade, como o aumento das taxas de incidência de Aids. No terceiro artigo, o mapa temático sobre as

condições de atendimento das US aponta uma distribuição inadequada das unidades em melhores condições de atendimento ao adolescente nas áreas de maior concentração de problemas deste grupo. Conclui-se que o PROSAD precisa redimensionar seus objetivos e metas, possibilitando um impacto positivo na morbi-mortalidade desse grupo populacional. Para isso, os responsáveis pelo programa devem concentrar esforços em atividades de promoção de saúde, buscando indicadores de efetividade das ações desenvolvidas. Sugere-se, ainda, a vigilância permanente do atendimento a esse grupo etário, evitando-se oportunidades perdidas na prestação da atenção integral.

MAGALHÃES, M. C., 2000. *Atenção Hospitalar Perinatal e a Mortalidade Neonatal em Juiz de Fora – MG* (Marília Sá Carvalho, orientadora). Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 95 pp.

O aumento recente da mortalidade neonatal em Juiz de Fora – observado a partir dos dados secundários disponíveis –, aliado a denúncias jurídicas de má qualidade de assistência, originou esta investigação, cujo objetivo foi traçar o perfil de nascimentos e óbitos infantis. A investigação constou de análise de dados secundários das características dos nascimentos e óbitos e de um estudo caso-controle baseado em informações colhidas nos prontuários das três principais hospitais do município. Foram investigados 111 óbitos neonatais e amostra de 232 nascidos vivos. No período de 95 a 97, houve aumento nas taxas de mortalidade neonatal, de 13,9 a 23,8/1.000, nascidos vivos. As causas de morte consideradas evitáveis por diagnóstico e tratamento precoces representaram 72,9% dos óbitos neonatais em 1997. O percentual de cesarianas no município atingiu 60%. No estudo de caso-controle, as variáveis peso ao nascer e índice de Apgar no quinto minuto foram importantes fatores preditivos para o óbito neonatal independente do local de nascimento. Foram verificadas diferenças significativas no risco de morrer entre os hospitais, não se encontrando, entretanto, perfil diferenciado de risco da clientela. A ausência de informações adequadamente registradas no prontuário é um indicador de precariedade na assistência e, certamente, retarda a realização de conduta indicada. A pesquisa apontou deficiências graves na assistência perinatal oferecida nos três hospitais, em particular nos registros. Além disso, o excesso de óbitos evitáveis demonstra a necessidade de adequação e reorganização dos serviços de assistência pré e perinatal em Juiz de Fora.

CASTRO, M. S. M., 2000. *Fatores Relacionados à Soroprevalência e Distribuição Espacial da Infecção pelo Vírus Linfotrópico para Células T Humanas dos Tipos I/II em Doadores de Sangue da Fundação Hemominas, Belo Horizonte, 1994-1996* (Fernando Augusto Proietti & Renato Martins Assunção, orientadores). Dissertação de Mestrado, Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. 100 pp.

Nosso objetivo foi determinar a prevalência da infecção pelo HTLV-I/II em doadores de sangue da Fundação Hemominas de Belo Horizonte, no período de 1994 a 1996, e indicar, com precisão, a associação da infecção com características tanto da doação de sangue quanto demográficas dos indivíduos, bem como estudar a distribuição espacial da infecção nos doadores residentes em Belo Horizonte. O estudo foi do tipo caso-controle seccional. Casos e controles foram comparados através de análise univariada e multivariada (regressão logística multinomial). Os doadores infectados para o HTLV-I/II são mais velhos e, com maior frequência, naturais da região metropolitana, além de mais frequentemente residentes em Belo Horizonte. As técnicas de análise espacial utilizadas foram a diferença entre as funções K univariadas e uma técnica que permite testar a existência de agrupamentos na vizinhança de locações fixas. Não houve evidência de aglomeração genericamente testada nem de aglomeração em torno da Hemominas. Nenhum dos doadores sem resultado da segunda amostra foi georreferenciado pelo endereço exato, ou seja, esses doadores poderiam não ter retornado para nova coleta por problemas no endereço fornecido por ocasião da doação.