



VI CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

TEMA IV

Política Nacional de Saúde



TEMA IV

Política Nacional Saúde

Apresentador:
Doutor Antonio Carlos de Azevedo
Coordenador de Saúde da Amazônia
do Ministério da Saúde

Í N D I C E

pag.

1.	CONSIDERAÇÕES SOBRE O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL	01
2.	A NECESSIDADE E OPORTUNIDADE DE UMA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE.....	03
3.	CONCEITO DE POLÍTICA	05
4.	O PROCESSO POLÍTICO	06
5.	OBJETO E ÂMBITO DE UMA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE	09
6.	OBJETIVO E CONTEÚDO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE	10
7.	EMBASAMENTO LEGAL A UMA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE	11
7.1	Constituição da República Federativa do Brasil	11
7.2	Decreto-lei 200	12
7.3	O II Plano Nacional de Desenvolvimento	13
7.4	Lei nº 6118 de 09 de outubro de 1974	13
7.5	A Lei 6229 de 17 de julho de 1975	14
7.5.1	Ministério da Saúde	14
7.5.2	Ministério da Previdência e Assistência Social	16
7.5.3	Ministério da Educação	17
7.5.4	Ministério do Interior	17
7.5.5	Ministério do Trabalho	18
7.5.6	Estados, Distrito Federal, Territórios e Municí pios	18
7.6	O Decreto 79.056 de 30 de dezembro de 1976	21
8.	FUNDAMENTOS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE	23

9. PAPEL DOS DIVERSOS NÍVEIS DO GOVERNO E DO SETOR PRIVADO ..	27
10. ÁREAS PROGRAMÁTICAS DE ATUAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE	30
10.1 Meio Ambiente	30
10.1.1 Saneamento Básico	30
10.1.2 Ecologia Humana	32
10.1.3 Saúde Ocupacional	33
10.1.4 Vigilância Sanitária	33
10.2 Prestação de Serviços a Pessoas	34
10.2.1 As Redes de Prestação de Serviços a Pessoas ..	34
10.2.2 Áreas Específicas	38
10.2.3 Situações Epidêmicas e Grandes Endemias	39
10.3 Atividades de Apoio	40
11. ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA	43
12. FINANCIAMENTO DO SISTEMA	45
13. ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL	45
14. CONSIDERAÇÕES FINAIS	46

1. CONSIDERAÇÕES SOBRE O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

Uma apreciação histórica da realidade institucional, de pessoal e nosológica do Setor Saúde no país, a seguir referida, revela o acúmulo de problemas, que não são passíveis de superação imediata e que caracterizam uma situação do Sistema de Saúde, que vem sendo progressivamente modificada pelos esforços governamentais.

- QUADRO INSTITUCIONAL

O conjunto de serviços públicos e privados voltados para as ações de interesse da Saúde que se constituem no Sistema Nacional de Saúde, caracteriza-se no país, como em muitos outros países em desenvolvimento ou mesmo desenvolvidos, por uma proverbial fragmentação institucional com multiplicidade de diretrizes produzindo resultados muito aquém dos que se deveriam esperar pelos investimentos realizados no Setor. Instituições públicas dos diversos níveis da administração direta ou indireta, autárquicas, privadas com ou sem fins lucrativos, oferecem bens e serviços de saúde à população, não raro em descompasso com as necessidades reais desta, limitando-se, frequentemente a ações onerosas e pouco eficazes. Junta-se a esse fato a existência de superposições e até antagonismos institucionais. As causas desse quadro, se prendem a raízes históricas relacionadas à criação sucessiva de órgãos de saúde com acentuado grau de independência e descoordenação, para a solução de determinados problemas ou satisfação de determinadas clientela. Por outro lado, órgãos criados com a finalidade primária da solução de problemas não diretamente ligados à saúde, foram assumindo progressivamente atividades dentro do setor. Assim é que, em anos recentes, chegaram a se enumerar apenas no âmbito federal, 71 entidades realizando atividades de saúde ou correlatas. Na estruturação dos Ministérios da Saúde e da

Previdência e Assistência Social, salienta-se o esforço de dar personalidade uni-institucional a órgãos originalmente independentes em suas diretrizes e suas ações. Por sua vez os claros na ação governamental foram preenchidos pelo setor privado a partir de uma tradição filantrópica das Santas Casas de Misericórdia, conduzindo-se em direção a um setor privado beneficente ou com fins lucrativos sem que se conseguissem formular diretrizes seguras e duradouras para tal participação. No que se refere à oferta de serviços, especialmente leitos hospitalares, a sua inadequada distribuição com concentração nos centros urbanos, predomina sobre uma carência global relativa dos mesmos. Tais serviços se caracterizam ainda, por não serem adequados ao equacionamento do quadro nosológico existente.

- RECURSOS HUMANOS

O quadro de pessoal para a saúde reflete as mesmas determinantes históricas, sociais e econômicas que caracterizam o sistema institucional. A medida que o país possui ou caminha celeremente para uma suficiência relativa de certos profissionais como o odontólogo, o farmacêutico e o médico, ressalta a grande insuficiência de outros especialistas de vital importância especialmente para as ações de interesse coletivo, como a enfermeira, profissionais de saúde pública, e de uma forma geral, uma dramática insuficiência de pessoal técnico e auxiliar qualificado.

- QUADRO NOSOLÓGICO

Essas distorções do quadro institucional e de pessoal do sistema, são agravadas por uma realidade nosológica onde realça a mortalidade infantil, ainda extremamente elevada, mesmo considerando os níveis de desenvolvimento alcançados pelo país, mortalidade essa relacionada primariamente ao precário saneamento do meio, e condições nutricionais deficientes das populações periféricas dos centros urbanos e de regiões do interior do país. Ao lado das condições bastante insatisfatórias de saúde, principalmente da mãe e da criança, expressas pela mortalidade infantil, destaca-se a existência

de grandes endemias abrangendo extensas áreas e significativos contingentes populacionais do país, a exemplo da esquistossomose, doença de chagas e malária, ao lado de níveis ainda elevados de afecções cosmopolitas a exemplo do sarampo e poliomielite. Observam-se ainda elevados índices de acidentes do trabalho, embora se registrem consideráveis progressos neste campo, e o aumento progressivo dos agravos característicos das populações desenvolvidas, com os acidentes de trânsito e as doenças crônicas e degenerativas.

2. A NECESSIDADE E OPORTUNIDADE DE UMA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

A necessidade de uma Política Nacional de Saúde está subentendida na Constituição do País, no seu artigo oitavo, inciso XIV, quando expressa a competência da União no estabelecimento de normas gerais da defesa e proteção da saúde. No Decreto Lei 200, entretanto, essa necessidade vem explicitada e vinculada ao âmbito do Ministério da Saúde.

Dentro do espírito que inspirou a necessidade da formulação de tal política, podemos entender, não só a necessidade de diretrizes gerais que orientassem as ações de saúde no território nacional mas, especialmente a realidade multiinstitucional do sistema de saúde brasileiro, com flagrantes duplicações, antagonismos e desorientações.

A partir dessa disposição, houve diversas tentativas de formulação de uma política para o Setor, geralmente por parte do Ministério da Saúde, havendo ocasiões, entretanto, em que outras instituições buscaram contribuir para tal medida.

De uma forma geral, as formulações da Política Nacional de Saúde até aqui emitidas, formal ou informalmente, em documento unificado ou em disposições esparsas, não conseguiram atingir seus objetivos, principalmente por carecerem de consenso de outros importantes órgãos do Sistema, especialmente os de igual hierarquia, caindo assim no esquecimento antes mesmo que produzissem frutos.

A Lei 6118 (9 de outubro de 1974) ao criar o Conselho de Desenvolvimento Social, atribuiu a este Conselho interministerial, sob a presidência do Chefe da Nação, a apreciação da Política Nacional de Saúde. Foram criadas assim condições não só para que o Ministério da Saúde elaborasse documento de diretrizes em bases doutrinárias tecnicamente sólidas, mas que pudesse, ao mesmo tempo, obter um consenso por parte de outros participantes do Sistema, e especialmente a aprovação por um colegiado de nível supraministerial.

A Lei 6229 (17 de julho de 1975) ao organizar o Sistema Nacional de Saúde, optou por uma formulação sistêmica, pluri-institucional, não monopolista para as ações de saúde no país, definindo atribuições e ressaltando a importância da Política Nacional de Saúde como ideário explícito conceitualmente unificador das referidas ações.

A partir desse diploma legal, o Ministério da Saúde passou a adotar uma série de providências buscando adaptar sua antiga estrutura ao papel que o Sistema Nacional de Saúde estava a exigir da Instituição e, ao mesmo tempo, emitir diplomas legais que, regulamentando aspectos importantes da Lei 6229, criassem condições infraestruturais para a operação do Sistema. Destacam-se neste sentido: a Lei 6259 (30 de outubro de 1975), estabelecendo o Sistema de Vigilância Epidemiológica; o Decreto 76.973 (31 de dezembro de 1975), estabelecendo normas e padrões para prédios destinados a serviços de saúde; o Decreto 77.052 (19 de janeiro de 1976) dispendo sobre a fiscalização sanitária das condições do exercício das profissões e ocupações relacionadas à Saúde; a Lei 6360 (23 de setembro de 1976), o Decreto 79.094 (05 de janeiro de 1977) estabelecendo normas para vigilância sanitária de medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos e outros produtos de interesse à saúde pública; o Decreto 79.367 (9 de março de 1977) estabelecendo padrões de potabilidade da água e, especialmente o Decreto 79.056 (30 de dezembro de 1976) que reestrutura o Ministério da Saúde.

Com a criação da Comissão Permanente de Consulta entre os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social (Portaria Interministerial 01/76 Bsb, de 20 de julho de 1976) instituiu-se um fórum permanente de consulta, debates e amadurecimento de pontos de vista entre essas duas instituições chave do Sistema Nacional de Saúde.

Por parte do Ministério da Previdência e Assistência Social, uma série de providências foram tomadas culminando com o Projeto de Lei reestruturando as entidades vinculadas, especialmente unificando as instituições de prestação de serviços de saúde no âmbito da Previdência, presentemente em tramitação no Congresso Nacional.

Tal conjunto de fatos criam condições para que seja trazido à VI Conferência Nacional de Saúde, para debate e sugestões, o presente documento que constitui um primeiro delineamento de diretrizes para a gestão do Sistema Nacional de Saúde, documento que, assim enriquecido, deverá ser encaminhado ao Conselho de Desenvolvimento Social onde, recebidas contribuições dos Ministérios participantes, passará a se constituir na Política Nacional de Saúde.

3. CONCEITO DE POLÍTICA

Num sentido genérico, a política envolve as relações de poder no seio do corpo social tendo em vista a gestão do relacionamento dos seus componentes. Como as opiniões e aspirações de tais componentes são necessariamente não coincidentes, há portanto, implícitos ao exercício do poder, mecanismos coercitivos reais ou virtuais.

No âmbito do presente documento entretanto, o conceito de política será mais limitado e específico: corpo de doutrina para fins operacionais, que deve ter um reconhecimento dos poderes públicos constituídos, devendo ser legitimado pela população como um todo ou pelos seus representantes e lideranças. Neste sentido o objetivo da política é a orientação do universo (da totalidade) das ações

de determinado setor que tal política abrange, no caso o setor saúde no país, segundo diretrizes que visem ao equacionamento e solução dos grandes problemas do setor em questão. É preciso enfatizar que a formulação de uma política para o setor não esgota a necessidade de equacionamento dos problemas e ordenação das ações relativas ao setor, antes pressupõe uma seqüência de documentos que devem segui-la, ou sejam planos, programas e projetos.

No caso do Brasil, face à sua grande extensão territorial e diversidade de situação geográfica, econômica, demográfica, de acessibilidade e nosológica, o âmbito de cada um desses instrumentos de ação de saúde deve ser adequado às realidades regionais e ao conteúdo da ação programática, atentando-se especialmente a que, a excessiva abrangência de determinado instrumento não venha a prejudicar-lhe a consistência e a aplicabilidade.

4. O PROCESSO POLÍTICO

O estabelecimento de uma Política Nacional de Saúde, envolve o reconhecimento de um processo político a ser levado em conta pelos detentores do poder decisório a todos os níveis do Sistema, para que se resguarde a coerência das ações ao mesmo tempo com a Política de Saúde e com as reais necessidades da população abrangida por tais ações. Buscaremos um esclarecimento esquemático a respeito de tal processo, por sua natureza complexo, e cuja perfeita compreensão ao nível da realidade é indispensável à tomada de decisões adequadas.

Entende-se por processo político, o conjunto de ações que têm lugar no seio do corpo social, tendo em vista a tomada de decisões por parte das autoridades constituídas, a respeito de problemas que afetem a uma proporção significativa da sociedade e a respeito dos quais não haja unanimidade de consenso. Essas decisões políticas tem caráter formal e, via de regra, acompanham-se de mecanismos para gratificar seu cumprimento ou apenas seu descumprimento.

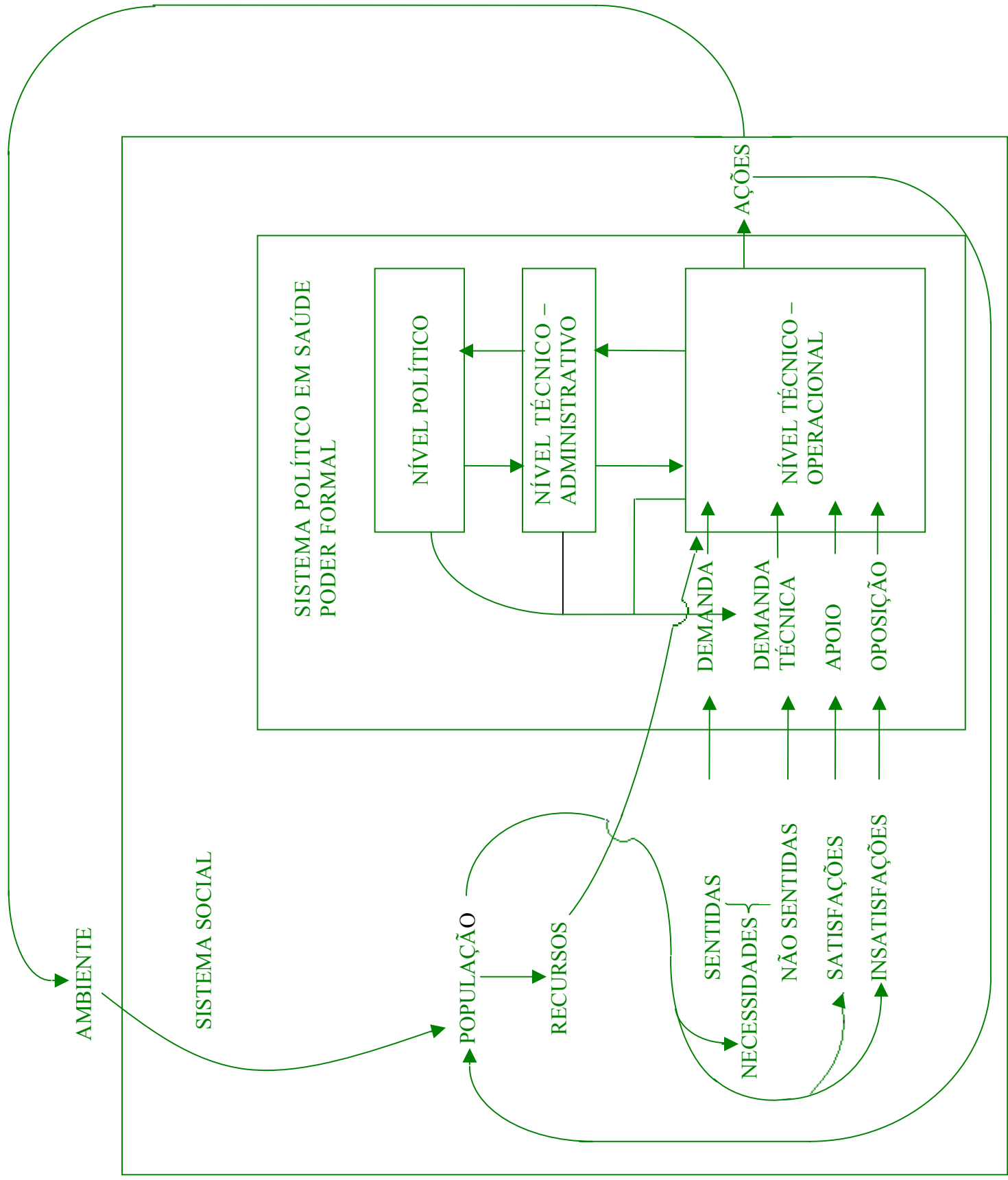
Embora nem sempre seja fácil distinguir as ações políticas de outras que ocorrem no corpo do processo social, estas, por sua natureza, estão relacionadas ao Sistema Político. Este, subsistema do Sistema Social, é constituído por uma entrada, constituída pelas demandas políticas, apoios e reações às decisões; um processo, que envolve a ação do poder formal a diversos níveis, gerando decisões e ações que irão produzir resultados a níveis do corpo social e, num mecanismo de retroalimentação, modificar as necessidades e gerar apoios ou reações negativas que, por sua vez, suscitarão novas decisões - ações por parte do sistema político (Fig.1).

Cumprir destacar uma característica peculiar do sistema de saúde. Devido à natureza do fenômeno saúde/doença e às eventuais sutilezas da caracterização precoce do fenômeno doença, da probabilidade de doença e dos problemas de saúde em geral; juntamente com necessidades, demanda, apoio e reações negativas, destaca-se a importância de um fator que se tem denominado "demanda técnica de saúde", ou seja, necessidades não sentidas pela população, mas identificadas pelo corpo técnico de saúde como reais, tendo em vista a prevenção de futuros problemas de Saúde Pública. Um exemplo típico dessas necessidades, é o dimensionamento das imunizações para os diversos grupos etários.

Desta forma, o processo político no âmbito da Saúde, deve buscar um equilíbrio na satisfação das demandas do corpo social e, ao mesmo tempo, equacionamento dos problemas identificados à luz de necessidades não sentidas (demanda técnica) pela população.

Um objetivo importante de uma política, no caso do Sistema de Saúde, será equacionar harmonicamente esses dois tipos de demanda, proporcionando um processo que dê como resultado uma razoável satisfação das necessidades sentidas, uma compreensão por parte da população da impossibilidade da satisfação absoluta de todas as necessidades percebidas de saúde, e uma satisfação das necessidades técnicas que, em última análise, ao promover a saúde e prevenir a doença irão evitar a finalização de uma série de necessidades futuras.

FIG. I O PROCESSO POLÍTICO EM SAÚDE



As necessidades sentidas ou não, ao serem transformadas em ações pela população ou pelos técnicos de saúde, vão se constituir em demanda (*) que é a entrada do subsistema técnico-operacional de saúde, que por sua vez gera como saída ações de saúde. As ações de saúde sobre o ambiente ou sobre a população, vão satisfazer ou não necessidades, gerando satisfações ou insatisfações que ao mesmo tempo alterarão a demanda ao sistema e influenciarão no processo através de mecanismo de apoio ou oposição.

Dentro desse ponto de vista, verificamos que o Sistema de Saúde deve ter sensores junto à população, não só para identificar precoce e eficazmente necessidades, como também permitir a conscientização do corpo social e político a respeito das necessidades não sentidas transformando-as em necessidades consentidas e, se possível, em necessidades sentidas. Somente essa conscientização poderá gerar satisfação e apoio por parte do corpo social aos investimentos financeiros, materiais e em recursos humanos no atendimento de necessidades primariamente não sentidas. Esses investimentos, em última análise, são, por assim dizer, desviados do atendimento a necessidades sentidas, o que torna desejável a conscientização da população sobre a real utilidade de tais investimentos.

Desta forma, fica clara a indispensabilidade de intensa participação do corpo social a todos os níveis do processo de geração das ações de saúde.

(*) Demanda aqui, entendemos não propriamente o conjunto de indivíduos que buscam as instituições prestadoras de serviços de saúde mas a pressões políticas relacionadas a tal busca e exercidas sobre o sistema de saúde, por parte do corpo social como um todo.

5. OBJETO E ÂMBITO DE UMA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

A definição do fenômeno saúde/doença esbarra com a dificuldade de se obter ao mesmo tempo uma formulação que abranja toda a amplitude e complexidade do fenômeno e se preste a fins operacionais.

No âmbito da Política Nacional de Saúde, consideraremos o aspecto conceitual de que a saúde é uma característica incorporada a cada indivíduo, participando de sua existência e da definição de sua pessoa, resultando de interação de fatores individuais, incluindo os genéticos, com fatores ambientais. Assim entendida a saúde não pode ser destacada do indivíduo constituindo-se em aspecto de que outrem possa deter o controle ou a responsabilidade primária, a não ser nos casos específicos de menores e incapazes. Trata-se, portanto, de um campo de responsabilidade conjunta do indivíduo, da família, da empresa, de outras instituições comunitárias e do Estado. A definição de áreas de responsabilidade específica não tem outro parâmetro senão a caracterização do grau de controle que cada um desses níveis tem sobre os fatores causais do agravo à saúde.

Cumprido destacar que numa outra acepção, saúde se refere ao campo de estudo relativo ao equilíbrio bio-psico-social do homem com seu meio. Como tal, é o objeto de estudo e interesse das ciências da saúde. Numa terceira acepção, saúde se refere ao setor produtivo formado pelo conjunto de prestadores legitimados de serviços cujo fim explícito é promover, preservar e restaurar a saúde humana. Esta terceira acepção se constitui no escopo da Política Nacional de Saúde. Refere-se aos prestadores legitimados, no sentido em que os sistemas paralelos de atenção à saúde (a exemplo dos curandeiros e parterias leigas) devam ser aproveitados na medida do possível, na execução das ações, não cabendo entretanto à Política orientar especificamente a atividade de tais prestadores.

A formulação da Política Nacional de Saúde, não ignora que o estado de saúde da população é determinado notadamente por fatores externos ao setor saúde, traduzidos principalmente pela renda nacional, sua distribuição e pelo nível educacional da população. Tais fatores são objeto de outros instrumentos da Política de Governo e estão abordados convenientemente nos Planos Nacionais de Desenvolvimento.

A Política de Saúde interessa ao Setor Saúde, envolvendo sua metodologia de trabalho, seus aspectos organizacionais e operacionais e mecanismos de financiamento. Interessa ainda aos seus aspectos de interdependência com outros setores produtivos e aos mecanismos coordenadores e reguladores envolvidos.

No referente às atividades de saneamento básico do meio, que por opção de Governo, estão afetadas ao Sistema Habitacional, a Política Nacional de Saúde as abordará nos aspectos de interesse direto à saúde das populações.

Constitui ainda a aprovação de Política Nacional de Saúde, aspecto da regulamentação da Lei que organiza o Sistema Nacional de Saúde, regulamentação essa que já vem sendo progressivamente realizada por intermédio de diversos atos de Governo a partir dos Ministérios envolvidos e do Conselho de Desenvolvimento Social.

A aprovação da Política Nacional de Saúde, não esgota o ciclo dos atos apontando diretrizes para a operação do Setor. Alguns aspectos específicos de Política de Saúde já tem sido definidos por atos do Governo, a exemplo da Portaria do Ministério da Saúde n° 165/Bsb (14 de maio de 1976), que estabeleceu a Política de Controle de Hanseníase. Outros atos deverão continuar complementando as diretrizes gerais contidas no presente documento.

6. OBJETIVO E CONTEÚDO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

O objetivo da Política Nacional de Saúde é, dando prosseguimento a uma série de atos Governamentais, especialmente a Lei que organiza o Sistema Nacional de Saúde, estabelecer diretrizes

para a operação do setor de produção de serviços de saúde, no que se refere ao âmbito da atuação e ao relacionamento entre as diversas instituições e níveis de Governo e o setor privado, visando à operação do Sistema com a máxima cobertura populacional e com os melhores resultados possíveis face aos recursos empregados.

O conteúdo específico da Política, envolve caracterizações conceituais; definição de fundamentos para a operação do Sistema; delimitação complementar à Lei 6229, das atribuições dos diversos níveis de Governo e do Setor Privado; diretrizes genéricas para a atuação do Sistema em áreas específicas; delineamento dos mecanismos de administração do Sistema; financiamento das atividades e articulação intersetorial.

7. EMBASAMENTO LEGAL A UMA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

O conjunto de diretrizes que devem nortear o funcionamento do Sistema Nacional de Saúde, deve estar solidamente baseado num conjunto de diplomas legais de molde a guardar coerência com o corpo legal que o precedeu e garantir a possibilidade de sua legitimação. Procuramos distinguir os principais diplomas legais de interesse para a Política Nacional de Saúde.

7.1 Constituição da República Federativa do Brasil

No artigo número oito, a Constituição estatui como competência da União o estabelecimento e execução de planos nacionais de saúde, a legislação sobre normas gerais de defesa e proteção da saúde, afirmando ainda a competência dos Estados para a legislação supletiva sobre a mesma matéria.

No capítulo III (art. 13, IX, § 3º), verificamos a instituição de convênios como instrumentos operacionais da execução conjunta de leis, serviços ou decisões dos três níveis de Governo.

O artigo 15 faculta aos Municípios a organização de

serviços públicos locais, aí incluídos, entendemos, os de saúde.

No Título III, da Ordem Política e Social, em seu artigo 165, a Constituição assegura aos trabalhadores, entre outros direitos, à "higiene e segurança do trabalho" (IX), ao "descanso remunerado da gestante antes e depois do parto" (XI) e à assistência sanitária hospitalar e médica preventiva", (XV). No parágrafo único desse artigo, estabelece a obrigatoriedade da "fonte de custeio total" para a criação, majoração ou extensão de benefícios aos trabalhadores.

No Título IV, da Família, da Educação e da Cultura, no seu artigo 175, assegura a "proteção dos poderes públicos à família" e no seu parágrafo 4º estatui que lei especial disporá sobre a "assistência a maternidade, a infância e à adolescência".

7.2 Decreto-lei 200

O Decreto-lei 200 de 25 de fevereiro de 1967, ao dispor sobre as diretrizes para a reforma administrativa, apresenta uma série de aspectos de interesse para a Política Nacional de Saúde.

No seu capítulo III, ao tratar da Descentralização, o artigo 10 estabelece que a execução das atividades da Administração Federal deverão ser amplamente descentralizadas, statuindo no seu parágrafo 1º que tal descentralização dar-se-á no âmbito dos quadros da Administração Federal, ao se distinguir claramente o nível de direção do de execução; da Administração Federal para as Unidades Federadas, mediante convênios e da Administração Federal para a órbita privada, mediante contratos ou concessões.

No seu capítulo II, do título XIV o Decreto-lei 200 ao tratar da Política Nacional de Saúde, (artigo 156) estabelece que sua formulação em âmbito nacional e regional é atribuição do Ministério da Saúde. O parágrafo 1º desse artigo atribui ao Ministério da Saúde "a coordenação no âmbito regional das atividades de assistência médico-social, com a finalidade de entrosar as desempenhadas por órgãos federais, estaduais, municipais, do Distrito Federal, dos

Territórios e das entidades do setor privado." O parágrafo 2º desse artigo estabelece que, "na prestação da assistência médica dar-se-á preferência à celebração de convênios com entidades públicas e privadas existentes na comunidade". O parágrafo 3º do artigo 156 que foi revogado pela Lei que cria o Conselho de Desenvolvimento Social, como veremos adiante, estabelecia a obediência da assistência médica da Previdência Social em âmbito nacional e regional à Política Nacional de Saúde.

7.3 O II Plano Nacional de Desenvolvimento

Esse documento de Política de Governo contém disposições de alto interesse para o estabelecimento de uma Política Nacional de Saúde.

No capítulo IV "A Estratégia Econômica-Opções Básicas", ao estabelecer as funções de Governo, considera como campo de atuação direta do Governo "as áreas de Desenvolvimento Social, frequentemente em ação conjugada com a iniciativa privada", incluindo entre elas as de Saúde.

No capítulo VI, ao estabelecer a Estratégia de Desenvolvimento Social, o II PND indica a necessidade de reforma de estruturas para dar capacidade gerencial aos setores de Saúde Pública e Assistência Médica da Previdência. Aponta ainda a clara definição institucional do setor com base em mecanismos de coordenação tendo como finalidade anular imprecisões e superposições da atuação. Estabelece ainda campos institucionais prioritários: do Ministério da Saúde, eminentemente normativo e executivo preferencialmente no tocante a medidas de interesse coletivo, inclusive a vigilância sanitária; do Ministério da Previdência e Assistência Social, como sendo principalmente o atendimento médico assistencial individualizado.

7.4 Lei nº 6118 de 09 de outubro de 1974

Esta Lei cria o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), alterando para tanto o artigo 32 do Decreto-lei 200.

No seu artigo 2º dispõe da competência do CDS para assessorar o Presidente da República na formulação da política social e na coordenação das atividades dos Ministérios interessados, segundo a orientação definida no Plano de Desenvolvimento. No parágrafo único desse artigo, figura como competência do Conselho, apreciar a Política Nacional de Saúde formulada pelo Ministério da Saúde bem como os planos setoriais dos Ministérios da Previdência e Assistência Social e Educação e Cultura referentes à assistência médica, formação profissional médica e paramédica e fixar diretrizes para sua execução.

O artigo 4º desta Lei revoga o parágrafo 3º do artigo 156 do Decreto-lei 200 (necessidade de obediência da assistência médica da Previdência à Política Nacional de Saúde). O presente documento considera entretanto indispensável à implementação da Política Nacional de Saúde, que todos os órgãos e entidades que realizem ações de interesse à saúde humana, pautem a totalidade dos seus procedimentos pelas diretrizes e disposições deste instrumento, após sua aprovação pelo Conselho de Desenvolvimento Social.

7.5 A Lei 6229 de 17 de julho de 1975

Esta Lei dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde e estabelece no seu artigo 1º, as competências dos Ministérios componentes do Sistema, Estados, Territórios, Distrito Federal Municípios:

7.5.1 Ministério da Saúde

"... formular a Política Nacional de Saúde e promover ou executar ações preferencialmente voltadas para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo, cabendo-lhe particularmente:

- a) Elaborar planos de proteção da saúde e de combate às doenças transmissíveis e orientar sua execução;
- b) Elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;

- c) Assistir o Governo na formulação da política nacional de alimentação e nutrição, inclusive quanto à educação alimentar, e, com a colaboração dos demais Ministérios diretamente envolvidos na execução dessa política, elaborar e propor à aprovação do Presidente da República o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição, promovendo, através do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, a coordenação de execução, supervisão, fiscalização e avaliação de resultados;
- d) Coordenar a ação de vigilância epidemiológica em todo o território nacional e manter a vigilância nas fronteiras e nos portos e aeroportos, principalmente de entrada, no País;
- e) Efetuar o controle de drogas, medicamentos e alimentos destinados ao consumo humano;
- f) Fixar normas e padrões pertinentes a cosméticos, saneantes, artigos de perfumaria, vestuários e outros bens com vistas à defesa da saúde e diminuição dos riscos, quando utilizados pela população em geral;
- g) Fixar normas e padrões para prédios e instalações destinados a serviços de saúde;
- h) Avaliar o estado sanitário da população;
- i) Avaliar os recursos científicos e tecnológicos disponíveis para melhorar o estado sanitário da população e a viabilidade de seu emprego no País;
- j) Manter a fiscalização sanitária sobre as condições de exercício das profissões e ocupações técnicas e auxiliares relacionadas diretamente com saúde;
- l) Exercer controle sanitário sobre migrações humanas, bem como sobre importação e exportação de

produtos e bens de interesse da saúde".

7.5.2. Ministério da Previdência e Assistência Social

"... atuação voltada principalmente para o atendimento médico-assistencial individualizado, cabendo-lhe particularmente:

- a) Elaborar planos de prestação de serviços de saúde às pessoas;
- b) Coordenar, em âmbito nacional, o subsistema de prestação de serviços de saúde às pessoas;
- c) Credenciar, para integrarem o subsistema público, instituições de finalidade não lucrativa que prestem serviços de saúde às pessoas;
- d) Prestar diretamente serviços de saúde às pessoas, ou contratá-los com entidades de fins lucrativos ou não, sujeitando-as à fiscalização permanente;
- e) Experimentar novos métodos terapêuticos e novas modalidades de prestação de assistência, avaliando sua melhor adequação às necessidades do País;
- f) Fixar, em colaboração com o Ministério da Saúde, normas e padrões para prestação de serviços de saúde a pessoas, a serem observados pelas entidades vinculadas ao Sistema;
- g) Promover medidas adequadas à redução do custo dos medicamentos de maior eficácia e de comprovada necessidade para proteção da saúde e combate às doenças, inclusive subvencionando sua aquisição, ou distribuindo-os gratuitamente às classes mais pobres da população".

7.5.3 Ministério da Educação

"... incumbido principalmente da formação e da habilitação dos profissionais de nível universitário, assim como do pessoal técnico e auxiliar necessário ao setor saúde, cabendo-lhe particularmente:

- a) Orientar a formação do pessoal de saúde para atender às necessidades prioritárias da área, em quantidade e em qualidade:
- b) Manter os hospitais universitários ou de ensino, zelando para que além de proporcionarem elevado padrão de formação e aperfeiçoamento profissional, prestem serviços de assistência à comunidade em que se situem;
- c) Orientar as universidades que incorporam a formação de pessoal para as atividades de saúde, no sentido de se capacitarem a participar do processo de avaliação e planejamento das atividades regionais da saúde;
- d) Promover a integração progressiva dos hospitais e institutos de treinamento de pessoal de saúde no Sistema Nacional de Saúde, aparelhando-se para desempenhar as funções que lhes forem atribuídas pelo sistema e ampliando a área de treinamento pela utilização de outras instituições de prestação de serviços pessoais de saúde do Sistema Nacional de Saúde".

7.5.4 Ministério do Interior

"... atuando nas áreas de saneamento, radicação de populações, desenvolvimento regional integrado e assistência em casos de calamidade pública, cabendo-lhe particularmente:

- a) Realizar as obras de saneamento ambiental de sua responsabilidade e promover a ampliação dos

sistemas de abastecimento d'água e de esgotos sanitários, em conformidade com as prioridades dos planos de saúde e em articulação com o Ministério da Saúde;

- b) Orientar a política habitacional no sentido de que além de proporcionar acesso da população à morada adequada e confortável, observe as necessárias condições de higiene e preveja nos conjuntos habitacionais os equipamentos sociais indispensáveis à manutenção da saúde de seus moradores.

7.5.5. Ministério do Trabalho

"... quanto à higiene e segurança do trabalho, à prevenção de acidentes, de doenças profissionais e do trabalho, à proteção e disciplina corporativa e política salarial das profissões de saúde cabendo-lhe particularmente:

- a) Desenvolver as atividades de higiene e segurança do trabalho em consonância com as necessidades da área da saúde e tendo em vista a prioridade das ações preventivas;
- b) Desenvolver programas de preparação de mão-de-obra para o setor saúde;"

7.5.6. Estados, Distrito Federal, Territórios e Municípios

"... receberão incentivos técnicos e financeiros da União para que organizem seus serviços, atividades e programas de saúde, segundo as diretrizes da Política Nacional de Saúde, cabendo, assim particularmente:

- a) Aos Estados, ao Distrito Federal e aos Territórios:
 - 1) Instituir em caráter permanente o planejamento integrado de saúde da unidade federada articulando-

se com o plano federal de proteção e recuperação da saúde, para a região em que está situada;

- 2) Integrar suas atividades de proteção e recuperação da saúde no Sistema Nacional de Saúde;
- 3) Criar e operar com a colaboração dos órgãos federais, quando for o caso, os serviços básicos do Sistema Nacional de Saúde previstos para a unidade federada;
- 4) Criar e operar as unidades de saúde do subsistema estadual, em apoio às atividades municipais;
- 5) Assistir técnica e financeiramente os municípios, para que operem os serviços básicos de saúde para a população local;
- 6) Cooperar com os órgãos federais no equacionamento e na solução dos problemas de saúde de sua área.

b) Aos Municípios:

- 1) Manter os serviços de saúde de interesse da população local, especialmente os de pronto socorro;
- 2) Manter a vigilância epidemiológica;
- 3) Articular seus planos locais de saúde com os planos estaduais e federais para a área;
- 4) Integrar seus serviços de proteção e recuperação da saúde no Sistema Nacional de Saúde".

O artigo 2º estabelece que o Conselho de Desenvolvimento Social apreciará a Política Nacional de Saúde formulada pelo Ministério da Saúde, bem como os programas dos diferentes Ministérios, com vistas à preservação de diretrizes e coordenação geral definidas nos Planos de Desenvolvimento. Seu parágrafo único classifica os planos setoriais nas áreas programáticas seguintes:

- "a) Área de ação sobre o meio ambiente, compreendendo atividades de combate aos agressores encontrados no

ambiente natural e aos criados pelo próprio homem, e as que visem a criar melhores condições ambientais para a saúde, tais como a proteção hídrica, a criação de áreas verdes, o abastecimento de alimentos, a adequada remoção de dejetos e outras obras de engenharia sanitária;

- b) Área de prestação de serviços a pessoas, compreendendo as atividades de proteção e recuperação da saúde das pessoas, por meio da aplicação individual ou coletiva de medidas indicadas pela medicina e ciências correlatas;
- c) Área de atividades de apoio, compreendendo programas de caráter permanente, cujos resultados deverão permitir: o conhecimento dos problemas de saúde da população; o planejamento das ações de saúde necessárias; a capacitação dos recursos humanos para os programas prioritários; a produção e a distribuição dos produtos terapêuticos essenciais, e outros."

O artigo 3º define áreas de ações próprias e supletivas da União;

"I - No campo da saúde coletiva: ação própria no combate às endemias, no controle das epidemias, nos casos de calamidade pública e nas ações de caráter pioneiro, utilizando na medida do possível a colaboração dos Estados e Municípios.

II - No campo da saúde individual: ações próprias e supletivas, de preferência conjugando os esforços e recursos da União, dos Estados e dos Municípios, e das entidades privadas."

O artigo 4º estabelece a necessidade de definição a nível de planos e programas, de mecanismos de coordenação intersetorial.

O artigo 5º estabelece a participação nos planos regionais dos órgãos públicos e privados que atuam na região, segundo

hierarquia técnica condizente com a área assistida. O parágrafo único deste artigo estabelece as Coordenadorias de Saúde do Ministério da Saúde como unidades de apoio do Sistema Nacional de Saúde, cometendo a estas a conjugação de esforços para a elaboração de programas regionais.

O artigo 6º vincula a construção e ampliação de unidades de saúde à obediência de padrões mínimos fixados pelo Ministério da Saúde e ao preenchimento de lacunas no Sistema. Seu parágrafo 1º condiciona a concessão de créditos por parte de instituições financeiras oficiais para a construção, reforma ou equipamento de unidades de saúde à aprovação dos projetos pelo Ministério competente. O parágrafo 2º veda a credenciação de serviços e de unidades de saúde pela União inclusive órgãos de administração indireta, sem que os projetos tenham sido previamente aprovados pelo Ministério competente referido no artigo 1º.

7.6 O Decreto 79.056 de 30 de dezembro de 1976.

Este Decreto dispõe sobre a organização do Ministério da Saúde e explicita as atribuições que são cometidas ao Órgão pela Lei 6229, (artigo 1º):

"I - avaliação dos níveis de saúde da população;

II - avaliação dos recursos científicos e tecnológicos disponíveis para melhorar os níveis de saúde da população e a viabilidade de seu emprego no País;

III - formulação da Política Nacional de Saúde, a ser apreciada pelo Conselho de Desenvolvimento Social;

IV - elaboração do Programa Nacional de Alimentação e Nutrição, a ser aprovado pelo Presidente da República;

V - elaboração e orientação da execução de planos de promoção, proteção e recuperação da saúde,

VI - elaboração e execução de planos e programas de pesquisa científica, tecnológica e operacional relativa à Saúde Pública e aspectos sanitários da ecologia humana;

VII - elaboração e execução de planos e programas de controle de doenças transmissíveis;

VIII - elaboração e execução de programas integrados de saúde-saneamento em áreas estratégicas de desenvolvimento econômico-social, pequenos centros urbanos e em áreas rurais, de acordo com as prioridades estabelecidas pelo Governo Federal;

IX - coordenação das ações de saúde, a nível de macro-região, objetivando o planejamento setorial harmônico para a adequação dos programas de saúde aos planos gerais de desenvolvimento regional;

X - coordenação e supervisão das ações de vigilância epidemiológica em todo território nacional;

XI - coordenação da execução, supervisão, fiscalização e avaliação de resultados do cumprimento do Programa Nacional de Alimentação e Nutrição;

XII - fixação de normas técnico-científicas básicas relativas às ações de promoção, proteção e recuperação da Saúde, fiscalizando o seu cumprimento e observância em normas específicas fixadas por outras entidades públicas ou privadas;

XIII - fixação de normas e padrões pertinentes a alimentos, bebidas, drogas e medicamentos destinados ao consumo humano, fiscalizando sua observância;

XIV - fixação de normas e padrões pertinentes a cosméticos, saneantes, artigos de perfumaria, vestuário e outros bens, fiscalizando sua observância, com vista à defesa da saúde e diminuição de riscos, quando utilizados pela população em geral;

XV - fixação de normas e padrões para prédios, instalações e equipamentos destinados a serviços de saúde, fiscalizando sua observância;

XVI - controle sanitário nas fronteiras, portos e aeroportos de tráfego internacional;

XVII - controle do estoque nacional de drogas, medicamentos e outros bens críticos e estratégicos de interesse da saúde;

XVIII - controle sanitário relativo a migrações humanas internas e novos assentamentos humanos;

XIX - controle sanitário de importação e exportação de produtos e bens de interesse da saúde;

XX - controle sanitário das condições de exercício das profissões e ocupações técnicas e auxiliares relacionadas com a saúde;

XXI - fabricação de drogas, medicamentos e outros bens de interesse da Saúde Pública através de ação direta, participação ou promoção;

XXII - participação da definição das necessidades quantitativas e qualitativas, assim como na formação e aperfeiçoamento dos recursos humanos a serem utilizados pelo Sistema Nacional de Saúde".

O parágrafo único do item XXII do artigo 1º define atividades e medidas de interesse coletivo como aquelas que, utilizando técnicas operativas de Saúde Pública, procuram a elevação dos níveis de saúde da população, com a utilização de equipes multiprofissionais e de formação interdisciplinar, e com a participação da comunidade."

O artigo 2º dessa Lei comete ao Ministério da Saúde ações relacionadas a compromissos internacionais na área de Saúde.

8. FUNDAMENTOS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

A Política Nacional de Saúde leva em conta os seguintes fatos fundamentais:

- Saúde Pública é o conjunto de ações de saúde realizadas em relação a indivíduos, instituições ou ao ambiente, com interesse precipuamente coletivo.

- Assistência Médica Individual é aquela exercida por qualquer tipo de agente ou entidade, visando primariamente a satisfação de uma necessidade sentida do indivíduo.

- Já existe uma série de decisões técnico-administrativas do Governo como um todo, dos Ministérios que o compõem e do Conselho de Desenvolvimento Social que constituem uma política de saúde, que no entanto deverá ser corporificada neste documento, a ser submetido ao Conselho de Desenvolvimento Social.

- A Constituição estatui tão somente a competência da União no estabelecimento e execução de "Planos Nacionais de Saúde". No que se refere à obrigatoriedade da prestação de serviços de saúde, somente aos trabalhadores acham-se assegurados tais tipos de prestação (artigo 165 - XV). Há no entanto notável grau de consenso na comunidade nacional e por parte de órgãos internacionais de saúde, dos quais o Brasil é participante, de que, embora não se constituindo a Saúde propriamente num direito natural, há por razões sociais e econômicas alto interesse do país, em que o Estado estenda serviços essenciais de saúde, dentro de suas possibilidades, a toda a população.

- Há ainda notável grau de consenso nacional e internacional de que a manutenção da saúde é dever não só do Estado mas do indivíduo e da família. Certos diplomas legais subentendem tal dever, a exemplo da Lei de Vigilância Epidemiológica (Lei 6259 de 30/10/75 e Decreto 78.231 de 12/10/76 que indica obrigações do Estado e estabelece sanções aos pais que não submetam seus filhos à imunização.

- Por vezes o processo mórbido é conseqüência da atividade produtiva, constituindo-se como indesejável subproduto desta. Tal fato se identifica não só no referente à poluição ambiental por certo tipo de indústrias como no referente a mudanças ecológicas e sociais causadas por alguns tipos de empreendimentos envolvendo assentamentos humanos. Neste caso, a empresa é corresponsável no equacionamento e solução dos problemas de saúde, devendo arcar com proporção significativa dos recursos para tal fim, os quais deverão estar previstos nos custos de produção.

- As ações de saúde, são assim área de atividade corresponsável do Estado, da empresa, da família e do indivíduo.

- Em saúde o homem é insubstituível, quer como objetivo

quer como agente das ações de saúde. Desta forma toda a ação sanitária se baseia na utilização judiciosa de recursos humanos ou seja, não utilizando recursos mais sofisticados do que a complexidade da ação prestada exija. Assim, já que a grande maioria das ações de saúde se efetiva por meio de atos simples, haverá interesse de ampla utilização de pessoal de nível médio ou auxiliar na ampliação da cobertura do Sistema Nacional de Saúde como um todo. Tal fato permite a interiorização das ações de saúde, uma racionalização e aumento da eficácia do Sistema, uma diminuição dos custos operacionais e uma multiplicação das oportunidades de emprego para trabalhadores de nível médio e auxiliar. Os recursos humanos de qualificação mais complexa, de que o país dispõe, em geral escassos, destinam-se a realização de tarefas compatíveis com a complexidade de sua formação. inclusive ao treinamento, atualização em serviço e supervisão do pessoal de menor qualificação. Por sua vez este pessoal terá sua formação orientada, sempre que possível, dentro de uma amplitude funcional e atuará por decisão programada, dentro de um sistema de referência de complexidade crescente.

- A participação da população a todos os níveis das ações de saúde é indispensável e deverá ser estimulada por intermédio da educação em saúde, visando à conscientização da clientela em relação ao binômio saúde/doença, enfocando os problemas regionais e locais e da representação da população diretamente ou por intermédio de seus representantes formais, no processo decisório aos diversos níveis do Sistema. Essa participação deve envolver ainda a execução dos atos relativos à promoção, proteção e recuperação da saúde. Tal orientação torna necessária, dentro de um princípio de mínima intervenção, a utilização de sistemas alternativos de atenção à saúde (ex.: utilização de parteiras leigas) e a necessidade de educar a população para que realize a auto medicação quando segura, eficaz e complementar às ações do sistema formal de saúde.

- A Lei 6229 que organiza o Sistema Nacional de Saúde estabelece uma opção governamental por uma solução pluralística para o Sistema. Desta forma prevê-se uma ampla articulação de todos os órgãos que executam ações de saúde, racionalizando seus recursos, especialmente visando a eliminar duplicações e antagonismos e promovendo a inte

gração programática. O poder decisório nos diversos níveis de operacionalização do Sistema, deverá estar cometido a colegiados com a participação das instituições mais significativas do setor. A gerência dos programas e projetos deverá, sempre que possível, ser exercida por pessoal de dedicação exclusiva. Este pessoal não deve estar envolvido com entidades privadas na execução das ações referentes ao seu respectivo programa.

- Especialmente no que se refere à área de interesse coletivo, destaca-se a necessidade do estabelecimento da carreira de saúde pública multiprofissional a todos os níveis do Sistema, a exemplo do que vem ocorrendo no Governo Federal. Deve-se buscar em todos os escalões do Sistema o estabelecimento de uma autoridade local de Saúde Pública, sempre que possível com dedicação exclusiva. Tal autoridade, profissional universitário ou mesmo pessoal auxiliar onde não couber a utilização daquele, terá sob sua responsabilidade o desempenho do Sistema, ao nível que lhe competir.

- A extensão de serviços de saúde a populações ainda não cobertas, quer no que se refere ao combate às grandes endemias, quer na área de prestação de serviços a pessoas, deverá efetuar-se, sempre que possível, pelo princípio de implantação progressiva, envolvendo extensão a áreas contínuas e contíguas garantindo assim facilidades logísticas e de controle, além de favorecer a adesão e participação de populações contíguas sensibilizadas pelo efeito-demonstração.

- Dever-se-á assim evitar a operação através de projetos pilotos, especialmente no referente à dotação de recursos materiais, humanos e financeiros em quantidades não compatíveis com a ampla extensão das atividades a nível regional e de Unidade Federada.

- Os serviços de Saúde deverão sempre que possível ser estáveis, ou seja, proporcionar serviços de forma permanente à comunidade a que servem, ainda que para tal, esses serviços sejam de grande simplicidade. Dever-se-á evitar a operação de unidades móveis, cuja ineficiência tem sido sobejamente demonstrada. A mobilização

de pessoal de saúde deverá voltar-se principalmente ao combate a epidemias e algumas grandes endemias, e especialmente à supervisão de unidades estáveis de menor complexidade.

9. PAPEL DOS DIVERSOS NÍVEIS DO GOVERNO E DO SETOR PRIVADO

Dentro das atribuições que se acham presentes na Lei 6229, no Decreto 79056 de 30/12/76 (dá nova estrutura ao Ministério da Saúde), e nos documentos institucionais dos diversos órgãos participantes do Sistema, para a implantação eficaz do Sistema Nacional de Saúde, os diversos níveis de Governo deverão ter ainda as seguintes funções:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

- Prestar assessoria técnico-administrativa na modernização administrativa das Secretarias de Saúde das Unidades Federadas, buscando adaptá-las à realidade do Sistema Nacional de Saúde e capacitá-las a participar do colegiado deliberativo do Sistema na Unidade Federada,

- Orientar suas entidades de administração direta e indireta visando à participação nos colegiados deliberativos do Sistema a nível de Unidade Federada e de Municípios, inclusive submetendo o universo de suas ações na Unidade Federada à consideração e deliberação de tal colegiado.

Em condições de risco iminente de agravo à Saúde de interesse coletivo, a juízo do Ministério da Saúde, este deverá tomar as providências imediatas cabíveis, notificando a seguir o colegiado da Unidade Federada envolvida.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL

- Orientar suas entidades de administração direta ou indireta visando à participação nos colegiados deliberativos do Sisu

tema a nível da Unidade Federada e de Município, inclusive submetendo o universo de suas ações na Unidade Federada à consideração e deliberação de tal colegiado.

MINISTÉRIO DO INTERIOR

- Orientar suas entidades de administração direta ou indireta visando, onde couber, à participação nos colegiados deliberativos do Sistema a nível de Unidade Federada e de Município, inclusive submetendo o universo de suas ações de interesse à Saúde, no nível correspondente, à consideração e deliberação de tais colegiados.

- Assessorar as companhias de saneamento das Unidades Federadas no referente à participação destas nos colegiados deliberativos, ao nível da Unidade Federada, buscando, dentro de suas limitações institucionais, maximizar o impacto de seus programas sobre a saúde, especialmente a das populações de baixa renda.

GOVERNOS ESTADUAIS, ATRAVÉS DAS SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE

- Participação financeira na programação do Sistema de Saúde da Unidade Federada com parcela significativa dos recursos orçamentários da Unidade Federada inclusive os do Fundo de Participação dos Estados, acompanhando proporcionalmente o incremento do envolvimento financeiro por parte dos outros financiadores do Sistema.

- Adaptar a organização da Secretaria de Saúde, orientar suas ações e capacitar recursos humanos no sentido de participar dos colegiados deliberativos da Unidade Federada.

- Oferecer serviços de secretaria técnica ao colegiado deliberativo do Sistema na Unidade Federada, serviços estes que deverão estar identificados com o órgão de planejamento da Secretaria de Saúde.

- Apoiar técnica, administrativa e financeiramente a formação de secretarias municipais de saúde, onde couber, delegando sempre que possível às mesmas, atribuições executivas, mantendo entretanto vínculos de coordenação técnica e programática.

GOVERNOS MUNICIPAIS POR INTERMÉDIO DAS SECRETARIAS DE SAÚDE:

- Participar financeiramente na programação do Sistema Municipal de Saúde com parcela significativa dos recursos orçamentários do Município, inclusive os do Fundo de Participação dos Municípios, acompanhando proporcionalmente o incremento do envolvimento financeiro por parte dos outros financiadores do Sistema.

- Participar em regime de rodízio, da coordenação colegiado deliberativo municipal de saúde, onde este existir.

- Manter serviços próprios de saúde, sempre articulados com os serviços estaduais e federais e com os de entidades privadas filantrópicas ou lucrativas. Estes serviços prioritariamente complementarão a rede básica de assistência médico-sanitária. As prefeituras municipais, como órgãos públicos de primeira importância junto à comunidade local, serão corresponsáveis pelo cumprimento do princípio ético da não omissão de socorro aos seus munícipes. Neste entendimento é que, na ausência de serviços de saúde e na impossibilidade de que o Município possa dispor dos mesmos, as prefeituras providenciarão medidas adequadas de primeiro atendimento (pronto socorro).

SETOR PRIVADO

- Ao setor privado está assegurada liberdade de operação não só pelas disposições Constitucionais, como pelo princípio de descentralização estabelecido pelo Decreto-lei 200 capítulo 3º artigo 10º, item C. O capítulo 4º do II PND - Estratégia Econômica -Opções Básicas estabelece a Saúde como campo de atuação direta do Governo, em ação conjugada com a iniciativa privada.

Dentro desse embasamento, a capacidade instalada do setor privado deverá ser sempre convenientemente aproveitada, resguardando-se ações indelegáveis do setor público.

As concessões de serviços por entidades públicas de administração direta ou indireta ao setor privado deverão ainda

obedecer as seguintes diretrizes:

- Contratar serviços do setor privado após esgotada a capacidade do setor público, que por sua vez não deverá expandir-se enquanto existir capacidade ociosa no setor privado, observados o interesse social e as responsabilidades do Estado.

- Em se tratando de entidades privadas, a prioridade caberá às de fins não lucrativos. É responsabilidade dos colegiados deliberativos da Unidade Federada a perfeita caracterização de entidades não lucrativas que devam gozar de qualquer benefício diferencial com outras entidades privadas.

- As instalações ou ampliações de novos serviços, quer públicos quer privados, que de alguma forma recebam recursos do poder público, deverão estar compatibilizadas com o sistema local de saúde e para tal, devem necessariamente ser ouvidos os colegiados deliberativos local e da Unidade Federada.

- Os gestores de órgãos, entidades ou programas oficiais do Sistema de Saúde não podem acumular vínculos com serviços privados de saúde, integrantes sob qualquer título, do Sistema.

- As entidades privadas, com ou sem fins lucrativos, terão representantes no colegiado deliberativo do Sistema de Saúde local e da Unidade Federada.

- A concessão de qualquer tipo de serviço pelo Governo (administração direta ou indireta) a entidades privadas deverá ser precedida da verificação das condições técnicas e operacionais destas e envolver necessariamente mecanismos claramente definidos de avaliação de desempenho, tanto em seus aspectos financeiro-contábeis, como no referente à quantidade e qualidade dos serviços prestados, observado o sigilo profissional, sem que tal observância implique na sonegação de informações.

10. ÁREAS PROGRAMÁTICAS DE ATUAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

10.1 Meio ambiente

10.1.1 Saneamento básico

Reconhece-se que o Saneamento Básico, especialmente a provisão de água de boa qualidade e o destino adequado aos dejetos, é componente desejável do conforto e bem estar das comunidades devendo, portanto, constituir-se em equipamento que deve acompanhar toda a expansão do sistema habitacional. No entanto, trata-se primariamente de fator indispensável à promoção da saúde e principalmente à proteção específica contra as doenças que envolvem poluição do solo, especialmente as chamadas doenças de veiculação hídrica e alimentar, um dos grandes componentes da morbidade e mortalidade infantil e da população jovem do país. Programas de saneamento básico do meio, quer através de sistemas de abastecimento de água e esgotos e também coleta de lixo, quer por meio de soluções individuais (fossa e poço) devem ser programas prioritários dos Sistemas de Saúde das Unidades Federadas. Tais programas devem buscar prover precocemente as comunidades de baixa renda das periferias dos centros urbanos e comunidades rurais selecionadas, segmentos sociais particularmente carentes e sensíveis aos danos causados pela poluição ambiental resultante do destino inadequado dos dejetos.

Visando a equacionar precocemente o grave problema da mortalidade infantil, em perfeito entrosamento com as companhias estaduais de águas e esgotos, que devem participar do colegiado deliberativo do sistema de saúde da Unidade Federada, deverão ser identificadas áreas na periferia dos centros urbanos e comunidades rurais, que serão destacadas do sistema tradicional de financiamento de serviços de saneamento do meio, tendo em vista a necessidade de em tais áreas se aplicarem recursos a fundo perdido. Com o objetivo de atender a tais comunidades prioritárias, deverão ser mobilizadas todas as entidades que puderem promover, construir e operar serviços de saneamento básico do meio.

Em caso de necessidade imperiosa de ações de saneamento em programas verticais de controle de endemias, caberá ao Ministério da Saúde estabelecer as prioridades para a execução de tais ações.

Compete ainda ao Ministério da Saúde, o estabelecimento

de padrões de qualidade e às Secretarias de Saúde, devidamente orientadas pelo mesmo, o controle sanitário de águas e esgotos, em perfeita articulação com as empresas prestadoras de tais serviços.

Quanto aos controle de roedores, o Ministério da Saúde, realizará as ações referentes ao combate a determinadas endemias, a exemplo da peste. O combate aos roedores, como problema em si, dado especialmente a seu relacionamento com os serviços de limpeza urbana e outros serviços urbanos envolvendo a disponibilidade de nutrientes, que condiciona a proliferação desses animais, será atribuição dos governos municipais.

10.1.2 Ecologia Humana

Tendo em vista a crescente tendência à urbanização que se observa em todas as regiões do país, faz-se mister que o Ministério da Saúde, em perfeita articulação com a Secretaria Especial para o meio Ambiente, do Ministério do Interior, formule diretrizes a serem aprovadas pelo Conselho de Desenvolvimento Social, buscando orientar os Sistemas de Saúde das Unidades Federadas na solução dos graves problemas de saúde gerados pela ocupação acelerada, e não raro desordenada, dos espaços urbanos, especialmente os metropolitanos. O mesmo tipo de ação deverá voltar-se à ocupação de novas áreas do interior do país, a exemplo da ocupação da Amazônia e da construção de grandes projetos hidrelétricos.

Tais diretrizes visarão a compatibilizar novos assentamentos humanos e as atividades produtivas a eles relacionadas, à preservação do meio ambiente e à minimização dos problemas sociais, com conseqüências danosas à saúde, relacionados a tais assentamentos.

Sempre que possível, novos assentamentos humanos serão acompanhados de projetos de saúde a serem submetidos ao órgão deliberativo do Sistema, na Unidade Federada em questão. Nos custos de produção da atividade econômica que motivar tais assentamentos deverão estar previstos os investimentos na conservação do ambiente físico e humano e, portanto, dos programas de saúde relacionados aos mesmos. Estes investimentos deverão ser concentrados

em ações preventivas com o objetivo de maximizar seus resultados por unidade de custo.

O controle físico-químico ou biológico da qualidade do meio ambiente, executado por entidades públicas ou privadas, deverá ser considerado como um instrumento de proteção à saúde, assegurando-se o acesso imediato do Ministério da Saúde a todos os dados coletados, independentemente de qualquer retribuição.

10.1.3 Saúde Ocupacional

O Ministério da Saúde conjuntamente com o Ministério do Trabalho, emitirá diretrizes e normas relativas às condições ambientais do trabalho.

10.1.4 Vigilância Sanitária

O Ministério da Saúde proverá normas técnico-científicas e padrões básicos relativos a:

- drogas e medicamentos destinados ao consumo humano.
- cosméticos, saneantes, artigos de perfumaria, vestuário e outros bens.
- fixação de normas e padrões para prédios, instalações e equipamentos destinados a serviços de saúde e controle sanitário das condições de exercício das profissões relativas à saúde.

Tais normas e padrões deverão ser obedecidos em todo o território nacional, por pessoas físicas e jurídicas de direito público ou privado, sendo seu cumprimento fiscalizado pelas Secretarias de Saúde das Unidades Federadas, que para tanto receberão orientação do Ministério da Saúde.

- Alimentos e bebidas

Normas e padrões serão estabelecidos pelo Ministério da Saúde em articulação com o Ministério da Agricultura. A fiscalização do cumprimento de tais normas ficará a cargo do Ministério da Agricultura à exceção do nível de consumo, onde o cumprimento das normas será fiscalizado pelas Secretarias de Saúde das Unidades

Federadas, para tanto orientadas pelo Ministério da Saúde. Ressalta ainda a competência do Sistema na investigação epidemiológica de danos causados por alimentos, a qualquer nível da cadeia de produção-consumo.

- Portos e Fronteiras

O Ministério da Saúde encarregar-se-á diretamente do estabelecimento de normas e da execução das ações relativas ao controle sanitário de portos e fronteiras, aqui incluídas a fiscalização e investigação epidemiológica. Em casos especiais, esses serviços serão delegados às Secretarias de Saúde das Unidades Federadas ou a empresas públicas gestoras de Portos e aeroportos.

As atividades de assistência Médico Hospitalar a nível de portos e fronteiras ficarão a cargo dos respectivos Municípios.

10.2 Prestação de Serviços a Pessoas (*)

10.2.1 As Redes de Prestação de Serviços a Pessoas.

As características sócio-econômicas da comunidade nacional, especialmente a existência de grandes contingentes humanos em estado de carência, bem como a grande dispersão populacional e ainda distorções na formação profissional, fazem com que as ações de interesse coletivo, simples, de grande alcance, sejam postergadas em benefício de ações mais complexas destinadas ao atendimento de necessidades sentidas de uma proporção minoritária da população. Com a finalidade de corrigir tal distorção, impõe-se a coexistência de duas redes distintas de serviços de saúde a pessoas: uma encarregada principalmente do atendimento de necessidades sentidas relacionadas com

(*) A nomenclatura referente às Unidades de Saúde, nesta e em outras seções do presente documento será pautada no documento "Conceitos e Definições em Saúde" oficializado pela Portaria MS Nº 30 de 05 de abril de 1977.

a ocorrência de condições mórbidas e outra, de alcance coletivo, que trabalhe principalmente com necessidades não sentidas ou consentidas, relacionadas principalmente à promoção e proteção da saúde.

A primeira rede, de Assistência Médico-Hospitalar tenderá a manter indefinidamente seu crescimento, como se sabe da experiência histórica de outros países face ao caráter ilimitado da demanda por serviços de saúde à medida do desenvolvimento sócio-econômico. Deve esta rede buscar oferecer o melhor atendimento às necessidades individuais, dentro de suas limitações econômicas. Esse atendimento deverá envolver entretanto a assistência médica integral preventiva, curativa e de reabilitação.

A segunda, rede de Assistência Médico-Sanitária, orienta suas ações visando a atender necessidades geralmente não sentidas, identificadas na comunidade e opera segundo medidas de alcance coletivo. A partir do conhecimento dos níveis de saúde da comunidade, executa ações que visam primordialmente a elevar tais níveis. De ampla cobertura, de maior acessibilidade do que a primeira, deve ser ativada com prioridade junto às comunidades de baixa renda, na zona rural em geral, nas regiões pioneiras e na periferia dos centros urbanos.

A distinção das duas redes decorre da diferente capacitação, dos seus agentes, dos diferentes recursos diagnósticos, das diferentes armas terapêuticas, dos métodos e prognóstico. O comportamento da Rede de Assistência Médica Hospitalar envolve serviços disponíveis ao atendimento de uma demanda que se busca regradar, ao passo que o da rede de Assistência Médico-Sanitária, envolve, através principalmente da motivação comunitária e atividades extramurais, um estímulo ativo a uma demanda que se busca estimular.

As duas redes são autônomas, mutuamente complementares e, sem prejuízo de sua individualidade e identidade, funcionarão em regime de integração programática, com um objetivo comum: a saúde do Homem Brasileiro. Para tanto serão organizadas segundo hierarquia de complexidade crescente envolvendo decisão programada e ampla referência entre as redes.

A rede de Assistência Médico-Sanitária, se inicia no

Posto de Saúde, unidade simplificada, periférica, utilizando pessoal de formação elementar, convenientemente treinado. A programação de tal posto deverá estar a cargo de sanitarista de nível superior, lotado em Centro de Saúde que abranja vários postos, que também deverá comandar as ações de supervisão permanente sobre tal tipo de Unidade, supervisão essa que poderá ser realizada por pessoal de nível médio. Deverá dar ênfase à implantação, com ampla cobertura, de ações visando ao saneamento básico do meio, à vigilância epidemiológica, imunizações, alimentação e nutrição, educação para a saúde, sendo seus grupos-alvo prioritários o materno infantil e os portadores e comunicantes de certas doenças infecto-contagiosas. Seu instrumento de atuação preferencial será a visita domiciliar, entendida aqui em sensu lato, abrangendo atividades no domicílio e na escola e incluindo ações voltadas ao saneamento básico do meio. A presença do médico em tais Unidades quando considerada conveniente, visará ao atendimento de doentes selecionados pelo pessoal permanente e, especialmente, à supervisão. Sempre que necessário haverá encaminhamento de doentes à unidade mais complexa que lhe seja acessível. Este tipo de unidade não poderá sobreviver isoladamente, e somente subsistirá eficazmente se vinculado à unidade mais complexa, aparelhada para programação e supervisão. O Posto de Saúde é unidade estreitamente integrada a uma comunidade rural ou suburbana.

As atividades curativas executadas a este nível serão previamente delimitadas, envolvendo decisão programada, não devendo absorver senão uma pequena proporção do tempo do agente local.

O nível imediatamente superior é o Centro de Saúde, unidade sanitária mais complexa, com a presença permanente de médico e aparelhada para programar e supervisionar as atividades do Posto de Saúde. Além de atividades semelhantes às do nível inferior, desenvolvidas entretanto em maior complexidade, o Centro de Saúde tem a seu encargo a avaliação dos níveis de Saúde da comunidade e a vigilância sanitária. Prestará assistência médica individual a parcelas da população mais acessíveis à unidade, em particular ao grupo materno-infantil e aos casos de endemias, prevalentes na região, buscando ativamente a participação comunitária. Os casos que

carecerem de assistência médica mais complexa serão encaminhados devidamente à Rede de Assistência Médico-Hospitalar.

O terceiro nível da rede de Assistência Médico Sanitária é caracterizado pela Unidade Mista, que se constitui de um Centro de Saúde acoplado a um hospital com pequeno número de leitos (menos de 50, a não ser que razões locais indiquem a necessidade de um número maior de leitos) realizando, além das atividades peculiares aos níveis anteriores, internação nas quatro clínicas básicas (Pediatria, Clínica Médica, Cirurgia e Gineco-Obstetrícia)-

Tal Unidade Hospitalar deve ser operada visando ao apoio às atividades das Unidades Sanitárias do sistema regional que lhe é afeto.

Ao lado da Rede de Assistência Médico Sanitária, desenvolver-se-á a rede de Assistência Médico Hospitalar, constituída de Postos de Assistência Médica, unidades sem leitos, destinadas ao atendimento da demanda individual de serviços de saúde em sua maioria curativos e, a este nível especializados ou com as quatro especialidades básicas, Tais tipos de serviços encaminharão atendimentos especializados a Policlínicas, ou sejam, serviços ambulatoriais contando também com clínicas especializadas além das básicas, que por sua vez referirão casos de internação a Hospitais Locais, Hospitais Distritais e Hospitais de Base conforme a complexidade da ação e conveniências locais. A rede de Assistência Médico Hospitalar, em qualquer de seus níveis deverá encaminhar sua clientela à rede de Assistência Médico Sanitária visando ao atendimento de necessidades de saúde de interesse coletivo.

Ambas as redes deverão ser operadas segundo os princípios de medicina preventiva, buscando-se assim a promoção da saúde, a proteção específica, o diagnóstico precoce e tratamento imediato, a limitação da incapacitação temporária e a readaptação face a incapacidade definitiva.

A rede de Assistência Médico Sanitária seguirá orientação e supervisão emanadas do Ministério da Saúde, e de Assistência Médico Hospitalar orientação e supervisão emanadas do Ministério da Previdência e Assistência Social, mutuamente articuladas a nível das Unidades Federadas pelas Secretarias de Saúde, dentro

das diretrizes do Sistema Nacional de Saúde.

A rede de Assistência Médico Sanitária, prestará informações no referente ao atendimento a pessoas à Rede de Assistência Médico Hospitalar e esta prestará àquela, todas as informações de interesse coletivo, especialmente as referentes à vigilância epidemiológica, aí incluídas as imunizações, e a vigilância sanitária.

A rede de Assistência Médico Sanitária será operada pelo Setor Público, salvo em circunstâncias especiais. A rede de Assistência Médico Hospitalar será operada simultaneamente pelos setores público e privado. No referente à assistência hospitalar será utilizada a capacidade instalada do setor público a todos os níveis, na medida necessária e suficiente para estabelecer padrões de qualidade e critérios de avaliação de custos a serem observados pelo setor privado, buscando aproveitar ao máximo a capacidade e potencialidade deste. No referente a serviços ambulatoriais, reservar-se-á tanto quanto possível, ao setor público a entrada direta à rede.

Um estabelecimento de Assistência Médico Hospitalar poderá abrigar fisicamente um Centro de Saúde. Neste caso, deverá ser guardada a identidade administrativa e programática deste.

10.2.2 Áreas específicas

O Governo estabelecerá políticas para áreas específicas por exemplo:

- Alimentação e Nutrição. Conforme o disposto na Lei 6229, artigo 1º parágrafo 1, alínea C, cabe ao Ministério da Saúde assistir ao Governo na formulação da Política referente a esta área, e em colaboração com os Ministérios envolvidos na execução de tal Política elaborar e propor à aprovação do Presidente da República o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição.

- Saúde Materno Infantil, Pneumologia Sanitária, Dermatologia Sanitária, Saúde Mental, Doenças Crônicas e Degenerativas. Caberá ao Ministério da Saúde, consultado o Ministério da Previdência Social, segundo os princípios do presente documento, elaborar di

retrizes para cada uma dessas áreas programáticas específicas, bem como instruções para a implantação dos programas, normas e padrões de desempenho e avaliação. Tais diretrizes serão transmitidas aos órgãos deliberativos dos Sistemas de Saúde das Unidades Federadas, de molde a orientar a programação reservando-se o Ministério da Saúde a tarefa de avaliação de seu cumprimento.

- Educação Sanitária

O Ministério da Saúde dará respaldo técnico ao Ministério da Educação e Cultura visando à elaboração de diretrizes do programas de saúde a nível escolar.

O Ministério da Saúde, segundo os princípios do presente documento, elaborará diretrizes ao conteúdo educativo dos diversos programas específicos de saúde, bem como no relativo à utilização dos meios de comunicação de massa na divulgação de conhecimentos necessários à programação de saúde das comunidades-

10.2.3 Situações Epidêmicas e Grandes Endemias

- Caracterizada a condição de epidemia, especialmente quando envolvidos ou postos sob risco mais de uma Unidade Federada, caberá ao Ministério da Saúde e às suas entidades vinculadas, assumir o comando das operações, podendo a seu juízo, delegar a execução das ações à ou às Secretarias de Saúde. Em tais ocorrências, consultados os níveis decisórios competentes, requisitar-se-ão recursos físicos e humanos dentro e fora do setor saúde, visando ao pronto equacionamento e precoce solução da ocorrência.

- No referente às grandes endemias, o Ministério da Saúde encarregar-se-á do planejamento e execução das atividades visando ao seu combate, especialmente quando interessarem a mais de uma Unidade Federada. A juízo do Ministério da Saúde, tendo a Unidade Federada condições técnicas e financeiras de assumir integralmente o combate a determinada endemia, serão transferidas áreas à responsabilidade da mesma, guardando o Ministério as atribuições de emissão de diretrizes e normas, e a avaliação de sua execução.

As diretrizes operacionais emanadas do Ministério da

Saúde, incluirão a abordagem progressiva de áreas contínuas e Contíguas, visando-se com a medida, não somente ao combate de vetores, como também é melhoria da habitação e modificação do meio ambiente.

Sempre que possível, buscar-se-á o uso dos processos biológicos, face a diretriz de mínima agressão ao meio ambiente, restringindo-se, dentro do possível, a utilização de agentes químicos às indicações específicas.

10.3 Atividades de Apoio

- Diagnóstico de Saúde

Dadas as diversidades e peculiaridades regionais do País, o diagnóstico de saúde deverá ser realizado a nível de Unidade Federada, segundo roteiro elaborado pelo Ministério da Saúde, consultado o Ministério da Previdência e Assistência Social. Tal diagnóstico será elaborado pela secretaria técnica do colegiado deliberativo do Sistema de Saúde. Conterá com a máxima abrangência geográfica e institucional e com a profundidade apenas necessária à programação das ações, dados relativos a indicadores de saúde, recursos físicos, humanos e financeiros.

- Planejamento

Os órgãos de coordenação regional do Ministério da Saúde promoverão em colaboração com os Ministérios componentes do Sistema, a elaboração de plano básico, de abrangência Macro Régional, envolvendo todas as ações e recursos do Governo Federal para o Setor, na Região. A tal plano, após aprovado pelo Conselho de Desenvolvimento Social, serão agregadas as ações e recursos a cargo dos governos das Unidades Federadas envolvidas, constituindo-se assim um Plano Integrado de Saúde da Unidade Federada.

- Recursos Humanos

Compatibilizando-se com a programação geral de saúde, as secretarias técnicas do Sistema de Saúde das Unidades Federadas em articulação com os órgãos de recursos humanos das Secretarias de Saúde, deverão elaborar programação de formação e reciclagem de recursos humanos para a saúde a todos os níveis. Tal programação deverá ser submetida ao colegiado deliberativo da Unidade Federada, para aprovação e encaminhamento às

instituições formadoras de recursos humanos visando à devida compatibilização das atividades destas às necessidades do Sistema de Saúde.

Ênfase não menor será dada aos mecanismos capacitadores de recursos humanos das instituições componentes do Sistema, no sentido de manter um corpo funcional progressivamente adequado às necessidades da programação.

- Produção e distribuição de Insumos Básicos

O Ministério da Saúde prosseguirá na elaboração de diretrizes e instrumentos legais competentes referentes ao licenciamento, produção, comercialização e fiscalização de insumos básicos para a saúde, como tais entendidos matérias primas, drogas, medicamentos, produtos biológicos, prédios, instalações, instrumentos e equipamentos de importância para a saúde coletiva inclusive alimentos e bebidas. O mesmo Ministério encarregar-se-á da elaboração de diretrizes e controle sanitário da importação e exportação de bens e serviços de interesse à saúde e ainda de ações relativas ao controle de estoque nacional de bens críticos e estratégicos de interesse da saúde.

As Secretarias de Saúde das Unidades Federadas, exercerão as atividades de fiscalização relacionadas a Vigilância Sanitária, orientadas e apoiadas tecnicamente para tanto, pelo Ministério da Saúde.

- Hemoterapia

As atividades de Hemoterapia são objeto de regulamentação especial pelo Ministério da Saúde visando a assegurar o provimento oportuno das necessidades de produtos hemoterápicos em todo o território nacional, com produtos de qualidade, obtidos de doadores voluntários, não remunerados.

- Laboratórios de Saúde Pública

A fim de que as atividades de Vigilância Epidemiológica possam contar com respaldo laboratorial oportuno e eficaz, o Ministério da Saúde orienta e apoia a instalação pelas Unidades Federadas, de rede de Laboratórios de Saúde Pública. Estes Laboratórios operarão de acordo com técnicas padronizadas a nível nacional, e terão capaci

dade para atendimento de massa, ligado a levantamentos, investigações e inquéritos epidemiológicos. Deverão conservar nítida distinção com aqueles destinados a análises clínicas ou à pesquisas. Em casos de estabelecimentos que executem simultaneamente tais funções, deverão ser garantidas a individualidade programática e gerencial do Laboratório de Saúde Pública.

- Vigilância Epidemiológica

Concomitante à extensão da rede básica de serviços de saúde, a programação do Sistema de Saúde na Unidade Federada, deverá garantir a extensão da Rede de Vigilância Epidemiológica. Com tal objetivo dever-se-á treinar pessoal, aparelhar unidades e credenciar agentes, segundo as diretrizes e normas emanadas do Ministério da Saúde.

- Modernização Administrativa e Organização de Serviços de Saúde.

Visando a se instrumentar para a adequada operação do Sistema Nacional de Saúde, as instituições a todos os níveis, buscarão compatibilizar suas estruturas administrativas às novas funções previstas no Sistema. A nível das Secretarias de Saúde das Unidades Federadas, o Ministério da Saúde colaborará técnica e, em certos casos, financeiramente com a modernização administrativa de tais Órgãos, visando prioritariamente à regionalização técnica e administrativa de seus serviços, à descentralização do processo decisório, ao estabelecimento ou fortalecimento das ações de planejamento, programação, implantação de programas, supervisão, avaliação e à constituição dos colegiados deliberativos e das secretarias técnicas correspondentes, sendo estas intimamente identificadas com os órgãos de planejamento da Secretaria de Saúde, O processo de modernização administrativa visará ainda, com prioridade, ao estabelecimento de rede de assistência médico-sanitária.

- Pesquisa

O Ministério da Saúde, em articulação com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, estabelecerá diretrizes para o apoio a pesquisas científicas e aplicadas

no campo da Saúde, de especial interesse para a população.

Os colegiados deliberativos das Unidades Federadas poderão encaminhar ao Ministério da Saúde sugestões de pesquisas de elevado interesse para o sistema de saúde, dentro de sua área de abrangência.

Buscar-se-ão ainda elaborar planos regionais abrangendo as pesquisas de elevado interesse para a saúde coletiva, tentando-se adequar os recursos disponíveis de várias fontes à solução dos problemas regionais presentes. Para tanto, em colaboração com os demais Ministérios envolvidos, as Coordenadorias Regionais de Saúde do Ministério da Saúde buscarão articular um sistema de pesquisas de interesse prioritário à saúde coletiva, visando a maximizar seus resultados.

11. ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA

A partir do presente documento de Política Nacional de Saúde a ser submetido ao Conselho de Desenvolvimento Social e de diretrizes adicionais, normas e padrões emitidos pelos Ministérios componentes do Sistema, dentro das diretrizes de identidade institucional e orçamentária e integração programática; as ações serão implementadas a partir da elaboração de programas e projetos pela secretaria técnica e decisão pelo colegiado deliberativo de cada Unidade Federada.

Esses programas e projetos estarão compatibilizados com os Planos Macro Regionais de Saúde elaborados pelas Coordenadorias do Ministério da Saúde em articulação com os órgãos regionais dos outros Ministérios componentes do Sistema, de acordo com o artigo 5 da Lei 6229 (17 de julho de 1975).

O colegiado deliberativo será presidido mediante rodízio dos seus componentes e terá a seguinte composição: representantes do Ministério da Saúde, do Ministério da Previdência e Assistência Social, representantes do Governo da Unidade Federada, aqui incluídos representantes dos órgãos de Saúde, Educação e Saneamento básico e representantes do setor privado.

O colegiado deliberativo não se confunde com os atuais Conselhos Estaduais e Territoriais de Saúde, os quais deve absorver, pois é órgão deliberativo e sua esfera de ação extrapola o estrito âmbito das Secretarias de Saúde, abrangendo todo o Sistema de Saúde da Unidade Federada.

O colegiado será instituído por ato do Governador do Estado, após indicação dos Ministérios envolvidos. As atribuições do colegiado deliberativo serão definidas em conformidade com orientações emanadas do Conselho de Desenvolvimento Social, basicamente envolvendo a identidade institucional e financeira das entidades participantes do Sistema, mas garantindo a integração programática.

Sempre que o colegiado deliberativo da Unidade Federada considerar conveniente serão criados colegiados deliberativos, tecnicamente vinculados àquele, a nível dos Municípios, com a finalidade de adequação local dos programas de saúde.

Sugere-se que os Municípios com mais de 50 mil habitantes tenham colegiados próprios.

Todos os Municípios que não possuam colegiado deliberativo e possuam serviços estáveis de saúde deverão ter comissões executivas de saúde formadas por representante do órgão oficial de saúde local, representante da prefeitura e um representante de outras entidades do setor social eventualmente existentes, indicados pela prefeitura.

Tal comissão caberá ouvir as reivindicações da comunidade a respeito dos serviços de saúde e buscar atendê-las ou esclarecer a impossibilidade ou inconveniência de seu atendimento.

Todo o Município ou Distrito que possua serviços estáveis de saúde deverá contar com uma autoridade local de saúde, expressamente indicada pela Secretaria de Saúde da Unidade Federada. Tal autoridade será de preferência o diretor da unidade governamental local de Saúde Pública de maior porte, não devendo possuir vínculo com entidades privadas, concessionárias do Sistema. A autoridade local de saúde, pessoal profissional ou auxiliar, é responsável direta pela avaliação dos níveis de saúde da comunidade, pelo Sistema local

de Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária, e pela avaliação do desempenho do Sistema local de Saúde.

12. FINANCIAMENTO DO SISTEMA

Guardado o princípio da identidade institucional e orçamentária, e de integração programática, os recursos previstos em cada instituição para a operação do Sistema, deverão ser utilizados compatibilizando-se os objetivos institucionais com a programação integrada a ser elaborada a nível de Unidade Federada e aprovada pelo colegiado deliberativo a esse nível. Desta forma tal programação deve ser encaminhada oportunamente aos órgãos financiadores, para compatibilização financeira no orçamento de tais órgãos, incluídas a destinação dos recursos, a natureza das despesas e o cronograma de desembolso.

13. ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL

No referente à articulação intersetorial, na qual serão envolvidos os Órgãos de Desenvolvimento Regional (Ministério do Interior) onde houver, dar-se-á a dois níveis:

- A nível de planejamento, através de formulação conjunta dos Planos Macro-Regionais de Saúde a serem aprovados pelo Conselho de Desenvolvimento Social, conforme disposto no parágrafo único do artigo 5 da Lei 6229 (17 de julho de 1975) que organiza o Sistema Nacional de Saúde.

- A nível casuístico, através da obrigatoriedade do encaminhamento de projetos de desenvolvimento regional e de empreendimentos, especialmente aqueles envolvendo novos assentamentos humanos, à apreciação do colegiado deliberativo do Sistema de Saúde da Unidade Federada em questão. Em tais projetos deverão estar previstos subprojetos visando à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a participação financeira das empresas e instituições interessadas.

O Ministério da Previdência e Assistência Social encaminhará ao Conselho de Desenvolvimento Social documento de diretrizes a respeito da operação de entidades de seguridade na área de saúde, de molde a que tais empreendimentos não venham a comprometer as responsabilidades dos trabalhadores e das empresas para com a Previdência Social.

O Ministério da Educação e Cultura ouvido o Ministério da Saúde, estabelecerá os currículos mínimos e orientará a regulamentação das profissões e ocupações da saúde, inclusive as novas, que venham se mostrar necessárias à adequada operação do Sistema Nacional de Saúde.

Para compatibilizar os programas de desenvolvimento dos setores econômicos voltados à produção de insumos básicos para o setor saúde tais como medicamentos e equipamentos, deverão ser estabelecidos mecanismos de coordenação entre os Ministérios da Saúde, Previdência e Assistência Social e Indústria e Comércio, orientando as indústrias quanto aos produtos de interesse para o desenvolvimento do Sistema.

14. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Política Nacional de Saúde e os atos que a complementam servirão de diretriz para todas as ações de saúde desenvolvidas no Território Nacional, especialmente as prestadas diretamente ou envolvendo de alguma forma recursos do Setor Público. Deverá para tanto dar sequência a planos, programas e projetos que facultarão sua implementação em ações de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1967.
- 2- Brasil. Ministério da Saúde. Consultoria Jurídica Legislação Federal do Setor Saúde. Brasília, 1973
- 3- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde. Brasília, 1977. (Ante-projeto, não publicado).
- 4- Brasil. Ministério da Saúde. Consultoria Jurídica. Legislação Federal de Saúde. Brasília, 1977. (no prelo).
- 5- Brasil. II Plano Nacional de Desenvolvimento. Brasília, 1975
- 6- Brasil. Ministério da Saúde. Consultoria Jurídica. Saúde: Notas e conceitos. Brasília, 1977. (no prelo).
- 7- Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Contribuição para a discussão do tema oficial - Sistema Nacional de Saúde - da V Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1975
- 8- Brasil. Ministério da Saúde. Discurso do Excelentíssimo Senhor Presidente da República General Ernesto Geisel. Anais da V Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1975.

- 9- Brasil. Ministério da Saúde. Discurso do Excelentíssimo Senhor Ministro da Saúde Doutor Paulo de Almeida Machado. Anais da V Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1975.
- 10- Brasil. Ministério da Saúde. Anais da V Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1975.
- 11- Organização Panamericana de la Salud. Centro Panamericano de Planificación de la Salud. Formulación de Política de Salud. Santiago, Chile, 1975.
- 12- Dias, Hélio. Legislação Sanitária. Documento a ser apresentado à VI Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1977
- 13- Seixá, J.C. Política Nacional de Saúde. Brasília, 1975. (Mimeografado)
- 14- Chaves, Mário. Saúde e Sistemas. Editora Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro, 1971.
- 15- Singer, P.; Campos, O. e Oliveira, E.M. "Pesquisa Sobre Economia da Saúde no Brasil" - CEBRAP, São Paulo, 1977

