

MINISTÉRIO DA SAÚDE

**Evolução Institucional
da
Saúde Pública**

BRASÍLIA — 1979

MINISTERIO DA SAÚDE

Evolução Institucional
da
Saúde Pública

BRASÍLIA-1979

MINISTÉRIO DA SAÚDE

EVOLUÇÃO INSTITUCIONAL
DA
SAÚDE PÚBLICA

BRASÍLIA - 1977

EVOLUÇÃO INSTITUCIONAL DA SAÚDE PÚBLICA

BICHAT DE ALMEIDA RODRIGUES - Médico Sanitarista - Coordenador de Saúde do Sudeste do Ministério da Saúde.

AMARO LUIZ ALVES - Técnico de Administração - Assessor de Modernização Administrativa da Secretaria Geral do Ministério da Saúde

Agradecimentos especiais a Maria Ines Jacon Rodrigues Alho, Francisco de Assis Brito e Yandi de Almeida Rodrigues, que auxiliaram na elaboração desta obra.

Brasilia - 1977

Í N D I C E

1. Introdução	pág. 1
2. Organização Sanitária Brasileira	pág. 3
3. Saúde Pública e Constituições do Brasil	pág. 7
4. Evolução da Estrutura do Ministério da Saúde	pág. 13
5. Organização Atual do Ministério da Saúde	pág. 23
6. Ações Prioritárias do Ministério da Saúde	pág. 36
7. Ações Relevantes no Contexto da Política de Saúde do País .	pág. 47
8. Organograma do Ministério da Saúde	Pág. 65

EVOLUÇÃO INSTITUCIONAL DA SAÚDE PÚBLICA

1. INTRODUÇÃO

A preocupação de proteger a saúde acompanha os homens através dos tempos. Nos períodos históricos, eram os patriarcas, ao tempo em que legislavam sobre aspectos gerais, que estabeleciam preceitos visando à higiene dos seus povos: Moisés e Maomé assim o fizeram. A observação popular, por seu lado, embora sem as bases científicas de que dispomos hoje para interpretar os fenômenos, participava igualmente com sua contribuição empírica na proteção da saúde coletiva.

Durante muitos anos a arte de curar ficou entregue a ambulantes, curandeiros e barbeiros que, agregados a casas nobres ou recebendo donativos pelos seus serviços, davam assistência às populações, de acordo com o respectivo empirismo reinante.

A Revolução Industrial, iniciada na segunda metade do século XVIII, veio determinar profunda repercussão na estrutura social da humanidade e sobre a saúde coletiva. Rompendo a organização profissional e comercial vigentes, calcadas no artesanato, quando o produtor negociava sua escassa produção diretamente com o consumidor, a Revolução Industrial destruiu tal sistema, concentrando, multiplicando e padronizando a produção, o que acarretou a necessidade de grandes concentrações humanas.

As populações foram deslocadas das pequenas comunidades rurais e trazidas em massa para os centros urbanos em formação. A promiscuidade, a ignorância e a falta de recursos, inevitáveis nesse início da nova organização social, em que os problemas, pelo seu vulto, escapavam ao controle dos despreparados administradores de então, criaram condições propícias aos graves surtos de doenças epidêmicas. A falta de informações essenciais, gerando o desconhecimento das causas fundamentais de tão graves problemas, dificultando soluções, eram resultado do empirismo então dominante.

A utilização da Estatística como instrumento de mensuração dos fenômenos sociais, possibilitando a implantação da

administração científica, somente iria ocorrer nas primeiras décadas do século XIX, sendo como pioneiros Babbage, von Moltke e, posteriormente, Fayol e Taylor.

Entretanto, o estudo científico da Administração pública é bem mais recente, tendo início apenas no princípio do século atual. No Brasil, o ensino e a pesquisa científica no campo da administração surgiram em 1932, com a criação do Instituto de Organização Racional do Trabalho - IDORT.

A criação do Departamento Administrativo do Serviço Público - DASP, na década de 30 representou outro passo importante na racionalização da Administração Pública, graças a um grupo de jovens entusiastas, especializados nos Estados Unidos. Mais recentemente, a Fundação Getúlio Vargas - FGV liderou a organização de cursos de Administração Pública e de Administração de Empresas em seus estabelecimentos de ensino no Rio de Janeiro e em São Paulo.

Coube à Inglaterra liderar o equacionamento da Saúde Pública de então quando, no reinado da Rainha Vitória, foram organizadas comissões para investigar as condições de saúde das classes trabalhadoras, assim como das grandes cidades e seus distritos. Como resultado de tais investigações, foi criado em 1848 o primeiro Conselho de Saúde, considerado por William Welch o marco inicial da Saúde Pública moderna, ao afirmar que, pela primeira vez na história da humanidade, a saúde do povo era integralmente reconhecida como importante função administrativa de Governo.

Os programas de valorização de áreas subdesenvolvidas, em todo o mundo e em nosso país, apreenderam a importância de recuperar o homem como uma das metas mais importantes a atingir e os economistas vêm de incorporar em definitivo tal concepção, como se comprova na Ata de Bogotá e na Carta de Punta del Este, em cujas recomendações os programas de Saúde Pública aparecem vinculados aos planos de desenvolvimento estabelecidos.

Assumiu grande importância o papel do Governo campo da saúde. O grande Franklin Roosevelt, ao tempo em que foi governador do Estado de Nova York, asseverava: "Em última análise, o sucesso ou o fracasso de um governo será medido pelo bem-estar de seus concidadãos. O mais importante para um Estado deve ser sua saúde pública; seu supremo interesse a saúde do povo."

Justifica-se perfeitamente tal conceituação por parte de governantes pois, quanto melhores as condições de saúde da população, tanto maiores serão as possibilidades econômicas de um país.

As repercussões econômicas das doenças dispensam maiores comentários quando as estatísticas demonstram que, em consequência da elevada mortalidade, entre os brasileiros que se acham em plena idade de produção, isto é, entre os 15 e os 60 anos, o tempo médio de vida com capacidade de trabalhar quase sempre inferior ao dos habitantes de outras nações que já conseguiram se libertar das doenças responsáveis por essa situação.

No Brasil, as condições sanitárias encontradas nas suas diversas regiões fisiográficas evidenciam que, embora em algumas áreas já se justifique a instalação e manutenção de serviços destinados ao controle de doenças degenerativas, profissionais e de acidentes, o grande peso das atividades de saúde Pública ainda se deve concentrar na luta contra as doenças transmissíveis, a mortalidade materna e da criança, além da assistência curativa.

2. ORGANIZAÇÃO SANITÁRIA BRASILEIRA

Par volta de 1500, em Portugal, os encarregados da saúde do povo eram os almotacéis, aos quais competia verificar os gêneros alimentícios, apreendendo e destruindo os que não estivessem em boas condições. Ao Brasil-Colônia eram extensivas a legislação e as práticas vigentes em Portugal.

Posteriormente, em 1521, foi baixado por D. Manoel o Regimento do Físico-Mor e do Cirurgião-Mor do Reino, instituindo-se os Comissários-Delegados nas Províncias, inclusive no Brasil. As atribuições principais de tais autoridades eram conceder graduação aos físicos, licenciar boticas e autorizar o exercício de atividades auxiliares da arte de curar, reservando-se às mesmas o poder de justiça contra os infratores da lei.

Em 1744 já no reinado de D. João V, foi reiterada ao então Vice-Rei do Brasil, Conde de Galvêas, em ordenação real, determinação relativa às atribuições dos Comissários-Delegados, na

qual se instruía sobre a obrigatoriedade de aceitar a Delegação de Físico-Mor, quando designado, aí compreendida a imposição de inspecionar as boticas de três em três anos, com percepção de taxas, bem como a apreensão de drogas alteradas.

Em 1782, por Lei da Rainha D. Maria I, foi reformada a organização estabelecida, instituindo-se a Junta do Protomedicato, constituída de sete deputados, com mandato de três anos. As atribuições conferidas a Junta do Protomedicato eram semelhantes as do Físico-Mor, dando-se ênfase especial a Fiscalização.

Em 1808 chegamos à primeira organização nacional de Saúde Pública, no Brasil, Quando D. João VI transferiu a Corte para a Brasil, restabeleceu as funções de Físico-Mor e Cirurgião-Mor, além dos Juizes-comissários e Delegados do Físico-Mor, com a exigência de que fossem formados por Coimbra. Os Juizes-Comissários tinham como auxiliares dois Visitadores-Examinadores, além de um Meirinho e um Escrivão, exercendo sua atividade fiscalizadora, julgadora e punitiva, à parte da Justiça Comum. Tinham autoridade, inclusive, para tributar e arrecadar taxas relativas aos seus serviços.

Aos 27 de fevereiro de 1808 foi criado o cargo de Provedor-Mor de Saúde da Corte e do Estado do Brasil, embrião de atual Serviço de Saúde dos Portos, com Delegados nos Estados. Estes eram denominados Guardas-Mores de Saúde.

Evidencia-se nessas providências o cuidado dispensado à proteção dos portos, utilizando a quarentena e lazaretos para isolamento, pois era preocupação máxima da época evitar doenças pestilenciais. Corolários dessas medidas eram as atividades visando a fiscalização do exercício da Medicina e Farmácia.

Após a Independência, foi promulgada aos 30 de agosto de 1828 a Lei de Municipalização dos Serviços de Saúde, que conferiu as Juntas Municipais, então criadas, as funções exercidas anteriormente pelo Físico-Mor, Cirurgião-Mor e seus Delegados. Todavia, foi retirado das mesmas Juntas o direito de cobrar tributos sanitários e de julgamento dos casos, transferidos estes à Justiça Comum.

Em 1828 foi criada a Inspeção de Saúde Pública do Por-

to do Rio de Janeiro, subordinada ao Senado da câmara, sendo duplicado em 1833 o número dos seus integrantes, com divisão das atividades em serviços de terra, inclusive a quarentena em Juritiba, e o serviço de mar, com sede na então Ilha de Villegaignon, além da criação de Inspetorias em todas as províncias marítimas.

Obedecendo ao mesmo critério de luta contra as epidemias, organizava-se o Instituto Vacínio de Império em 1846 e tornava-se obrigatória, em 1878, a desinfecção terminal dos casos de morte por doenças contagiosas, a critério da autoridade sanitária.

A junta de Instituição vacínia do Rio de Janeiro, que antecedeu à criação do Instituto Vacínio do Império, limitava sua ação à capital do Brasil. O próprio pus vacínio era remetido para outros pontos do país pela sociedade de medicina da corte, hoje academia nacional de medicinal.

Até 1850 as atividades de saúde pública, em resumo, estavam limitadas ao seguinte:

- 1 - Delegação das atribuições sanitárias às juntas municipais.
- 2 - Controle de navios e saúde dos portos.
- 3 - Autoridades vacinadora contra a varíola.

Em 1851 era regulamentada a lei que criava a junta central de higiene pública, subordinada ao ministro do império com as atribuições de executar a polícia médica das embarcações, boticas, mercados e de "todos os logares, estabelecimentos e casas de onde possa provir damno á saúde pública". A junta era igualmente consutiva e tinha a iniciativa nas propostas de medidas sanitárias a serem adotadas pelo ministro do Império. Nas províncias havia corporações de higiene, análogas á junta.

Em 1902 iniciava-se o governo Rodrigues Alves e, com ele, a saúde Pública federal foi entregue á lucidez e capacidade de Oswaldo Cruz, que iria inaugurar nova era para a higiene nacional. Ao mesmo tempo que em São Paulo surgiam os trabalhos desenvolvidos pela equipe onde se destacariam, entre tantos outros, Emílio Ribas e Vital Brasil.

Na reforma de Oswaldo Cruz, introduzida com o Decreto Legislativo N° 1.151 de janeiro de 1904, foi reestruturada a Diretoria Geral de Saúde Pública, a qual se destinava a atender aos problemas da saúde da capital do País e prosseguir na defesa sanitária dos portos brasileiros.

A organização dada à Diretoria Geral de Saúde Pública incorporava elementos novos à estrutura sanitária, entre os quais a inovação, na administração sanitária, da descentralização de atividades executivas mediante a divisão do Distrito Federal em dez Delegacias de Saúde.

O Instituto Soroterápico Federal foi igualmente organizado para a fabricação de produtos profiláticos, sendo posteriormente ampliado e transformado no então Instituto de Manguinhos.

A organização da Diretoria Geral de Saúde Pública, depois de Oswaldo Cruz, sofreu algumas alterações, sem influírem, porém, grandemente, na estrutura existente. Uma delas, em 1914, entretanto, transformou a Inspetoria de Isolamento e Desinfecção em Inspetoria dos Serviços de Profilaxia, tendo início em 1918, subordinadas a esse serviço, as atividades de Profilaxia Rural do então Distrito Federal.

Novo marco importante da evolução sanitária brasileira, foi à reforma de Carlos Chagas que, reorganizando os Serviços de saúde Pública pelo Decreto Legislativo n° 3.986, de 2 de janeiro de 1920, criou o Departamento Nacional de Saúde Pública. A regulamentação desse diploma legal sofreu substituição e modificações até a publicação do Decreto n° 16.300, de 31 de dezembro de 1923, que vigorou como Regulamento Sanitário Federal por muitos anos.

Os serviços relacionados com a saúde pública estavam na jurisdição do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, compreendidos na Diretoria Geral de Saúde Pública, organizada esta pelo Decreto n° 2449 de 1° de fevereiro de 1917. Com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, pelo Decreto n° 19.402, de 14 de novembro de 1930, em decorrência natural foi baixado o Decreto n° 19.518, aos 22 de dezembro de 1930, transferindo aqueles serviços para o novo Ministério da Educação e Saúde Pública.

As atividades relativas à proteção da maternidade, da infância e da adolescência, anteriormente englobadas no Departamento Nacional de Saúde Pública, passaram a constituir o Departamento Nacional da Criança, com a transformação da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância daquele Departamento por força do Decreto-Lei n.º 2.024, de 17 de fevereiro de 1940. O DNCr foi reorganizado pela Lei n.º. 282 de 24 de maio de 1948.

A rivalidade estabelecida entre o Departamento Nacional de Saúde e o Departamento Nacional da Criança, inexplicavelmente fomentada, iria influir negativamente durante muitos anos nas boas relações entre ambos e nas próprias estruturas estaduais.

Com o Decreto n.º. 3.171, de 2 de abril de 1941, foi processada nova reforma da Saúde Pública Federal, orientada esta *por Barros Barreto*. A estrutura criada manteve suas linhas gerais estabelecidas àquela época durante vários anos, apesar das amputações sofridas em várias oportunidades.

Em 1953, com a Lei n.º 1.920, foi criado o Ministério da Saúde, regulamentado pelo Decreto n.º. 34.596, de 16 de novembro de 1953.

3. SAÚDE PÚBLICA E CONSTITUIÇÕES DO BRASIL

As diversas modificações no que respeita a Saúde Pública, constantes das várias Cartas Magnas, desde a Constituição do Império, datada de 1824, até à atualmente em vigor, são apresentadas, sumariamente, a seguir:

Constituição de 1824

Art. 124 - "Nenhum gênero de trabalho, de cultura, indústria ou comércio pode ser proibido, uma vez que não se oponha aos costumes públicos, a segurança e Saúde dos cidadãos".

Se os americanos do norte, apenas utilizando a expressão existente na sua Carta Magna.- "General Welfare" - baseavam toda a legislação sanitária nessas palavras, a Constituição brasileira do Império, com o texto do Artigo 124, propiciaria ao legislador campo suficiente para estabelecer, constitucionalmente, a legislação específica de saúde que fosse indicada.

Constituição de 1891

Com o advento da República, em 1889, os nossos legisladores e constituintes da época, tomando como paradigma os Estados Unidos da América, estruturaram o Brasil e deram-lhe uma Carta Magna inspirada na daquele país amigo.

A Constituição de 1891, por conseguinte, pautada no exemplo norte-americano, não fez qualquer referência, mesmo superficial, à Saúde Pública, embora houvesse sido promulgada cento e quinze anos depois da americana.

Compreende-se a omissão observada na Constituição dos Estados Unidos da América, pois fora aprovada 72 anos antes do "Public Health Act" da Inglaterra, que foi, como já referimos anteriormente, o primeiro reconhecimento da Saúde do povo como obrigação de Governo.

Várias décadas iriam ainda decorrer, apesar da demonstração marcante de Oswaldo Cruz evidenciando a importancia da Saúde Pública nos programas de Governo, até que fosse despertada nos nossos governantes e legisladores a consciência dessa conquista,

Constituição de 1934

Esta Carta incorporou ao seu texto vários aspectos de Saúde Pública, como sejam:

Art. 10 - Compete concorrentemente à União e aos Estados:
II - Cuidar da saude e assistancia pdbli-cas.

Art.121 - § 1º - A legislação do trabalho observará os seguintes preceitos, além de outros que colimem melhorar as condições do trahalhador:

.....

h) assistência médica e sanitária ao trabalhador e à gestante assegurando a esta descanso antes e depois do parto, sem prejuízo do salário a do emprego e instituição de previdência, mediante contribuição igual da União, do empregador e do empregado, a favor da velhice, da invalidez, da maternidade e nos casos de acidente de trabalho ou de morte.

Como vimos, a Constituição de 1824, inspirada na Carta Magna da Inglaterra, primeiro país a se preocupar com o problema de Saúde Pública, expressa sua atenção à Segurança e Saúde dos cidadãos. Com o advento da República em 1889 nossa segunda Constituição passa do modelo inglês para o modelo americano, o qual não fazia nenhuma alusão e assim nada foi referido sobre o assunto.

A terceira Constituição - 1934 - volta, assim, a tratar explicitamente dos assuntos de Saúde Pública. Em seu artigo 10, por exemplo, de competência à União e aos Estados para cuidar da Saúde e Assistência Pública. Já no artigo 121 refere-se à assistência médica sanitária ao trabalhador e à gestante. Também se preocupou com a assistência social e incluiu a participação dos municípios nas atividades de Saúde. De todas as Constituições, foi a que mais expressamente tratou da Saúde Pública como responsabilidade de governo. As Constituições que se seguiram à de 1934, inclusive a atual, trataram sucintamente da Saúde Pública, mencionando o assunto em alguns poucos artigos.

A Constituição de 1934 determinava a participação do município nos problemas sanitários, dentro do conceito da responsabilidade municipal pelos serviços locais, além da concretização de sua autonomia, ao exercer legalmente tais atividades. É o que se observava no Art. 138:

Incumbe à União, aos Estados e aos Municípios:

- a)
- b) estimular a educação eugênica;
- c) amparar a maternidade e a infância;
- d)
- e)
- f) adotar medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a mortalidade e a morbidade infantis; e de higiene social que impeçam a propagação das doenças transmissíveis;
- g) cuidar da higiene mental e incentivar a luta contra venenos sociais.

Nessa Constituição foi estabelecida a responsabilidade direta e primordial da União no enfrentar problemas que transcendessem às possibilidades dos governos locais, problemas esses que poderemos classificar em diferentes grupos, mas entre os quais devemos destacar como de maior importância os seguintes:

- a) econômico-financeiros;
- b) técnico-científicos;
- c) administrativos e legais.

Inegavelmente a Constituição de 1934, entre todas as outras, dispensou especial carinho à Saúde Pública, dando-lhe a devida importância como responsabilidade governamental.

Mais três Constituições vieram reger os destinos do nosso País depois da promulgada em 1934, mas em nenhuma delas, nem mesmo na atual, vamos encontrar estabelecidos tão amplos cuidados com a Saúde Pública do País.

Constituição de 1937

Outorgada ao país naquele ano, limitou-se, no que respeita à Saúde Pública, a inserir um item num parágrafo, Artigo 16 - XXVII - e uma alínea em outro, Artigo 137 - I. Todavia, reservava um capítulo inteiro à Educação e Cultura; e o Ministério na época era da Educação e Saúde:

Constituição de 1946

Inexplicavelmente continuou bastante sucinta no que se refere à Saúde Pública. A própria organização do combate às endemias rurais, que na Constituição de 1934 se destacava em artigo especial, ficou englobada com outros problemas.

Apenas três artigos tratam dos problemas de saúde e assistência, os quais passaremos a transcrever:

Art. 5º - Compete à União:

XIII. Organizar defesa permanente contra os efeitos da seca, das endemias rurais e das inundações;

.....

XV. Legislar sobre:

- a)
- b) normas gerais de direito financeiro; de seguro e previdência social; de defesa e proteção de saúde e regime penitenciário.

Art. 157 - A legislação do trabalho e da previdência social obedecerão aos seguintes preceitos, além de outros que visem à melhoria das condições dos trabalhadores:

.....
VIII. Higiene e segurança do trabalho;

-
X. Direito da gestante a descanso antes e depois do parto, sem prejuízo do emprego nem do salário;

-
XIV. Assistência sanitária, inclusive hospitalar e médica preventiva ao trabalhador e à gestante;

-
XVI. Previdência, mediante contribuição da União, do empregado e do empregador, em favor da maternidade e contra as conseqüências da doença, da velhice, da invalidez e da morte.

Parágrafo único - Não se admitirá distinção entre o trabalho manual ou técnico e o trabalho intelectual, nem entre os profissionais respectivos no que concerne aos direitos, garantias e benefícios.

Além dos artigos referidos naquela Constituição que tratavam da Saúde Pública, encontramos ainda a Lei nº 2.312 de 3

de setembro de 1954, onde foram estabelecidas Normas Gerais sobre a Defesa e Proteção da Saúde.

Enuncia-se nessa lei ser "dever do Estado, bem como da família, defender e proteger a saúde do indivíduo" e confere-se à União autoridade para traçar normas gerais de defesa e proteção da saúde a serem observadas pelos Estados, o Distrito Federal e os Territórios, cabendo-lhes legislação supletiva e complementar.

A Lei nº 2.312 previu, ainda, a sua regulamentação sob a denominação de Código Nacional de Saúde, em vigor, aprovado pelo Decreto 49.974A de 21 de Janeiro de 1961.

No Código Nacional de Saúde alinham-se os títulos relativos à Proteção da Saúde; Promoção da Saúde; Recuperação da Saúde e Serviços Técnicos Complementares, onde estão incluídos os pontos fundamentais da política sanitária a ser observada no País.

Constituição de 1967 e Emenda Constitucional nº 1

A competência da União para legislar e atuar diretamente no campo da Saúde Pública está definida no Artigo 8º, item XIV desses dois diplomas legais, onde se estabelece:

Art. 8º - Compete à União:

XIV - Estabelecer e executar Planos Nacionais de Educação e Saúde, bem como Planos Regionais de Desenvolvimento.

O Artigo 165 assegura aos trabalhadores uma série de direitos que enumera, visando à melhoria de sua condição social, entre os quais merecem destaque os itens IX, XI e XV, que dizem respeito à saúde:

IX - higiene e segurança do trabalho;

XI - descanso remunerado da gestante antes e depois do parto, sem prejuízo do emprego e do salário;

XV - assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva.

O Poder Executivo dispõe, em face da Emenda Constitucional nº 1, de amplos poderes para alterar, suprimir ou introduzir as modificações que julgue indicadas no texto constitucional, visando ao aperfeiçoamento dos dispositivos legais e à execução dos planos que sejam considerados de interesse da Saúde Pública do país.

Em resumo, a legislação básica em que se fundamentam as atividades de saúde atribuídas ao Governo Federal são:

a) Artigos da Constituição Federal de 1967 e Emenda Constitucional nº 1 de 1969.

b) Lei nº 6.229 de 17 de julho de 1975, que instituiu o Sistema Nacional de Saúde.

c) Código Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto nº 49.974A de 21 de janeiro de 1961, em tudo que não colida com a nova legislação vigente.

d) Decreto-lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967.

e) Outras leis ordinárias e normas complementares.

f) Programas aprovados pelo Conselho de Desenvolvimento Social.

4. EVOLUÇÃO DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Muito embora a primeira etapa da Saúde Pública Brasileira remonte a 1808, o Ministério da Saúde só veio a ser instituído em 25 de julho de 1953, com a Lei nº 1.920, que desdobrou o então Ministério da Educação e Saúde em dois Ministérios:

- Saúde;
- Educação e Cultura.

Em decorrência de tal divisão, passaram ao Ministério da Saúde todos os órgãos e serviços "atinentes à Saúde e à Criança".

O Decreto nº 34.596, de 16 de novembro do mesmo ano, aprovou o Regulamento do Ministério da Saúde, em substituição ao Antigo Regulamento do Ministério da Educação e Saúde.

O Ministério da Saúde tomava a seu cargo todos os problemas da competência federal atinentes à saúde humana, tendo sua primeira organização estrutural estabelecida no seu Regulamento. Assim, ficavam diretamente subordinados ao Ministro de Estado os seguintes órgãos:

Gabinete do Ministro
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Alimentação
Seção de Segurança Nacional
Serviço de Documentação
Serviço de Estatística da Saúde
Departamento de Administração
Departamento Nacional de Saúde
Departamento Nacional da Criança e
Instituto Oswaldo Cruz

Quando da sua organização em 1953 o Ministério da Saúde não recebeu nova estruturação para constituir-se em Secretaria de Estado, apropriada para atender aos importantes problemas da saúde pública moderna. Limitou-se a ação legal a mera dicotomização das atividades de saúde e educação, antes incorporadas num só Ministério.

A própria divisão do patrimônio das duas entidades se fez de forma unilateral, com evidentes prejuízos para o Ministério da Saúde, como é fácil constatar: ao Ministério da Educação e Cultura couberam, por exemplo, o edifício-sede do atual Palácio da Cultura, o que seria perfeitamente razoável; o antigo Hospital de Alienados na Praia Vermelha, tradicional e secular instituição da saúde pública, sendo ali instalada a Reitoria da Universidade do Brasil, enquanto que o Ministério da Saúde, com seus Departamentos e Serviços, era obrigado a se alojar em prédios alugados e inadequados às instalações de suas dependências, em pontos esparsos da cidade.

Outro destaque efetuado do então Departamento Nacional de Saúde, sem reorganização conseqüente, efetivou-se com a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais, pela Lei nº 2.743, de 6 de março de 1956, com Regimento aprovado pelo Decreto nº 40.870, de 7 de fevereiro de 1957. O que fora proposto e tecnicamente justificável, era a criação de um Serviço Nacional de

Endemias Rurais, integrante do Departamento Nacional de Saúde. Entretanto, modificou-se a proposta instituindo o Departamento Nacional de Endemias Rurais, daí advindo uma série de problemas administrativos e técnicos; desde os relativos às medidas executivas de controle de notificação internacional das doenças então denominadas quarentenáveis até, entre outros, a competência para o combate às doenças nas transmissíveis nas áreas internas dos portos - aéreos, marítimos, fluviais - e fronteiras.

A administração sanitária federal brasileira continuava, ainda, distribuída por vários Ministérios e Autarquias, com pulverização de recursos financeiros e dispersão do pessoal técnico vinculado a órgãos de administração direta, autarquias e fundações.

O Ministério da Saúde mantinha-se, todavia, como a principal unidade administrativa da ação sanitária direta do governo federal, compreendendo:

O Departamento Nacional de Saúde e o Departamento Nacional de Endemias Rurais, com ações normativas e executivas, enquanto o Departamento da Criança exercia atribuição meramente normativa e supletiva. O Instituto Oswaldo Cruz preservava sua condição de órgão de investigação, pesquisa e produção de vacinas. A Escola Nacional de Saúde Pública incumbia-se da formação e aperfeiçoamento de pessoal e o antigo Serviço Especial de Saúde Pública atuava no campo da demonstração de técnicas sanitárias e serviços de emergência a necessitarem mobilização pronta, sem prejuízo de sua ação executiva direta, no campo do saneamento e da assistência médico-sanitária aos Estados.

Para estabelecer os pontos fundamentais da política sanitária foi aprovada em 3 de setembro de 1954 a Lei nº 2.312, "Normas Gerais sobre Defesa e Proteção da Saúde", como já foi referido. Com a regulamentação dessa lei pelo Decreto nº 49.974A de 21 de janeiro de 1961, estava instituído o Código Nacional de Saúde. Pode-se observar que esta foi, de fato, a primeira tentativa de organizar um Sistema Nacional de Saúde.

Com a implantação de Reforma Administrativa Federal, consubstanciada no Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967,

ficou estabelecido, em seu artigo 39, que o Ministério da Saúde teria as seguintes áreas de competência:

- Política nacional de Saúde;
- Atividades médicas e paramédicas;
- Ação preventiva em geral, vigilância sanitária de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos;
- Controle de drogas, medicamentos e alimentos;
- Pesquisa médico-sanitária.

No artigo 186 desse mesmo Decreto-Lei 200 ficou definido que caberia ao Ministério da Saúde a formulação e coordenação da Política Nacional de Saúde, em âmbito nacional e regional.

Duas modificações de estrutura foram processadas no Ministério da Saúde, visando a ajustá-lo às responsabilidades que lhe foram atribuídas pela legislação que vimos de referir.

O Decreto nº 66.623 de 22 de maio de 1970, que dispõe sobre a organização administrativa do Ministério da Saúde, assim estabeleceu sua estrutura básica:

I - ÓRGÃOS CENTRAIS DE PLANEJAMENTO, COORDENAÇÃO E CONTROLE FINANCEIRO:

- a) Secretaria Geral
- b) Inspeção Geral de Finanças

II - ÓRGÃOS DE ASSISTÊNCIA DIRETA E IMEDIATA:

- a) Gabinete do Ministro
- b) Consultoria Jurídica
- c) Divisão de Segurança e Informações

III - ÓRGÃOS DE CONSULTA:

Conselho Nacional de Saúde

IV - ÓRGÃO DE APOIO INTERNACIONAL:

Coordenação de Assuntos Internacionais de Saúde

V - ÓRGÃOS CENTRAIS DE DIREÇÃO SUPERIOR:

- a) Secretaria de Saúde Pública
- b) Secretaria de Assistência Médica
- c) Departamento de Administração

VI - FUNDO NACIONAL DE SAÚDE

VII - ÓRGÃOS DE ATUAÇÃO REGIONAL:

Delegacias Federais de Saúde

Tínhamos nessa estrutura básica, incluídos na Secretaria de Saúde Pública, a coordenação e a administração dos órgãos incumbidos das atividades específicas de Saúde Pública, mediante a realização de campanhas; de estudos de nutrição; do controle de fatores nosológicos; de levantamentos epidemiológicos e estatísticos; de educação sanitária; de organização e de fiscalização sanitária. A Secretaria de Saúde Pública era integrada pelos seguintes órgãos:

1. Departamento Nacional de Profilaxia e Controle de Doenças:

- a) Divisão Nacional de Educação Sanitária
- b) Divisão Nacional de Engenharia Sanitária
- c) Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística da Saúde
- d) Divisão Nacional de Tuberculose
- e) Divisão Nacional de Lepra

2. Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM)

3. Divisão Nacional de Fiscalização

4. Divisão Nacional de Organização Sanitária

A Secretaria de Assistência Médica competia promover e coordenar a assistência médico-social, objetivando a proteção à maternidade, à infância e à adolescência; promover e coordenar a prevenção e a recuperação da saúde física e mental, bem como realizar perícias médicas.

A Secretaria de Assistência Médica era integrada pelos seguintes órgãos:

I. Coordenação de Assistência Médica e Hospitalar

- II - Coordenação de Proteção Materno-Infantil
- III - Divisão Nacional de Saúde Mental
- IV - Divisão Nacional de Câncer
- V - Divisão Nacional de Perícias Médicas

A Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), foi atribuída a execução direta de atividades de erradicação e controle de endemias, nas áreas apresentando transmissão atual ou potencial.

A Superintendência de Campanhas de Saúde Pública resultou da fusão do Departamento Nacional de Endemias Rurais, da Campanha de Erradicação da Variola e da Campanha de Erradicação da Malária, como estabelece o Parágrafo único do Decreto 66.623, de 22 de maio de 1970.

As Delegacias Federais de Saúde, subordinadas diretamente ao Ministro de Estado, competia na forma que fosse estabelecida em regimento, exercer junto aos Estados, Territórios e Municípios, assim como a órgãos federais e entidades privadas, as atividades de natureza técnica e administrativa de interesse do Ministério da Saúde.

As Delegacias Federais da Criança e as antigas Circunscrições do DNERu desapareceram. Em seu lugar foram estabelecidas novas Delegacias Federais de Saúde, a fim de possibilitar, com as já existentes anteriormente, cumprir a determinação legal de estabelecer uma Delegacia Federal de Saúde em cada Estado.

Nova reforma de estrutura foi dada ao Ministério da Saúde pelo Decreto nº 74.891, de 13 de novembro de 1974, visando a proporcionar-lhe organização compatível com suas atribuições legais. Modificações relevantes foram então processadas, que vigoraram até o final do ano de 1976, tais como:

As Secretaries de Saúde e de Assistência Médica foram englobadas, passando a constituir a Secretaria Nacional de Saúde, para reforçar o conceito de que não existe dicotomia entre Saúde Pública e Assistência Médica.

A Superintendência de Campanhas de Saúde Pública-SUCAM, passa à subordinação direta do Ministro de Estado, para pos-

sibilitar-lhe maior flexibilidade técnica e administrativa, elevando-se a órgão de primeira linha.

Foram criadas as Coordenadorias de Saúde, compreendendo cinco Regiões - AMAZÔNIA - NORDESTE - SUDESTE - SUL e CENTRO-OESTE, ficando as Delegacias Federais de Saúde compreendidas nessas áreas subordinadas às mesmas. As Delegacias Federais de Saúde deixavam, assim, de integrar órgãos de primeira linha.

É criada a Coordenadoria de Comunicação Social como órgão de assistência direta e imediata do Ministro de Estado.

É instituído o Conselho de Prevenção Antitóxico, como órgão colegiado, diretamente subordinado ao Ministro de Estado.

Com as modificações resultantes do Decreto nº 74.891 de 13 de novembro de 1974, o Ministério da Saúde passou a ter a estrutura e definição de atribuições dos seus diversos órgãos da forma seguinte:

ÓRGÃOS DE ASSISTÊNCIA DIRETA E IMEDIATA AO MINISTRO:

- Gabinete do Ministro: Assistência em sua representação política e social; preparo e despacho do expediente pessoal do Ministro.
- Consultoria Jurídica: Assessoramento em assuntos jurídicos.
- Divisão de Segurança e Informação: Assessoramento em todos os assuntos pertinentes à Segurança Nacional e às informações setoriais, sem prejuízo, no campo das informações, de sua condição de órgão sob a superintendência e coordenação do Serviço Nacional de Informações - SNI.
- Coordenadoria de Comunicação Social: Planejamento, coordenação e execução da política de comunicação social.

ÓRGÃOS COLEGIADOS:

- Conselho Nacional de Saúde: Examinar e propor soluções de problemas concernentes à promoção, proteção e recuperação da saúde.
- Conselho de Prevenção Antitóxico: Coordenar e elaborar planos e programas relativos ao uso de substâncias entorpecentes que determinem dependência física ou psíquica e efeitos nocivos à saúde.

ÓRGÃOS CENTRAIS DE PLANEJAMENTO, COORDENAÇÃO E CONTROLE FINANCEIRO:

- Secretaria Geral: Órgão setorial do Sistema de Planejamento Federal. Desempenhar atividades de planejamento, orçamento, modernização administrativa, informática, cooperação técnica e intercâmbio internacional em assuntos de saúde; realizar estudos para a fixação de objetivos e formulação de diretrizes da Política Nacional de Saúde; supervisionar os órgãos e entidades integrantes do Ministério da Saúde.
- Inspetoria Geral de Finanças: Órgão setorial do Sistema de Administração Financeira, Contabilidade e Auditoria. Desempenhar as atividades estabelecidas nos atos que dispõem sobre a estrutura e funcionamento desse sistema, além da supervisão e orientação inerentes: realizar ou supervisionar auditoria nos órgãos do Ministério da Saúde; controlar cronogramas de desembolso, sendo responsável pelo fornecimento à Secretaria Geral de dados para acompanhamento da execução orçamentária do mesmo Ministério.

ÓRGÃOS DE ADMINISTRAÇÃO DE ATIVIDADES AUXILIARES:

- Departamento de Administração: Executar, orientar, promover e supervisionar as atividades relacionadas com material, obras, comunicações, documentação, transporte e serviços gerais.
- Departamento do Pessoal: Órgão setorial do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (SIPEC). Executar as atividades de gestão, execução, supervisão, controle, orientação, pesquisa e coordenação de assuntos referentes à Administração do Pessoal.

ÓRGÃOS DE ADMINISTRAÇÃO DE ATIVIDADES ESPECÍFICAS:

- Secretaria Nacional de Saúde: Programar, organizar, coordenar, controlar, avaliar, supervisionar e executar ações normativas em relação às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. Executar ações de vigilância epidemiológica; fiscalização e vigilância sanitária de portos e fronteiras, bem como de medicamentos e alimentos; de produtos ou bens; locais, agentes e atividades que interessem à população.
- SUCAM: Programar, organizar, coordenar, controlar, avaliar e supervisionar a execução de atividades de erradicação e controle de endemias em todo o território nacional.

ÓRGÃOS DE ATUAÇÃO REGIONAL:

- Coordenadorias Regionais de Saúde: Planejar, dirigir, coordenar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelas Delegacias Federais de Saúde nas áreas de suas respectivas jurisdições; promover ou coordenar e compatibilizar as atividades de saúde a nível regional, desenvolvidas por órgãos da administração direta ou entidades vinculadas ao Ministério da Saúde e demais órgãos ou entidades federais, municipais e do setor privado. Prestar assessoramento técnico, no campo da Saúde, aos órgãos e unidades regionais de desenvolvimento, particularmente em programas ou projetos promovidos pelo Governo Federal.

ENTIDADES VINCULADAS E SUPERVISIONADAS:AUTARQUIA

- Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN: Assistir o Governo na formulação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (inclusive educação nutricional). Elaborar e propor o PRONAN; promover sua execução; supervisionar e fiscalizar sua implementação; avaliar os resultados e propor sua revisão. Funcionar como órgão central das atividades de alimentação e nutrição.

FUNDAÇÕES:

- Oswaldo Cruz: Realizar pesquisas científicas (medicina experimental, biologia e patologia); formar e aperfeiçoar profissionais de saúde; elaborar e fabricar produtos biológicos, profiláticos e medicamentos, tendo em vista as necessidades do País e a Segurança Nacional.
- Serviço de Saúde Pública (SESP): Promover, coordenar e supletivamente executar atividades de prevenção e controle de doenças no país; coordenar, organizar e administrar serviços de saneamento básico e desenvolver programas de educação sanitária.

Até o advento da Lei nº 6229 de 17 de julho de 1975, pode-se afirmar que funcionou um sistema de saúde espontâneo, com todos os percalços resultantes da ausência de mecanismos de coordenação, controle ou compatibilização de programas.

A repercussão negativa de tal situação evidencia-se

pela exígua participação conferida no Orçamento da União ao Ministério da Saúde e a seu descrédito, especialmente quando se pretendeu entregar a entidades privadas importantes responsabilidades que lhe competem.

A Lei nº 6.036 de 1º de maio de 1974 criou o Conselho de Desenvolvimento Econômico, a Secretaria de Planejamento da Presidência da República e desdobrou o Ministério do Trabalho e Previdência Social, advindo condições para a criação em 9 de outubro de 1974, pela Lei nº 6.118, do Conselho de Desenvolvimento Social - CDS.

O Decreto-Lei 200 e a implantação do Conselho de Desenvolvimento Social impuseram modificações na competência de órgãos regionais como a SUDENE, cuja atribuição de "aprovar os planos setoriais regionais" passou ao Ministério setorial correspondente do CDS. Evidenciava-se, igualmente, a tendência do Governo, já em 1974, de desdobrar o Setor Saúde em:

- 1 - Ações de saúde para os indivíduos
- 2 - Ações de saúde de alcance coletivo.

O Conselho de Desenvolvimento Social que reúne, sob a orientação direta do Presidente da República, os Ministros da área social - Saúde, Trabalho, Interior e Previdência Social - além do Ministro do Planejamento, resolveu que se impunha transformar o sistema espontâneo existente de fato, em Sistema Nacional de Saúde, organizado, para evitar que os assuntos de saúde continuassem a ser tratados sem coordenação pelos diferentes órgãos e instituições do setor público e privado, criando ora ações concorrentes numa mesma área, ora ausência em outras, além de formas destorcidas de atividade.

Dessa decisão resultou a Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975 que instituiu o SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE, a qual estabelece, de forma sistêmica, o campo de ação na área da saúde, dos setores público e privado, para o desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. O Conselho de Desenvolvimento Social se destaca no Sistema Nacional de Saúde como órgão supremo do mesmo.

Ao Ministério da Saúde coube a formulação da POLÍTICA

NACIONAL DE SAÚDE, a promoção ou execução de ações preferencialmente voltadas para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo - Art. 1º, Item I. Nesse âmbito incluem-se: Combate às Doenças Transmissíveis; Elaboração de Normas Técnico-Científicas de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde; Assistência ao Governo na Formulação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição; Vigilância Epidemiológica; Controle de Drogas, Medicamentos e Alimentos para o Consumo Humano; Fixação de Normas e Padrões para Cosméticos, Saneantes, Vestuários e outros; Normas e Padrões para Prédios e Instalações destinados aos Serviços de Saúde; Avaliação do Estado Sanitário da População, dos Recursos Científicos e Tecnológicos Disponíveis, para melhorar o Estado Sanitário da População e Viabilidade de sua Aplicação no País; Fiscalização Sanitária das Condições de Exercício das Profissões e Ocupações relacionadas diretamente com a Saúde; Controle Sanitário sobre Migrações Humanas, sobre Importação e Exportação de Produtos e Bens de Interesse da Saúde.

A implantação do Sistema Nacional de Saúde impunha a necessidade de reestruturar o Ministério da Saúde obedecendo aos critérios de modernização administrativa vigentes, para que estivesse capacitado a arcar com suas novas e importantes responsabilidades.

5. ORGANIZAÇÃO ATUAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Desde a sua criação, decorrente da Lei 1.920 de 25 de julho de 1953, o Ministério da Saúde passou por diversas reestruturações. Assim ocorreu em 1956, quando a Lei nº 2.743, de 6 de março, criou o Departamento Nacional de Endemias Rurais; em 1970, pelo Decreto nº 66.623 de 22 de maio e novamente em 13 de novembro de 1974, pelo Decreto nº 74.891.

No ano de 1976, com a participação direta do Ministro de Estado, foi dinamizado o processo de modernização administrativa e promovidos estudos no sentido de estabelecer estrutura organizacional capaz de servir de apoio institucional às suas novas responsabilidades, consubstanciadas na Lei nº 6.229, que instituiu o Sistema Nacional de Saúde. O coroamento desses estudos foi o Seminário de Modernização Administrativa, reunindo 45 dirigentes do mais alto escalão do Ministério da Saúde a fim de debater,

durante quatro dias, exaustivamente, as várias alternativas consideradas.

Resultante desse trabalho, surgiu a nova Organização do Ministério da Saúde, aprovada pelo Decreto nº 79.056 de 30 de dezembro de 1976 e a seguir apresentada:

CAPÍTULO I

Da competência geral

Art. 1º - Ao Ministério da Saúde, criado pela Lei número 1.920, de 25 de julho de 1953, compete, nos termos do Decreto-lei número 200, de 25 de fevereiro de 1967, e da Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, executar atividades e medidas de interesse coletivo relativas à saúde do homem, mediante:

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

Parágrafo único - Entende-se por atividades e medidas de interesse coletivo aquelas que, utilizando técnicas operativas de Saúde Pública, procuram a elevação dos níveis de saúde da população, com a utilização de equipes multi-profissionais e de formação interdisciplinar, e com a participação da comunidade.

Art. 2º - O Ministério da Saúde terá ainda como responsabilidade o cumprimento de obrigações e o exercício de faculdades estabelecidas em tratados, acordos, convenções e outros atos internacionais em matéria de saúde.

CAPÍTULO II
Da organização

Art. 3º - O Ministério da Saúde é constituído pelos seguintes órgãos e entidades:

I - Estrutura Básica:

a) Órgãos de Assistência Direta e Imediata ao Ministro de Estado:

- 1. Gabinete do Ministro (GM)*
- 2. Consultoria Jurídica (CJ)*
- 3. Divisão de Segurança e informações (DSI)*
- 4. Coordenadoria de Comunicação Social (CCS)*

b) Órgão Colegiado:

- 1. Conselho Nacional de Saúde (CNS)*

c) Órgãos Centrais de Planejamento, Coordenação e Controle Financeiro:

- 1. Secretaria Geral (SG)*
- 2. Inspeção Geral de Finanças (IGF)*

d) Órgãos de Administração de Atividades Auxiliares:

- 1. Departamento de Administração (DA)*
- 2. Departamento do Pessoal (DP)*

e) Órgãos de Administração de Atividades Específicas:

- 1. Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS)*
- 2. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde (SNABS)*
- 3. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (SNPES)*

4. Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM)

f) Órgãos de Coordenação e Atuação Regional:

1. Coordenadoria de Saúde da Amazônia (CORSAM)
2. Coordenadoria de Saúde do Nordeste (CORSANE)
3. Coordenadoria de Saúde do Centro Oeste (CORCENTRO)
4. Coordenadoria de Saúde do Sudeste (CORSE)
5. Coordenadoria de Saúde do Sul (CORSUL)

II - Entidades Vinculadas e Supervisionadas:

a) Autarquia:

1. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN)

b) Fundações:

1. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)
2. Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP)
3. Fundação das Pioneiras Sociais (FPS)

CAPÍTULO III

Das competências dos órgãos

Art. 4º - Ao Gabinete do Ministro (GM) compete prestar assistência ao Ministro de Estado em sua representação política e social, incumbir-se do preparo e despacho do expediente pessoal do Ministro bem como dar apoio administrativo à Ordem do Mérito Médico e à Medalha de Mérito Oswaldo Cruz.

Art. 5º - À Consultoria Jurídica (CJ) compete coordenar os assuntos de natureza jurídica, assistindo e assessorando o Ministro de Estado, nesta área.

Art. 6º - À Divisão de Segurança e Informações (DSI), órgão integrante do Sistema Nacional de Informações e Contra-Inteligência, subordinada ao Ministro de Estado, compete assessorá-lo em todos os assuntos pertinentes à Segurança Nacional, à Mobilização e às Informações, estando sujeita à orientação normativa, à supervisão técnica e à fiscalização específica do Serviço Nacional de Informações - SNI.

Art. 7º - À Coordenadoria de Comunicação Social (CCS), órgão setorial do Sistema de Comunicação Social, compete planejar, co-

ordenar e executar a política de Comunicação Social do Ministério da Saúde.

Art. 8º - Ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) compete examinar e propor soluções para problemas concernentes à promoção, proteção e recuperação da saúde e elaborar normas através de suas câmaras técnicas, sobre assuntos específicos a serem encaminhados à apreciação do Ministro de Estado.

Art. 9º À Secretaria Geral (SG), órgão setorial dos Sistemas de Planejamento Federal e de Programação Financeira, compete desempenhar as atividades de planejamento, de orçamento, de modernização administrativa, de programação financeira, de informática, de cooperação técnica e intercâmbio internacional em assuntos de saúde, de ciência e tecnologia e de planejamento de recursos humanos para a saúde, realizar estudos para a fixação de objetivos e formulação de diretrizes da Política Nacional de Saúde e apoiar o Ministro de Estado na supervisão ministerial.

Art. 10 - À Inspeção Geral de Finanças (IGF), órgão setorial dos Sistemas de Administração Financeira, Contabilidade e Auditoria, compete desempenhar as atividades estabelecidas nos atos que dispõem sobre a estrutura e funcionamento desses Sistemas.

Art. 11 - Ao Departamento de Administração (DA), órgão setorial do Sistema de Serviços Gerais compete executar, orientar, promover, normalizar e supervisionar as atividades de administração de edifícios públicos, imóveis residenciais, material, transporte, protocolo, movimentação de expedientes, arquivo, transmissão e recepção de mensagens.

Art. 12 - Ao Departamento do Pessoal (DP), órgão setorial do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (SIPEC), competem as atividades de gestão, execução, supervisão, controle, orientação, pesquisa e coordenação de assuntos referentes à Administração de Pessoal.

Art. 13 - À Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), compete promover ou elaborar, controlar a aplicação e fiscalizar o cumprimento de normas e padrões de interesse sanitário relativos a portos, aeroportos, fronteiras, produtos médico-farmacêuticos, bebidas, alimentos e outros produtos ou bens, respeitadas as

legislações pertinentes, bem como efetuar o controle sanitário das condições do exercício profissional relacionado com a saúde.

Art. 14 - À Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde (SNABS) compete elaborar, promover a execução e avaliar programações de abrangência nacional, elaborar e promover a aplicação e controlar o cumprimento de normas técnicas básicas, executar ações próprias de nível central e prestar assistência técnica e financeira às entidades públicas e privadas nos campos da Organização de Serviços de Saúde, Epidemiologia, Laboratórios de Saúde Pública, Ecologia Humana, Saúde Ambiental e Educação em Saúde.

Art. 15 - À Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (SNPES) compete elaborar, promover a execução e avaliar programações de abrangência nacional; elaborar e promover a aplicação e controlar cumprimento de normas técnicas básicas; prestar assistência técnica e financeira a entidades públicas e privadas, e prestar serviços médico-assistenciais com vistas à realização de projetos de pesquisa técnico-operacional nos campos da Saúde Mental, Pneumologia Sanitária, Dermatologia Sanitária, Doenças Crônico-Degenerativas e Saúde Materno-Infantil.

Art. 16 - À Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), órgão dotado de autonomia administrativa e financeira, compete exercer o controle e erradicação de doenças endêmicas de interesse nacional e das epidemias de doenças que ponham em risco a segurança de parcelas significativas da população.

Art. 17 - Às Coordenadorias de Saúde (CS) compete promover e coordenar a elaboração e execução dos programas de saúde a nível macro-regional, objetivando permitir a adequação dos mesmos aos planos gerais de desenvolvimento regional.

Art. 18 - O Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, a Fundação Serviços de Saúde Pública, a Fundação Oswaldo Cruz e a Fundação das Pioneiras Sociais têm como áreas de competência as estabelecidas nos respectivos diplomas legais.

Parágrafo único - As Fundações de que trata este artigo estão sujeitas à supervisão ministerial, de acordo com os artigos 19 e 26 do Decreto-lei número 200, de 25 de fevereiro de 1967, que será exercida por intermédio dos órgãos centrais de planejamento, coordenação, controle financeiro e de assistência direta e imediata ao Ministro de Estado.

CAPÍTULO IV*Das disposições gerais transitórias*

Art. 19 - O Gabinete do Ministro será dirigido por Chefe; a Consultoria Jurídica por Consultor Jurídico; a Divisão de Segurança e Informações por Diretor; a Coordenadoria de Comunicação Social por Coordenador; a Secretaria Geral por Secretário-Geral; a Inspeção Geral de Finanças por Inspetor-Geral de Finanças; o Departamento de Administração por Diretor-Geral; o Departamento do Pessoal por Diretor-Geral; as Secretarias Nacionais por Secretários; a Superintendência por Superintendente; as Coordenadorias por Coordenadores e as Fundações e a Autarquia por Presidentes, providos na forma da legislação pertinente.

Art. 20 - O Conselho Nacional de Saúde terá Câmaras Técnicas, e seu funcionamento será regulamentado por ato do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 21 - Fica alterada a subordinação do Conselho de Prevenção Antitóxico, instituído pelo Decreto número 69.845 de 27 de dezembro de 1971, que passa a constituir Câmara Técnica do Conselho Nacional de Saúde, com a denominação de Comissão de Prevenção Antitóxico.

Art. 22 - Passam a constituir Câmaras Técnicas do Conselho Nacional de Saúde a Comissão Nacional de Hemoterapia, a Comissão Nacional de Normas e Padrões para Alimentos e a Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes.

Art. 23 - Fica extinta a Secretaria Nacional de Saúde.

Art. 24 - Serão fixadas em regimentos internos a serem aprovados pelo Ministro de Estado da Saúde, nos termos do Decreto número 68.885, de 6 de julho de 1971, a estruturação dos órgãos a que se refere o artigo 3º deste Decreto, a competência das unidades que os integram e as atribuições de seus dirigentes.

Art. 25 - Por ato do Ministro da Saúde os recursos orçamentários e financeiros consignados à Secretaria Nacional de Saúde e às atuais unidades serão remanejados para as Secretarias Nacionais de Vigilância Sanitária, de Ações Básicas de Saúde e de Programas Especiais de Saúde.

Art. 26 - O acervo e o pessoal da Secretaria Nacional de Saúde serão transferidos às Secretarias de Vigilância Sanitária, de Ações Básicas de Saúde e de Programas Especiais de Saúde, mediante critérios a serem determinados pelo Ministro de Estado, ouvido o Órgão Central do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC.

Art. 21 - Os cargos e funções de confiança do Quadro de Pessoal ficam mantidos na situação atual até que sejam adaptados à nova estrutura estabelecida neste Decreto ou venham a ser extintos.

Art. 28 - O Fundo Nacional de Saúde, instituído pelo Decreto nº 64.867, de 24 de julho de 1969, alterado pelo Decreto nº 66.162, de 3 de fevereiro de 1970, tem por finalidade prover, em caráter supletivo, os programas de trabalho relacionados com a Saúde Pública, coordenados ou desenvolvidos pelo Ministério da Saúde.

Art. 29 - A organização de que trata este Decreto será implantada gradativamente, à medida em que forem baixados os respectivos Regimentos Internos, por ato do Ministro de Estado.

Vale destacar algumas modificações introduzidas constantes dessa nova organização:

O Artigo 1º estabeleceu o conceito de "atividades e medidas de interesse coletivo", atribuição primordial a ser cumprida pelo Ministério da Saúde.

Foi dada definição clara e objetiva dos campos de ação do Ministério da Saúde, explicitando, em seqüência metodológica, as suas 22 responsabilidades básicas, decorrentes da Lei nº 6.229, e que são:

- 1º - Avaliação da Situação de Saúde
- 2º - Elaboração da Política de Saúde
- 3º - Elaboração de Planos, Programas e Projetos
- 4º - Ação de Coordenação
- 5º - Ação Normativa
- 6º - Ação de Controle
- 7º - Ação Complementar

As competências dos órgãos da estrutura básica do Ministério da Saúde foram reformuladas, ajustando-se aos grandes

sistemas da Administração Pública Federal, como Planejamento, Pessoal Civil, Programação Financeira, Serviços Gerais e Comunicação Social, entre outros.

A então Secretaria Nacional de Saúde foi extinta, surgindo em substituição três novas Secretarias Nacionais, com as designações e competência respectiva, assim definidas:

- Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária - SNVS: Promover, controlar a aplicação e fiscalizar o cumprimento de normas e padrões de interesse sanitário, relativos a portos e fronteiras; produtos médico-farmacêuticos; bebidas, alimentos e outros produtos, bem como efetuar o controle sanitário das condições do exercício profissional relacionado com a saúde.
- Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde - SNABS: Elaborar, promover a execução e avaliar programações de abrangência nacional; elaborar e promover a aplicação e controlar o cumprimento de normas técnicas básicas; executar ações próprias de nível central; prestar assistência técnica e financeira às entidades públicas e privadas, nos campos da organização de serviços de saúde, epidemiologia, laboratórios de saúde ambiental e educação em saúde; ecologia humana e saúde ambiental.
- Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde - SNPES: Elaborar, promover a execução e a avaliação das programações de abrangência nacional; elaborar, promover aplicação e controlar o cumprimento de normas técnicas básicas; prestar assistência técnica e financeira a entidades públicas e privadas; prestar serviços médico-assistenciais com vistas à realização de projetos de pesquisa técnico-operacional nos campos da saúde mental, pneumologia sanitária, dermatologia sanitária, doenças crônico-degenerativas e saúde materno-infantil.

O Conselho Nacional de Saúde passou a ser o único órgão colegiado do Ministério da Saúde, ao qual ficaram incorporadas as Câmaras Técnicas, que representam outra inovação introduzida. Estas, não têm número pré-estabelecido. As primeiras a serem organizadas, quatro inicialmente, resultaram da extinção das Comissões e Conselho a seguir enumerados:

- Comissão Nacional de Hemoterapia
- Comissão Nacional de Normas e Padrões de Alimentos

- Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes
- Conselho de Prevenção Antitóxico

A Fundação das Pioneiras Sociais, criada pela Lei nº 3.736 de 22 de março de 1960, cujos Estatutos foram aprovados pelo Decreto nº 48.543 de 13 de julho do mesmo ano, foi incorporada ao Ministério da Saúde. Assim, foi ratificada vinculação já existente, pois a Lei Orçamentária computava tal Fundação como recebedora de recursos do Tesouro Nacional, por intermédio do Ministério da Saúde. Com a referida incorporação, o Ministério da Saúde passa a ter três Fundações vinculadas ao mesmo.

Complementando o Decreto nº 79.056, foram baixados atos especiais pelo Ministro da Saúde, visando a implementar e possibilitar o funcionamento imediato das Secretarias Nacionais recém instituídas. Os recursos orçamentários consignados no Orçamento de 1977 à extinta Secretaria Nacional de Saúde, por exemplo, foram remanejados para as três novas Secretarias.

O pessoal e todo o acervo de bens foram igualmente distribuídos mediante critérios estabelecidos pelo Ministro de Estado, ouvido o Sistema do Pessoal Civil da Administração Federal-SIPEC.

A Estrutura Básica do Ministério da Saúde e respectivas atribuições dos seus órgãos integrantes passou a ser a seguinte:

ÓRGÃOS DE ASSISTÊNCIA DIRETA E IMEDIATA AO MINISTRO:

- Gabinete do Ministro: Assistir o Ministro de Estado em sua representação política e social; incumbir-se do preparo para despacho do expediente pessoal do Ministro, bem como dar apoio administrativo à Ordem do Mérito Médico e à Medalha do Mérito Oswaldo Cruz.
- Consultoria Jurídica: Coordenar os assuntos de natureza jurídica, assistindo e assessorando o Ministro.
- Divisão de Segurança e Informações: Assessorar o Ministro em todos os assuntos pertinentes à Segurança Nacional, à Mobilização e às Informações, estando sujeita à orientação normativa, à supervisão técnica e à fiscalização específica do Serviço Nacional de Informações - SNI.

- Coordenadoria de Comunicação Social: Planejar, coordenar e executar a política de comunicação social do Ministério.

ÓRGÃOS COLEGIADOS:

- Conselho Nacional de Saúde: Examinar e propor soluções para problemas concernentes à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como elaborar normas sobre assuntos específicos de saúde pública, a serem observados no país.

ÓRGÃOS CENTRAIS DE PLANEJAMENTO, COORDENAÇÃO E CONTROLE FINANCEIRO:

- Secretaria Geral: Como órgão setorial dos sistemas de planejamento e de programação financeira federais, desempenhar as atividades de planejamento, de orçamento, de modernização administrativa, de programação financeira, de informática, cooperação técnica e intercâmbio internacional em assuntos de saúde, ciência e tecnologia e de planejamento de recursos humanos para a saúde. Realizar estudos para a fixação de objetivos e formulação de diretrizes da Política Nacional de Saúde. Apoiar o Ministro na supervisão ministerial.
- Inspetoria Geral de Finanças: Desempenhar as atividades estabelecidas nos atos que dispõem sobre a estrutura e funcionamento dos sistemas compreendidos na sua jurisdição.

ÓRGÃOS DE ADMINISTRAÇÃO DE ATIVIDADES AUXILIARES:

- Departamento de Administração: Como órgão setorial do Sistema de Serviços Gerais, executar, orientar, promover, normalizar e supervisionar as atividades de administração de edifícios públicos, imóveis residenciais, material, transporte, protocolo, movimentação de expedientes, arquivos, transmissão e recepção de mensagens.
- Departamento do Pessoal: Como órgão setorial do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC, gerir, executar, supervisionar e controlar os assuntos referentes à Administração do Pessoal.

ÓRGÃOS DE ADMINISTRAÇÃO DE ATIVIDADES ESPECÍFICAS:

- Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária - SNVS: Promover ou elaborar, controlar a aplicação e fiscalizar o cumprimento de

normas e padrões de interesse sanitário relativos a portos, fronteiras, produtos ou bens, respeitada a legislação pertinente, bem como efetuar o controle sanitário das condições do exercício profissional relacionado com a saúde pública.

- Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde - SNABS: Dar assistência técnica e financeira a entidades públicas e privadas no campo da organização de serviços de saúde, epidemiologia, laboratórios de Saúde Pública, ecologia humana, saúde ambiental e educação em saúde.
- Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde - SNPES: Promover a aplicação e controlar o cumprimento de normas técnicas básicas; prestar assistência técnica e financeira a entidades públicas e privadas; prestar serviços médico-assistenciais com vistas à realização de projetos de pesquisa técnico-operacional nos campos da saúde mental, pneumologia sanitária, dermatologia sanitária, doenças crônicas degenerativas e saúde materno-infantil.
- Superintendência de Campanhas de Saúde Pública - SUCAM: Exercer o controle e erradicação de doenças endêmicas de interesse nacional e das epidemias de doenças que ponham em risco a segurança de parcelas significativas da população.

ÓRGÃOS DE ATUAÇÃO REGIONAL:

- Coordenadorias de Saúde: Promover e coordenar a elaboração e execução dos programas de saúde a nível macro-regional, objetivando permitir a adequação dos mesmos aos planos gerais de desenvolvimento regional.

ENTIDADES VINCULADAS E SUPERVISIONADAS:

Autarquia:

- Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN: Assistir o governo na formulação da política nacional de alimentação e nutrição; elaborar e propor o PRONAN e funcionar como órgão central das atividades de alimentação e nutrição.

Fundações:

- Oswaldo Cruz - FIOCRUZ: Realizar pesquisa científica; formar e aperfeiçoar profissionais de saúde; elaborar e fabricar produtos biológicos, profiláticos e medicamentos para as atividades do Ministério da Saúde.

- Serviços de Saúde Pública - SESP: Coordenar, supervisionar e executar atividades de prevenção e controle de doenças no país; coordenar, organizar e administrar serviços de saneamento básico e desenvolver programas de educação sanitária.
- Pioneiras Sociais - FPS: Realizar em todo o território nacional a assistência médica, social, moral e educacional da população pobre, em suas variadas formas e as pesquisas relacionadas com suas finalidades; deve desenvolver, principalmente, as seguintes atividades: ginecologia preventiva e reprodução humana; reabilitação de doenças do aparelho locomotor; prevenção das doenças cardiovasculares; atendimento ambulatorial e médico-hospitalar; assistência escolar e educacional; assistência às populações pobres, quando couber, nos atendimentos pertinentes aos objetivos da Fundação.

6. AÇÕES PRIORITÁRIAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

O Ministério da Saúde, mobilizando-se para o cumprimento do seu programa de ação, decidiu estabelecer, de acordo com as prioridades e necessidades sentidas do trabalho a cumprir, definição objetiva de atividades nos diversos campos de sua jurisdição.

Grupou as diferentes atividades e atribuiu a responsabilidade pela condução das mesmas aos diversos órgãos de ação direta ou vinculados à sua jurisdição, de acordo com suas características, responsabilidades técnicas e atribuições estatutárias inerentes aos mesmos.

Pelo critério adotado, foram estabelecidos quatro grandes capítulos, a saber:

- Áreas Programáticas
- Ações de Vigilância
- Controle de Endemias
- Extensão das Áreas de Saúde às Populações Rurais

No capítulo das Áreas Programáticas, os problemas mais importantes da problemática de saúde são individualizados, como sejam as doenças transmissíveis, a alimentação e nutrição e a necessidade da ampliação da cobertura a populações desassistidas.

Ao mesmo tempo, destacam-se as ações que proporcionam instrumentos e recursos essenciais para atender, com êxito, àqueles problemas, como a pesquisa, os recursos humanos e o saneamento básico.

As ações de Vigilância, apoiadas no trinômio Informação-Decisão-Controle, destinam-se a proporcionar ao Ministério da Saúde condições eficientes de neutralizar, no nascedouro, impedindo sua disseminação, qualquer caso de doença transmissível.

A Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde cabe a responsabilidade de estabelecer as diretrizes e normas técnicas a serem observadas pelas Secretarias de Saúde dos Estados e Territórios, às quais compete a ação executiva nas respectivas jurisdições.

As grandes endemias são responsabilidade executiva direta da SUCAM, para isso dotada de autonomia técnica, administrativa e financeira, possibilitando ação expedita e flexibilidade logística, condições indispensáveis ao seu controle ou erradicação. Constituem elas capítulo importante da programação do Ministério da Saúde, já em destacado no II PND e na V conferência Nacional de Saúde.

A Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais ocupa lugar importante entre as atividades mais relevantes do Ministério da Saúde. Para isso, estão em desenvolvimento vários programas que o Ministério da Saúde executa, diretamente, por intermédio da PSESP, ou patrocina, ao mesmo tempo que financia e supervisiona, em vários Estados da Federação.

O detalhamento de cada um deles foi feito da seguinte forma, indicando os órgãos responsáveis pelas atividades a cumprir:

1. ÁREAS PROGRAMÁTICAS:

1.1 Controle e Erradicação das Doenças Transmissíveis:

- a) Programa Nacional de Vigilância Epidemiológica
 - Rede de Unidades de Vigilância Epidemiológica SES/FSESP)
 - Rede de Laboratórios de Saúde Pública (SES)

b) Programa Nacional de Controle de Doenças Transmissíveis:

I - Programa Nacional de Imunizações:

- Implantação do Programa Nacional de Imunizações (SES/SNABS)
- Controle de Doenças Evitáveis por Imunizações (FSESP/SNABS)

II - Programa de Controle de Endemias:

- Controle da Doença de Chagas - SUCAM
- Controle da Febre Amarela - SUCAM
- Controle da Malária - SUCAM
- Controle da Esquistossomose - SUCAM
- Melhoria da Habitação Rural - FSESP
- Controle da Hanseníase - SNPES/SES/FSESP
- Tuberculose - SNPES/SES/FSESP

1.2 Alimentação e Nutrição - INAN

- a) Assistência e Educação Alimentar (PNS/SES)
- b) Estímulo à Produção e ao Consumo de Alimentos Essenciais (SES/ABCAR)
- c) Combate às Carências Nutricionais Específicas - Várias Instituições

1.3 Pesquisa Científica e Tecnológica:

- FIOCRUZ
- FSESP - Instituto Evandro Chagas
- a) Pesquisa aplicada às Endemias Rurais - FIOCRUZ
 - Esquistossomose
 - Doença de Chagas
 - Leishmaniose
 - Hanseníase
- b) Desenvolvimento de Pesquisa em Doenças Tropicais na Amazônia
 - FSESP
 - Arboviroses
 - Síndrome de Altamira
 - Doenças Virais
 - Parasitoses
 - Outras pesquisas bacteriológicas e microbiológicas

1.4 Prestação de Serviços Médico-Assistenciais:

- a) Rede Básica de Assistência Médico-Sanitária

I - Sistemas Integrados de Serviços de Saúde MS, SES (MG/PE)

II - Ampliação de Serviços de Saúde em Áreas de Valorização Econômica - FSESP

- Rodovia Transamazônica e Cuiabá-Santarém
- Rodovia Perimetral Norte
- Vale do Alto Solimões
- Rondônia
- Vale do Jaguaribe (CE)
- Serra do Mel (RN)
- Vale do São Francisco

III - Plano Básico de Ação Sanitária do Nordeste, que foi o primeiro plano macro-regional aprovado pelo CDS. -SES-FEES-SUCAM

- b) Interiorização das Ações Sanitárias - FSESP
- c) Proteção Materno-Infantil - SNPES-SES-FSESP
- d) Saúde Mental - SNPES-SES
- e) Controle do Câncer - SNPES-SES-Entidades Privadas

1.5 Aperfeiçoamento de Recursos Humanos

- a) Preparação de Recursos Humanos para a Saúde
 - Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ-FSESP
- b) Estudo sobre as necessidades de Recursos Humanos
 - Informes e Análise dos Recursos Humanos para a Saúde - ENSP - FIOCRUZ

1.6 Saneamento - FSESP

- a) Abastecimento de Água
 - Construção e ampliação de abastecimentos de Água
 - Controle da qualidade da água
 - Rede de Laboratórios de Controle
 - Controle de receptores de esgotos sanitários
- b) Saneamento Geral
 - Saneamento básico em áreas rurais
 - Saneamento básico em áreas de valorização econômica
 - Prestação de serviços + Saneamento
 - Saneamento básico em áreas de esquistossomose endêmica
- c) Sistemas de Esgotos

1.7 Modernização Administrativa - Secretaria Geral

- a) Implantação do Sistema de Informação sobre Saúde
- b) Controle de Processamento de Dados e Informações

2. AÇÕES DE VIGILÂNCIA:

2.1 Vigilância Epidemiológica:

A Vigilância Epidemiológica, nos termos atuais, foi desenvolvida no Brasil como atividades dos serviços gerais de Saúde Pública, durante a Campanha de Erradicação da Variola, que procurou organizar, em cooperação com cada Secretaria Estadual de Saúde, uma Unidade de Vigilância Epidemiológica (UVE), suprindo com recursos federais as eventuais necessidades dos Estados. As UVEs tinham como função primordial a organização de um sistema eficiente de notificação de casos de variola, abrangendo todos os municípios dos Estados e a imediata investigação epidemiológica dos mesmos.

Entretanto, após comprovada a erradicação da variola no País, a Campanha foi extinta sem que a estrutura formada fosse utilizada no controle de outras doenças como a poliomielite e o sarampo, ambas passíveis de controle pela vacinação.

A vigilância epidemiológica, com base na atual legislação e apoio do órgão específico para sua implementação, deverá ser desenvolvida, com a participação direta e indispensável dos Estados nessa atividade.

A vigilância epidemiológica deve ser entendida como atividade de um sistema de informação-decisão-controle e ser desenvolvida em função de ações programadas e fundamentadas em dados válidos de informação do quadro nosológico prevalente.

Sua responsabilidade executiva, em nível estadual, compete às respectivas Secretarias de Saúde.

Cada Secretaria Estadual de Saúde deverá elaborar, naturalmente com o apoio técnico e administrativo do Ministério da Saúde sempre que necessário, um Plano Preliminar, no qual serão definidos os objetivos e as necessidades mínimas do sistema de vigilância epidemiológica a cumprir

e a estruturação da respectiva unidade central. O Plano Preliminar proporcionará os elementos de que resultará o Modelo Básico a adotar.

Ao Ministério da Saúde compete estabelecer as diretrizes gerais do programa a ser desenvolvido nessa área, coordenando, supervisionando e avaliando as atividades desenvolvidas. Proporcionará supletivamente recursos técnicos, materiais e financeiros, sempre que necessário.

3. GRANDES ENDEMIAS:

As grandes endemias continuam sendo objeto de particular preocupação no panorama sanitário brasileiro.

Entre as endemias de maior importância e de prioridade no II PND, destacam-se a Malária, a Doença de Chagas, a Esquistossomose, a Peste e a Febre Amarela. Merecem destaque, ainda, as atividades desenvolvidas no controle da Meningite Meningocócica, a qual, embora não se enquadre no grupo das grandes endemias, teve campanha de âmbito nacional para controlar a epidemia que, iniciada em São Paulo em 1971, estendeu-se a todo o país. No programa de vacinação cobriu-se mais de 80% da população do país, havendo recebido vacinação 81.650.446 pessoas, numa população estimada de 108.021.024.

3.1 Malária:

Largamente dispersa no país, continua sendo problema de saúde pública, pois constitui endemia de ampla repercussão nas comunidades rurais, ocasionando morbidade e mortalidade variáveis, que vêm sendo afastadas ou contidas, pelas medidas executadas para esse fim.

A interrupção da transmissão e o conseqüente desaparecimento da doença são a meta programada para elevar o nível econômico das populações que ainda estão sujeitas à malária, com o seu séquito de pobreza, fome e doenças carenciais, resultantes da espoliação orgânica provocada pela endemia.

A luta antimalária está intimamente relacionada aos programas de desenvolvimento nacional, a fim de proporcionar condições de vida e trabalho em novas áreas de ocupação da Amazônia, construção de hidrelétricas e de rodovias nas diversas regiões do país.

Vale destacar ademais, que o programa de erradicação da malária obedece a compromisso internacional assumido pelo Brasil na Organização Mundial de Saúde. Em cinco Estados do Nordeste a malária está considerada erradicada, após verificação por comissão especial da OPS/OMS.

3.2 Doença de Chagas:

Zoonose originária de animais silvestres, a Doença de Chagas é hoje importante problema de patologia humana nas áreas rurais brasileiras em diversos Estados.

O baixo nível sócio-econômico vigente nas áreas rurais, proporciona condições favoráveis à adaptação dos triatomídeos vetores nas áreas onde proliferam as casas não rebocadas onde vive a população. Tais condições encontram no desmatamento intensivo em determinadas regiões reforço apreciável porque, ao invés de viver em "habitat" adverso, os vetores encontram abrigo e alimento nas cafuas e outras habitações congêneres, facilitando o ciclo domiciliário da doença.

É importante o controle dos doadores de sangue para evitar o risco de transmissão da endemia por transfusão, acidente verificado em várias oportunidades. Isto é tanto mais viável quando se estima em 7.000.000 o número de indivíduos infectados no Brasil.

Os inquéritos epidemiológicos para conhecimento da distribuição geográfica dos vetores, de sua infestação e o combate à doença de acordo com a metodologia e a técnica mais indicadas, estão em andamento normal.

3.3 Esquistossomose Mansônica:

A esquistossomose é endemia da maior importância no panorama sanitário atual, pelas possibilidades de sua difusão em extensas áreas do país. Além da ampla distribuição geográfica já alcançada, a endemia mostra tendência de implantar-se em novas áreas.

O cuidado permanente do Ministério da Saúde em manter estrutura dinâmica e operacional satisfatórias, especialmente em projetos de irrigação, desbravamento de novas áreas de colonização e implantação de rodovias, visa a controlar a expansão da esquistossomose nas áreas que apresen-

tam condições ecológicas favoráveis, como seja a dos hospedeiros intermediários encontrados desde o Pará até o extremo sul.

Os PNDs consideram devidamente a importância dessa endemia, que tem como fator de disseminação importante as amplas migrações internas. Ao Ministério da Saúde têm sido proporcionados os instrumentos de controle necessários para os inquéritos coprológicos e malacológicos, para conhecer, com bom fundamento epidemiológico, a prevalência da esquistossomose.

Estimativas com base em inquérito realizado em escolares há anos, em Estados do Nordeste e Sudeste, indicam que vários milhões de brasileiros estariam infestados pelo *S. mansoni*.

3.4 Peste:

A peste, que constituía flagelo das cidades portuárias brasileiras após sua introdução no país no início do século atual, foi um dos pontos do programa conduzido, com êxito, no trabalho de saúde pública encetado por Oswaldo Cruz.

Eliminada dos centros urbanos a peste acantonou-se em focos enzoóticos restritos a áreas rurais, em especial do Nordeste, onde periodicamente provoca surtos epidêmicos, geralmente, provocados em época de safra, quando a população, desprovida de outras facilidades, armazena no próprio domicílio os cereais colhidos.

As condições precárias dos domicílios em tais áreas de baixo nível econômico-social, além do alimento fácil, proporciona a invasão e multiplicação dos roedores, possibilitando que pulgas infectadas nos mesmos ataquem o homem no seu próprio domicílio.

A peste é uma das quatro doenças transmissíveis rotuladas como sujeitas ao Regulamento Internacional da Saúde, impondo permanente vigilância epidemiológica, com base em laboratórios especializados, para conhecer a circulação do agente etiológico entre os roedores. Assim será possível apreender possíveis epizootias e promover a proteção eficiente dos indivíduos expostos ao risco de adoecer. No Estado da Bahia, na epidemia de 1974, resultado da

grande proliferação de roedores nas culturas de sisal, a letalidade chegou a 10,9% do total de casos positivos e suspeitos.

3.5 Febre Amarela:

A febre amarela constituía o terror de viajantes e imigrantes europeus que vinham ao Brasil no princípio do século. Debelada que foi pelos brilhantes trabalhos de Oswaldo Cruz e Emílio Ribas, marcou nítido divisor de águas entre os métodos empíricos até então adotados na Saúde Pública Brasileira e a adoção de normas com base científica, então inaugurada, propiciando inclusive, a criação do Instituto de Manguinhos.

Com a erradicação do *A.aegypti*, vetor urbano da doença, que teve seu último surto epidêmico de vulto na cidade do Rio de Janeiro em 1928, a febre amarela ficou restrita, no Brasil, à forma selvática da endemia, forma essa evidenciada nas investigações conseqüentes a surto ocorrido no vale do Canaã, no Estado do Espírito Santo, em 1932.

Existe o vírus em caráter permanente na ampla área enzoótica representada pela Amazônia e ocasionalmente incursiona até o Rio Grande do Sul, provocando epizootias entre os primatas desse "habitat". A febre amarela selvática é risco para os indivíduos que entram em contato com a floresta, sem estarem devidamente protegidos por vacinação.

Não havendo obviamente condições de controle capaz de neutralizar o grande número de vetores disseminados nas selvas brasileiras, a medida correta e altamente eficiente a adotar é a vacinação dos expostos ao risco. Os integrantes de projetos de desenvolvimento da Amazônia e do Centro-Oeste devem, compulsoriamente, ser vacinados antes de sua incorporação aos mesmos.

A luta contra a febre amarela está centralizada na manutenção da erradicação do *A.aegypti*, fundamentada em vigilância ativa, além da vacinação da população exposta ao risco de contrair a forma silvestre e prática da viscerotomia em áreas especiais, para orientação epidemiológica.

3.6 Outras Endemias:

Várias outras endemias rurais estão sob estudo e contro-

le, como as leishmanioses, o bócio endêmico, o tracoma e a boubá, entre outras. O tracoma e a boubá chegaram a níveis tão baixos de prevalência, que uma concentração maior de esforços pode alcançar, a curto prazo, a erradicação de ambas essas endemias, características do subdesenvolvimento e contra as quais existem meios eficientes de luta.

A ocupação da Amazônia, com sua colonização intensiva; a construção de estradas e de hidrelétricas em diferentes quadrantes do país estão propiciando novo campo ao estudo da nosologia regional. Vírus novos e síndromes ainda por serem perfeitamente estudadas demonstram a importância e o vulto das atividades a serem empreendidas pelo Ministério da Saúde, não só no campo da nosologia humana, como das zoonoses silvestres e, especialmente, em programas bem fundamentados de ecologia concernente às diversas regiões do país.

4. EXTENSÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE ÀS POPULAÇÕES RURAIS:

Para efeito de Saúde Pública, a conceituação de população rural é diferente dos critérios estabelecidos pelo IBGE. As localidades com menos de cinco mil habitantes, ou as distribuídas em pequenos aglomerados no campo, com seus habitantes concentrados nos setores primários de trabalho, apresentam 50% dos seus óbitos no grupo de menos de cinco anos, provocados principalmente por doenças infecciosas, parasitárias e desnutrição protéico-calórica.

Tais populações, afligidas pelo analfabetismo, a desnutrição, os salários baixos, quando não o desemprego, estão privadas das mais elementares facilidades de saúde.

Com vistas a reduzir o êxodo rural e a conseqüente "ruralização" dos centros urbanos; considerando que a melhoria das condições de vida do homem brasileiro é a meta maior a alcançar, para dispor de mão-de-obra mais numerosa e produtiva no setor agrícola e na colonização de novas áreas, o Ministério da Saúde trata de equacionar o problema da assistência às populações rurais.

Tal programação, fundamentada nas várias prioridades resultantes de diagnóstico preliminar, coloca em destaque as doenças transmissíveis controladas por vacinação; a assistência

materno-infantil; o saneamento básico e a assistência ambulatorial.

Os recursos humanos necessários ao programa são fator primordial a considerar, com ênfase no treinamento do pessoal destinado a assumir as atividades de nível médio e elementar na infra-estrutura à ser implantada. Esta é formada de unidades simples, vinculadas a outras mais diferenciadas, denominadas de apoio, constituindo o Módulo Básico. É necessário caracterizar que na programação em tela pretende-se atender ao preceito de que todas as pessoas têm direito à saúde, e que para torná-la ampla estendendo ao máximo a cobertura, é imprescindível simplificar os serviços proporcionados. Simplificar os serviços, não o médico.

A participação ativa da comunidade rural e das administrações municipais é considerada essencial pelo Ministério da Saúde e modelos para implantação de tais atividades estão em desenvolvimento no norte de Minas Gerais, em Pernambuco e nos Estados da área da SUDENE, no Vale do São Francisco, no Alto Solimões e na Transamazônica, sob coordenação dos seus órgãos especializados.

Está criado o Grupo Executivo Interministerial - GEIN, para orientar o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS, instituído pelo Decreto nº 78.307, de 24 de agosto de 1976. Como programa mais global, o PIASS incluirá, progressivamente, os projetos e subprojetos visando à Saúde Pública em sua área de execução. Neste caso estão o POLONORDESTE, INAN, EMATER e todos os demais, inclusive os recursos financeiros previstos no orçamento dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social; do Programa de Integração Nacional - PIN e do Fundo de Apoio do Desenvolvimento Social - FAS.

No programa do PIASS, destinado ao Nordeste, ampliou-se para 20.000 o número de habitantes nas comunidades a beneficiar, visando a implantar uma Estrutura Básica de Saúde Pública, com fundamento na Lei nº 6.229 que instituiu o Sistema Nacional de Saúde. O mecanismo de operação do Programa a nível estadual, prevê a organização de um Grupo de Coordenação Estadual - GCE, liderado pelo Secretário Estadual de Saúde, responsável pela coordenação e avaliação da execução do programa e que deverá criar condições para que a Secretaria de Saúde as-

suma, de fato, suas atribuições de coordenadora do Sistema Nacional de Saúde, na própria jurisdição.

7. AÇÕES RELEVANTES NO CONTEXTO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO PAÍS

O homem brasileiro sendo o objetivo maior no Planejamento Nacional, determina a necessidade do Ministério da Saúde adequar-se para desempenhar o importante papel que lhe compete para cumprir tal política de governo, executando técnicas de proteção, recuperação e promoção da saúde.

Procedimentos que permitam sua estreita articulação com os demais componentes do Sistema; a regulamentação gradativa de métodos e processos visando à integração institucional e operativa do setor; a instituição de mecanismos de coordenação capazes de proporcionar melhor rendimento e eficiência das ações de saúde estão entre os requisitos a estudar e implementar, a fim de que haja base satisfatória em qualquer programação a desenvolver.

A dinamização das ações do Ministério da Saúde, mediante a reforma da sua estrutura; o aumento da sua capacidade gerencial; a descentralização na execução das atividades e a utilização da tecnologia mais adequada à solução dos problemas em pauta, são outras tantas medidas capazes de dar condições eficiência e eficácia às tarefas a cumprir.

A criação do Ministério da Previdência e Assistência Social libera o Ministério da Saúde de uma série de atribuições estritamente assistenciais, possibilitando a que o mesmo se concentre em ações visando especificamente à Saúde Pública. Isto não importa em divisor de águas intransponível nas obrigações de ambos os Ministérios aos quais são atribuídas, primordialmente, ações destinadas ao indivíduo e à comunidade, num país em que o subdesenvolvimento, a ignorância e a pobreza contribuem acentuadamente para agravar os problemas de saúde.

A precariedade dos recursos orçamentários conferidos ao Ministério da Saúde sempre se constituíram em fator limitante de suas possibilidades executivas. Entretanto, o orçamento do Ministério da Saúde passou de Cr\$628.429.600 em 1973 para Cr\$...3.918.000.000 em 1977, aí incluída a dotação Encargos Gerais da

União. A tabela anexa apresenta a evolução dos recursos consignados ao Ministério da Saúde na década de 70.

Apesar das inúmeras limitações encontradas, estão sendo equacionadas as dificuldades que vimos de referir e o Ministério da Saúde nos últimos anos já pôde enumerar uma série de empreendimentos e programas bem definidos, apoiados em recursos mais condizentes com os problemas a solucionar.

A modernização administrativa merece ênfase especial, particularmente na melhoria da capacidade gerencial e na adoção de métodos eficazes de trabalho, determinando nova estrutura organizacional para o Ministério da Saúde, aprovada pelo Decreto nº 79.056 de 30 de dezembro de 1976, já referido.

Os recursos humanos disponíveis mereceram igualmente a devida atenção, tanto nas atividades fins quanto nas de apoio. Além do diagnóstico da situação do pessoal existente, foram promovidos cursos, seminários e reuniões técnicas.

A Política Nacional de Saúde nas suas diretrizes definirá para o Ministério da Saúde sua missão prioritária de fomento à ação sanitária em nível periférico, tendo como objetivo maior o apoio às Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais, como órgãos essencialmente executivos que são dessa política de saúde.

Todo o esforço doutrinário e organizacional do Ministério da Saúde foi desenvolvido, sem prejuízo da solução urgente a dois graves problemas que assoberbavam as autoridades sanitárias do país.

No primeiro caso, a epidemia de meningite meningocócica, a qual vinha evoluindo desde 1971, contra a qual houve necessidade de mobilizar toda a capacidade operacional do Ministério da Saúde. A vacinação empreendida cobrindo todo o território nacional, com desenvolvimento logístico e operacional de elevado rendimento e eficiência, no tempo e no espaço, constituíram realização única e modelar, segundo conceito emitido pela Organização Mundial de Saúde.

A ameaça de invasão da pandemia da cólera, que chegara no nosso continente a alcançar o Canadá e os Estados Unidos da

EVOLUÇÃO DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS
 CONSIGNADOS AO MINISTÉRIO DA SAÚDE
 NO PERÍODO DE 1970/1977 (*)

Cr\$ 1,00

EXERCÍCIO	DISPONIBILIDADE ORÇAMENTÁRIA		TOTAL
	MINISTÉRIO DA SAÚDE	ENCARGOS GERAIS DA UNIÃO	
1970	318.089.000		318.089.000
1971	375.054.100		375.054.100
1972	453.902.700	34.327.000	488.229.700
1973	532.429.600	216.871.267	749.300.867
1974	683.297.300	337.050.000	1.020.347.300
1975	1.184.345.200	715.805.000	1.900.159.200
1976	2.677.400.700	241.741.844	2.919.142.544
1977	3.918.000.000	47.000.000	3.965.000.000

Fonte: Assessoria de Orçamento - Secretaria Geral - Ministério da Saúde - 1977

América, exigia preparação e mobilização prontas e eficientes, para bloquear qualquer caso suspeito, dado o caráter explosivo e desencadeante de pânico, típicos dessa doença. A comprovação de que também nesse setor o Ministério da Saúde não se descuidara, verificou-se quando falso alarme da ocorrência de um caso de cólera em Caravelas, na Bahia, foi notificado pela Organização Mundial de Saúde.

A comunicação feita ao escritório da Organização Pan-Americana de Saúde, em Washington, e às autoridades brasileiras em 1974 esclarecia que a notificação proviera da Arábia Saudita. A procedência da notificação e as características do porto de Caravelas a tornarem esdrúxula a ocorrência, não impediram que fosse mobilizada, em menos de 24 horas, equipe polivalente que viajou para Caravelas onde investigou a área; comprovou a inexistência do vibrião colérico entre possíveis suspeitos; instituiu abastecimento adequado de água e adotou todas as medidas de controle recomendadas. A equipe contou para prestigiá-la na área, com a presença do próprio Ministro de Estado.

O "Communicable Diseases Center" - CDC - de Atlanta, confirmou o diagnóstico negativo para a cólera feito pelo Instituto Oswaldo Cruz e foi igualmente esclarecida a confusão provocada pela notificação de Genebra. Resultara a mesma do caso de um peregrino a Meca, o qual procedia de uma localidade denominada Caravela e falava português. Genebra considerou como se fosse o porto da cidade baiana e alertou para o fato. Posteriormente, com a insistência de que era estranha a notificação de um peregrino brasileiro na Arábia Saudita, esclareceu-se que se tratava de um viajante de Caravela, pertencente a Guiné-Bissau, na África.

O Ministério da Saúde se mobiliza, dinamiza e cria condições mínimas de eficiência, implementando a legislação específica, como ocorre no caso do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; regulamenta atividades; desenvolve projetos como a rede nacional de laboratórios de Saúde Pública; fomenta a pesquisa com base na reestruturação da Fundação Oswaldo Cruz; amplia, aplicando novas técnicas operacionais, as campanhas contra as grandes endemias e reformula o IN7N; cria o Grupo de Saúde Pública e regulamenta a vigilância sanitária de medicamentos.

A seguir são apresentados várias diplomas legais que

instituíram novos mecanismos operacionais e deram maiores responsabilidades e eficiência ao Ministério da Saúde, bem como alguns programas especiais, em andamento, merecedores de destaque:

1 DIPLOMAS LEGAIS:

- a) Lei nº 6.229 de 17 de julho de 1975, que instituiu o Sistema Nacional de Saúde, permitindo ao governo adotar linha de ação mais pragmática no que tange à melhora das condições operacionais dos serviços de saúde, evitando duplicações, superposições e competições onerosas e estéreis.

O Sistema Nacional de Saúde não importa necessariamente em criar algo novo e sim, ordenar o que já existe, com racionalidade técnico-científica, com vistas a proporcionar à população melhores condições de saúde e meio ambiente satisfatório, com os recursos ao seu alcance.

Os objetivos e tendências do Sistema Nacional de Saúde, submetidos a forças sociais externas, muitas vezes conflitantes e difíceis de serem superadas, implicam na necessidade de sua implantação de forma gradual e hábil, com fundamento em bem definida e explícita política de saúde.

Legislação complementar tem sido aprovada visando a compor um elenco de instrumentos destinados a tornar operacional o Sistema.

Várias outras decisões terão de ser progressivamente adotadas, a fim de harmonizar e integralizar, de fato, o Sistema Nacional de Saúde, como no caso do DIPOA (Divisão Nacional de Produtos de Origem Animal) do Ministério da Agricultura, que terá forçosamente de incorporar-se ao referido Sistema, pelo caminho legal mais apropriado.

Para viabilizar a implantação da rede básica de saúde, regionalizada e de complexidade crescente, foi instituída a Comissão Permanente de Consulta - CPC, reunindo técnicos dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, competindo à mesma apresentar subsídios e proposições que permitam sua efetivação.

A metodologia a adotar deverá obedecer, naturalmente, a

modelos elaborados de acordo com as características e recursos locais das comunidades, reunidas, de início, em três grupos:

- Comunidades que possuem até 20.000 habitantes
- Comunidades de mais de 20.000 habitantes
- Áreas metropolitanas

- b) Portaria interministerial (Ministérios da Saúde e Previdência e Assistência Social) n° 01/Bsb de 20 de julho de 1976, que instituiu a mencionada Comissão Permanente de Consulta - CPC de ambos os Ministérios.
- c) Decreto n° 78.171 de 2 de agosto de 1976 e Portaria Interministerial (Ministérios da Saúde e Minas e Energia) n° 1008 de 13 de agosto de 1976, dispendo sobre ação conjunta dos Ministérios da Saúde e Minas e Energia no que respeita aos Padrões de Identidade, Qualidade, Controle e Fiscalização Sanitária das Águas Minerais destinadas ao consumo humano.
Pelo Decreto e Portaria referidos, afastaram-se possíveis conflitos de jurisdição, além de tornarem mais eficientes as medidas recomendadas em defesa da população, bem como definiram-se as áreas de ação, facilitando o relacionamento de industriais e comerciantes com as autoridades governamentais.
- d) Decreto n° 78.231 de 12 de agosto de 1976, regulamentando a Lei n° 6.259 de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre organização das Ações de Vigilância Epidemiológica, Programa Nacional de Imunizações e Notificação Compulsória. Esse Decreto foi complementado pelas Portarias do Ministério da Saúde n. 314 e 472, respectivamente de 27 de agosto e 6 de dezembro de 1976, enumerando as doenças sujeitas à notificação compulsória e estabelecendo normas para o desenvolvimento do Programa de Imunizações.
A Vigilância Epidemiológica, na jurisdição da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde, é objeto de programação prioritária que virá, primordialmente, a orientar as medidas de controle de doenças transmissíveis, levantando e acompanhando o comportamento epidemiológico das mesmas.

A Fundação SESP e as Secretarias Estaduais de Saúde têm participação e responsabilidade ativas nessa atividade.

Foram elaborados modelos, inclusive de atestado de óbito e normas para coleta de dados e de investigação epidemiológica, a fim de tornar mais expeditos os mecanismos de notificação de doenças transmissíveis a serem recebidas pelo Ministério da Saúde.

Em relação ao controle da poliomielite, por exemplo, foram selecionados diversos laboratórios habilitados a diagnosticar, inclusive fazendo a tipagem dos vírus em causa, para atuarem em âmbito regional. A Fundação Oswaldo Cruz; os Institutos, Adolfo Lutz de São Paulo; de Pesquisas Biológicas do Rio Grande do Sul e Biologia do Estado da Bahia, além dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública de Pernambuco e Santa Catarina e o Instituto Evandro Chagas da F.SESP, integram esse Sistema.

Com a implantação da rede de laboratórios de Saúde Pública, o diagnóstico etiológico das doenças transmissíveis será facilitado, com base na padronização de técnicas, métodos administrativos e uniformização de meios de cultura, antígenos e reativos a utilizar. O restabelecimento das unidades de vigilância epidemiológica implantadas quando do programa de erradicação da varíola e que chegaram a somar 3.243 no ano de 1973, completará com os laboratórios, os dois esteios básicos de apoio do subsistema de vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis. Para modernização dessa infraestrutura, o Ministério da Saúde repassou recursos em 1976, no montante de Cr\$..... 32.500.000, beneficiando 18 Estados.

- e) O Decreto nº 78.248 de 16 de agosto de 1976 aboliu, como decorrência da erradicação da varíola no Brasil e no continente americano, a exigência do certificado de vacinação respectivo, para indivíduos procedentes de outros países das Américas.
- f) A Portaria nº 452 de 6 de dezembro de 1976 dispensou a vacinação antivariólica de rotina, devendo a mesma ser praticada, apenas, em recém-nascidos e nas pessoas de qualquer idade que não apresentem cicatriz vacinal.

Movimentou-se o Ministério da Saúde para desencadear no segundo semestre de 1976 o programa nacional de vacinação, a ser executado com a participação de todos os seus órgãos e das Secretarias Estaduais de Saúde. Já em 1976 foram aplicadas 26 milhões de doses de vacinas, dos quais 8,4 contra poliomielite; 5,4 contra a varíola; 5,3 contra difteria, tétano e coqueluche; 3,2 contra a tuberculose e 2,0 contra a febre amarela.

O controle da raiva humana processa-se pela vacinação canina, como metodologia indicada para reduzir o número de casos humanos. Procura-se ao mesmo tempo ampliar as disponibilidades e a eficiência do laboratório nesse campo, fomentando a colaboração dos órgãos de saúde e de agricultura, para alcançar êxitos mais concretos.

- g) A Lei nº 6.390 de 9 de dezembro de 1976 relativa à Vigilância Sanitária, a que ficam sujeitos os medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos e correlatos, além de cosméticos saneantes e alimentos, introduziu novas normas de atuação, proporcionando aos órgãos executivos subordinados a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária instrumentos de supervisão e controle eficazes e expeditos.

Com o aumento do fluxo migratório, os serviços de Vigilância de portos marítimos, aéreos, fluviais e fronteiras estão sendo reestruturados, a fim de assegurar vigilância epidemiológica permanente, para evitar a introdução de doenças previstas no Regulamento Internacional de Saúde ou de vetores dessas e de outras doenças.

A reinfestação pelo *A.aegypti* em mais de uma oportunidade; o perigo de reintrodução do *A.gambiae*, assim como os riscos da cólera e do *S.haematobium* chegarem até nosso país, em portadores oriundos da Ásia e principalmente da África, evidenciam a importância conferida à vigilância sanitária de portos e fronteiras.

O Ministério da Saúde, com a interveniência da Fundação Oswaldo Cruz, firmou convênio com a Organização Pan-Americana de Saúde para a instalação de um Laboratório Central de Controle de Medicamentos.

A Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, por inter -

médio do Instituto Adolfo Lutz participará desse projeto. Ali serão elaborados padrões, desenvolvidas técnicas e preparado pessoal para poder cumprir com eficiência o volume de exames a serem realizados anualmente. Além disso, o laboratório aferirá a identidade, pureza, eficiência e inocuidade dos produtos expostos ao consumo da população, como atividade permanente.

- h) Os Decretos n. 78.841 e 78.842 de 25 de novembro de 1976, aprovaram, respectivamente, o novo texto modernizado da Farmacopéia Brasileira e a Farmacopéia Homeopática.
- i) O Decreto n° 77.052 de 19 de janeiro de 1977 regulamente a Fiscalização Sanitária do Exercício de Profissões, Operações Técnicas e Auxiliares, diretamente relacionadas com a saúde.

2 PROGRAMAS ESPECIAIS:

a) Alimentação e Nutrição:

A Lei n° 5.829 de 30 de novembro de 1972 criou o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN, autarquia pública federal vinculada ao Ministério da Saúde, com o propósito de assistir as camadas mais vulneráveis da população brasileira e objetivando a promover e organizar as atividades de assistência nutricional.

Ao INAN foi conferida a responsabilidade de assistir ao Governo na política nacional de alimentação e nutrição, assim como atribuída a elaboração, promoção, execução e controle do programa nacional específico. Assim sendo, o INAN desenvolve *atividades multi-setoriais*, em íntima articulação interinstitucional, propiciando o estabelecimento das condições necessárias à viabilidade dos objetivos estratégicos do Programa Nacional de Alimentação e Nutrição - PRONAN. Como executor do PRONAN e operando segundo os princípios de gerência por objetivos, o INAN é o centro do sistema de coordenação do mesmo, que envolve os Ministérios da Saúde, Previdência e Assistência Social, Trabalho, Agricultura e a SEPLAN.

O Decreto n° 72.034 de 30 de março de 1973 instituiu o I PRONAN. O Decreto n° 77.116 de 6 de fevereiro de 1976

aprovou o II PRONAN, com ações programáticas para o período de 1976-1979.

O PRONAN define a validade dos programas de suplementação alimentar par os grupos socialmente vulneráveis, em processo contínuo de fornecimento de alimentos, implantando demanda garantida aos pequenos produtores de alimentos básicos de áreas deprimidas.

Desta forma o PRONAN transcende da tradicional orientação de dar atenção exclusiva aos grupos biologicamente vulneráveis, nas áreas dos sistemas de saúde e educação, para assistir àqueles socialmente vulneráveis.

Além desse aspecto, o Programa tem conotação fundamental, representada pela racionalização do sistema de produção e comercialização dos alimentos, visando em especial ao pequeno produtor e ao desenvolvimento de regiões economicamente deprimidas. A Empresa Brasileira de Assistência Técnica e Extensão Rural - EMBRATER, iniciou em 1976 a execução do projeto de produção de alimentos e nutrição em áreas rurais de baixa renda do Nordeste.

o INAN coordena diretamente o Programa de Nutrição em Saúde - PNS, complementando atividades fomentadas pela Coordenação de Proteção Materno-Infantil do Ministério da Saúde, mediante dinamização das atividades de orientação técnica e recursos financeiros de apoio, às Secretarias Estaduais de Saúde. Atenção prioritária é dada às regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste.

O PNS incumbe-se de abastecer de alimentos, regularmente, a rede institucional de órgãos prestadores de serviços de saúde no âmbito do programa.

Mediante convênio, o INAN entrega a responsabilidade pela aquisição dos alimentos à Companhia Brasileira de Alimentos - COBAL, sendo as compras, sempre que possível, realizadas regionalmente. A estocagem dos alimentos feita na Companhia Brasileira de Armazenamento - CIBRAZEM.

o PNS atinge 655 municípios nas diferentes regiões do país, sendo distribuídos aos beneficiários leite em pó, açúcar, fubá de milho, arroz e farinha, de acordo com o cardápio estabelecido. Foram despendidos em alimentos du-

rante 19/6 Cr\$ 101.200.000 além de Cr\$ 22.000.000 distribuídos às Secretarias Estaduais de Saúde. O custo médio por benefício-dia foi de Cr\$ 0,55.

Para o período 1976-1979, com vistas a dar preferência aos alimentos básicos da dieta da família brasileira, foram escolhidos como artigos a distribuir, como suplemento alimentar, feijão, arroz, leite, açúcar e farinha de milho.

O PRONAN, além do programa de combate às carências nutricionais específicas para reduzir sua prevalência, como sejam as causadoras do bócio endêmico, anemias ferroprivas, cárie dentária e desnutrição protéica, promove estudos especiais em convênios com outros órgãos e entidades, nos campos científicos e tecnológico.

O Estado de Viabilidade de um Programa de Refeições Populares para melhorar a alimentação do trabalhador é um exemplo dessa política, assim como os entendimentos com o Ministério da Agricultura para um "Projeto de Pesquisa de Política Agrícola", orientado para Nutrição.

Foi determinada, por proposta do INAN, a obrigatoriedade da adição de 5% de farinha de soja na farinha de trigo panificável, a partir de março de 1977, buscando, a um tempo melhorar o valor nutritivo dos produtos à base de trigo e economizar divisas, estas estimadas em 44 milhões de dólares, pela redução de 243 mil toneladas de trigo importadas a menos.

b) Atividades de Investigação e Pesquisa:

Com o objetivo de estabelecer linha coerente com os programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, proporcionando-lhes base técnico-científica apropriada, a Fundação Oswaldo Cruz encetou a modernização administrativa da sua estrutura, renovando os métodos até então adotados de gerência, metodologia de trabalho, controle e avaliação.

Destaque especial merece a atenção dispensada a produção de vacina contra a meningite no nosso país, substituindo-se a técnica antiquada então adotada, pelo uso de fermentadores, em modernas e eficientes instalações.

Ao lado da recuperação dos seus Institutos e laboratóri-

os, novamente dotados de microscopia eletrônica, a Fundação Oswaldo Cruz reformulou a política de pessoal, renovando os seus quadros com o recrutamento de novos técnicos e oferecendo salários competitivos.

Programas especiais de pesquisa visando a dar apoio ao Plano Básico de Saúde do Ministério estão em marcha na Fundação Oswaldo Cruz em relação à esquistossomose e ao programa materno-infantil, ao lado da preparação dos necessários recursos humanos indispensáveis a todas as atividades.

Na Amazônia, sob a responsabilidade do Instituto Evandro Chagas, desenvolvem-se importantes trabalhos de pesquisa, destinados a identificar focos de arboviroses; estabelecer rastreamento epidemiológico da síndrome hemorrágica e conhecer o comportamento epidemiológico das hepatites a vírus, para referir apenas algumas das atividades em curso.

c) Ação Sanitária na Amazônia:

A atuação do Ministério da Saúde desenvolve-se naquela região mediante duas modalidades básicas:

A primeira, por ação direta de dois dos seus órgãos dotados de autonomia técnica, administrativa e financeira, isto é, a F.SESP e a SUCAM. Por intermédio de ambas, age o Ministério em áreas consideradas prioritárias ao desenvolvimento regional, como no caso das rodovias Transamazônica, Cuiabá-Santarém e BR-314 e nos núcleos de população distribuídos em toda a área.

Rociamento domiciliar para o controle da malária, além da distribuição de medicamentos contra essa endemia e a leishmaniose, mediante uso de laboratório para avaliar as medidas de controle aplicadas, estão aos cuidados da SUCAM.

A construção e operação de unidades básicas de saúde, no contexto de uma estrutura de complexidade crescente, assim como a construção de sistemas públicos de abastecimento de água, são da competência da Fundação SESP.

A segunda modalidade diz respeito ao apoio técnico e financeiro às Secretarias Estaduais de Saúde dos Estados e Territórios, para proporcionar melhores condições de atu-

ação àqueles órgãos executores de programas básicos de saúde, com destaque para os relativos às áreas da maternidade e criança; hanseníase, doenças pulmonares e saúde mental.

Obedecendo a tal linha de atuação, o Ministério promove, participa e orienta sobre o processo de modernização administrativa das Secretarias Estaduais de Saúde, em amplo debate com os técnicos locais. Os resultados obtidos com tal política no Estado do Amazonas são altamente objetivos e promissores.

d) Saneamento Básico em Áreas Rurais:

Mediante as atividades desse programa, o Ministério da Saúde objetiva elevar o padrão de vida das populações vivendo no meio rural, ao mesmo tempo que reduzir o impacto negativo da doença na produtividade e, conseqüentemente, na renda familiar.

A construção de sistemas de abastecimento de água, abrangendo 16 Estados, ao lado de melhorias sanitárias domiciliares e especialmente em escolas, produzem impacto importante nos hábitos higiênicos da população, com repercussão favorável nas condições de saúde, ao reduzir a mortalidade da criança e a disseminação das infecções gastro-intestinais.

Por meio da Fundação SESP, o Ministério da Saúde presta assistência técnica e administrativa a autarquias municipais responsáveis por serviços de abastecimento de água, a fim de assegurar a qualidade da água de consumo, a rentabilidade dos serviços e a possibilidade de sua extensão a toda a população da área.

Ao lado do saneamento básico, o Ministério da Saúde promove em áreas especiais do Nordeste a construção e a operação de unidades mistas. Assim, o projeto de Extensão das Ações de Saúde no Vale do São Francisco visa a aumentar a capacidade instalada, que se encontra em desenvolvimento a cargo da Fundação SESP, nos Estados de Alagoas, Sergipe e Bahia.

Esse projeto objetiva, ademais, adequar as ações de saúde, preparando recursos humanos capazes de suprir as necessi-

dades do importante Projeto de Colonização de Sobradinho, o qual envolve a fixação em agrovilas, com aproximadamente quatro mil famílias, no município de Bom Jesus da Lapa.

Para que as Secretarias Estaduais de Saúde possam assumir os novos encargos que lhes são atribuídos pela criação de novos programas, o Ministério da Saúde procura auxiliá-las, mobilizando para isso todos os seus recursos disponíveis. Com essa orientação as infra-estruturas de apoio das Secretarias de Saúde que vêm buscando cooperação e assessoria do Ministério da Saúde estão sendo modernizadas; preparam-se recursos humanos; constroem-se e reequipam-se laboratórios, serviços de hemoterapia e centros de informática.

As Delegacias Federais de Saúde, gradativamente, vão sendo dinamizadas e preparadas para assumir suas importantes responsabilidades nas ações de saúde desenvolvidas nos respectivos Estados, com a assessoria das Coordenadorias de Saúde, a quem competirá compatibilizar todas as atividades de saúde na jurisdição do Ministério da Saúde, nas respectivas regiões.

e) Combate à Esquistossomose:

A esquistossomose, que se apresenta com um dos mais graves problemas de Saúde Pública do país, tem sua disseminação estendida do Pará ao extremo sul do País. Sua dispersão se processou acompanhando a migração de nordestinos em busca de novas possibilidades de trabalho nas diversas regiões do Brasil.

A concentração de portadores, associada à densidade significativa de planorbídeos, multiplica os focos e hoje estima-se em mais de 10 milhões os portadores de esquistossomose.

O Governo, ao considerar a seriedade do problema, dedicou-lhe atenção especial e foi instituído pelo CDS em 1976 o Programa Especial de Controle da Esquistossomose - PEGE, a desenvolver-se no período de 1976-1979, dotando-o com recursos da ordem de Cr\$ 4.200.000.000.

O Programa, da responsabilidade do Ministério da Saúde,

iniciou-se pelo Nordeste em razão da alta prevalência regional e das migrações originadas ali, a proporcionarem a disseminação de novos focos.

O Plano de Ação tem base ecológica e procura utilizar os conhecimentos disponíveis tanto em relação ao planorbídeo, quanto ao schistosoma.

A metodologia, em síntese, procura influir concomitantemente sobre a incidência e a prevalência, reduzindo não só o número de portadores, utilizando a quimioterapia oral, em dose única, como reduzir a população de caramujos pelo uso de planorbicidas, mediante critério autóctone, já que a estratégia empregada na Tunísia e na China não pode ser utilizada entre nós. A estratégia, conforme o desenvolvimento dos trabalhos, obedece a três fases clássicas:

- 1) fase preparatória;
- 2) fase de ataque;
- 3) fase de vigilância.

Serão utilizados no PECE todos os órgãos do Ministério da Saúde na área, como a F.SESP, a SUCAM, a Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde, esta por intermédio da Divisão de Educação Sanitária; a rede estadual de saúde existente e o sub-Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública.

Supervisão e avaliação permanentes serão exercidos durante a execução do programa, tanto em nível local, quanto estadual e municipal, a fim de aferir os resultados para extrapolar as ações em programa nacional, se confirmados os êxitos iniciais observados.

O Ministro de Estado acompanha permanentemente o andamento dos trabalhos, deslocando o seu Gabinete para as zonas de operação a fim de desempenhar melhor sua atividade como Presidente do Grupo de Coordenação Geral do PECE.

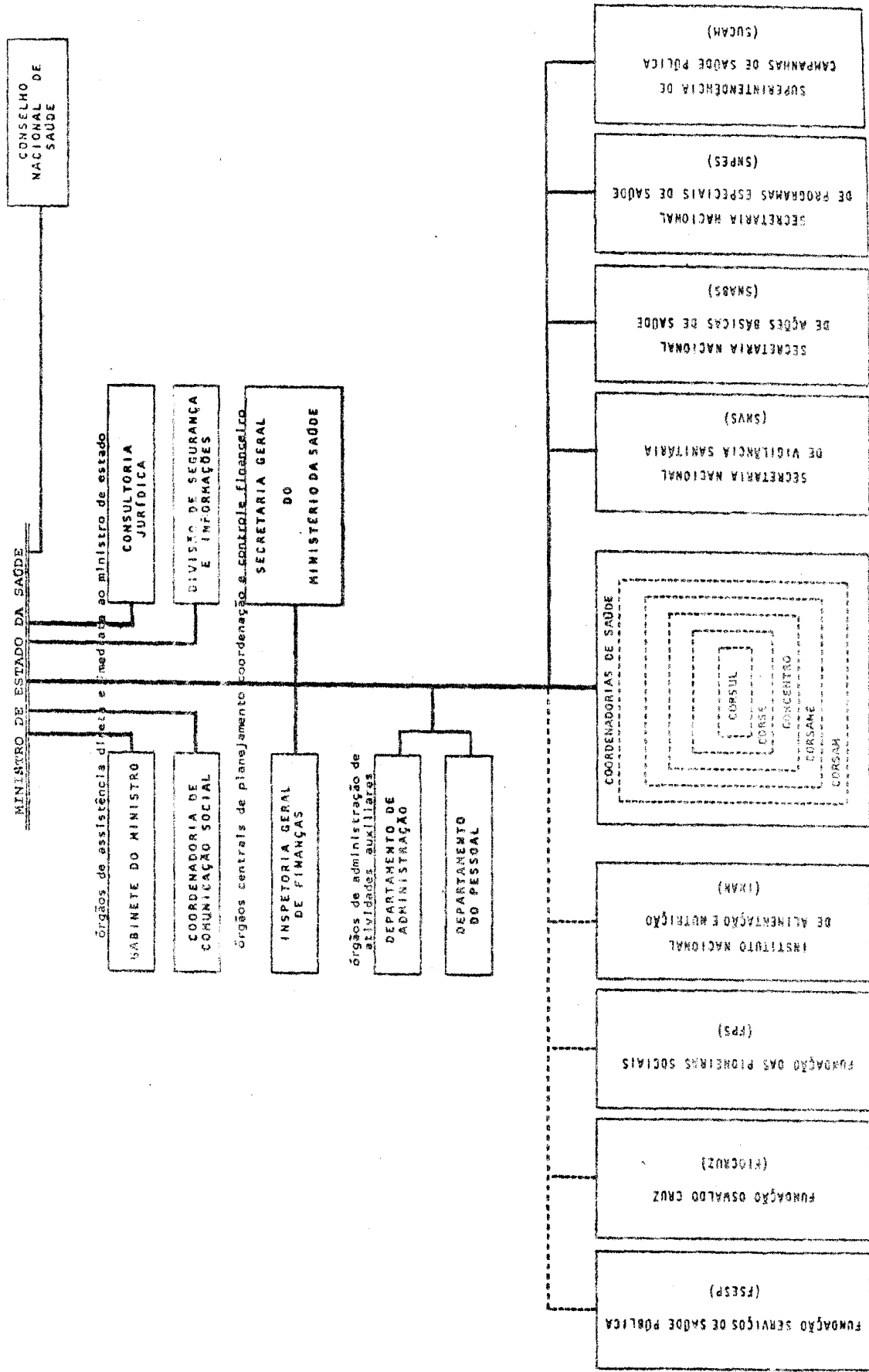
O Grupo, com reuniões programadas a cada 30 dias, de preferência nas áreas de operações, discute então todas as informações e resultados alcançados, analisando as dificuldades observadas e as metas atingidas, bem como as alterações e sugestões para aprimoramento do programa, inclusive as pesquisas a desenvolver.

- f) A instituição do Grupo-Saúde Pública foi outra iniciativa para dotar o Ministério da Saúde de instrumento valioso, capaz de contribuir de forma decisiva para o encaminhamento e a solução dos problemas mais relevantes da Saúde Pública Nacional. A fundamentação legal do mesmo é dada pelo Decreto n° 79.456, de 30 de março de 1977 e na Lei n° 6433, de 15 de julho de 1977.

O Grupo, representando diversas profissões, possibilitará a constituição de equipes multidisciplinares, única forma lúcida, prática e eficiente de atender aos variados programas a desenvolver no âmbito da Saúde Pública. As necessidades nesse campo impõem a participação de profissionais de diferentes formações, compreendendo a Medicina, a Bioquímica, a Economia, a Engenharia, a Sociologia, a Administração e a Arquitetura, entre outras, para trabalhos em benefício da população.

O trabalho deverá necessariamente ser exercido em regime de dedicação exclusiva, associando-se a experiência diuturna nas diferentes tarefas, com a atualização, a especialização e o aperfeiçoamento bem programados. Assim, será possível selecionar e reunir, ao fim de alguns anos, um grupo de peritos em Saúde Pública, de onde necessariamente deverão sair os responsáveis pelas ações de chefia e direção, pois os integrantes desse grupo serão, sem contestação, os melhores conhecedores dos problemas existentes e dos recursos disponíveis para sua solução.

Visa o Ministério da Saúde, com a instituição desse grupo, a promover, em moldes atrativos, a restauração do sanitário brasileiro.



Órgãos de atividades específicas

entidades vinculadas e supervisionadas

OBRAS CONSULTADAS

1. Rodrigues, Bichat A. – Fundamentos de Administração Sanitária Rio de Janeiro – 1967
2. Ministério da Saúde – Anais da V Conferência Nacional de Saúde – Brasília – 1975
3. Rodrigues, Bichat A. – Smallpox Eradication in the Americas Boletim da Organização Panamericana de Saúde – Volume IX – nº 1 – 1975
4. Presidência da República – Mensagem ao Congresso Nacional – Brasília – 1975
5. Dias, Hélio P. – Legislação Federal do Setor Saúde Volumes I, II e III – Consultoria Jurídica do MS – Brasília – 1977

