

**FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS  
ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA  
CURSO DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

**JOSÉ PRADO DE SOUZA**

FGV  
Adm  
V. 104

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**Um estudo de desenvolvimento institucional**  
**sob o enfoque da análise de sistemas**

**MONOGRAFIA APRESENTADA À  
ESCOLA BRASILEIRA DE  
ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA  
PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE  
MESTRE EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

**RIO DE JANEIRO 1978**

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS  
ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA  
CURSO DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Um estudo de desenvolvimento institucio-  
nal sob o enfoque da análise de sistemas

MONOGRAFIA DE MESTRADO APRESENTADA POR

JOSÉ PRADO DE SOUZA

197810 2159

T/EBAP S725m



1000002297

E

APROVADA EM 02 DE JUNHO DE 1978

PELA COMISSÃO JULGADORA

Paulo Reis Vieira  
Professor-Titular  
Presidente da Comissão

Ernani de Paiva Ferreira Braga  
Professor-Titular  
Membro

Ana Maria Bernardes Coffi Marquesini  
Professora-Assistente  
Membro

À maior riqueza da minha vida:

- DANIELA, minha primogênita
- LORENA, minha caçula e
- VÂNIA, minha mulher

## AGRADECIMENTOS

No campo da pesquisa e da produção literária, poucos são os que têm condições de realizar algo, contando exclusivamente com seus próprios meios, sem o envolvimento direto ou indireto de inúmeras pessoas e instituições.

Não fosse a generosidade da Escola Brasileira de Administração Pública (EBAP) da Fundação Getúlio Vargas (FGV), que coordena o programa de Mestrado em Administração Pública, colocando à minha disposição os meios científicos e técnicos necessários; da Coordenação do Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), mediante a concessão de bolsa de estudo, através da Universidade Federal do Pará (UFPA) e especialmente do Banco da Amazônia S.A. (BASA), que financiou a maior parte dos custos de minha participação no programa de Mestrado, este trabalho teria sido impossível.

Sou também muito grato à orientação e ao apoio moral recebido de inúmeros professores da EBAP, dentre outros Cecílio Augusto Farias Berndsen, José de Jesus Serra Costa, Susana Badino, Armando Frutuoso Pereira, Paulo Roberto Motta, Bianor Scelza Cavalcanti, Júlio da Silva Freitas, Armando Moreira da Cunha e Carl Major Jenks.

Às amigas e funcionárias da EBAP, Vanda Xavier Bastos e Maerlita Malheiro de Alcântara sou eternamente reconhecido pela atenção e pelas gentilezas que me dispensaram durante nosso convívio na EBAP.

Não poderia deixar de consignar minha gratidão àqueles que com a força do seu apoio moral tornaram-se co-responsáveis pelo sucesso que obtive durante o programa de Mestrado e que também valorizaram este trabalho. São eles, dentre outros, Vânia Maria da Ponte Souza Prado (minha mulher); Mário Nazareno Costa da Ponte Souza (meu sogro); Haydée Godinho da Ponte Souza (minha sogra); meus irmãos, especialmente José Raimundo de Souza Prado; Jorge Kalume (político, administrador, ex-Governador do Acre e

Diretor do BASA); Clóvis Cunha da Gama Malcher (ex-Reitor e professor titular da UFPa); Ivan Muniz Carvalho (professor, mestre em administração e coordenador da Assessoria de Planejamento do BASA) e minha amiga e colega de mestrado, Helena Stilianidi Garcia, com quem conjuguei esforços e consegui transpor todos os obstáculos à realização deste trabalho.

Durante o programa de Mestrado contraí dívidas de gratidão com muitas pessoas. Cinco delas, a quem tributo meu profundo reconhecimento, tiveram participação decisiva quanto à orientação metodológica deste trabalho. São elas Getúlio Carvalho, professor de Desenvolvimento Institucional — jovem pesquisador que indiscutivelmente ocupa lugar de destaque entre a nova geração de talentos da FGV; Diogo Lordello de Mello, professor de Teoria de Sistemas — com as luzes de sua notável sabedoria e larga experiência na área de políticas públicas, consegui estabelecer as primeiras bases teóricas deste trabalho; Ana Maria Bernardes Goffi Marquesini, professora de Planejamento — aliada à sua orientação altamente competente encontrei uma das criaturas mais bondosas e altruístas que já tive oportunidade de conhecer; Ernani de Paiva Ferreira Braga, professor de Políticas de Saúde — figura exponencial no sanitarismo brasileiro, conhecido internacionalmente e que, com a simplicidade que lhe é peculiar, dispensou-me grande atenção e prestou-me valiosa contribuição em todas as fases deste trabalho; e, finalmente, Paulo Reis Vieira, em quem encontrei não apenas um professor de notável sabedoria, mas, sobretudo, um competente Diretor de Estudos, cujo convívio durante todo o programa de Mestrado fez amadurecer a idéia deste trabalho.

Agradeço o zelo e a paciência que tiveram Maria Regina de Lima Renzo, no trabalho de normalização; Ercília Lopes de Souza, Ana Maria Bianco e Janete Elisa da Silva, na datilografia dos originais.

Embora muitas pessoas permaneçam anônimas, agradeço sinceramente ao Dr. Walter Silva, diretor da Divisão Nacional de Organização Sanitária e presidente da Comissão Nacional de Normas e Pa-

drões para Alimentos, do Ministério da Saúde, pela grande contribuição pessoal, por ocasião da leitura da versão preliminar; ao Dr. Raymundo de Moura Britto, ex-Ministro da Saúde no Governo do Presidente Castello Branco; ao Dr. Francisco de Paula da Rocha Lagoa, ex-Ministro da Saúde no Governo do Presidente Garrastazu Médici; ao Dr. Nilson dos Santos de Freitas Guimarães, Presidente da Sociedade Brasileira de Higiene, e ao Dr. Antônio Jorge de Almeida, membro da Unidade de Planejamento, Avaliação e Pesquisa de Programas Especiais (PAPPE) do Ministério da Saúde, pelas valiosas informações prestadas; e ao Dr. João Coelho de Souza e Oliveira Filho, Assistente Jurídico do Ministério da Saúde, que gentilmente forneceu toda a legislação federal do setor saúde.

Embora se torne extremamente difícil apropriar os ônus e, portanto, parcelar nossa gratidão com rigorosa honestidade, o mérito que este trabalho, porventura, venha a ter deve pertencer aos que contribuíram para esse objetivo, sem que os mesmos sejam responsáveis pelos erros, omissões e pontos de vista nele emitidos.

Durante a fase de pesquisa e a elaboração sofreu bastante as pressões do meio-ambiente. De um lado, as instituições que financiaram o programa exigiam, com frequência cada vez maior, relatórios detalhados sobre o andamento do trabalho. Por outro lado, as informações disponíveis sobre a área pesquisada eram escassas, e até mesmo o acesso às pessoas que detinham algum tipo de informação — com base em sua experiência profissional ou por conhecerem os fatos de visu ao ocuparem o espaço histórico em que os mesmos ocorreram — constituiu tarefa árdua. Graças ao prestígio e à gentileza do Dr. Ernani Braga, que criou todas as facilidades neste sentido, foi possível chegar ao término do trabalho.

Se de algum modo ele vier a gerar impacto positivo, o seu objetivo foi alcançado.

## S U M Á R I O

	Pág.
DEDICATÓRIA .....	2
AGRADECIMENTOS .....	3
LISTA DE DIAGRAMAS .....	9
LISTA DE FIGURAS .....	10
LISTA DE TABELAS .....	11
LISTA DE ANEXOS .....	13
 Capítulo 1. INTRODUÇÃO .....	 14
 Capítulo 2. ANÁLISE DE SISTEMAS .....	 17
2.1. Fundamentação teórica .....	17
2.1.1. Conceito de sistemas .....	17
2.1.2. Parâmetros básicos dos sistemas abertos .....	23
2.1.2.1. Insumos .....	23
2.1.2.2. Mecanismos de conversão .....	24
2.1.2.3. Produtos .....	25
2.1.2.4. Efeito de <u>feedback</u> ou retroalimentação .....	25
2.1.2.5. Meio-ambiente .....	26
2.2. O modelo de David Easton .....	28
2.3. Vantagens da análise de sistemas para o estudo das organizações administrativas .....	 33
 Capítulo 3. SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE .....	 37
3.1. Parâmetros básicos do SNS .....	37
3.1.1. Insumos .....	37
3.1.1.1. Demandas .....	37
3.1.1.2. Apoio .....	38
3.1.2. Mecanismos de conversão .....	46
3.1.2.1. União .....	47
3.1.2.2. Conselho de Desenvolvimento Social .....	47
3.1.2.3. Ministério da Saúde .....	47

3.1.2.4.	Ministério da Previdência e Assistência Social .....	48
3.1.2.5.	Ministério da Educação e Cultura .....	48
3.1.2.6.	Ministério do Interior .....	49
3.1.2.7.	Ministério do Trabalho .....	50
3.1.2.8.	Demais Ministérios .....	50
3.1.2.9.	Estados, Distrito Federal, Territórios e Municípios .....	50
3.1.3.	Produtos .....	51
3.1.3.1.	Objetivo declarado .....	51
3.1.3.2.	Objetivo latente .....	52
3.1.3.3.	Apropriação dos ônus .....	52
3.1.4.	<u>Feedback</u> .....	53
3.1.5.	Meio-ambiente .....	54
Capítulo 4.	MINISTÉRIO DA SAÚDE .....	56
4.1.	Pré-Ministério da Saúde, 1808-1953 .....	56
4.2.	Ministério da Saúde: sobrevivência institucional, 1953-1978 .....	67
4.3.	Ministério da Saúde: bases teóricas para um estudo de institucionalização .....	84
	Anexo 1. Ministério da Saúde: estrutura organizacional .....	100
	Anexo 2. Organograma do Ministério da Saúde .....	102
	Anexo 3. Rotatividade de Ministros da Saúde ( <u>turnover</u> ) 1953-1978.....	103
Capítulo 5.	MINISTÉRIO DA SAÚDE COMO SUBSISTEMA DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE .....	104
5.1.	Parâmetros básicos do SMS .....	104
5.1.1.	Insumos .....	104
5.1.1.1.	Demandas .....	104
5.1.1.2.	Apoio .....	107
5.1.2.	Mecanismos de conversão .....	124



	Pág.
5.1.2.1. Ministro da Saúde .....	124
5.1.2.2. Organização interna do Ministério da Saúde .....	125
5.1.2.3. Entidades vinculadas e supervisionadas .....	125
5.1.2.4. Recursos humanos, estruturas burocráticas e pesquisas .....	128
5.1.3. Produtos .....	137
5.1.3.1. Objetivos declarados .....	137
5.1.3.2. Objetivos latentes .....	139
5.1.3.3. Apropriação dos ônus .....	139
5.1.4. <u>Feedback</u> .....	140
5.1.4.1. Controle e avaliação .....	141
5.1.4.2. Auditoria especializada .....	142
5.1.5. Meio-ambiente .....	143
5.1.5.1. Sistema socioeconômico brasileiro .....	143
5.1.5.2. Sistema político-governamental brasileiro .....	146
5.1.5.3. Objetivos geopolíticos e de segurança nacional .....	148
5.1.5.4. Situação atual da saúde no Brasil .....	150
5.1.5.5. Estratégias e programas de saúde .....	150
5.1.5.6. Conselho de Desenvolvimento Social .....	151
5.1.5.7. Influências internacionais .....	151
Capítulo 6. CONCLUSÃO .....	154
BIBLIOGRAFIA.....	168
<u>Obras Gerais</u> .....	168
<u>Artigos de Jornais</u> .....	202
<u>Legislação</u> .....	204
<u>Entrevistas feitas no Rio de Janeiro</u> .....	207

## LISTA DE DIAGRAMAS

### Capítulo 2.

Diagrama 1. Modelo de um sistema aberto (administrativo ou político) .....	27
--	----

### Capítulo 3.

Diagrama 1. Sistema Nacional de Saúde - SNS...	55
--	----

### Capítulo 5.

Diagrama 1. Evolução percentual da despesa total da União e da despesa com programas de saúde e saneamento em valores reais de 1971, no período 1965/1976 .....	119
Diagrama 2. Sistema Ministério da Saúde - SMS..	153

## LISTA DE FIGURAS

### Capítulo 4.

Figura 1.	Sistema de integração do Ministério da Saúde .....	89
-----------	---	----

## LISTA DE TABELAS

### Capítulo 3.

Tabela 1.	Número de hospitais segundo a entidade mantenedora - 1973 .....	43
Tabela 2.	Instalações e equipamentos hospitalares, segundo as grandes regiões fisiográficas - 1973 .....	44
Tabela 3.	População por leito - 1971 .....	45

### Capítulo 5.

Tabela 1.	Distribuição da população, da renda interna, de médicos e de leitos hospitalares em três macrorregiões do Brasil - 1967-1970 .....	114
Tabela 2.	Despesa realizada em programas de saúde e saneamento e despesa total da União - 1965-1976 .....	117
Tabela 3.	Evolução percentual da despesa total da União e da despesa com programas de saúde e saneamento em valores reais de 1971, no período 1965-1976 .....	118
Tabela 4.	Incremento médio das despesas realizadas pelo Ministério da Saúde no período 1965-1971 pelas principais categorias econômicas de despesa .....	121
Tabela 5.	Relação leito hospitalar/habitante no Brasil, 1973 .....	124

Tabela 6.	Profissionais de saúde. Projeções de de manda para 1980 .....	133
Tabela 7.	Profissionais de saúde. Projeções de de- manda e oferta para 1980 .....	134
Tabela 8.	Renda <u>per capita</u> e número de médicos se- gundo as regiões fisiográficas - Brasil..	144

## LISTA DE ANEXOS

### Capítulo 4.

Anexo 1. Ministério da Saúde: estrutura organizacional .....	100
Anexo 2. Organograma do Ministério da Saúde .....	102
Anexo 3. Rotatividade de Ministros da Saúde ( <u>turnover</u> ) 1953-1978 .....	103

## Capítulo 1. INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde é uma Secretaria de Estado criada em 1953,<sup>1</sup> com a atribuição de cuidar dos "problemas atinentes à saúde humana". Posteriormente, em 1975, com a Lei que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde (SNS),<sup>2</sup> foi-lhe atribuída competência para formular a política nacional de saúde e promover ou executar ações preferencialmente voltadas para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo. No entanto, não tem sido capaz de conferir soluções políticas e organizacionais satisfatórias ao grave problema de ineficiência e ineficácia do setor saúde pública no Brasil.

Este Ministério atua em todo o território nacional, cobrindo a população como um todo, indistintamente, e possui, além dos órgãos de subordinação direta, uma autarquia<sup>3</sup> e três fundações<sup>4</sup> vinculadas à sua estrutura.

A sobrevivência dessa organização governamental, a capacidade de expandir sua esfera de influência como veículo para criação, difusão e perpetuação de elementos e mecanismos inovadores, criados para induzir mudanças sociais que conduzam ao desenvolvimento, e a sua competência para formular a política nacional de saúde, como órgão líder do SNS, constituem o objetivo do presente trabalho de desenvolvimento institucional,<sup>5</sup> sob o enfoque da análise

---

<sup>1</sup> A esse respeito ver Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953, que dispõe sobre a criação do Ministério da Saúde.

<sup>2</sup> Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde.

<sup>3</sup> Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN).

<sup>4</sup> Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) e Fundação das Pioneiras Sociais (FPS).

<sup>5</sup> Serviram como modelo para formulação das bases teóricas para o estudo de institucionalização do Ministério da Saúde as seguintes teses de doutorado, por tratarem de experiências aplicadas a organizações brasileiras: CARVALHO, José Silva de. EBAP: An experiment in institution building. Apresentada à Universidade do Sul da Califórnia, em 1967; LOUREIRO PINTO, Aluizio. The Brazilian Institute of Municipal Administration (IBAM): a case study of institution building in Brazil. Apresentada à mesma Universidade, no mesmo ano.

lise de sistemas.<sup>6</sup>

A metodologia básica adotada consistiu em: a) levantamento de dados em periódicos (jornais, revistas, etc.); b) pesquisa e análise de planos governamentais de saúde e outros documentos oficiais; c) pesquisa na literatura existente sobre as atividades de saúde pública no Brasil; d) entrevistas com ex-Ministros da Saúde, ex-funcionários e atuais funcionários de diferentes níveis hierárquicos do Ministério da Saúde, além de políticos e autoridades de outras áreas.

Focalizou-se a análise de sistemas, dando ênfase à sua fundamentação teórica, ao conceito de sistemas e aos parâmetros básicos dos sistemas abertos. Ao analisar o modelo de Easton, justificou-se o motivo de sua escolha para aplicação ao estudo do Ministério da Saúde. E, finalmente, mostrou-se as vantagens da análise de sistemas para o estudo das organizações administrativas, como recurso alternativo para não se perder a perspectiva e o controle das organizações modernas ante a tendência de se tornarem cada vez maiores e mais complexas, imersas em um processo de mudanças bruscas que caracterizam os dias atuais, e o clima de incertezas a que se reserva o futuro.

A fim de melhor posicionar o Ministério da Saúde como subsistema do SNS, teceu-se ligeiro comentário mostrando os parâmetros básicos deste, o seu funcionamento e limites, além da função do Ministério da Saúde como parte dos seus mecanismos de conversão.

Relativamente à análise de desenvolvimento institucional do Ministério da Saúde, fez-se um retrospecto das atividades de saúde pública no Brasil, antes da criação do Ministério da Saúde,

---

<sup>6</sup> Serviu de base para realização deste estudo o modelo de sistemas de David Easton, aplicado à ciência política, por ser considerado um dos modelos de sistemas mais abrangentes aplicados às ciências sociais. Sobre o assunto, ver: EASTON, David. Uma teoria de análise política. Rio de Janeiro, Zahar, 1968. \_\_\_\_\_. The political system. New York, Alfred Knopf, 1953. \_\_\_\_\_. A system analysis of political life. New York, John Wiley & Sons, 1965.



envolvendo o período que teve início em 1808, com a vinda da família real para o país, até o ano de 1953, com a criação do Ministério da Saúde.

A partir daí, concentrou-se o foco de análise nos aspectos ligados à sobrevivência institucional do Ministério da Saúde, envolvendo o período que se inicia com sua criação até os dias atuais. Procurou-se detectar, à luz da análise de desenvolvimento institucional, os principais obstáculos que dificultaram e os que ainda estão dificultando o seu processo de institucionalização; só então foram estabelecidas as bases teóricas para um estudo de institucionalização do Ministério da Saúde, através da análise dos elos de ligação que o mesmo mantém com outras organizações e instituições.

No estudo do Ministério da Saúde como subsistema do SNS, procurou-se limitar o foco de análise, dando a este Ministério a conotação de um sistema. Sob esta ótica fez-se uma análise de seus parâmetros básicos (insumos, mecanismos de conversão, produtos, feedback e meio-ambiente), com ênfase nos objetivos declarados e latentes, na organização interna, no processo de inovação e modernização, nas perspectivas de futuro, nas diretrizes políticas e doutrinárias e no processo de influência do Ministério da Saúde.

Concluiu-se o presente trabalho dividindo-se a sobrevivência institucional do Ministério da Saúde em três estágios distintos, cada um com suas peculiaridades, e apontando-se os principais aspectos que, no entendimento do autor, estão dificultando ou retardando o seu processo de institucionalização, para que venha a assumir a liderança do SNS.

## Capítulo 2. ANÁLISE DE SISTEMAS

### 2.1. Fundamentação teórica

#### 2.1.1. Conceito de sistemas

A teoria de sistemas vem modernamente despertando o interesse de cientistas e estudiosos das ciências sociais, que a consideram poderoso instrumento de análise, planejamento, tomada de decisão e formulação de políticas.

No campo da administração fala-se com bastante frequência na abordagem sistêmica mas, talvez por carência de recursos técnicos, são escassos no Brasil os exemplos de sua aplicação em projetos de organização e planejamento, tanto na administração privada como na pública.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Alguns estudos podem ser citados, além de outros, na área da educação. Ver a esse respeito: LORDELLO DE MELLO, Diogo. "Administração urbana: uma visão sistêmica". In: Desenvolvimento e política urbana. Rio de Janeiro, IBAM, 1976a.p. 41-74; \_\_\_\_\_. "A teoria dos sistemas na análise da administração municipal". In: Diagnósticos administrativos. Rio de Janeiro, IBAM, 1976b.p. 32-48. MELO NETO, Francisco Paulo de. "A análise insumo-produto na administração de materiais". Revista de Administração Municipal, Rio de Janeiro, 21 (123): 5-28, mar./abr. 1974; \_\_\_\_\_. "A análise de sistemas na administração de materiais". Revista de Administração Municipal, Rio de Janeiro, 20 (118): 32-5, maio/jun. 1973; BRASILEIRO, Ana Maria. O município como sistema político. Rio de Janeiro, FGV, 1973; WAHRLICH, Beatriz Marques de Souza. Uma análise das teorias de organização. 3. ed. Rio de Janeiro, FGV, 1971. cap. 10 e 11; SHARKANSKY, Ira. Administração pública. Rio de Janeiro, FGV, 1974. partes I, II e III; RELATÓRIO-estudo do DNER. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 3 (2): 109-22, jul./dez. 1969; SIEGEL, G. B. "A unidade do método sistêmico". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 5 (1): 7-48, jan./jun. 1971; HERMANN, Roberto Max. "Análise de sistemas de recursos hídricos". Revista de Administração de Empresas, Rio de Janeiro, FGV, 11 (4): 53-60, out./dez. 1971; CARAVANTES, Geraldo Ronchetti. "Administração sistêmica por objetivos e resultados (ASPOR) - instrumento de desenvolvimento organizacional". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 11 (2): 61-109, abr./jun. 1977.

Nos países desenvolvidos, o conceito de sistemas transplantado das ciências físicas para as ciências sociais tem sido profusamente aplicado ao campo da ciência política e da administração,<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Ver a esse respeito: YOUNG, Oran R. Introdução à análise de sistemas políticos. Rio de Janeiro, Zahar, 1970; EASTON, David. Uma teoria de análise política. Rio de Janeiro, Zahar, 1968; \_\_\_\_\_. The political system. New York, Alfred Knopf, 1953; ALMOND, Gabriel A. & COLEMAN, James S. A política das áreas em desenvolvimento. Rio de Janeiro, Freitas Bastos, 1969. 538 p. (A abordagem de Gabriel Almond é conhecida como análise estruturalista. As variáveis específicas que constituem o seu modelo são definidas como estruturais.); ALMOND, Gabriel A. "Comparative political systems". Journal of Politics, 18 (3), Aug. 1956; HANIKA, F. de P. Guia moderno de administração. 2.ed. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1974; QUADE, E.S. Systems analysis techniques for planning, programming, budgeting. Santa Monica, California, Rand Corporation, 1966; \_\_\_\_\_. Military systems analysis. Santa Monica, California, Rand Corporation, 1963. AHLERS, David M. "Management information systems, from spyglass to pocket calculators". Financial Executive, New York, Financial Executives Institute, 44 (7): 44-52, July 1976; FEIBLEMAN, J. & FRIEND, J. W. (1945). "The structure and function of organization". In: EMERY, F. E., ed. Systems thinking. Middlesex, England, Penguin Books, 1970. parte 1, cap. 2, p. 30-55; KATZ, D. & KAHN, R. L. (1966). "Common characteristics of open systems". In: EMERY. op. cit. parte 2, cap. 5, p. 86-104; SOMMERHOFF, G. (1969). "The abstract characteristics of living systems". In: EMERY. op. cit. parte 2, cap. 8, p. 147-204; ACKOFF, R. L. (1960). "Systems, organizations, and interdisciplinary research". In: EMERY. op. cit. parte 4, cap. 16, p. 330-47; FOX, Karl A. Social indicators and social theory, elements of an operational system. New York, London, Sydney, Toronto, John Wiley, 1974 (The Wiley Series in Urban Research); BENNIS, Warren et al. "The utility of systems models and developmental models for practitioners". In: SCHODERBEK, Peter P. Management systems. 2.ed. New York, London, Sydney, Toronto, John Wiley, 1971. parte 1, seção 1, p. 29-39 (Wiley Series in Management and Administration); BLACK, Guy. "Systems analysis in government operations". In: SCHODERBEK. op. cit. parte 3, seção 2, p. 483-95; BOULDING, Kenneth E. "General systems theory - the skeleton of science". In: SCHODERBEK. op. cit. parte 1, seção 1, p. 20-8; WILLIAMS, Lawrence K. "The human side of a systems change". In: SCHODERBEK. op. cit. parte 2, seção 5, p. 388-92; ACKOFF, R. L. & EMERY, Fred E. On purposeful systems. Chicago, New York, Atherton, 1972; MÉLESE, Jacques. A gestão

pelas inúmeras vantagens que apresenta na análise dos complexos problemas que envolvem essas áreas de conhecimento.

Bertalanffy,<sup>3</sup> um dos pioneiros e principais porta-vozes do pensamento sistêmico, definiu-o, em sua forma mais simples, como um conjunto de unidades entre as quais existem relações. Prosseguindo em sua conceituação sobre sistema, Bertalanffy utiliza uma definição mais elaborada e mostra o sistema como "um complexo de elementos em interação, interação essa de natureza ordenada (não fortuita)".<sup>4</sup> Esta última definição oferece três categorias básicas: os "elementos", o processo de "interação" e a "ordenação". Embora os elementos sejam importantes, o que caracteriza os sistemas são as relações entre esses elementos e sua ordenação. Hall e Fagen definem sistema como "um conjunto de objetos e de relações entre os objetos e entre seus atributos",<sup>5</sup> enquanto Cherry apresenta-o como "um todo composto de muitas partes — um conjunto de atributos".<sup>6</sup>

Essas definições oferecem certa continuidade e mostram que, pelo menos nesse elevado nível de abstração, torna-se possível encontrar um acordo real acerca da noção de sistema. Cada defi

---

pelos sistemas. Rio de Janeiro, Livro Técnico, 1973; OPTNER, Stanford. Análise de sistemas empresariais. Rio de Janeiro, Livros Técnicos e Científicos, 1973. PRINCE, Thomas. Sistemas de informação: planejamento, gerência e controle. Rio de Janeiro, Livros Técnicos e Científicos, 1975; SHARKANSKY, Ira. Administração pública. Rio de Janeiro, FGV, 1974; etc.

<sup>3</sup> BERTALANFFY, Ludwig von. "General systems theory". Yearbook of the society for general systems research. 1956. p. 1-10.

<sup>4</sup> ANOHIN, P. K. et al. Teoria dos sistemas. Rio de Janeiro, FGV, 1976. p. 1 (Série Ciências Sociais).

<sup>5</sup> HALL, A. & FAGEN, R. "Definition of a system". General systems. 1956. v. 1, p. 18.

<sup>6</sup> CHERRY, Colin. On human communications. New York, Wiley, 1961. p. 307.

nição traz em seu bojo a idéia de um grupo de objetos ou elementos que mantêm entre si algumas relações estruturais características e que interagem com base em determinados processos. Todavia, esses conceitos gerais exigem alguma elaboração, particularmente no que diz respeito ao problema da operacionalização empírica, a fim de refletirem com precisão a noção de sistema. Em geral, é possível fazer a distinção entre dois canais alternativos que possibilitam o tratamento desses problemas.

Ao aplicar-se o termo sistema apenas aos elementos significativamente relacionados uns com os outros, no sentido de que seu nível de interdependência seja grande, um sistema seria distinto de uma reunião fortuita de elementos, o que nos leva, porém, a sérios problemas de julgamento operacional. Os que seguem essa abordagem<sup>7</sup> comumente estabelecem os seguintes critérios para identificarem a sua existência:

- a) um sistema necessita ser definível no sentido de poder situar-se com certa precisão no tempo e no espaço;
- b) um sistema é considerado como tal nos casos em que uma variedade de operações processadas preferencialmente por várias disciplinas leva à conclusão de que existe um sistema específico;
- c) um sistema é induzido a manifestar diferenças significativas nas escalas de tempo de suas estruturas e processos.

Tais critérios, apesar de aplicáveis à maioria dos sistemas, estão sujeitos a inúmeras críticas: 1.<sup>a</sup> não conseguem distinguir

---

<sup>7</sup> Ver YOUNG. op. cit. p. 28.

com clareza os sistemas analíticos dos sistemas físicos;<sup>8</sup> 2ª sua operacionalidade ainda é suscetível de dúvidas; 3ª ade mais, eles não especificam, precisa e decisivamente, o nível de interdependência que estabelece o ponto de diferenciação entre um conjunto fortuito de elementos e um sistema.

Um segundo enfoque desses problemas foi apresentado como uma "visão construtiva" dos sistemas,<sup>9</sup> em que as dificuldades rela tivas aos critérios para a identificação da existência de sistemas são problemas falsos, ou sem solução. A resposta, portanto, é considerar qualquer conglomerado de elementos que interessem aos propósitos da pesquisa como um sistema, pelo menos para as atividades preliminares de coleta e análise inicial dos dados. Acatando-se esse ponto como verdadeiro, qualquer decisão final acerca da existência de um sistema particular só seria tomada numa etapa de análise a posteriori, no momento em que a evidên cia fosse bastante para que se fizesse qualquer julgamento, em geral aceitável. Para Easton,<sup>10</sup> essa não é uma forma evasiva de definir o conceito, nem apenas uma objeção menor. Pelo con trário, ela apresenta duas vantagens na abordagem de análise po lítica: evita e elimina qualquer possível discussão em torno de ser ou não um sistema o objeto em análise. Qualquer conjunto de elementos que se quisesse considerar um sistema sê-lo-ia au tomaticamente.

---

<sup>8</sup> YOUNG (op. cit. p. 29) define sistema analítico como uma construção intelectual composta de aspectos ou atributos de en tidades concretas e sistema físico como aquele cujos componentes são entidades concretas.

<sup>9</sup> EASTON. op. cit. 1968. p. 52-7.

<sup>10</sup> Id. ibid. p. 57.

A importância dessa abordagem pode não estar clara a priori, mas tornar-se-ia "gritantemente óbvia" quando se começasse a identificar os elementos do sistema empírico. Leva ainda à mudança de idéia a respeito dos sistemas. Permite dizer que um sistema, antes considerado inteiramente desinteressante, porque não se viam relações significativas entre as suas partes, subitamente torna-se importante, à medida que novos dados possibilitam outras conexões. Pode-se fazer isso sem a obrigação de discutir como um não-sistema, de repente, transformou-se em sistema. Evita-se assim, claramente, a necessidade de se tomarem muitas decisões difíceis e às vezes bastante arbitrárias, quanto à existência ou não de sistemas; porém legam-se ao analista sérios problemas de agrupamento de material e de discriminação dos dados durante as fases iniciais de seu trabalho.

Ao analista de sistemas cabe estabelecer critérios de seleção, indicados pelo interesse da pesquisa, para que se possa trabalhar com um número limitado de atividades extraídas da realidade fenomenal global. Essas atividades terão a denominação de sistema e comporão a unidade empírica mais ampla a ser analisada.

Deve-se entender sistema como um conjunto de elementos ou partes de uma realidade que, no desenvolvimento de suas ações, mantêm entre si relações diretas de interdependência, com mecanismos de interação e bloqueios capazes de fazer convergir as ações desenvolvidas para a obtenção de objetivos comuns.

### 2.1.2. Parâmetros básicos dos sistemas abertos

Após o estabelecimento de um conceito inicial de sistemas, pode-se examinar os parâmetros básicos dos sistemas abertos.<sup>11</sup>

Os sistemas sociais são sempre abertos e geralmente pertencem a um sistema maior; podem também decompor-se em sistemas menores ou subsistemas, dependendo da ótica de análise.

Os sistemas abertos apresentam cinco parâmetros básicos: os insumos, os mecanismos de conversão, os produtos (ou objetivos), o efeito de feedback ou retroalimentação e o meio-ambiente.

#### 2.1.2.1. Insumos

Em seu sentido amplo, insumo é "qualquer evento que altera, modifica ou afeta o sistema de alguma maneira"<sup>12</sup>. Com o objetivo de tornar o termo mais flexível, David Easton<sup>13</sup> classificou-o

---

<sup>11</sup> Sistemas abertos são aqueles que obtêm, de fontes externas, novas energias para sua dinâmica. Interagem com o seu ambiente no sentido de receber insumos e gerar produtos e, também, de adaptar estruturas e processos internos ao ambiente. Os sistemas sociais são todos abertos. Sistemas fechados são os que dispõem somente da sua própria energia, não tendo qualquer interação significativa com o ambiente. Suas partes são dinamizadas por mecanismos de comunicação e controle; porém, por tendência ao equilíbrio energético, caminham para a estagnação.

<sup>12</sup> BRASILEIRO. op. cit. p. 17.

<sup>13</sup> EASTON. op. cit. 1968. p. 143-61.



em dois grupos: demandas e apoio. As demandas representam as reivindicações, informações, sugestões e ordens que entram no sistema. Sua origem reside nas "aspirações, expectativas, ideologias, motivações e preferências, bem como nos interesses e nos valores sociais, políticos e administrativos dos cidadãos e da comunidade".<sup>14</sup> O apoio representa a base por meio da qual o sistema processa as demandas: recursos financeiros, instalações, sentimentos de lealdade, obediência às leis, aos regulamentos e outros. Como se observa, o apoio subdivide-se em duas categorias distintas: material (recursos financeiros, créditos, instalações, etc.) e moral, positivo e negativo (sentimentos de lealdade, obediência às leis, etc.).

#### 2.1.2.2. Mecanismos de conversão

Os mecanismos de conversão de um sistema político ou administrativo são representados pelos órgãos legislativos<sup>15</sup> e deliberativos, autoridades e funcionários, pelas estruturas burocráticas, enfim, pela máquina governamental e administrativa. Sua função é processar os insumos e transformá-los em produtos, os quais dependem tanto da eficiência e eficácia dos mecanismos de conversão, como da natureza, qualidade e volume dos insumos. Se as reivindicações pessoais forem altas, bastante positivo for o apoio moral e grande o apoio material dado ao sistema, os mecanismos de conversão tendem a assumir padrão elevado e os produtos boa

---

<sup>14</sup> LORDELLO DE MELLO. "Administração urbana: uma visão sistêmica". In: op. cit. 1976a. p. 44-6.

<sup>15</sup> No Sistema Nacional de Saúde os órgãos legislativos figuram como insumos, de vez que os mesmos exercem função de órgãos normativos, não participando diretamente no processo de execução das políticas de saúde.

qualidade.<sup>16</sup>

#### 2.1.2.3. Produtos

Os produtos de qualquer sistema administrativo ou político consistem na realização de seus objetivos materializados pela alocação de bens e serviços à população envolvida no sistema; na elaboração de normas e controles indispensáveis à disciplina do convívio social e na apropriação dos ônus às diferentes categorias ou grupos sociais que devem fazer face aos custos de manutenção do sistema.<sup>17</sup>

#### 2.1.2.4. Efeito de feedback ou retroalimentação

Por definição, a finalidade do feedback é o controle.

O feedback possui o dom de ubiquidade, ou seja, permeia todo o sistema, traduz a repercussão dos produtos sobre os insumos e o meio-ambiente, modificando-os de algum modo. É a função do sistema que compara o produto com um critério ou padrão. Seu uso adequado permite uma constante avaliação crítica de seu impacto na sociedade, dando margem a possíveis correções de desvios de seus programas, estratégias de ação e políticas.<sup>18</sup>

---

<sup>16</sup> Sobre a matéria ver: LORDELLO DE MELLO. "Administração urbana: uma visão sistêmica". op. cit. 1976a. p. 52-63; BRASILEIRO. op. cit. 1968. p. 177-80.

<sup>17</sup> Sobre a matéria ver: LORDELLO DE MELLO. "Administração urbana: uma visão sistêmica". In: op. cit. 1976a. p. 64-74; BRASILEIRO. op. cit. p. 17-8; EASTON. op. cit. 1968. p. 171-3.

<sup>18</sup> Sobre a matéria ver: LORDELLO DE MELLO. "Administração urbana: uma visão sistêmica". In: op. cit. p. 70-3; BRASILEIRO. op. cit. p. 16-8; EASTON. op. cit. 1968. p. 173-7.

#### 2.1.2.5. Meio-ambiente

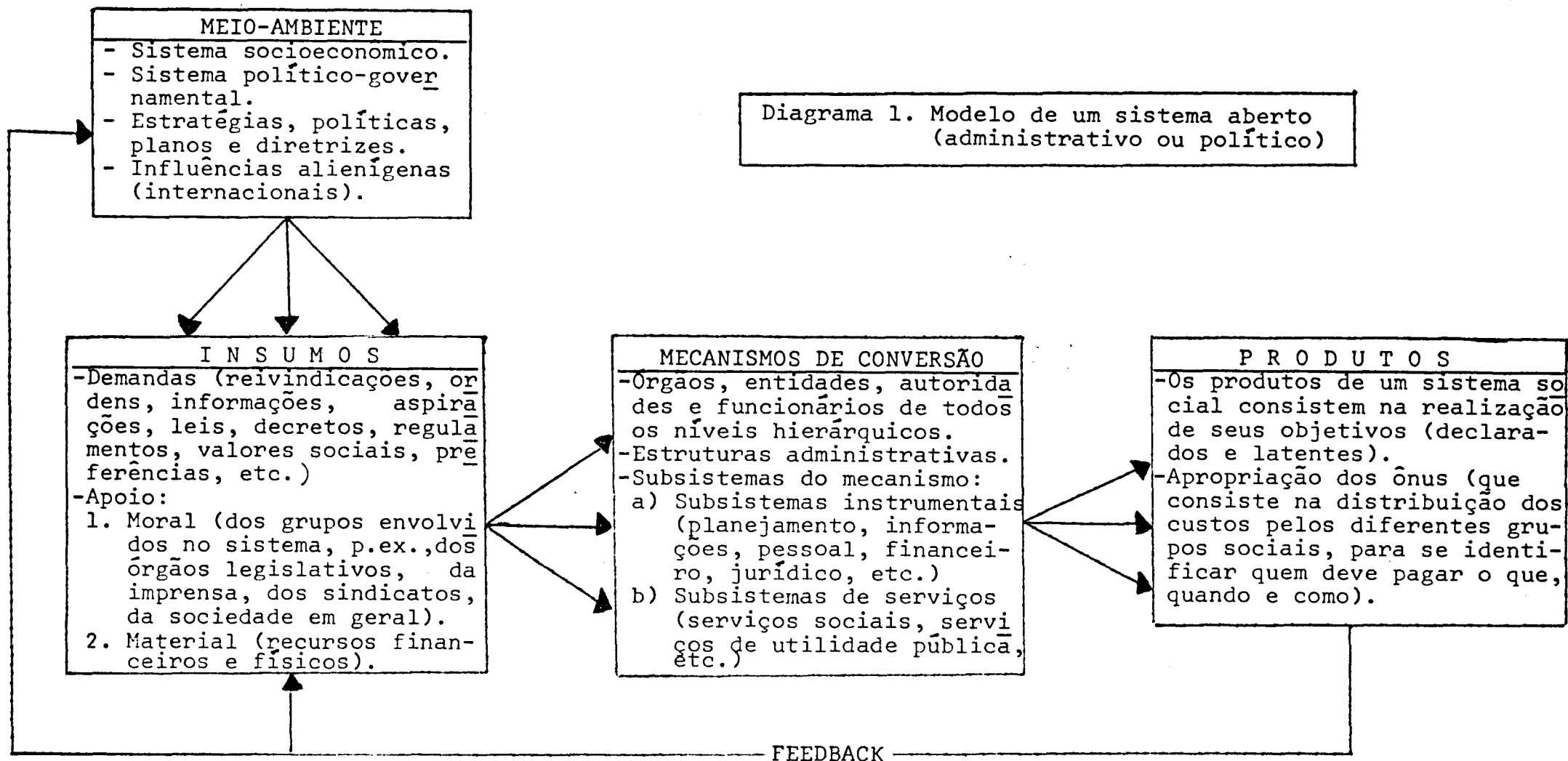
O meio-ambiente compreende o macrossistema onde atua o sistema ou subsistema,<sup>19</sup> envolvendo a complexa gama de influências que pressionam de alguma forma o sistema.<sup>20</sup>

A seguir, no diagrama 1, tem-se uma versão gráfica de um modelo de sistema aberto (administrativo ou político).

---

<sup>19</sup> Há necessidade de se estabelecer os limites do sistema que se está estudando. Como se pode comprovar, os sistemas se definem, basicamente, pelos elementos, relacionamentos e objetivos; existem parâmetros abstratos universalmente aplicados (insumos, mecanismos de conversão, produtos, feedback e meio-ambiente) que, ou representam o sistema global, ou simplesmente um subsistema desse sistema maior. Eles envolvem o fluxo de conversão de insumos em produtos; dentro do sistema, o produto de um subsistema torna-se o insumo de outro. Tomando-se como base esse último aspecto pode-se conduzir a análise a uma "armadilha lógica". Ao se extrapolar o conceito de que tudo no mundo pode ser considerado como parte de algum sistema, e também que em determinado ponto tudo se relaciona com tudo, torna-se inócuo o conceito de sistema, a não ser que se seja capaz de desenvolver critérios a fim de estabelecer limites para os sistemas.

<sup>20</sup> O meio-ambiente exerce influência sobre o sistema como um todo. Todavia, ela prevalece mais diretamente sobre os insumos, que sobre as demais partes do sistema. A esse respeito ver: EASTON. op. cit. 1968. p. 141-61; LORDELLO DE MELLO. "Administração urbana: uma visão sistêmica". In: op. cit. p. 46-50.



## 2.2. O modelo de David Easton

A abordagem de David Easton sobre Uma teoria de análise política não se fundamenta em nenhum modelo acabado. Segundo o próprio Easton, não lhe "adiantaria nenhum empréstimo de outras a bordagens de sistema", <sup>21</sup> pois sua pretensão era "desenvolver uma nova e consciente estrutura de conceitos adequada para o tipo de sistema constituído pela vida política". <sup>22</sup> Atribui ao quadro institucional, com base no qual desenvolveu parte do seu pensamento, os motivos que o levaram a associar sua abordagem teórica mais às ciências de sistemas do que a determinada ciência social, ou, ainda, a alguma ciência natural, em particular.

Essa nova forma de abordagem teórica na análise da vida política, que assumiu caráter mais descritivo, pode ser denominada a nálise de sistemas. A alternativa da análise de sistemas, como o principal enfoque utilizado por Easton, para a teoria política reflete uma das várias estratégias possíveis na construção de uma teoria política geral. Propicia, assim, a assimilação das contribuições da revolução conceptual, levada a efeito não só em várias disciplinas próximas da ciência política, como a sociologia e a antropologia social, mas também nas ciências biológicas e naturais.

Partindo-se desse ponto é sempre possível a aplicação, analogicamente, do instrumento conceptual de outras disciplinas aos dados de um campo de estudo diferente. Landau argumenta que, na história da ciência, a analogia e a metáfora já em várias oportunidades serviram como fontes de novas descobertas e transfor

---

<sup>21</sup> EASTON. op. cit. 1968. p. 14.

<sup>22</sup> Id. ibid.

mações profundas no pensamento científico. Haja vista a pró  
pria ciência política, beneficiada pela utilização de modelos  
de análise importados de outras disciplinas, recorrendo à metá  
fora como recurso para partir do conhecido para o desconhecido.<sup>23</sup>

Alega ainda que, modernamente, em ciência política tem-se con  
dições de ir bem mais longe; pode-se, inclusive, explorar as  
linhas essenciais de uma estrutura conceptual calcada na adoção  
e adaptação específicas da análise de sistemas, com vistas à  
compreensão da vida política. Sempre que há um esforço genuíno  
partindo de conceitos centrais originários de outros campos de  
conhecimento, a pesquisa teórica de sistemas conduz a várias no  
vas direções e perspectivas. Os velhos conceitos assumem signi  
ficados novos e às vezes irreconhecíveis.

A orientação conceptual de Easton parte da "decisão fundamen  
tal" de encarar a vida política como um sistema de comportamen  
to, cuja unidade de análise mais ampla é o sistema político.  
Para ele, "um sistema político será identificado como um conjun  
to de interações abstraídas da totalidade do comportamento so  
cial, pelas quais os valores são alocados autoritariamente para  
uma sociedade"<sup>24</sup> As pessoas que se encontram no processo de en  
gajamento em tais interações — desempenhando papéis políticos —  
são citadas como membros do sistema.

Esta definição abrange, por conseguinte, três elementos, como  
segue: a) o sistema político aloca valores através de políticas;

---

<sup>23</sup> Ver a esse respeito: LANDAU, M. "On the use of methaphor in  
political analysis". Social Research, 28: 331-53, 1961.  
Apud: EASTON. op. cit. 1968. p. 20.

<sup>24</sup> EASTON. op. cit. 1968. p. 89.

b) essas alocações são decisivas e obrigatórias; c) elas são abrangentes, envolvendo a sociedade como um todo. "Uma alocação pode privar uma pessoa de algo valorizado que possua, pode impedir a consecução de valores que de outra forma seriam obtidos ou pode permitir o acesso de algumas pessoas a certos valores e impedir o de outras."<sup>25</sup>

As interações políticas são sempre realizadas por pessoas biológicas, agindo individualmente ou em grupo. A terminologia "membro" é geralmente utilizada para indicar a atuação dessa pessoa biológica no desempenho de papéis políticos. Dessa forma, todos os indivíduos que participam da vida política de uma sociedade são considerados membros do seu sistema político; até mesmo quando figuram como meros recipientes passivos dos resultados do comportamento ativo de outros, a quem eles se subordinam.

Dentro da conotação de Easton, o sistema político, analiticamente separável de todos os outros sistemas sociais, não funciona num vácuo. Ele infiltra-se num ambiente onde se estão desenvolvendo interações de ordem econômica, social, psicológica, filosófica, etc. Como sistema aberto que é, assimila influências dos demais e também os influencia. O sistema político não se limita à interação com os demais existentes em sua própria sociedade. Ele interage, também, com os de outras sociedades.

Para facilitar o entendimento das trocas ou transações levadas a efeito pelo sistema político com o seu meio próximo e distante, David Easton elabora um modelo circular de sistema político.<sup>26</sup> Por meio desse modelo propõe reduzir as influências maio

---

<sup>25</sup> BRASILEIRO. op. cit. p. 15-6.

<sup>26</sup> EASTON. op. cit. 1968. p. 150-4.

res e mais significativas do meio-ambiente a uns poucos indicadores a que ele denominou insumos (inputs) e produtos (outputs).<sup>27</sup> Os efeitos transmitidos através do limite de um sistema a outro são os produtos do primeiro sistema e os insumos do segundo, aquele que é por eles influenciado. A transação entre sistema é, assim, vista como uma ligação entre eles sob a forma de relação de insumo-produto.

O modelo circular de sistema político de Easton pode ser resumido da seguinte maneira: um determinado sistema político recebe insumos do seu meio. Por intermédio de estruturas e processos internos o sistema age sobre essas entradas, transformando-as em produtos. Estes, por sua vez, retornam ao meio e, em muitos casos, diretamente ao próprio sistema, pelo efeito de feedback, propiciando condições de correção dos desvios de seu comportamento.

Os problemas teóricos levantados por uma conceituação como essa conduzem à idéia de um sistema de comportamento que se deve voltar no tempo para compreender como alguma tipologia de vida política tem sido capaz de manter-se em equilíbrio social.

Para Easton, a ciência política chegou à área da pesquisa rigorosa justamente a tempo de ser atingida pela nova onda de inovações tecnológicas. Embora tenha sofrido no seu desenvolvimento passado, devido à sua lentidão em aproveitar o que a pesquisa social tinha de melhor a oferecer, peculiarmente, essa mesma fra

---

<sup>27</sup> Preferiu-se neste trabalho utilizar a terminologia insumos (em vez de inputs) e produtos (em vez de outputs), conceitos já amplamente utilizados e aceitos no Brasil. Cf. LORDELLO DE MELLO. "Administração urbana: uma visão sistêmica". In: op. cit. 1976a.p. 41-74; BRASILEIRO. op. cit.; GUERREIRO RAMOS, Alberto. A administração como estratégia para o desenvolvimento. Rio de Janeiro, FGV, 1966.



queza transformou-se em fonte potencial de força. Ao contrario das disciplinas sociais mais desenvolvidas, não é necessário que a ciência política sofra os custos das mudanças de técnicas empíricas tradicionais ou obsoletas, nem é preciso que lute contra os conceitos de pesquisa em que cientistas empíricos tenham desenvolvido interesses adquiridos. Em vez disso, pelo fato de estar entrando na pesquisa empírica com investimento mínimo em treinamento e conceitos empíricos anteriores, encontra-se livre para tirar proveito das oportunidades oferecidas pelo avanço tecnológico.

A descrição da vida política como sistema pode simplesmente representar um subsistema conveniente e elaborado para muitas formas alternativas de se falar sobre política no seu nível teórico mais inclusivo. Porém, se o desenvolvimento de uma teoria política geral entusiasma, ou não, a adoção de sistema como conceito traz certos compromissos intelectuais, latentes na abordagem de Easton.

Em síntese, esta abordagem consiste na aplicação da teoria de sistemas à ciência política. Easton desenvolve uma série de categorias logicamente integradas, com forte relevância empírica, que torna possível a análise da vida política como um sistema de comportamento. Sob este ângulo, começa identificando e elaborando os pressupostos básicos para uma interpretação da vida política. Com base nesses pressupostos constrói uma estrutura de conceitos, apresentando uma visão da vida política como um sistema que reage e também responde às demandas do meio-ambiente, através de um processo de retroalimentação (feedback), em busca de um equilíbrio dinâmico.

Escolheu-se esse enfoque — com auxílio de outras abordagens sobre a teoria de sistemas — como modelo teórico para desenvolver o presente estudo sobre o Ministério da Saúde, por se considerar uma abordagem bastante flexível, suscetível de aplicação ao

estudo de organizações. O modelo de David Easton apresenta-se como um dos mais ricos e completos — em conteúdo e qualidade de análise — aplicados às ciências sociais.

O Ministério da Saúde, assim como o sistema político concebido por Easton, pode ser analisado como um sistema de comportamento. Esse sistema de comportamento harmonicamente articulado e coordenado tem condições de expandir sua esfera de influência e servir de veículo para criação, difusão e perpetuação de elementos e mecanismos inovadores, capazes de induzir mudanças sociais que conduzam ao desenvolvimento. A abordagem de Easton servirá de modelo teórico para o estudo empírico do Ministério da Saúde, como um sistema de partes interligadas e interdependentes. Através da aplicação desse modelo pretende-se detectar os pontos críticos e obstáculos que estão dificultando o Ministério da Saúde a atingir os seus objetivos sociais.

### 2.3. Vantagens da análise de sistemas para o estudo das organizações administrativas

Os tempos modernos caracterizam-se por bruscas transformações. A ciência e a tecnologia assumem novos domínios como a energia nuclear, a conquista espacial, a sofisticação dos laboratórios de pesquisas e dos computadores. As mudanças sociais são intensas, ocasionando pela superposição de duas culturas — a velha e a nova — choques culturais.<sup>28</sup>

Ao lado dessas transformações assiste-se ao desenvolvimento de um alto grau de especialização das pessoas engajadas em organi

---

<sup>28</sup> Ver a esse respeito: TOFFLER, Alvin. O choque do futuro. 1. ed. Rio de Janeiro, Artenova, p. 1-384.

zações. Desenvolvem elas, em profundidade, habilidades avançadas, mas fazem-no em áreas de especialização cada vez mais restritas. Com o aumento do número de especialistas e, consequentemente, o crescimento das organizações, surge a administração como uma das áreas do conhecimento humano mais impregnadas de complexidade e desafios.

O conjunto desse desenvolvimento organizacional gerou a proliferação de novos produtos e ocupações, antes não-imagináveis.

A administração de alto nível, diante das transformações tecnológicas e de equipes de profissionais altamente especializados, exige como imperativo categórico habilidade de integração e síntese.

Assim, o homem tem sido induzido a encontrar soluções inteligentes, através da análise de meios alternativos, "olhando mais para o futuro, inclusive visualizando um número muito maior de variáveis, examinando uma gama mais extensa de possíveis cursos de ação e levando em conta alternativas de níveis mais elevados".<sup>29</sup>

A análise tradicional de Organização e Métodos (O & M) já não satisfaz às exigências desse novo estado de coisas, pela pobreza do seu enfoque estrutural. Ela contempla a organização setorialmente, sem analisar o seu potencial sinérgico, nem as influências do meio-ambiente.

O método sistêmico apresenta inquestionáveis vantagens sobre a análise tradicional de O & M, na elaboração de diagnósticos ad

---

<sup>29</sup> McKEAN. Efficiency in government through systems analysis. New York, John Wiley and Sons, 1958. p. 7. Apud: SIEGEL, G. B. "A unidade do método sistêmico". Revista de Administração Pública, 5(1):7-48, jan./jun. 1971.

ministrativos e na formulação de políticas. Neste primeiro caso,<sup>30</sup> o método sistêmico começa por identificar claramente "os produtos esperados e não os efetivamente encontrados no sistema" em análise, para posterior cotejo entre os esperados e os encontrados. Saliente-se que esses produtos esperados nem sempre se encontram declarados em documentos, figurando, porém, de forma latente, entre os verdadeiros produtos do sistema. Este cotejo permite a correção de desvios, se for o caso, por meio do efeito de feedback.

Quanto ao meio-ambiente, o método sistêmico procura identificar as principais condicionantes a que estão sujeitos os insumos. Em determinados casos, elas afetam de maneira especial alguns dos subsistemas dos mecanismos de conversão.<sup>31</sup>

Na formulação de políticas, o método sistêmico permite uma análise do macrossistema social, dando margem a decisões alternativas voltadas para os interesses finais (produtos) do macrossistema e não privilegiando determinados setores. Essa visão global fornece uma perfeita interação das políticas, evitando atividades e objetivos conflitantes, muito comuns em programas de governo, feitos à base do poder de barganha dos ministérios mais poderosos sobre os menos influentes.

---

<sup>30</sup> Ver a esse respeito LORDELLO DE MELLO. "A teoria dos sistemas na análise da administração municipal". In: op. cit. 1976b. p. 32-48.

<sup>31</sup> Esses subsistemas do mecanismo de conversão são os departamentos ou divisões da empresa, como por exemplo: subsistema jurídico, subsistema de planejamento, subsistema de orçamento, subsistema de programação, subsistema de pessoal, subsistema de comunicações, etc. Um problema gerado em um ou alguns desses subsistemas pode afetar, sobremaneira, os outros subsistemas e os produtos finais do sistema.

A análise de sistemas tem sido objeto de variada aplicação prática, estendendo-se seu uso a toda sorte de atividade, desde estudos de simplificação do trabalho até complexos planejamentos estratégicos de grandes organizações.<sup>32</sup>

---

<sup>32</sup> QUADE, E. S. op. cit. 1963. p. 1-2.

### Capítulo 3. SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

Não é objetivo deste capítulo analisar o Sistema Nacional de Saúde (SNS) de vez que o ponto focal do presente estudo é o Ministério da Saúde como um de seus subsistemas. Pretende-se fornecer uma perspectiva do contexto sistêmico onde se encontra inserido o Ministério da Saúde.

De acordo com a teoria de sistemas, constitui o SNS<sup>1</sup> o complexo dos serviços dos setores público e privado voltados para as ações de interesse da saúde, abrangendo atividades que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde.

#### 3.1. Parâmetros básicos do SNS

##### 3.1.1. Insumos

Os insumos do SNS estão assim constituídos:

##### 3.1.1.1. Demandas

- a) Legislação federal do setor saúde.<sup>2</sup>
- b) II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), Lei nº 6.151, de 4 de dezembro de 1974, capítulos VI e XI.
- c) Legislação estadual do setor saúde.
- d) Legislação municipal do setor saúde.
- e) Reivindicações da sociedade brasileira em matéria de saúde.

---

<sup>1</sup> Sobre a matéria ver Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde.

<sup>2</sup> BRASIL, Ministério da Saúde. Legislação federal do setor saúde. 2.ed. Brasília, Ministério da Saúde, 1977. 3. v. 1.102 p.

### 3.1.1.2. Apoio

#### 1. Moral

- a) Órgãos legislativos - os órgãos legislativos brasileiros (federais, estaduais e municipais) reagem contra o precário estado de saúde da população, que figura como sério obstáculo às metas nacionais de desenvolvimento econômico e social concebidas pelo II PND.<sup>3</sup> Eles participam do processo de elaboração e aprovação de leis<sup>4</sup> para o SNS e criticam<sup>5</sup> as entidades públicas e privadas encarregadas da prestação dos serviços de saúde, quando essas, levadas por imperícia, imprudência ou negligência, não alcançam os objetivos sociais esperados pela população.

---

<sup>3</sup> Sobre o II PND, ver Lei nº 6.151, de 4 de dezembro de 1974, publicada no Diário Oficial da União, de 6 de dezembro de 1974.

<sup>4</sup> Além das leis propriamente ditas existem os decretos emanados do Presidente da República, por força do art. 81, item III da Constituição vigente; e os decretos-leis que são decretos também emanados do Presidente da República, com força de lei, quando o mesmo estiver absorvendo, anormalmente, as funções próprias do Legislativo, eventualmente supresso. Sobre as leis, decretos e decretos-leis do SNS, ver BRASIL, Ministério da Saúde. op. cit. 1.102p.

<sup>5</sup> Ver, a esse respeito, matéria publicada no Jornal do Brasil (Rio de Janeiro, 12 ago. 1977, p. 14), sob o título "Deputada condena na CPI da mulher o plano contra a gravidez de alto risco" e pronunciamento do Senador Gilvan Rocha (MDB-SE) sobre gravidez de alto risco no Brasil. Ver também "Senadores criticam Ministro" (O Liberal, Belém do Pará, 25 set. 1977, 1º caderno), em que os Senadores Itamar Franco (MDB-MG) e Gilvan Rocha (MDB-SE) criticam a Portaria nº 316, baixada pelo Ministro da Saúde, Almeida Machado, desobrigando as unidades hospitalares que possuam até 200 leitos da contratação de um farmacêutico profissional para tomar conta do dispensário de medicamentos.

- b) Imprensa - A imprensa exerce papel relevante na melhoria do SNS. Figura como a maior crítica do sistema. Assim como divulga e prestigia as inovações e melhorias introduzidas nos diversos órgãos — públicos e privados — integrantes do SNS, são duras suas críticas, quando esses órgãos não correspondem aos seus objetivos sociais.<sup>6</sup> Com isso, oferece ao poder decisório do SNS, que é o mecanismo de conversão, feedback para correção dos desvios porventura existentes no sistema. O uso adequado desse feedback fica a critério da competência e da visão política dos administradores de saúde, que compõem o mecanismo de conversão.
- c) Profissionais de saúde - Ao menos, uma pequena minoria está preocupada com a melhoria do SNS, e, à proporção que critica as disfunções existentes no sistema, presta relevantes contribuições à elaboração de trabalhos técnicos e científicos.<sup>7</sup> Modernamente, esse esforço vem ganhando maior signifi

<sup>6</sup> Ver, a esse respeito, críticas feitas à clínica-modelo da Sociedade de Bem-Estar Familiar no Brasil (Bemfam), localizada no Méier - Rio, ao baixo nível social, econômico e cultural da grande maioria das 40 mil mulheres encarregadas de implementar o planejamento familiar instituído pelo Governo federal (Última Hora, Rio de Janeiro, 2 jun. 1977, p. 7); matéria que discorre sobre o projeto de reforma da Previdência Social (Jornal do Brasil, Rio de Janeiro, 12 ago. 1977, p. 14).

<sup>7</sup> Ver, a esse respeito, GENTILE DE MELLO, Carlos. "A previdência social e a economia do mercado, análise do plano de penetração". Revista Paulista de Hospitais, ano 21, 6, 1975; \_\_\_\_\_. "O Sistema Nacional de Saúde, proposições e perspectivas". Saúde em Debate, São Paulo, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, (1) 1975; \_\_\_\_\_. "Contribuição ao estudo do setor saúde". Previdência Social, INPS (15), nov./dez. 1969. SAYEG, Mário A. "Correlações numéricas entre médicos e outros profissionais de nível superior". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 11(3): 111-31, jul./set. 1977. ALMEIDA RODRIGUES, Bichat de. Fundamentos de administração sanitária. Rio de Janeiro, Usaid, 1967. BASTOS, Muriilo Villela. "O Sistema Nacional de Saúde em debate". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 11(3): 31-56, jul./set. 1977. CHAVES, Mário M. Saúde e sistemas. Rio de Janeiro, FGV, 1972. CUPERTINO, Fausto. População e saúde no Brasil. Civilização Brasileira, 1976.



cado com a criação de equipes interdisciplinares — envolvendo profissionais de diferentes áreas de conhecimento, como sociólogos, psicólogos, economistas, administradores, médicos, odontólogos, dentre outros — preocupadas com as atividades do setor saúde.<sup>8</sup>

- d) Grupos em geral - Os sindicatos, clubes de serviços, as entidades de classe e os grupos em geral, que também constituem demandas do sistema associadas à população como um todo, reclamam por melhores serviços de saúde. Manifestam seu desagrado em relação às entidades públicas e privadas encarregadas da prestação desses serviços, pelos entraves burocráticos, lentidão no atendimento, baixa qualidade dos serviços e altos custos da rede privada. Seu apoio ao sistema é mais no sentido de reivindicar benefícios sociais.

## 2. Material

- a) Recursos financeiros - Os serviços de saúde no Brasil estão a cargo de três setores institucionais:

- . Privado - com fins lucrativos e comerciais, cujos recursos financeiros são oriundos, principalmente, da venda de serviços à população. Segundo os críticos do sistema,<sup>9</sup> o se

---

<sup>8</sup> Ver, a esse respeito, REZENDE, Fernando & MAHAR, Dennis. Saúde e previdência social: uma análise econômica. IPEA/INPES, 1974; REZENDE, Fernando. Previdência social e distribuição de renda. 1975. mimeogr; JORDAN FILHO, Leon, MONTEIRO, M.F.G. & CARVALHO, Alceu W.V. de. "Revisão analítica dos indicadores de saúde". Revista Brasileira de Estatística, ano 35 (139), jul./set. 1974; SMITH, Brian Abel. "A política de saúde e o desenvolvimento econômico". Previdência Social, INPS (10), maio/jun. 1969; GENTILE DE MELLO, Carlos. "Planejamento de saúde e desenvolvimento econômico". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 11(3): 81-96, jul./set. 1977.

<sup>9</sup> Ver, a esse respeito, Saúde em Debate, São Paulo, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (2): 43, jan./fev./mar. 1977.

tor privado constitui a indústria da doença, manifestando um índice claro no sentido prioritariamente lucrativo e não voltado para o interesse social. Argumentam, ainda, que "enquanto os grupos que comandam os hospitais, clínicas e laboratórios particulares se enriquecem com a doença e o incentivo publicitário à hipocondria nos meios urbanos, os custos sociais deste processo vão-se tornando cada vez mais elevados".<sup>10</sup>

Saliente-se que das 529 empresas farmacêuticas existentes no Brasil, 460 são nacionais, sendo que esse número menor não traduz participação global minoritária. Pelo contrário, 97% do setor são controlados por grupos estrangeiros e mesmo as 69 empresas internacionais são sobremaneira poderosas. Nos últimos 16 anos, 49 laboratórios brasileiros foram incorporados por capitais dos Estados Unidos, França, Alemanha, Itália, Áustria, Inglaterra, Japão e Argentina.<sup>11</sup>

Em 1972, de acordo com os dados da pesquisa realizada pelo IPEA,<sup>12</sup> o montante de vendas da indústria farmacêutica atingiu a cifra de US\$600 milhões, tendo-se importado cerca de US\$150 milhões, em matéria-prima, no ano de 1973, pois apenas 21% desta eram nacionais.<sup>13</sup> Somente 10 indústrias controlavam todo o know-how do setor, permitindo e norme economia de divisas. No ano de 1974, o faturamento

---

<sup>10</sup> Ver, a esse respeito, Saúde em Debate, jan./fev./mar. 1977, p. 43.

<sup>11</sup> Id. *ibid.* p. 44.

<sup>12</sup> Id. *ibid.*

<sup>13</sup> Percentagem calculada com base no total dos gastos realizados com matéria-prima no período.

alcançou US\$800 milhões. Dos programas orçamentários das indústrias farmacêuticas consta que 15% destinam-se à publicidade, 12 às embalagens e em torno de 20 à pesquisa pura.<sup>14</sup>

- . Fechado - abrange os sistemas das corporações militares e das mutualidades limitadas. Os recursos financeiros disponíveis atendem razoavelmente às demandas.
  - . Público - exercido por instituições oficiais e entidades privadas de fins sociais ou filantrópicos, para o público em geral. Nesse setor existe escassez de recursos financeiros e a demanda por serviço é muito acentuada enquanto a oferta torna-se sobremaneira reduzida.
- b) Instalações e equipamentos - Em termos quantitativos as instalações e equipamentos do SNS são considerados razoáveis, em relação aos países em desenvolvimento, principalmente no que diz respeito a leitos hospitalares. O que existe é a má distribuição por espaços sociais. Em 1973 o Brasil possuía 4.489 hospitais, com um total de 387.066 leitos, sendo 736 hospitais pertencentes a entidades oficiais, com 137.061 leitos, e 3.753 hospitais pertencentes à rede privada, com 250.005 leitos, conforme demonstra a tabela 1.

---

<sup>14</sup> Pesquisa pura para os efeitos deste trabalho é aquela destinada a contribuir para a evolução do conhecimento científico.

Tabela 1

Número de hospitais segundo a entidade mantenedora - 1973

ESPECIFICAÇÃO	HOSPITAIS		LEITOS	
	Número	%	Número	%
<u>Total</u>	<u>4.489</u>	<u>100,00</u>	<u>387.066</u>	<u>100,00</u>
Oficial	736	16,40	137.061	35,40
Privada	3.753	83,60	250.005	64,60

Fonte: FUNDAÇÃO DO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, Rio de Janeiro. Anuário estatístico do Brasil. 1975.

Como se observa nesta tabela, 83,60% dos hospitais, representam do 64,60 do número de leitos, eram do setor privado, enquanto que apenas 16,40 dos hospitais, com 35,40 dos leitos, eram do setor oficial.

Quanto à distribuição das instalações e equipamentos hospitalares por regiões fisiográficas, a região Sudeste figurava como a mais bem servida, com 41,1% dos ambulatorios, 32,3 dos dispensários, 43,0 das farmácias, 52,3 dos lactários, 57,6 das creches, 48,2 dos gabinetes dentários, 47,7 dos laboratórios, 43,4 das salas de parto e 50,1 das salas de cirurgias, de acordo com os dados da tabela 2.

Tabela 2

Instalações e equipamentos hospitalares, segundo  
as grandes regiões fisiográficas - 1973

ESPECIFICAÇÃO	BRASIL		NORTE		NORDESTE		SUDESTE		SUL		CENTRO-OESTE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ambulatórios	3.815	100,0	111	2,9	838	22,0	1.569	41,1	1.006	26,4	291	7,6
Dispensários	446	100,0	24	5,4	102	22,9	144	32,3	137	30,7	39	8,7
Farmácias	2.994	100,0	94	3,1	688	22,0	1.285	43,0	781	26,0	146	4,9
Lactários	842	100,0	26	3,1	157	18,6	440	52,3	171	20,3	48	5,7
Creches	99	100,0	5	5,0	18	18,2	57	57,6	12	12,1	7	7,1
Gabinetes dentários	1.066	100,0	61	5,7	339	31,8	514	48,2	110	10,3	42	4,0
Laboratórios	8.752	100,0	304	3,5	1.618	18,5	4.175	47,7	2.005	22,9	650	7,4
Salas de parto	3.041	100,0	75	2,5	623	20,5	1.321	43,4	789	25,9	233	7,7
Salas de cirurgias	7.015	100,0	183	2,6	1.139	16,2	3.517	50,1	1.738	24,8	438	6,3

Fonte: FUNDAÇÃO DO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, Rio de Janeiro. Anuário estatístico do Brasil. 1975.

Cotejando os indicadores de população por leito hospitalar, no ano de 1971, envolvendo 10 países selecionados,<sup>15</sup> observa-se que o Brasil figurava em oitava posição. Todavia, se se confrontá-lo apenas com 5 países selecionados dentre os considerados em desenvolvimento, sua posição sobe para a terceira colocação, como se pode comprovar na tabela 3.

Tabela 3

População por leito - 1971

PAÍSES	POPULAÇÃO
	Habitante/leito
1. Suécia*	66
2. França*	95
3. Canadá*	102
4. Inglaterra*	110
5. Estados Unidos da América*	138
6. Argentina**	176
7. Chile**	245
8. Brasil**	261
9. Venezuela**	333
10. México**	785

Fonte: UNITED NATIONS. Statistical yearbook. 1974.

\* Considerado país desenvolvido.

\*\* Considerado país em desenvolvimento.

Pela tabela 3 verifica-se que a posição do Brasil era superior apenas à da Venezuela e do México. Em relação aos EUA, o Bra

<sup>15</sup> Dentre esses 10 países selecionados, cinco são considerados desenvolvidos e os outros cinco em desenvolvimento.

sil representava quase o dobro do número de habitantes por leito. Esse desnível torna-se mais acentuado se se traçar um paralelo com a Suécia, cuja população por leito representava um quarto da brasileira.

### 3.1.2. Mecanismos de conversão

Como mecanismos de conversão temos a União, o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS),<sup>16</sup> os Ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social, da Educação e Cultura, do Interior, do Trabalho e demais Ministérios, cujas ações relacionadas com a saúde constituam programas específicos passíveis de medidas de coordenação pelo órgão disciplinador do sistema, além dos Estados, Distrito Federal, Territórios e Municípios. São as seguintes as atribuições desses órgãos:<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> Nos termos da Lei nº 6.118, de 9 de outubro de 1974, são os seguintes os membros integrantes do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS): Presidência: Presidente da República; Integrantes: Ministro da Saúde; Ministro da Previdência e Assistência Social; Ministro da Educação e Cultura; Ministro do Interior; Ministro do Trabalho e demais Ministros cujas ações relacionadas com a saúde constituam programas específicos passíveis de medidas de coordenação pelo CDS; Secretário-geral: Ministro-chefe da Secretaria de Planejamento. As funções do CDS são: formulação da política social; coordenação das atividades dos ministérios, no que diz respeito a assuntos de saúde, com vistas a preservar as diretrizes de coordenação geral compatível, definidas nos planos nacionais de desenvolvimento; apreciação da Política Nacional de Saúde formulada pelo Ministério da Saúde, dos planos setoriais do Ministério da Previdência e Assistência Social referentes à assistência médica, dos planos setoriais do Ministério da Educação e Cultura referentes à formação profissional médica e paramédica; e fixação de diretrizes de execução.

<sup>17</sup> Ver, a esse respeito, Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, que dispõe sobre a organização do SNS.

### 3.1.2.1. União

Compete-lhe exercer ações próprias e supletivas, envolvendo:

1. Saúde coletiva: ação própria no combate às endemias, controle das epidemias, nos casos de calamidade pública e ações de caráter pioneiro, com a colaboração, na medida do possível, dos Estados e Municípios.
2. Saúde individual: ações próprias e supletivas, de preferência conjugando os esforços e recursos da União, dos Estados e dos Municípios e das entidades privadas.

### 3.1.2.2. Conselho de Desenvolvimento Social

Compete-lhe apreciar a Política Nacional de Saúde formulada pelo Ministério da Saúde, assim como os programas de diferentes Ministérios, no que diz respeito a assuntos de saúde, com vistas a preservar as diretrizes de coordenação geral compatível, definidas nos planos nacionais de desenvolvimento.

### 3.1.2.3. Ministério da Saúde

Cabe-lhe formular a Política Nacional de Saúde e promover ou executar ações preferencialmente voltadas para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo.<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> Para maiores esclarecimentos, ver, adiante, Capítulo 5, Ministério da Saúde como subsistema do Sistema Nacional de Saúde, Produtos.



#### 3.1.2.4. Ministério da Previdência e Assistência Social

Volta-se principalmente para o atendimento médico-assistencial individualizado, sendo função sua:

- a) elaborar planos de prestação de serviços de saúde às pes  
soas;
- b) coordenar, em âmbito nacional, o subsistema de prestação  
desses serviços;
- c) credenciar, para integrarem o subsistema público, institui  
ções, sem fins lucrativos, que prestem serviços de saúde;
- d) prestar, diretamente, serviços de saúde, ou contratá-los  
com entidades de fins lucrativos ou não, sujeitando-as à  
fiscalização permanente;
- e) experimentar novos métodos terapêuticos e novas modalidades  
de prestação de assistência, avaliando sua melhor adequação  
às necessidades do País;
- f) fixar, em colaboração com o Ministério da Saúde, normas e  
padrões para prestação de serviços de saúde a pessoas, a  
serem observados pelas entidades vinculadas ao sistema;
- g) promover medidas adequadas à redução do custo dos medicamento  
s de maior eficácia e de comprovada necessidade para pro  
teção da saúde e combate a doenças, inclusive subvencionan  
do sua aquisição, ou distribuindo-os gratuitamente às clas  
ses mais pobres da população.

#### 3.1.2.5. Ministério da Educação e Cultura

Incumbe-se principalmente da formação e da habilitação dos pro  
fissionais de nível universitário, assim como do pessoal técn  
ico e auxiliar necessário ao setor saúde, cabendo-lhe particu  
larmente:

- a) orientar a formação do pessoal de saúde para atender às ne

- cessidades prioritárias da área, em quantidade e qualidade;
- b) manter os hospitais universitários ou de ensino, zelando para que, além de proporcionarem elevado padrão de formação e aperfeiçoamento profissionais, prestem serviços de assistência à comunidade em que se situem;
  - c) orientar as universidades que formem pessoal para as atividades de saúde, no sentido de se capacitarem a participar do processo de avaliação e planejamento das atividades regionais de saúde;
  - d) promover a integração progressiva dos hospitais e institutos de treinamento de pessoal de saúde no SNS, aparelhando-os para desempenhar as funções que lhes forem atribuídas pelo sistema e ampliando a área de treinamento pela utilização de outras instituições de prestação de serviços de saúde.

#### 3.1.2.6. Ministério do Interior

Atua nas áreas de saneamento, radicação de populações, desenvolvimento regional integrado e assistência em casos de calamidade pública, competindo-lhe:

- a) realizar as obras de saneamento ambiental de sua responsabilidade e promover a ampliação dos sistemas de abastecimento de água e esgotos sanitários, de conformidade com as prioridades dos planos de saúde e em articulação com o Ministério da Saúde;
- b) orientar a política habitacional no sentido de que, além de proporcionar o acesso da população à morada adequada e confortável, observe as necessárias condições de higiene e preveja, nos conjuntos habitacionais, os equipamentos sociais indispensáveis à manutenção da saúde de seus moradores.

### 3.1.2.7. Ministério do Trabalho

Responsável pela higiene e segurança do trabalho, pela prevenção de acidentes, doenças profissionais e do trabalho, pela proteção, disciplina corporativa e política salarial das profissões de saúde, cabendo-lhe primordialmente:

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

### 3.1.2.8. Demais Ministérios

Aqueles cujas ações relacionadas com a saúde constituam programas específicos passíveis de medidas de coordenação pelo órgão disciplinador do sistema.

### 3.1.2.9. Estados, Distrito Federal, Territórios e Municípios

Recebem incentivos técnicos e financeiros da União para que organizem seus serviços, atividades e programas de saúde, segundo as diretrizes da Política Nacional de Saúde, dizendo respeito:

1. Aos Estados, ao Distrito Federal e aos Territórios:

- a) instituir, em caráter permanente, o planejamento integrado da saúde da unidade federada, articulando-o com o plano federal de proteção e recuperação da saúde, para a região em que está situada;
- b) integrar suas atividades de proteção e recuperação da saúde ao SNS;
- c) criar e operar, com a colaboração dos órgãos federais, quan

do for o caso, os serviços básicos do SNS previstos para a unidade federada;

- d) criar e operar as unidades de saúde do subsistema estadual, em apoio às atividades municipais;
- e) dar assistência técnica e financeira aos municípios na prestação de serviços básicos de saúde para a população local;
- f) cooperar, com os órgãos federais, no equacionamento e na solução dos problemas de saúde de sua área.

## 2. Aos Municípios:

- a) manter os serviços de saúde de interesse da população local, especialmente os de pronto-socorro;
- b) manter a vigilância epidemiológica;
- c) articular seus planos locais de saúde com os planos estaduais e federais para a área;
- d) integrar seus serviços de proteção e recuperação da saúde ao SNS.

### 3.1.3. Produtos

Os produtos do SNS consistem na realização de seus objetivos assim constituídos:

#### 3.1.3.1. Objetivo declarado<sup>19</sup>

Exercer atividades que visem à promoção, proteção e recuperação

---

<sup>19</sup> Ver, a esse respeito, Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, caput, que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde.

ção da saúde da população.

#### 3.1.3.2. Objetivo latente

Promover a melhoria durável do estado de saúde de toda a população brasileira, reduzindo a morbidade; a mortalidade; a invalidez e a incapacidade temporária.

#### 3.1.3.3. Apropriação dos ônus

Como se mencionou no item sobre Insumos (apoio material), os serviços de saúde no Brasil estão a cargo de três setores institucionais que são:

1. Privado - Possui o setor privado fins lucrativos, cujos produtos são os serviços de saúde que vendem à população. O pagamento desses serviços é feito pelo próprio usuário, de forma individualizada, ao recorrer a eles.
2. Fechado - Os ônus desse setor são pagos pelas próprias organizações em que trabalham os associados e/ou pelos próprios associados (usuários), mediante o desconto em folha de pagamento de um determinado percentual de seus salários.
3. Público - Existem duas modalidades de serviços no setor público:
  - a) Preventivos, que são exercidos sob a coordenação do Ministério da Saúde, sendo os ônus pagos por toda a população brasileira — enquadrada na faixa de tributação — por meio de impostos (Imposto de Renda, IPI, ICM, ISS, etc.), de vez que esses recursos provêm do Orçamento da União. São serviços prestados à população como um todo, sem individualização.
  - b) Curativos, que são exercidos sob a coordenação do Ministério da Previdência e Assistência Social, sendo os ô

nus pagos pelas empresas (50%) e pelos próprios segurados (50%) do sistema previdenciário, em forma de desconto em folha de pagamento. A prestação desses serviços é individualizada.

#### 3.1.4. Feedback

Traduz a repercussão dos produtos do SNS sobre os insumos e o meio-ambiente, modificando-os de alguma forma. Os resultados positivos da ação do SNS podem afetar favoravelmente o apoio material ou moral (insumos) do sistema. À proporção que ele consegue melhorar o nível de saúde da população,<sup>20</sup> aumenta a produtividade nacional e aumenta, também, o bem-estar da população e sua capacidade de adquirir bens e serviços. Influindo positivamente nos insumos e no meio-ambiente, os produtos do SNS podem modificar atitudes e comportamentos e até mesmo reduzir o volume de recursos gastos com a manutenção do sistema, por se tornar desnecessário. Apesar de o efeito de feedback se projetar especialmente sobre os insumos e o meio-ambiente, pode, também, atingir os mecanismos de conversão, tendo em vista que uma das características do sistema é a interdependência e a influência mútua de seus elementos. Dessa forma, se o poder decisório (mecanismo de conversão) do SNS usar adequadamente o efeito de feedback, manterá o sistema em equilíbrio dinâmico e seus produtos, fatalmente, terão impacto positivo no desenvolvimento nacional. Para tanto, é necessário a manutenção de mecanismos de acompanhamento, avaliação, controle e ajustamento do sistema aos insumos e ao meio-ambiente.

---

<sup>20</sup> Reduzindo a morbidade, a mortalidade, a invalidez e a incapacidade temporária.

### 3.1.5. Meio-ambiente<sup>21</sup>

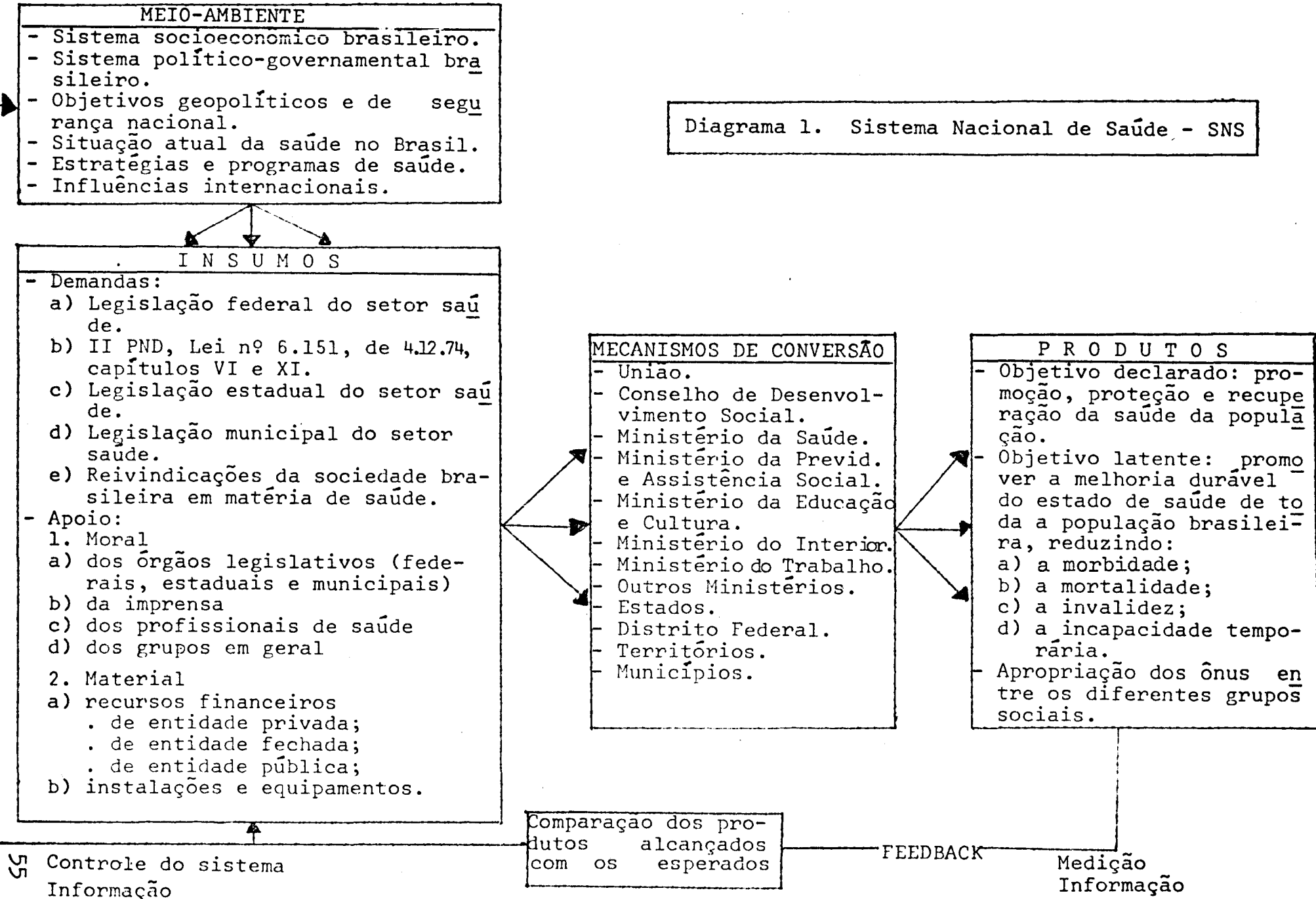
O meio-ambiente em que está insérido o SNS compõe-se do seguinte modo:

- sistema socioeconômico brasileiro;
- sistema político-governamental brasileiro;
- objetivos geopolíticos e de segurança nacional;
- situação atual da saúde no Brasil;
- estratégias e programas de saúde;
- influências internacionais.

---

<sup>21</sup> Para mais detalhes, ver, adiante, Capítulo 5, Ministério da Saúde como subsistema do Sistema Nacional de Saúde, Meio-ambiente.

Diagrama 1. Sistema Nacional de Saúde - SNS





## Capítulo 4. MINISTÉRIO DA SAÚDE

### 4.1. Pré-Ministério da Saúde, 1808-1953

As atividades oficiais no campo da saúde pública começaram a surgir no Brasil, de forma sistemática, a partir de 1808, com os alvarás do Príncipe Regente, após a chegada da família real, à época das invasões napoleônicas em Portugal.<sup>1</sup> Em 1808 foram criados os cargos de Físico-Mor e de Cirurgião-Mor do Reino de Portugal, Estados e Domínios Ultramarinos e do Serviço de Higiene<sup>2</sup> e instituído o ensino superior de medicina no Brasil, com a criação da Escola de Cirurgia no Hospital Militar da Bahia e a Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro, que foram transformadas em Faculdades de Medicina em 1832.<sup>3</sup> No ano seguinte foi criado o cargo de Provedor-Mor da Saúde no Estado do Brasil,<sup>4</sup> com a função de coordenar as ações de saúde dos portos, evitando a entrada, no País, da peste e outras moléstias "por meio de passageiros, mercadorias e víveres todos de podridão ou já corrompidos".<sup>5</sup>

---

<sup>1</sup> BRASIL, Ministério da Saúde. Programa de ação 1967-1971. Brasília, Ministério da Saúde, p. 11.

<sup>2</sup> A criação desses cargos foi formalizadas pelo Decreto de 7 de fevereiro de 1808. A esse respeito ver AVELLAR, Hêlio de Alcântara. História administrativa e econômica do Brasil. 2.ed. Rio de Janeiro, FENAME, 1976. p. 182-3. A fonte consultada não traz o número do decreto.

<sup>3</sup> A criação dessas escolas deu-se por intermédio dos Decretos de 18 de fevereiro e 5 de novembro de 1808. A esse respeito ver AVELLAR. op. cit. p. 182 e 184.

<sup>4</sup> Mediante Decreto de 28 de julho de 1809. A esse respeito ver AVELLAR. op. cit. p. 184.

<sup>5</sup> BRASIL, Ministério da Saúde. op. cit. p. 11.

Essas providências foram adotadas tardiamente tendo em vista que as epidemias assolavam a população brasileira, desde o descobrimento do Brasil, no século XVI.<sup>6</sup> Nesse espaço de tempo as doenças nativas foram-se somando às doenças trazidas pelas embarcações que, sucessivamente, introduziam novos contingentes humanos no Brasil. A varíola aqui chegou em 1563 — e outros males — com os colonizadores, contagiando, periodicamente, a população com surtos epidêmicos devastadores.<sup>7</sup>

Após a Independência, em 1828, o Governo resolveu municipalizar os serviços de saúde, extinguindo a Provedoria e os cargos de Físico-Mor e de Cirurgião-Mor.<sup>8</sup>

Posteriormente, em 1850, os serviços de saúde são novamente federalizados, com a criação da Junta de Higiene Pública, que incorporou o serviço de saúde dos portos. Esta Junta foi transformada em Junta Central de Higiene Pública em 1851, estabelecendo-se Comissões de Higiene e Provedores de Saúde dos Portos nas Províncias.<sup>9</sup> Subordinada ao Ministro do Império e com as atribuições de executar a política médica das embarcações, boticas, mercados, estabelecimentos e casas de onde pudesse provir dano à saúde pública, em todo o território nacional,<sup>10</sup> era

---

<sup>6</sup> BRASIL, Ministério da Saúde. op. cit. p. 11.

<sup>7</sup> Id. p. 12.

<sup>8</sup> A municipalização dos serviços de saúde no Brasil foi promulgada em 30 de agosto de 1828. A esse respeito ver ALMEIDA RODRIGUES, Bichat de. Fundamentos de administração sanitária. Rio de Janeiro, USAID, 1967. p. 109.

<sup>9</sup> BRASIL, Ministério da Saúde. op. cit. p. 12.

<sup>10</sup> ALMEIDA RODRIGUES. op. cit. p. 110.

também de caráter consultivo e tinha iniciativa nas propostas de medidas sanitárias a serem levadas a efeito pelo Ministro do Império.<sup>11</sup> Seu Presidente, bem como o Provedor da Saúde do Porto e o Inspetor-Geral do Instituto Vacínico,<sup>12</sup> era escolhido pelo Governo entre os Cirurgiões-Mores da Armada e do Exército. Todavia, essa Junta não era dotada de infra-estrutura capaz de fazer cumprir suas atribuições como órgão executivo e consultivo.<sup>13</sup>

As comissões das províncias foram extintas em 1857 e substituídas por uma Inspeção de Saúde Pública.<sup>14</sup>

No final do II Império, em 1886, foram instituídos a Inspetoria-Geral de Higiene, a Inspetoria-Geral de Saúde dos Portos e o Conselho Superior de Saúde Pública,<sup>15</sup> estabelecendo-se, também, a separação entre os serviços sanitários marítimos e os terrestres.

Com a proclamação da República, em 1889, verifica-se a autonomia dos Estados, passando os Municípios a constituir a célula fundamental da organização política do País.<sup>16</sup> Nessa época, teve início um processo de descentralização administrativa na área da saúde, completado, em 1891, pela Constituição, ao transre

---

<sup>11</sup> ALMEIDA RODRIGUES. op. cit. p. 12.

<sup>12</sup> Id. ibid. p. 12.

<sup>13</sup> Id. ibid. p. 110.

<sup>14</sup> BRASIL, Ministério da Saúde. op. cit. p. 12.

<sup>15</sup> Id. ibid.

<sup>16</sup> A esse respeito ver REZENDE, Fernando & MAHAR, Dennis. Saúde e previdência social: uma análise econômica. IPEA/INPES, 1974. p. 22.

ferir para os Municípios as responsabilidades sanitárias, e desligar da administração federal as Inspetorias de Higiene.<sup>17</sup>

Em 1899, foram fundados o Instituto Benjamin Constant, no Rio de Janeiro, o Instituto Butantan, em São Paulo — tendo em vista o surto de peste bubônica irrompido no porto de Santos — e o Instituto Soroterápico Municipal, no Rio de Janeiro.<sup>18</sup> A administração do Instituto Benjamin Constant foi entregue a Vital Brasil e a do Instituto Butantan ao Barão de Pedro Afonso, figura que se destacou na organização do primeiro Instituto de Preparação de Vacina Jeneriana no Brasil.<sup>19</sup>

O substituto de Pedro Afonso na direção do Instituto Soroterápico Municipal foi Oswaldo Cruz,<sup>20</sup> que, em pouco tempo, transformou-o no mais importante centro de pesquisa médica da América Latina.<sup>21</sup> Em 1907, este instituto foi transformado no Instituto de Patologia Experimental de Manguinhos que, em 1908, teve seu nome alterado para Instituto Oswaldo Cruz, em homenagem à quele sanitarista.<sup>22</sup>

Mais tarde, cognominado o "saneador do Brasil", Oswaldo Cruz, a través do impacto de seu trabalho, representaria um marco histó

---

<sup>17</sup> REZENDE & MAHAR. op. cit. p. 22.

<sup>18</sup> Id. ibid.

<sup>19</sup> Id. ibid.

<sup>20</sup> Oswaldo Gonçalves Cruz, sanitarista brasileiro, nascido na cidade de São Luís de Paraitinga-SP, no ano de 1872, e falecido na cidade do Rio de Janeiro-RJ, no ano de 1917. ALMEIDA, Antônio da Rocha. Dicionário de história do Brasil. 1.ed. Porto Alegre, Globo, 1970. p. 137.

<sup>21</sup> REZENDE & MAHAR. op. cit. p. 22.

<sup>22</sup> Id. ibid.

rico importante na evolução da saúde no Brasil.<sup>23</sup> Dedicando-se com afinco ao combate à febre amarela, à peste bubônica e ou tras doenças endêmicas, conseguiu ele em três anos obter resultados que lhe credenciaram junto ao Governo para que fosse con vocado a reorganizar o sistema de saúde pública brasileira.<sup>24</sup>

Ao reestruturar a Diretoria-Geral de Saúde Pública,<sup>25</sup> Oswaldo Cruz transferiu novamente para o âmbito federal a administração dos serviços de higiene, criando, naquela Diretoria, uma Seção Demográfica, um Laboratório Bacteriológico, um Departamento de Engenharia Sanitária, uma Inspetoria de Isolamento e Desinfecção e o Juízo dos Feitos da Saúde, este último com o objetivo de agilizar a ação legal específica.<sup>26</sup> Além disso, fez com que se tornasse obrigatória em todo o País a vacinação e a revacinação contra a varíola e regulado o serviço de profilaxia da fe bre amarela.<sup>27</sup>

Toda a ação sanitária desenvolvida nas três primeiras décadas do período republicano foi quase que exclusivamente voltada pa ra o campo da medicina preventiva, seguindo a experiência do século anterior.<sup>28</sup> "Não que se fosse desprezar a importância dos serviços de profilaxia de doenças infecto-contagiosas e en

---

<sup>23</sup> REZENDE & MAHAR. op. cit. p. 22.

<sup>24</sup> Id. *ibid.*

<sup>25</sup> A Diretoria-Geral de Saúde Pública foi criada em 1897, subordinada ao Ministério da Justiça, com o objetivo de atender aos problemas de saúde da capital do País e a defesa sanitária dos portos brasileiros. Essa Diretoria sofreu reestruturação por força da Lei nº 1.261, de 31 de outubro de 1904. Sobre a matéria ver ALMEIDA RODRIGUES. op. cit. p. 11. e Brasil, Ministério da Saúde. op. cit. p. 12.

<sup>26</sup> Ver: REZENDE & MAHAR. op. cit. p. 23 e ALMEIDA RODRIGUES. op. cit. p. 111.

<sup>27</sup> REZENDE & MAHAR. op. cit. p. 23.

<sup>28</sup> Id. *ibid.*

dêmicas, mas, no campo da medicina curativa, não se notava a presença do Governo Federal, ficando a assistência médica às pessoas destituídas de posses a cargo dos Estados, Municípios e Instituições beneficentes".<sup>29</sup>

Foi introduzida também, na administração sanitária brasileira, a desconcentração<sup>30</sup> de atividades executivas, mediante a divisão do Distrito Federal em 10 Delegacias de Saúde.

Oswaldo Cruz reformulou os princípios sanitários e introduziu inovações organizacionais ao trabalho, merecendo destaque os seguintes aspectos:<sup>31</sup>

- a) registro demográfico, possibilitando conhecer a composição e os fatos de importância vital na população trabalhada;
- b) atividades profiláticas baseadas na epidemiologia e na experimentação científica;
- c) introdução do laboratório como auxiliar do diagnóstico etiológico;
- d) fabricação organizada de produtos profiláticos para uso da população;
- e) desconcentração de atividades executivas, embora limitadas ao âmbito do Distrito Federal.

---

<sup>29</sup> REZENDE & MAHAR. op. cit. p. 23.

<sup>30</sup> Desconcentração consiste em transferência, por parte do poder central, aos governos estaduais e locais, de parcelas da capacidade de ação ou execução, sem o poder de decisão. Ver VIEIRA, Paulo Reis. "Mecanismos financeiros do sistema de relações intergovernamentais". In: Simpósio sobre as Relações Intergovernamentais. Rio de Janeiro, IBAM, 1973. p. 128.

<sup>31</sup> Ver ALMEIDA RODRIGUES. op. cit. p. 113.

Outro marco significativo na evolução sanitária brasileira foi a reforma preconizada por Carlos Chagas<sup>32</sup> e que culminou com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública.<sup>33</sup> Elaborou várias modificações estruturais e técnicas na organização sanitária brasileira, como:<sup>34</sup>

- a) a criação de Diretorias que agrupavam as atividades mais numerosas e diversificadas, em função do progresso da ciência e das necessidades do País, que exigiam cada vez mais a participação de especialistas na organização sanitária;
- b) a introdução da propaganda e da educação sanitárias na técnica rotineira de ação, ao contrário dos critérios puramente fiscal e policial até então utilizados;
- c) a criação de órgãos especializados de luta contra a tuberculose, a lepra e as doenças venéreas, visando alcançar o êxito do Serviço de Profilaxia da Febre Amarela, já extinto;
- d) a expansão das atividades de saneamento em âmbito nacional, cuidando-se, de fato, pela primeira vez, de assistir e dar cooperação aos Estados mediante ação executiva do Governo Federal, ao tempo praticamente limitada aos problemas de saúde da cidade do Rio de Janeiro;
- e) a criação da Escola de Enfermeiras Ana Nery, abrindo caminho para que essa profissão integrasse a equipe de saúde pública.

---

<sup>32</sup> Carlos Ribeiro Justiniano das Chagas, médico e cientista brasileiro, nascido em Oliveiras-MG, no ano de 1879, e falecido na cidade do Rio de Janeiro-RJ, no ano de 1934. Ver ALMEIDA. op. cit. p. 110.

<sup>33</sup> Decreto legislativo nº 3.987, de 2 de janeiro de 1920, que dispõe sobre a reorganização dos serviços de saúde pública.

<sup>34</sup> ALMEIDA RODRIGUES. p. 114.

Como se observa, instituiu-se, assim, uma ação conjugada, englobando todas as atividades que, direta ou indiretamente, se relacionavam com a prevenção, manutenção ou recuperação da saúde da população.

Após cerca de 14 anos de exercício pleno de sua ação normativa e executiva, o Departamento Nacional de Saúde Pública começou a ser desmembrado. Foram saindo de sua alçada muitas das atividades que por natureza lhe deveriam pertencer, como o controle dos produtos de origem animal, que passou à alçada do Ministério da Agricultura.<sup>35</sup> A higiene e segurança do trabalho foi transferida à subordinação do Ministério do Trabalho,<sup>36</sup> e muitas outras atividades foram sucessivamente sendo desmembradas desse Departamento, passando ao controle de outros Ministérios.

Saliente-se que logo no início do Governo Provisório de Getúlio Vargas, durante a Segunda República,<sup>37</sup> havia sido criado o Ministério da Educação e Saúde,<sup>38</sup> passando, assim, a saúde pública, juntamente com a educação, a ter uma Secretaria de Estado própria, que até então era subordinada ao Ministério da Justiça.

Apesar da existência desse órgão central responsável pela coordenação da política nacional de saúde pública desde 1930, as

---

<sup>35</sup> Decretos nºs 24.548, 24.549 e 24.550, de 3 de julho de 1934.

<sup>36</sup> Decreto nº 5.092, de 15 de dezembro de 1942.

<sup>37</sup> O Governo Provisório de Getúlio Dorneles Vargas abrangeu o período de 1930 a 1934. Costuma-se denominar de Segunda República ao período de Vargas que vai da Revolução de 1930 a 1945 ou à promulgação da Constituição de 1946. A esse respeito ver AVELLAR. op. cit. p. 280-3.

<sup>38</sup> Criado pelo Decreto nº 19.402, de 14 de novembro de 1930, e regulamentado pelo Decreto nº 19.560, de 5 de janeiro de 1931.



atividades deste setor continuavam sendo desmembradas, em diversas oportunidades e por vários motivos, até mesmo por mero capricho político, o que gerava prejuízos de grande monta ao governo e à população, e um clima de incompatibilidade entre os técnicos dos órgãos envolvidos.<sup>39</sup>

Em abril de 1941 o Departamento Nacional de Saúde Pública sofreu nova reforma,<sup>40</sup> desta feita orientada por Barros Barreto, que procurou moldar a estrutura deste à luz das necessidades nacionais, inclusive introduzindo inovações organizacionais com vistas à melhoria da prestação de assistência sanitária. Os principais aspectos desta reforma podem ser assim resumidos:<sup>41</sup>

- a) instituição de órgãos normativos e supletivos destinados a orientar a assistência sanitária e hospitalar, com especial destaque às doenças transmissíveis, aos problemas de nutrição, administração e engenharia sanitárias, enfermagem, assim como às construções e instalações hospitalares;
- b) criação de órgãos executivos de ação direta no combate às principais endemias — malária, febre amarela e peste;
- c) unificação — em uma entidade de alto nível, como o Instituto Oswaldo Cruz — das atividades relacionadas com a experimentação e pesquisa, fabricação de produtos necessários à medicina curativa e preventiva, laboratório central de saúde pública, além da formação e aperfeiçoamento do pessoal técnico de nível universitário, imprescindível à execução de atividades específicas;

---

<sup>39</sup> Sobre a matéria, ver: ALMEIDA RODRIGUES. p. 116.

<sup>40</sup> Decreto-lei nº 3.171, de 2 de abril de 1941, que dispõe sobre a reforma do Departamento Nacional de Saúde Pública.

<sup>41</sup> A esse respeito, ver: ALMEIDA RODRIGUES. op. cit. p. 115-7.

- d) criação de oito regiões sanitárias, distribuídas em Estados e Territórios, em pontos estratégicos do território nacional;
- e) ênfase dos programas de abastecimento de água e construção de esgotos, no âmbito da saúde pública;
- f) dedicação de cuidados especiais aos problemas das doenças degenerativas e mentais, ao serem criados serviços especializados de âmbito nacional, para orientar o esforço contra essas doenças em todo o território nacional.

O processo de implantação dessa reforma não pôde ficar alheio às peculiaridades do regime político de exceção<sup>42</sup> então vigente. Alterações estruturais continuaram a ser levadas a efeito, visando antes às conveniências partidárias e interesses estritamente pessoais e sendo esquecidos os verdadeiros objetivos nacionais.<sup>43</sup>

Entretanto, há quem afirme que os assuntos de saúde pública, nesse período, foram tratados com atenção, orientação e execução acertadas, tanto quanto permitiam os poucos recursos financeiros disponíveis, e que as pressões da "política" não interferiram tanto na atuação do Ministério da Saúde como em outros Mi

---

<sup>42</sup> O Brasil encontrava-se sob o regime ditatorial de Getúlio Vargas.

<sup>43</sup> Ver, sobre o assunto, ALMEIDA RODRIGUES. op. cit. p. 116-8.

nistérios.<sup>44</sup> Tanto assim que, ao se comentar o acerto e a in tensidade com que se trabalhava à época, se dizia que isso poderia ser feito porque se tratava de um período de "ditadura".<sup>45</sup> Barros Barreto era um homem reconhecidamente capaz, conhecido internacionalmente.<sup>46</sup> Era dedicado e às vezes demasiadamente e xigente; talvez por isso não tenha feito muitos amigos.<sup>47</sup> Seu período, guardadas as devidas proporções no tempo, talvez tenha sido aquele em que mais se trabalhou e produziu no campo da saú de pública.<sup>48</sup>

---

<sup>44</sup> Segundo depoimento do Dr. WALTER SILVA, médico sanitarista do Ministério da Saúde, ex-diretor da Divisão de Organização Sanitária (1962-63), ex-diretor do Serviço Nacional de Educação Sanitária (1963), ex-presidente da Comissão Nacional de Alimentação (1968-70), diretor da Divisão Nacional de Organização Sanitária (a partir de 1964) e presidente da Comissão Nacional de Normas e Padrões para Alimentos (a partir de 1973), em entrevista concedida no dia 6 de outubro de 1977, na cidade do Rio de Janeiro.  
O Dr. WALTER SILVA é testemunha, de visu, do trabalho desenvolvido no período de Barros Barreto, de vez que tomou parte ativa na concepção e implantação da reforma.

<sup>45</sup> Id. *ibid.*

<sup>46</sup> Id. *ibid.*

<sup>47</sup> Id. *ibid.*

<sup>48</sup> Id. *ibid.*

#### 4.2. Ministério da Saúde: sobrevivência institucional, 1953-1978

O Ministério da Saúde é uma Secretaria de Estado criada em 1953,<sup>49</sup> com a atribuição de cuidar dos "problemas atinentes à saúde humana". No entanto, não foi capaz de conferir soluções organizacionais satisfatórias ao grave problema de ineficiência e ineficácia do setor saúde pública no Brasil.<sup>50</sup> Compelido por uma estrutura organizacional que nasceu obsoleta,<sup>51</sup> associada à

---

<sup>49</sup> Verificou-se nessa data o desmembramento do antigo Ministério da Educação e Saúde em Ministério da Educação e Cultura e Ministério da Saúde. A esse respeito ver Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953, que dispõe sobre a criação do Ministério da Saúde.

<sup>50</sup> Essa incapacidade revelada deve-se, em grande parte, à alta rotatividade dos Ministros, propiciando uma curta permanência no cargo, e ao critério de promoção horizontal adotado pelo Governo, que consiste em nomear para a função de Ministro pessoas com pouca vivência ou de limitada experiência na formulação e implementação de políticas de saúde; em vez de adotar o critério de promoção vertical, pelo qual se eleva à função de Ministro pessoas dos próprios quadros da administração nacional de saúde, que se destacam pela competência, capacidade de trabalho e liderança; de acordo com as recomendações adotadas pela ONU, para países em desenvolvimento. Ver, sobre o assunto, NACIONES UNIDAS. Medidas para mejorar el rendimiento de la empresa pública en los países en desarrollo. Documento ST/TAO/M/58, Nueva York, 1974. p. 42-9.

<sup>51</sup> O Ministério da Saúde conservou a estrutura do antigo Departamento Nacional de Saúde. A esse respeito ver: BRASIL, Ministério da Saúde. op. cit. p. 12. Entretanto, segundo o Dr. Walter Silva, uma das principais causas da incapacidade do Ministério da Saúde deve-se à mutilação da antiga estrutura do Departamento Nacional de Saúde, implantada por Barros Barreto. Assim, em vez de substituí-la por uma estrutura adequada às necessidades da época, alguns Ministros se limitaram a retirar ou acrescentar alguns elementos, tornando-a uma monstruosidade. Por isso, talvez valha a pena dizer que não nasceu obsoleta, e sim, tornou-se obsoleta pelas razões apontadas.

sua incapacidade técnica e à conjuntura política do momento,<sup>52</sup> o Ministério não pôde fugir ao ritmo dos demais órgãos da administração pública, que se caracterizava pela descontinuidade administrativa e pelo sentido carismático que assumiam os planos do Governo e as lideranças do País. As decisões políticas nem sempre eram tomadas visando ao bem-estar da população, mas tendo em vista interesses pessoais ou de grupos. Para ressaltar esse fato, basta lembrar que, de 1953, quando o Ministério da Saúde foi criado, até a Revolução de 1964, o Brasil teve 10 Presidentes da República<sup>53</sup> e 14 Ministros da Saúde.<sup>54</sup>

---

<sup>52</sup> O Brasil encontrava-se em meados do segundo período governamental de Getúlio Vargas, que vai de 1951 a 1954. A Nação experimentava, então, um período de intensa competição multipartidária, combinada com participação política popular. Vargas não escolhia seus auxiliares com base na competência administrativa ou técnica de cada um, e sim tendo em vista o seu "mérito" político. O Ministério refletia as diversas alianças formadas por ocasião de sua campanha eleitoral, tendo o Partido Social Democrático (PSD) saído vencedor na disputa pelos Ministérios, e sob sua direção ficou o Ministério da Saúde. Ver SKIDMORE, Thomas. Brasil: de Getúlio a Castello. Rio de Janeiro, Saga, 1969. p. 110.

<sup>53</sup> Getúlio Vargas (1951-54); João Café Filho (1954-55); Carlos Luz (1955, que, na qualidade de Presidente da Câmara dos Deputados, substituiu o Presidente que se licenciou para tratamento de saúde); Nereu Ramos (1955-56, Presidente do Senado, em virtude de haver o Congresso Nacional considerado Carlos Luz impedido de exercer a Presidência); Juscelino Kubitschek de Oliveira (1956-61); Pascoal Ranieri Mazzilli (por ocasião da visita oficial de Juscelino a Portugal); Jânio da Silva Quadros (1961); Ranieri Mazzilli (1961, com a renúncia de Jânio Quadros em 25 de agosto de 1961); João Belchior Marques Goulart (1961-64) e Ranieri Mazzilli (1964, com a queda de João Goulart). Cf. AVELLAR. op. cit. p. 298-314.

<sup>54</sup> A esse respeito ver Anexo 3, sobre Rotatividade de Ministros da Saúde (turnover), neste capítulo.

O primeiro esforço de modernização do Ministério da Saúde ocorreu no Governo do Presidente Castello Branco, sendo uma das metas do seu Plano Decenal de Desenvolvimento Econômico e Social (1967-76).<sup>55</sup> Nessa ocasião era Ministro da Saúde Raymundo de Moura Britto, que coordenou a elaboração de um Programa de Ação para o quinquênio 1967-71.<sup>56</sup>

O objetivo do Programa era equipar o Ministério da Saúde para desempenhar a tarefa que lhe cabia na elaboração e execução do Plano Decenal de Desenvolvimento Econômico e Social, através da institucionalização do processo de planejamento no campo da saúde, a exemplo das demais áreas de ação governamental.<sup>57</sup>

O Setor Saúde do Escritório de Pesquisas Econômicas,<sup>58</sup> onde colaboravam técnicos dos quadros do Ministério da Saúde, elaborou um Diagnóstico Preliminar da Situação da Saúde e Saneamento no Brasil, com base nas informações disponíveis àquela época.

Além dessa providência, o Ministério da Saúde, com a colaboração da Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID-Brasil) e do Conselho de Cooperação Técnica da Aliança para o Progresso (CONTAP), criou, junto ao Gabinete do Ministro,

---

<sup>55</sup> Ver, sobre o assunto, IANNI, Octávio. Estado e planejamento econômico no Brasil - 1930-1970. 2.ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1977. p. 225-97.

<sup>56</sup> BRASIL, Ministério da Saúde. op. cit.

<sup>57</sup> Id. ibid.

<sup>58</sup> Id. ibid. p. 13.

uma Unidade de Planejamento<sup>59</sup> para formular planos e coordenar os programas de saúde, ao mesmo tempo que pretendia oferecer maior racionalidade à organização e aos métodos de trabalho dessa Secretaria de Estado. Saliente-se que a criação dessa Unidade foi uma antecipação dos órgãos centrais de planejamento, coordenação e controle financeiro que vieram ser instituídos em cada um dos Ministérios, por força da Reforma Administrativa Federal.<sup>60</sup>

Na elaboração desse Programa de Ação o Ministério da Saúde estribou-se nas normas legais que demarcavam o campo de sua competência, como a Constituição, as leis, decretos, decretos-leis e nos dispositivos de ordem política e institucional vigentes no Brasil.

Com o propósito de avaliar o nível de saúde da população, foram selecionados alguns indicadores para o País em conjunto e para 18 capitais, tomadas de forma global. Os mesmos indicadores aplicados ao México, Dinamarca e Estados Unidos serviram como base de comparação.<sup>61</sup>

Para mostrar a existência de variações regionais, o Brasil foi dividido em cinco regiões geoeconômicas, assim distribuídas:

---

<sup>59</sup> Segundo ponto de vista do Dr. WALTER SILVA, os órgãos de planejamento até hoje instituídos na área da saúde complicaram muito, promoveram pouco e executaram quase nada. A situação atual da saúde pouco difere daquela apontada no Diagnóstico Preliminar, já mencionado, e as medidas então sugeridas continuam atuais.

<sup>60</sup> A esse respeito ver Decreto-lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, com as alterações das leis posteriores.

<sup>61</sup> A esse respeito ver BRASIL, Ministério da Saúde. op. cit. p. 15.

- Norte: Estados do Pará, Amazonas, Acre e Territórios do Amapá, Roraima e Rondônia;
- Nordeste: Estados do Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe e Bahia;
- Centro-Oeste: Estados de Goiás e Mato Grosso e Brasília;
- Sudeste A: Estados do Espírito Santo, Minas Gerais e Rio de Janeiro;
- Sudeste B: Estados de São Paulo e Guanabara;
- Sul: Estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

Com base no Diagnóstico Preliminar da Situação da Saúde e Saneamento no Brasil, comprovou-se que as regiões geoeconômicas que a presentavam os mais baixos níveis de higidez eram também as de menor renda per capita.<sup>62</sup>

Na elaboração do Programa de Ação para o quinquênio 1967-71, sa lientaram-se os seguintes aspectos da situação sanitária do País, apontados pelo Diagnóstico Preliminar:<sup>63</sup>

- a) elevadas taxas de mortalidade e morbidade, provocadas principalmente por doenças transmissíveis;
- b) alta percentagem da população não era atendida por serviços de abastecimento de água e de remoção de dejetos;
- c) inadequada distribuição dos recursos médico-sanitários no território nacional;
- d) baixo rendimento na produção de serviços pelas instituições de proteção e recuperação da saúde.

---

<sup>62</sup> BRASIL, Ministério da Saúde. op. cit. p. 13.

<sup>63</sup> Id. p. 17.



Com base nessas informações diagnósticas decidiu-se que a Política Nacional de Saúde, a ser executada "com toda energia e continuidade" a partir daquele quinquênio, deveria visar:<sup>64</sup>

- a) a intensificação do combate às doenças transmissíveis;
- b) o aumento de produtividade do sistema de proteção e recuperação da saúde;
- c) a expansão da rede de unidades locais de saúde.

Para alcançar esses objetivos, foram consideradas indispensáveis e prioritárias as seguintes medidas:<sup>65</sup>

- a) a criação de instrumentos institucionais e legais capazes de assegurar ao Ministério da Saúde a coordenação das atividades de saúde do Setor Público Federal;
- b) estabelecimento de um sistema nacional de estatística da saúde, que pudesse fornecer informações uniformes e oportunamente processadas, para satisfazer às necessidades administrativas e de planejamento;
- c) melhoria da qualificação do pessoal profissional e intensificação da formação de pessoal de nível médio auxiliar, como um dos meios para o aumento de produtividade e ampliação da cobertura dos serviços de saúde;
- d) formulação de um programa de pesquisa visando encontrar as melhores formas de aplicação dos recursos humanos, tecnológicos e financeiros na solução dos problemas nacionais de saúde;

---

<sup>64</sup> A esse respeito ver: BRASIL, Ministério da Saúde. op. cit. p. 18.

<sup>65</sup> Id. *ibid.*

- e) ampliação das campanhas de âmbito nacional contra as doenças transmissíveis, cujo combate deveria basear-se na aplicação de agentes imunizantes ou inseticidas de ação residual, ou no emprego em massa de recursos terapêuticos;
- f) assistência técnica e financeira para projetar, construir e operar serviços de abastecimento de água e de remoção de dejetos;
- g) ajuda financeira para incentivar a ampliação do número de unidades locais de saúde, responsáveis pela execução de atividades básicas, dentro de um sistema de administração regional;
- h) colaboração técnica e financeira com as instituições que prestassem assistência médica, a fim de melhorar sua distribuição no País e aumentar sua produtividade.

Elaborado com base nessas premissas, o Programa de Ação do Ministério da Saúde, para o qüinqüênio 1967-71, consubstancia enfaticamente a preocupação racionalizadora que aquele Ministério procurava imprimir à sua atuação e o esforço no sentido de dar sua contribuição à tarefa de acelerar o desenvolvimento econômico e social concebido no Plano Decenal de Governo que o Presidente Castello Branco legou ao País.

Na realidade, esse Programa de Ação qüinqüenal se constitui num plano de intenções e assim permaneceu durante todo o qüinqüênio, de vez que nem sequer as medidas consideradas indispensáveis e prioritárias para consecução dos objetivos preconizados foram adotadas.<sup>66</sup>

---

<sup>66</sup> Depoimento do Dr. WALTER SILVA.

O problema de planejamento para o setor saúde no Brasil é bastante grave.<sup>67</sup> Os planejadores da saúde não podem ter visão

---

<sup>67</sup> De acordo com o Dr. WALTER SILVA, o problema de planejamento para o setor saúde no Brasil é bastante grave, não por ser difícil fazê-lo de acordo com os planos nacionais de desenvolvimento, mas por complicar o problema, ao resolverem fazer do planejamento um fim em si mesmo, quando, a seu ver, é instrumento que, colocado nas mãos de profissionais bem orientados, redundará em melhoria de produção. Designar pessoas estranhas à saúde para fazer planejamento nesse setor não trará bons resultados. O instrumento deverá estar entregue a quem tenha experiência de saúde, para trabalhar em equipe multidisciplinar, voltada para a obtenção do produto, que é o plano de saúde. Até ser reconhecida esta verdade muito tempo se perderá, muito dinheiro se gastará em conversas de grupos e reuniões, e os problemas continuarão a se agravar. Outro aspecto que, a seu ver, dificulta o planejamento e torna quase impossível saber a quem na realidade cabe coordenar o SNS é a existência de dois Ministérios: o da Previdência e Assistência Social — com muito dinheiro para aplicar em grandes e pequenos riscos, como, por exemplo, atos cirúrgicos, partos, consultas e exames de laboratório de difícil controle, raios X, etc. — e o da Saúde — com reduzidos recursos para evitar a doença, reduzir a construção de hospitais, assistir às populações contra as endemias, evitando problemas nas zonas pioneiras, nas áreas em que no momento está havendo tumulto por migrações constantes de brasileiros que desejam melhorar de vida participando do esforço do Governo no sentido de ocupar produtivamente os espaços vazios da região amazônica. Haja vista o caso de Roraima e do Acre, principalmente, em que se verifica uma invasão de migrantes do Sul do País. Aí deveriam estar os serviços de saúde pública, antes, se possível, dos futuros habitantes da área e permanecer durante a instalação e preparar a estrutura para o prosseguimento da proteção dessa população. Para isso não se precisa de medicina sofisticada, mas de medicina simples, bem orientada e aplicada com idealismo. A saúde pública não trabalha com instrumentos que lhe proporcionem o status procurado por muitos. Daí o Ministério da Saúde ser um Ministério fraco que não resistirá ao "primo rico", como parece ser o da Previdência Social. O atual Ministro da Saúde se esforça para enfrentar o problema da competição desigual. É um erro julgar que o Ministério da Saúde desconhecisse a correlação que existe entre os problemas sociais ligados à saúde e os aspectos econômicos. Foi sempre princípio de administração sanitária não planejar serviços cujo custo fosse acima da capacidade pagadora da população local. Não procurar dotar de um centro de saúde quando a área com

unifocal, e sim uma compreensão multifocal dos problemas nacionais, pois "o desconhecimento de que existem relações de íntima interdependência entre saúde e economia é fator determinante da série de planos irrealistas que, vez por outra, são apresentados para dar solução aos problemas médico-assistenciais no País".<sup>68</sup>

A desconsideração das variáveis socioeconômicas explica o malogro de diversos planos de saúde,<sup>69</sup> dentre os quais:<sup>70</sup>

---

portasse unidades mais simples, não se esquecendo, no entanto de que a unidade planejada poderia com o tempo crescer com a demanda da população e, por isso, deveria ser planejada com visão no futuro. Os absurdos criados no setor saúde foram de origem extraministerial, emanados muitas vezes de interesses regionais. Recorde-se alguns hospitais construídos no interior da Bahia, contra a opinião dos técnicos do Ministério da Saúde. O Ministro era baiano e, como tal, com o poder de decisão nas mãos, tomou essa medida no pressuposto de beneficiar sua região. Porém, isso não constituía a regra geral. Em outra ocasião, outro Ministro da Saúde não encontrando apoio para o seu "Plano Nacional de Saúde", cercou-se de técnicos de fora do Ministério, que o apoiaram e levaram-no ao fracasso.

<sup>68</sup> PEDROSO, Odair; MASCARENHAS, Rodolfo; MORAES, NÉLSON et al. "A assistência hospitalar no Brasil". Revista Paulista de Hospitais, 13 (8) ago. 1965.

<sup>69</sup> De acordo com o pensamento do Dr. SILVA, poderiam ser planos de saúde, porém, não de saúde pública. A saúde pública sempre constituiu o "primo pobre" do setor.

<sup>70</sup> A esse respeito ver GENTILE DE MELLO, Carlos. Aspectos econômicos da saúde. Documento produzido para o IX Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Rio de Janeiro, fev. 1975. p. 4, mimeogr.

- a) o Plano de Saúde da Comissão do Vale do São Francisco, em 1948, com a construção de 1.800 leitos em 43 hospitais, logrando-se o aproveitamento, depois de alguns anos, de apenas 50% de sua capacidade total;
- b) o Plano Salzano, do Departamento Nacional de Saúde, em 1956, que pretendia prover de médicos os municípios destituídos desses profissionais;
- c) o Plano da Associação Médica Brasileira, em 1965, que traduzia uma réplica quase perfeita do Plano Salzano;
- d) o Plano de Saúde do Estado do Amazonas, que planejava a importação e a instalação de meia centena de unidades ambulatoriais pré-fabricadas e equipadas;
- e) o Plano Nacional de Saúde, em 1968, que previa, em dois anos, dobrar os serviços assistenciais urbanos e triplicar os serviços nas zonas rurais do País.

Todos esses planos tinham como escopo promover a interiorização da medicina, sem levar em conta as variáveis de natureza econômica e social, ignorando os desníveis regionais, a diversidade de problemas urbanos e rurais, a importância da desigualdade da distribuição social e geográfica da renda, a interdependência do setor saúde com todos os demais setores de atividades econômicas e sociais.<sup>71</sup>

Os atuais planos de governo pouco acrescentam em relação à saúde; limitam-se a referências tais como: "investimentos em saúde e saneamento", "extensão da assistência médica ao trabalhador

---

<sup>71</sup> Para maior esclarecimento sobre a matéria ver GENTILE DE ME LLO, Carlos. "A lição dos planos de saúde malogrados". Vi-da Hospitalar, 6 (5) 1972.

rural". Não fazem alusão a desenvolvimento institucional ou a inovações tecnológicas; a mudança de atitudes, reformulação de métodos de prestação de serviços ou financiamento de programas.

A que se poderia atribuir o fracasso dos Planos de Saúde tentados no Brasil após a criação de uma Secretaria a nível ministerial para o planejamento?<sup>72</sup> O que teria levado os governos da Revolução a não atribuírem aos planos de saúde um pouco do apoio que dispensaram aos programas voltados para as atividades econômicas e para a distribuição de renda e melhoria do bem-estar, como a educação, habitação e alimentação?<sup>73</sup> Por que é vinculada à Previdência Social a quase-totalidade das instituições de prestação de assistência médica, como o INPS, IPASE, FUNRURAL, SASSE, LBA, FAG, FUNABEM, CEME?<sup>74</sup> Seria uma diretriz política de governo? A reflexão mais profunda sobre a matéria induziria à aceitação de tal pressuposto "por ser o processo de planejamento básica e inevitavelmente um tipo de política de poder, que envolve a preservação de status quo ou a sua modificação".<sup>75</sup>

No plano político, os objetivos declarados nem sempre coincidem com os desejados e em nenhuma outra área isto parece ser tão verdadeiro quanto na de saúde.<sup>76</sup>

---

<sup>72</sup> Ver: BASTOS, Murillo Villela. "O Sistema Nacional de Saúde em debate". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 11 (3):41, jul./set. 77.

<sup>73</sup> BASTOS. "O Sistema Nacional de Saúde em debate". op. cit. p. 41.

<sup>74</sup> Decreto nº 74.000, de 1º de maio de 1974.

<sup>75</sup> KRAUSE, Elliot A. "Health planning as a managerial ideology". International Journal of Health Services, 3 (3): 445-63, 1973. Trad. do autor desta tese.

<sup>76</sup> A esse respeito ver: BASTOS. "O Sistema Nacional de Saúde em debate". op. cit. p. 42.

À luz de uma análise crítica mais rigorosa, deduz-se que o melhor "plano de saúde" já elaborado no Brasil foi o concebido para o biênio 1973/1974, sem ser identificado como tal.<sup>77</sup> Suas linhas gerais são:<sup>78</sup>

- a) aumento do salário indireto, pelos investimentos em educação, saúde-saneamento, habitação e nutrição;
- b) integração social por intermédio dos fundos: PIS, PASEP e FGTS;
- c) proteção de todas as categorias profissionais, na cidade e no campo, pela legislação social e do trabalho, além de educação gratuita para os dependentes do trabalhador rural;
- d) melhoria da distribuição de renda pelos investimentos maciços em desenvolvimento regional e eliminação da pobreza relativa correspondente à faixa de renda mais baixa;
- e) adoção de medidas tendentes a obrigar o setor privado a transferir parte dos lucros decorrentes do aumento de produtividade para o trabalhador com aumento de salário e a manter o poder aquisitivo das camadas de renda mais baixa pelo controle dos preços dos bens de consumo de massa.

Os "planos de saúde" elaborados depois de 1964 apresentavam um denominador comum: "não eram planos, nem eram de saúde".<sup>79</sup> Dentre suas características em comum, destacam-se:<sup>80</sup>

---

<sup>77</sup> BASTOS. "O Sistema Nacional de Saúde em debate". op. cit. p. 42.

<sup>78</sup> Id. p. 33.

<sup>79</sup> Id. p. 42.

<sup>80</sup> Id. *ibid.*

- a) visavam muito mais à melhoria da situação dos profissionais da saúde do que o atendimento da população;
- b) nenhuma atenção davam à aplicação de técnicas preventivas de qualquer natureza — das que não dependem da ação direta dos profissionais da saúde ou das que, dependendo dos profissionais da saúde, ficaram tradicionalmente a cargo dos órgãos de saúde pública;
- c) implantavam um sistema de remuneração dos serviços profissionais que incentivava a prática de atos nem sempre recomendáveis, sem que sobre os mesmos se pudesse exercer qualquer controle extraprofissional;
- d) buscavam, mais ou menos ostensivamente, transferir todas as atividades de saúde lucrativas para a iniciativa privada, socializando o custeio dos serviços à população de menor renda;
- e) negligenciavam ou se omitiam quase completamente com relação a algumas categorias da equipe de saúde.<sup>81</sup>
- f) refletiam uma intenção mal disfarçada de aproveitar a influência que, como autores dos planos, supunham ter sobre os governantes, para restaurar a hegemonia de uma categoria profissional, e não para implantar uma nova mentalidade, que envolvesse maior racionalidade e maior eficiência na aplicação dos conhecimentos científicos em benefício da saúde e bem-estar da população.

---

<sup>81</sup> Para o Dr. WALTER SILVA, poder-se-ia dizer que negligenciavam ou se omitiam quase completamente com relação às categorias "menos nobres" da equipe de saúde, isto é, das que trabalhavam com e para os pobres, criando uma situação monopolística a favor dos profissionais "mais nobres", isto é, da medicina lucrativa. Acredita ele que o plano visava mais à criação de um único Ministério, englobando saneamento ambiental, medicina preventiva e assistência médica, e, ainda, seguros sociais, recursos humanos, ciência e tecnologia, o que constituiria o Ministério do Bem-Estar Social.



Tem-se atribuído o fracasso dos "planos de saúde", tentados no Brasil depois de 1964, à falta de preparo dos planejadores de saúde para esse tipo de abordagem do problema,<sup>82</sup> que envolve implicações de ordem institucional, além dos aspectos puramente técnicos.

Os postulados do atual SNS<sup>83</sup> provêm de diferentes interesses, preocupações e necessidades.<sup>84</sup>

Embora liminarmente esboçado por técnicos do Ministério da Saúde, no final da gestão do Governo Médici,<sup>85</sup> destaca-se a gradativa predominância do Ministério da Previdência e Assistência Social<sup>86</sup> como órgão-chave na expansão dos programas assistenciais oficiais,<sup>87</sup> o que induz a supor que entre os determinantes dos estudos paralelos que produziram o atual SNS<sup>88</sup> estivesse presente a disputa pela hegemonia dentro do poder público das

---

<sup>82</sup> BASTOS. "O Sistema Nacional de Saúde em debate". op. cit. p. 43.

<sup>83</sup> Cf. Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde.

<sup>84</sup> A esse respeito ver: QUADRA, Antonio Augusto F. & CORDEIRO, Hésio de A. "Sistema Nacional de Saúde: antecedentes, tendências e barreiras". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 11 (3): 17, jul./set. 1977.

<sup>85</sup> Ver: "LEMONS não teve recursos para o Plano de Saúde aprovado por Médici". Jornal do Brasil, 11 mar. 1974, p. 11. Esse Plano refere-se à Política Nacional de Saúde formulada por Mário Machado de Lemos e sua assessoria, no final do exercício de 1973.

<sup>86</sup> Criado em 1º de maio de 1974.

<sup>87</sup> A esse respeito ver: QUADRA & CORDEIRO. "Sistema Nacional de Saúde: antecedentes, tendências e barreiras". op. cit. p. 18.

<sup>88</sup> Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde.

esferas que desempenham ações mais ou menos autônomas no campo da saúde.<sup>89</sup> A ordenação proposta, mediante delimitação das áreas de ação de cada Ministério e definição de relações inter-institucionais, fundamentou-se no referencial teórico do método sistêmico aplicado à saúde. Sob essa perspectiva, cada instituição integrante do SNS comportar-se-ia como elemento de uma totalidade articulada e harmônica, desempenhando funções interligadas e interdependentes voltadas para um objetivo comum: a elevação do nível de saúde da população.<sup>90</sup> Todavia, ficaram ocultos os determinantes institucionais capazes de articular um desenvolvimento desordenado e às vezes até contraditório dentro do próprio Sistema.

Saliente-se que, na atual conjuntura, é clara e expressiva a predominância exercida pelo componente "assistência médica", tutelada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, em detrimento da "saúde pública", a cargo do Ministério da Saúde.<sup>91</sup> A título de justificativa, poder-se-ia apontar o ponderável volume de recursos que são manejados no setor assistencial, a magnitude da população coberta,<sup>92</sup> o componente ideológico que valoriza a "medicina assistencial", em detrimento da "saúde pública", e as importantes relações do setor com os insumos materiais, como, por exemplo, a produção de medicamentos e de equipamentos hospitalares.<sup>93</sup>

---

<sup>89</sup> Ver: QUADRA & CORDEIRO. "Sistema Nacional de Saúde: antecedentes, tendências e barreiras". op. cit. p. 18.

<sup>90</sup> Id. *ibid.*

<sup>91</sup> QUADRA & CORDEIRO. "Sistema Nacional de Saúde: antecedentes, tendências e barreiras". op. cit. p. 19.

<sup>92</sup> Cerca de 80% da população urbana. Ver a esse respeito: Id. *ibid.*

<sup>93</sup> A esse respeito ver: QUADRA & CORDEIRO. "Sistema Nacional de Saúde: antecedentes, tendências e barreiras". op. cit. p. 19.

O II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND)<sup>94</sup> dá ênfase à visibilidade<sup>95</sup> da organização sanitária e é, com segurança, o primeiro documento do gênero, no Brasil, a contemplar o problema da saúde da população de forma consciente e atual. Reconhece a saúde como resultante da interação do homem com o seu meio-ambiente, concebido este em seu sentido lato, incluindo tanto os aspectos biológicos quanto os econômicos e socioculturais.<sup>96</sup>

A atenção governamental nesse campo decorre da consciência de que a proteção da saúde da população é uma variável dependente da ação social organizada, cujo direcionamento pertence ao Governo.<sup>97</sup>

A estratégia do Governo com vistas a promover a melhoria da saúde da população fundamenta-se em um conjunto de medidas pluri-setoriais que objetivam principalmente a remoção das causas das doenças que acometem os contingentes de menor renda, não se limitando apenas à expansão dos serviços de assistência aos doentes.<sup>98</sup>

---

<sup>94</sup> Ver: Lei nº 6.151, de 4 de dezembro de 1974, que dispõe sobre o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), para o período de 1975 a 1979.

<sup>95</sup> O conceito de visibilidade das organizações é analisado em MARCH, James G. & SIMON, Herbert A. Teoria das organizações. 2.ed. Rio de Janeiro, FGV, 1970. p. 148-9.

<sup>96</sup> BASTOS. "O Sistema Nacional de Saúde em debate". op. cit. p. 52-3.

<sup>97</sup> Id. *ibid.* p. 52.

<sup>98</sup> Id. *ibid.*

Dessas ações, supramencionadas, merecem registro por seu maior impacto na saúde, as seguintes:

- a) a redução da pobreza absoluta, ou seja, do contingente de famílias com nível de renda abaixo do mínimo admissível no que diz respeito à alimentação, saúde, educação e habitação;
- b) combate à poluição da pobreza, isto é, à carência dos requisitos básicos de saneamento e controle biológico indispensáveis à saúde das populações de baixa renda, para o que cumpre, principalmente, prover de água e esgotos as populações e eliminar as endemias da pobreza: esquistossomose, malária, doença de chagas, etc;
- c) aumento das oportunidades de emprego da mão-de-obra a taxas superiores às do crescimento demográfico;
- d) a melhoria da qualificação da mão-de-obra para elevar-se a produtividade e a capacidade de geração de renda, facilitando sua mais rápida assimilação pela moderna economia de mercado;
- e) a melhoria da distribuição de renda, pessoal e regional, concomitante e simultaneamente com o crescimento econômico, tendo em vista que a estrutura da distribuição de renda é insatisfatória.

À luz dessa estratégia de ação, o Governo pretende acelerar o desenvolvimento social, no tocante à melhoria da saúde, e não apenas redistribuir a renda ou aumentar a prestação de assistência médica curativa.

#### 4.3. Ministério da Saúde: bases teóricas para um estudo de institucionalização

A fim de que o Ministério da Saúde assuma a liderança do SNS, de acordo com os pressupostos doutrinários que teriam orientado a elaboração do dispositivo legal<sup>99</sup> que discorre sobre a matéria, procura-se aqui delinear as bases teóricas para um estudo de institucionalização,<sup>100</sup> a que se propõe submetê-lo, com o

---

<sup>99</sup> Lei nº 6.229, item I, de 17 de julho de 1975, que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde.

<sup>100</sup> Institucionalização é o processo pelo qual organizações servem de veículos para a criação, difusão e perpetuação de elementos e mecanismos inovadores, criados para induzir mudanças sociais que conduzam ao desenvolvimento. Nas sociedades desenvolvidas, a mudança social inovadora resulta, em grande parte, de processos dinâmicos internos de transformação adaptativa dos arranjos institucionais existentes, a fim de atender a necessidades sociais emergentes. Já nas sociedades menos desenvolvidas ou tradicionais, os problemas de mudança inovadora adquirem formas diferentes, pois as mudanças sociais dependem de estímulos externos suficientemente fortes para romper e reorganizar os arranjos institucionais existentes. Os estudos de institucionalização procuram detectar as razões pelas quais algumas organizações são capazes de sobreviver e expandir continuamente sua influência sobre indivíduos e outras organizações em seu meio-ambiente, enquanto que outras fenecem e acabam por desaparecer. Pelo estudo das transações da organização com o seu meio-ambiente muito se pode aprender sobre os meios que permitem a uma organização sua sobrevivência ou seu desaparecimento. O modelo basilar de institucionalização é um modelo sistêmico. Sob a perspectiva de um sistema, uma instituição compõe-se de um centro de mecanismos de conversão de insumos em produtos nas transações com o meio-ambiente. Para que uma organização se transforme numa instituição é necessário que mantenha o equilíbrio favorável com o seu meio e exerça influência normativa sobre outras unidades. A mensuração do grau de institucionalização de uma organização pode ser conseguida por meio de vários testes, dos quais três têm sido basicamente sugeridos: a) o teste da sobrevivência; b) o teste da relevância para o meio-ambiente; c) o teste de influência normativa. A operacionalização de subtestes dentro dessas três categorias permite

objetivo de detectar possíveis obstáculos que estão dificultando o seu desenvolvimento. Esse estudo deverá envolver três á

---

o desenvolvimento de indicadores de institucionalização que servem para avaliar o maior ou menor grau de institucionalização de um sistema social e, se for o caso, formular estratégias que conduzam a mudanças adaptativas positivas. As vantagens que o método de institucionalização organizacional oferece não são encontradas em outras estratégias de desenvolvimento social. A superioridade de uma estratégia com ênfase na indução de mudanças sociais através de organizações, sobre aquela baseada em mudanças induzidas por indivíduos, pode ser assim indicada: a) as organizações têm condições de mobilizar recursos humanos, físicos e tecnológicos que lhes permitem alcançar, da maneira mais racional possível, os objetivos esperados; b) a existência de uma organização pressupõe uma base estável para a internalização, em participantes internos e externos, dos valores e atitudes necessários à consecução dos objetivos esperados; c) as organizações possuem maior capacidade para superar forças negativas internas e externas por meio de mecanismos adaptadores e controladores que lhes permitem continuidade de sobrevivência de maneira íntegra e influente no meio-ambiente. Ver, sobre o assunto, CARVALHO, José Silva de. "EBAP: an experiment in institution building". Tese de doutorado apresentada à Universidade do Sul da Califórnia, 1967; LOUREIRO PINTO, Aluizio. "The Brazilian Institute of Municipal Administration (IBAM): a case study of institution building in Brazil". Tese de doutorado apresentada a mesma Universidade, no mesmo ano; \_\_\_\_\_. "A institucionalização organizacional como estratégia de desenvolvimento". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 3 (1): 7-25, jan./jun. 1969; ESMAN, Milton J. & BLAISE, Hans C. Institution building research: the guiding concepts. Pennsylvania, Pittsburgh, University of Pittsburgh, Graduate School of Public and International Affairs, 1966; SELZNICK, Philip. A liderança na administração: uma interpretação sociológica. Rio de Janeiro, FGV, 1972; BELLO, Eduardo S. "Metodo para evaluar el desarrollo institucional en estaciones experimentales agropecuarias". Uruguay, Montevideo, Instituto Interamericano de Ciências Agrícolas - OEA, Zona Sur, 1975.

reas integradas e interdependentes de análise:<sup>101</sup>

1. a organização interna do Ministério da Saúde como instrumento de ação institucional;
2. o quadro de objetivos, declarados e latentes, que o Ministério da Saúde se propõe alcançar;
3. o meio-ambiente com o qual o Ministério da Saúde interage, trocando influências, com ênfase nos principais elos de ligação que mantém com outras instituições.

A integração das análises setoriais de cada uma dessas áreas tem como escopo produzir informações para a avaliação relativa

---

<sup>101</sup> Através dessa proposição de estudo de institucionalização, pretende-se oferecer uma "redução sociológica" da literatura sobre desenvolvimento institucional (institution building), consultada para a elaboração deste trabalho. Por se tratar de experiências aplicadas a organizações brasileiras, serviram como principal modelo para formulação das bases teóricas do estudo, os seguintes trabalhos: CARVALHO. op. cit; LOUREIRO PINTO. op. cit; \_\_\_\_\_. "A institucionalização organizacional como estratégia de desenvolvimento". op. cit; "RELATÓRIO-estudo do DNER". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 3 (2): 109-22, jul./dez. 1969 (este artigo contém trechos da análise institucional a que foi submetido o Departamento Nacional de Estradas de Rodagem (DNER) por meio de uma equipe técnica do Centro de Administração Aplicada da Escola Brasileira de Administração Pública, sob a coordenação do Prof. José Silva de Carvalho). Por "redução sociológica" entende-se a "consciência crítica" que não se satisfaz com a "importação" de objetos culturais acabados, mas cuida de produzir outros objetos nas formas e com as funções adequadas às novas exigências históricas, produção que não é apenas de "coisas", mas também de idéias. Ver: GUERREIRO RAMOS, Alberto. A redução sociológica. 2.ed. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1965. p. 19-20.

da capacidade de influência e ação do Ministério da Saúde, de acordo com preceitos de economia, eficiência e racionalidade, maximizadores de recursos e de eficácia no que diz respeito ao pleno alcance dos objetivos esperados.

Deve orientar esse conjunto de análises uma preocupação permanente que envolva os vários aspectos dinâmicos do sistema<sup>102</sup> Ministério da Saúde, que se constitui no principal agente no contexto formado pelo ambiente e pelos objetivos. Emanam desse contexto problemas que impõem condicionamentos ao sistema e dão origem a um processo de estímulo-reação Ministério da Saúde-contexto. "Esse processo, que funciona em ritmo de causação circular, manifesta-se da seguinte forma: problemas gerados fora de suas fronteiras institucionais (no ambiente) impõem-lhe influências, desencadeando problemas dentro de suas fronteiras, os quais, por sua vez, podem ocasionar efeitos fora, e assim sucessivamente".<sup>103</sup>

Para alcançar seus objetivos declarados de formular a política nacional de saúde e promover ou executar ações preferencialmente voltadas para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo,<sup>104</sup> e seus objetivos latentes de sobreviver institucionalmente, desenvolver-se e aperfeiçoar-se como instituição que deve liderar o SNS, promovendo a melhoria durável do estado de saúde de toda a população, o Ministério da Saúde terá que se

---

<sup>102</sup> Para facilitar o tipo de enfoque que se pretende enfatizar, o Ministério da Saúde será tratado como um sistema, embora no contexto geral do trabalho ele represente um subsistema do Sistema Nacional de Saúde.

<sup>103</sup> "RELATÓRIO-estudo do DNER". op. cit. p. 110.

<sup>104</sup> Lei nº 6.229, item I, de 17 de julho de 1975, que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde.

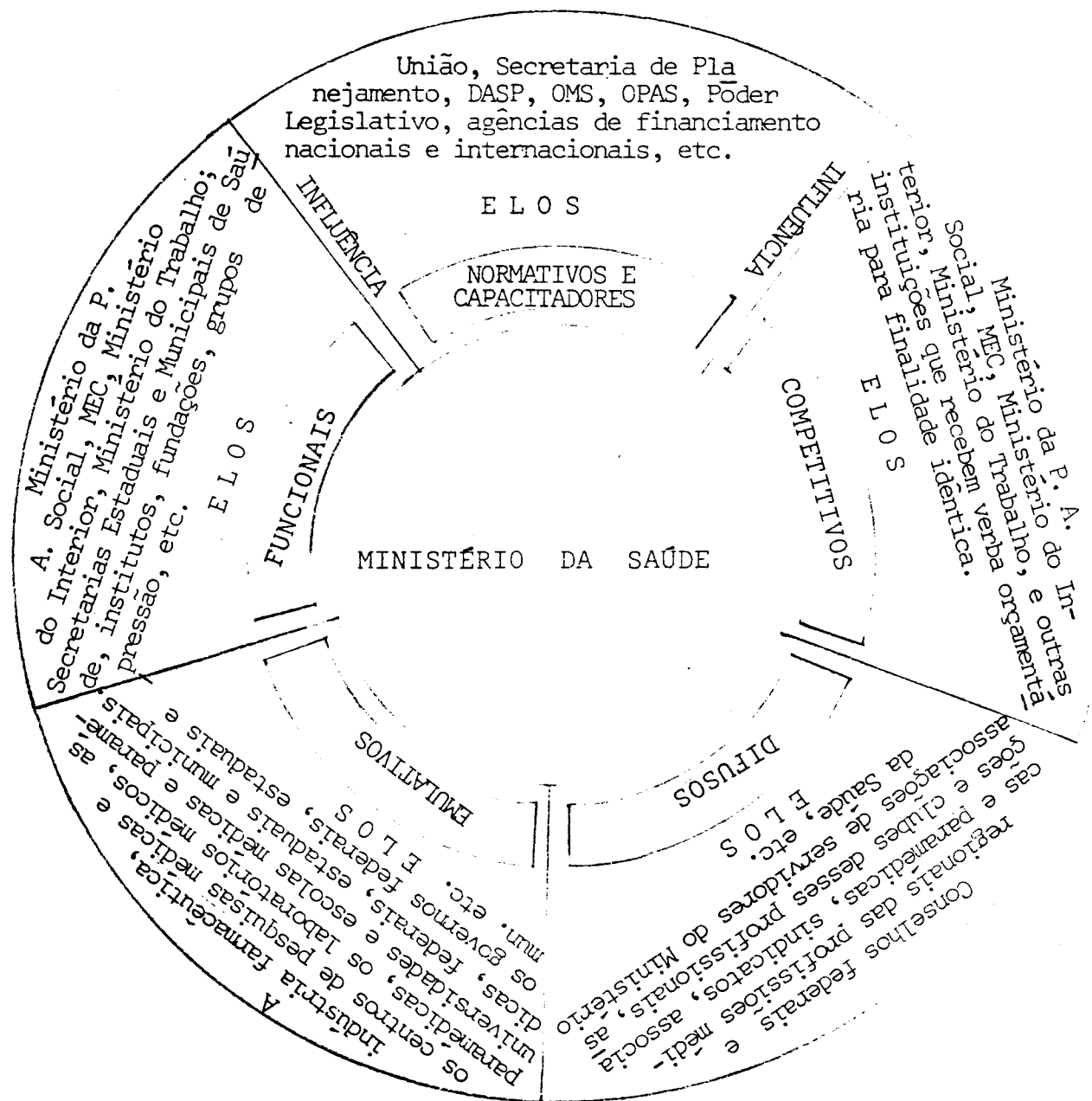


engajar num processo de influenciação recíproca com o meio-ambiente. O sucesso com que se conduzir nesse processo é consequência imediata da constância com que a sociedade global, e, em particular, o meio-ambiente, reconhecer e atribuir valor social, econômico e político aos seus objetivos e à sua performance institucional.

Em tese, o Ministério da Saúde tem-se comportado de forma institucionalmente insatisfatória diante do volume das influências que recebe através do processo de relações que o ligam a iniciativas dentro do SNS. Essas relações são processadas por intermédio de cinco tipos de elos: a) normativos e capacitadores; b) funcionais; c) competitivos; d) emulativos; e) difusos. (A seguir descritos e apresentados graficamente na figura 1).

Figura 1

SISTEMA DE INTEGRAÇÃO DO  
MINISTÉRIO DA SAÚDE



A figura 1 propõe-se a oferecer uma visão global e globalizante dos elos que, nos termos deste trabalho, parecem geradores de influências que interferem no comportamento institucional do Ministério da Saúde.

1. Elos normativos e capacitadores - são os que ligam o Ministério da Saúde a instituições e organizações de onde emanam os parâmetros legais e os recursos financeiros sobre os quais sua atividade institucional deve-se estender. Esses elos veiculam relações em que o Ministério da Saúde está exposto a intensa e permanente influência a curto e a médio prazo.

Incluem-se nessa categoria de elos, dentre outros órgãos, a União, a Secretaria de Planejamento, o Departamento Administrativo do Pessoal Civil (DASP), o Poder Legislativo Federal, a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e as agências de financiamento nacionais e internacionais.<sup>105</sup>

Como se observa, esses elos englobam elementos da burocracia federal que condicionam as ações do Ministério da Saúde e, concomitantemente, são geratrizes da maioria dos seus problemas diários.

Dentre os componentes desse grupo de elos destaca-se a União, a quem está subordinado diretamente o Ministério da Saúde.

Em que pese o esforço do Ministério da Saúde em elaborar planos que visem à melhoria da saúde da população, estes estão sempre eivados de lacunas e contradições, já enumeradas anteriormente, que enfraquecem seu papel de órgão responsável pela formulação

---

<sup>105</sup> Há quem conteste a inclusão da OMS e da OPAS nessa categoria de elos normativos e capacitadores, na mesma relação dos demais órgãos, por serem entidades de ordem apática. Sobre as relações do Ministério da Saúde com instituições de saúde e agências de financiamento internacionais, ver: BRASIL, Ministério da Saúde. Atos internacionais pertinentes ao setor saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 1977. 2 v. 718 p.

da política nacional de saúde. São responsáveis por esse estado de coisas:

- a) a multiplicidade de órgãos concorrentes,<sup>106</sup> dificultando a formulação e a coordenação da política nacional de saúde;
- b) os entraves ocasionados pela estrutura burocrática nacional;<sup>107</sup>
- c) a grande carência de talentos em todos os níveis hierárquicos, especialmente no âmbito de formulação de políticas e tomada de decisão;<sup>108</sup>
- d) os baixos salários pagos pela administração pública federal;
- e) a grande descontinuidade administrativa provocada pela inexistência de quadros próprios de alta direção e pela suces-

---

<sup>106</sup> Vários órgãos atuam na área da saúde: Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério da Educação e Cultura, Ministério do Trabalho, Ministério do Interior, etc. Cf. Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde.

<sup>107</sup> Caracterizada pela figura do papelório; excesso de formalismo; lentidão nas decisões; ossificação das estruturas organizacionais, desencadeando um processo de esclerosamento e conseqüente inviabilidade estrutural.

<sup>108</sup> A esse respeito ver: CARVALHO, Getúlio. "A empresa pública: uma análise administrativa". Revista de Administração Municipal, Rio de Janeiro (116): 5-27, 1973.

siva troca de Ministros;<sup>109</sup>

- f) a escassez de recursos para financiar os programas governamentais;
- g) a carência de informações e outras mais.

---

<sup>109</sup> Vale salientar que durante os 24 anos de existência do Ministério da Saúde (julho de 1953-janeiro de 1978), o mesmo teve 20 Ministros de Estado, com filosofias de trabalho distintas. Segundo o Prof. ALBINO DE SOUZA, o Brasil parece estar submetido ao signo de Sísifo, pois todos os esforços de planejamento perdem-se antes de atingir o objetivo. Recomeçam-se os trabalhos, esquecendo o que fora feito ou planejado, como na trágica lenda do rei de Corinto. Para a mesma realização, o sacrifício é multiplicado e, não raramente, amontoam-se as obras inacabadas. As oportunidades históricas que têm sido perdidas, a descontinuidade administrativa, o sentido carismático dado aos planos certamente funcionam como indiscutíveis motivos pelos quais o imenso bloco levado ao alto da montanha, à custa de sacrifícios inauditos do povo brasileiro, rola de volta, e tudo recomeça como se os problemas fossem novos ou as soluções apresentadas tivessem alguma originalidade. Para maiores esclarecimentos, ver: ALBINO DE SOUZA, Washington Peluso. "O planejamento regional no federalismo brasileiro". Revista Brasileira de Estudos Políticos, Belo Horizonte, (28): 222, 1970. Segundo a lenda grega, Sísifo, rei de Corinto, tendo escapado astuciosamente a Tânatos, o deus da morte, enviado por Zeus para castigá-lo, foi levado por Hermes ao Inferno, onde o condenaram ao suplício de rolar uma rocha até o cimo de um monte, de onde ela se despencava, devendo o condenado recomeçar incessantemente o trabalho. Portanto, o signo de Sísifo pressupõe trabalho esgotante e inútil, pois uma vez terminado tem-se de recomeçar tudo outra vez. Cf. FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Novo dicionário da língua portuguesa. 1.ed. 3. imp. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, p. 1.404. Para um estudo mais aprofundado sobre o tema "descontinuidade administrativa", consultar: CARVALHO, Getúlio. "A empresa pública: uma análise administrativa". Revista de Administração Municipal, Rio de Janeiro, (116): 5-27, 1973.

2. Elos funcionais - são aqueles que ligam o Ministério da Saúde a instituições e organizações que de certa forma podem ser caracterizadas como executoras dos seus objetivos declarados. Não obstante o Ministério da Saúde exerça sobre esses elos influência expressivamente superior à que recebe,<sup>110</sup> é importante assinalar que sua capacidade de sobrevivência institucional está diretamente relacionada com o papel que desempenham esses elos.

Integram esse grupo de elos o Ministério da Previdência e Assistência Social, o Ministério da Educação e Cultura, o Ministério do Interior, o Ministério do Trabalho, os demais Ministérios cujas ações relacionadas com a saúde constituam programas específicos passíveis de medida de coordenação pelo órgão disciplinador do sistema, as Secretarias Estaduais de Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde, institutos e fundações, além de grupos de pressão, especialmente os de natureza política interessados nas atividades do SNS. A ação dos elos funcionais alcança o Ministério da Saúde por via direta e indireta e é exercida por meio dos elos normativos e capacitadores visando alguma forma de pressão.

As relações envolvendo esse grupo de instituições e organizações podem ser analisadas sob duas óticas: a do Ministério da Saúde e a dos elos funcionais. Ao Ministério da Saúde compete, essencialmente, formular a política nacional de saúde e promover ou executar ações preferencialmente voltadas para as medidas e os

---

<sup>110</sup> Essa observação é especialmente verdadeira pelo menos em termos legais. Cf. Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, que dispõe sobre a organização do SNS. Na prática, o que se observa é uma predominância cada vez maior do Ministério da Previdência e Assistência Social, pelos motivos já apontados neste capítulo.

atendimentos de interesse coletivo.<sup>111</sup> Como já foi visto, essa função é bastante prejudicada. Os elos funcionais, por sua vez, encontram nessas limitações argumento para suas principais críticas à deficiência do sistema.

3. Elos competitivos - são os que ligam o Ministério da Saúde a instituições que possuem objetivos similares aos seus e recebem recursos financeiros das mesmas fontes. Incluem-se entre os principais elos competitivos as seguintes instituições: Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério da Educação e Cultura, Ministério do Interior, Ministério do Trabalho, Ministério da Agricultura, na parte de elaboração de normas, controle de alimentos, aditivos, etc. e outras instituições que recebem verba do orçamento da União para gastos com saúde, saneamento e luta contra a poluição ambiental.

Esses elos são significativos porque posicionam o Ministério da Saúde diante dessas outras instituições quanto ao volume de influências que injetam nas decisões dos elos normativos e capacitadores e quanto aos processos para tal empregados, com a finalidade de orientar os critérios de rateio de recursos, apoio político, cobertura institucional e consecução de objetivos.

4. Elos emulativos - estes elos ligam ao Ministério da Saúde instituições e organizações que têm interesse no seu desenvolvimento institucional, tendo em vista que para elas o aumento de importância do Ministério da Saúde causa impacto positivo. Considerando a sua natureza, as relações veiculadas por eles não constituem influência direta.

---

<sup>111</sup> Ver também Lei nº 6.229, item I.

Abrangem esta categoria: a indústria farmacêutica, os centros de pesquisas médicas, os laboratórios médicos, as universidades e escolas médicas e paramédicas federais, estaduais, municipais e particulares, os Governos Federal, estaduais e municipais, etc.

5. Elos difusos - ligam ao Ministério da Saúde instituições e organizações que têm interesse no seu desenvolvimento institucional, porque para elas o aumento de importância do Ministério da Saúde tem repercussões positivas. O processo de influência gerado por esses elos se manifesta de forma in direta.

São considerados elos difusos: os conselhos federais e regionais das profissões médicas e paramédicas; os sindicatos, associações e clubes desses profissionais; as associações de servidores do Ministério da Saúde, etc.

A natureza dos objetivos a serem alcançados pelo Ministério da Saúde deverá constituir o ponto central do estudo de institucionalização em proposição.

Criado em 1953, com a competência de cuidar dos problemas atinentes à saúde humana, tendo em 1975 integrado o SNS, com a função, dentre outras, de formular a política nacional de saúde, o Ministério da Saúde, decorridas quase três décadas de sua existência, não conseguiu ocupar o espaço institucional que lhe fora reservado. A coexistência de uma multiplicidade de órgãos cujas atividades por natureza lhe deveriam pertencer, além da influência política que estes disputam no processo de rateio de recursos e à guisa de prestígio institucional refletem o estado de desarticulação do SNS.

Tomando-se como viável a concepção doutrinária do Ministério da Saúde como órgão competente para formular a política nacional :



de saúde, torna-se necessário analisar seu quadro de objetivos e os obstáculos que alguns de seus problemas atuais representam para a consecução, a médio prazo, desses objetivos.

Como premissa metodológica básica de análise, deve-se estabelecer que entre o Ministério da Saúde, como organização administrativa, e seu quadro de objetivos existe uma barreira de resistências ativas e passivas, representadas pelas forças atuantes do meio-ambiente, barreira essa que deve ser transposta a fim de que este Ministério possa alcançar seus fins institucionais.

A remoção dos obstáculos pode-se processar de três maneiras distintas, porém não mutuamente excludentes: a) obtenção de nível de excelência, em termos de presteza e eficiência dos instrumentos de ação representados pela organização interna; b) reconhecimento da relevância de objetivos para a coletividade, em termos de utilidade e consenso social; c) simbiose das duas formas anteriores, hipótese em que o sistema alcança nível superior de eficácia.

Três áreas integradas e interdependentes de análise deverão conduzir o estudo de institucionalização: a) a organização interna do Ministério da Saúde; b) o quadro de objetivos declarados e latentes que o Ministério da Saúde se propõe alcançar; c) o meio-ambiente com o qual o Ministério da Saúde interage.

Para efeito do estudo, considera-se:

- a) organização interna - o conjunto de normas e procedimentos (instrumentos legais), arranjos formais (elementos estruturais), recursos humanos, tecnológicos e financeiros (elementos estruturantes), inovação, adequação ao meio, perspectivas de futuro, planos e programas de ação (elementos doutrinários) do Ministério da Saúde;
- b) quadro de objetivos - o conjunto de planos e programas de

ação institucional, para cuja execução o Ministério da Saúde mobiliza elementos de sua organização interna. São denominados objetivos declarados quando expressos em documentos ou expedientes oficiais (leis, decretos, decretos-leis, portarias, ofícios, circulares, etc.), e de objetivos latentes quando, por extensão ou em consequência dos primeiros, ou ainda por concentração de recursos, constituam categoria visível de ação do Ministério da Saúde;

- c) meio-ambiente - o conjunto de forças e influências externas que incidem sobre o Ministério da Saúde, com atuação no sentido de facilitar e/ou dificultar a consecução de seus objetivos.

Na área da análise técnica delineada, a organização interna do Ministério da Saúde deverá constituir o cerne de estudos, e os outros elementos — quadro de objetivos e meio-ambiente — o contexto de onde surgem problemas que condicionam a organização interna do Ministério da Saúde e determinam, concomitantemente, um engajamento de ação-reação Ministério da Saúde-ambiente-objetivos.

De acordo com essa perspectiva, deve-se avaliar a organização Ministério da Saúde com base em critérios de ordem estrita — eficiência, economia e racionalidade — e num critério globalizante — eficácia.

Essas análises visam, fundamentalmente, a detectar elementos que venham proporcionar uma avaliação do desempenho da organização interna do Ministério da Saúde em face das exigências, influências e expectativas do meio-ambiente no processo de atingimento de seus objetivos institucionais.

Nesse processo de ação-reação mencionado, duas categorias de problemas surgem naturalmente para o Ministério da Saúde: pro

blemas gerados fora de suas fronteiras organizacionais e que lhe impõem influência positiva e/ou negativa, desencadeando, as sim, problemas dentro das suas fronteiras e que podem, por sua vez, ocasionar efeitos fora, e assim sucessivamente, em ritmo de causação circular, culminando o processo num conceito do Ministério da Saúde perante a sociedade.

Em consequência, o Ministério da Saúde engaja-se num processo de recíprocas influências com o meio-ambiente para atingir seu principal objetivo declarado de formular a política nacional de saúde,<sup>112</sup> e seus objetivos latentes de sobreviver institucionalmente, desenvolver-se e aperfeiçoar-se como instituição. Obviamente — como já foi enfatizado antes — o êxito com que ele se conduzir é consequência imediata da constância com que a sociedade reconhecer e atribuir valor social, econômico e político aos seus objetivos e à sua performance institucional.

O estudo da institucionalização do Ministério da Saúde que, de acordo com o que se pretende, deveria constituir-se no caso do presente trabalho, deixa de ser realizado nesta oportunidade, na amplitude desejável, pelas seguintes razões:

- a) o tempo se constitui, em relação a esta monografia, em categoria especialmente escassa — cerca de três meses;
- b) o estudo de institucionalização na forma proposta demandaria:
  - . o mínimo de um ano para sua conclusão;
  - . participação de equipes multidisciplinares<sup>113</sup> para cobrir todas as áreas envolvidas pelo estudo;

---

<sup>112</sup> A esse respeito ver: Lei nº 6.229, item I, de 17 de julho de 1975.

<sup>113</sup> Essas equipes deveriam ser compostas por administradores, sociólogos, economistas, politicólogos, advogados, etc.

- . recursos financeiros suficientes para fazer face aos custos da pesquisa;
- . amplo acesso à burocracia do Ministério da Saúde, mediante consulta a documentos e entrevista com pessoas-chave envolvidas no processo.

Pelas razões expostas, o estudo de institucionalização do Ministério da Saúde é apenas proposto, como sugestão para que se transforme em objetivo de um futuro trabalho.

## ANEXO 1

### MINISTÉRIO DA SAÚDE: ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

O Ministério da Saúde é constituído pelos seguintes órgãos e entidades:<sup>\*</sup>

#### 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 Administrativo (DA)
2. Departamento de Pessoal (DP)

e) Órgãos de administração de atividades específicas:

1. Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS)

---

\* Cf. Decreto nº 79.056, capítulo II, de 30 de dezembro de 1976.

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

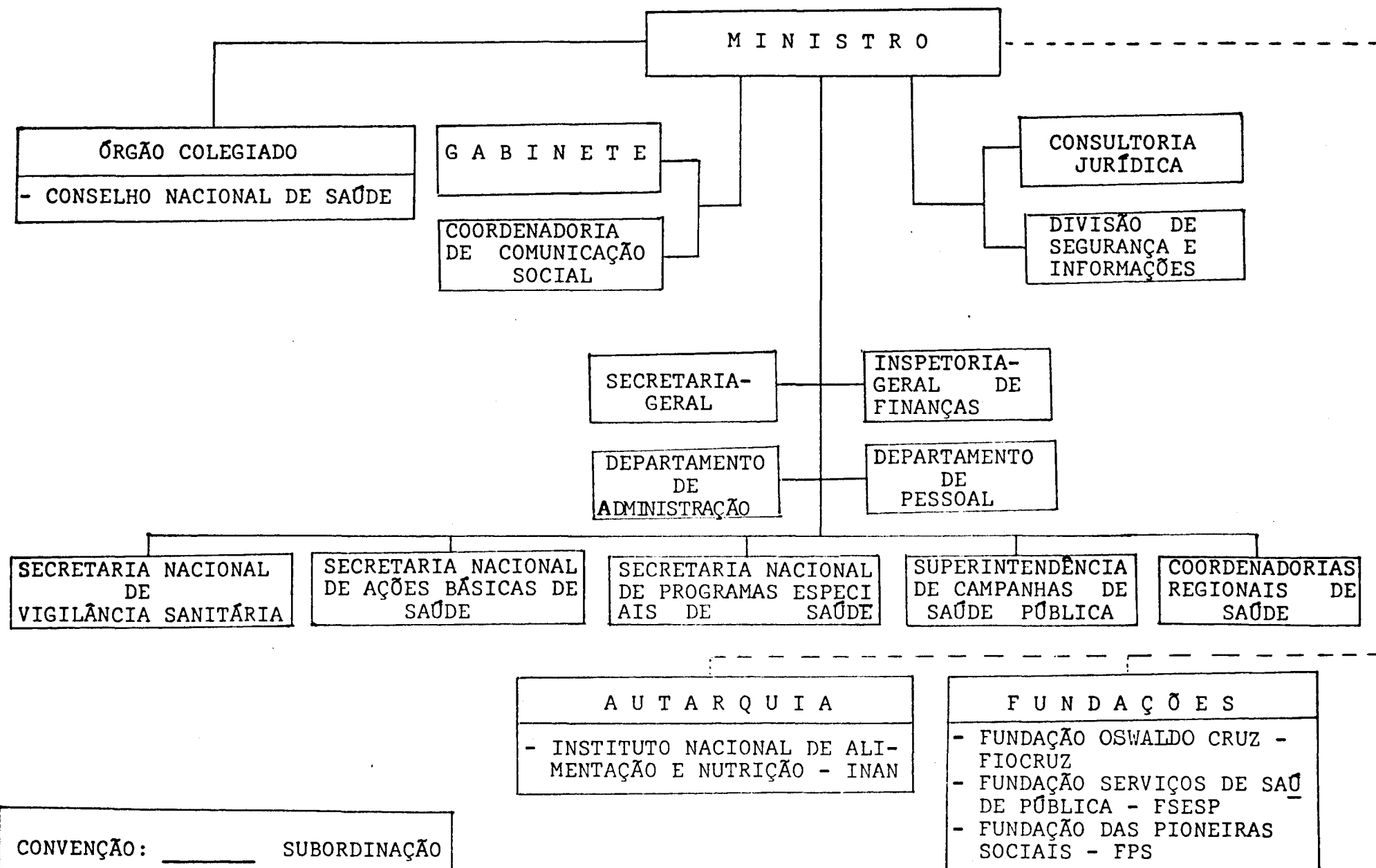
a) Autarquia:

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)

## ORGANOGRAMA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE



CONVENÇÃO: \_\_\_\_\_ SUBORDINAÇÃO  
 ----- VINCULAÇÃO

## ANEXO 3

ROTATIVIDADE DE MINISTROS DA SAÚDE (TURNOVER)  
1953-1978

N O M E S	G E S T Ã O	
	DE	A
1. Antonio Balbino de Carvalho Filho	06.08.1953	23.12.1953
2. Miguel Couto Filho	23.12.1953	03.06.1954
3. Mário Pinotti	03.06.1954	05.09.1954
4. Aramis Taborda de Athayde	05.09.1954	21.11.1955
5. Maurício de Medeiros	21.11.1955	03.07.1958
6. Mário Pinotti	03.07.1958	01.08.1960
7. Pedro Paulo Penido	01.08.1960	31.12.1960
8. Armando Falcão	01.01.1961	03.02.1961
9. Edward Cattete Pinheiro	03.02.1961	23.08.1961
10. Estácio Gonçalves Souto Maior	23.08.1961	20.06.1962
11. Manoel Cordeiro Villaça	20.06.1962	30.08.1962
12. Elizeu Paglioli	18.09.1962	19.01.1963
13. Paulo Pinheiro Chagas	19.01.1963	17.06.1963
14. Wilson Fadul	17.06.1963	04.04.1964
15. Vasco Tristão Leitão da Cunha	04.04.1964	15.04.1964
16. Raymundo de Moura Britto	15.04.1964	17.03.1967
17. Leonel Tavares Miranda de Albuquerque	17.03.1967	29.10.1969
18. Francisco de Paula da Rocha Lagoa	30.10.1969	19.06.1972
19. Mário Machado de Lemos	19.06.1972	14.03.1974
20. Paulo de Almeida Machado	15.03.1974	-



## Capítulo 5. MINISTÉRIO DA SAÚDE COMO SUBSISTEMA DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

O propósito do presente capítulo é analisar o Ministério da Saúde como um subsistema do SNS, focalizando os insumos que são colocados à sua disposição; os mecanismos de conversão que processam esses insumos; os produtos — quadro de objetivos, declarados e latentes — que se dispõe a alcançar; e o meio-ambiente com o qual interage, trocando influências.

Embora na perspectiva geral deste trabalho o Ministério da Saúde figure como um subsistema do SNS, para delimitar o campo de análise ele será tratado, agora, como um sistema — Sistema Ministério da Saúde (SMS).

### 5.1. Parâmetros básicos do SMS

#### 5.1.1. Insumos

Os insumos do SMS dividem-se em:

##### 5.1.1.1. Demandas

#### 1. Legislação federal do setor saúde<sup>1</sup>

Por ser o Ministério da Saúde o órgão legalmente encarregado de formular a política nacional de saúde,<sup>2</sup> todas as leis pertinen-

---

<sup>1</sup> A esse respeito, ver: BRASIL, Ministério da Saúde. Legislação federal do setor saúde. 2.ed. Brasília, Ministério da Saúde, 1977. 3. v. 1.102 p.

<sup>2</sup> Ver Lei nº 6.229, item I, de 17 de julho de 1975, que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde.

tes a esse setor representam demandas de seu sistema. De ou tubro de 1904<sup>3</sup> a janeiro de 1977, o setor saúde do Brasil foi regulado por cerca de 89 leis, 44 decretos-leis, 186 decretos, 27 portarias ministeriais e 19 outras portarias e resoluções.

## 2. II Plano Nacional de Desenvolvimento (1975-1979) — II PND<sup>4</sup>

O II PND, em seu capítulo VI, discorre sobre a Política de Valo rização de Recursos Humanos, consignando, no Orçamento Social, investimentos da ordem de Cr\$ 267 bilhões, no período 1975-1979, nas áreas de educação, treinamento profissional, saúde e assis tência médica, saneamento e nutrição. Essa política visa à qua lificação acelerada da mão-de-obra, elevando sua produtividade e sua capacidade de geração de renda, a fim de facilitar a sua mais rápida assimilação pela moderna economia de mercado. Abor da ainda os cuidados que serão dispensados à reforma de estrutu ras, para dar capacidade gerencial às áreas de saúde pública e assistência médica da previdência. No capítulo XI, discorre so bre programas de investimentos e apoio financeiro dos bancos o ficiais aos setores de educação, saúde pública, assistência mé dica, saneamento, nutrição e treinamento profissional, cobrin do, assim, as áreas de valorização de recursos humanos, de inte gração social e de desenvolvimento social urbano. Com essa fi nalidade consigna no Orçamento Social recursos da ordem de Cr\$ 760 bilhões, com recursos novos, dando tratamento preferencial aos setores de educação e saúde, no Orçamento Plurianual de Investimentos (OPI) para o triênio 1975-1977.

---

<sup>3</sup> Com a Lei nº 1.261, de 31 de outubro de 1904, que tornava o brigatórias, em toda a República, a vacinação e a revacinação contra a varíola, lei esta revogada posteriormente.

<sup>4</sup> Ver: Lei nº 6.151, capítulos VI e XI, de 4 de dezembro de 1974, publicada no Diário Oficial da União, 6 dez. 1974.

### 3. Reivindicações da sociedade brasileira em matéria de saúde pública

A educação da sociedade brasileira em matéria de saúde pública vem evoluindo lentamente,<sup>5</sup> em virtude de a população ainda não ter internalizado padrões de higiene adotados em países desenvolvidos. A causa desta situação reside no fato de que a educação em saúde pública no Brasil fica à margem da relação concreta técnico/população face à realidade onde se dão as relações com o meio.<sup>6</sup> Então, o povo quase se omite,<sup>7</sup> limitando-se a reclamar melhor assistência médica.

Conforme demonstrou a pesquisa empírica,<sup>8</sup> o conhecimento científico da população brasileira sobre saúde pública data aproximadamente de cinquenta anos atrás, sendo ainda reinterpretado de acordo com o conhecimento "popular", fortemente inserido na ideologia do povo.

Todavia, o conhecimento científico é rapidamente absorvido pelos grupos que ocupam posição privilegiada na escala social, uma vez que é produzido pelos intelectuais que organizam essa mesma sociedade para estes grupos. Quando esses conhecimentos atingem a população, são reinterpretados segundo seus valores e

---

<sup>5</sup> Sobre o tema — a educação em saúde pública no Brasil — ver: Saúde em Debate, São Paulo, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, (1):13-4, out./nov./dez. 1976.

<sup>6</sup> Para maior informação ver: Id. Ibid.

<sup>7</sup> Saúde pública é abordada aqui como saúde preventiva e envolve higiene, saneamento básico, etc.

<sup>8</sup> A esse respeito ver: CARDOSO DE MELO, Joaquim Alberto. "Conclusões da tese de doutoramento apresentada ao Departamento de Medicina Preventiva e Social, da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade de Campinas, Estado de São Paulo". Saúde em Debate, (1):13-4, out./nov./dez. 1976.

de acordo com sua ótica do mundo.<sup>9</sup>

#### 5.1.1.2. Apoio

##### 1. Moral

- a) Órgãos legislativos — Os órgãos legislativos brasileiros (federais, estaduais e municipais) tanto apóiam os programas de saúde pública do Ministério da Saúde que geram impacto positivo na melhoria da saúde da população, como também os criticam quando traduzem resultados contrários.<sup>10</sup> Os órgãos legislativos federais elaboram, e aprovam leis, em defesa da saúde pública, ficando sua execução por conta do Ministério da Saúde.<sup>11</sup>
- b) Imprensa — Cabe à imprensa papel relevante na melhoria da saúde pública, ao constatar as falhas, deficiências e omissões do sistema e informar à população e às autoridades go

---

<sup>9</sup> A esse respeito ver: Saúde em Debate, op. cit.

<sup>10</sup> A esse respeito ver: capítulo 3, Sistema Nacional de Saúde, seção sobre insumos, apoio moral, item a, deste trabalho.

<sup>11</sup> Ver: BRASIL, Ministério da Saúde. op. cit.

vernamentais, sob a forma de feedback, para que sejam corri-  
gidos os desvios existentes.<sup>12</sup> À medida que ela aponta er-  
ros, exerce, concomitantemente, função educativa, orientando  
a população quanto ao alcance dos programas de ação do Go-  
verno,<sup>13</sup> procurando internalizar padrões de saúde à popula-

---

<sup>12</sup> A título de ilustração sobre o papel da imprensa de informar, ver: O Globo, 18 out. 1977, p. 5. matéria intitulada: "Médi-  
cos e rede hospitalar: problema é a distribuição", que mos-  
tra que 2.193 (53%) dos 3.952 municípios brasileiros não pos-  
suem hospitais e aponta as causas. Na página 6 da mesma edi-  
ção: "Ensino médico não atende as necessidades do país" mos-  
tra que a educação médica, nos dias atuais, enfrenta, em  
todo o mundo, sérios problemas, sob a influência de fatores  
diversos como as mudanças sociais, o aumento da população, o  
fenômeno da urbanização acelerada, as demandas emergentes de  
cuidados médicos e a capacidade dos grupos populacionais pa-  
ra pagá-los, tudo isso combinado à rápida expansão do conhe-  
cimento biomédico para criar condições inteiramente novas pa-  
ra a prática da medicina.

<sup>13</sup> A esse respeito, ver: Jornal do Brasil, 24 jun. 1974, maté-  
ria intitulada: "Base da educação", que analisa o esforço do  
Ministério da Saúde com o objetivo de buscar apoio junto ao  
Ministério da Educação e Cultura para, através do Mobral,  
instituir um programa de ação sanitária, ressaltando, ainda,  
que o Ministério da Saúde, além de agir mais intensivamente  
no plano municipal, faria imprimir e distribuir cartilhas de  
princípios de higiene e de saúde. Também: Jornal do Brasil,  
24 fev. 1977, sob o título "Ministério começou no ano que  
vem o tratamento em massa da esquistossomose", em que divul-  
ga a estratégia do Governo para o ano de 1978, consubstancia-  
da na campanha de tratamento em massa de 14 milhões de brasí-  
leiros portadores de esquistossomose.

ção mediante campanhas de prevenção contra a doença,<sup>14</sup> a  
pontando perigos iminentes de danos à saúde<sup>15</sup> e divulgando  
as inovações tecnológicas no campo das ciências biomédicas.<sup>16</sup>

- c) Profissionais de saúde — Apenas uma pequena minoria dos profissionais de saúde está preocupada com os problemas nacionais de saúde pública. Atualmente, segundo a OPAS,<sup>17</sup> o maior problema da educação médica é o divórcio total entre o ensino e a prática, uma vez que os currículos estabelecidos estão desvinculados da realidade do setor saúde. Técnicos da OPAS explicam que isso ocorre, em geral, por ser o ensino médico ministrado em hospitais muito especializados, longe

---

<sup>14</sup> Cf. Jornal do Brasil, 9 abr. 1977, "Pioneiras fazem prevenção de doença cardiovascular no Rio", onde comenta que, apesar de criado há sete anos, até àquela data o Centro de Pesquisa de Doenças Cardiovasculares, da Fundação das Pioneiras Sociais, não conseguiu funcionar com toda a sua capacidade, tendo em vista que pouca gente sabia da sua existência. Divulga as vantagens do check up cardiológico e o baixo custo dos serviços prestados pela Fundação, chegando a ser gratuito em determinados casos.

<sup>15</sup> Ver: O Globo, 24 abr. 1977, artigo "Um mal transmissível e sem cura", em que chama a atenção da população para os danos provocados pela poliomielite ou paralisia infantil, que é uma doença infecciosa aguda causada por três tipos de vírus e que atinge, no Brasil, principalmente as crianças nos primeiros anos de vida. Esclarece, ainda, que o único meio eficaz de preveni-la e impedir que continue a fazer vítimas é a vacinação, em três doses, com intervalo mínimo de dois meses.

<sup>16</sup> A esse respeito: Jornal do Brasil, 26 mar. 1977, matéria "Médico revela cura para insuficiência cardíaca", onde dá ampla divulgação à opinião do diretor do Instituto de Cardiologia de São Paulo, Prof. José Eduardo de Sousa, que afirma ser possível diagnosticar, em recém-nascidos, qualquer insuficiência cardíaca e, através de cirurgia, conseguir uma total recuperação.

<sup>17</sup> A esse respeito, ver: O Globo, 18 out. 1977; p. 8, "Medicina dos casos raros, uma valorização exagerada".

dos grandes problemas da saúde pública, e onde surgem apenas casos específicos de doenças que representam uma proporção mínima dos problemas sanitários de uma região.

Uma das deficiências do currículo médico é que ele supervaloriza a medicina dos casos raros, em detrimento dos corriqueiros, resultando daí a formação de médicos superespecializados, mas "analfabetos e frustrados".<sup>18</sup>

Os profissionais de saúde, em sua grande maioria, estão mais preocupados com a empresa médica que com as ações de saúde pública. Encaram a saúde como uma geratriz de altos lucros, sem a preocupação com o estado sanitário da população.

O impacto negativo da empresa médica na atualidade é irrefutavelmente<sup>19</sup> agravado pela agressão cirúrgica constituída pelas constantes intervenções inúteis.<sup>20</sup>

---

<sup>18</sup> Para maiores detalhes, ver depoimento do Diretor do Instituto de Biologia da Universidade do Rio de Janeiro, Roberto Alcântara Gomes, publicado em O Globo, 18 out. 1977, p. 8, "Medicina dos casos raros, uma valorização exagerada".

<sup>19</sup> SARTWELL, P. E. "Iatrogenic: an epidemiological perspective". International Journal of Health Services, 4: 89-93, Winter 1974.

<sup>20</sup> DOYLE, James C. "Unnecessary hysterectomies. Study of 6.248 operations in the thirty-five hospitals during 1948". JAMA, 151 (5), 31 Jan. 1953; e \_\_\_\_\_. "Unnecessary ovariectomies. Study based on the removal of 704 normals ovaries of 546 patients". JAMA, 148 (13):1.105-11, 29 Mar. 1952. Apud: ILICH, Ivan. A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. 2.ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975. p. 35.

Estatisticamente, a dor, as disfunções, a invalidez e a angústia resultantes das intervenções médicas rivalizam com a morbidade provocada por acidentes de veículos automotores, o trabalho e até as guerras.<sup>21</sup>

A terminologia técnica que qualifica a nova epidemia de doenças provocadas pela medicina é a iatrogênese.<sup>22</sup> Em sentido estrito, uma doença iatrogênica é aquela que não existiria se o tratamento aplicado não fosse o recomendado pela tecnologia médica. Em sentido amplo, a doença iatrogênica abrange todas as condições clínicas das quais os medicamentos, os médicos e os hospitais são os agentes patogênicos.<sup>23</sup>

- d) Grupos em geral — Os sindicatos, clubes de serviços, entidades de classe e grupos em geral, que também constituem demandas do sistema, associados à população como um todo, não estão preocupados com os problemas de saúde pública. Sua atenção volta-se mais para os problemas de saúde assistencial (curativa), exceção feita quando da iminência de surtos, en

---

<sup>21</sup> A esse respeito, ver: ILLICH. op. cit. p. 32.

<sup>22</sup> Iatrogênese provém do grego iatros (médico) e genesis (origem). Ver: MASSON, ed. Dictionnaire français de médecine et de biologie. Paris, Masson, 1971. 4 t. Apud: ILLICH. op. cit. p. 32.

<sup>23</sup> A esse respeito, ver: ILLICH. op. cit. p. 32-3.



demias ou epidemias, que mobilizam toda a população.<sup>24</sup> Portanto, esses grupos não têm participação ativa nos problemas nacionais de saúde pública. Agem circunstancialmente, em defesa de sua sobrevivência.

## 2. Material

a) Recursos financeiros — Os recursos destinados ao Ministério da Saúde são oriundos de duas fontes:

- . Internas<sup>25</sup> — recursos provenientes da União, dos Estados e dos Municípios;
- . Externas<sup>26</sup> — recursos provenientes de agências internacionais.

---

<sup>24</sup> A esse respeito da preocupação da população quanto aos surtos, endemias ou epidemias, ver: Jornal do Brasil, 26 jun. 1977, "Transmissor da febre amarela e ameaça para Belém", que informa ter a Superintendência das Campanhas Médicas (SU CAM) localizado seis focos de mosquito transmissor da febre amarela (Aedes Aegypti), responsabilizando a Capitania dos Portos pelos riscos de uma epidemia, ao permitir a atracação de navios sem a vistoria sanitária, gerando verdadeiro pânico na população; Jornal do Brasil, 17 mar. 1977, "Ministério desconhece febre negra"; O Globo, 10 abr. 1977, "Surto de hepatite em Minas diminui"; Jornal do Brasil, 13 abr. 1977, "Salvador não tem febre amarela". Em todo esse noticiário de jornal está sempre presente a inquietação da população e dos grupos em geral, no sentido de conter os danos que ocasionam essas doenças, se não debeladas a tempo.

<sup>25</sup> Cf. BRASIL, Ministério do Planejamento e Coordenação Econômica. Plano Decenal de Desenvolvimento Econômico e Social. Brasília, Departamento de Imprensa Nacional, 1967. t. 6, p. 61.

<sup>26</sup> Recursos provenientes principalmente do BID, para projetos de saneamento básico, nas seguintes rubricas: BID-FCO (Fundo de Capital Ordinário), BID-FOE (Fundo de Operações Especiais), BID-FFPS (Fundo Fiduciário de Progresso Social) e AID. A esse respeito, ver: BRASIL, Ministério do Planejamento e Coordenação Econômica. op. cit. p. 58-9.

Os recursos públicos nacionais, mesmo que atinjam as cifras propostas nos programas de investimento, complementados por financiamentos de origem externa, são insuficientes para alcançar as metas desejadas, sobretudo no setor de saneamento básico.<sup>27</sup> A viabilidade de empréstimos tomados a entidades internacionais, à luz de experiências realizadas durante alguns anos, permite que se recorra complementarmente para essa fonte de recursos.<sup>28</sup> A grande maioria dos serviços oficiais de saúde pública acha-se sob administração dos governos estaduais, cabendo ao Governo federal apenas uma ação supletiva. Saliente-se que existe no Brasil forte corrente de opinião favorável à municipalização desses serviços.<sup>29</sup>

A distribuição regional dos recursos médicos assistenciais no Brasil acompanha, de modo geral, a distribuição da renda interna, e não a distribuição da população. A tabela a seguir mostra essa distribuição.

---

<sup>27</sup> A esse respeito, ver: BRASIL, Ministério do Planejamento e Coordenação Econômica. op. cit. p. 54.

<sup>28</sup> Id. p. 54.

<sup>29</sup> Id. p. 251.

Tabela 1

Distribuição da população, da renda interna,  
de médicos e de leitos hospitalares em três  
macrorregiões do Brasil — 1967-1970

REGIÃO	População 1970 (%)	Participação na formação do PIB-1969 (%)	Médicos/100 mil habitan- tes - 1969	Leitos hosp./100 mil hab. - 1967
Nordeste	28,65	13,2	28,8	161
Sudeste	43,52	63,3	76,5	475
Sul	18,93	18,3	34,8	353

Fontes: Educação de recursos humanos e a atual mão-de-obra no  
setor saúde. INEP-MEC, 1973.

BRASIL, Ministério da Saúde. Programa de Desenvolvimento  
de Recursos Humanos para a Saúde. 1973.

O fenômeno possui as mesmas características dentro de cada região, observando-se a existência de mais recursos nas áreas de maior concentração de renda. Os serviços médicos acumulam-se nas capitais dos Estados, onde o número de habitantes por médico varia de 300 a 2.000, enquanto que no interior esse número alcança 20.000, havendo maior freqüência na faixa de 5.000 a 8.000.<sup>30</sup>

<sup>30</sup> BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social. Sistema Nacional de Saúde. Contribuição para a discussão do tema oficial "Sistema Nacional de Saúde", da V Conferência Nacional de Saúde. Brasília, MPAS, ago. 1975. p. 17.

Mesmo nas áreas urbanas mais ricas, onde a concentração de serviços de saúde atinge grandes proporções em relação ao conjunto do País, as populações de baixo poder aquisitivo não desfrutam de adequada proteção de saúde.<sup>31</sup>

As inúmeras instituições<sup>32</sup> que atuam no campo da saúde não constituem um conjunto coordenado de tal forma que dele se possa obter a sinergia necessária.<sup>33</sup> Do modo como será organizado, o SNS dificilmente alcançará os objetivos esperados.<sup>34</sup>

Dentro dessa situação, torna-se quase impossível corrigir a inadequada distribuição dos recursos médico-sanitários no território nacional e instituir um sistema de avaliação antes, durante e após a prestação de serviços.

---

<sup>31</sup> BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social. op. cit. p. 17.

<sup>32</sup> Existe uma multiplicidade de instituições com atribuições no campo da saúde: Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério da Educação e Cultura, Ministério do Interior, Ministério do Trabalho, etc. A esse respeito, ver: Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975.

<sup>33</sup> A esse respeito, ver: BRASIL, Ministério do Planejamento e Coordenação Econômica. op. cit. p. 25.

<sup>34</sup> De acordo com o diploma legal que dispõe sobre a organização do SNS, existe uma separação institucional entre os aspectos de prevenção das doenças e os de assistência médica. O órgão encarregado das ações de caráter preventivo (o Ministério da Saúde) é também responsável pela formulação da política nacional de saúde. Esse Ministério maneja reduzida soma de recursos financeiros, cerca de um décimo dos recursos colocados à disposição do Ministério encarregado das ações de caráter predominantemente curativo (o Ministério da Previdência e Assistência Social). Por motivos já apontados no capítulo 4, o segundo vem, presentemente, tentando assumir a liderança política que deve orientar a implantação do SNS, competitivamente com o outro, em prejuízo do desempenho do próprio sistema.

Para manter o seu SNS, o Brasil destina-lhe cerca de 3% do Produto Interno Bruto.<sup>35</sup> Indicadores de países em diferentes estágios de desenvolvimento, nos quais se adota o regime da livre iniciativa, regulado pela economia de mercado, mostram que as despesas totais com a função saúde variam entre 4 e 6% das respectivas rendas nacionais.<sup>36</sup>

Premido, pressionado por graves problemas de administração e financiamento, o SNS não pode aplicar, na escala necessária, os recursos tecnológicos atualmente disponíveis em benefício da saúde da população, custando muito, por outro lado, a incorporar novas técnicas de alta eficiência e eficácia nos programas de trabalho de suas unidades.<sup>37</sup>

As despesas com programas de saúde e saneamento no período 1965-1976 mostram um comportamento irregular e traduzem um decréscimo na sua participação com relação ao total das despesas da União. Em 1976, 1,9% dos gastos da União destinaram-se aos programas de saúde e saneamento, proporção inferior aos 3,7% gastos em 1965. Em valores reais, constata-se um decréscimo de 8,3% nos gastos do programa de 1966 em relação a 1965 e de 17,5% nos de 1969 em relação a 1968. A maior participação relativa da despesa realizada com programas de saúde e saneamento no total das despesas da União ocorreu no ano de 1973, alcançando 5,0%, como se observa nas tabelas 2 e 3 e no diagrama 1, a seguir.

---

<sup>35</sup> Ver: BRASIL, Ministério do Planejamento e Coordenação Econômica. op. cit. p. 25.

<sup>36</sup> Id. *ibid.*

<sup>37</sup> Id. *ibid.*

Tabela 2

Despesa realizada em programas de saúde e saneamento e despesa total da União — 1965-1976

A N O S	Em milhões de Cr\$ de 1971		
	Despesa total da União (a)	Despesa com programas de saúde e saneamento (b)	
	(CR\$)	(Cr\$)	(b/a)%
1965	16.909,1	632,4	3,7
1966	17.065,2	579,7	3,4
1967	17.653,6	727,8	4,1
1968	20.084,6	861,2	4,3
1969	26.858,2	718,9	2,7
1970	33.738,8	799,8	2,4
1971	26.142,5	820,1	3,1
1972 *	27.158,4	1.345,6	4,9
1973 *	30.056,2	1.514,2	5,0
1974 *	33.847,4	918,7	2,7
1975 *	51.310,6	1.040,9	2,0
1976 *	60.504,0	1.148,1	1,9

Fontes: a) Anos de 1965 a 1971:  
Inspetoria-Geral de Finanças do Ministério da Fazenda, Divisão de Contabilidade;  
PAPPE, Ministério da Saúde.

b) Anos de 1972 a 1976:  
Fundação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro, Anuário Estatístico do Brasil, 1973, 1974, 1975 e 1976.

\* Valores do Orçamento da União.

Tabela 3

Evolução percentual da despesa total da União e da despesa com programas de saúde e saneamento em valores reais de 1971, no período 1965-1976

A N O S	I N D I C E	
	União	Saúde e saneamento
1965	100,0	100,0
1966	100,9	91,7
1967	104,4	115,1
1968	118,8	136,2
1969	158,8	113,7
1970	199,5	126,5
1971	154,6	129,7
1972 *	160,6	212,8
1973 *	177,7	239,4
1974 *	200,2	145,3
1975 *	303,4	164,6
1976 *	357,8	181,5

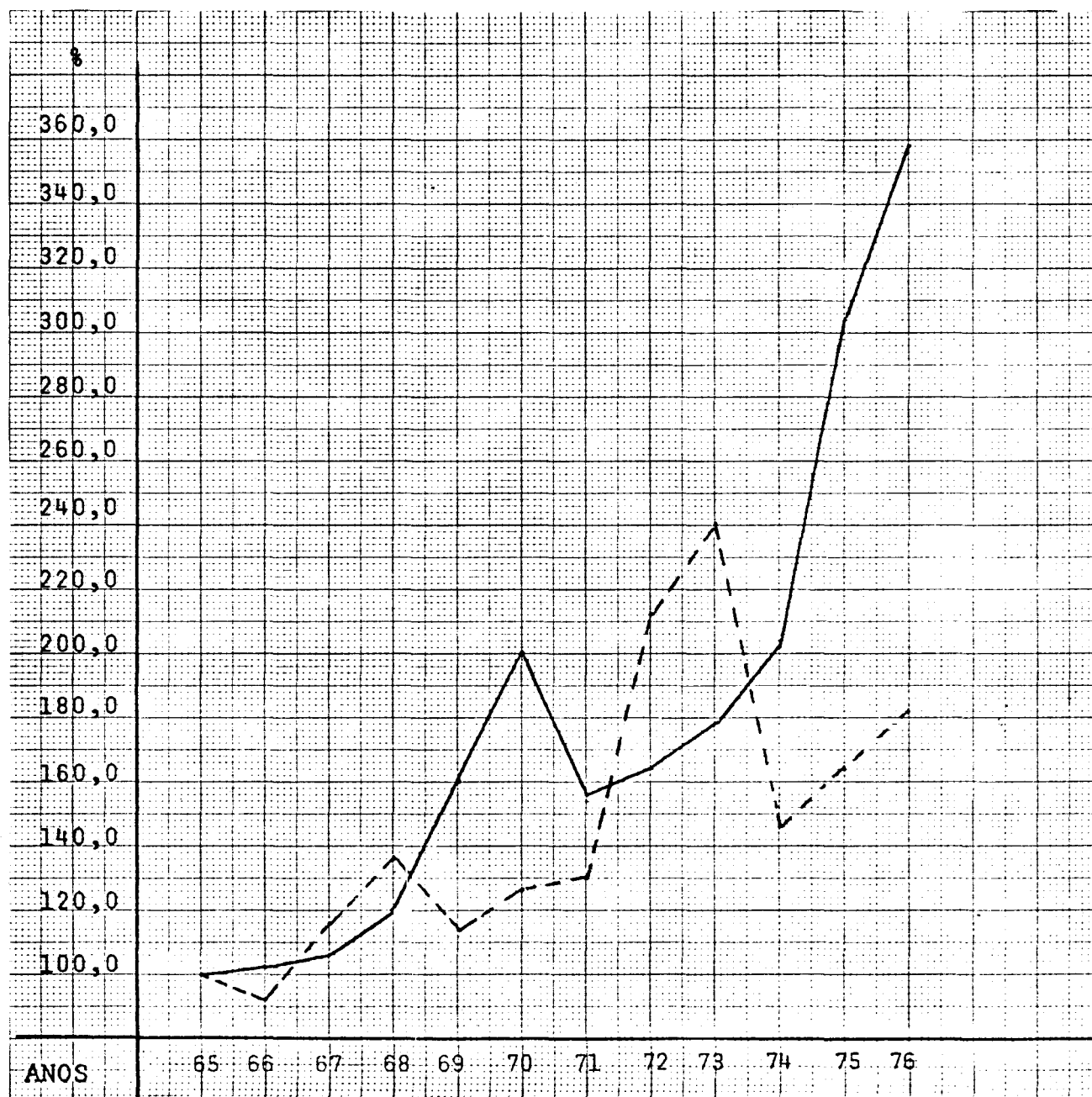
Fontes: a) Anos de 1965 a 1971:  
Inspetoria-Geral de Finanças do Ministério da Fazenda, Divisão de Contabilidade;  
PAPPE, Ministério da Saúde.

b) Anos de 1972 a 1976:  
Fundação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro, Anuário Estatístico do Brasil, 1973, 1974, 1975 e 1976

\* Valores do Orçamento da União.

Diagrama 1

Evolução percentual da despesa total da União e da despesa com programas de saúde e saneamento em valores reais de 1971, no período 1965-1976



LEGENDA: - Despesa total da União = \_\_\_\_\_  
 - Despesa com programas de saúde e saneamento = - - - - -



Os dispêndios de recursos com o setor saúde no Brasil são dispersos, mal conhecidos, sem programação por objetivos e sem controle.<sup>38</sup> Entretanto, o diploma legal que discorre sobre a organização do SNS, estabelece que os dispêndios de recursos devem ser conhecidos anualmente, programados por objetivos e controlados.<sup>39</sup>

Uma análise das despesas realizadas pelo Ministério da Saúde, no período de 1965 a 1971, mostra a maior incidência das despesas correntes sobre as de capital, predominando naquelas as de custeio. A priori, esse maior volume de gastos em despesas correntes está consentâneo com o desempenho do Ministério da Saúde como órgão prestador de serviços, mediante utilização mais intensiva da capacidade existente. Por outro lado, pode revelar também uma descapitalização relativa do setor diante da evolução do crescimento geral da economia, configurando um processo de "autofagia" de suas instalações e equipamentos. Enquanto o incremento médio das despesas de custeio realizadas no período 1965-1971 alcançou 4%, as despesas de capital registraram um decrêscimo da ordem de 24,5%, conforme se pode constatar na tabela 4.<sup>40</sup>

---

<sup>38</sup> Cf. BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social: op. cit. p. 35.

<sup>39</sup> Id. *ibid.*

<sup>40</sup> Para melhor esclarecimento sobre a matéria, ver: BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria-Geral. Estudo de gastos do setor público com a função saúde. Rio de Janeiro, Editora e Artes Gráficas, 1973. p. 20.

Tabela 4

Incremento médio das despesas realizadas pelo  
Ministério da Saúde no período 1965-1971 pelas  
principais categorias econômicas de despesa

Categoria de despesa	Variação média (%)
DESPESA TOTAL	-10,8
Despesas de pessoal	2,7
Outros custeios	9,0
Despesas de custeio	4,0
Despesas correntes	1,9
Despesas de capital	-24,5

Fonte: PAPPE, Ministério da Saúde.

- b) Instalações e equipamentos — Do Acre ao Rio Grande do Sul encontravam-se cadastrados, em 1973, 4.489 hospitais, sendo 3.753 particulares e 736 oficiais.<sup>41</sup> Nestes últimos incluam-se 152 federais, 365 estaduais, 179 municipais e 40 paraestatais.<sup>42</sup>

Não se pode dizer que o Brasil carece de hospitais; eles são a penas mal distribuídos, concentrados nas metrópoles e em áreas

<sup>41</sup> A esse respeito, ver: FUNDAÇÃO DO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, Rio de Janeiro. Anuário Estatístico do Brasil, 1975.

<sup>42</sup> Ver pesquisa do Ministério da Saúde publicada em O Globo, 18 out. 1977, p. 5: "Médicos e rede hospitalar: problema é a distribuição".

ou bairros desses grandes centros. Enquanto toda a região Norte possui apenas 132 hospitais, a Sul tem 1.043, sendo São Paulo o maior detentor e Piauí o menor. Como se observa, a medicina e seus recursos migram em direção ao poder aquisitivo. Ressalte-se que 2.193 (53%) dos 3.952 municípios brasileiros não possuem hospitais, geralmente concentrados na mesma região e disputando a mesma clientela. A falta de um planejamento sistêmico, contemplando toda a realidade nacional, deixou imensas áreas do País desprovidas até mesmo de ambulatórios médicos.<sup>43</sup>

Dos 387.066 leitos existentes na rede hospitalar geral,<sup>44</sup> 21% (812.838) estão concentrados na região Sudeste, enquanto que a região Norte<sup>45</sup> é a menos aquinhoadada, com apenas 2,7% (10.531), dos quais 6.093 oficiais e 4.438 particulares.<sup>46</sup> A média nacional é de 3,4 leitos por mil habitantes, enquanto a Organização Mundial de Saúde recomenda para países em desenvolvimento o índice de 4 a 5 por mil habitantes.<sup>47</sup>

Para manter este índice de 3,4 leitos, levando em consideração o aumento da população, deverão ser instalados, até o ano 2000, cerca de 11 mil leitos/ano, o que corresponderia, em 1978, a 20% do orçamento federal.<sup>48</sup>

---

<sup>43</sup> Ver, "Médicos e rede hospitalar: problema é a distribuição". op. cit. p. 5.

<sup>44</sup> Ver nota 41 deste capítulo.

<sup>45</sup> A região Sudeste compreende os Estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo, enquanto que a Região Norte compreende os Estados do Acre, Amazonas, Pará, e os Territórios de Rondônia, Roraima e Amapá.

<sup>46</sup> Ver nota 42.

<sup>47</sup> Id. ibid.

<sup>48</sup> Id. ibid.

A carência de leitos é mais acentuada nas regiões menos favorecidas, como o estado do Maranhão, onde o índice é de 0,8 leito por mil habitantes. Com relação à cidade do Rio de Janeiro, há 9,7 leitos/mil habitantes. Esta falta de leitos em algumas regiões origina um fenômeno curioso: o da ociosidade. Todavia, as autoridades governamentais explicam que ela é devida à má distribuição dos hospitais, tendo em vista a existência de muitos estabelecimentos hospitalares concentrados na mesma área.<sup>49</sup>

A tabela 5 mostra a relação leito hospitalar/habitante, segundo as áreas selecionadas.

---

<sup>49</sup> Ver, "Médicos e rede hospitalar: problema é a distribuição". op. cit. p. 5.

Tabela 5

Relação leito hospitalar/habitante no Brasil, 1973

Especificação	Leitos/1.000 habitantes
BRASIL	3,4
São Paulo	6,4
Rio de Janeiro	5,5
Sul	3,8
Minas Gerais e E. Santo	3,6
Centro-Oeste	2,5
Norte	2,4
Nordeste*	1,9
Maranhão e Piauí	1,0

Fontes: FUNDAÇÃO DO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, Rio de Janeiro, Estimativa da população brasileira para 1974; BRASIL, Ministério da Saúde. Cadastro hospitalar brasileiro. Rio de Janeiro, 1973.

\* Excluídos os Estados do Maranhão e Piauí.

#### 5.1.2. Mecanismos de conversão

São os seguintes os mecanismos de conversão do Ministério da Saúde:

##### 5.1.2.1. Ministro da Saúde

Auxiliar direto do Presidente da República, a quem compete, a  
lém das atribuições que a Constituição e as leis estabelecem: <sup>50</sup>

<sup>50</sup> Cf. Constituição da República Federativa do Brasil, seção IV, artigo 84.

- a) exercer a orientação, coordenação e supervisão dos órgãos e entidades da administração federal na área de sua competência e referendar os atos e decretos assinados pelo Presidente da República;
- b) expedir instruções para a execução das leis, decretos e regulamentos;
- c) apresentar ao Presidente da República relatório anual dos serviços realizados no Ministério;
- d) praticar os atos pertinentes às atribuições que lhe forem outorgadas ou delegadas pelo Presidente da República.

#### 5.1.2.2. Organização interna do Ministério da Saúde<sup>51</sup>

Compreende todos os órgãos que prestam assistência ao Ministro, incluindo, além dos funcionários de atividades essencialmente burocráticas, os técnicos de todos os níveis.

#### 5.1.2.3. Entidades vinculadas e supervisionadas

As entidades vinculadas e supervisionadas pelo Ministério da Saúde são as seguintes:<sup>52</sup>

---

<sup>51</sup> Sobre estrutura organizacional do Ministério da Saúde, ver capítulo 4 deste trabalho, anexo 1: Ministério da Saúde: estrutura organizacional.

<sup>52</sup> Ver Decreto nº 79.056, capítulo II, de 30 de dezembro de 1976, que dispõe sobre a organização do Ministério da Saúde.

## 1. Autarquia

- a) Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN)<sup>53</sup> — Entidade criada em novembro de 1972, sob a forma de autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na capital federal. Cabe-lhe:

- I. assistir o Governo na formulação da política nacional de alimentação e nutrição, inclusive quanto à educação nutricional;
- II. elaborar e propor ao Presidente da República o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN), promover sua execução, supervisionar e fiscalizar sua implementação, avaliar periodicamente os respectivos resultados, e, se necessário, propor sua revisão;
- III. funcionar como órgão central das atividades de alimentação e nutrição.

## 2. Fundações

- a) Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)<sup>54</sup> — Entidade criada em junho de 1966, sob a forma de fundação, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro - RJ.

---

<sup>53</sup> Ver Lei nº 5.829, de 30 de novembro de 1972, que dispõe sobre a criação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN).

<sup>54</sup> Ver Lei nº 5.019, de 7 de junho de 1966, que autoriza a instituição da Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública; Decreto-lei nº 904, de 1º de outubro de 1969, que altera a denominação da Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública para Fundação Recursos Humanos para a Saúde; Decreto nº 66.624, de 22 de maio de 1970, que transforma a Fundação de Recursos Humanos para a Saúde em Fundação Instituto Oswaldo Cruz; Decreto nº 67.049, de 13 de agosto de 1970, que aprova o Estatuto da Fundação Instituto Oswaldo Cruz e Decreto nº 74.891, de 13 de novembro de 1974, que altera a denominação da Fundação Instituto Oswaldo Cruz para Fundação Oswaldo Cruz.

Tem como finalidade;

- I. realizar pesquisas científicas no campo da medicina experimental, da biologia e da patologia;
- II. formar e aperfeiçoar pesquisadores em ciências biomédicas, sanitaristas e demais profissionais da saúde;
- III. elaborar e fabricar produtos biológicos profiláticos e medicamentos para as atividades da Fundação e do Ministério da Saúde, tendo em vista as necessidades do País e as exigências da Segurança Nacional.

b) Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP)<sup>55</sup> — Entidade criada em abril de 1942, com a denominação de Serviço Especial de Saúde Pública, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro-RJ. Tem como finalidade:

- I. contribuir para elevar os níveis de saúde das populações, especialmente nas regiões onde se desenvolvam planos governamentais de valorização e desenvolvimento econômico;
- II. propiciar condições satisfatórias de saneamento, particularmente em núcleos de população localizados nas áreas rurais;
- III. realizar estudos e pesquisas que visem à identificação de problemas de saúde, indicando os instrumentos e as ações necessários à sua solução;

---

<sup>55</sup> Ver Decreto-lei nº 4.275, de 17 de abril de 1942, que autoriza o então Ministério da Educação e Saúde a organizar um serviço de saúde pública em cooperação com o Institute of Interamerican Affairs of the United States of America; Lei nº 3.750, de 11 de abril de 1960, que autoriza a transformação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em Fundação Serviço Especial de Saúde Pública, vinculada ao Ministério da Saúde, alterada pela Lei nº 4.441, de 29 de outubro de 1964; também o Decreto-lei nº 904, de 1 de outubro de 1969, que altera a denominação de Fundação Serviço Especial de Saúde Pública para Fundação Serviços de Saúde Pública.



- IV. desenvolver novos métodos e técnicas de planejamento e administração do setor saúde;
  - V. promover e incentivar a capacitação dos recursos humanos indispensáveis ao desenvolvimento de programa de saúde;
  - VI. incrementar e incentivar a racionalização dos sistemas de informação técnico-científica do setor saúde.
- c) Fundação das Pioneiras Sociais (FPS)<sup>56</sup> — Entidade criada em março de 1960, sob a forma de fundação, atualmente vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro. Seus objetivos são:
- I. prestar assistência médica, social, moral e educacional à população pobre, em suas variadas formas;
  - II. realizar pesquisas relacionadas com suas finalidades.

#### 5.1.2.4. Recursos humanos, estruturas burocráticas e pesquisas

Como se observa, os mecanismos de conversão do Ministério da Saúde são constituídos essencialmente por pessoas e estruturas burocráticas. Nesse setor, a exemplo da administração pública de um modo geral, ele enfrenta graves problemas, especialmente com relação a recursos humanos.

No que pese o esforço governamental no sentido de modernizar as

---

<sup>56</sup> Ver Lei nº 3.736, de 22 de março de 1960, que autoriza o Poder Executivo a instituir a Fundação das Pioneiras Sociais; Decreto nº 48.543, de 13 de julho de 1960; Decreto nº 79.056, artigo 3º, item II, letra b, nº 3, de 30 de dezembro de 1976, que vincula a Fundação das Pioneiras Sociais ao Ministério da Saúde.

estruturas burocráticas do serviço público,<sup>57</sup> esse esforço es barra em um obstáculo que transcende — pelo menos a curto pra zo — ao seu controle: a grande carência qualitativa e quanti-  
tativa de recursos humanos para operacionalizar essas estru-  
tu-  
ras.

Também a influência de valores sobre a mudança organizacional continua a ser outro grande obstáculo neste sentido, segundo a maioria dos estudos sobre desenvolvimento.<sup>58</sup>

O processo de seleção levado a efeito dentro da burocracia na cional assegura a admissão de pessoas com o mesmo perfil de va lores das já em serviço,<sup>59</sup> o que conduz à hipótese de que a mu dança interna, apesar de não ser de todo impossível, é pouco provável.

Pode-se afirmar que as teorias tradicionais sobre mudança so cial foram, com muita propriedade, resumidas por Schumpeter na seguinte frase: "Estruturas sociais, tipos e atitudes são moe das que não se fundem facilmente".<sup>60</sup> Isso significa que cada

---

<sup>57</sup> Ver Decreto-lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, com as alterações das leis posteriores, que dispõe sobre a organização da administração federal e estabelece diretrizes para a reforma administrativa federal.

<sup>58</sup> STUBBS, Roy. "Uma possível análise dos valores dos executivos em algumas organizações brasileiras". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 11 (3):47, jul./set. 1976.

<sup>59</sup> DALAND, R. "Burocracia no Brasil: atitudes de executivos civis de alto nível em relação a mudanças". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 7 (4) 1973. Resulta do de uma pesquisa sobre os fatores sociais existentes na burocracia brasileira.

<sup>60</sup> SCHUMPETER, J. Capitalismo, socialismo e democracia. Trad. de Capitalism, socialism and democracy. Rio de Janeiro, Fundo de Cultura, 1961. p. 21.

geração está de tal forma cristalizada por valores próprios que a sua mudança interna é quase impossível, se forem utilizados meios normais. Quando se consubstancia, a mudança é produto de uma tensão criada por conjuntos de valores. Cada geração ingressa no mundo em época diferente, desenvolve percepções, valores e atitudes diferentes e também, de modo semelhante, estrutura suas opções em modelos diferentes dos das gerações anteriores. Isso induz à crença de que, apesar das mudanças verificadas no mundo, os indivíduos continuam os mesmos.

A administração pública exerce, no desenvolvimento científico e tecnológico de uma nação, influência decisiva. O próprio processo de desenvolvimento, concebido globalmente, "requer não só o uso da ciência e da tecnologia para a produção geral de bens e serviços para satisfazer às necessidades humanas, mas também sua aplicação generalizada aos problemas públicos. A administração pública desempenha papel vital neste processo".<sup>61</sup>

Acrescente-se às responsabilidades do setor público a administração de um sistema que, modernamente, tornou-se elemento de alta significação estratégica no desenvolvimento: a produção de ciência e tecnologia.<sup>62</sup>

Nos países em desenvolvimento o setor público é responsável por uma grande percentagem da pesquisa e do desenvolvimento técnico e científico. A América Latina não constitui uma exceção à

---

<sup>61</sup> A esse respeito, ver: La administración pública en el segundo decenio de las Naciones Unidas para el desarrollo. Informe de la segunda reunión de expertos. Documento ST/TAO/M/57, 1971. p. 45.

<sup>62</sup> A esse respeito, ver: JÁCOME, José Maria. "A pesquisa e o desenvolvimento administrativo na América Latina". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 11 (1): 43, jan./mar. 1975.

regra, com um promédio<sup>63</sup> de 96% do total, financiado pelos fundos públicos. O promédio de investimentos públicos em pesquisa científica e tecnológica alcança, no Brasil e na Argentina, 98% do total; na Colômbia, 94; no Peru 93 e na Venezuela, 99.<sup>64</sup>

A evidência mostra que o maior esforço de pesquisa na América Latina é despendido pelo setor público e que a maioria dos pesquisadores, cientistas e técnicos é utilizada pelo setor governamental.<sup>65</sup>

Quase todos os problemas de desenvolvimento da pesquisa, da ciência e da tecnologia são dependentes da administração pública. Esse fato evidencia que a capacidade administrativa dos govern<sup>o</sup>s, em todos os níveis, é de fundamental importância para o desenvolvimento desses campos.<sup>66</sup> A exemplo de todas as outras funções governamentais, para administrá-las torna-se necesário, além dos recursos financeiros, o apoio de modelos institucionais e recursos humanos adequados.<sup>67</sup>

---

<sup>63</sup> Promédio é uma terminologia utilizada em estatística, que significa um valor médio compreendido no intervalo da observação. Sobre o assunto, ver: SPIEGEL, Murray R. Estatística. São Paulo, Mcgraw-Hill do Brasil, 1972. p. 70-108 (Coleção Schaum).

<sup>64</sup> JÁCOME. "A pesquisa e o desenvolvimento administrativo na América Latina". op. cit. 1975, p. 43-4.

<sup>65</sup> Id. p. 44.

<sup>66</sup> Ver nota 64.

<sup>67</sup> Id. ibid.

No Brasil, o pessoal dedicado à pesquisa e ao desenvolvimento da ciência e da tecnologia, principalmente na área da saúde, é escasso. Nem o Governo, nem os sistemas universitários apresentam políticas definidas ou programas de formação de pesquisadores, obedecendo a padrões adequados de qualidade e quantidade. Os poucos programas de formação existentes encontram-se desvinculados das necessidades e prioridades mais urgentes do desenvolvimento nacional.<sup>68</sup> "Tal situação constitui-se num círculo vicioso segundo o qual não se pesquisa porque não há pesquisadores nem recursos e há carência de pessoal dedicado à pesquisa em decorrência da escassez de oportunidades nesse campo de atividade. Há, portanto, dois aspectos relacionados e interdependentes: as deficiências e lacunas na formação de recursos humanos e os problemas na utilização de pesquisadores, cientistas e técnicos".<sup>69</sup>

Segundo as projeções elaboradas com base no conhecimento dos estoques de profissionais de saúde existentes no início dos anos 70, das perdas e da produção do sistema educacional, o Brasil contará, além dos 100 mil médicos, com mais de 60 mil odontólogos, 13 mil médicos veterinários e 20 mil farmacêuticos. Ao se constatar esse fenômeno, estarão assim atendidas as metas aprovadas por ocasião da III Reunião Especial de Ministros da Saúde das Américas. Entretanto, nessa época o déficit numérico de enfermeiros graduados poderá situar-se na faixa dos 30 a 35 mil. No que concerne aos auxiliares de enfermagem, esse déficit também será de grande expressão, se não forem adotadas medidas com vistas à correção dessa distorção.<sup>70</sup> As tabelas 6 e 7, a

---

<sup>68</sup> Id. p. 45, onde trata da matéria em relação à América Latina como um todo.

<sup>69</sup> Id. *ibid.*

<sup>70</sup> A esse respeito, ver: SAYEG, Mário A. "Correlações numéricas entre médicos e outros profissionais de nível superior". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 11(3): 118, jul./set. 1977.

seguir, mostram o perfil dessas projeções.

Tabela 6

Profissionais de Saúde  
Projeções de demanda para 1980\*

Especificação	Total	Por 10.000 hab.
Médicos	98.430	8,0
Odontólogos	24.600	2,0
Enfermeiros	55.400	4,5
Farmacêuticos	8.600	0,7**
Médicos veterinários	13.000	-
Engenheiros de saúde pública	1.600	-
Auxiliares de enfermagem	178.400	14,5

Fonte: População do Brasil para 1980 = 123.032.068 (estimativa IBGE).

\* Metas aprovadas na III Reunião Especial de Ministros da Saúde das Américas, realizada em Santiago do Chile, em outubro de 1972. A esse respeito, ver: SAYEG. "Correlações numéricas entre médicos e outros profissionais de nível superior". op. cit. 1977, p. 118.

\*\* Corresponde a 8,7 farmacêuticos por 100 médicos.

Quanto aos níveis, a composição indicada foi a seguinte:<sup>71</sup> pes  
soal universitário, 38%; pessoal técnico, 20; e pessoal auxi  
liar, 42.

<sup>71</sup> SAYEG. "Correlações numéricas entre médicos e outros profissionais de nível superior". op. cit. 1977, p. 118.

Tabela 7

Profissionais de Saúde  
Projeções de demanda e oferta para 1980\*

Especificação	Demanda	Oferta	△
Médicos	98.430	102.000	+ 3.570
Odontólogos	24.600	50.000	+ 35.400
Enfermeiros	55.400	18.000	- 37.400
Farmacêuticos	8.600	20.000	+ 11.400
Médicos veterinários	13.000	13.000	-
Engenheiros de saúde pública	1.600	1.160	- 440
Auxiliares de enfermagem	178.400	50.000	-118.400

Fonte: Departamento de Recursos Humanos, Escola Nacional de Saúde Pública, FOC-MS.

\* SAYEG. "Correlações numéricas entre médicos e outros profissionais de nível superior". op. cit. 1977, p. 119.

O pessoal absorvido pelo setor saúde no Brasil passou de 99.897, em 1961, para 573.665, em 1973,<sup>72</sup> acusando uma significativa expansão de 473.768 oportunidades de emprego, o que corresponde a um crescimento de 574%, aproximadamente.

Como se sabe, as soluções para os problemas de saúde que afligem uma população estão diretamente correlacionadas com o estágio em que se encontra a pesquisa biomédica do país correspondente.

<sup>72</sup> SAYEG. "Correlações numéricas entre médicos e outros profissionais de nível superior". op. cit. 1977, p. 118.

No Brasil, a quase-totalidade das pesquisas biomédicas está a cargo dos laboratórios das universidades e instituições científicas que, normalmente, não dispõem de recursos humanos e financeiros suficientes e de instalações adequadas para realizar seus trabalhos no próprio ambiente ecológico.<sup>73</sup>

A experiência científica e tecnológica voltada para a proteção e recuperação da saúde, acumulada em países desenvolvidos, ainda não foi submetida a um processo de "redução sociológica" de forma a se ajustar à realidade biofísica, social, econômica e geográfica brasileira.<sup>74</sup>

Dentre as poucas instituições que têm contribuído para a solução de problemas de saúde no Brasil e também pelos trabalhos de pesquisa realizados, destacam-se:<sup>75</sup>

- A nível federal - Fundação Oswaldo Cruz (Rio de Janeiro); Instituto Evandro Chagas (Belém do Pará); Instituto de Endemias Rurais (Brasília).<sup>76</sup>

---

<sup>73</sup> Ver: SOUZA, José Prado; GARCIA, Helena Stilianidi e outros. Saúde: o caso brasileiro. Paper apresentado à Escola Brasileira de Administração Pública, da Fundação Getúlio Vargas, Programa de Mestrado em Administração Pública, no Seminário de Política e Administração de Saúde II, realizado durante o segundo semestre de 1976. p. 26, mimeogr.

<sup>74</sup> Id. ibid.

<sup>75</sup> Id. ibid.

<sup>76</sup> Segundo depoimento do Dr. ERNANI BRAGA, esse Instituto mantém sob sua vinculação os seguintes órgãos: o Instituto Aggeu Magalhães (em Recife-PE), o Instituto René Rachou (em Belo Horizonte-MG) e os Núcleos de Pesquisa do Rio de Janeiro (RJ) e de Salvador (BA). Sendo que em Brasília não existe praticamente nada.



- A nível estadual — Instituto Ezequiel Dias (Minas Gerais); Instituto Adolfo Lutz e Instituto Butantan (São Paulo); Instituto de Pesquisas Biomédicas (Rio Grande do Sul) e Instituto Vital Brasil (Rio de Janeiro).

Considerando-se a importância do papel que desempenham no desenvolvimento das campanhas profiláticas, destacam-se as seguintes:<sup>77</sup>

- a) Fundação Oswaldo Cruz, que constitui um conjunto de instituições especializadas nos setores de biologia, patologia e medicina experimental. Suas atividades se desenvolvem no campo da pesquisa pura e aplicada, do ensino e da fabricação de soros e vacinas. É um centro de referência normativa, nacional e internacional para problemas como febre amarela, gripe, raiva, doença de Chagas, brucelose e outros. Publica uma revista técnica de grande prestígio nos meios científicos internacionais;<sup>78</sup>
- b) Superintendência de Campanhas de Saúde Pública, entidade subordinada ao Ministério da Saúde, cuja finalidade é a execução de atividades de erradicação e controle de endemias, nas áreas em que haja transmissão atual ou potencial;<sup>79</sup>
- c) Instituto Evandro Chagas, entidade subordinada à Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP), que visa realizar estudos e pesquisas sobre problemas médicos e levantamentos epi-

---

<sup>77</sup> A esse respeito, ver: SOUZA, GARCIA e outros. op. cit. p. 26-7.

<sup>78</sup> SOUZA, GARCIA e outros. op. cit. p. 27.

<sup>79</sup> Portaria nº 222, artigo 1º, de 31 de julho de 1970 e Decreto nº 74.891, artigo 14, de 13 de novembro de 1974, que dispõem sobre a finalidade e competência da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública.

demiológicos de interesse sanitário, particularmente na Amazônia.<sup>80</sup> Desenvolve inúmeras pesquisas no campo das viroses transmitidas por artrópodes e de bacteriologia e parasitologia em geral.<sup>81</sup>

No que pese o esforço de algumas instituições no sentido de prestar serviços de boa qualidade à população e cumprir seus objetivos institucionais, a definição de atribuições nesse setor é confusa, descoordenada, conflitante, e o processo decisório, a cargo de inúmeras entidades, sem definição de níveis de competência ou de responsabilidade.<sup>82</sup>

Porém, quando for organizado o SNS, a situação prevista quanto à definição de atribuições é de que ela seja hierarquizada, regionalizada, coordenada, e o processo decisório com definição em termos de competência e atribuições, em níveis hierárquicos.<sup>83</sup>

### 5.1.3. Produtos

Os produtos do Ministério da Saúde consistem na realização dos seus objetivos, que são os seguintes:

#### 5.1.3.1. Objetivos declarados<sup>84</sup>

---

<sup>80</sup> Decreto nº 67.049, artigos 24 e 26, de 13 de agosto de 1970, que discorrem sobre a finalidade e competência do Instituto Evandro Chagas.

<sup>81</sup> Ver: SOUZA, GARCIA e outros. op. cit. p.27.

<sup>82</sup> A esse respeito, ver: BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social. op. cit. p. 35.

<sup>83</sup> Id. ibid.

<sup>84</sup> Lei nº 6.229, item I, letras de a a l.

1. formular a política nacional de saúde;
2. promover ou executar ações preferencialmente voltadas para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo, cabendo-lhe, particularmente:
  - a) elaborar planos de proteção à saúde e de combate às doenças transmissíveis, além de orientar sua execução;
  - b) elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
  - c) assistir o Governo na formulação da política nacional de ali mentação e nutrição, inclusive quanto à educação alimentar, e, com a colaboração dos demais Ministérios diretamente envolvidos na execução dessa política, elaborar e propor à a provação do Presidente da República o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição, a coordenação da execução, supervi-são, fiscalização e avaliação de resultados;
  - d) coordenar a ação de vigilância epidemiológica em todo o ter ritório nacional e manter a vigilância nas fronteiras e nos portos e aeroportos, principalmente de entrada, no País;
  - e) efetuar o controle de drogas, medicamentos e alimentos desti-nados ao consumo humano;
  - f) fixar normas e padrões pertinentes a cosméticos, saneantes, artigos de perfumaria, vestuário e outros bens, com vistas à defesa da saúde e diminuição dos riscos, quando utilizados pela população em geral;
  - g) fixar normas e padrões para prédios e instalações destinados a serviços de saúde;
  - h) avaliar o estado sanitário da população;
  - i) avaliar os recursos científicos e tecnológicos disponíveis para melhorar o estado sanitário da população e a viabilida-de de seu emprego no País;
  - j) manter fiscalização sanitária sobre as condições de exercício

das profissões e ocupações técnicas e auxiliares relacionadas diretamente com a saúde;

- 1) exercer controle sanitário sobre migrações humanas, assim como sobre importação e exportação de produtos e bens de interesse da saúde.

#### 5.1.3.2. Objetivos latentes

1. sobreviver institucionalmente;<sup>85</sup>
2. desenvolver-se e aperfeiçoar-se como instituição que deve liderar o SNS,<sup>86</sup> promovendo a melhoria durável do estado de saúde de toda a população brasileira, reduzindo:
  - a) a morbidade;
  - b) a mortalidade;
  - c) a invalidez;
  - d) a incapacidade temporária.

#### 5.1.3.3. Apropriação dos ônus

Os produtos do Sistema Ministério da Saúde não se resumem à distribuição de benefícios, que consiste em prover bens e serviços e assegurar, pela formulação de políticas, normas e controles, a melhoria durável do estado de saúde de toda a população. In

---

<sup>85</sup> Sobre o conceito de sobrevivência das organizações, ver: KATZ, Daniel & KHAN, Robert. Psicologia social das organizações. São Paulo, Atlas, 1976. p. 85-9; ETZIONI, Amitai. Organizações modernas. São Paulo, Pioneira, 1972. p. 35; SELZNICK, Philip. A liderança na administração: uma interpretação sociológica. Rio de Janeiro, FGV, 1972. p. 17-9.

<sup>86</sup> A esse respeito, ver Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975.

clui a repartição dos custos e ônus desses bens e serviços en  
tre os diferentes grupos sociais, sob a forma de impostos, ta  
xas, etc.<sup>87</sup>

Os recursos destinados aos programas do Ministério da Saúde são oriundos de duas fontes:

1. Fontes internas — quando os recursos são provenientes da U  
nião, dos estados e dos municípios.<sup>88</sup> Esses ônus são distribi  
buídos pela população como um todo, sob a forma de impostos,  
taxas, etc.
2. Fontes externas — recursos provenientes de agências internaci  
onais, como o Banco Interamericano de Desenvolvimento  
(BID), a Agência para o Desenvolvimento Internacional do Gov  
erno dos Estados Unidos (AID), o Banco Mundial, e outras.<sup>89</sup>

Recursos de fontes externas, quando não são financiados a fundo perdido, são também oriundos da União, mas providos pela populaç  
ão como um todo, sob a forma de impostos, taxas, etc.

#### 5.1.4. Feedback

Reflete a repercussão dos produtos do Ministério da Saúde sobre os insumos e o meio-ambiente, modificando-os de alguma forma. Os resultados positivos da ação do Ministério da Saúde podem a  
fetar favoravelmente o apoio material e/ou moral (insumos) do

---

<sup>87</sup> Sobre a distribuição de custos e ônus, à luz da teoria de sistemas, ver: LORDELLO DE MELLO. "Administração urbana: uma visão sistêmica". op. cit. 1976, p. 69.

<sup>88</sup> A esse respeito, ver: BRASIL, Ministério do Planejamento e Coordenação Econômica. op. cit. t. 6, p. 58-9.

<sup>89</sup> Id. p. 61.

sistema. São os seguintes os mecanismos utilizados:

#### 5.1.4.1. Controle e avaliação

Os mecanismos de controle e avaliação do setor saúde são aplicados de forma aleatória e episódica e as estatísticas se resumem a controle da produção de atos remunerados, ou da justificação de gastos.<sup>90</sup>

Entretanto, após a organização do SNS, espera-se que os mecanismos de controle atuem permanentemente e a avaliação se baseie em resultados.<sup>91</sup> Essa avaliação deverá permear todos os passos do sistema, envolvendo:<sup>92</sup>

- a) análise dos recursos disponíveis e de suas fontes alternativas;

---

<sup>90</sup> A esse respeito, ver: BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social. Sistema Nacional de Saúde, contribuição para a discussão do tema oficial "Sistema Nacional de Saúde", da V Conferência Nacional de Saúde. Brasília, ago. 1975. p. 35.

<sup>91</sup> Id. *ibid.*

<sup>92</sup> Sobre sistema de avaliação e controle em saúde, ver: MENDES, Eugênio V.; MONTE-MOR, Gilda Maria; COSTA FIUZA, Maria Claret & ARAÚJO DAYRELL, Myriam Auxiliadora. Esquemas metodológicos de elaboração de projetos de saúde. Belo Horizonte, Secretaria de Saúde, 1976.

- b) análise dos subsistemas administrativos,<sup>93</sup> a fim de detectar possíveis obstáculos à operacionalização do sistema, de acordo com os objetivos esperados;
- c) análise das políticas;
- d) análise dos programas;
- e) análise dos produtos;
- f) análise da produtividade;
- g) análise do impacto dos produtos sobre os insumos e o meio-ambiente;
- h) análise do processo de interação do Ministério da Saúde com o meio-ambiente.

O controle só se justifica à medida que não interfere de forma negativa na operacionalização do sistema; seus mecanismos devem ser simplificados, a fim de que não absorvam grande parte da capacidade operacional do sistema.<sup>94</sup>

#### 5.1.4.2. Auditoria especializada

Impõe-se a instituição de um sistema de auditoria substantiva,

---

<sup>93</sup> Os subsistemas administrativos são constituídos pelos órgãos de atividade meio, como: Consultoria Jurídica, Departamento de Administração, Departamento de Pessoal, Inspetoria-Geral de Finanças, Divisão de Segurança e Informações, etc. Sobre análise dos subsistemas administrativos, ver: LORDELLO DE MELLO, Diogo. "A teoria dos sistemas na análise da administração municipal". op. cit. 1976, p. 32-48.

<sup>94</sup> Sobre a melhoria do sistema de acompanhamento, avaliação e controle, ver: BRASILEIRO, Ana Maria. "O federalismo cooperativo". In: Simpósio sobre as Relações Intergovernamentais. Rio de Janeiro, IBAM, 1973. p.74.

mediante inspeção in loco, a fim de analisar a efetividade e a qualidade dos serviços prestados à clientela — definida como toda a população —, constatar a observância dos padrões, normas e critérios estabelecidos.

#### 5.1.5. Meio-ambiente

Constitui a variada e complexa gama de influências exercidas sobre o Ministério da Saúde. Neste trabalho não há o objetivo de se realizar uma análise mais profunda dessas influências. Limitar-se-á a apontar, em cada um dos componentes do meio-ambiente, os aspectos mais relevantes, para ilustrar o método sistêmico e estimular o aprofundamento da análise em outro tipo de estudo.

São componentes do meio-ambiente do Ministério da Saúde:

##### 5.1.5.1. Sistema socioeconômico brasileiro

A estreita interdependência que existe entre o nível de saúde e o desenvolvimento socioeconômico nacional fica uma vez mais evidenciada quando se observa que as regiões geoeconômicas brasileiras com mais baixos níveis de higidez são também as de menor renda per capita.<sup>95</sup> Correlacionando-se o número de médicos e a distribuição da renda per capita, segundo as regiões fisiográficas, verifica-se que a distribuição de médicos acompanha a mesma distribuição de renda. Essa correlação pode ser vista na tabela 8, a seguir.

---

<sup>95</sup> Sobre o estudo de renda per capita e assistência médica, ver: REZENDE & MAHAR. op. cit. 1974. p. 110-21.



Tabela 8

Renda per capita e número de médicos  
segundo as regiões fisiográficas — Brasil

Regiões	Renda <u>per capita</u> 1970 (CR\$)	Nº de médicos 1973
Norte	1.225	952
Nordeste	857	9.062
Sudeste	3.276	34.700
Sul	2.326	8.512
Centro-Oeste	1.967	2.419

Fonte: Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro. Centro de Contas Nacionais e FIBGE, Rio de Janeiro. Anuário estatístico do Brasil, 1975.

Outro aspecto importante é o desenvolvimento social. A transferência direta de educação que ocorre dentro da unidade familiar, independente de educação formal, juntamente com níveis mais adequados de nutrição, traduz uma forte correlação entre background familiar e inteligência, gerando reflexos significativos no nível de saúde. Também o comportamento das matrículas escolares é um indicador precioso. Quanto mais elevados os níveis da educação, maiores são a riqueza familiar<sup>96</sup> e o nível de saúde des-

<sup>96</sup> Sobre a influência do background familiar, ver: LANGONI, Carlos Geraldo. Distribuição de renda e desenvolvimento econômico do Brasil. Rio de Janeiro, Expressão e Cultura, 1973. p. 135-43.

sa população.<sup>97</sup>

Sabe-se que renda, nível de instrução e nível de saúde estão positivamente correlacionados. Dados apresentados permitem concluir, em relação à população ativa de 1970, que cerca de dois terços dos analfabetos faziam parte dos 40% que apresentavam rendas mais baixas e que quase três quartos daqueles que possuíam curso superior estavam entre os 20% que apresentavam rendas mais altas.<sup>98</sup>

O processo de incorporação e difusão do progresso técnico numa economia gera dois efeitos contraditórios com relação à absorção de mão-de-obra. De um lado, o da exclusão e/ou expulsão e, de outro, o de incorporação nas novas atividades que surgem. O resultado líquido, em termos de emprego produtivo global no Brasil, tem sido decisivamente insatisfatório, o que se atribui a uma espécie de "excesso" de modernização. Esse argumento fundamenta-se, em geral, na idéia de que a composição setorial do produto da economia brasileira avança no sentido de um padrão "normal" de desenvolvimento, enquanto que a do emprego descreve uma curva completamente desviada.<sup>99</sup> Tal situação seria criada pela "utilização exagerada de tecnologia importada, mais mo

---

<sup>97</sup> A esse respeito, ver: GENTILE DE MELLO, Carlos. "Planejamento de saúde e desenvolvimento econômico". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV 11(3): 86, jul./set. 1977.

<sup>98</sup> A esse respeito, ver: HOFFMANN, Rodolfo. "Tendências da distribuição da renda no Brasil e suas relações com o desenvolvimento econômico". A controvérsia sobre distribuição de renda e desenvolvimento. Rio de Janeiro, Zahar, 1975. p. 120.

<sup>99</sup> A esse respeito, ver: TAVARES, Maria da Conceição. Da substituição de importações ao capitalismo financeiro. Rio de Janeiro, Zahar, 1975. p. 190.

derna, com maior intensidade de capital e, conseqüentemente, 'desajustada' à nossa constelação de fatores".<sup>100</sup>

Como se observa, o sistema socioeconômico brasileiro mantém e los de interdependência com os produtos do Ministério da Saúde, influenciando-os e sendo por eles influenciado.

#### 5.1.5.2. Sistema político-governamental brasileiro

Exerce significativa influência sobre os produtos do Ministério da Saúde. A forte tendência à centralização político-administrativa que caracteriza o atual regime institucional do País vem mantendo o Governo federal no primeiro plano, não só na formulação de políticas, como também na própria administração dos serviços locais. Todas as capitais brasileiras, assim como vários municípios considerados de segurança nacional, onde estão situados importantes centros urbanos, são administrados por prefeitos nomeados mediante aprovação tácita — no caso das capitais — ou mediante aprovação formal — no caso de municípios situados em áreas consideradas de segurança nacional — do Presidente da República.<sup>101</sup> "A centralização política tem como um

---

<sup>100</sup> Entretanto, segundo M.C. Tavares, desvia-se com essa tese a explicação daquilo que na realidade ocorre. Considere-se que a responsabilidade da evolução desfavorável do emprego produtivo não se relaciona com um possível "excesso" de modernização, mas com a forma que assume a mesma. À luz de uma perspectiva dinâmica, o problema não reside no fato de que a tecnologia seja importada ou utilize intensamente capital, "mas sim na maneira como se utiliza o maior excedente derivado de sua aplicação". Id. p. 191.

<sup>101</sup> A esse respeito, ver: LORDELLO DE MELLO. "Administração urba: uma visão sistêmica". 1976. p. 48-9.

de seus principais instrumentos a centralização das receitas públicas nas mãos da União".<sup>102</sup>

Saliente-se que um dos objetivos plenamente justificáveis da intervenção da União é a compatibilização e articulação dos planos e programas das esferas estadual e local<sup>103</sup> com os planos, programas e prioridades federais, o que se reflete na redução do poder de decisão e de ação dos governos estaduais e locais em matéria de interesse predominantemente dessas esferas.<sup>104</sup>

A matéria centralização versus descentralização carece da definição, clara e objetiva, de um ponto de equilíbrio entre as reais necessidades de articulação intergovernamental e o princípio de autonomia estadual e local.

Há quem pense que existe "uma evolução lenta, porém segura, a favor do estabelecimento de mecanismos de caráter legal, financeiro e técnico destinados à elaboração e implementação de planos de saúde devidamente integrados nos planos nacionais de desenvolvimento".<sup>105</sup>

---

<sup>102</sup> LORDELLO DE MELLO, "Administração urbana: uma visão sistêmica". op. cit. 1976. p. 49.

<sup>103</sup> Esfera local corresponde, no Brasil, à esfera municipal. Sobre a matéria, ver: VIEIRA, Paulo Reis. Em busca de uma teoria de descentralização. Rio de Janeiro, FGV, 1971. p. 14-20.

<sup>104</sup> LORDELLO DE MELLO. op. cit. 1976. p. 49.

<sup>105</sup> A esse respeito, ver: BRAGA, Ernani Ferreira de Paiva. "Planejamento de saúde e integração docente-assistencial: algumas considerações". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 11 (3):61, jul./set. 1977.

Entende-se, todavia, que existe ao lado da forte tendência à centralização,<sup>106</sup> por parte do Governo federal, também uma tendência à desconcentração.<sup>107</sup> Com isso o Governo federal visa, dentre outros propósitos, aproveitar a infra-estrutura administrativa dos governos estaduais e locais, transferindo-lhes uma determinada parcela de capacidade de ação ou execução, sem de legar-lhes o poder de decisão.<sup>108</sup>

#### 5.1.5.3. Objetivos geopolíticos e de segurança nacional

O Brasil, um dos maiores países do mundo em superfície contínua, com seus 8.511.965km<sup>2</sup>, ultrapassa em quase 1.000.000km<sup>2</sup> a área dos Estados Unidos da América,<sup>109</sup> correspondendo a 47,3% da área total da América do Sul e 1,7 da Terra.<sup>110</sup> Não possui qualquer parte totalmente anecúmene, impossível de ser habitada pe

---

<sup>106</sup> Centralização consiste na tendência para concentrar a formulação da política estadual e/ou local ao nível do Governo central. VIEIRA. op. cit. 1971. p. 17-9.

<sup>107</sup> Desconcentração consiste na transferência, por parte do poder central, de parcelas da capacidade de ação ou execução, aos governos estaduais e/ou locais, sem o poder de decisão ou formulação de política. VIEIRA, Paulo Reis. "Mecanismos financeiros do sistema de relações intergovernamentais". In: Simpósio sobre Relações Intergovernamentais. Rio de Janeiro, IBAM, 1973 p. 128.

<sup>108</sup> Sobre o tema centralização versus descentralização e concentração no Brasil, ver: VIEIRA. op. cit. 1973, p. 111-40.

<sup>109</sup> Excluindo-se Alasca, Havaí e Porto Rico, por não se encontrarem fisicamente agregados aos Estados Unidos. Ver: ALMANAQUE MUNDIAL. 1977. Rio de Janeiro, Editora Três, 1977. p. 207.

<sup>110</sup> Id. p. 208.

lo homem. Possui 7.408km<sup>111</sup> de litoral, pelo Oceano Atlântico, o que dificulta a sua defesa em caso de possível invasão estrangeira. Outro ponto significativo com relação à segurança nacional é a cobiça internacional pela Amazônia,<sup>112</sup> região que "reúne as características de uma área imensa, dotada de recursos naturais ainda insuficientemente conhecidos mas que tudo indica serem amplos, quantitativa e qualitativamente, e de uma população escassa",<sup>113</sup> com uma densidade demográfica de 1,01 habitantes/km<sup>2</sup>,<sup>114</sup> abrangendo uma área de aproximadamente 60% do território nacional.<sup>115</sup>

Todos esses aspectos geopolíticos e de segurança nacional<sup>116</sup>

---

<sup>111</sup> Ver: ALMANAQUE ABRIL 1977. São Paulo, Editora Abril, 1976. p. 144.

<sup>112</sup> Sobre o assunto, ver: REIS, Arthur Cezar Ferreira. A Amazônia e a cobiça internacional. 4. ed. Rio de Janeiro, Companhia Editora Americana, 1972.

<sup>113</sup> MENDES, Armando Dias. Viabilidade econômica da Amazônia. Belém do Pará, Universidade Federal do Pará, 1971. p. 126. (Coleção Amazônia, série Tavares Bastos).

<sup>114</sup> A densidade demográfica nacional, no mesmo período (1970), era de 11,01 habitantes/km<sup>2</sup>. Cf. ALMANAQUE ABRIL 1977. op. cit. p. 148.

<sup>115</sup> MENDES. op. cit. p. 85.

<sup>116</sup> Sobre geopolítica do Brasil, ver: COUTO E SILVA, Golberi do. Geopolítica do Brasil. Rio de Janeiro, José Olympio, 1967; REIS, Arthur Cezar Ferreira. "Geopolítica do Brasil". Revista Brasileira de Cultura, Rio de Janeiro, 5 (16):109-17, abr./jun. 1973; MEIRA MATTOS, Carlos de. Brasil — geopolítica e destino. Rio de Janeiro, José Olympio, 1975. Sobre geopolítica e geoestratégia, ver: CÉLÉRIER, l'Amiral Pierre. Géopolitique et géostratégie. 3.ed. Paris, France, Presses Universitaires de France, 1969.

mantêm estreita afinidade com os produtos do Ministério da Saúde, que têm como escopo criar uma ambiência favorável, através da melhoria do nível de saúde da população, à ocupação produtiva do território nacional.

#### 5.1.5.4. Situação atual da saúde no Brasil

É um indicador importante como base diagnóstica para formulação de políticas de saúde, por parte do Ministério da Saúde.

#### 5.1.5.5. Estratégias e programas de saúde

A existência de estratégias e programas de saúde a nível de Governo federal é de significativa importância para definição dos produtos do Ministério da Saúde, articulados e compatíveis com essas estratégias e programas. No Brasil, essas medidas estão consubstanciadas no II PND,<sup>117</sup> através de um conjunto de medidas plurissetoriais que visam principalmente à remoção das causas, ou dos condicionantes sociais das doenças que acometem os contingentes de menor renda, em vez de se limitar à expansão dos serviços de assistência aos doentes.<sup>118</sup>

---

<sup>117</sup> Lei nº 6.151, de 4 de dezembro de 1974, que dispõe sobre o II Plano Nacional de Desenvolvimento — II PND, para o período de 1975-1979.

<sup>118</sup> Ver: BASTOS, Murillo Villela. "Sistema Nacional de Saúde em debate". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 11 (3):52-3, jul./set. 1977.

#### 5.1.5.6. Conselho de Desenvolvimento Social<sup>119</sup>

Cabe-lhe apreciar a Política Nacional de Saúde formulada pelo Ministério da Saúde, assim como os programas de diferentes Ministérios, no tocante a assuntos de saúde, com vistas a preservar as diretrizes de coordenação geral compatível, definidas nos Planos Nacionais de Desenvolvimento.

#### 5.1.5.7. Influências internacionais

As influências internacionais do meio-ambiente sobre o Ministério da Saúde decorrem naturalmente não só da interdependência que existe em matéria cultural, tecnológica, econômica e de outras manifestações da vida contemporânea, como também da própria condição do Brasil na qualidade de país ainda periférico e, por conseguinte, exposto aos condicionamentos externos de difícil controle. "Os modelos e experiências estrangeiros são invocados com frequência para a solução de nossos problemas urbanos, pois aí, como em outros aspectos da vida nacional, é mais fácil propor um 'modelo brasileiro' ou até mesmo proclamar a sua existência do que formulá-lo efetivamente e implementá-lo".<sup>120</sup> Outro fator gerador de influências é representado pelas vinculações existentes entre o Ministério da Saúde, a OMS, a OPAS e as agências internacionais que prestam ajuda ao Governo brasileiro,

---

<sup>119</sup> Lei nº 6.229, artigo 2º de 17 de julho de 1975. O Conselho de Desenvolvimento Social figura no subsistema composto pelo Ministério da Saúde, como elemento do meio-ambiente. Já no SNS, ele constitui mecanismo de conversão.

<sup>120</sup> A esse respeito, ver: LORDELLO DE MELLO, Diogo. "Administração urbana: uma visão sistêmica". op. cit. 1976. p. 50.

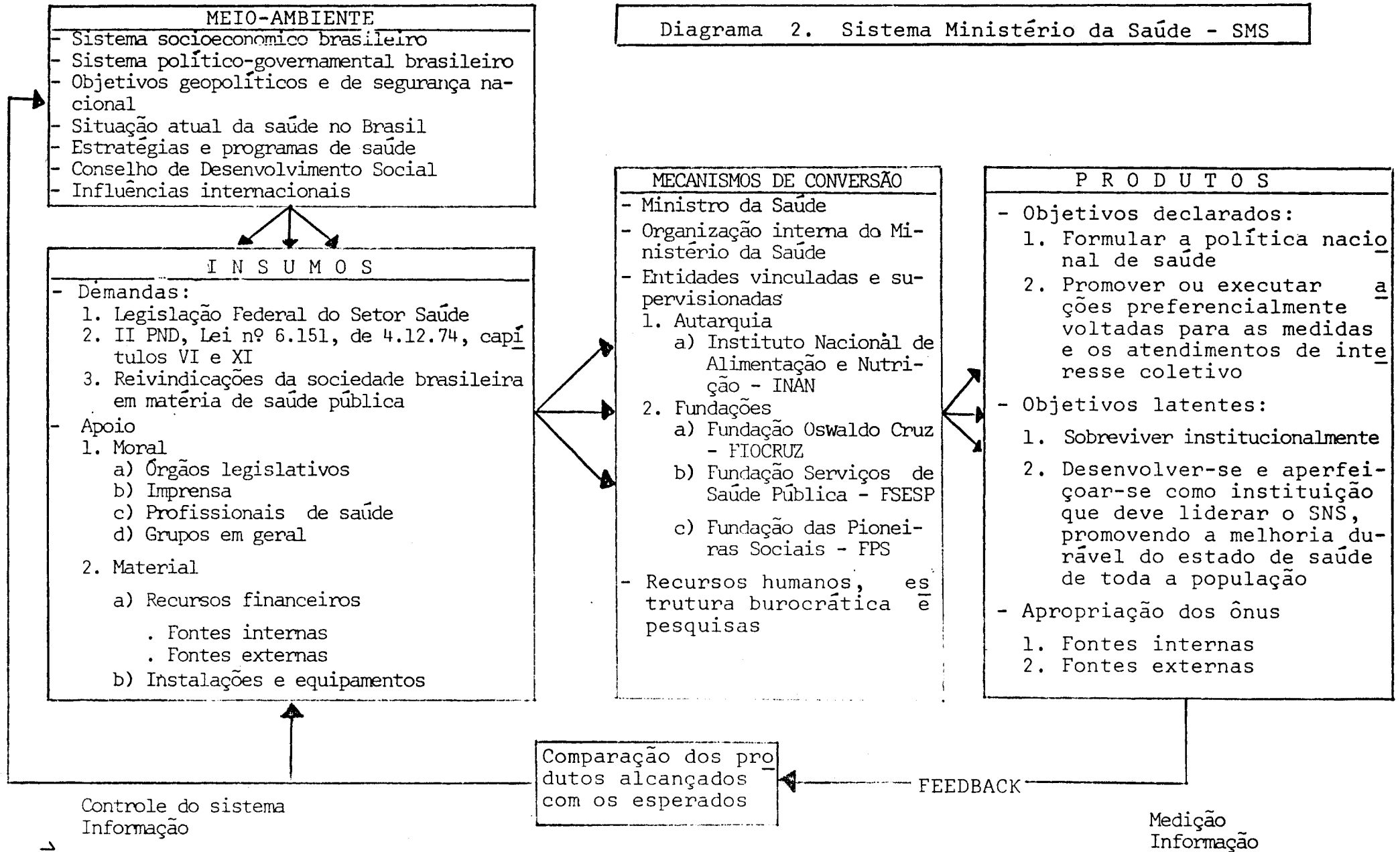


em forma de financiamento e/ou cooperação técnica, como o BM, o BID, a AID, as Fundações, etc.<sup>121</sup>

---

<sup>121</sup> Sobre os atos internacionais pertinentes ao setor saúde, ver: BRASIL, Ministério da Saúde. Atos internacionais pertinentes ao setor saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 1977. 2 v. 718 p.

Diagrama 2. Sistema Ministério da Saúde - SMS



## Capítulo 6. CONCLUSÃO

O Ministério da Saúde é um órgão que existe para formular a política nacional de saúde e promover ou executar ações preferencialmente voltadas para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo.

De forma latente, ele luta contra as pressões do meio-ambiente,<sup>1</sup> cada vez mais intensas, pela sua sobrevivência institucional, como organização com suposto potencial capaz de se transformar em agente de mudança social,<sup>2</sup> principalmente pela capacidade de vir a influenciar seu meio-ambiente, como instituição que deve liderar o SNS.

Relacionado com esse potencial está o processo pelo qual uma organização, mediante a adoção e o desempenho de papéis socialmente relevantes com vistas à promoção do desenvolvimento econômico e social, transforma-se em instituição.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Define-se por meio-ambiente a variada e complexa gama de influências exercidas sobre o Ministério da Saúde. Para maiores detalhes ver Capítulo 5, item 5.1.5. Meio-ambiente, deste trabalho.

<sup>2</sup> Sobre a matéria ver: MOTTA, Paulo Roberto. Mudança organizacional. Rio de Janeiro, FGV, 1976. Texto de distribuição interna para o III Curso de Aperfeiçoamento em Administração. Convênio MME (PLANFAP/CAEEB); \_\_\_\_\_. "Administração para o desenvolvimento: a disciplina em busca da relevância". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 6 (3) : 39-53, 1972. \_\_\_\_\_. "Dimensões gerenciais do planejamento organizacional estratégico". Revista de Administração Pública, 10 (2) : 85-107, abr. 7 jun. 1976; \_\_\_\_\_. "Doutrinas de inovação em administração pública: a questão dos valores". In: Inovação da administração pública, Rio de Janeiro, FGV, 1974. p. V-XXI (Coletânea); BAVU, Immanuel Kilima. "A burocracia em mudança: uma visão diagnóstica". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 8 (3) : 5-24, 1974; CARAVANTES, Geraldo Ronchetti. "Administração sistêmica por objetivos e resultados (ASPOR) - instrumento de desenvolvimento organizacional". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 11 (2) : 61-109, abr./jun. 1977.

<sup>3</sup> Sobre o assunto, ver: SELZNICK, Philip. A liderança na administração: uma interpretação sociológica. Rio de Janeiro, FGV, 1972. p.5.

Esse enfoque encontra-se associado a uma nova corrente defendida por cientistas sociais, segundo a qual "o desafio fundamental da administração pública, especialmente nos países em desenvolvimento, é o de superar a sua condição de variável apenas dependente (sem poder causal) do desenvolvimento político, econômico e social, ou seja, a condição de objeto, de consequência desse desenvolvimento, para transformar-se ou também atuar, tanto quanto possível, como variável independente (causativa) do processo econômico, político e social, vale dizer, como precipitadora e condutora desse processo".<sup>4</sup> Rejeitando, dessa forma, os pressupostos da neutralidade burocrática.<sup>5</sup>

Com vistas a proporcionar maior autonomia e ampliação aos trabalhos pertinentes aos problemas de saúde — enfatizados com o plano SALTE<sup>6</sup> — e de educação, o então Ministério da Educação e Saúde, que agregava dois grandes Departamentos Nacionais, o da Saúde e o da Educação, foi desmembrado, em 1953, criando-se, em seu lugar, o atual Ministério da Educação e Cultura e o Ministério da Saúde.

Ao Ministério da Saúde foram atribuídas as funções de competência da União no setor saúde, previstas na Constituição de 1946. Essas funções dizem respeito à formulação de planos nacionais

---

<sup>4</sup> A respeito ver: NASCIMENTO, Kleber Tatinge do. "Implicações do moderno conceito de administração para a formulação de uma estratégia de reforma administrativa". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 6 (1) : 28, 1972.

<sup>5</sup> Sobre neutralidade burocrática ver: WEBER, Max. "Os fundamentos da organização burocrática: uma construção do tipo ideal". Sociologia da burocracia. Rio de Janeiro, Zahar, 1976. p. 15-28; FREUND, Julien. A sociologia de Max Weber. Rio de Janeiro, Forense, 1966. p. 63-8.

<sup>6</sup> O plano SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia) foi adotado em 1950, no governo do Presidente Eurico Gaspar Dutra. A esse respeito ver: IANNI, Octávio. Estado e planejamento econômico no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1977: p. 84-105; SOUZA, Nelson Mello e. "O planejamento econômico no Brasil: considerações críticas". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, (4) : 69-74, jul./dez. 1968.

de saúde, regulamentação das atividades médicas e paramédicas, exercício da ação preventiva em geral, o controle de medicamentos e alimentos, a vigilância sanitária de fronteiras e portos e a realização de pesquisas médico-sanitárias em todo o território nacional.

A maior parte das funções de saúde individual de competência da União foi atribuída ao então Ministério do Trabalho e Previdência Social.<sup>7</sup> Essas funções compreendem a assistência médica e hospitalar não especificada a qualquer doença. Como se observa, ficaram a cargo do Ministério da Saúde quase que somente as funções de saúde coletiva, combate às endemias, profilaxia de moléstias infecto-contagiosas, etc. O ensino de medicina e das ciências afins manteve-se vinculado ao Ministério da Educação e Cultura, com exceção das atividades educacionais que já vinham sendo desenvolvidas pela Escola Nacional de Saúde Pública, fundada em 1959, pelo Instituto Oswaldo Cruz, assim como por outros órgãos vinculados ao Ministério da Saúde.

Além desses, outros órgãos com participação em atividades de saúde continuaram a desenvolvê-las até hoje.

Atualmente, mantêm programas próprios ou realizam gastos com saúde e/ou saneamento, a nível de Governo Federal:<sup>8</sup>

- a Presidência da República;
- o Ministério da Saúde;
- o Ministério da Previdência e Assistência Social;
- o Ministério da Educação e Cultura;
- o Ministério do Interior;
- o Ministério do Trabalho;
- o Ministério da Aeronáutica;
- o Ministério do Exército;

---

<sup>7</sup> Criado em 19 de maio de 1974.

<sup>8</sup> A esse respeito consultar: Inspetoria-Geral de Finanças do Ministério da Fazenda, Divisão de Contabilidade; Orçamento Geral da União para 1977; PAPPE, Ministério da Saúde.

- o Ministério da Marinha;
- o Ministério da Agricultura;
- o Ministério da Fazenda;
- o Ministério dos Transportes;
- o Ministério das Minas e Energia.

Associado a essa multiplicidade de órgãos ligados ao mesmo problema está o componente ideológico que valoriza a medicina assistencial em detrimento da saúde pública. Esse fenômeno explica a expressiva e progressiva predominância do Ministério da Previdência e Assistência Social como órgão-chave na expansão dos programas assistenciais oficiais.

Como se observa, a intervenção do Governo no SNS desenvolveu-se concomitantemente com a expansão do subsistema de previdência e assistência social, a partir do momento em que os órgãos previdenciários passaram a assumir o encargo de prestar assistência médica a seus segurados.

Os gastos com saúde no Brasil são de duas categorias: os gastos discriminados e os indiscriminados. Os primeiros estão adstri-tos a determinado grupo da população, enquanto os gastos indiscriminados contemplam a população como um todo, sem distinção, na prestação de serviços. Os gastos com programas de previdência e assistência social são discriminados, de vez que o beneficiário — através de assistência médica, aposentadoria ou pensão — a ele fez jus por pertencer a uma determinada classe profissional, enquanto que os gastos do Governo em vacinação da população, para prevenir ou evitar a difusão de qualquer endemia ou epidemia, representam gastos indiscriminados, em benefício da saúde coletiva, tendo em vista que as pessoas vacinadas o foram sem que, para tanto, tivessem de comprovar alguma vinculação trabalhista.

Na realização dos gastos discriminados intervêm o Ministério da Previdência e Assistência Social, prestando serviços mediante vinculação profissional do beneficiário; abrange apenas um determinado grupo da população. Na realização quanto aos gastos

indiscriminados, entra em ação o Ministério da Saúde, contemplando a população como um todo. Visa, indistintamente, a saúde coletiva, muito contribuindo para o bem-estar social.

A existência<sup>9</sup> do Ministério da Saúde, para fins de análise, pode ser dividida em três estágios distintos, como segue:

Primeiro estágio - compreende o período que vai de 1953 — data de sua criação — até 1964, início do Governo Revolucionário. Durante todo esse período, enquanto procurava aparelhar-se com os instrumentos indispensáveis à consecução dos seus objetivos, o Ministério da Saúde conservou a estrutura organizacional do antigo Departamento Nacional de Saúde, subordinado ao Ministério da Educação e Saúde. Em consequência, a organização interna passou a descrever um processo de ossificação estrutural, pela ausência de inovação com relação às necessidades atuais e futuras. Seu quadro de objetivos, declarados e latentes, não sofreu alteração. Os problemas sanitários nacionais continuaram os mesmos:

- elevadas taxas de mortalidade e morbidade, provocadas principalmente por doenças transmissíveis;
- distribuição inadequada dos recursos médico-sanitários no território nacional;
- baixo rendimento na produção de serviços por parte das instituições de proteção e recuperação da saúde; etc.

Apesar da existência de inúmeras entidades públicas prestando, simultânea e concomitantemente, serviços de saúde, sem definição de níveis de competência ou de responsabilidade, o Ministério da Saúde conseguiu sobreviver no contexto sócio-político-econômico da época. Contudo, não gerou impacto significativo no

---

<sup>9</sup> Define-se como início da existência de uma organização o momento em que determinado grupo de pessoas se constitui intencionalmente, com vistas à consecução de objetivos específicos e em torno dos quais orienta seu curso de ação. A esse respeito, ver: PARSONS, Talcott. Structure and process in modern societies. Glencoe, The Free Press, 1960. p. 17.

processo de influência do meio-ambiente, como instituição capaz de expandir sua esfera de influência sobre os valores, atitudes e comportamentos da sociedade brasileira.

Segundo estágio - abrange o período de 1964 — início do Governo Revolucionário — a 1974, com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social. A partir do início desse estágio começaram a surgir os "planos de intenções" no setor saúde pública. O primeiro deles foi elaborado para o exercício 1967/1971, sob a denominação de "Programa de Ação",<sup>10</sup> coordenado pelo então Ministro da Saúde, Raymundo de Moura Britto, no Governo Castello Branco. Esse plano trazia em seu bojo a pretensão de alterar a estrutura organizacional do Ministério da Saúde, adaptando-a às novas condições institucionais do País, com vistas ao equacionamento dos problemas fundamentais de saúde pública no Brasil.

Com base no diagnóstico das condições sanitárias do País,<sup>11</sup> esse plano trazia como principais diretrizes de ação:<sup>12</sup>

- a intensificação do combate às doenças transmissíveis;
- o aumento de produtividade do sistema de proteção e recuperação da saúde;
- a expansão da rede de unidades locais de saúde.

Entretanto, durante todo esse período, nem a estrutura organizacional do Ministério da Saúde foi aparelhada — mediante estudo de reorganização, modernização e inovação administrativa — para fazer face aos novos desafios, nem as condições sanitárias do País sofreram as mudanças esperadas permanecendo, portanto, sem alteração o quadro institucional deste Ministério.

---

<sup>10</sup> A esse respeito ver: BRASIL, Ministério da Saúde. Programa de ação 1967/71. Brasília, Ministério da Saúde, 197 p.

<sup>11</sup> A esse respeito ver: BRASIL, Ministério da Saúde. Programa de ação 1967/71, op. cit. p. 17-8.

<sup>12</sup> Idem, ibidem.



Terceiro estágio - vai de 1974 — com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social — aos dias atuais. Nesse estágio o Ministério da Saúde está sendo submetido ao teste da sobrevivência institucional. Talvez a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social tenha sido uma decisão política alternativa do Governo, com o objetivo de resolver ou minimizar os reflexos do grave problema de ineficiência e ineficácia daquele Ministério, na formulação e implementação da Política Nacional de Saúde. Se a intenção foi essa, os resultados obtidos não foram os esperados, pois a concorrência que se instituiu com relação à manipulação dos recursos conduziu a um clima de conflito político e institucional entre os dois Ministérios. Com a criação da Lei que dispõe sobre a organização do SNS, em 1975,<sup>13</sup> atribuindo ao Ministério da Saúde a competência de formular a Política Nacional de Saúde, o conflito não se atenuou. Pelo contrário, aumentou a disputa — entre ambos — pelo poder de liderança política do sistema, dando margem a um processo de desarticulação e descoordenação do sistema.

Durante esses três estágios de existência do Ministério da Saúde, observa-se o seguinte comportamento:

- o processo decisório do SNS sempre esteve e continua a cargo de inúmeras entidades públicas e privadas, sem definição de níveis de competência ou de responsabilidade, proporcionando uma desarticulação e descoordenação do sistema, e conseqüente tendência à "entropia";<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> A esse respeito ver: Lei nº 6.299, de 17 de julho de 1975, que dispõe sobre a organização do SNS.

<sup>14</sup> Define-se "entropia" como o processo pelo qual os sistemas tendem ao desgaste, ao afrouxamento dos padrões e a um aumento de aleatoriedade. Através da "entropia" os sistemas buscam a sua distribuição mais provável, que é o acaso ou a desordem máxima. Sobre a matéria consultar: SIEGEL, G.B. "A unidade do método sistêmico". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 5 (1) : 7-48, jan./jun. 1971; YOUNG, Oran R. Introdução à análise de sistemas políticos. Rio de Janeiro, Zahar, 1970. p. 143.

- as despesas são realizadas de maneira dispersa, sem programação por objetivos, sem controle e sem avaliação dos resultados;
- tendência a maior envolvimento dos outros órgãos da administração direta e indireta no setor público federal, dando margem a uma maior repartição dos recursos com a função saúde;
- redução dos recursos, em valores reais, destinados ao Ministério da Saúde para despesas com programas de saúde e saneamento;
- predominância crescente do Ministério da Previdência e Assistência Social, em relação ao Ministério da Saúde, no SNS;
- redução da importância do Ministério da Saúde em relação aos demais órgãos da administração direta do setor público federal, no que se refere aos programas de saúde e saneamento;
- as despesas com a função saúde em relação ao PIB permanecem estacionárias, por volta de 2,1 a 2,4%,<sup>15</sup> no que pese a prioridade atribuída à função saúde nos planos nacionais de desenvolvimento;
- redução da participação relativa das despesas realizadas pela União com programas de saúde e saneamento, comparada a outros programas do Governo.

O Ministério da Saúde foi criado para produzir determinados produtos sociais, dentro de padrões de qualidade e quantidade desejáveis. Se esse objetivo não vem sendo alcançado em sua plenitude, convém que se faça uma análise crítica do desempenho de todos os seus subsistemas, das influências do meio-ambiente e das estratégias e alternativas políticas do Governo, a fim de detectar as possíveis causas.

Poder-se-ia chegar à conclusão de que esses produtos são inviáveis ante uma realidade complexa ou, até mesmo, se tornaram desnecessários, tendo em vista uma nova orientação política.

---

<sup>15</sup> A esse respeito ver: PAPPE, Ministério da Saúde.

A realidade é que o Ministério da Saúde vem encontrando sérios obstáculos para sobreviver como instituição capaz não só de desencadear um processo de criação, difusão, perpetuação de elementos e mecanismos inovadores, que induza a uma mudança de valores e atitudes sociais, como também de introduzir, adaptar e consolidar tecnologias físicas e sociais modernas, que levem ao seu desenvolvimento institucional.

De acordo com o componente doutrinário que teria orientado a criação do Ministério da Saúde, este deveria constituir-se em um instrumento-chave do Governo para formular e implementar as políticas e os planos de desenvolvimento no setor saúde no Brasil.

Entretanto, na criação de uma infra-estrutura institucional como essa, enfrenta-se problema de toda ordem. Para se evitar um insucesso imediato, ou a curto prazo, deve-se procurar responder às seguintes indagações:

- para que será criada a instituição?
- quais são os seus produtos (objetivos)?
- que tipo de instituição deve ser criada?
- quais são os pressupostos básicos do meio-ambiente onde ela vai atuar?
- como deve ser organizada e reorganizada internamente?
- como deve ser administrada?
- que tipo de conhecimento devem ter seus administradores?
- como desenvolver uma cultura organizacional na instituição, especialmente no que diz respeito ao preparo de novos administradores?
- como manter a continuidade administrativa?
- como desencadear um processo contínuo de inovação e modernização organizacional, a fim de evitar a entropia do sistema institucional?

- como alcançar e manter alto nível de eficiência, eficácia e efetividade — ponto de homeostasia<sup>16</sup> — da instituição?
- quais as fontes de recursos para financiar os seus programas?
- os recursos são suficientes?
- os recursos são estáveis e oportunos, ou dependem de articulação política junto aos órgãos financiadores?

Observa-se que os produtos (objetivos) que têm sido alcançados pelo Ministério da Saúde não vêm correspondendo, em sua plenitude, aos postulados dos componentes doutrinários que teriam orientado sua criação. Existe uma cadeia de fatores que está dificultando a conversão da doutrina em ação.

Deduz-se desses componentes doutrinários, não apenas um elemento normativo<sup>17</sup> mas, também, o poder de implementar, acompanhar, avaliar — através de mecanismos de feedback — as estratégias, os resultados, e corrigir os possíveis desvios apresentados pela política nacional de saúde. Isso deveria ser levado a efeito à luz do método sistêmico, contemplando as diretrizes da política nacional, de forma global,<sup>18</sup> assim como os componentes doutrinários de cada um de seus subsistemas como, por exemplo, a política econômica, educacional, tecnológica, agrícola, industrial,

---

<sup>16</sup> Define-se "homeostasia" ou "homeostase" como o equilíbrio entre as partes de um sistema, ou seja, a capacidade de um sistema de conservar seus equilíbrios internos fundamentais, mesmo enquanto sofre vários processos de mudança. Sobre a matéria, consultar: SIEGEL, G.B. op. cit. 1971. p.9-10 e YOUNG, Oran R. op. cit. 1970. p. 143.

<sup>17</sup> Define-se por elemento normativo a competência para formular a política nacional de saúde, como um processo normativo, sem competência de ação.

<sup>18</sup> Segundo depoimento do Dr. Antonio Jorge de Almeida, médico sanitário, do PAPPE - Ministério da Saúde, em entrevista realizada no dia 22.8.1977, o planejamento de saúde no Brasil é feito de forma setorial, sem articulação com os demais programas de Governo, além de ser imposto de cima para baixo.

energética, internacional, de comunicações, social, etc., a fim de evitar superposições de ação, características das sociedades prismáticas.<sup>19</sup> Para consecução desse objetivo utilizaríamos os elos "funcionais".<sup>20</sup> O sucesso dessa tarefa estaria diretamente relacionado com o poder e a capacidade de coordenar e liderar os demais órgãos integrantes do SNS. Para esse fim seriam utilizados os elos "normativos e capacitadores".<sup>20</sup>

Conclui-se o presente trabalho apontando-se os principais aspectos que, na opinião do autor, estão dificultando ou retardando o processo de institucionalização do Ministério da Saúde, como órgão governamental capaz de "proagir" às inovações e modernizações organizacionais, e desencadear um processo de influência e de mudança de valores e atitudes sociais, emprestando relevante contribuição ao desenvolvimento nacional. São eles:

- a instabilidade política nacional. O Brasil é um país politicamente instável. Justifica essa assertiva o elevado número de Constituições, de presidentes da República — e, consequen

---

<sup>19</sup> Define-se por sociedades prismáticas aquelas situadas na área central do continuum entre as sociedades concentradas e as difratadas, do modelo de Fred W. Riggs. Sociedades concentradas são aquelas onde todas as estruturas apresentam-se altamente difusas. Sociedades difratadas são aquelas onde todas as estruturas são muito específicas. Sobre a matéria consultar: CHAPMAN, Richard A. "Teoria prismática na administração pública: uma revisão das teorias de Fred W. Riggs" (tradução de Cecílio Augusto Farias Berndsen). Public Administration, Journal of the Royal Institute of Public Administration, 24 Park Crescent, London, 44 : 415-33, Winter 1966.

<sup>20</sup> Referem-se ao modelo teórico de institucionalização organizacional, descrito no Capítulo 4.

temente, de ministros da Saúde — que já teve desde a Proclamação da República;<sup>21</sup>

- a descontinuidade administrativa, reflexo da instabilidade política nacional. Cada Governo, ao assumir, elabora novo plano de trabalho, esquecendo o que foi feito ou planejado. Com isso, os esforços de planejamento perdem-se antes mesmo de atingir o objetivo. As oportunidades históricas e os recursos perdidos, assim como o sentido carismático dado aos planos funcionam como grandes obstáculos ao desenvolvimento nacional e, conseqüentemente, do Ministério da Saúde.<sup>22</sup>
- os entraves da administração pública federal, grande obstáculo ao desenvolvimento nacional e, conseqüentemente, ao Ministério da Saúde. Esta administração é altamente poupadora de tecnologia e absorvedora de mão-de-obra desqualificada, gerando um grave problema de ineficiência e ineficácia do setor público. Apesar do esforço governamental no sentido de introdu-

---

<sup>21</sup> Após a adoção do regime republicano, em 1889, até o presente, o Brasil teve cinco Constituições (a de 1891, com as reformas constitucionais de 1925 e 1926; a de 1934; a de 1937; a de 1946; e a de 1967, com a Emenda Constitucional nº 1 de 1969); trinta presidentes da República e, a partir de 1953 — ano em que foi criado — o Ministério da Saúde teve vinte Ministros de Estado. Sobre a matéria consultar: ALMEIDA, Antonio da Rocha. Dicionário de história do Brasil. 1. ed. 2. impr. Porto Alegre, Globo, 1970. p. 124-9 e 383-6 e SEABRA FAGUNDES, M. "A expansão dos poderes federais". Revista Brasileira de Estudos Políticos, Belo Horizonte, (28) : 61-75, jan. 1970.

<sup>22</sup> Discussão sobre a descontinuidade administrativa no Brasil ver: ALBINO DE SOUZA, Washington Peluso. "O planejamento regional no defederalismo brasileiro". Revista Brasileira de Estudos Políticos, Belo Horizonte, (28) : 113-224, jan. 1970; SOUZA, Nelson Mello e. "O planejamento econômico no Brasil: considerações críticas". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, (4) : 69-112, jul./dez. 1968; CARDOSO, Fernando Henrique. Autoritarismo e democratização. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1975. 240 p.; FAORO, Raymundo. Os donos do poder. Porto Alegre, Globo, 2 v. 750 p. e CARDOSO, Fernando Henrique. O modelo político brasileiro. 2. ed., São Paulo, Difusão Européia do Livro, 1973. 211 p.

zir modernizações organizacionais nesse setor,<sup>23</sup> ainda não se conseguiu livrá-lo das "peias" burocráticas, do excesso de formalismo e da lentidão administrativa, comandada por uma burocracia tecnicamente despreparada;

- os baixos salários pagos pela administração pública federal , que se preocupa mais com os controles de custos do que com a obtenção de resultados sociais desejáveis. Essa variável limita o ingresso, nos seus quadros, de recursos humanos qualificados que, em geral, preferem as empresas de economia mista ou particular, por oferecerem melhor estrutura de ganhos e maiores perspectivas de realização profissional;
- o problema do recrutamento "horizontal"<sup>24</sup> para os altos postos de comando do País. Esse método difere do recrutamento "vertical"<sup>25</sup> e é o adotado preferencialmente pelos países da América Latina, inclusive o Brasil.<sup>26</sup> Embora haja quem pondere o alcance dos seus danos, ele pode desencadear, especialmente quando as pessoas selecionadas são leigas ou com pouca experiência nas áreas sob sua jurisdição, um processo de descontinuidade decisória e administrativa, o que não aconteceria se existissem quadros próprios de alta direção;

---

<sup>23</sup> Esse esforço de modernização organizacional foi consubstanciada pelo Decreto-lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, que dispõe sobre a organização da administração pública federal, estabelecendo diretrizes para a reforma administrativa, com as alterações posteriores.

<sup>24</sup> Define-se por recrutamento "horizontal" aquele realizado entre funcionários civis e militares, além de outros profissionais, com pouca ou nenhuma experiência no campo de atividade para o qual foi designado. Sobre o assunto consultar: CARVALHO, Getúlio. "A empresa pública: uma análise administrativa". Revista de Administração Municipal, (116) : 5-27, 1973; NACIONES UNIDAS. Medidas para mejorar el rendimiento de la empresa pública en los países en desarrollo. Documento ST/TAO/M/58, Nueva York, 1974. p. 42-9.

<sup>25</sup> Define-se por recrutamento "vertical" aquele realizado entre funcionários dos próprios quadros da organização, que ali ocupam posições hierárquicas menos importantes. Sobre o assunto consultar: CARVALHO, Getúlio. op. cit. 1973 e NACIONES UNIDAS op. cit.

<sup>26</sup> Ver: NACIONES UNIDAS. op. cit. p. 20-49

- a existência de uma multiplicidade de órgãos prestando serviços de saúde, sem definição de níveis de competência ou de responsabilidade. Isso ocasiona superposição de atividades, fracionamento e desperdício de recursos, redução da qualidade e quantidade dos serviços, e desarticulação e descoordenação do sistema;
- os limites de ação do Ministério da Saúde, cujas atividades se espraiam por todo o território nacional, abrangendo a população brasileira como um todo, indistintamente. Considerando o Brasil um país de dimensões continentais, com 8.511.965 km<sup>2</sup> e uma população superior a 100 milhões de habitantes, com marcantes disparidades regionais, torna-se difícil uma ação coordenadora, principalmente para quem dispõe de poucos recursos humanos e financeiros;
- a inexistência de adequado planejamento sistemático das atividades científicas e tecnológicas na área da saúde, com acentuada falta de coordenação em relação aos planos nacionais de desenvolvimento. O processo de planejamento não envolve a todos que dele deveriam fazer parte, e seus órgãos especializados, quando existem, encontram-se hierarquicamente mal localizados. Em muitos casos o planejamento nem sequer foi institucionalizado;
- a ausência de diretrizes políticas que definam os objetivos e as prioridades na área da saúde, à luz do quadro nosológico do País, dos objetivos geopolíticos e de segurança nacional, dos objetivos e estratégias nacionais de desenvolvimento econômico e social, e das limitações dos recursos disponíveis.



## BIBLIOGRAFIA

### Obras Gerais

ABEL-SMITH, Brian. "Health priorities in developing countries: the economist's contribution". International Journal of Health Services, 2 (5) 1972.

ABRANCHES, Sérgio Henrique. "Estratégia técnico-metodológica de investigação comportamental: notas para uma estratégia de estudo do comportamento da administração pública brasileira". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 11 (4) : 11-23, out./dez. 1977.

ACKOFF, Russel L. (1960). "Systems, organizations, and interdisciplinary research". In: EMERY, F.E., ed. Systems thinking. Middlesex, England, Penguin Books, 1970.

\_\_\_\_\_. Planejamento empresarial. Rio de Janeiro, Livros Técnicos e Científicos, 1975.

\_\_\_\_\_. Planejamento de pesquisa social. São Paulo, Herder, 1972.

\_\_\_\_\_ & EMERY, Fred E. On purposeful systems. Chicago, New York, Atherton, 1972.

"LA ADMINISTRACIÓN pública en el segundo decenio de las Naciones Unidas para el desarrollo". Informe de la segunda reunión de expertos. Documento ST/TAO/M/57, 1971.

AGARWALA, A. Narain. A economia do subdesenvolvimento. Coletânea de artigos e estudos selecionados por A.N. Agarwala (ed.) Rio de Janeiro, Forense, 1969.

AHLERS, David M. "Management information systems, from spyglass to pocket calculators". Financial Executive, New York, Financial Executives Institute, 44 (7) : 44-52, July 1976.

ALBINO DE SOUZA, Washington Peluso. "O planejamento regional no federalismo brasileiro". Revista Brasileira de Estudos Políticos, Belo Horizonte, (28) : 113-224, jan. 1970.

ALBUQUERQUE, Marcos Cintra Cavalcanti de. "O processo de planejamento: uma classificação e sua aplicação nos países subdesenvolvidos". Revista de Administração de Empresas, Rio de Janeiro; FGV, 17(4) : 7-16, jul./ago. 1977.

ALFANO, Luiz Renato & CURIONI, Eduardo Luiz. "Sistemas de informações gerenciais". Revista de Administração de Empresas, Rio de Janeiro, FGV, 13(2) : 81-90, abr./jun. 1973.

ALMANAQUE ABRIL. 1977. São Paulo, Abril, 1976.

ALMANAQUE MUNDIAL. 1977. Rio de Janeiro, Três, 1977.

ALMEIDA, Antônio da Rocha. Dicionário de história do Brasil. 1.ed. Porto Alegre, Globo, 1970.

ALMEIDA, José. Industrialização e emprego no Brasil. Rio de Janeiro, IPEA/INPES, 1974. (Coleção Relatórios de Pesquisa n. 24).

\_\_\_\_\_. "Transferência de tecnologia e absorção de mão-de-obra". Pesquisa e Planejamento Econômico, Rio de Janeiro, IPEA, 3 (1) : 183-260, mar. 1973.

ALMEIDA, Wanderley. O FGTS como política de bem-estar social. Rio de Janeiro, IPEA/INPES, 1976.

\_\_\_\_\_. Serviços e desenvolvimento econômico no Brasil: aspectos setoriais e suas implicações. Rio de Janeiro, IPEA/INPES, 1974. (Coleção Relatórios de Pesquisa, n.23).

ALMEIDA RODRIGUES, Bichat de. Fundamentos de administração sanitária. Rio de Janeiro, USAID, 1967.

- ALMOND, Gabriel A. "Comparative political systems". Journal of Politics, 18 (3) Aug. 1956.
- \_\_\_\_\_ & COLEMAN, James S. A política das áreas em desenvolvimento. Rio de Janeiro, Freitas Bastos, 1969. 538 p.
- ANDRADE, Gastão Cesar de & ARAÚJO, Raymundo Marrocos de. "Administração por projetos: o modelo da Fundação SESP". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 11(3) : 169-71, jul./set. 1977.
- ANDRADE, Manuel Correia de. Espaço, polarização e desenvolvimento. 4.ed. São Paulo, Grijalbo, 1977.
- ANDRADE, Thompson Almeida. "Desigualdades regionais no Brasil: uma seleção de estudos empíricos". Pesquisa e Planejamento Econômico, Rio de Janeiro, IPEA, 7 (1) abr. 1977.
- ANOHIN, P.K. et al. Teoria dos sistemas. Rio de Janeiro, FGV, 1976 (Série Ciências Sociais).
- ARAÚJO, J.D.de. "O custo da doença: revisão da literatura". Revista de Saúde Pública, (9) 1975.
- \_\_\_\_\_. "Importância dos recursos humanos para o desenvolvimento: a contribuição de saúde". Revista Brasileira de Pesquisas/Medicina e Biologia, 10, 1977.
- \_\_\_\_\_. "As peculiaridades do mercado de serviços de saúde". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 11 (3) : 97-109, jul./set. 1977.
- ARGYRIS, Chris. Personalidade e organização. Rio de Janeiro, Renes, 1969.
- ASTI VERA, Armando. Metodologia da pesquisa científica. 1. ed. 3. impr. Porto Alegre, Globo, 1976.

AVANT, Gayle. "Um processo empírico de avaliação de planos: o caso uruguaio". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 5 (2) 2. sem. 1971.

AVELLAR, Hélio de Alcântara. História administrativa e econômica do Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro, FENAME, 1976.

BAER, Werner. "A recente experiência brasileira de desenvolvimento: uma interpretação". Pesquisa e Planejamento Econômico, Rio de Janeiro, IPEA, 3 (2) : 265-302, jun. 1973.

\_\_\_\_\_. O grupo do Banco Mundial e o desenvolvimento sócio-econômico do terceiro mundo. Pesquisa e Planejamento Econômico. Rio de Janeiro, IPEA, 4 (3) : 533-62, dez. 1974.

\_\_\_\_\_, KERSTNETZKY, Isaac & VILLELA, Annibal V. "As modificações no papel do estado na economia brasileira". Pesquisa e Planejamento Econômico, Rio de Janeiro, IPEA, 3 (4) : 883-992, dez. 1973.

BAINBRIDGE, J. & SAPIRIE, S. Health project management. Geneva, WHO, 1974.

BARROS, Pedro Motta de. "Política tecnológica e planejamento governamental". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 7 (2) : 5-16, abr./jun. 1973.

BARTHÈS, Roland. "A atividade estruturalista". In: O método estruturalista. Rio de Janeiro, Zahar, 1967. p. 57-63.

BASTOS, Murillo Villela. "O Sistema Nacional de Saúde em debate". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 11 (3) : 31-56, jul./set. 1977.

BAVU, Immanuel Kilima. "A burocracia em mudança: uma visão diagnóstica". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 8 (3) : 5-24, jul./set. 1974.

BAYER, Gustavo. "Autonomia nacional e política científica e tecnológica". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro , FGV, 7 (2) : 17-35, abr./jun. 1973.

BELLO, Eduardo S. "Método para evaluar el desarrollo institucional en estaciones experimentales agropecuarias". Uruguay, Montevideo, Instituto Interamericano de Ciências Agrícolas - OEA, Zona Sur, 1975.

BELTRÃO, Hélio. Reforma administrativa; filosofia básica, princípios, reforma administrativa e desenvolvimento. Rio de Janeiro, Ministério do Planejamento e Coordenação Geral, 1968.

BENNIS, Warren G. Desenvolvimento organizacional: sua natureza , origens e perspectivas. São Paulo, Edgard Blücher, 1972.

\_\_\_\_\_ et al. "The utility of systems models and developmental models for practitioners". In: SCHODERBEK, Peter P. Management systems. 2. ed. New York, London, Sydney, Toronto, John Wiley, 1971 (Wiley Series in Management and Administration).

BERTALANFFY, Ludwig von. Teoria geral dos sistemas. 2. ed. Petrópolis, Vozes, 1975.

\_\_\_\_\_. "General systems theory". Yearbook of the society for general systems research. 1956.

BERTERO, Carlos Osmar. "Mudança organizacional e processo decisório". Revista de Administração de Empresas, Rio de Janeiro, FGV, 16 (2) : 29-40, mar./abr. 1976.

BLACK, Guy. "Systems analysis in government operations". In: SCHODERBEK, Peter P. Management systems. 2. ed. New York , London, Sydney, Toronto, John Wiley, 1971 (Wiley Series in Management and Administration).

BLALOCK JR., H.M. Introdução à pesquisa social. Rio de Janeiro , Zahar, 1973.

BLAU, Peter M. Exchange and power in social life. New York, John Wiley & Sons, 1964.

BOOMS, Bernard H. "Modelos econômicos na análise de política pública". Revista de Administração Pública, FGV, 10 (2) : 109-33, abr./jun. 1976.

BOULDING, Kenneth E. "General systems theory - the skeleton of science". In: SCHODERBEK, Peter P. Management systems. 2. ed. New York, London, Sydney, Toronto, John Wiley, 1971 (Wiley Series in Management and Administration).

BRAGA, Ernani Ferreira de Paiva. "Planejamento de saúde e integração docente-assistencial: algumas considerações". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, jul./set. 1977.

BRASIL, Conselho do Desenvolvimento. Programa de metas. Rio de Janeiro, 1958.

BRASIL, IPEA/INPES. Saúde e previdência social: uma análise econômica. 1974.

BRASIL, Ministério do Planejamento e Coordenação Econômica. Plano Decenal de Desenvolvimento Econômico e Social. Brasília, Departamento de Imprensa Nacional, 1967.

BRASIL, Ministério do Planejamento e Coordenação-Geral. Programa estratégico de desenvolvimento, 1968/1970.

---

. Programa de desenvolvimento 1968/1970. "Área Estratégica II, Infra-Estrutura Social". Rio de Janeiro, 1969. v. 1 e 2: Educação e Recursos Humanos.

BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social. Sistema Nacional de Saúde. Contribuição para a discussão do tema oficial "Sistema Nacional de Saúde" da V Conferência Nacional de Saúde. Brasília, MPAS, ago. 1975.

BRASIL, Ministério da Saúde. Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde. 1973.

\_\_\_\_\_. Atos internacionais pertinentes ao setor saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 1977. 2 v. 718 p.

\_\_\_\_\_. Legislação federal do setor saúde. 2. ed. Brasília, Ministério da Saúde, 1977. 3 v. 1.102 p.

\_\_\_\_\_. Programa de ação 1967-1971. Brasília, Ministério da Saúde, 197 p.

\_\_\_\_\_. Relatório final. V Conferência Nacional de Saúde. 1976.

\_\_\_\_\_. Relatório final. V Conferência Nacional de Saúde. 1975.

\_\_\_\_\_, Secretaria-Geral. Estudo de gastos do setor público com a função saúde. Rio de Janeiro, Editora e Artes Gráficas, 1973.

BRASIL, Presidência da República. Metas e bases para a ação do Governo; síntese. Brasília, 1970.

\_\_\_\_\_. Plano trienal de desenvolvimento econômico e social, 1963-1965; síntese. Brasília, 1962.

\_\_\_\_\_. Metas e bases para a ação do Governo - 1970/1973. set. 1970.

\_\_\_\_\_. I Plano Nacional de Desenvolvimento - I PND, 1972-1974. dez. 1971.

\_\_\_\_\_. II Plano Nacional de Desenvolvimento - II PND, 1975-1979. dez. 1974.

BRASIL, Presidência da República. Metas e bases para ação do Governo. set. 1970.

\_\_\_\_\_. Plano Básico de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - 1973-1974. jul. 1973.

Mensagem do Presidente Emílio Garrastazu Médici ao Congresso Nacional. Brasília, Departamento de Imprensa Nacional, 1973.

\_\_\_\_\_. Conselho do Desenvolvimento .  
Planos de metas. 1958.

BRASILEIRO, Ana Maria. "O federalismo cooperativo". In: Simpósio sobre as Relações Intergovernamentais. Rio de Janeiro, IBAM , 1973.

\_\_\_\_\_. O município como sistema político. Rio de Janeiro, FGV, 1973.

BRATZ, Valmor A. "Sistemas de informação gerencial (management information systems)". Revista de Administração de Empresas , Rio de Janeiro, FGV, 11 (3) : 21-9, jul./set. 1971.

BUTTERFIELD, D. Anthony & FARRIS, George F. "O perfil organizacional de Likert: análise metodológica e teste da teoria do sistema 4 no Brasil". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 7 (3) : 19-31, jul./set. 1973.

CAMERON, David R., CAMERON, Stefane H. & HOFFERBERT, Richard I. "Não-incrementalismo na política pública: a dinâmica de mudança". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 10 (2) : 149-220, abr./jun. 1976.

CAMPBELL, Donald T. & STANLEY, Julian C. Experimental and quasi-experimental designs for research. Chicago, Rand McNally, 1963.

CAMPOS, Oswaldo. Saúde pública. Fundação Oswaldo Cruz, 1975. mimeogr.



CARAVANTES, Geraldo Ronchetti. "Administração sistêmica por objetivos e resultados (ASPOR) - instrumento de desenvolvimento organizacional". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 11 (2) : 61-109, abr./jun. 1977.

CARDOSO, F.H. "Aspectos políticos do planejamento". In: LAFER, E.M. Planejamento no Brasil. São Paulo, Perspectiva, 1970 . p. 161-84.

\_\_\_\_\_. O modelo político brasileiro. 2. ed. São Paulo, Difusão Européia do Livro, 1973. 211 p.

\_\_\_\_\_. Autoritarismo e democratização. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1975. 240 p.

\_\_\_\_\_ & IANNI, Octávio. O homem e sociedade. 5. ed. São Paulo, Companhia Editora Nacional, 1970.

CARDOSO DE MELO, Joaquim Alberto. "Conclusão da tese de doutoramento apresentada ao Departamento de Medicina Preventiva e Social, da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade de Campinas, Estado de São Paulo". Saúde em Debate, São Paulo, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (1) out./nov./dez.1976.

CARVALHO, Getúlio. "A empresa pública: uma análise administrativa". Revista de Administração Municipal, Rio de Janeiro (116) : 5-27, 1973.

\_\_\_\_\_. "Processo decisório: a fronteira política e os limites econômicos". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 7 (1) 1. trim. 1973.

\_\_\_\_\_. Petrobrás: do monopólio aos contratos de risco. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1977.

CARVALHO, José Silva de. EBAP: an experiment in institution building. Tese para obtenção do título de Doctor of Philosophy, pela University of Southern California, Los Angeles, California, 1967.

CARVALHO PEREIRA, José Eduardo de. "Relacionamento financeiro do Brasil com o exterior". Pesquisa e Planejamento Econômico, Rio de Janeiro, IPEA, 4 (2) : 353-80, jun. 1974.

CASTRO, Cláudio M. "Investimento em educação no Brasil: comparação de três estudos". Pesquisa e Planejamento Econômico, Rio de Janeiro, IPEA, 1 (1) : 141-52, jun./nov. 1971.

\_\_\_\_\_. Estrutura e apresentação de publicações científicas. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil.

\_\_\_\_\_. "Pesquisa em economia da educação: uma agenda". Pesquisa e Planejamento Econômico, Rio de Janeiro, IPEA, 4 (2) : 381-410, jun. 1974.

\_\_\_\_\_. "Investimento em educação no Brasil: uma réplica". Pesquisa e Planejamento Econômico, Rio de Janeiro, IPEA, 1 (2) : 393-401, dez. 1971.

CÉLÉRIER, l'Amiral Pierre. Geopolitique et geostratégie. 3.ed. Paris, Presses Universitaires de France, 1969.

CENTRO PANAMERICANO DE PLANIFICACIÓN DE LA SALUD. Enfoques actuales acerca del proceso de planificación de la salud. Santiago, Chile, 1975.

\_\_\_\_\_. Guia para la formulación de proyectos de atención médica. Recife, Ancape, 1974.

CERVO, Amado Luiz & BERVIAN, Pedro Alcino. Metodologia científica. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1976.

CHAPMAN, Richard A. "Teoria prismática na administração pública: uma revisão de teorias de Fred W. Riggs" (Tradução de Cecílio Augusto Farias Berndsen). Public Administration, Journal of the Royal Institute of Public Administration, 24 Park Crescent, London, 44 : 415-33, Winter 1966.

CHAVES, Mário M. "Regionalização docente-assistencial e níveis de assistência". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 11 (3) : 69-80, jul./set. 1977.

\_\_\_\_\_. Saúde e sistemas. Rio de Janeiro, FGV, 1972.

CHERRY, Colin. On human communications. New York, Wiley, 1961.

CHURCHMAN, C. West. Introdução à teoria dos sistemas. 2. ed. Petrópolis, Vozes, 1972.

CIBOTTI, Ricardo & SIERRE, Henrique. El sector público en la planificación del desarrollo. México, Siglo Veinteuno, 1973. cap. 2, seções 3 e 4; cap. 4, seções 1, 2 e 3.

CINTRA, Antonio Octávio. "A integração do processo político do Brasil: algumas hipóteses inspiradas na literatura". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 5 (2) : 7-29, jul./dez. 1971.

\_\_\_\_\_. "Sistema de planejamento, modernização e comportamento inovador na administração". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 11 (4) : 41-53, out./dez. 1977.

CLARK, Burton R. Adult education in transition: a study of institutional insecurity. Berkeley, University of California Press, 1955.

CORNÉLIO, Antonio Fernando & MOLD, Zilá Mesquita. "Planejamento hoje: uma opção contextual em debate". Revista Brasileira de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 11 (4) : 55-83, out./dez. 1977.

CORREIA, Manoel Pio. "Promoção vertical e promoção horizontal". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 9 (3) : 39-46, jul./set. 1975.

COSTA, Jorge Gustavo da. Planejamento governamental: a experiência brasileira. Rio de Janeiro, FGV, 1971.

- COSTA, Rubens Vaz da. O desenvolvimento regional no Brasil e no mundo. Fortaleza, Banco do Nordeste do Brasil, 1969.
- COUTO E SILVA, Golberi do. Geopolítica do Brasil. Rio de Janeiro, J. Olympio, 1967.
- CUPERTINO, Fausto. População e saúde no Brasil. Civilização Brasileira, 1976.
- CUVILLIER, Armand Joseph. Introdução à sociologia. São Paulo, Companhia Editora Nacional, 1966.
- DALAND, Robert T. "Burocracia no Brasil: atitudes de executivos civis de alto nível em relação a mudanças". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 7 (4), out./dez.1973.
- \_\_\_\_\_. Estratégia e estilo do planejamento brasileiro. Rio de Janeiro, Lidador, 1969.
- \_\_\_\_\_. "A administração pública como ciência política no contexto brasileiro". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 3 (2) : 73-94, jul./dez. 1969.
- DECKHARD, Richard. Desenvolvimento organizacional: estratégias e modelos. São Paulo, Edgard Blücher, 1972.
- DENISTON, O.L. et. al. "Evaluación del rendimiento de programas de salud". Boletim OPS, 67, 1969.
- DICIONÁRIO histórico, geográfico e etnográfico do Brasil, Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1972. v. 1.
- DONAN GELO, M.C. Medicina e sociedade. Pioneira, 1975.
- DONOBEDIAN, Avedis. Aspects of medical care administration. Harvard University Press, 1973.
- DOWNS, Antony. Inside bureaucracy. Boston, Little, Brown, 1967.

- DRUCKER, Peter F. Uma era de descontinuidade. Rio de Janeiro , Zahar, 1974.
- EASTON, David. A system analysis of political life. New York, John Wiley & Sons, 1965.
- \_\_\_\_\_. The political system. New York, Alfred Knopf , 1953.
- \_\_\_\_\_. Uma teoria de análise política. Rio de Janeiro, Zahar, 1968.
- ESMAN, Milton J. & BLAISE, Hans C. Institution building research: the guiding concepts. Pennsylvania, Pittsburgh, University of Pittsburgh, Graduate School of Public and International Affairs, 1966.
- ETZIONI, Amitai. Organizações complexas. São Paulo, Atlas, 1971.
- \_\_\_\_\_. Organizações modernas. São Paulo, Pioneira, 1972.
- FAORO, Raymundo. Os donos do poder. Porto Alegre, Globo, 1976. 2 v. 750 p.
- FARRIS, George F. & BUTTERFIELD, Anthony D. "Congruência de objetivo em organizações brasileiras". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 6 (4), 4. trim. 1972.
- FEIBLEMAN, J. & FRIEND, J.W. (1945). "The structure and function of organization". In: EMERY, F.E., ed. Systems thinking. Middlesex, England, Penguin Books, 1970.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Novo dicionário da língua portuguesa. 1. ed. 3. impr. Rio de Janeiro, Nova Fronteira.
- FISHLOW, Albert. Distribuição da renda no Brasil: um novo exame. Dados, (11-80), Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, 1973.

- FOX, Karl A. Social indicators and social theory; elements of an operational system. New York, London, Sydney, Toronto, John Wiley, 1974 (The Wiley Series in Urban Research).
- FREUND, Julien. A sociologia de Max Weber. Rio de Janeiro, Forense, 1966.
- FRIEDMANN, John. "La estrategia de los polos de crecimiento como instrumento de la política de desarrollo". Revista de la Sociedad Interamericana de Planificación, Mar. 1969.
- FRIEDRICH, Carl J. Uma introdução à teoria política. Rio de Janeiro, Zahar, 1970.
- FUNDAÇÃO DO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, Rio de Janeiro. Anuário estatístico do Brasil. 1970 a 1975.
- FURTADO, Celso. Análise do modelo brasileiro. R.S.C. Brasileira, 1973.
- \_\_\_\_\_. Um projeto para o Brasil. Rio de Janeiro, Saga, 1968.
- GALBRAITH, John K. O novo estado industrial. Trad. Álvaro Cabral, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1968.
- GARCIA, J.C. La educación médica en América Latina. 1972 (OMS Pub., n. 255).
- GENARI, Breno. "A modernização operacional do planejamento: uma identificação de áreas críticas". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 3 (2) 2. sem. 1969.
- GENTILE DE MELLO, Carlos. Aspectos econômicos da saúde. Documento produzido para o IX Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Rio de Janeiro, fev. 1975, mimeogr.
- \_\_\_\_\_. "A lição dos planos de saúde malogrados". Vida Hospitalar, 6 (5), 1972.

- GENTILE DE MELLO, Carlos. A irracionalidade da privatização da medicina previdenciária. Rio de Janeiro, 1977, mimeogr.
- \_\_\_\_\_. "Planejamento de saúde e desenvolvimento econômico". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 11 (3) : 81-96, jul./set. 1977.
- \_\_\_\_\_. "Contribuição ao estudo do setor saúde". Previdência Social, INPS (15), nov./dez. 1969.
- \_\_\_\_\_. "O Sistema Nacional de Saúde, proposições e perspectivas". Saúde em Debate, São Paulo, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, (1) 1976.
- \_\_\_\_\_. "A previdência social e a economia do mercado; análise do plano de penetração". Revista Paulista de Hospitais, ano 21, 6, 1975.
- GOMES, Gustavo Maia. "Algumas considerações sobre o tema desenvolvimento versus poluição". Pesquisa e Planejamento Econômico, Rio de Janeiro, IPEA, 5 (2) : 561-76, dez. 1975.
- GONÇALVES, Ernesto Lima. "O planejamento hospitalar: distribuição de funções". Revista de Administração de Empresas, Rio de Janeiro, FGV, 16 (6) : 31-6, nov./dez. 1976.
- GOODE, William J. & HATT, Paul K. Métodos em pesquisa social. São Paulo, Companhia Editora Nacional, 1973.
- GROSS, Bertran M. Action under planning: the guidance of economic development. 1. ed., New York, McGraw-Hill, 1967.
- GUERREIRO RAMOS, Alberto. A redução sociológica. 2. ed. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1965.
- \_\_\_\_\_. A administração como estratégia para o desenvolvimento. Rio de Janeiro, FGV, 1966.

- GUERREIRO RAMOS, Alberto. "A nova ignorância e o futuro da administração pública na América Latina". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 4 (2), jul./dez. 1970.
- GUILLAUMAUD, Jacques. Cibernética e materialismo dialético. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1970.
- GUIMARÃES, Eduardo Augusto de Almeida. "Ciências e tecnologia nos planos de desenvolvimento: 1956/1973". Pesquisa e Planejamento Econômico, Rio de Janeiro, IPEA, 5 (2), dez. 1975.
- \_\_\_\_\_, ERBER, Fábio Stefano & FIGUEIREDO, Maria Helena Poppe de. "Notas para um estudo sobre os fatores condicionantes da escolha de tecnologia". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 7(2) : 63-72, abr./jun. 1973.
- HALL, A. & FAGEN, R. "Definition of a system". General systems. 1956. v. 1.
- HANIKA, F. de P. Guia moderno de administração. 2. ed. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1974.
- HANLON, J.J. Principles of public health administration. St. Louis, C.V. Mosby, 1969.
- HERMANN, Roberto Max. "Análise de sistemas de recursos hídricos". Revista de Administração de Empresas, Rio de Janeiro, FGV, 11 (4) : 53-60, out./dez. 1971.
- HEUSCH, Luc de. "Situação e posição da antropologia estrutural". O método estruturalista. Rio de Janeiro, Zahar, 1967. p. 15-30.
- HICKS, James. "A taxa social de desconto e o objetivo de redistribuição de renda". Pesquisa e Planejamento Econômico, Rio de Janeiro, IPEA, 3 (4) : 953-92, dez. 1973.
- HOLDEN, Ian & MCLLROY, Peter. Planejamento do controle administrativo. Rio de Janeiro, Livro Técnico, 1972.



- HOPEMAN, Richard J. Análise de sistemas e gerência de operações. Petrópolis, Vozes, 1974.
- HORTA, Maria Helena T. Taques. "Algumas considerações sobre as novas diretrizes de política industrial". Pesquisa e Planejamento Econômico, Rio de Janeiro, IPEA, 4 (3) : 687-704, 1974.
- HORWITZ, Abraham. "Relaciones entre salud y desarrollo económico". Boletim OPS, (47), 1959.
- HUNTINGTON, Samuel P. Political order in changing societies. New Haven, Yale University Press, 1969.
- IANNI, Octávio. Estado e planejamento econômico no Brasil - 1930-1970. 2. ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1977.
- \_\_\_\_\_. "Estado e planejamento econômico no Brasil - 1930-1970". Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1977 (resenha de Annibal V. Villela). In: Pesquisa e Planejamento Econômico, Rio de Janeiro, IPEA, 2 (1) : 171-8, jun. 1972.
- IBGE. Rio de Janeiro. Subsídios à regionalização. 1968.
- ILICH, Ivan. A expropriação da saúde - nêmesis de medicina. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975.
- BRASIL, Instituto Nacional de Previdência Social, Programa de ação para 1975 e 1976.
- IRWIN, R. & OLIVEIRA, Luiz A. Pinto. "Tendências e possibilidades na coleta de estatísticas vitais no Brasil". Revista da Fundação SESP, 20 (1), 1975.
- JÁCOME, José Maria. "O planejamento administrativo para o desenvolvimento econômico e social na América Latina". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, (4) : 7-57, 1968.

- JÁCOME, José Maria. "A pesquisa e o desenvolvimento administrativo na América Latina". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 11 (1), jan./mar. 1975.
- JAGUARIBE, Hélio. Desenvolvimento econômico e desenvolvimento político. Rio de Janeiro, Fundo de Cultura, 1962.
- JOHNSON, Jerald. "Comunicação de pesquisa na área comportamental: carreiras públicas e a nova classe profissional". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 11 (4) :25-31, out./dez. 1977.
- JORDAN FILHO, Leon, MONTEIRO, M.F.G. & CARVALHO, Alceu W.V. de. "Revisão analítica dos indicadores de saúde". Revista Brasileira de Estatística, ano 35 (139), jul./set. 1974.
- KAPLAN, Abraham. A conduta na pesquisa. São Paulo, Herder, 1972.
- \_\_\_\_\_. A grande empresa no sistema competitivo. Rio de Janeiro, Fundo de Cultura, 1966.
- KATZ, D. & KAHN, R.L. (1966). "Common characteristics of open systems". In: EMERY, F.E., ed. Systems thinking. Middlesex, England, Penguin Books, 1970.
- \_\_\_\_\_. Psicologia social das organizações. São Paulo, Atlas, 1976.
- KATZ, Robert L. Management of the total enterprise. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1971.
- KATZ, Saul. "A educação de administradores para o desenvolvimento: caráter, forma, conteúdo e currículo". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 3 (1), 1. sem. 1969.
- KATZMAN, Martin T. "Urbanização e concentração industrial: 1940/1970". Pesquisa e Planejamento Econômico, Rio de Janeiro, IPEA, 4 (3) : 475-532, dez. 1974.

- KING, M. & JOLLY, R. A organização dos serviços sanitários. Trad. de Medical care in developing countries. Nairobi, Oxford, 1970.
- KITCHELL, R. "Planejamento: um sistema para ação". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, : 75-101, 1. sem. 1967.
- KOONTZ, Harold. Avaliação de executivos. Rio de Janeiro, Livro Técnico, 1974.
- KOWARICK, L. Estratégias de planejamento social no Brasil. São Paulo, CEBRAP, s. d.
- KRAUSE, Elliot A. "Health planning as a managerial ideology". International Journal of Health Services, 3 (3) : 445-63, 1973.
- LAFER, B.M. Planejamento no Brasil. São Paulo, Perspectiva, 1970.
- LANDAU, Martin. "Linkage, coding, and intermediacy: a strategy for institution building". Journal of Comparative Administration, Febr. 1971.
- LANGONI, Carlos Geraldo. "Investimento em educação no Brasil: um comentário". Pesquisa e Planejamento Econômico, Rio de Janeiro, IPEA, 1 (2) : 381-92, dez. 1971.
- \_\_\_\_\_. Distribuição de renda e desenvolvimento econômico do Brasil. Rio de Janeiro, Expressão e Cultura, 1973 .
- LAPALOMBARA, Joseph G. Burocracia y desarrollo político. Trad. Alberto Rafael Jimenez, Buenos Aires, Paidós, 1970.
- LAWRENCE, Paul R. & LORSCH, Jay W. O desenvolvimento de organizações: diagnóstico e ação. São Paulo, Edgard Blücher, 1972.
- LEFEBVRE, Henri. "Reflexões sobre o estruturalismo e a história". In: O método estruturalista. Rio de Janeiro, Zahar, 1967. p.80-103.

- LEFORT, Claude. "A troca e a luta dos homens". In: O método estruturalista. Rio de Janeiro, Zahar, 1967. p. 64-79.
- LEON, Raymond. Administração eficaz. Rio de Janeiro, Zahar, 1972.
- LÉVI-STRAUSS, Claude. "História e dialética". In: O método estruturalista. Rio de Janeiro, Zahar, 1967. p. 104-30.
- LEWIS, Arthur. Política econômica: a programação do desenvolvimento. Rio de Janeiro, Zahar, 1968.
- LIKERT, Rensis. Novos padrões de administração. São Paulo, Livraria Pioneira, 1971.
- LILENBAUM, Moysés Jacob. "Administração de planos e projetos: uma tentativa de sistematização". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 6 (4) 4. trim. 1972.
- LIMA JÚNIOR, Olavo Brasil de & SANTOS, Vanderley Guilherme dos. "Esquema geral para a análise de políticas públicas: uma proposta preliminar". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 10 (2) : 241-56, abr./jun. 1976.
- LITTERER, Joseph. Análise das organizações. São Paulo, Atlas, 1970.
- LORDELLO DE MELLO, Diogo. "A teoria dos sistemas na análise da administração municipal". In: Diagnósticos administrativos. Rio de Janeiro, IBAM, 1976 b. p. 32-48
- \_\_\_\_\_. "Administração urbana: uma visão sistêmica". In: Desenvolvimento e política urbana. Rio de Janeiro, IBAM, 1976 a. p. 41-74.
- LOUREIRO PINTO, Aluizio. "A institucionalização organizacional como estratégia de desenvolvimento". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 3 (1) : 7-25, jan./jun. 1969.

- LAUREIRO PINTO, Aluizio. "The Brazilian Institute of Municipal Administration (IBAM): a case study of institution building in Brazil". Tese de doutorado apresentada à Universidade do Sul da Califórnia, 1967.
- MAHLER, H. La salud para todos en el año 2000. 1975 (crônica de la OMS, nº 29).
- MALI, Paul. Princípios de gerência por objetivos. Rio de Janeiro, Pallas, 1976.
- MALLOY, James. "Política de bem-estar social no Brasil: histórico, conceitos, problemas". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 10 (2) : 5-29, abr./jun. 1976.
- MARCH, James G. & SIMON, Herbert A. Teoria das organizações. 2. ed. Rio de Janeiro, FGV, 1970.
- MARQUES, Lucy de Medeiros. "Técnicas de elaboração de diagnósticos de pessoal nos municípios". In: Diagnósticos administrativos. Rio de Janeiro, IBAM, 1976. p. 82-102.
- MCCONKEY, Dale D. Gerência por objetivos. 3. ed. Rio de Janeiro, Expressão e Cultura, 1974.
- Mc GREGOR, Douglas. Os aspectos humanos da empresa. Lisboa, Clássica, 1965.
- MEIRA MATTOS, Carlos de. Brasil - geopolítica e destino. Rio de Janeiro, J. Olympio, 1975.
- MÉLESE, Jacques. A gestão pelos sistemas. Rio de Janeiro, Livro Técnico, 1973.
- MELO NETO, Francisco Paulo de. "A análise de sistemas na administração de materiais". Revista de Administração Municipal, Rio de Janeiro, 20 (118) : 32-5, maio/jun. 1973.

MELO NETO, Francisco Paulo de. "A análise insumo-produto na administração de materiais". Revista de Administração Municipal, Rio de Janeiro, 21 (123) : 5-28, mar./abr. 1974.

MENDES, Armando Dias. Viabilidade econômica da Amazônia. Belém do Pará, Universidade Federal do Pará, 1971 (Coleção Amazônia, série Tavares Bastos).

MENDES, Eugênio Vilaça. Planejamento. In: CHAVES, M.M. Odontologia social. Rio de Janeiro, Labor, 1976.

\_\_\_\_\_, MONTE-MOR, Gilda Maria, COSTA FIUZA, Maria Claret & ARAÚJO DAYRELL, Myriam Auxiliadora. Esquemas metodológicos de elaboração de projetos de saúde. Belo Horizonte, Secretaria de Saúde, 1976.

MILLER, David W. & STARR, Martin K. Estrutura das decisões humanas. Rio de Janeiro, FGV, 1970.

MILLS, C. Wright. A imaginação sociológica. 3. ed. Rio de Janeiro, Zahar, 1972.

MINIPLAN. Desenvolvimento regional e urbano. t.7 do Plano Decenal, 1967.

MITRAUD, Alysson Darowish. "Discurso de abertura do seminário de comportamento na administração pública". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 11 (4) : 7-9, out./dez. 1977.

\_\_\_\_\_, MATTOS, Custódio Antônio de & ZAIDMAN, Luiz. "Panorama da administração federal brasileira e reforma administrativa". Revista Brasileira de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 11 (4) : 165-99, out./dez. 1977.

MOLES, Abraham Antoine. A criação científica. São Paulo, Perspectiva Universidade de São Paulo, 1971.

MONTEIRO, Jorge Vianna & CUNHA, Luiz Roberto Azevedo. "Alguns aspectos da evolução do planejamento econômico no Brasil (1934-1963)". Pesquisa e Planejamento Econômico, Rio de Janeiro, IPEA, 4 (1), fev. 1974.

\_\_\_\_\_. "A organização do planejamento econômico: o caso brasileiro". Pesquisa e Planejamento Econômico, Rio de Janeiro, IPEA, 3 (4), dez. 1973.

MORGAN, John S. Administração da mudança. As estratégias para tirar proveito das mudanças. Rio de Janeiro, Zahar, 1976.

MOTTA, Paulo Roberto. "Administração para o desenvolvimento: a disciplina em busca de relevância". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 6 (3) : 39-53, 1972.

\_\_\_\_\_. "Variáveis que condicionam o comportamento da administração pública brasileira". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 11 (4) : 33-40, out./dez. 1977.

\_\_\_\_\_. "Doutrinas de inovação em administração pública: a questão dos valores". In: Inovação da Administração Pública. Rio de Janeiro, FGV (coletânea).

\_\_\_\_\_. Mudança organizacional. Rio de Janeiro, FGV, 1976. III Curso de Aperfeiçoamento em Administração, Convênio MME (PLANFAP/CAEEB).

\_\_\_\_\_. "Dimensões gerenciais de planejamento organizacional estratégico". Revista de Administração Pública, FGV, 10 (2) : 85-107, 2. trim. 1976.

MUNÔZ AMATO, Pedro. Planejamento. Rio de Janeiro, FGV, 1966. (Cadernos de Administração Pública, n. 33).

MYRDAL, Gunnar. Teoria econômica e regiões subdesenvolvidas. 3. ed. Rio de Janeiro, Saga, 1972.

NACIONES UNIDADES. Medidas para mejorar el rendimiento de la empresa pública en los países em desarrollo. Documento ST/TAO/M/58, Nueva York, 1974.

NAOMI, Caiden & WILDAVSKY, Aaron. "Planning and budgeting in poor countries". New York, John Wiley & Sons, 1974 (resenha de Simon Schwartzman). Pesquisa e Planejamento Econômico, Rio de Janeiro, IPEA, 6 (1) : 279-86, abr. 1976.

NASCIMENTO, Kleber. "A revolução conceptual da administração : implicações para a formulação dos papéis e funções essenciais de um executivo". Revista de Administração Pública, FGV, 6 (2) 2. sem. 1972.

\_\_\_\_\_. "Reflexões sobre estratégia de reforma administrativa - a experiência federal brasileira". Revista de Administração Pública, FGV, 1. sem. 1967.

\_\_\_\_\_. "Implicações do moderno conceito de administração para a formulação de uma estratégia de reforma administrativa". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 6 (1) 1. trim. 1972.

NEWELL, K.N. Salud por el pueblo. OMS, 1975.

NEWMAN, William H. Ação administrativa: as técnicas de organização e gerência. 3. ed. São Paulo, Atlas, 1970.

ODIORNE, George S. Management decisions by objectives. Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall, 1969.

OPS. "Servicios comunitarios de salud y participación de la población". Discusiones técnicas de la XXII Reunión del Consejo Directivo de la OPS. Boletim OPS, jan. 1974.

\_\_\_\_\_. Financiamiento del sector salud. Washington, 1970. (Publ. Científica, n. 208).



OPS/FEPAFEM. "Princípios básicos para el desarrollo de la educación médica en la América Latina y el Caribe". Educación Médica y Salud, OPS/PMS, 10 (2) 1976.

OPS/OMS. III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Documento básico de Referência, Washington, 1972.

\_\_\_\_\_. Formulación de políticas de salud. Centro Panamericano de Planificación de la Salud. Chile, 1975.

\_\_\_\_\_. Documento básico de referência. III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Washington DC, 1972 .

\_\_\_\_\_. El proceso de planificación de recursos humanos. Documento de Referência. Conferência Panamericana sobre Planificación de Recursos Humanos en Salud. Canadá, 1973.

OPTNER, Stanford. Análise de sistemas empresariais. Rio de Janeiro, Livros Técnicos e Científicos, 1973.

\_\_\_\_\_. Análise de sistemas para administração de empresas. São Paulo, Livraria Brasiliense, 1972.

PAIM, Jairnilson S. "Medicina comunitária. Introdução a uma análise crítica". Saúde em Debate, (1), 1976.

PAIVA NETTO, Jacinto. "Contribuição ao estudo dos problemas de reforma administrativa do governo federal no Brasil". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 8 (3) : 25-68, jul./set. 1974.

PARSONS, Talcott. Structure and process in modern societies. Glencoe, The Free Press, 1960.

PEDROSO, Odair, MASCARENHAS, Rodolfo, MORAES, Nelson et al. "A assistência hospitalar no Brasil". Revista Paulista de Hospitais, 13 (8) ago. 1965.

PENROSE, Edith T. The theory of the growth of the firm. London, Brasil Blackwell, 1959.

- PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. "A estratégia brasileira de desenvolvimento entre 1967 e 1973". Revista de Administração de Empresas, Rio de Janeiro, FGV, 17 (4) : 17-26, jul./ago.1977.
- PERROUX, F. "Economic space: theory and applications". Quarterly Journal of Economics, Feb. 1950. Reproduzido em Regional Development and Planning, editado por J. Friedmann e W. Alonso, M.I.T. Press, Cambridge, Mass., 1964.
- PERROW, Charles B. Análise organizacional: um enfoque sociológico. São Paulo, Atlas, 1972.
- PHILLIPS, Bernard S. Pesquisa social: estratégias e táticas. Rio de Janeiro, Agir, 1974.
- PIE, Lauro. "Administração de pesquisa". Revista Brasileira de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 11 (4) : 135-61, out./dez. 1977.
- PINTO, Aluizio Loureiro. "A institucionalização organizacional como estratégia de desenvolvimento". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 3 (1) : 7-25, jan./jun. 1969.
- II PLANO Nacional de Desenvolvimento - II PND. São Paulo, Sugestões Literárias, 1975.
- PRINCE, Thomas. Sistemas de informação: planejamento, gerência e controle. Rio de Janeiro, Livros Técnicos e Científicos, 1975. 2 v.
- QUADE, E.S. Military systems analysis. Santa Monica, California, Rand Corporation, 1963.
- \_\_\_\_\_. Systems analysis techniques for planning, programming, budgeting. Santa Monica, Rand Corporation, 1966.

QUADRA, Antonio Augusto F. & CORDEIRO, Hésio de A. "Sistema Nacional de Saúde: antecedentes, tendências e barreiras". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 11 (3) jul./set. 1977.

RAMOS, Naimar Mendanha. "A ação governamental num setor estratégico para o desenvolvimento brasileiro: um estudo de caso". Revista Brasileira de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 11 (4) : 85-134, out./dez. 1977.

RATTNER, Henrique. "Desenvolvimento de comunidades no processo de urbanização. Notas para uma crítica das teorias sociológicas do planejamento". Revista Brasileira de Planejamento, Porto Alegre, (1) : 32-47, abr. 1976.

\_\_\_\_\_. "Indicadores sociais e planificação do desenvolvimento". Revista de Administração de Empresas, Rio de Janeiro, FGV, 17 (1) : 21-7, jan./fev. 1977.

REIS, Arthur Cezar Ferreira. "Geopolítica do Brasil". Revista Brasileira de Cultura, Rio de Janeiro, 5 (16) : 109-17, abr./jun. 1973.

\_\_\_\_\_. A Amazônia e a cobiça internacional. 4. ed. Rio de Janeiro, Companhia Editora Americana, 1972.

RELATÓRIO-estudo do DNER. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 3 (2) : 109-22, jul./dez. 1969.

REZENDE, Fernando. Previdência social e distribuição de renda. 1975. mimeogr.

\_\_\_\_\_. Estrutura das despesas determinantes dos gastos e desempenho do setor público. Pesquisa e Planejamento Econômico, Rio de Janeiro, IPEA, 6 (1) : 167-88, abr. 1976.

\_\_\_\_\_. & MAHAR, Dennis. Saúde e previdência social: uma análise econômica. IPEA/INPES, 1974.

- REZENDE DA SILVA, Fernando Antônio. "A evolução das funções do Governo e a expansão do setor público brasileiro". Pesquisa e Planejamento Econômico, Rio de Janeiro, IPEA, 1 (2) : 235, 1971.
- REY, Luís. Como redigir trabalhos científicos. São Paulo, Edgard Blücher Universidade de São Paulo, 1972.
- RIGGS, Fred W. "Reforma administrativa como problema de equilíbrio dinâmico". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 4 (2) 2. sem. 1970.
- \_\_\_\_\_. A ecologia da administração pública. Trad. Hugo Wahrlich. Rio de Janeiro, FGV, 1964.
- \_\_\_\_\_. Administração nos países em desenvolvimento. Trad. Hugo Wahrlich. Rio de Janeiro, FGV, 1968.
- ROSE, Hughes. Metodologia e estratégia da organização. Rio de Janeiro, Livro Técnico, 1972.
- ROWE, Lloyd A. & BOISE, William B. Organizational Innovation Review, (3) May/June 1974.
- RUIZ, João Álvaro. Metodologia científica: guia para eficiência nos estudos. São Paulo, Atlas, 1976.
- SALOMON, Dêlcio Vieira. Como fazer uma monografia: elementos de metodologia do trabalho científico. 4. ed. Belo Horizonte, Interlivros, 1974.
- SARTWELL, P.E. "Iatrogenic: an epidemiological perspective". International Journal of Health Services, 4 : 89-93, Winter 1974.
- SAÚDE em Debate, São Paulo, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, (1) out./nov./dez. 1976.
- \_\_\_\_\_, São Paulo, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, (2) jan./fev./mar. 1977.

SAYEG, Mário A. "Correlações numéricas entre médicos e outros profissionais de nível superior". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 11 (3) : 111-31, jul./set.1977.

SCHEIN, Edgar. A psicologia na organização. Lisboa, Clássica , 1968.

SCHODERBEK, Peter P. Management systems. New York, London, John Wiley & Sons.

SCHRADER, Achim. Introdução à pesquisa social empírica. Porto Alegre, Globo, 1974.

SCHUMPETER, J. Capitalismo, socialismo e democracia. Trad. de Capitalism, socialism and democracy. Rio de Janeiro, Fundo de Cultura, 1961.

SCHWARTZMAN, Simon. "Sobre a política do desenvolvimento". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 6 (1) 1. sem. 1972.

\_\_\_\_\_. "Da responsabilidade pública dos governantes: paradoxos e perspectivas". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 10 (2) : 31-49, abr./jun. 1976 .

SCOSS, Floro Zino. Processo decisório para executivos. Rio de Janeiro, Livro Técnico, 1974.

SEAERA FAGUNDES, M. "A expansão dos poderes federais". Revista Brasileira de Estudos Políticos. Belo Horizonte (28) : 61-75, jan. 1970.

SEBAG, Lucien. "História e estrutura". In: O método estruturalista. Rio de Janeiro, Zahar, 1967. p. 31-56..

SEERS, Dudley. "O desafio às teorias e estratégias desenvolvimentistas". Revista Brasileira de Economia, Rio de Janeiro, FGV, 24 (3) jul./set. 1970.

SELZNICK, Philip. A liderança na administração: uma interpretação sociológica. Rio de Janeiro, FGV, 1972.

\_\_\_\_\_. TVA and the grass roots. Berkeley, University of California Press, 1949.

SERRA COSTA, José de Jesus da. Controle de qualidade: aspectos organizacionais e modelo estatístico. Rio de Janeiro, Ed. Rio, 1977.

\_\_\_\_\_. Teoria da decisão: um enfoque objetivo. Rio de Janeiro, Ed. Rio, 1977.

SEVERINO, Antônio Joaquim. Metodologia do trabalho científico. 2. ed. São Paulo, Cortez & Moraes, 1976.

SHARKANSKY, Ira. "The politics of auditing". In: SMITH, Bruce L.R. ed. The new political economy. London, The Macmillan Press, 1975.

\_\_\_\_\_. Administração pública. Rio de Janeiro, FGV, 1974.

SIEGEL, G. B. "A unidade do método sistêmico". Revista de Administração Pública, FGV, 5 (1) : 7-48, jan./jun. 1971.

SILVA, Benedicto. Uma teoria geral de planejamento. Rio de Janeiro, FGV, 1964. cap. 9, p. 83-119 e 143-214. (Cadernos de Administração Pública, n. 50).

\_\_\_\_\_. "Os meios administrativos e a estrutura da empresa". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 9 (3) jul./set. 1975.

SILVA, Fábio Fonseca e. "Farmacos e indústria farmacêutica no Brasil". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 10 (1) : 90-106, jan./mar. 1976.

- SILVA FILHO, Armando de Paula e. "A atuação política ante a precariedade e disponibilidade tecnológicas". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 7 (2) : 133-48, abr./jun. 1973.
- SILVANY, Augusto J.S. "Urbanização nos países em desenvolvimento". Revista de Administração Municipal, (100), maio 1970.
- SIMON, Herbert. Comportamento administrativo: estudo dos processos decisórios nas organizações administrativas. Rio de Janeiro, FGV, 1971.
- SIMONSEN, Mário Henrique & CAMPOS, Roberto de Oliveira. A nova economia brasileira. Rio de Janeiro, José Olympio, 1974.
- SKIDMORE, Thomas. Brasil: de Getúlio a Castello. Rio de Janeiro, Saga, 1969.
- SMITH, Brian Abel. "A política de saúde e o desenvolvimento econômico". Previdência Social, INPS (10) maio/jun. 1969.
- SOMMERHOFF, G. (1969). "The abstract characteristics of living systems". In: EMERY, F.E., ed. Systems thinking. Middlesex, England, Penguin Books, 1970.
- SOUSA, Edela Lanzer Pereira de. Desenvolvimento organizacional: casos e instrumentos brasileiros. São Paulo, Edgard Blücher, 1975.
- SOUZA, José Prado, GARCIA, Helena Stilianidi e outros. Saúde: o caso brasileiro. Paper apresentado à Escola Brasileira de Administração Pública, da Fundação Getúlio Vargas, Programa de Mestrado em Administração Pública, no Seminário de Política e Administração de Saúde II, realizado durante o segundo semestre de 1976. mimeogr.
- SOUZA, Nelson Mellô e. "O planejamento econômico no Brasil: considerações críticas". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, (4) : 69-112, jul./dez. 1968.

- SOUZA, Valéria de. "Blake & Mouton, o grid gerencial" (resenha bibliográfica). Revista Brasileira de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 11 (2) : 159-61, abr./jun. 1977.
- SPIEGEL, Murray R. Estatística. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1972 (Coleção Schãum).
- STONE, Donald C. & STONE, Alice B. "Capacitação administrativa: o ingrediente de que carece a estratégia do desenvolvimento". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 9 (1) : 90-120, jan./mar. 1975.
- STUBBS, Roy. "Uma possível análise dos valores dos executivos em algumas organizações brasileiras". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 11 (3) jul./set. 1976.
- SUNKEL, O. & PAZ, P. El subdesarrollo Latinoamericano y las teorías del desarrollo. México, Siglo Veinteuno, 1970.
- SUZIGAN, Wilson. "Industrialização e política econômica: uma interpretação em perspectiva histórica". Pesquisa e Planejamento Econômico, Rio de Janeiro, IPEA, 5 (2) : 433-74, dez. 1975.
- TAMUR, Judith M., ed. Statistics: a guide to the unknown. San Francisco, Holden-Day, 1975.
- TANNENBAUM, Arnold S. O controle nas organizações. Petrópolis, Vozes, 1975.
- TAVARES, Maria da Conceição. Da substituição de importações ao capitalismo financeiro. Rio de Janeiro, Zahar, 1975.
- TEJADA DE RIVERO, David. Los procesos de planificación de salud en América Latina. Conferência Panamericana s/ Planificación de Recursos Humanos en Salud, OPS/OMS, 1973. v.1.
- TESTA, Mário. "Modelos de salud". Saúde em Debate, (1) 1976.



THOMPSON, James D. Organizations in action. New York, McGraw-Hill, 1967.

THOMPSON, Victor A. Moderna organização. Rio de Janeiro, USAID 1967.

TIMBERGEN, Jan. Programação para o desenvolvimento. Rio de Janeiro, FGV, 1969.

\_\_\_\_\_. Planejamento central. Rio de Janeiro, Atlas, 1971.

TOFFLER, Alvin. O choque do futuro. 1. ed. Rio de Janeiro, Artenova.

TOLOSA, Hamilton C. "Política nacional de desenvolvimento urbano: uma visão econômica". Pesquisa e Planejamento Econômico, Rio de Janeiro, IPEA, 2 (1) jun.1972.

\_\_\_\_\_. "Política urbana e redistribuição da renda". Pesquisa e Planejamento Econômico, Rio de Janeiro, IPEA, 7(1) abr. 1977.

TOYNBEE, Arnold J. O desafio de nosso tempo. Rio de Janeiro, Zahar, 1975.

TYLER, William. "Desenvolvimento de indicadores de eficiência governamental". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 4 (2) jul./dez. 1970.

UNITED NATIONS. Statistical yearbook. 1970 a 1974.

VERBA, Sidney. "Germany: the remaking of political culture". In: PYE, Lucian W. & VERBA, Sidney, eds. Political culture and political development. Princeton, New Jersey, Princeton University Press, 1965. p. 130-70.

VIDAL, Carlos. "Medicina comunitária: nuevo enfoque de la medicina". Educación Médica y Salud, OPS/OMS.

VIEIRA, Paulo Reis. "Mecanismos financeiros do sistema de relações intergovernamentais". In: Simpósio sobre Relações Intergovernamentais. Rio de Janeiro, IBAM, 1973.

\_\_\_\_\_. Em busca de uma teoria de descentralização. Rio de Janeiro, FGV, 1971.

WAHRLICH, Beatriz Marques de Souza. "Institucionalização da reforma administrativa: a atuação do Conselho Federal do Serviço Público Civil e da Comissão Permanente de Padronização (1936-1938)". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 10 (4) : 21-54, out./dez. 1976.

\_\_\_\_\_. Uma análise das teorias de organização. 3. ed. 3. tir. Rio de Janeiro, FGV, 1974.

\_\_\_\_\_. "Reforma administrativa na América Latina: semelhanças e diferenças entre cinco experiências nacionais". Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, FGV, 8 (4) : 5-47, out./dez. 1974.

WEATHERALL, M. Método científico. São Paulo, Universidade de São Paulo, Polígono, 1970.

WEBER, Max. Ensaaios de sociologia. Rio de Janeiro, Zahar, 1974.

\_\_\_\_\_. "Os fundamentos da organização burocrática: uma construção do tipo ideal". Sociologia da burocracia. Rio de Janeiro, Zahar, 1976.

WIENER, Norbert. Cibernética e sociedade. O uso humano dos seres humanos. 4. ed. São Paulo, Ed. Cultura, 1973.

\_\_\_\_\_. Cibernética. São Paulo, Universidade de São Paulo, Polígono, 1970.

WILLIAMS, Lawrence K. "The human side of a systems change". In: SCHODERBEK, Peter P. Management systems. 2. ed. New York, London, Sydney, Toronto, John Wiley, 1971 (Wiley Series in Management and Administration).

YOUNG, Oran R. Introdução à análise de sistemas políticos. Rio de Janeiro, Zahar, 1970.

Artigos de Jornais

"BASE da educação". Jornal do Brasil, Rio de Janeiro, 24 jun. 1974.

BRASIL, Presidente, 1946-1950 (DUTRA). Planificação administrativa. Diário Oficial. Mensagem ao Congresso Nacional. Rio de Janeiro, 1949, p. 347-52.

DEPUTADA condena na CPI da mulher o plano contra a gravidez de alto risco. Jornal do Brasil, 12 ago. 1977, p. 14.

EDUCAÇÃO de recursos humanos e a atual mão-de-obra no setor saúde. INEP/MEC, 1973.

ENSINO médico não atende as necessidades do País. O Globo, Rio de Janeiro, 18 out. 1977, p. 6.

JORNAL do Brasil, Rio de Janeiro, 12 ago. 1977, p. 14.

"LEMONS não teve recursos para o Plano de Saúde aprovado por Médicos". Jornal do Brasil, 11 mar. 1974, p. 11.

"UM mal transmissível e sem cura". O Globo, Rio de Janeiro, 24 abr. 1977.

"MEDICINA dos casos raros, uma valorização exagerada". O Globo, Rio de Janeiro, 18 out. 1977, p. 8.

"MÉDICO revela cura para insuficiência cardíaca". Jornal do Brasil, Rio de Janeiro, 26 mar. 1977.

"MÉDICOS e rede hospitalar: problema é a distribuição". O Globo, Rio de Janeiro, 18 out. 1977, p. 5.

"MINISTÉRIO começará no ano que vem o tratamento em massa da esquistossomose". Jornal do Brasil, Rio de Janeiro, 24 fev. 1977.

"MINISTÉRIO desconhece febre negra". Jornal do Brasil, Rio de Janeiro, 17 mar. 1977.

"PIONEIRAS fazem prevenção de doença cardiovascular no Rio". Jornal do Brasil, Rio de Janeiro, 9 abr. 1977.

"SALVADOR não tem febre amarela". Jornal do Brasil, Rio de Janeiro, 13 abr. 1977.

SENADORES criticam Ministro. O Liberal, Belém do Pará, 25 set. 1977, 1º cad.

"SURTO de hepatite em Minas diminui". O Globo, Rio de Janeiro, 10 abr. 1977.

"TRANSMISSOR da febre amarela é ameaça para Belém". Jornal do Brasil, Rio de Janeiro, 26 jun. 1977.

ÚLTIMA HORA, Rio de Janeiro, 2 jun. 1977, p.7.

## Legislação

BRASIL, Ministério do Planejamento e Coordenação Geral. Decretos-lei nºs 200, 900, 991 e 1.093. Departamento de Imprensa Nacional, 1971.

CONSTITUIÇÃO da República Federativa do Brasil. São Paulo, Saraiva, 1974.

DECRETO de 7 de fevereiro de 1808, de D. João, que dispõe sobre a criação dos cargos de físico-mor e de cirurgião-mor do Reino de Portugal, Estados e Domínios Ultramarinos e do Serviço de Higiene.

DECRETO de 18 de fevereiro de 1808, de D. João, que dispõe sobre a instituição do ensino superior (curso médico), em Salvador.

DECRETO nº 5.092, de 15 de dezembro de 1942, que dispõe sobre a reorganização do Departamento Nacional do Trabalho, do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, e dá outras providências.

DECRETO nº 24.548, de 3 de julho de 1934, que dispõe sobre a aprovação do Regulamento do Serviço de Defesa Sanitária Animal.

DECRETO nº 24.549, de 3 de julho de 1934, que dispõe sobre a aprovação do Regulamento da Inspeção Federal de Leite e Derivados.

DECRETO nº 24.550, de 3 de julho de 1934, que dispõe sobre a aprovação do Regulamento da Inspeção Federal de Carnes e Derivados.

DECRETO nº 66.624, de 22 de maio de 1970, que dispõe sobre a Fundação Instituto Oswaldo Cruz.

DECRETO nº 67.049, de 13 de agosto de 1970, que aprova o estatuto da Fundação Instituto Oswaldo Cruz e dá outras providências.

DECRETO nº 74.000, de 1º de maio de 1974, que dispõe sobre a vinculação de entidades e dá outras providências.

DECRETO nº 74.891, de 13 de novembro de 1974, que dispõe sobre a estrutura básica do Ministério da Saúde e dá outras providências.

DECRETO nº 79.056, de 30 de dezembro de 1976, que dispõe sobre a organização do Ministério da Saúde e dá outras providências.

DECRETO-lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, que dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa, e dá outras providências.

DECRETO-lei nº 904, de 1º de outubro de 1969, que dispõe sobre entidades do Ministério da Saúde.

DECRETO-lei nº 3.171, de 2 de abril de 1941, que reorganiza o Departamento Nacional de Saúde, do Ministério da Educação e Saúde, e dá outras providências.

DECRETO-lei nº 4.275, de 17 de abril de 1942, que autoriza o Ministério da Educação e Saúde a organizar um serviço de saúde pública em cooperação com o Institute of Interamerican Affairs of the United States.

DECRETO-lei nº 3.987, de 2 de janeiro de 1920, que dispõe sobre a reorganização dos Serviços de Saúde Pública.

LEI nº 1.261, de 31 de outubro de 1904, que torna obrigatória, em toda a República, a vacinação contra a varíola.

LEI nº 1.920, de 25 de julho de 1953, que cria o Ministério da Saúde e dá outras providências.

LEI nº 3.750, de 11 de abril de 1960, que autoriza o Poder Executivo a transformar em Fundação o Serviço Especial de Saúde Pública e dá outras providências.

LEI nº 4.441, de 29 de outubro de 1964, que altera o artigo 14 da Lei nº 3.750, de 11 de abril de 1960.

LEI nº 5.019, de 7 de junho de 1966, que autoriza o Poder Executivo a instituir a Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública, e dá outras providências.

LEI nº 5.829, de 30 de novembro de 1972, que dispõe sobre a criação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) e dá outras providências.

LEI nº 6.118, de 9 de outubro de 1974, que dispõe sobre a criação do Conselho de Desenvolvimento Social e dá outras providências.

LEI nº 6.151, de 4 de dezembro de 1974, que dispõe sobre o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), para o período de 1975 a 1979 (Publicado no Diário Oficial da União, de 6 dez. 1974).

LEI nº 6.229, de 17 de julho de 1975, que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde.

PORTARIA nº 222, de 31 de julho de 1970, do Ministro da Saúde, que aprova o Regimento da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública - SUCAM.

### Entrevistas feitas no Rio de Janeiro

Antônio Jorge de Almeida, membro da Unidade de Planejamento, Avaliação e Pesquisa de Programas Especiais - PAPPE, do Ministério da Saúde. 22 ago. 1977.

Ernani de Paiva Ferreira Braga, assessor do Programa de Estudos Avançados em Administração Pública, para o Setor Saúde, do curso de mestrado da Escola Brasileira de Administração Pública (EBAP) da FGV, professor da Universidade Federal do Rio de Janeiro e membro do conselho deliberativo da FSESP. 21 set. 1977.

Nilson dos Santos de Freitas Guimarães, presidente da Sociedade Brasileira de Higiene. 21 e 22 set. 1977.

Walter Silva, diretor da Divisão Nacional de Organização Sanitária e presidente da Comissão Nacional de Normas e Padrões para Alimentos, do Ministério da Saúde. 6 out. 1977.

Raymundo de Moura Britto, ex-ministro da Saúde do Governo do presidente Castello Branco. 7 jan. 1977.

Francisco de Paula da Rocha Lagoa, ex-ministro da Saúde do Governo do presidente Garrastazu Médici. 25 jan. 1978.