

Luta contra a meningite: OMS adota modelo

Para debelar a epidemia de meningite meningocócica agravada no Brasil em 1974, o Ministério da Saúde instituiu a Campanha Nacional de Vacinação contra a doença, que atingiu, em novembro de 1975, a meta traçada: 86 milhões de brasileiros vacinados. O Ministro Almeida Machado conduziu as iniciativas e providências efetivas, realizando contatos com as autoridades federais e estaduais no interior e apoiando medidas práticas para isolamento de casos e melhoria de assistência.

O planejamento da vacinação para todo o País exigiu estruturas operacionais e administrativas complexas, muito acima das possibilidades dos coordenadores estaduais, que tinham poderes e recursos limitados. Para ordenar, racionalizar e dinamizar os trabalhos de vacinação nas áreas acessíveis e em prazos compatíveis, foi necessária uma reformulação organizacional, de caráter pragmático mas de profundidade.

Dois atos do Ministro da Saúde redisciplinaram as atividades contra a meningite meningocócica: atribuiu-se à Comissão Nacional de Controle da Meningite funções principalmente de coordenação, normas, avaliação e vigilância epidemiológica, cabendo à Superintendência de Campanhas de Saúde Pública — SUCAM a incumbência de planejar, coordenar e executar, com a colaboração de outros órgãos, medidas de profilaxia e imunização humana.

A determinação do Ministério da Saúde era realizar o programa de vacinação em dez meses, ou seja, vacinar, em média, oito milhões de pessoas por mês. Examinada a conjuntura nacional, provocada pela epidemia de meningite meningocócica, que se expandia em direção a diferentes pontos do País, o Ministério da Saúde tomou providências para conter sua marcha.

As cidades em que começavam a se registrar casos de meningite logo passavam a ser conhecidas, provocando repercussão emocional de vulto, intranquilidade nas famílias e interesse crescente das autoridades, mas o Ministério já estava em campo, orientando providências e tomando decisões.

As operações nas grandes áreas metropolitanas, tendo sempre a capital do Estado como centro regional, obedeceram ao modelo padrão já estabelecido para elas, com nível satisfatório de implantação e execução. A vacinação em massa foi deflagrada a partir de 21 de janeiro de 1975, e encerrada a 6 de novembro do mesmo ano. Vacinaram-se 86 milhões de pessoas, nos 3.955 municípios brasileiros, distribuídos pelos 22 Estados e quatro territórios, inclusive a capital do País.

A vacina utilizada foi a bivalente A+C, produzida especialmente para o Brasil por gestões desenvolvidas pelo Ministério da Saúde.

● **MODELO INTERNACIONAL** — A convite do Ministério da Saúde, uma equipe de peritos internacionais em meningite esteve no Brasil, a fim de avaliar a campanha brasileira de vacinação contra a doença. Durante a visita, surgiram várias recomendações com base na experiência e situação vividas pelo Brasil, que foram transformada em modelos oficiais a serem seguidos pelos países membros da Organização Mundial da Saúde — OMS — que tenham a meningite como endemia. Dentre as recomendações feitas pelos peritos, figuram duas que comprovam a eficiência das medidas adotadas e levadas a efeito pelo Ministério da Saúde. A primeira transformou a campanha de vacinação brasileira em modelo oficial a ser seguido internacionalmente por qualquer País que venha a se defrontar com uma epidemia meningocócica. Nesta recomendação está incluída a necessidade de se vacinar pelo menos 80 por cento da população do país, no mais curto espaço de tempo e dentro de uma logística capaz de assegurar cobertura total do público. A segunda recomendação alerta o país para a necessidade de se montar um sistema permanente de vigilância epidemiológica contra a doença, capaz de assegurar as informações corretas sobre o comportamento da meningite e, conseqüentemente, a tomada de medidas necessárias, a curto, médio e longo prazos.

● **VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE MEDICAMENTOS** A vigilância sanitária a medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos e correlatos foi instituída em setembro de 1976, pela Lei 6.360, sancionada pelo Presidente da República. Anteriormente, as normas em vigor sobre a vigilância sanitária de medicamentos encontravam-se bastante desatualizadas e incompletas, dificultando o controle efetivo por parte das autoridades competentes e contribuindo para desacreditar até mesmo a indústria farmacêutica.

As áreas de competência, a níveis federais e estadual, eram imprecisas diante do quadro legal vigente, e suscitavam situações de conflito e perplexidade. Do ponto de vista institucional, participam do Sistema de Vigilância Sanitária, no âmbito do Ministério da Saúde, o Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia e o Laboratório Central de Controle de Drogas, Medicamentos e Alimentos. A primeira é incumbida de estudar e emitir parecer sobre substâncias novas ou métodos novos, sobre o licenciamento, modificações e inovações nas fórmulas de composição de produtos químico-farmacêuticos e biológicos; a segunda, encarregada de estudar, planejar e coordenar assuntos relacionados com as drogas em uso no País e que devem ser inscritas na farmacopeia brasileira, introduzindo, nessa última, as mudanças indispensáveis, de modo a mantê-la permanentemente atualizada.

A nova lei sancionada pelo Presidente Geisel consolida e atualiza normas de direito positivo de repertório jurídico nacional, bem como algumas regras dispostas imprópriamente em portarias ou decretos do Poder Executivo, incorporando e atualizando definições, procedimentos e técnicas modernas de controle e fiscalização, com abrangência de todas as fases (importação, manufatura, fracionamento, rotulagem, armazenagem) a fim de assegurar a identidade, atividade, atualidade, pureza e inocuidade devidas, para os usos indicados, dos respectivos produtos.

Buscando simplificar a aplicação e observação da lei pelas autoridades e pelos particulares, foram consolidadas não somente as disposições sobre drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, como também aquelas sobre cosméticos, saneantes domissanitários, dietéticos e outros. Para facilitar a aplicação prática da lei, foram estabelecidos conceitos e definições de produtos dietéticos, nutrimentos, produtos de higiene, perfumes, cosméticos, corantes, saneantes domissanitários, inseticidas, raticidas, desinfetantes, detergentes, rótulo, embalagem, registro, fabricação, matérias-primas, lotes ou partidas e controle de qualidade, além de incorporar aqueles aprovados pela lei 5.991/73 sobre medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos e correlatos.

A lei prevê ainda a possibilidade de suspensão da venda ou fabricação dos produtos que, embora registrados, se tornem suspeitos de produzir efeitos nocivos à saúde humana. Do mesmo modo, a comprovação de que um determinado produto não preenche os requisitos que apresentava no momento do registro acarretará a sua imediata interdição e processo dos fabricantes. A permissão de uso dos medicamentos, bem como a aprovação ou a exigência de modificação dos seus componentes, constituem atribuição exclusiva do Ministério da Saúde.

A lei 6.630 e seu regulamento fixam normas específicas sobre o controle de qualidade e a inspeção da produção. É obrigatória a existência em todo o estabelecimento que fabrique medicamentos, de um departamento de inspeção de produção que funcione de forma autônoma em sua esfera de competência, com a finalidade de verificar a qualidade das matérias-primas ou substâncias, vigiar os aspectos qualitativos das operações de fabricação, a estabilidade dos medicamentos produzidos, e realizar os testes necessários. A criação, em articulação do Ministério da Saúde com a OPS e o Governo do Estado de São Paulo, do Instituto de Qualidade de Medicamentos, bem como a formação de equipes adestradas para as funções de fiscalização foram um passo largo para alcançar os objetivos desejados.

● **ASSISTÊNCIA SANITÁRIA** A estrutura da assistência sanitária no Brasil tem por base o Sistema Nacional de Saúde, sendo da competência do Ministério da Saúde a parte da saúde pública. Este Sistema abrange as atividades que visem à promoção, proteção e recuperação nos seguintes campos de ação: 1 — o do Ministério da Saúde, ao qual compete formular a política nacional de saúde e promover ou executar ações preferencialmente voltadas para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo; cabe ao Sistema, entre outras atribuições, elaborar planos de proteção da saúde e de combate às doenças transmissíveis, orientar sua execução e avaliar o estado sanitário da população; 2 — o do Ministério da Previdência e Assistência Social, com atuação voltada principalmente para o atendimento médico assistencial individualizado; 3 — o do Ministério da Educação e Cultura, incumbido principalmente da formação e da habilitação dos profissionais de nível universitário, assim como do pessoal técnico e auxiliar necessário ao setor saúde; 4 — o do Ministério do Interior, atuando nas áreas de saneamento, radicação de populações, desenvolvimento regional integrado e assistência em casos de calamidade pública; 5 — o do Ministério do Trabalho, quanto à higiene e segurança do trabalho, à proteção, disciplina corporativa e política salarial das profissões de saúde; 6 — o dos demais Ministérios, cujas ações relacionadas com a saúde constituam programas específicos, passíveis de medidas de coordenação pelo órgão disciplinador do sistema; e o dos Estados, Distrito Federal, Territórios e Municípios.

● **MODERNIZAÇÃO** Através do decreto 79.056/76, o Ministério da Saúde teve sua organização modernizada. As Secretarias de Saúde passaram a ter sua própria organização dentro do Estado. Hoje, são inteiramente autônomas na organização de sua estrutura e ação de trabalho, desde que obedecidas as normas fixadas pelo Ministério da Saúde, para vacinação, vigilância sanitária de medicamentos, epidemiológica e todas as demais, relacionadas com a saúde pública.

As Secretarias de Saúde têm autonomia para fixar outras normas que tornem mais simples ou eficaz a execução de suas ações. Da estrutura sanitária fazem parte os postos de saúde, centros de saúde e unidades integradas-unidades mista, que prestam assistência de saúde pública, ambulatorial e internamento. Os três níveis trabalham de maneira integrada, formando uma cadeia hierarquizada de unidades de complexidade crescente. A programação, supervisão e avaliação constantes nos três níveis é condição essencial para o bom funcionamento da cadeia.