

ALBUQUERQUE, C. O., 1994. ***Municipalização e Crise de Cultura Institucional. O Caso do Centro Previdenciário de Niterói, 1990/1992*** (Prof. Nilson do Rosário Costa, orientador). Tese de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 203 p.

A descentralização na saúde foi analisada a partir do estudo da municipalização de uma unidade originariamente previdenciária. Este enfoque privilegiou a investigação da implantação das políticas macroestruturais no espaço do micro, isto é, no cotidiano do serviço. A necessidade de desvendar, *in loco*, o processamento das mudanças legislativas propostas, deve-se a possibilidade de ampliar o entendimento dos diferentes interesses que operam no setor.

Na primeira parte do trabalho, os conceitos contidos no texto constitucional de *descentralização, hierarquização, integração e participação* são debatidos. Como a descentralização não se esgota em si mesmo, questões referentes a modelo assistencial, modelo gerencial, financiamento do setor, política de recursos humanos, organização de interesses e cultura institucional são levantadas.

O estudo de caso é feito com uma abordagem qualitativa, onde busca-se articular as representações que os trabalhadores da unidade tinham sobre o processo de municipalização da mesma, com as discussões conceituais anteriores. Identifica-se, desta forma, uma tensão por parte destes atores frente as mudanças organizacionais propostas, diante da percepção dos previdenciários de perda de prestígio da categoria. Esta, dentre outras constatações, revela o conflito existente na tentativa de unificação de culturas institucionais distintas, sem que mecanismos de estímulo e compromisso sejam criados.

ARAGÃO, M. G. O. S., 1994. ***Mortalidade Perinatal na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, 1979 a 1989*** (Milena Piraccini Duchiede, orientadora; Zulmira de Araújo Hartz, co-orientadora). Tese de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 212 p.

A mortalidade perinatal no Brasil é bastante elevada e vem recebendo maior atenção devido à sua magnitude. Este trabalho trata-se de um estudo inicial exploratório do tema no Rio de Janeiro, cujo objetivo é analisar a mortalidade perinatal e seus componentes (natimortalidade e mortalidade neonatal precoce). Os resultados deste estudo mostraram a má qualidade do preenchimento das D.O.s (Declarações de óbitos) na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RMRJ). O percentual de óbitos de fetos e recém-nascidos com peso ao nascer adequado situou-se em torno de 30%. A assistência médica foi recebida em 75% dos óbitos; foram à necrópsia apenas 1096 dos casos. Como causas básicas mais importantes destacamos, para os natimortos, hipóxia/asfíxia (50%) e complicações da placenta (25%), enquanto que para os óbitos neonatais precoces destacaram-se outras afecções respiratórias e SARI. A utilização da classificação de causas evitáveis da Fundação SEADE mostrou, para os natimortos, predomínio de causa reduzíveis por adequada atenção ao parto (75%) e causas reduzíveis por adequado controle da gravidez (14%), demonstrando falhas no atendimento pré-natal e na assistência ao parto. Para os óbitos neonatais precoces, esta classificação apresentou predomínio de causas em três grupos: parcialmente reduzíveis por adequado controle da gravidez, reduzíveis por diagnóstico e tratamento precoces e reduzíveis por adequada atenção ao parto. Esses resultados apontaram para evidências de falhas na assistência durante o pré-natal e parto, como também no atendimento ao recém-nato. As taxas estimadas de mortalidade perinatal foram maiores na Periferia do que na Capital, apresentando diferenciais estatisticamente significantes. Constatamos que a RMRJ, embora localizada numa região desenvolvida, e detentora da maior rede pública de serviços de saúde do país, ainda apresenta um perfil de mortalidade perinatal com profundas diferenças em relação aos países desenvolvidos.

MARÇAL-JÚNIOR, O., 1995. **Impacto do Controle da Esquistossomose Mansônica sobre o Hospedeiro Humano em Área de Baixa Endemicidade (Pedro de Toledo, São Paulo, 1980-1992)** (Prof. Dr. Luiz Candido de Souza Dias, orientador). Tese de Doutorado, Campinas: Instituto de Biologia, Universidade Estadual de Campinas. 132 p.

O programa de controle da esquistossomose mansônica no município de Pedro de Toledo (São Paulo, Brasil) foi implantado em 1980. No presente estudo foram avaliados diferentes aspectos do impacto das medidas de controle deste programa, no período 1980-1992, a partir da integração dos enfoques epidemiológico (quantitativo) e social (qualitativo). A pesquisa epidemiológica incluiu a análise de coeficientes de prevalência e incidência, intensidade de infecção e outros parâmetros de verificação da transmissão/controle. A pesquisa social envolveu a aplicação de questionários numa amostra das famílias locais e entrevistas não-estruturadas, realizadas com lideranças da comunidade. Casos autóctones representaram a maioria absoluta dos portadores de *Schistosoma mansoni* em Pedro de Toledo. Apesar de se verificar uma acentuada diminuição das taxas de cobertura, particularmente na zona urbana, todos os indicadores de impacto avaliados evidenciaram a diminuição dos níveis de transmissão da esquistossomose. A prevalência geral caiu de 23% em 1980 para 1,9% em 1992 e a incidência geral de 5,2% no período 1981/82 para 1,7% em 1990/91. Os coeficientes de incidência e prevalência foram maiores entre os homens e na zona rural, em quase todo o período pesquisado. Análises de Regressão Linear indicaram reduções estatisticamente significativas ($p < 0,05$) da prevalência e da incidência, com exceção da incidência nos grupos etários 0-4, 30-39 e > 40 anos. A média geométrica de ovos por grama de fezes na população foi de 58,5 em 1980. Esta intensidade de infecção caiu para 34,1 em 1987 e 28,7 em 1991, entre os casos autóctones. Cerca de 95% dos casos registrados pelo programa foram tratados. A esquistossomose foi considerada um problema de saúde pela comunidade e a maioria das famílias reconheceu a importância do Programa de Controle. Contudo, grande parte dos entrevistados (45,8%) não se considerou participante do programa. De acordo com as lideranças ouvidas, a “**ignorância das pessoas**” e a falta de participação comunitária na definição das políticas de saúde seriam os principais problemas associados com o controle da esquistossomose no município. Concluímos que o programa produziu um forte impacto sobre a endemia, mas novos ajustes deverão ser promovidos no modelo; que a participação da comunidade nas atividades de controle está aquém das potencialidades da comunidade; e que a horizontalização do programa deve ser incluída entre as principais mudanças na estratégia de controle.

SCHRAMM, F. R., 1993. **A Terceira Margem da Saúde: A Ética Natural. Complexidade, Crise e Responsabilidade no Saber-Fazer Sanitário** (Profa. Dra. Maria Cecília de Souza Minayo, orientadora; Prof. Roberto dos Santos Bartholo Júnior & Wilmar do Valle Barbosa, co-orientadores). Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 364 p.

O presente trabalho tenta mostrar os vínculos existentes entre o tema – de filosofia prática – da ética, no contexto tardomoderno de secularização, e o tema epistemológico da complexidade, no ambiente da ecologia generalizada, que informam, ambos, o campo existencial do *ethos* em que se inscreve o debate sobre a “crise”, em particular, sobre a crise em saúde.

O objetivo teórico principal desta interface consiste em delinear um possível universo discursivo para uma bioética extensa – chamada aqui de **ética natural** – que, ao articular a dimensão bioecológica (“primeira natureza”) e a dimensão técnico-lingüística (“segunda-natureza”), ambas constitutivas do humano, permita escapar das tradicionais dicotomias que reduzem a complexidade fatural do campo da saúde, prejudicando as possibilidades tanto do pensar como do agir, e, portanto, recalcam a questão, reconhecidamente fundamental e problemática, de uma ética para o nosso tempo.

Em particular, discute-se a necessidade teórica de articular unicismo ético e pluralismo ético, pois, ambos, informam as principais questões bioéticas, como forma de preservar, ao mesmo tempo, o Princípio da Sacralidade da Vida (PSV) e o Princípio da Qualidade da Vida (PQV), no contexto de bem-estar individual e coletivo.

Discute-se também a necessidade prática de integrar, num único princípio – o da responsabilidade radical – ética da tolerância e ética da solidariedade, como meio de conservar a complexidade das sociedades pluralistas e pós-moralistas contemporâneas, sem escamotear a igualmente necessária consideração das normas de prudência a respeito que têm o papel de assegurar, evolutivamente, a convivência entre seres ao mesmo tempo biológicos e sócio-culturais.

VELLOZO, V., 1994. *Direito: Concessão ao Imaginário* (Profa. Regina C. de A. Bodstein, orientadora). Tese de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 199 p.

Pensar a produção, distribuição e consumo dos serviços de saúde coloca a necessidade de ultrapassar o entendimento da política como campo meramente institucional, buscando-se a ampliação da análise através de tipos de sociabilidade e modos de percepção da sociedade. Neste sentido, é preciso contemplar as práticas cotidianas dos grupos e buscar interconexões entre os níveis macro e micro.

A discussão do direito à saúde no Brasil remete a um universo em construção, cuja complexa dinâmica aponta para a necessidade de se concentrar a investigação em contextos micro para a partir deles estabelecer bases para reflexões de cunho mais amplo.

O direito à saúde, enquanto direito de cidadania, é uma construção social e, portanto, não pode ser tratado sem fazer referência aos diferentes processos que o permeiam.

Nossa preocupação central, contudo, é trabalhar os componentes simbólicos deste processo, a partir da análise da representação social da análise da representação social do direito à saúde que se funda em raízes socio-culturais consolidadas ao longo do exercício de utilização dos serviços de saúde. Isto é, trabalhar a noção de cidadania a partir da categoria de representações sociais, visando estabelecer relações internas a fim de apreender o impacto das políticas sociais no cotidiano. O privilegiamento desta categoria de análise se faz na tentativa de recuperar o sujeito em sua experiência e articular as representações às instituições e às políticas sociais.

Assim, utilizamos a **história de vida**, que mais que outras técnicas dá sentido a noção de processo, a fim de sugerir novas variáveis, novas questões que possibilitem a recondução da análise da universalização do acesso aos serviços públicos de saúde. O que se pretendeu com esse tipo de abordagem foi captar, por intermédio da leitura de pequenas narrativas auto-biográficas, a representação do direito à saúde que, como já foi apontado, trata-se de um princípio ao mesmo tempo **instituído e instituinte**.