

PROPOSTAS PARA DEBATE:

DIRETRIZES OPERACIONAIS PARA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM CAMPINAS

ABRIL DE 1990

PROPOSTAS DE GOVERNO A SEREM DISCUTIDAS ENTRE OS DIRIGENTES DA
SMS DE CAMPINAS E NOS CONSELHOS DE SAÚDE.

* Gastão Wagner de Sousa Campos

Este texto foi escrito como uma atividade teórico-prática de direção da Secretaria de Saúde de Campinas. Seu conteúdo está ainda em debate, reflete experiências já em implantação bem como propostas ainda não experimentadas. Resolvi publicá-lo após ouvir várias opiniões confirmando que as idéias aí discutidas transcendem o interesse da nossa província e poderiam contribuir com equipes de outros municípios, além de trazer algumas novidades principalmente no que se refere à construção de um novo modelo assistencial e às noções e princípios de um novo padrão de Gestão e de Estrutura Administrativa para o sistema de saúde.

ALTERAÇÃO RADICAL DO DESEMPENHO DA REDE BÁSICA DE SAÚDE:

Inegavelmente, ainda não se conseguiu transformar o conjunto de Centros de Saúde na principal Porta de Entrada do Sistema. Os Pronto-Socorros do Hospital Municipal e dos Universitários ainda são de longe o principal desafogo para uma imensa e reprimida demanda por atenção. E muito menos pode-se considerar completo o objetivo de ser garantida uma atenção integral à saúde.

Oscilamos entre o pronto-atendimento a uma parte das intercorrências e espasmos de atenção programada.

Duas ordens distintas de problemas determinam este quadro. Na primeira,

podemos listar um conjunto de carências produto da crônica escassez de investimentos na saúde pública, tendo como resultado frequente a precariedade de instalações, de equipamentos, de quantidade e qualidade dos Recursos Humanos, etc. O remédio para este tipo de mal é de fácil enunciado e de prática difícil: destinação de maior volume de verbas para a Saúde Pública. Sua adoção depende da vontade política dos governantes e também da sociedade, em geral também pouco sensibilizada para bancar este tipo de reivindicação.

* Secretário da Saúde — Campinas-SP

A segunda ordem de problemas, contudo, está mais afeta à política infra-institucional e refere-se ao que se convencionou denominar de modelo assistencial. Ou seja, àquele conjunto de normas, noções e regras que organiza o processo de trabalho em cada Centro de Saúde, e que termina por definir o papel e as atribuições de cada profissional, de toda a equipe e, até mesmo, condiciona as necessidades de incorporação de tecnologia, equipamentos etc. A idéia tradicional do que é um Centro de Saúde está falida, isto se considerarmos como critério de validade as necessidades de saúde da população brasileira.

Depois de um ano de discussão podemos considerar que, com raras exceções, os Centros de Saúde de Campinas continuam sem compromissos mais sólidos com o ATENDIMENTO DA DEMANDA ESPONTÂNEA. Alega-se falta de recursos, limite do número de consultas de cada profissional, preocupação com a preservação da qualidade da atenção oferecida. Todos argumentos verdadeiros e que devem ser considerados, mas que todavia não alteram o fato de que quase todos os casos não atendidos vão se dirigir a um dos Pronto-Socorros da cidade onde a "qualidade" da atenção será certamente bastante inferior àquela que o Centro de Saúde poderia prestar, ainda que sob alguma forma de improviso, como é a triagem, o pronto-atendimento com posterior seguimento etc.

Este descompromisso com a DEMANDA significa — do ponto de vista do simbolismo popular — um descaso com os que sofrem, uma desatenção a boa parte daqueles que se julgam agredidos por algum processo mórbido. Sem uma radical alteração deste fluxo da demanda, os Centros de Saúde continuarão sendo socialmente secundários, quer do ponto de vista dos usuários quer dos governos. Não há como fugir ao desafio de esvaziar os Pronto-Socorros de toda sua demanda ambulatorial sob pena da derrota do nosso projeto de reforma sanitária.

E depois, a única forma de desmedicalizar parte desta demanda é absorvendo-a em um outro modelo de assistência, não medicalizante e capaz de, progressivamente, incluí-la em um outro padrão de atenção programada.

Para quebrar este círculo vicioso há que se atrair estes pacientes para Unidades capazes de influenciar sua consciência sanitária, inclusive no que se refere aos modos de utilização e de consumo de serviços de saúde.

Por outro lado, há que serem criadas condições para que membros da equipe de cada unidade tenham condições de realizar ações de promoção, prevenção ou mesmo de recuperação do estado de saúde. Cada Centro de Saúde deve desenvolver ações de vigilância epidemiológica e sanitária, desenvolver programas que interfiram com a consciência sanitária das comunidades, avaliar e acompanhar ambientes onde haja risco de adoecer, como em fábricas, creches, favelas etc. Além do que sempre devemos considerar a necessidade de ser instituídos acompanhamento especial para determinados grupos ou mesmo aos casos individuais submetidos a maiores riscos epidemiológicos, sem o que não estar-se-á rompendo o atual círculo vicioso do consumo crescente de atenção médica sem uma queda equivalente dos padrões de doenças e mortes.

Neste sentido, para cada e para todos os Centros de Saúde teríamos que implementar algumas medidas corretivas, sem aceitar este ou aquele pretexto como sendo óbices incontornáveis a este processo de mudanças, sem considerar nenhuma ordem rígida de prioridades, uma vez que todas estas propostas são indispensáveis e inadiáveis ao adequado funcionamento deste tipo de Unidade:

a) Fazer com que todos os Centros de Saúde funcionem aos sábados, em regime de plantão, de preferência oferecendo todos os serviços disponíveis na unidade (no período de 7 às 19 horas).

b) Implantar o terceiro turno em todas as unidades, também com todos os serviços disponíveis no período diurno: cuidando para que a unidade não feche das 7 às 22 horas.

c) Criar mecanismos que viabilizem o "atendimento" de toda a demanda espontânea da região, através de triagens, pronto-atendimento, procurando orientar esta clientela sob a melhor forma de proteger sua saúde e de se utilizar dos serviços de saúde.

d) Criar instrumentos — faixas, cartazes, panfletos — que informem a população da região sob os horários e serviços oferecidos por cada unidade.

e) Desenvolver programas de trabalho que quebrem a "impessoalidade" atualmente existente na área pública, de maneira a ligar a clientela a uma equipe, a profissionais fixos. Procurar vincular todos os membros de uma dada família aos mesmos profissionais, o mesmo procedimento pode ser adotado em relação a outros grupos sob supervisão do CS, como creches, fábricas, escolas, asilos etc.

f) Definir METAS DE COBERTURA para cada uma das unidades, considerando a população alvo e a disponibilidade de recursos. Assim, cada Centro de Saúde deve estabelecer a porcentagem de gestantes a serem acompanhadas, de hipertensos seguidos, de mulheres a serem protegidas do Ca. cérvico-uterino e de mama, de crianças que terão seu processo de crescimento e de desenvolvimento observado pela equipe local etc.

g) Integrar o trabalho de Saúde Bucal aos Centros de Saúde, inclusive o daqueles profissionais que desenvolvem ações exclusivamente em escolas. Criar condições para a ampliação da cobertura às faixas etárias prioritárias, mas, progressivamente, abrir nossos serviços para a atenção ao adulto.

h) Dar continuidade ao Projeto de melhoria das Instalações Físicas dos Centros, através de construção de novas unidades e da reforma das já existentes, segundo os princípios de uma nova concepção arquitetônica construída a partir das noções decorrentes do novo modelo assistencial proposto e do conforto dos usuários e dos funcionários.

i) Estimular e capacitar cada unidade, bem como as direções regionais de saúde, para o estabelecimento de relações diretas com outros serviços, quer do ponto de vista funcional — relação de fluxo de pacientes ou de apoio diagnóstico, no caso de Pronto-socorro, hospitais, poli-clínicas de especialidades, laboratórios etc. —, quer de apoio técnico-administrativo — grupo de educação em Saúde, Vigilâncias, Almoxarifado, Manutenção etc.

j) Equacionamento do atendimento básico da população que habita na região V de saúde — Centro da cidade —, através da imediata municipalização dos PAMs do INAMPS que trabalham com saúde da mulher, da criança e do adulto.

INVESTIR NA CRIAÇÃO DE UMA INFRA-ESTRUTURA VOLTADA PARA O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES TÍPICAS DE SAÚDE PÚBLICA, TANTO A NÍVEL CENTRAL QUANTO EM CADA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE.

A experiência deste ano de gestão nos ensinou que não basta o discurso a favor da prevenção para garantir a integralidade da atenção. Também não são suficientes as declarações de intenção, são necessários mais recursos, é urgente a criação de estruturas, a contratação de pessoas especificamente envolvidas com ações de promoção ou de proteção à saúde coletiva ou individual dos cidadãos. Por outro lado, este investimento adicional pode redundar apenas na montagem de imensas e burocratizadas estruturas verticais incapazes de aumentar, de fato, a eficácia do Sistema de Saúde, se apenas reproduzirmos as linhas organizacionais das antigas superintendências de campanha ou de vigilância. Também nesta área é necessário um esforço conjugado, de ao mesmo tempo ampliar recursos e promover modificações no modelo de assistência tradicional.

A idéia aqui seria a de desenvolver instâncias especializadas nas várias áreas de saúde pública, localizadas a nível central e tendo apenas a função de realizar diretamente trabalhos mais es-

pecíficos e complexos e de, principalmente, apoiar as equipes locais de saúde, que deveriam ser acrescidas de alguns profissionais especializados em Saúde Pública, o que viabilizaria até mesmo a descentralização de vários tipos de ação hoje realizadas segundo uma lógica do verticalismo.

Neste caso, as principais propostas seriam:

a) Reforçar, a nível da estrutura central da Secretaria, os Serviços de Vigilância Sanitária, de Vigilância Epidemiológica, de Controle de Zoonoses e da Produção e Consumo de Alimentos. Cada um destes Serviços, de acordo com Planos previamente elaborados, deverão diretamente realizar algumas atividades, como na área de controle de Zoonoses, de manutenção de um sistema de informação e controle de toda a cidade, entre outras.

b) Criar intra-estrutura que viabilize, de fato, a realização a nível de cada Centro de Saúde de ações de promoção e proteção à saúde e de prevenção de doenças. De início, instituir carreira para sanitaristas (médico, técnicos e auxiliares

em Saúde Pública), com vagas em todas as unidades locais, bem como nos serviços centralizados. Assim, a equipe considerada mínima estará sendo ampliada, além do pediatra, clínico, gineco, enfermeira, entre outros, passaríamos a contar com o sanitarista; que deverá também trabalhar com atenção médica individual para aqueles grupos considerados como estando exposto a um maior risco de adoecer; seria o caso dos programas de atenção às fábricas, creches, toxicômanos etc.

Este tipo de profissional é também formado para trabalhar com sistemas de informação, avaliação de desempenho e de planejamento, constituindo-se, portanto, num potencial apoio à atividade do Coordenador de cada unidade. A incorporação desta classe de profissional viabilizaria o caráter integral da assistência oferecida pelo modelo, o que não tem acontecido quando este tipo de ação é atribuído genericamente a todos os profissionais, que frequentemente não têm tempo disponível e nem formação técnica para o desempenho deste tipo de missão.

REESTRUTURAR TODO O PLANEJAMENTO E FUNCIONAMENTO DA POLICLÍNICA E AMBULATÓRIOS DE ESPECIALIDADES ADEQUANDO-OS ÀS NECESSIDADES GERADAS AO NÍVEL DA REDE BÁSICA E DOS HOSPITAIS PÚBLICOS.

Tanto a Policlínica, como os Ambulatórios Municipais (de Saúde Mental, do Mário Gatti), como os PAMs do INAMPS carecem de qualquer Planejamento integrado às demandas oriundas de outras instâncias do próprio sistema de saúde. Desenvolveram-se a partir de uma lógica própria decorrente de interesses corporativos ou clientelistas. Como resultado, hoje, há uma brutal carência de alguns especialistas; como oftalmologia, serviços de reabilitação etc. Neste sentido, deveríamos desenvolver alguns movimentos capazes de alterar a situação neste nível de atendimento:

a) Planejar o crescimento e a reordenação destes serviços de forma integrada, de forma a contemplar os interesses do conjunto do sistema. Mesmo no caso dos ambulatórios ligados a Hospitais há que se assegurar a obediência a esta lógica mais geral.

b) Promover a imediata municipalização da área de reabilitação do INAMPS, colocando proximamente em funcionamento um Centro de Reabilitação capaz de dar conta da demanda originária dos PSs, CSs e Hospitais Públicos.

c) Desenvolver um Sistema de Transporte para Pacientes Crônicos nos ca-

sos de tratamento prolongado e ambulatorial, utilizando-se de veículos que não estão mais adequados para a remoção de urgência mas ainda têm condições boas para operação em situações mais tranquilas.

d) Propor a municipalização do PAM de Especialidades (Ambulatório do INAMPS), integrando-o à rede pública.

e) Priorizar a instalação de um Ambulatório para realização de cirurgias compatíveis com este nível de tecnologia, tendo em vista a dificuldade de acesso aos serviços hospitalares.

ESTRUTURAR UMA ÁREA DE APOIO DIAGNÓSTICO CAPAZ DE ASSEGURAR A EFICÁCIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

Neste particular poderíamos citar as seguintes linhas de trabalho:

- a) Ampliar os dias de coleta de exames nas várias unidades, de forma a agilizar e desemperrar a assistência médico-sanitária.
- b) Planejar de forma integrada a utilização de todos os recursos públicos na área de diagnóstico por imagem, terminando com a ociosidade atualmente

existente, fruto do controle que a corporação médica ainda detém sobre alguns destes serviços. Para isto, municipalizar o serviço de Radiologia do PAM e adquirir equipamentos de ultrasonografia para alocação no Hospital Mário Gatti.

- c) Descentralizar os eletrocardiogramas de forma a evitar deslocamentos de pacientes, treinando os médicos para a in-

terpretação deste tipo de exame.

- d) Adquirir um Eletro-encefalógrafo.
- e) Capacitar o Hospital Mário Gatti a realizar procedimentos especializados, como endoscopias, broncoscopias, espirometrias etc. Articulando com a UNICAMP para que alguns especialistas da rede possam solicitar diretamente exames mais complexos porventura existentes no HC.

REVERTER O ATUAL QUADRO DE ESTRANGULAMENTO DO ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR.

Campinas atualmente vive uma situação paradoxal nesta área do atendimento hospitalar. Paradoxo este caracterizado pela existência de um grande número de leitos e de recursos hospitalares sem, contudo, ocorrer uma garantia de acesso para a maioria. Esta contradição decorre do afastamento da maioria dos Hospitais Privados e Filantrópicos do SUDS, tendo em vista os valores dos honorários pagos a médicos e hospitais serem considerados baixos. Ao mesmo tempo, no entanto, como não houve investimento em Hospitais estaduais ou municipais, a área pública ficou restrita à UNICAMP, que cada vez mais volta-se para um padrão de atenção superespecializado sem envolvimento com a demanda diária de urgência ou de atendimento eletivo. A solução deste problema depende pouco do Município e muito da política nacional de saúde.

Contudo, devemos ter **propostas** para

este dilema, algumas de repercussão imediata outras de período médio de maturação:

- a) Priorizar do ponto de vista do investimento financeiro as obras de ampliação e de reforma do Hospital Municipal, de forma a capacitá-lo a operar com 240 leitos, atendendo na área de urgência (traumatologia, neuro-cirurgia, cirúrgicas etc.) e de apoio à rede (clínica médica, cirurgia geral, pediatria etc).
- b) Iniciar a experiência de co-gestão do Hospital Cândido Ferreira, adaptando-a para o atendimento de pacientes e de urgências na área de saúde mental. Este Hospital deverá operar articulado às equipes locais e aos ambulatórios de Saúde Mental contribuindo para a humanização, desospitalização e eficácia almejados como objetivos estratégicos da saúde mental.
- c) Elaborar projetos para criação de unidade hospitalar na região do Termi-

nal Ouro Verde, buscar financiamentos, e iniciar processo de construção deste serviço que deverá articular-se às unidades desta região de saúde, constituindo um Distrito Sanitário.

d) Articular e integrar os Hospitais sob gestão da Secretaria ao sistema municipal, respeitando contudo a autonomia administrativa e técnica destas instituições, elemento indispensável a sua operação ágil e eficaz.

e) Compor equipe de dirigentes capaz de absorver todo o sistema de relacionamento com os Hospitais Privados e Filantrópicos, desde o controle das contas ambulatoriais, até supervisão e realização de convênios, municipalizando o que hoje é realizado pelo ERSa e pela UAC do SUDS. Assim, conseguindo viabilizar um sistema de Central de Vagas para internação, cirurgias eletivas e realização de procedimentos especializados.



**IMPLEMENTAR UMA RADICAL REFORMA DA
ESTRUTURA ADMINISTRATIVA, DOS MECANISMOS DE
GESTÃO E DA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE
TRABALHO NA SECRETARIA DE SAÚDE DE FORMA A
RECUPERAR A CREDIBILIDADE DO SERVIÇO PÚBLICO.**

Inegavelmente existe um evidente quadro de descrédito da capacidade de desempenho dos serviços públicos, tanto sob regimes ditos socialistas como em sociedades como a nossa, onde a empresa pública é, via de regra, um instrumento dócil aos interesses de grupos privados, sejam empresariais, clientelistas ou de corporações profissionais. No Brasil, e particularmente em Campinas, ocorre o mesmo.

Os esquemas tradicionais da administração pública faliram em toda a sua extensão. Pouco há a resgatar para um projeto que se pretenda democrático e socialmente justo. Neste campo não há porque não ousar, o passado é uma imensa lista de fracassos. As normas vigentes, o "status quo" administrativo não são um caminho seguro para um desempenho produtivo, eficaz e justo; ao contrário, conduzem à inércia, ao conservadorismo, que no caso significa apenas a manutenção de privilégios contra os interesses da maioria da sociedade. Mesmo uma gestão honesta, sem corrupção, se baseada nos tradicionais mecanismos de direção, de recorte taylorista e burocratizada, será incapaz de reverter o sentido privatista das ações do Estado brasileiro, mesmo nos setores que trabalham com políticas sociais como é o caso da saúde.

Como bem colocou Jurandir Freire Costa os hospitais brasileiros se transformaram em locais "onde os melhores perderam a esperança e os piores o medo". Os mecanismos de supervisão, de controle são capazes de intimidar os piores, de terminar com a impunidade dos que teimam em desrespeitar direitos, em destruir bens públicos, em utilizar de forma privada equipamentos ou recursos de propriedade coletiva. Contudo a fiscalização e o controle não podem ser onipresentes, não são a Hidra de mil cabeças a tudo observar em cada e em todos os locais de trabalho.

Na verdade, não há projeto de reforma sanitária que seja vitorioso sem o apoio da maioria dos trabalhadores de

saúde e sem que ocorra um processo de intimidação/cooptação dos restantes pela força que as idéias deste projeto devam ter nas mentes da maioria da sociedade, e, portanto, dos usuários do sistema que deverão demonstrar-se dispostos e capazes de defender sua cidadania também no campo da saúde.

Resumindo, poderíamos dizer que o desafio de realizar-se uma cabal e completa reforma administrativa e dos modos de gestão dos serviços de saúde passou a ser um dos principais desafios políticos daqueles interessados em defender a vida. Uma reforma capaz de terminar com o espírito de inércia, de descompromisso, de conservadorismo tão comum entre amplos setores do funcionalismo público. Esta não é uma tarefa simples, parece mesmo utópica. No entanto, não há outra saída para aqueles que apostam no progresso social e duvidam da eficácia absoluta do mercado como instrumento de regulação econômica e social. Os tímidos, os que recearem caminhar por sendas desconhecidas e arriscadas, serão ultrapassados pela crueza dos fatos, serão esmagados pela força dos que se beneficiam com a miséria e a exploração da maioria. Quem ousar, verá. Quem não, também.

Dentro deste contexto há que se pensar uma reestruturação do sistema de saúde a partir das seguintes linhas:

a) Levar até as últimas consequências o processo de descentralização do sistema de saúde iniciado com a municipalização, estendendo-o até cada unidade de saúde, que passaria agora a contar com a máxima autonomia para organizar seu próprio processo de trabalho, considerando, no entanto, determinados limites ditados pelas diretrizes gerais da política de saúde e os objetivos estratégicos previamente definidos;

b) Implantação de um processo de Planejamento que combine elementos estratégicos com os normativos, elaborando os Planos a partir de cada serviço de saúde e das diretrizes gerais definidas a

nível de governo e do processo de participação popular. Este Planejamento deveria ser realizado durante todo o ano e ser considerado como um instrumento de gestão das unidades, sendo inclusive utilizado como indicador do desempenho de cada equipe de saúde.

c) Reforço do papel do Coordenador de cada serviço, inclusive através de estímulos materiais, de forma a criar um vínculo entre o desempenho da Unidade de Saúde e sua própria atuação. Institucionalizar as normas reguladoras desta função, de maneira que o seu provimento se dê através de concursos e provas de títulos, com rodízio e avaliações periódicas, evitando tanto o clientelismo na indicação dos postos de comando como a cristalização de uma casta de burocratas que em geral joga um papel negativo em qualquer movimento de reforma.

d) Criação de Diretorias Regionais de Saúde, compostas por equipes multidisciplinares, com função de coordenar todas as ações de saúde de uma determinada região; tanto as hospitalares, como de saúde pública ou de atenção básica; destruindo definitivamente a organização vertical dos sistemas de saúde. Neste caso, deveriam desaparecer os serviços de enfermagem, corpo clínico, serviço de odontologia ou do escolar, e prevalecer uma lógica de serviços que realizam um determinado produto ou um conjunto de tarefas claramente identificáveis.

Esta nova lógica de organização deveria reforçar o espírito de equipe e destruir a estruturação por categorias profissionais, uma das fontes que alimentam o corporativismo. Não é desnecessário assinalar que este esquema deve valer tanto para estruturas que perpassam várias unidades, como para aquelas intra-serviços, inclusive para os hospitais.

Estas instâncias regionais teriam o papel de consolidar os Planos locais em um único projeto para a região, acrescentando aspectos que cada equipe lo-

cal de per si não conseguir identificar. Deveriam ainda cuidar da avaliação e do provimento de apoio a cada uma das unidades ou serviços de sua circunscrição.

e) Criar mecanismos que facilitem e estimulem as relações horizontais entre os vários serviços, dispensando trâmites burocráticos entre os níveis regionais ou centrais. Assim, cada Centro de Saúde poderia ou deveria negociar diretamente com o serviço de Vigilância Sanitária, ou de Educação em Saúde, ou de Manutenção, o apoio e os esquemas de integração necessários ao desenvolvimento de seus objetivos. É evidente que estes relacionamentos estariam regulamentados pelos Planos de cada serviço, bem como pelo acompanhamento das instâncias superiores de direção.

f) Instituição de Planilhas para Avaliação de Desempenho de cada serviço, elaboradas segundo as próprias metas de cobertura, de organização do processo de trabalho e de objetivos estratégicos de cada serviço. Este processo de avaliação do desempenho deveria sempre se referir a uma determinada equipe de profissionais que realizem um con-

junto de tarefas claramente identificável e deveria resultar em benefícios de carreira ou até mesmo de vencimentos mensais para aqueles casos onde houver uma performance considerada adequada. Podendo, até, pensar-se em uma graduação de recompensas ou de estímulos para aqueles que desempenharem quantitativa e qualitativamente bem as suas funções.

Evidentemente, o resultado destas avaliações deveriam constituir a base para correção permanente dos Planos Locais ou das Regiões de Saúde.

g) Democratização da Gestão, do planejamento e da avaliação dos serviços de saúde, através da criação de uma série de instâncias colegiadas de direção do sistema. Neste campo é conveniente se trabalhar com duas dimensões destas representações, uma intra-institucional e outra que liga a instituição à sociedade.

No primeiro grupo propomos a existência de um Colegiado de Governo, composto por pessoas com cargos de confiança da Secretaria: secretário, diretores de saúde ou de região, assessores diretos. Um segundo Colegiado de

coordenadores ou diretores de Serviços, que tem a função de compatibilizar a gestão de cada unidade com o sistema como um todo, bem como de deliberar sobre as políticas e meios de implementá-las, bem como sobre as formas de apresentá-las à sociedade.

Ainda dentro deste grupo deveria haver uma Assembléia de representantes dos trabalhadores de saúde, com objetivo de discussão dos modos de aplicação e dos resultados das políticas de saúde vigentes, bem como elaborar sugestões de modificações destas diretrizes a serem enviadas a Conselho Municipal de Saúde ou ao Governo.

No segundo grupo estão os Conselhos Locais de Saúde (antigos CTAs) e o Conselho Municipal de Saúde, instância máxima do sistema, onde deverá ser aprovado o Plano Municipal de Saúde, elaborado e discutido em todos estes fóruns descritos. Cabe lembrar que ambos já estão previstos na Lei Orgânica Municipal. E que, portanto, nos resta implementá-los; consolidando, assim, mecanismos de democracia direta necessários ao desemperramento e a desprivatização da empresa pública.

1º. CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA

TEMA CENTRAL

**Epidemiologia e Desigualdade Social:
Os desafios do final do Século.**

DATA **2 a 6 de setembro**

LOCAL **Campus da Universidade Estadual de Campinas
Unicamp-SP**

